



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALAN
HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DİSOSİYATİF
SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK
YAŞANTILARI VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ İLE
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Özlem PARLAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAĞCILAR EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
RUH SAĞLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**BORDERLİNE KİşİLİK BOZUKLUğU TANISI ALAN
HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DİSOSİYATİF
SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK AđI TRAVMATİK
YAşANTILARI VE BAğLANMA BİÇİMLERİ İLE
İLİşKİSİNİN ARAşTIRILMASI**

Dr. Özlem PARLAR

**Tez Danışmanları: Doç.Dr. Hasan BELLİ
Doç.Dr. Cenk URAL**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince güleryüzlü ve espirili yaklaşımı ile çalışma ortamımıza sıcaklık katarak klinik deneyimini paylaşan ve hep öğrenmeye teşvik eden, desteğini her zaman yanımda hissettiğim Doç. Dr. Mustafa Solmaz'a,

Asistanlık süresince poliklinikte veya konsültasyonlar esnasında yardıma ihtiyacım olduğunda dinamik bir şekilde yanımda olan , tez yazım süresince beni destekleyen yaklaşımlarını unutmayacağım Doç. Dr. Hasan Belli'ye,

Kendisinden danışarak ya da vizitlerde sorularıyla çok şey öğrendiğim bizi klinik alanda cesaretlendiren Doç. Dr. Ramazan Konkan'a,

Güncel bilgilere hakimiyeti, bilimselliği ve bilgilerini bizimle paylaşma çabasıyla hatırlayacağım Doç. Dr. Cenk Ural'a,

Rotasyonlarım esnasında tanışma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Gül Karaçetin, Doç.Dr. Caner Mutlu, Dr. Ahmet Türkcan, Dr. Meltem Uzunkaya, Doç.Dr. Cüneyt Evren, Doç. Dr Müge Bozkurt, Doç. Dr. Erkan Aydın, Doç. Dr. Vildan Yayla'ya,

Hayatımın en yoğun deneyimlerden biri olan Günebakanlar psikodrama grubundaki herkese, ve grup çalışmasında koterapisti olma şansını yakaladığım Psikolog Zeynep Akalan Doğan'a,

Hem öğrendiğim hem de özgürce deneyimimi paylaşabildiğim BARİLEM Travma grubuna,

Benden kısa süre sonra kliniğimizde çalışmaya başlayan ve zor günlerimde bana güvenli bir alan sunan Dr. Zuhul Doğan Bektaş'a , asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığımız kendilerinden çok şey öğrendiğim asistan ve uzmanlara, psikologlara, çalışma ortamımızda sevgiyle ve özveriyle çalışan hemşirelere ve personel arkadaşlarıma, hastaneye bakmak için geldiğimde ilk tanıştığım kişi olan ve bu 4 yıl boyunca her alanda düşünceli , özenli yaklaşımını hayranlıkla izlediğim bana dostluğunu her zaman hissettiren sorumlu hemşiremiz Neslihan Kizir'e , bana derin sevgisini şevkatini sunarak dünyamı genişleten Dilek Fidan Dirican'a, tez süresince bana destek olan ve hayatı güzelleştiren Dr. Rengin Güvenç, Dr. Pelin Su Şirin, Dr. Elvan Çiçekçi , Dr. Önder Küçük, Dr. Ersin Baltacı, Dr. Gözde Gültekin, Dr. Filiz Kulacaoğlu, Dr. Özden Aslan, Psikolog Hatice Aslan, Psikolog Gizem Hüroğlu, Dr. Seda Özkul'a,

Hep yanımda olan aileme, özellikle beni hep okumaya teşvik eden anneme ve bu süreçte yanımda olan abime ve eşine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özlem PARLAR

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR.....	vi
VI. TABLO LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU.....	3
2.1.1. Patofizyoloji	4
2.1.2. Genetik.....	4
2.1.3. Hormonlar	5
2.1.4. Çevresel Risk Faktörleri	6
2.1.5. Tarihçe	7
2.1.6. Tanı Ölçütleri	8
2.1.7. Tedavi	10
2.1.8. Klinik Seyir	11
2.2. Dürtüsellik	12
2.3. Disosiyasyon.....	13
2.4. Çocukluk Çağı Travmaları	15
2.5. Bağlanma	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Örneklem	19
3.2. Veri Toplama Araçları.....	20
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	20
3.2.2. Barratt dürtüsellik ölçeği (Barratt impulsivity scale), 11. versiyon (BIS-11)	20
3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28):	20
3.2.4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)	21
3.2.5. Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ)	21

3.3. İstatistiksel Değerlendirme	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	23
4.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Kontrol Grubunun Barratt Dürtüsellik Ölçeği , Disosiyasyon Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	26
4.3. Borderline Kişilik Bozukluğu Grubunun Korelasyon Analizleri	27
5. TARTIŞMA.....	30
5.1. Sosyodemografik Özellikler	30
5.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik ve Bağlanma Biçimleri ile İlişkisi .	32
5.3. Borderline Kişilik Bozukluğunda Disosiyasyon Bulguları	35
6. SONUÇ	40
7. KAYNAKLAR	42
8. ÖZGEÇMİŞ	57
9. EKLER	59
EK 1 - Etik Kurul Onayı.....	59
EK 2 – Onay Formu	62
EK 3 – Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	65
EK 4 – Sosyodemografik Veri Formu.....	67
EK 5 – Barratt Dürtüsellik Ölçeği	68
EK 6 – Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	70
EK 7 – Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	72
EK 8 – Dissosiyasyon Ölçeği	75

III. ÖZET

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE DİSOSİYATİF SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Özlem PARLAR

AMAÇ: Çalışmamızda borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısı alan vakalar ile sağlıklı kontroller arasında dürtüsellik, disosiyatif bulgular , çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkin bağlanma biçimleri özelliklerinin karşılaştırılması ve BKB olan vakalarda çocukluk çağı travmaları , dürtüsellik , disosiyatif semptomlar ve erişkin bağlanma biçimlerinin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar arasından DSM 5 tanı kriterlerine göre BKB tanısı konmuş, son 6 aydır herhangi bir etkin tedavi almamış 80 hasta ve 80 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 160 kişi katılmıştır. Sosyodemografik veri formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) , Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ28) , Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeği (EBBÖ) ve Disosiyasyon Ölçeği (DISQ) doldurmaları istenmiştir.

BULGULAR: BKB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre dürtüsellik, disosiyatif bulgular, çocukluk çağı travma puanları yüksek bulunmuştur. BKB hastalarında kaçınan ve kaygılı / ikircikli bağlanma kontrol grubunda ise güvenli bağlanma puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir. BKB grubunda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve özellikle bazı alttipleri puanları ile dürtüsellik , disosiyasyon , kaçınan bağlanma, kaygılı / ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. BKB grubunun %58 i disosiyasyon ölçeğinin kesme puanı (2.5) üzerinde puan almıştır, bu grupta düşük disosiyasyon puanı saptanan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek dürtüsellik puanları ve kaygılı / ikircikli bağlanma puanları bulunmuştur.

SONUÇ: Çocukluk çağı travmaları , disosiyatif bulgular , dürtüsellik puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edilmiştir. Güvensiz bağlanma biçimleri hasta grubunda güvenli bağlanma biçimleri kontrol grubunda yüksek gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmaları BKB etyolojisinde önemli yeri olabileceği , dürtüsellik, disosiyasyon bulguları ve erişkin hayatındaki bağlanma biçimleri ile ilişkili olabileceği görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bağlanma, borderline kişilik bozukluğu , çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon, dürtüsellik.

İletişim Adresi: parlarozlem@yahoo.com.tr

IV. ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF HOW IMPULSIVITY AND DYSSOCIATIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONAL DISORDER ARE RELATED TO CHILDHOOD TRAUMA AND ATTACHMENT STYLES

Dr. Özlem PARLAR

OBJECTIVE: The aim of this study was to compare the characteristics of impulsivity, dissociative symptoms, childhood trauma and adult attachment styles of patients with borderline personality disorder (BPD) and healthy people, and the relationship between childhood trauma, impulsivity, dissociative symptoms and adult attachment styles in patients with BPD.

METHOD: In this research, 80 participants of the total number of 160 were included as the control group. The other 80 were selected from the patients who had been applied to Bagcilar Training and Research Hospital and diagnosed with BPD according to DSM 5 diagnostic criteria and who had not received any effective treatment in the last 6 months. Sociodemographic Data Form, Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ28), Adult Attachment Styles Scale (AAS) and Dissociation Questionnaire (DISQ) were applied to the participants.

RESULTS: Impulsivity, dissociative symptoms and childhood trauma scores were higher in patients with BPD when compared to control group. The scores of avoidant and anxious/ambivalent attachment styles among patients with BPD and secure attachment style within control group showed significantly high levels. Within patients with BPD, there was a positive correlation between childhood traumatic experiences and especially some subtypes scores of impulsivity, dissociation, avoidant and anxious/ambivalent attachment scores. 58% of the BPD group scored above the cut-off score of the dissociation questionnaire (2.5). In this group, impulsivity and anxious/ambivalent attachment scores were found statistically significant compared to the group with low dissociation scores.

CONCLUSION: Childhood trauma, dissociative symptoms and impulsivity scores were higher in the patient group when compared to control group. Patients with BPD scored high in insecure attachment style whereas control group demonstrated high scores on secure attachment style. This study reveals that childhood trauma may have an important role in the etiology of BPD and may be related to impulsivity, dissociation symptoms and adult attachment patterns.

Keywords: Borderline personality disorder, impulsivity, dissociation, childhood trauma, attachment.

Contact Address: parlarozlem@yahoo.com.tr

V. KISALTMALAR

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruh Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
BKB	: Borderline kişilik bozukluğu
DEHB	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
DISQ	: Dissociation Questionnaire (Disosiyasyon Ölçeği)
BIS-11	: Barratt İmpulsivite Ölçeği-11
ÇÇTÖ / CTQ28	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
APA	: American Psychiatric Association
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
DDT	: Diyalektik davranışçı terapi
AOP	: Aktarım odaklı terapi
ZDT	: Zihinselleştirmeye dayalı terapi
ICD-10	: International Classification of Diseases
HPA	: Hipotalamik-hipofiz-adrenal
MSAD	: McLean Study of Adult Development
CLPS	: Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	24
Tablo 2: Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	25
Tablo 3: Borderline kişilik bozukluğu ve kontrol gruplarının Barrat, DISQ, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri ölçek puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 4: Borderline kişilik bozukluğu olanların Barrat, DISQ, bağlanma biçimleri ölçek puanlarının çocuk çağı travmaları ölçek puanları ile ilişkisi	27
Tablo 5: Borderline kişilik bozukluğu grubunun Barratt dürtüsellik ve bağlanma biçimleri ölçek puanlarının DISQ kesme puanına göre karşılaştırılması	29

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik nevroz ve psikoz grubu arasında yer alan örgütlenmeler olarak tarif edilmiştir. Olağandışı değişken duygulanım, duygudurum, davranış, nesne ilişkileri ve kendilik imajı ile karakterizedir (1).

Toplumda görülme sıklığının % 1.6 -5.9 arasında değişken oranlarda olduğu tahmin edilmektedir. Borderline kişilik bozukluğunun (BKB) görülme sıklığı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında %6 , ayaktan tedavi veren ruh sağlığı kliniklerinde % 10 ve psikiyatri hastanelerinde yaklaşık % 20 oranlarında tespit edilmiştir. Görülme sıklığı ileri yaşlarda azalabilir. Bozukluğun gidişatı önemli ölçüde değişkendir. Çoğunlukla erken erişkinlik yıllarında görülen süregelen bir dalgalanmanın yanısıra önemli derecede duygusal ve dürtüsel denetimsizlik ve genel sağlık ve ruh sağlığı kaynaklarını aşırı kullanma ile karakterizedir. Terapi sürecine girenler, genellikle daha ilk yıldan itibaren semptomlarda düzelme eğilimi gösterebilirler. Ayakta tedavi veren ruh sağlığı kiliniklerinde tanısı konan kişilerin izlem çalışmaları, bu kişilerin neredeyse yarısında, 10 yıldan sonra tanı ölçütlerini tam karşılayan bir örüntünün artık kalmadığını göstermiştir. Kimlik sorunları olan ergenler ve özellikle madde kullanımının eşlik ettiği genç erişkinler gelip geçici davranışları nedeniyle yanlışlıkla kişilik bozukluğu izlenimi verebilirler. Bu durumlar duygusal oynaklıklar, '' varoluşçu'' ikilemler, belirsizlikler , seçimler, cinsel yönelimle ilgili çatışmalar ve ne iş yapacağını kararlaştırırken karşı karşıya kalınan, birbiriyle çelişen toplumsal baskılarla ilişkilidir (2).

İlişkisel-kültürel teoriye göre, ilişkiye ve topluma duyulan ihtiyaç, insan deneyiminin itici gücüdür ve bu yadsındığında psikopatoloji denilen şeyle sonuçlanır; ancak, bağlantıyı onarmak iyileşmeyi oluşturur (3). Bu model, en büyük psikolojik sıkıntı kaynağının şiddet, kötüye kullanım veya ihmal edilmekten kaynaklanabilecek izolasyon ve kronik kopukluk olduğunu öne sürmektedir.

Özellikle BKB'yi ele alan Jordan; BKB tanısı alan kişilerde yaygın olan suistimal ve ilişkisel ihlalin bu hastalığın önemli bir etyolojik faktörü olduğunu savundu.

Travmatik deneyimlere maruz kalma, uzun zamandır BKB ile ilişkilendirilmiştir (4). Bazı araştırmacılar, travmatik deneyimlerin insanların duygusal deneyimlerini *bozduğunu*, kendi duygularını zayıflattığını, uyarlanabilir başa çıkma becerilerinin gelişmesine engel olduğunu ve diğer insanlarla etkileşime girme şablonlarını bozduğunu ve tüm bunların BKB'yi oluşturan yıkıcı davranışlara katkıda bulunduğunu iddia ettiler (4–6).

Kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk, ya disosiyatif bozukluk komorbiditesine sahiptir ya da teşhis kriterlerinde disosiyatif semptomlar içerir (7–9). Disosiyasyon, BKB ile iki farklı şekilde ilişkilidir. İlk olarak, ağır disosiyatif bozukluğu olan bazı kişilerde eşlik eden BKB vardır. İkincisi, primer BKB tanısı alan kişilerin bazılarında bir veya daha fazla disosiyatif semptom vardır (eşlik eden ciddi bir disosiyatif bozukluk teşhisi değil). Bu grup literatürde çok az anlaşılagelmiştir (10).BKB özelliklerinin disosiyasyondaki çekirdek semptomlarla yaşama cevaben gelişmiş olabileceği öne sürülmüştür (11).

Bu çalışmada DSM 5 tanı kılavuzuna göre BKB tanısı koyduğumuz hastalarda dürtüsellik, disosiyatif semptomlar , çocukluk çağı travmaları ve erişkin bağlanma biçimlerini hem sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmayı , hem de BKB hastalarının dürtüsellik, dissosiyasyon bulguları ile bunların çocukluk çağı travmaları ve erişkin bağlanma biçimleri ile olan ilişkisini araştırmayı amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Borderline kişilik bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyet, tutarsız bir benlik algısı, yoğun ve değişken duygusallık ve genellikle kendine zarar verici dürtüsel davranışlarda bulunma ile karakterizedir. Hastaların çoğu süreç içinde semptomatik remisyona girer ve remisyon oranları, kanıta dayalı psikososyal tedavilerle hızlandırılabilir. Her ne kadar zamanla kendine zarar verme davranışları ve krize yatkınlık azalsa da, BKB'nin doğal seyri ve etkili olabilecek tedavilere rağmen bazı hastalar için sürengenlik söz konusu olabilir ve depresyon veya kendine zarar verme davranışlarına bağlı olarak şiddetli ve kalıcı sosyal sıkıntılara yol açabilir (12).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalar, saldırgan ve beklenmedik davranışlarda bulunabildikleri için, yalnızca toplumun değil aynı zamanda klinisyenlerin de ciddi yaftalamalarına maruz kalmaktadır (13).

Araştırmalar, BKB'nin tedavi edilebilir olduğunu (14,15), çoğu hastanın semptomatik olarak iyileştiğini (16) ve hastalığın biyolojik ve genetik bir temeli olduğunu göstermiştir (17).

Bununla birlikte, BKB'nin tanımı, çekirdek patolojisi ve tedavisi hakkındaki sorgulamalar devam etmekte ve hastalar sıklıkla göz ardı edilmekte, yanlış anlaşılmakta ve kötü muamele görmektedir(12).

Farklı ülkelerdeki genel popülasyonla yüz yüze yapılan görüşmelerden oluşan ve kişilik bozukluklarının tüm tiplerini araştırmaya yönelik yürütülen 13 epidemiyolojik çalışma değerlendirildiğinde, BKB için popülasyonun %0 ve %4.5 oranında, % 1.7 medyan ve %1.6 ortalama değeri ile, hastaların 2-5 yıl arası prevelans gösterdiği görülmüştür (18,19). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Alkol ve İlgili Koşullara İlişkin Ulusal Epidemiyolojik Araştırma (NESARC), BKB için

ortalama 2-5 yıllık prevalansın yukarıda belirtilenin yaklaşık dört katı olarak % 5.9 oranında yaşam boyu yaygınlık göstermiştir (20). Toplum temelli örneklerden kayda değer bir bulguya göre, BKB prevalansının DSM-5'te belirtilen klinik ortamlardaki 3: 1 kadın: erkek cinsiyet oranının aksine, erkeklerde ve kadınlarda nispeten benzer olduğunu gösterir (20,21). BKB tüm tedavi aşamalarında yüksek prevalansa sahiptir; *BKB*'li hastalar psikiyatri polikliniğinde veya hastanelerinde tüm hastaların ~% 15–28'sini oluşturmaktadır, birinci basamak ziyaretlerinin % 6'sı ve tüm acil servis psikiyatri konsültasyonlarının ise % 10-15'ini (21,22).

2.1.1. Patofizyoloji

Borderline kişilik bozukluğunun nörobiyolojik modeli, genetik ve çevresel etkilerin etkileşiminin hormonlar ve nöropeptitler yoluyla beyin gelişimini etkilediğini önerir. Ek olarak, erken çocuklukta kötü muamele ve erken yaşamda ebeveynlik bakımının kalitesi, beyin yapısına ve işlevlerine ek olarak gen ifadesini etkileyebilir ve yaşam boyunca süregelen davranışsal özelliklere neden olur (23). Bununla birlikte, prefronto-limbik disfonksiyon, sosyal stres bağlamında negatif duygulanımla ilişkili olan ve diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda ve hatta sağlıklılar arasında erken yaşamda kötü muamele görmüş bireylerde de görülebilen bir transdiagnostik fenomendir. Genel olarak, tek beyin devrelerinin işlev bozukluğu BKB için spesifik değildir, aksine işlev bozukluklarının en azından birkaçının birlikte ortaya çıkması ile açıklanabilir (24,25).

2.1.2. Genetik

Borderline kişilik bozukluğu tanımlı yaklaşık 1.000 hastadaki ilk geniş çaplı genom çalışması, bipolar bozukluk, şizofreni ve majör depresyon ile çakışma gösteren; hücre yapışması veya miyelinlenme gibi sinirsel işlemenin temel özellikleri üzerinde etkileri olan DPYD (dihidropirimidin dehidrojenaz), PKP4 (plakophilin 4) ve SERINC5 (serin birleştirici 5) genleri ile ilişki saptanmıştır (26). Buna göre, BKB'li bireylerde gen varyantları muhtemelen *bozukluk* için spesifik değildir, ancak genetik örtüşmenin *tanısal* klinik semptomlarla bağlantılı olup olmadığı veya genel olarak psikiyatrik bozukluk riskindeki artışın bir yansıması olduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Erken yaşamdaki kötü muamelenin BKB

etiyojisindeki önemli rolü göz önüne alındığında, BKB semptomlarını açıklayabilecek epigenetik değişiklikleri tespit etmek büyük ilgi çekmektedir (12).

Gen ürünü nöral plastisite ve amigdala fonksiyonunun düzenlenmesinde rol alan MIR124-3 dahil olmak üzere artmış gen metilasyonu geniş çaplı bir genom analizinde rapor edildi. MIR124-3, BKB ve çocuklukta kötü muamele ile ilişkiliydi ve erken yaşamda kötü muamele yetişkinlikte BKB'ye giden yolda *önemli* bir role sahip olabilir (27). Diğer genlerin metilasyonunda değişiklikler örneğin, BDNF'nin metilasyonunun artması, erken yaşamda kötü muamele ve BKB'ye duyarlılık ile ilişkilidir (28).

Ek olarak, FKBP5 ve CRHR gibi hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen aktivitesinde yer alan genlerdeki polimorfizmler BKB etiyojisinde rol oynayabilir. Bu değişkenler çocukluk çağında kötü muamele gören BKB'li hastalarda görmeyenlere göre daha sık görülür (29). Bununla birlikte, HPA eksen genleri ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkiler, depresyon, intihar ve *travma sonrası stres bozukluğu* gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da bulunmuştur (30). HPA eksenini hormonlarındaki anormallikler, erken olumsuz yaşantıların BKB'de beyin yapısı ve fonksiyonu üzerindeki etkisine aracılık edebilir; duygulanım düzenleme devresinin bozulması burda önemli bir biyopsikolojik mekanizmadır. BKB ile ilişkili FKBP5 ve CRHR varyantları, beyinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açan artmış kortizol sekresyonu ile sonuçlanır (23,31). Ek olarak, sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalar, HPA eksenini işlevine bağlı poligenik varyasyonun, erken yaşam stresinin tehdide bağlı amigdala aktivitesi üzerindeki etkisini etkilediğini ve kortizolün amigdala ve dorsal anterior cingulate cortex arasındaki fonksiyonel bağlantıyı etkilediğini göstermektedir (32).

2.1.3. Hormonlar

Borderline kişilik bozukluğu tanısı olan yetişkinlerde periferik oksitosin düzeyleri, özellikle de erken yaşamda kötü muamele geçmişi (33) ve düzensiz bağlanma temsilleri olanlarda azalır.(34) Oksitosinin, kortizolün bir karşılığı olarak hareket ettiği ve özellikle sosyal bağlamda kronik stres tepkilerini tamponladığı düşünülmektedir (35).

Periferik oksitosin seviyeleri, ebeveyn-çocuk etkileşimi ile yakından bağlantılı görünmektedir; dengeli davranışsal senkronizasyonun bir fonksiyonu olarak ebeveynlerde ve çocuklarında oksitosin düzeyleri artar (36). Davranışsal senkronizasyon ile, çocuk sıkıntılı hale geldiğinde ebeveyn kendisinin rahatsızlık duygularını düzenlemede başarılı olur, böylece yatıştırıcı bir davranış sergileyebilir ve çocuğun dengeyi yeniden kazanmasına yardımcı olur. BKB'de oksitosinin, amigdala aktivitesini modüle ederek, subjektif ve psikofizyolojik stres tepkilerinin yanı sıra sosyal tehdide ve diğer olumsuz duygusal uyaranlara aşırı duyarlılığı hafiflettiği görülmektedir (37,38).

Hipotalamik hipofiz adrenal ekseninin işlev bozukluğu, BKB gelişiminde merkezi bir role sahiptir. Aslında, çoğu çalışma BKB hastalarında artmış bazal kortizol seviyeleri, daha dik kortizol uyanma tepkisi (yani, uyandıktan sonra kortizol seviyelerinde keskin bir artış) ve azaltılmış geri besleme hassasiyeti bildirmektedir. Ek olarak, artmış HPA aktivitesi BKB'de erken yaşlarda yaşanan kötü muamele ile koreledir (39).

Bu alanda az sayıda çalışma cinsiyet hormonlarını araştırmıştır. BKB'li kadın ve erkek hastalarda, tükürükte kısa süreli testosteron veya kıllarda uzun süreli testosteron olarak değerlendirilmiş ve konsantrasyonlarının arttığı görülmüştür (40).

2.1.4. Çevresel Risk Faktörleri

Borderline kişilik bozukluğu riski, genetik faktörlerin ve yaşam deneyimlerinin etkileşiminden kaynaklanır. Kalıtsal mizaç faktörleri duyarlılığı arttırabilir ve bireyleri yaşam deneyimlerini olumsuz etkilenmeye yatkınlaştırabilir (41). Olumsuz çocukluk deneyimleri klinik ve toplum örneklerinde BKB ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (42,43). BKB'ye özgü olmasa da, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal de dahil olmak üzere çocuklukta kötü muamele, ileriye dönük toplum çalışmalarında çocuklarda BKB riskini önemli ölçüde arttırdığı *tespit edilmiştir* (44).

Tutarsız ebeveynlik, maternal aşırı katılım, önleyici ebeveyn davranışları ve düşük ebeveyn tutumu BKB'nin gelişimi ile de ilişkilidir, ancak spesifik değildir

(45). Ek olarak, 5 yaşından önce çocukları annelerden ayırmak yetişkinlikte BKB'ye yatkınlaştırıcı bir etmendir (46).

Bazı kritik gelişim dönemleri kişilik patolojisinin oluşumuyla ilişkilendirilmiştir. Ayrılma veya zayıf ebeveynlik nedeniyle birincil bir bakıcıya anormal bağlanma olduğu gözlemlenmiştir ve yaşamın erken dönemlerinde bu bozulmuş bağlanma muhtemelen duygusal düzenleme ve kendini kontrol edebilme ile ilgili bozulmalara yol açmaktadır (47). Yüksek stres reaktivitesi sonucu çocukta sorunlu bağlanma gelişebilir. İleri dönük bir çalışmada ebeveynler ve çocuklar arasındaki düzensiz bağlanma, genç erişkinlerde sınırda kişilik belirtileri arasında birliktelik görüldü (48).

Borderline kişilik bozukluğunun gelişimi için bir dizi potansiyel risk faktörü tanımlanmıştır, ancak risk faktörleri arasındaki ilişkilerin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılması gerekmektedir (12).

2.1.5. Tarihçe

“Borderline” kavramını kazandıran psikiyatrist Stern'dir (1938). Öncesinde hastalar : nevrotik ise analiz edilebilir ve psikotik hastalar ise analiz edilemez olarak ayrılıyordu (49). Stern ise “sınırdaki nevroz grubu” ifadesini kullandı. Stern bu sınırdaki kişilerin 10 özelliğini vurguladı. Bunlar çabuk öfkelenme , özgüvenlerine dokunan yorumlara tepki olarak baş gösteren depresyon veya kaygı, içsel öfkeyi çevredeki düşman unsurlara atfetmek için yansıtma mekanizmasından yararlanma, “gerçekliğin sınanmasıyla ilgili zorluklar” yani muhakeme ve empatik isabet becerilerinde psikotik düzeyde olmayan eksikler bulunmaktaydı (50). 1967'de bir sonraki büyük adım Kernberg tarafından atıldı. Kernberg, sınır kişilik organizasyonunu, bir tarafını psikotik kişilik örgütü, diğer yandan da nevrotik kişilik örgütü arasında yer alan hastalar grubu olarak tarif etti (51).

Kernberg ve Caligor (2005), psikolojik işleyişin üç boyutunun patolojik kişilik örgütlenmesini tanımladığını önermiştir: ilkel savunma mekanizmaları, kimlik karmaşası ve gerçeklik testi. İlkel savunma mekanizmaları, kaygı ile başa çıkmak için olgunlaşmamış ve maladaptif stratejilerin kullanımına (örneğin inkar, projeksiyon, yansıtma özdeşim) dayanmaktadır. Bu ilkel savunmalar arasında öne

çıkan, bir kişinin kendisi ve / veya diğer insanlar hakkında son derece uyumsuz görüşlere sahip olduğu bölmedir. (Örneğin, bir kişinin tamamen iyi ve alternatif olarak tamamen kötü olduğunu düşünmek gibi.) Kimlik karmaşası, bir insanın bütünleşik bir benlik algısının eksikliği olarak tanımlanabilir. Gerçeklik testi, kendini diğerlerinden ayırma ve başkalarına empati duyma kapasitesini ifade eder. Her boyutun kendine özgü bir işlevi olmasına rağmen, her birinin travmatik yaşam deneyimi ile doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili olduğu varsayılmaktadır (52). Kernberg'in görüşüne göre, psikolojik gelişimin başlarında bir başkası tarafından *oluşturulan* travma, *borderline* kişilik organizasyonun etiyolojisinde kilit bir faktördür. Gelişimsel olarak olgun olmayan bir kişinin, travma tehdidiyle karşılaştığında, ilkel savunmalar yoluyla, özellikle de bölme ile başa çıkabileceğini ileri sürdü. Bu ilkel savunma mekanizmalarına dayalı iletişimin de genel olarak uyumunu bozduğunu ileri sürdü. Bölmenin daha sonraki travmalar ile başa çıkmak için kullanılması dengesiz ve dağılmış bir benlik duygusuna katkıda bulunabilir. Kendiliğin bu dengesizliği, travmatik deneyimlerle daha az etkili biçimde başa çıkabilmesine yol açabiliyor. Bu şekilde, travmatik bir deneyim, bir kişinin psikolojik deneyiminde hem doğrudan hem de dolaylı etkiler gösterebilir (53,54).

Borderline kişilik bozukluğu ilk olarak 1978 yılında tanımlanmıştır. Bunun ardından 1980'de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının üçüncüsüne (DSM-III) ve 10 yıl sonra da duygusal açıdan dengesiz kişilik bozukluğu adıyla Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (ICD) eklenmiştir (12).

2.1.6. Tanı Ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskıya Göre, Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA, 2013)

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

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (bırakılmadan, terk edilmeden) kaçınmak için çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren kendini öldürme ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)

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

3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu

4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. Para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkanırcasına yemek yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren kendini öldürme ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)

5. Yineleyici kendini öldürme davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.

6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. Yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).

7. Süreğen bir boşluk duygusu.

8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. Sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).

9. Zorlanmayla ilişkili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (2).

Tüm BKB kriterleri tanı için eşit olarak ağırlıklandırılmış olmasına rağmen, 2 yıl gözleendiğinde dengesiz ilişkiler kriteri hem duyarlılık hem özgüllük açısından en öne çıkanıdır (55). Kronik boşluk hissi kriteri , intihar girişimlerinin öyküsü, hastaneye yatış, sosyal ve iş hayatında bozulmalar ve diğer ruhsal bozukluklarla komorbidite dahil olmak üzere psikososyal morbidite ile çok fazla ilişkili bulunmuştur (56).

Hastalar sıklıkla depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, travma ile ilgili bozukluklar veya madde kullanım bozuklukları dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozukluğun tedavisi için başvururlar. Ayrıca bir intihar girişimi , diğer dürtüsel, kendi kendini tahrip edici eylemlerden sonra , mevcut bir kişilerarası krizde (ayrılık gibi)

veya başka bir krizde (iş kaybı veya okulda başarısızlık) olabilir ve yardım arayışında olabilirler (12). BKB'li bireyler, tedavi için sıklıkla başka bir eşlik eden bozukluğun alevlenmesi nedeniyle başvurdıklarından dolayı BKB şüphesi olan bir kişide psikopatolojinin dikkatlice değerlendirilmesi gerekir (57).

Duygudurum (örneğin majör depresif bozukluk veya bipolar bozukluklar), anksiyete, stresle ilişkili (örneğin, akut stres bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)), maddeyle ilgili, disosiyatif ,somatoform, nörogelişimsel (örneğin, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)) bozukluklar ve diğer kişilik bozukluklar dahil olmak üzere çeşitli bozukluklar klinikte BKB ile birlikte bulunabilir (58). Yaşam boyu majör depresif bozukluk oranları% 61 ila% 83 arasında değişmekte olup, medyan% 71'dir (59) ve yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı BKB'li hastalarda bazı büyük hasta örneklerinde % 88'dir (60). BKB'nin remisyonu genellikle anksiyete bozukluklarının remisyonuna neden olur (61). Travma öyküsü PTSB tanısının merkezindedir, ve BKB li hastalarda yaygındır. DEHB, BPD'li hastaların *yaklaşık* % 20'sinde bildirilmiştir. Komorbid BKB ile birlikte major depresif bozukluğun bipolar bozukluk arasındaki ayırıcı tanı karmaşıktır (12).

2.1.7. Tedavi

Borderline kişilik bozukluğunun tedavisi tanının anlatılması ve beklenen seyri, genetiği ve hastalığın tedavisi hakkında eğitim ile başlamalıdır. Bu yaklaşım sıkıntıyı azaltabilir ve hasta ve klinisyen arasında bir ittifak kurabilir (62). *Tedavi ağırlıklı olarak çeşitli psikoterapi tekniklerinin uygulanmasına dayanır ve psikofarmakolojik ilaçların sadece semptomların hafifletilmesinde bir rol oynadığı bildirilmiştir.*

Diyalektik davranışçı terapi (DDT), zihinselleştirmeye dayalı tedavi (ZDT) ve aktarım odaklı psikoterapi (AOP) gibi tedaviler hastaların psikolojik işlevlerini (öz-farkındalık, empati ve sosyal beceriler gibi) içgörü, öğrenme ve düzeltici kişilerarası deneyimler yoluyla değiştirmeyi amaçlamaktadır. DDT, BKB'nin gözle görünür semptomlarını azaltmaya odaklanan bir tür bilişsel davranışçı terapidir (63). ZDT ve AOP, hastaların bilinçdışı olan ve semptomları uyandırdığı düşünülen

motivasyonlarını ve duygularını anlayarak gelişmelerine yardımcı olan psikodinamik tedavilerdir (14,64).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların klinik yönetimi sıklıkla birlikte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar ile karışmaktadır. Diğer kişilik bozukluklarından farklı olarak, eşlik eden majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, TSSB, aralıklı madde kötüye kullanımı veya bulimiyaya sahip hastalarda BKB'nin remisyonu ile fayda gördükleri için BKB tedavisi öncelikli olmalıdır (65). BKB hastalarda endişeli disfori neredeyse evrensel olduğundan (66) ve yüksek oranda hasta eşlik eden majör depresif bozukluğa sahip olduğundan, hastalara genellikle antidepresanlar reçete edilir (67). BKB hastalarına uygulanan en yaygın ilaç tipleri, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, anksiyolitikler, antipsikotikler ve duygudurum dengeleyicilerdir (68). *İlaçlar genellikle hastaların depresyon veya kaygı şikayetlerini azaltmak amacıyla klinisyenler tarafından önerilir (68).*

2.1.8. Klinik Seyir

İki büyük ileriye dönük boyuna çalışma (McLean Study of Adult Development (MSAD) ve Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)), BKB'nin semptomatik seyrine beklenmedik şekilde cesaret verici bakış açıları sağlamıştır. CLPS çalışmasında BKB'li hastaların% 85'inde en az 12 ay remisyona gözlenmiş, bunlarda nüks oranı % 12 bulunmuş (69). MSAD çalışmasında, hastaların% 99'unda en az 2 yıl remisyona süresi vardı ve hastaların % 78'inde 16 yıllık takip süresinde en az 8 yıl remisyona vardı.(16) CLPS çalışmasında 2 yıllık takipteki olumsuz sonucun temel belirleyicileri daha şiddetli sınır düzey psikopatolojisi, işlevsel azalma ve ilişki kalitesi idi (70). 10 yıllık takipte, CLPS çalışmasında daha genç yaşta olmak ve daha iyi eğitimle olumlu sonuçlar ilişkili bulundu (69). MSAD çalışmasında 10 yıllık izlem süresinde remisyona öngörücüleri başlangıçta genç yaşta olmak, çocuklukta cinsel istismarın olmaması, ailede madde kötüye kullanımı öyküsü olmaması, iyi mesleki geçmiş , düşük nevrotiklik ve daha yüksek uyumluluk idi (71). Çoğu dürtüsel semptomlar akut ve nispeten hızlı bir remisyona sahiptir, oysa duygulanım ile ilgili semptomlar daha kalıcıdır (72).

McLean Study of Adult Development çalışmasında, analizleri hasta işlevselliğinin oldukça dengesiz olduğunu, bazı kişilerin iyi psikososyal işlevlerini kaybettiğini, bazılarının ise ilk kez elde ettiklerini göstermiştir (73). Bununla birlikte, hastaların% 50'sinde 10 yıllık prospektif takip sonrası iyileşme sağlandı (BKB'den remisyona iyi bir sosyal ve tam zamanlı mesleki işlevsellik ile ilişkiliydi) ve hastaların% 60'ında ise 16 yıllık takip süresinden sonra iyileşme sağlandı (74).

Altı yıllık takip süresinden sonra remisyona girmeyen hastaların girenlere göre “sendrom benzeri” bir duruma (örneğin, kronik yorgunluk ve fibromiyalji), obeziteye, diyabete, osteoartrit, hipertansiyon, sırt ağrısı ve idrar inkontinansına sahip olma olasılığı daha fazla idi. Ayrıca günlük alkol tüketimi, sigara tüketimi , günlük uyku ilacı kullanımını, aşırı ağrı kesici ilaçları kullanma ve düzenli egzersiz yapmamaları olasılıkları daha belirgindi (75).

Büyük bir epidemiyolojik çalışmada, BKB hastalarında arterioskleroz , hipertansiyon, hepatik hastalık, kardiyovasküler hastalık, gastrointestinal hastalık, artrit, cinsel yola bulaşan hastalık gibi bazı hastalıklar için artmış oran gözlenmiştir (76).

Onaltı yıllık takip süresinde MSAD çalışmasında, BKB hastaların % 4.5'i intihardan ve % 4.5'i diğer nedenlerden dolayı öldüğü gözlenmiştir. Diğer kişilik bozukluğu olan hastalar ise % 1.4'ü intihardan ve % 1.4'ü başka bir nedenden öldüğü gözlemlenmiştir (72).

Belgelenmesi daha az kolay olsa da , artan boşanma oranları, velayet çatışmaları, trafik kazaları, tıbbi sakatlık oranlarında artış BKB ile ilişkili bulunmuştur. BKB'li hastaların, kendilerini seven veya önemseyenlere olan yükü, diğer büyük *mental hastalıklardan* daha yüksektir (77). Bu yük, yaşam tarzlarında değişikliklere ve bakım verenlerde güçsüzlük, kaygı, umutsuzluk ve depresyona yol açabilmektedir (78,79).

2.2. DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik, öngörülemeyen veya bilinçli yargılama olmadan hızlı hareket, yeterli düşünme olmadan davranış ve eşit yetenek ve bilgiye sahip bireylerin çoğundan daha az tedbir ile hareket etme eğilimi olarak tanımlanmıştır (80,81).

Dürtüsellik, dürtüsel kişiye veya başkalarına karşı bu reaksiyonların olumsuz sonuçlarına bakılmaksızın, iç veya dış uyaranlara hızlı, planlanmamış tepkiler göstermeye yatkınlık olarak tanımlanmaktadır(82). Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılığın azalması, bilginin tam olarak işlenmesinden önce uyaranlara hızlı, planlanmamış reaksiyonlar ve uzun vadeli sonuçlara ilgisizlik unsurlarını içerir (82). Dürtüsellik DSM teşhisi olan veya olmayan herhangi bir bireyde mevcut olabilse de, kişilik bozuklukları, mani ve madde bağımlılığı gibi belirli psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde bulunması daha olasıdır (82). Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin (*BIS*) temel bileşen analizinin sonuçları üç faktörlü bir dürtüsellik modelini ortaya koymaktadır; daha fazla motor aktivasyonu, daha az dikkat ve daha az planlama yapabilme. Bu modelde, daha fazla motor aktivasyonu, daha az dikkat veya azalan planlama dürtüsellik için kilit faktörlerdir (83).

Dürtüsellik, BKB için DSM 5 tanı kriterlerinden biridir. BKB olan hastalarda çeşitli çalışmalar intihar ve dürtüsellik arasında bir ilişki bulmuştur (82). Soloff ve ark. BKB olan hastalar (bazıları da büyük ölçüde depresyona sahipti), ile major depresyon hastalarında depresif duygudurum, umutsuzluk, dürtüsel saldırganlık ve intihar davranışını karşılaştırmışlar. Daha yüksek seviyelerdeki dürtüsel saldırganlık veya umutsuzluk düzeyi ya da BKB teşhisi olması , daha fazla sayıda intihar girişimi ile ilişkili bulunmuş (84). Benzer şekilde, intihar girişimi öyküsü olan BKB hastalarında, intihar girişimi öyküsü olmayanlara göre daha dürtüsel eylemler, antisosyal kişilik bozukluğu ve depresyon eşiğiyi vardı (84).

Çalışmalar, dürtüsellüğün sınırda kişilik bozukluğu için antisosyal kişilik bozukluğuyla ve maniyle arasında bağlantısında kilit bir faktör olduğunu bulmuşlardır (82).

2.3. DİSOSİYASYON

DSM-5 disosiyasyonu, bilinç, hafıza, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranış normal bütünlüğünde bozulma ve / veya kesiklik olarak tanımlar (85). Disosiyasyon bir kitap okurken veya film izlerken tamamen kendini kaptırmaktan aynada kendini tanıyamamak gibi ciddi durumlara kadar olan bir aralığı kapsar (86). Daha yaygın deneyimler genellikle durumun bir yönüne

odaklanıp diğer yönlerini reddeden hafif dalma biçimleriyle yaşantılanır(87). Daha ciddi disosiyatif deneyimler, disosiyatif bozuklukların DSM-5 alt tiplerinde yansıtılmaktadır: disosiyatif amnezi, otobiyografik bilgileri hatırlayamama; depersonalizasyon/ derealizasyon bozuklukları, kişinin vücudundan, düşüncelerinden veya duygularından uzaklaşmış veya kopmuş hissetme ve / veya çevresini sisli, gerçeküstü veya görsel olarak çarpık olarak algılayan deneyimlerden oluşur (85).

Disosiyasyonla karakterize bozuklukların ötesinde, “geçici, strese bağlı şiddetli disosiyatif semptomlar”, DSM-5’te BKB için bir tanı kriteridir ve TSSB için disosiyatif alt tipi işaret eder(88). Zihinsel bozukluklarda disosiyatif bulgular klinik anlamda azalmış işlevsellik ve hastalığın ağırlığı ile birliktelik gösterir (89). Örneğin BKB’de özellikle yürütücü işlevsellik ile ilişkilendirilmişlerdir (89). Ağır hastalık yükünün yanı sıra, hastalar psikoterapötik müdahalelerden daha az fayda görebilir (90).

Transdiagnostik olarak, disosiyatif semptomlar akut veya kronik stres ile ilişkilendirilmiştir (11). Tekrarlayan disosiyasyon, kişinin gerçekliği değerlendirme kabiliyetine, kontrol ve benlik algısına olan güvenini azaltabilir ve bu da hastalık yükünü ağırlaştırır (91). Birçok çalışma travma ve disosiyasyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (92,93).

Güncel bir metaanalizde BKB’de TSSB’dekine benzer ve disosiyatif bozukluklardan sonra en yüksek oranda disosiyasyon skorları tespit edilmiştir (90). Bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılmış olmasına rağmen, BKB travmatik stres ile yakından ilişkilidir (90). BKB’de olumsuz çocukluk deneyimleri oranlarının % 50’den yüksek olduğu gösterilmiştir (94).

Travma deneyimi ve eştanıdan bağımsız olarak, BKB olan hemen hemen tüm hastalar kimlik karışıklığı, açıklanamayan duygudurum değişiklikleri ve depersonalizasyon bildirmektedir (95).

Disosiyasyon, tüm psikiyatrik bozukluklar yelpazesinde kafa karıştırıcı bir faktördür. Yaygın olarak kullanılan genel psikiyatrik değerlendirme araçlarında disosiyatif bozukluk bölümlerinin olmaması, bu olguyu yıllarca ihmal etmesine

neden olmuştur. Hem tanı hem de tedavi açısından bakıldığında, çocukluk çağı travmasına ilişkin çalışmaların değişken olarak disosiyasyonu içermesi gerekir (96).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar ile yetişkinlikte sınırda kişilik bozukluğu arasındaki ilişki iyi bir şekilde belgelenmiştir. Araştırmalar, BKB olan hastaların, çocuklukta cinsel, fiziksel, sözlü ve / veya duygusal istismar geçmişlerini bildirme ihtimalinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (6,97,98). BKB'li hastalarda duygusal geri çekilme , rollerin tersine çevrilmesi, duyguların reddedilmesi, gerekli korumanın eksikliği ve uzun süreli ayrılıklar gibi çocuklukta bakım verenleri ile duygusal ihmal deneyimlere sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (99,100). Ayrıca, ileriye dönük çalışmalardan elde edilen kanıtlar, bu erken kötü muamele deneyimlerinin, BKB ve diğer kişilik bozuklukları için diğer psikiyatrik sonuçlar için gözlemlenenlerin üzerinde özel bir risk oluşturduğunu göstermektedir (101). Bu olumsuz çocukluk deneyimlerinin ciddiyeti, BKB semptomatolojisinin ciddiyeti ve erişkinlikte işlevsel bozulma ile ilişkilendirilmiştir (98,102).

Travma sonrası stres bozukluğu tanısının BKB hastalarında yaygınlığı birkaç kesitsel çalışmada belgelenmiştir. Bu çalışmalarda bildirilen prevalans oranları % 25 ile % 56 arasında değişmektedir (medyan % 46.9) (60,103,104).

İki uzunlamasına çalışmada, borderline hastalarda TSSB'nin birlikteliği incelenmiştir. Her iki çalışmada Zanarini ve meslektaşları tarafından 6 ve 10 yıllık izlem yapıldı ve sınırda olan hastalarda eşlik eden TSSB'nin seyri hakkında önemli bilgiler verdi. 6 yıllık takip çalışması, borderline hastaların% 34.9 unda TSSB olduğunu göstermiştir (105). 10 yıllık izlemdeki çalışmada, aynı grup, borderline hastalarda TSSB prevalansında % 20.9'lara kadar bir düşüş olduğunu ortaya koydu (73). Genel olarak, bu çalışmalar BKB hastalarında TSSB oranının zamanla düşme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarının varlığı ve istismarın ciddiyeti, TSSB'den remisyonu anlamlı şekilde yordamıştır. Çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü olan borderline hastaların TSSB'den böyle bir öyküsü olmayanlara göre remisyona sağlama olasılığı daha düşüktü.

Çocuğun kötüye kullanımının potansiyel sonuçlarından biri çocuğun bakıcısı ile güvenli bağlanma eksikliğidir (106). BKB tanısı konulanlarda çocukluk çağı travma sıklığının yüksek olduğu göz önüne alındığında, bu popülasyonda bağlanma biçimleri yoğun olarak incelenmiştir. Araştırmalarda BKB ile güvensiz bağlanma stilleri arasında ilişki *bulunmuştur* (107). Aslında, güvenli bağlantı bulunursa, bağlanma biçimini ölçümünü veya tanı konusunu yeniden gözden geçirebileceği öne sürülmüştür (108). Spesifik olarak, bir çalışmada, bir kişinin diğeri tarafın yüksek derecede samimiyet, onay ve tepkisini beklediği bağlanma kaygısının BKB özellikleri ile korele olduğu bulundu (109). Araştırmacılar negatif duygulanım ve dürtüselliğin BKB ve bağlanma kaygısı arasında bir bağlantıya neden olan etmenler olduğunu belirlemişler (109).

2.5. BAĞLANMA

Borderline kişilik bozukluğu teşhisinin başlangıcından beri, klinik teorisyenler bozukluğun temel psikopatolojisinin kişilerarası ilişkiler alanında ortaya çıktığını öne sürdüler (110–113).

Bu alanda biyogenetiğe yönelik artan kanıtlar ve ilgi alanları olsa da, bu perspektifler rahatsız edici ilişkilerin risk belirteçleri olmasını veya BKB'nin patogenezinde aracı faktörler olarak sahip olduğu potansiyel rolü azaltmamaktadır (108). Son yıllarda, bağlanma biçimlerini güvenilir bir şekilde ölçmek için kullanılan metodoloji, BKB hastalarının kişilerarası sorunlarını ampirik olarak karakterize etmek için iyi bir fırsat sağlamıştır. Borderline hastalarda güvensiz bağlanmaları çok belirgindir, tedavi sorunlarının merkezinde ve BKB'nin patogenezi hakkında teorilerin merkezinde yer aldığından, bu bağların ampirik incelemesi klinik ve teorik öneme sahiptir (108).

Sınırdaki hastalarda bağlanma sorunlarına verilen dikkatin arka planı John Bowlby'nin gelişim teorisidir (114–116). İnsanların, tüm primatlar gibi, yetişkinlerde dokunma, tutma ve yatıştırma gibi bakım verme davranışını uyandıran yakınlık arayışı, gülümseme ve tutunma gibi davranış kalıplarını geliştirmesi için doğal seleksiyon baskısı altında olduğunu öne sürdü. Bu karşılıklı davranışlar, bebek ile bakıcı arasında kalıcı ve duygusal bir bağın gelişmesini teşvik eder. Ayrıca, bebek bu

ebeveyn yanıtlarından, kendisinin ve daha sonraki ilişkiler için şablonlar olarak işlev görecektir. Başkalarının içsel modellerini geliştirir (115). Yaşam boyu devam etme eğiliminde olan bu modeller, geçmiş, şimdiki ve gelecekteki ilişkilerde etkileşimlere ilişkin beklenti veya inançları yönlendirir. Bowlby için, içsel çalışma modelinin içeriği, birincil bağlanma figürlerinin gözünde ne kadar kabul edilebilir veya sevilir olduğu ile ilgilidir (115). Bağlanma amacı, çocuğun kendinden emin ve güvenli bir içsel model geliştirdiği dış çevrenin yaratılmasıdır. Bakıcıya güvenli bağlanma ile çocuğun bakıcıya ihtiyaç duyulduğunda ulaşabileceği güvenliğini vererek dünyasını keşfetmesine izin verilir. Güvenli bir bağlanma, olumlu ve tutarlı bir kendilik algısına ve sevilmeye layık olma duygusuna katkıda bulunur ve önemli ötekilerce kabul edileceği ve yanıt verileceği konusunda olumlu bir beklentiye sahip olmakla birliktedir. Bu güvenli bağlanma portresiyle, kendisinin ve başkalarının kötü niyetli veya bölünmüş temsilleriyle ve muhtaç, manipülatif ve öfkeli ilişkilerle karakterize olan BKB çarpıcı biçimde çelişmektedir (112,113). Bağlanma ilişkileri yoksunluğun nesiller boyu aktarılmasında kilit rol oynar (117).

Bazı klinik teorisyenler, DSM'nin tanımlayıcı kriterlerine tutarlılık sağlayan BKB için belirleyici bir özellik olarak yalnızlığa tahammülsüzlüğü öne sürdüler (112,118). Gunderson daha sonra yalnızlığa hoşgörüsüzlüğün erken bağlanma başarısızlıklarını yansıttığını, BKB'li bireylerin erken bakıcılara tutarsız ve dengesiz bağlanmalarından dolayı sıkıntı zamanlarında “yatıştırıcı bir içeatım” çağırılmayacağını belirtti, bu durum Bowlby'nin terminolojisine göre güvensiz bağlanmaydı. Gunderson, bazı mevcut güvensiz bağlanma tariflerinin ; özellikle yakınlık ihtiyacı ve korkularını inkar ederek yerine dikkat ve yardım talebi, yapışkanlık ve yakınlığın kontrol edilmesi gibi sınırda olan hastaların davranışlarına yakından paralel olduğunu gözlemledi (112).

Bağlanma davranış kalıplarının ampirik değerlendirmesi, Ainsworth ve meslektaşları ile bebeklerin stres altındayken annelerine yönelik bağlanma davranışlarının tipolojilerinin incelenmesi ile başladı. Bu tipoloji altında, üç bebek bağlanma davranışı örüntüsü vardı: güvenli, kaçınan ve ikircikli bağlanma (119).

Her ne kadar Bowlby küçük çocuklarla ilgilense de, bağlanma sisteminin temel işlevlerinin bir ömür boyu sürdüğünü belirtti (115). Hazan ve Shaver, ilk

olarak ebeveyn ile çocuklar arasındaki ilişkiye odaklanan bağlanma kavramını yetişkinler arasındaki romantik ilişkiyi anlamaya yönelik geliştirdiler. Örneğin, güvenli bir şekilde bağlanmış hissetmek, kişinin diğer yetişkinler tarafından sevebilir ve değerli görüldüğünü hissetmesi ile oluşur (120).

Borderline kişilik bozukluğu hakkındaki çalışmalar güvensiz bağlanmanın çeşitli biçim ve ölçümlerini kullanır. Bu alanın , dikkatli bir şekilde teşhis edilmiş BKB hastaları ile eşlenmiş karşılaştırma gruplarına dair geniş çalışmalara ihtiyacı vardır. Çalışma tasarımı ve metodolojisindeki büyük farklılığa rağmen, BKB ve bağlanma ile ilgili 13 çalışmada güvenli olmayan bağlanma biçimleriyle güçlü bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır. Bu bulgu kişilerarası dengesizliği BKB psikopatolojisinin merkezi olarak gören teoriler ile uyumludur (108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polklineğine Haziran 2018 ile haziran 2019 tarihleri arasında başvuran DSM 5 e göre borderline kişilik bozukluğu tanısı yeni almış ve etkin bir tedavi görmemiş 80 hasta ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 80 sağlıklı kontrol grubundan oluşmak üzere toplam 160 kişi katılmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmiştir ve kendileri aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamışlardır. Çalışma için Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 08/06/2018 tarihinde 2018.06.1.01.051 karar nolu etik kurul onayı alınmıştır (EK 1) Sağlık Bilimleri Üniversitesinden alınan onay ektedir (EK 2)

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

18-65 yaş arasında olmak

DSM 5 e göre BKB tanısı yeni konulması

Son 6 aydır etkin bir psikiyatrik tedavi almamış olmak

Okuma-yazma biliyor olmak

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

18 yaşından küçük ya da 65 yaşından büyük olmak

Genel tıbbi bir durum, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluğun varlığı

Mental retardasyon, otizm gibi nöro-gelişimsel bozuklukların olması

Ölçekleri doldurabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar.

Çalışmamız ile ilgili G*power 3.1 programı ile yapılan güç analizinde Kontrol ve Hasta gruplarının BIS Total puanlarının etki büyüklüğü 0,45 bulunmuş (The relationship between impulsivity and attention deficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder) (alfa hata olasılığı=0.05); güç değeri 0.80 alınarak yapılan örneklem genişliği analizinde toplam alınması gerekli örnek sayısı çalışma ve kontrol gruplarında 80 er olarak bulundu.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, mesleği, ailede psikiyatrik hastalık varlığı , sigara, alkol ve madde kullanımı, intihar girişimi ve varsa sayısının sorgulanması amacıyla oluşturulmuş formdur.

3.2.2. Barratt dürtüsellik ölçeği (Barratt impulsivity scale),11.versiyon(BIS-11)

Dürtüsellik ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘‘nadiren/hiçbir zaman’’, ‘‘bazen’’, ‘‘sıklıkla’’ ve ‘‘hemen her zaman/her zaman’’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir:

1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik (zayıf bilişsel kontrol, konsantrasyon ve dikkati ifade eden dürtüsellik) 2) Motor dürtüsellik (düşünmeden ve seçmeden davranmayı temsil eden) 3) Plansızlık (non planing) dürtüsellik (geleceğe önem verilmeksizin günümüze odaklanan) Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (83,121).

3.2.3. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği(CTQ-28):

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28): Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik Bernstein tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Şar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 soruluk form kullanılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. 5 alt boyut: duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal

istismar ve fiziksel istismar, şeklindedir. Ayrıca 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır . Kişinin bu sorulardan kaç tanesine 5 puan verdiği hesaplanarak elde edilen travmanın minimizasyonu puanı, kişinin inkâr düzeyini göstermektedir(122).

3.2.4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)

Bağlanma özelliklerini değerlendirmek için iki bölümden oluşan Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin ilk bölümü Hazan ve Shaver tarafından 1987 yılında (123), ikinci bölümü Mikulincer tarafından 1993 yılında oluşturulmuştur (124). İlk bölüm bağlanmayı, güvenli, ikircikli ve kaçınan olarak tanımlayan ve çocukluk döneminde ebeveyn ile ilişkileri inceleyen üç paragraftan oluşmaktadır. Katılımcı bu paragraflardan birini işaretleyerek çocukluk dönem bağlanma türünü ifade etmektedir (148). İkinci bölüm ise erişkin dönem bağlanma özelliklerini araştıran, bir ve yedi puan arasında puanlamayı gerektiren on beş maddeden oluşmaktadır. Bu on beş madde güvenli, kaçınan ve ikircikli bağlanmayı tarif eden beşer maddeyi içermektedir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında tekrar yapılmıştır (125). Önceki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında iç tutarlılık kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma için kabul edilebilir iken (Cronbach alpha= 0.61 ve 0.66) güvenli bağlanma için düşüktür (0.42). Bu nedenle ikinci bölümde anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler bölünerek 15 olan madde sayısı 18'e çıkarılmıştır. Orjinalinde her bir madde 1 ile 7 arasında puanlanırken, kişinin tüm yaşamını göz önünde bulundurarak değerlendirme yapması ve "doğru" ya da "yanlış" olarak cevaplanması istenmiştir. Yapısal geçerlik için faktör analizi yapılmıştır. Bu ölçekle yapılacak değerlendirmelerde özellikle karşılaştırmalarda puan ortalamalarının kullanımının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Hazan ve Shaver (1987) tarafından geliştirilen ilk bölüm burada artık puanlanmamakta, tanıtım görevi görmektedir (125). Bu çalışmada ikinci bölümün puanları kullanılmıştır. 3, 4, 7, 13, 14, 16 nolu sorular güvenli bağlanma, 1,2, 5, 6, 15, 17 nolu sorular kaçınan bağlanma 8, 9, 10, 11, 12, 18 nolu sorular kaygılı/ikircikli Bağlanma biçimlerini göstermektedir.

3.2.5. Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ)

DIS-Q, Vanderlinden ve ark. tarafından 1993 yılında geliştirilen 63 maddelik bir öz bildirim anketidir. Hastalardan en uygun seçeneği işaretlemeleri istenir. Her

madde 1 ile 5 puan arasında puanlanır. Ortalama puan toplamı bölerek elde edilir. Kesme puanı Vanderlinden tarafından 2.5 olarak belirlenmiştir (126). Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği Şar ve ark. tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda disosiyasyonun rolünü incelerken 2.5 puanı kesme puan olarak aldık.

3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Borderline kişilik bozukluğu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları ($p=0,119$) ve eğitim yılı ortalamaları ($p=0,29$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. BKB grubunda çalışmıyor olmak ve öğrenci olmak kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). BKB grubunun evli varlığı düşük, dul, boşanmış ve ayrı yaşıyor olma kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,025$). Çocuk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0,715$).

Tablo 1: Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu n:80		Çalışma Grubu n:80		p
Yaş		23,54±54,25		22,28±5,83		0,119*
Eğitim Yılı		12,05±2,92		11,56±2,88		0,29*
Çalışma	Çalışmıyor	5	6,25%	27	33,75%	0,0001+
	Çalışıyor	50	62,50%	15	18,75%	
	Düzensiz Çalışıyor	2	2,50%	6	7,50%	
	Öğrenci	23	28,75%	32	40,00%	
Medeni	Bekar	51	63,75%	60	75,00%	0,025+
	Evli	27	33,75%	12	15,00%	
	Dul	0	0,00%	2	2,50%	
	Boşanmış	2	2,50%	4	5,00%	
	Ayrı Yaşıyor	0	0,00%	2	2,50%	
Çocuk	Yok	59	73,75%	61	76,25%	0,715+
	Var	21	26,25%	19	23,75%	
Sigara	Yok	53	66,25%	27	33,75%	0,0001+
	Var	27	33,75%	53	66,25%	
Alkol	Yok	63	78,75%	65	81,25%	0,693+
	Var	17	21,25%	15	18,75%	
Madde	Yok	80	100,00%	76	95,00%	0,043+
	Var	0	0,00%	4	5,00%	
Hastalık	Yok	70	87,50%	57	71,25%	0,011+
	Var	10	12,50%	23	28,75%	
Göç	Yok	71	88,75%	66	82,50%	0,260+
	Var	9	11,25%	14	17,50%	
Kayıp	Yok	74	92,50%	69	86,25%	0,201+
	Var	6	7,50%	11	13,75%	

*bağımsız t testi, +ki kare testi

Borderline kişilik bozukluğu grubunda Sigara içme varlığı(p=0,0001) ve madde kullanımı (p=0,043) kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Kontrol ve BKB gruplarının alkol kullanımı varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,693). BKB grubunda kronik hastalık varlığı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,011). Kontrol ve BKB gruplarının ailede göç varlığı (p=0,260) ve erken yaşta önemli kayıp (p=0,201) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir .

Tablo 2: Sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu n:80		Çalışma Grubu n:80		p+
Akraba	Yok	67	83,75%	52	65,00%	0,014
	Bipolar Bozukluk	2	2,50%	1	1,25%	
	Şizofreni	3	3,75%	3	3,75%	
	Depresyon	6	7,50%	23	28,75%	
	İntihar Girişimi	2	2,50%	1	1,25%	
Kim	Anne	7	53,85%	18	64,29%	0,728
	Baba	2	15,38%	4	14,29%	
	Kardeş	4	30,77%	5	17,86%	
	Oğlu	0	0,00%	1	3,57%	
İntihar	Yok	76	95,00%	39	48,75%	0,0001
	Var	4	5,00%	41	51,25%	
Biçimi	İlaç	2	50,00%	21	51,22%	0,008
	İlaç+Yüksekten Atlama	0	0,00%	8	19,51%	
	İlaç+Ası	0	0,00%	2	4,88%	
	İlaç+Diğer	0	0,00%	2	4,88%	
	Ateşli Silah+Yüksekten Atlama	0	0,00%	1	2,44%	
	Ateşli Silah+Diğer	1	25,00%	0	0,00%	
	Yüksekten Atlama	0	0,00%	1	2,44%	
	Yüksekten Atlama+Diğer	0	0,00%	1	2,44%	
	Ası	1	25,00%	0	0,00%	
	Diğer	0	0,00%	5	12,20%	

+ki kare testi

Borderline kişilik bozukluğu grubunda birinci dereceden akrabada depresyon varlığı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). BKB grubunda İntihar varlığı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). %51 oranında intihar girişim oranı saptanmıştır. BKB grubunda ilaç içimi, yüksekten atlama, ası ve diğer şeklinde İntihar varlığı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,008$).

4.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ , DİSOSİYASYON ÖLÇEĞİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ, ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Borderline kişilik bozukluğu grubunun Barratt Dikkat, Barratt Motor, Barratt Plansızlık ve Barratt Toplam ortalamaları Kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Borderline kişilik bozukluğu grubunun DISQ ortalamaları Kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Tablo 3: Borderline kişilik bozukluğu ve kontrol gruplarının Barrat , DISQ , çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimleri ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol Grubu n:80	Çalışma Grubu n:80	p*
Barrat Dikkat	14,71±3,71	19,91±4,74	0,0001
Barrat Motor	17,33±3,43	23,96±5,61	0,0001
Barrat Plansızlık	22,70±4,71	30,21±5,90	0,0001
Barrat Toplam	54,74±9,56	74,19±13,22	0,0001
Dissosiasyon Ölçeği (DISQ)	1,84±0,57	2,82±0,84	0,0001
Duygusal ihmal	10,08±4,41	16,76±5,31	0,0001
Fiziksel ihmal	6,5±2,06	8,66±3,86	0,0001
Duygusal istismar	7,19±3,40	12,51±4,95	0,0001
Fiziksel istismar	5,61±1,83	9,28±7,94	0,0001
Cinsel istismar	5,68±2,42	10,4±6,98	0,0001
ÇÇT TOPLAM	34,92±11,19	56,94±18,49	0,0001
Kaçınan	3,01±1,62	3,84±1,42	0,001
Kaygılı / ikircikli	1,78±1,56	3,13±1,44	0,0001
Güvenli	3,40±1,68	2,50±1,47	0,0001

bağımsız t testi

Borderline kişilik bozukluğu grubunun duygusal ihmal , fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları toplam puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$).

Borderline kişilik bozukluğu grubunun kaçınan bağlanma ($p=0,001$) ve kaygılı / ikircikli bağlanma ($p=0,0001$) ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur .

Borderline kişilik bozukluğu grubunun güvenli bağlanma ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0,0001$).

4.3. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBUNUN KORELASYON ANALİZLERİ

Çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile Barratt Dikkat puanları ($r=0,225$ $p=0,044$) , Barrat Motor puanları ($r=0,302$ $p=0,006$) ,Barrat Plansızlık puanları ($r=0,305$ $p=0,006$) ve Barrat Toplam puanları ($r=0,337$ $p=0,002$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir Çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile DISQ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,294$ $p=0,008$). Çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile kaçınan bağlanma puanları ($r=0,302$ $p=0,006$) ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ($r=0,227$ $p=0,043$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir . Çocukluk çağı duygusal ihmal puanları ile güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($r=-0,170$ $p=0,132$).

Tablo 4: Borderline kişilik bozukluğu olanların Barrat , DISQ, bağlanma biçimleri ölçek puanlarının çocuk çağı travmaları ölçek puanları ile ilişkisi

		Duygusal ihmal	Fiziksel ihmal	Duygusal istismar	Fiziksel istismar	Cinsel istismar	ÇÇT toplam
Barrat Dikkat	r	0,225	-0,011	0,327	0,171	0,179	0,266
	p	0,044	0,920	0,003	0,130	0,112	0,017
Barrat Motor	r	0,302	0,164	0,447	0,256	0,417	0,492
	p	0,006	0,145	0,0001	0,022	0,0001	0,0001
Barrat Plansızlık	r	0,305	0,069	0,308	0,111	0,075	0,245
	p	0,006	0,544	0,005	0,329	0,508	0,029
Barrat Toplam	r	0,337	0,072	0,436	0,208	0,255	0,392
	p	0,002	0,527	0,0001	0,064	0,022	0,0001
DISQ	r	0,294	0,131	0,402	0,118	0,331	0,396
	p	0,008	0,246	0,0001	0,297	0,003	0,0001
Kaçınan	r	0,302	0,170	0,108	0,041	0,260	0,283
	p	0,006	0,131	0,342	0,717	0,02	0,011
Kaygılı/ikircikli	r	0,227	0,160	0,271	0,106	0,257	0,317
	p	0,043	0,156	0,015	0,348	0,021	0,004
Güvenli	r	-0,170	-0,021	-0,123	0,184	0,042	-0,045
	p	0,132	0,851	0,277	0,103	0,711	0,692

pearson korelasyon testi

Çocukluk çağı fiziksel ihmal puanları ile Barratt dürtüsellik , DISQ , kaçınan, kaygılı/ ikircikli, güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile Barratt dikkat puanları ($r=0,327$ $p=0,003$), Barratt motor puanları arasında ($r=0,447$ $p=0,0001$) Barratt plansızlık puanları ($r=0,308$ $p=0,005$) ve Barratt Toplam puanları ($r=0,436$ $p=0,0001$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir . Çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile DISQ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,402$ $p=0,0001$). Çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile kaygılı/ ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,271$ $p=0,015$). Çocukluk çağı duygusal istismar puanları ile kaçınan bağlanma puanları ($r=0,108$ $p=0,342$) ve güvenli bağlanma ($r=-0,123$ $p=0,277$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir .

Çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile Barratt motor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,256$ $p=0,022$). Çocukluk çağı fiziksel istismar puanları ile Barratt dikkat, Barratt plansızlık, Barratt toplam, DISQ, kaçınan, kaygılı / ikircikli, güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çocukluk çağı cinsel istismarı puanları ile Barratt dikkat puanları ($r=0,179$ $p=0,112$) ve Barratt plansızlık ($r=0,075$ $p=0,508$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarı puanları ile Barratt motor puanları ($r=0,417$ $p=0,0001$) ve Barratt Toplam puanları ($r=0,255$ $p=0,022$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir. Çocukluk çağı cinsel istismarı puanları ile DISQ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,331$ $p=0,003$). Çocukluk çağı cinsel istismarı puanları ile kaçınan bağlanma puanları ($r=0,260$ $p=0,02$) ve kaygılı ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,257$ $p=0,021$). Çocukluk çağı cinsel istismarı puanları ile güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. ($r=0,042$ $p=0,711$).

Çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile Barratt dikkat puanları ($r=0,266$ $p=0,017$) Barratt motor puanları ($r=0,492$ $p=0,0001$) Barratt plansızlık puanları ($r=0,245$ $p=0,029$) ve Barratt toplam puanları ($r=0,392$ $p=0,0001$) arasında pozitif

yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir . Çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile DISQ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,396$ $p=0,0001$). Çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile kaçınan bağlanma puanları ($r=0,283$ $p=0,011$) ve kaygılı / ikircikli bağlanma puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir ($r=0,317$ $p=0,004$). Çocukluk çağı travmaları toplam puanları puanları ile güvenli bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı koresyon gözlenmemiştir ($r=-0,045$ $p=0,692$).

Tablo 5: Borderline kişilik bozukluğu grubunun Barratt dürtüsellik ve bağlanma biçimleri ölçek puanlarının DISQ kesme puanına göre karşılaştırılması

	DISQ <2,5 n:33	DISQ >2,5 n:47	p*
Barrat Dikkat	16,79±3,71	22,11±4,13	0,0001
Barrat Motor	20,76±3,30	26,21±5,83	0,0001
Barrat Plansızlık	28,52±5,72	31,40±5,78	0,03
Barrat Toplam	66,36±10,55	79,68±12,16	0,0001
Kaçınan	3,55±1,33	4,04±1,46	0,123
Kaygılı / ikircikli	2,61±1,30	3,49±1,44	0,006
Güvenli	2,55±1,48	2,47±1,47	0,818

*bağımsız t testi

Disosiyasyon Ölçeği puanı >2,5 olan grubun Barratt dikkat puanları ($p=0,0001$) Barratt motor puanları ($p=0,0001$) Barratt plansızlık puanları ($p=0,03$) Barratt toplam puanları ($p=0,0001$) DISQ <2,5 grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bağlanma biçimleri puanları ile karşılaştırıldığında; DISQ>2,5 ve DISQ <2,5 gruplarının kaçınan bağlanma puan ortalamaları ($p=0,123$) ve güvenli bağlanma puan ortalamaları ($p=0,818$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. DISQ>2,5 grubunun kaygılı / ikircikli puanları DISQ<2,5 grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, DSM 5 tanı ölçütlerine göre yeni BKB tanısı alan , psikoterapiye gitmemiş ve son 6 aydır etkin psikofarmakolojik tedavi almamış 90 hasta ve rastgele seçilmiş 90 psikiyatrik hastalığı olmayan birey kontrol grubu olarak alınmıştır. Bu iki grup arasında sosyodemografik veriler, Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanları ve altıpları, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları ve altıpları , Erişkin Bağlanma Biçimleri Ölçeğine göre 3 bağlanma biçimi için aldıkları puanlar , Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ) ortalama puanları karşılaştırılmıştır. Ayrıca hasta grubunda çocukluk çağı travmaları puanları ve altıplarının dürtüsellik, disosiyasyon ve bağlanma biçimleri ile ilişkisine ve disosiyasyon varlığının dürtüsellik ve bağlanma biçimleri ile olan ilişkisine bakılmıştır. Bulgular güncel yazın ile karşılaştırılarak 3 ana başlık altında tartışılacaktır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Epidemiyolojik araştırmalar BKB hastaları arasında cinsiyet farkının olmadığı bildirilmiştir.(127,128) Fakat klinik gözlemler ve yapılan araştırmalara göre kadın BKB hastaların daha çok tedavi arayışında bulunabildikleri bulunmuştur. Kliniğimize başvurular da bu gözlemlerle uyumlu olduğu için çalışmamıza kadın hastaları dahil ettik. BKB grubu ile kontrol grubu arasında yaş ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $22,28 \pm 5,83$ eğitim yılı ortalamaları $11,56 \pm 2,88$ olarak bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hastaların %75 i bekar , %15 i evli , %7.5 dul veya boşanmış, %2.5 u ayrı yaşıyor olarak saptanmıştır. BKB de gözlenen kişilerarası ilişkilerde hassasiyet ve dürtüsellik artışı boşanma yada ayrı yaşama durumlarına yol açmış olabilir. Ullrich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, BKB'si olan bireyler genellikle bekar ve BKB'si olmayanlardan daha düşük eğitim ve gelire sahip

bulunmuş (129). Geniş kapsamlı bir çalışmada düşük gelir düzeyi , genç yaşta olmak (<30 yaş), medeni durum (ayrılmış, boşanmış, dul) ve düşük eğitim durumu, BKB görülme riskiyle ilişkili bulunmuştur (130). Çalışmamıza katılan hastaların genç olması da bekar oranının yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların % 66' sı sigara içtiğini belirtmiştir, bu oran kontrollere göre iki katı yüksek bulunmuştur. Almanya'da yapılan çalışmada bu oran %54 bulunmuştur (131). Bu yüksek oran artmış morbiditeye yol açabilir. Hasta grubu ve kontrol grubu arasında alkol tüketimi yönünden fark gözlenmedi ($p>0,05$). Hastanemizde 2016 yılında BKB hastalar ile yapılan araştırma ile uyumlu bulundu.(132) Hastaların % 5 i madde kullandığını belirtmiştir. Güncel bir çalışmada madde kullanımı % 5, geçmişte madde kullanımı % 34 olarak bildirilmiştir (133).

Borderline kişilik bozukluğu olanların %28 i ek kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Büyük bir epidemiyolojik çalışma ile uyumlu gözlenmiştir.(76) Erken yaşta ebeveyn kaybının önemli bir stres etmeni olduğu bilinmektedir ve çeşitli psikiyatrik hastalıklara yönelik duyarlılık geliştirilebileceği bildirilmiştir.(134) Çalışmamızda ise hastaların %13,75'ünde erken ebeveyn kaybı saptanmıştır ve bununla birlikte, kontrol grubu ile anlamlı istatistiksel farklı bulunmamıştır($p>0,05$).

Borderline kişilik bozukluğu olanların % 35' i ailesinde psikiyatrik hastalık olduğunu bildirmiştir. Ailede artmış psikiyatrik hastalık oranı diğer güncel çalışmalarla uyumludur (132). Hastaların %23 ü ailede depresyon bulunduğunu bildirmiştir ve bu oran kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. ($p=0,014$) Ailede en sık annede (%18) psikiyatrik hastalık varlığı bildirilmiştir. Literatürde de birinci derece akrabalarda depresyon yaygınlığı bildirilmiştir (1). Anne için bildirilen bu artmış hastalık oranları güvensiz bağlanma biçimlerine ve çocukluk çağı ihmal ya da istismar içeren yaşantılardan yeterince korunamama durumuna neden olmuş olabilir.

Borderline kişilik bozukluğu grubunda intihar girişimi oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). BKB olanların %51 i en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur, bu oran kontrol grubunda % 5 tir. BKB ve kontrol grubunda en sık intihar biçimi ilaç içmek şeklindedir. BKB intihar

davranışları ve kendine zarar verme davranışları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, hiçbir araştırma verisi bu hastalıkta intihar önlemenin etkinliğini desteklememektedir ve hastaneye yatışın yararlı olduğu gösterilmemiştir (135).BKB hastaları, çoğunlukla aşırı doz olmak üzere yaşam boyu ortalama üç intihar girişiminde bulunur (84). BKB hastalarının % 10'una kadarı intihar sonucu ölür (136,137). Bu hastaların çok azı bu esnada tedavi altındadırlar.(135) 27 yıllık bir takip çalışmasında ortalama intihar yaşı 37 bulunmuştur (137). Bu nedenle, hastalar acil servise daha sık başvurdıkları daha genç yaşlarda en yüksek intihar riski altında değildirler (135). Ayrıca kendi kendine zarar verme davranışları, BKB'de yaygındır (138). Genellikle bileklere ve kollara yüzeysel kesikler şeklindedir ve bu davranışlar genelde intihar amaçlı değildir. BKB hastalarının duygusal düzenlemelerde problemleri vardır ve acı veren iç durumları azaltmak gayesiyle kendilerine zarar veririler (63). Bu zarar ve acı verici davranışlar duygusal gerilimi hafifletir, ancak ölme isteğini yansıtmaz (139).

5.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ DÜRTÜSELLİK VE BAĞLANMA BİÇİMLERİ İLE İLİŞKİSİ

Araştırmalar , borderline patoloji ile erken yaşta kötüye kullanım ve travma arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (6,42,140). BKB'de , çocukluk çağı cinsel istismar oranları ve diğer çocukluk istismar biçimleri hem diğer kişilik bozukluğu olanlardan hem de kontrol gruplarına göre daha yüksektir (6,141). Çalışmamızda da çocukluk çağı travmaları tüm alt tipleri ve toplam puanları kontrol grubuna göre yüksek tespit edildi ($p=0,0001$). 2019 yılında yapılan benzer bir çalışmada benzer şekilde çocukluk çağı travmalarının tüm alt tipleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (142).

Uzun izlem çalışmalarında dürtüsellik semptomların çoğunun en çok yatışan ve en az tekrarlama olasılığı olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar birçok klinisyenin tedavi sırasında, hastalarının kazara aşırı doz ilaç alımında olduğu gibi dolaylı yollarla veya gerçekten kendileri öldürme davranışı gibi durumlar hakkında korkusunu hafifletmeye yardımcı olabilir. Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmanın sonuçları, borderline kişilik bozukluğu semptomların ortaya çıkmasında döngüsellik olduğu, remisyonlar ve nükslerin yaygın olduğu, bazı semptomların oldukça akıcı olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, borderline kişilik

bozukluğunun klinik olarak daha acil olan akut semptomlarının, bozukluğun daha az gürültülü mizaç semptomlarından daha iyi bir prognoza sahip olduğu gözlemlenmiştir. Üstelik, bu sonuçlar, bu semptomların çoğunun zamanla çözülebileceğini göstermektedir (72). Kendini zarar verme ve yardım aramaya dönük intihar girişimleri gibi nispeten hızlı bir şekilde çözülen akut semptomlar bozukluğun en iyi belirleyicileridir (çünkü hem dramatik hem de BKB için oldukça spesifik özellikleriyle bağlantılı olarak) ve hastaneye yatış gibi bir psikiyatrik bakım için genellikle ana sebeplerdir (71).

Çalışmamızda hasta grubundaki Barratt dürtüsellik puanları ile ÇÇTÖ puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda Barratt dikkat , motor, plansızlık ve toplam puanların ÇÇTÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon gözlemlendi . Barratt motor dürtüsellik puanlarının çocukluk çağı travmaları ile en çok ilişkili olduğu saptandı ($r = 0,492$, $p = 0,0001$). Barratt motor dürtüsellik ile en ilişkili çocukluk çağı travmaları ise duygusal istismar ($r = 0,447$, $p = 0,0001$) ve cinsel istismar ($r = 0,417$, $p = 0,0001$) olarak bulundu. Barratt toplam puanı ile duygusal istismar puanları en fazla ilişkili bulunan parametrelerdir ($r = 0,436$ $p = 0,0001$).

Krause-Utz ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan bir çalışmada BKB grubu , sağlıklı kontrol grubu ve klinik kontrol grubunda (BKB olmayan dikkat eksikliği ve hiperaktivite ,ya da madde kullanım bozukluğu hastalardan oluşan) dürtüsellik , duygu düzenleme ve çocukluk çağı travmaları incelenmiş. Her iki hasta grubunun (BKB ve klinik kontrol grubu) dürtüsellik puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş ($p < 0,001$). Çalışmamıza benzer şekilde çocuklukta kötü muamele, özellikle duygusal istismar , tüm gruplarda dürtüsellik ve duygu düzenleme zorluklarıyla pozitif yönde ilişkili bulundu. Çocuklukta kötü muamelenin şiddeti, özellikle duygusal kötü muamele, tüm gruplar arasında dürtüsellik için öngörücü bulunmuştur (142). Duygusal istismar geçmiş, artmış duygulanım yoğunluğu ve azalan stres toleransı dahil olmak üzere duygusal işlemdeki değişikliklerle doğrudan bağlantılıdır.(143) BKB’de yapılan bazı çalışmalar, duygusal istismar ve ihmalin, BKB semptom şiddetinin en güçlü belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur (143,144).

Borderline kişilik bozukluğunda yüksek çocukluk çağı kötü muamele oranlarının bulunması önceki araştırmalarla tutarlıdır; örneğin, büyük ölçekli çok merkezli ileri dönük bir çalışma olan CLPS'de BKB olan bireylerde, diğer kişilik bozukluklarına göre bildirilen çocukluk istismarı ve ihmal oranları daha yüksek bulunmuştur (145).

Ayrıca, dört kişilik bozukluğu grubu (şizotipal, borderline, kaçınma ve obsesif kompulsif) ve büyük bir depresyon karşılaştırma grubu arasında, BKB katılımcıları en yüksek travmatik yaşantı deneyimleri bildirmişlerdir (çocukluk çağı cinsel istismarını da içeren cinsel travma ve fiziksel saldırıya uğramış olma) ve ilk travmatik olayda en genç yaşlar BKB'de bildirilmiştir (146). Aynı zamanda, çocuklukta kötü muameleye maruziyet , sıklıkla BKB ile birliktelik gösterebilen DEHB ve madde kullanım bozukluğu gibi diğer psikopatolojileri geliştirme riskini artırabilir (147,148).

Erişkin bağlanma biçimleri ölçeği puanları ile ÇÇTÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde çocukluk çağı travmaları toplam puanları ile kaçınan bağlanma ($r = 0,283$ $p = 0,011$) ve kaygılı/ ikircikli bağlanma ($r = 0,317$ $p = 0,004$) arasında ilişki gözlenmiştir. Kaçınan bağlanma ile duygusal ihmal ($r = 0,302$ $p = 0,006$) ve cinsel istismar ($r = 0,260$ $p = 0,02$) alt tipleri arasında korelasyon tespit edilmiştir. Kaygılı / ikircikli bağlanma ile duygusal ihmal ($r = 0,227$ $p = 0,043$) , duygusal istismar ($r = 0,271$ $p = 0,015$) ve cinsel istismar arasında korelasyon tespit edilmiştir. 2006'da benzer bir çalışma Minzenberg ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. DSM'ye göre BKB tanısı alan 40 kişi ile kontrol grubu ile karşılaştırılmış; güvensiz bağlanma biçimleri BKB grubunda daha yüksek belirlenmiş . Kaçınan bağlanma puanları ise beş altiple de ilişkili bulunmuştur. BKB grubunda kaygılı bağlanma puanları özellikle cinsel istismarla ilişkilili bulunmuştur (149). Bizim çalışmamızda farklı olarak bağlanma biçimleri ile fiziksel ihmal ya da istismar arasında korelasyon gözlenmedi.

Borderline kişilik bozukluğu olanlarda güvenli bağlanma, diğer gruplara kıyasla oldukça düşüktür. Ölçümlerde güvenli bağlanma % 0 ile 30 arasında, genellikle % 6 ile 8 arasındadır. Öz bildirim ölçümleri kullanan çalışmalar ile ilgili olarak, borderline kişilik özelliklerinin güvenli bağlanma ile önemli ölçüde negatif

ve hem kaygılı hem de kaçınan olan bağlanma ile önemli derecede pozitif korelasyon gösterdiği tutarlı olarak bulunmuştur (107).

Borderline kişilik bozukluğu grubunun kaygılı / ikircikli bağlanma puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$) . Diğer güncel çalışmalar da benzer şekilde BKB'nin kaygılı bağlanma ile anlamlı şekilde korele olduğunu bulmuştur (150–152).

Bağlanma teorisi, kişilik bozukluğunun kritik yönlerini anlamak ve öngörmek için yararlı bir çerçeve sağlar. BKB'yi bağlanma teorisi ile bağlayan asıl gözlem, karakteristik semptomların ve problemleri davranışların tipik olarak kişilerarası ilişkiler bağlamında olması ya da ilişkilerde gerçek veya hayal edilen olaylar tarafından tetiklenmesidir (108). Bağlanma teorisi, ilişkisel davranışı, kendisinin ve başkalarının “içsel çalışma modellerini” veya “içselleştirilmiş temsillerini” yansıtan olarak görür (115). Bowlby'nin, bakıcı ile olan erken deneyimin daha sonra bağlanma ilişkilerini düzenlemeye hizmet ettiği teorisi, BKB'nin psikopatolojini açıklamalarında kullanılmıştır(117). Örneğin, BKB'li kişilerin saldırı, ihmal ve terk edilme tehditleri ile ilgili deneyimlerin, mevcut ilişkilerindeki saldırı ve ihmal olarak algıların oluşmasından sorumlu olabileceği öne sürülmüştür (153). Başka bir bakış ise BKB'li bireylerin korku dolu ve kaygılı bağlanma tarzını " yakınlık kaygısının duygusal şablonu " olarak nitelendirir (154).

5.3. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA DİSOSİYASYON BULGULARI

Travma dissosiyatif tepkileri tetikleyebilir, çünkü travmatik stres, hayat deneyiminde ani bir kesinti, güvenliğin yerine tehdit , korku, acı ve dış ve iç çevrenin sürekliliği için belirsizlik oluşturur. Travmatik disosiyasyon yoğun travmatize edici olaylara maruz kalan hastalarda kategorik olarak ilişkili bir dizi fenomen için benzersiz bir tanımlayıcı olarak kabul edilebilir. Bunu duygusal hafifletme (modülasyon) yanıtı biçimi olarak anlamak için çeşitli kanıtlar ortaya atılmıştır (155).

Çalışmaların çoğu, BKB'de disosiyasyonun çocukluk çağı istismarı ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur (156–158). Bununla birlikte, bazı BKB hastalarında ; ihmal, bakıcı tarafından tutarsız muamele, kaygılı bağlanma, şiddetli

maternal işlevsizlik , şiddete tanıklık, yetişkin olarak cinsel saldırı veya madde bağımlılığı gibi diğer faktörlerin disosiyasyonun görülmesine aracılık ettiği gözlenmiştir (74,155,156,158,159). Çocukluk çağı cinsel istismarı ve disosiyasyon ; intihar, kendi kendine zarar verme ve cinsel saldırganlık dahil olmak üzere bazı olumsuz durumlarla bağımsız olarak ilişkilidir (160).

Cinsel ya da fiziksel olarak istismara uğrayan çocuklar, hayali oyun arkadaşlarından ya da hayali koruyuculardan ya da kendilerini duvar kağıdının deseninde emildiklerini hayal ederek rahatlık aradıklarını bildirirler (161). Bazıları travma sonrası haftalar, aylar veya yıllar boyunca kendilerini ayrı ve dağılmış hissetmeye devam edebilirler. Bu, bedensel algılardaki değişikliklerle kişinin bütün vücudunu veya vücudunun bir parçası kendine ait olmadığını hissetmek gibi bir çeşit “somatik yabancılaşmaya” yol açabilir. Bu tipik dissosiyatif semptomatoloji, duygulanımda bölünme, bozulmuş hafıza kodlaması ve zaman bozulması şeklinde oluşabilir (162,163).

Çalışmamızda Disosiyasyon Ölçeği puanları ile ÇÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmiştir($r = 0,396$ $p = 0,0001$). En yüksek duygusal istismarda olmak üzere ($r = 0,402$ $p = 0,0001$) ; duygusal ihmal ($r = 0,294$ $p = 0,008$) ve cinsel istismar ($r = 0,331$ $p = 0,003$) tipleriyle ilişkili bulunmuştur.

Merza ve arkadaşları 2017’de yaptıkları çalışmada 80 BKB ve 73 depresif hastayı araştırmalarına dahil etmişler. Bu çalışmada, BKB hastalarında daha ağır ve çoklu çocukluk travması bildirilmiştir. Toplam travma puanı ve cinsel istismar disosiyasyon için en kuvvetli öngörücüler olarak bulunmuştur. Kendine zarar verici davranışların en çok toplam travma puanı ve disosiyasyon ile yüksek birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (164).

Watson ve arkadaşları 2006 da yaptıkları çalışmada çalışmamızdan farklı olarak Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) kullanılmış ve bu çalışmaya 139 BKB hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada duygusal istismar , duygusal ihmal ve fiziksel istismar DES skorları ile körele bulunmuştur (165). Çalışmamızda ise fiziksel ihmal ya da istismar ile DISQ skorları arasında korelasyon gözlenmeyip farklı olarak cinsel istismar ile korelasyon gözlenmiştir.

Çocukluk çağı cinsel istismarı yaşayan çocuklar için yapılan araştırmalar, aşırı uyarılmışlık ya da dissosiyasyon olan iki alttıpte travma yanıtı olduğunu belirtmişlerdir (166,167). Bazı vakalarda disosiyatif tip TSSB ile BKB arasında ayırıcı tanı gerekebilir. Sınırdaki olan bireylerin duygulanımdaki dengesizliği çoğu zaman boşluk hissi, kızgınlık ve terk edilmiş hissetmeyi içerir. Buna karşılık, disosiyatif bireyler genellikle boşluktan şikayet etmez; bunun yerine, depresyon, korku ve utanç bildirme eğilimindedirler ve öfke yaşamalarına rağmen, genellikle öfke ve çatışmadan korkarlar ve kaçınma eğilimindedirler (168).

Mevcut araştırma literatürünün çoğunda ; araştırmacıların travmayı tek boyutlu kantitatif bir faktör (örneğin, yaşanan travmatik olayların sayısı) veya kategorik bir travmatik süreklilik türü (örneğin, fiziksel, cinsel veya psikolojik taciz) olarak ölçmeleri gibi eksiklikler vardır (169).

Erken travmatik yaşantılar, duygulanım düzenlenmesi ve dürtü kontrolü kapasitesinin gelişimini tehlikeye atar. Çocuklar özellikle de tehdit veya tehlikeye işaret eden, çevresel koşullara uygun olmayan uyarılma seviyelerinde belirgin veya öngörülemeyen kaymalara neden olan duygusal uyarıcılara, aşırı duyarlılık ya da duyarsızlık geliştirebilirler (170).

Borderline kişilik bozukluğu grubunun % 58 i DISQ için önerilen kesme puanı olan 2.5 'un üzerinde puan aldı. Şar ve arkadaşlarının 2003'te yaptıkları çalışmada polikliniğe başvuran hastalardan BKB tanısı alanlar arasında disosiyatif bozukluklar eşiğisi bakılmış ve bu oran %64 bulunmuştur (7).

Kesme puanı olarak belirtilen 2.5'dan yüksek puan alan grup ile düşük alan grup karşılaştırıldığında Barrat dikkat ($p<0,0001$) , Barrat motor ($p<0,0001$) , Barrat plansızlık ($p<0,03$) ve Barrat toplam ($p<0,0001$) puanları yüksek DISQ puanları ile ilişkili bulundu. Disosiyatif belirtilerin düzeyleri ile dürtüsellik arasında önemli ilişkiler mevcuttur. Hastaların tedavisinde bu durum gözden kaçırılmamalıdır.

Ülkemizde yapılan güncel bir çalışmada BKB hastalarında disosiyasyonun yordayıcıları araştırılmış. Kadın cinsiyet ve duygusal ihmal disosiyasyon için yordayıcı bulunmuştur. Barratt dürtüsellik puanları ve çocukluk çağı travmalarının diğer tipleri için yordayıcılık gözlenmemiştir. Aynı çalışmada, araştırmacılar, kadın

ve erkek BKB hastalarını karşılaştırdıklarında ; çocukluk çağı travmaları , alttıpleri ve DISQ puanlarının kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (171).

Disosiyasyon Ölçeğinden 2.5 üzeri puan alan grupta , 2.5'tan az puan alan gruba göre kaygılı / ikircikli bağlanma puanları yüksek bulundu ($p=0,006$). Disosiyasyon semptomlarının çocukluk çağı travmatik deneyimleri ile ilişkili olduğu çok aşıkardır. Burada sağlıklı bağlanma imkanı sağlayamayan ebeveynlerin aynı zamanda travmatik deneyimlerden de yeterince koruyamadıkları ileri sürülebilir. Hastaların tedavilerinde bu üç parametrenin birbirleriyle ilişkileri gözden kaçırılmamalıdır.

Liolitti ve arkadaşları 52 disosiyatif hastayı, 66 BKB hastasını ve 146 disosiyatif olmayan psikiyatri hastasını kontrol grubu olarak incelemişlerdir. Bu çalışmada, hastaların doğumundan iki yıl öncesinden iki yıl sonrasına kadar geçen sürede annelerin yaşamlarında yaşadıkları kayıp ve ağır travmatik olayların disosiyatif bozuklukların ve BKB'nin gelişiminde risk faktörleri olduğunu bulmuşlardır (172).

Gelişimsel ve patogenetik bir bakış açısına göre, disosiyasyon erken ve şiddetli istismar durumlarında ve bebeklikteki düzensiz bağlanma durumlarında olduğu gibi, kronik strese karşı insan tepkisinin nihai şekli gibi görünmektedir (155). Bağlanma kuramı perspektifinden bakıldığında, istismara uğrayan çocuk, bağlanma ilişkisini koruma ve bakıcıya güvenme yönündeki doğuştan gelen eğilim tarafından zorlanır ve bu nedenle bir ebeveynin ailenin diğer bir üyesi tarafından yapılan tacizi inkar etmesi ile de bağdaşabilir: bu gizli anlaşma travmatik hafızanın ayrışmasını gerektirir (173). Disosiyasyon , sonraki gelişim aşamalarında ikincil olarak ruhsal acıya karşı savunma olarak kullanılabilir (172).

Zanarini ve arkadaşları tarafından yeni geliştirilmiş bir internet tabanlı psikoeğitim programının, randomize kontrollü bir çalışmada BKB'li hastalar için faydalı olduğu gösterilmiştir. Bu program düzenli web tabanlı değerlendirmeler ve BKB ile ilgili çevrimiçi bir müfredatın tamamlanmasını içermektedir. 12 hafta boyunca süren çalışmada, psikoeğitim programını tamamlayan hastalar, programı

tamamlamayan katılımcılarla karşılaştırıldığında dürtüsellik ve genel işlevsellik konusunda daha fazla gelişme göstermişlerdir. Bu bulgular web tabanlı psikoeğitimin BKB tanısı konanlara umut verici ve düşük maliyetli bir erken müdahale veya ek tedavi olduğunu göstermektedir (174). Psikoeğitim çalışmalarının ülkemizde yaygınlaşması önemli bir konudur.



6. SONUÇ

Borderline kişilik bozukluğu tanınabilir bir klinik sendromdur ancak gelecekte daha iyi anlaşıldığı zaman başka şekillerde de sınıflandırılabilir (175). BKB için yapılan müdahalelerdeki son gelişmeler, bu grubun tedavisi için komorbiditeleride gözeten özel ihtiyaçları ele almalıdır.

Çalışmalar, komorbiditelere rağmen, hastaların tedavilerden yararlandıklarını ve bu tedaviler için iyi adaylar olarak görülmeleri gerektiğini göstermektedir (174). Geçmiş ya da güncel travma klinisyen tarafından empatik bir tutum ile ele alınmalı ve travmanın mevcut psikiyatrik semptomlara (örneğin, depresyon, disosiyasyon , diğer TSSB semptomları) ve işlevselliğinde bozulmaya katkıda bulunup bulunmadığını belirlenmelidir.

Çocukluktan itibaren koruma için ebeveynlik davranışının düzenli olarak değerlendirilmesi çocukluk dönemi boyunca yapılmalıdır ve aile dışındaki faktörlerin etkisinin ölçülmesi (örneğin, sosyal sınıf, okullar, akran grupları) buna dahil edilmelidir (176). Psikoeğitimin öneminin daha çok gözetilmesi gerekmektedir.

Erken travmanın zihinsel sağlık sonuçlarını görmezden gelmek zorlayıcıdır , toplumsal sessizlik güçlü bir şekilde yaygın olma eğilimindedir ve bu nedenle sorunun bir uzantısı olmak yerine çözümün bir parçası olmak istiyorsak, sessizliği pasif bir şekilde seçmekten kaçınmamız gerekiyor. Genel olarak konuşursak, daha hiyerarşik ve erkek egemen toplumlarda, kadın ve çocukların hakları daha azdır ve onlardan yararlanan ve kötüye kullananların hesap vermelerine o kadar az ilgi duyulur (177).

Çalışmamızda BKB hastalarının kontrol grubuna göre dürtüsellik , disosiyasyon bulguları ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bağlanma biçimlerini incelediğimizde 3 alt tipte de anlamlı fark olduğu ; BKB hastalarının kaygılı ve kaçınan , kontrol grubunun ise

güvenli bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlendi. BKB grubunda çocukluk çağında ihmal ve/veya istismara maruz kalmak dürtüsellik ve disosiyatif semptomlarla ilişkili bulundu ; ayrıca erişkin güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili bulundu. Çocukluk çağı travması türleri arasında en çok duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar BKB hastalarında dürtüsellik , disosiyatif semptomlar ve güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili bulundu. Yüksek disosiyasyon puanları yüksek dürtüsellik puanları ve kaygılı/ ikircikli bağlanma ile ilişkili bulundu. BKB' nin çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi son yıllarda vurgulanan bir konudur. Çalışmamızın sonuçları kişinin kendine zarar vermesine katkısı olabilen ve mesleki / sosyal işlevselliğini azaltan dürtüsellik ve disosiyatif semptomların ve güvensiz bağlanmanın erken yaşantılarla ilişkisini gösterdi. Ayrıca bu alanda daha fazla komorbidite çalışması yapılması klinisyenlerin disosiyatif semptomlara olan ilgisini arttırabilir. Hastanın semptomlarını anlamak ve tanımlamak travma konusunda daha dikkatli ve özenli bir yaklaşım ile olabilir. Tedavi konusunda kanıta dayalı etkin psikoterapilerin varlığı hastalara ve klinisyenlere umut vermektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock, Benjamin Sadock V. KAPLAN&SADOCK PSİKIYATRİ Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri. 11.Baskı. Bozkurt A, editor. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, 750–751 p.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM 5. Köroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014,
3. Jordan. Handbook of personality disorders Theory and practice. NewYork, 2004,
4. Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror. NewYork, 1992,
5. Hart van der. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. NewYork, 2006 p.
6. Herman JL, Perry JC, Van Der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1989;
7. Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Yargic IL, Tutkun H, Bakim B, Bozkurt O, Özpuat T, Keser V, Özdemir Ö. The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. J Trauma Dissociation [Internet] 2003 [cited 2019 Jul 26]; 4:119–36. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J229v04n01_08
8. Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. Schizophr Res [Internet] 2003 [cited 2019 Jul 29]; 60:87–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996402002967>
9. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Stein DJ. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. Compr Psychiatry [Internet] 2004 [cited 2019 Jul 29]; 45:384–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X0400046X>
10. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Fougere P. Dissociation in Borderline Personality Disorder: A Detailed Look. J Trauma Dissociation [Internet] 2009 [cited 2019 Jul 26]; 10:346–67. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299730902956838>
11. Şar V. The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. Clin Psychopharmacol Neurosci [Internet] Korean College of Neuropsychopharmacology, 2014 [cited 2019 Jul 20]; 12:171–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25598819>
12. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Prim [Internet] 2018 [cited 2019 Jun 28]; 4:18029. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrdp201829>
13. Black DW, Pfohl B, Blum N, McCormick B, Allen J, North CS, Phillips KA, Robins C, Siever L, Silk KR, Williams JBW, Zimmerman M. Attitudes Toward Borderline Personality Disorder: A Survey of 706 Mental Health Clinicians. CNS Spectr [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 18]; 16:67–74. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S109285291200020X/type/journal_article

14. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* [Internet] 1999 [cited 2019 Jul 18]; 156:1563–9. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.156.10.1563>
15. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Focus (Madison)* [Internet] 2013 [cited 2019 Jul 18]; 11:269–76. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.focus.11.2.269>
16. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. 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. *Am J Psychiatry* [Internet] 2012 [cited 2019 Jul 18]; 169:476–83. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
17. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, Tambs K, Kringlen E. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* [Internet] 2000 [cited 2019 Jul 18]; 41:416–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X00982841>
18. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] 2008 [cited 2019 Jul 18]; 118:410–3. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
19. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2001 [cited 2019 Jul 18]; 58:590. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.58.6.590>
20. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP. The Journal of clinical psychiatry. [Internet]. The Journal of Clinical Psychiatry. [Physicians Postgraduate Press], 2008 [cited 2019 Jul 18], 533–545 p. Available from: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2008/v69n04/v69n0404.aspx>
21. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *J Pers Disord* [Internet] 2013 [cited 2019 Jul 18]; 1–17. Available from: http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2013_27_093
22. Chaput YJA, Lebel M-J. Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. *Psychiatr Serv* [Internet] 2007 [cited 2019 Jul 18]; 58:335–41. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2007.58.3.335>
23. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry* [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 18]; 17:221. Available from: <http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1383-2>
24. Feldker K, Heitmann CY, Neumeister P, Tupak S V, Schrammen E, Moeck R, Zwitserlood P, Bruchmann M, Straube T. Transdiagnostic brain responses to disorder-related threat across four psychiatric disorders. *Psychol Med* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 3]; 47:730–43. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291716002634/type/journal_article

25. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grotegerd D, Domschke K, Hohoff C, Ohrmann P, Bauer J, Lindner C, Postert C, Konrad C, Arolt V, Heindel W, Suslow T, Kugel H. Limbic scars: long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry* [Internet] 2012 [cited 2019 Aug 3]; 71:286–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322311010213>
26. Witt SH, Streit F, Jungkunz M, Frank J, Awasthi S, Reinbold CS, Treutlein J, Degenhardt F, Forstner AJ, Heilmann-Heimbach S, Dietl L, Schwarze CE, Schendel D, Strohmaier J, Abdellaoui A, Adolfsson R, Air TM, Akil H, Alda M, et al. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Transl Psychiatry* [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 18]; 7:e1155–e1155. Available from: <http://www.nature.com/articles/tp2017115>
27. Prados J, Stenz L, Courtet P, Prada P, Nicastro R, Adouan W, Guillaume S, Olié E, Aubry J-M, Dayer A, Perroud N. Borderline personality disorder and childhood maltreatment: a genome-wide methylation analysis. *Genes, Brain Behav* [Internet] 2015 [cited 2019 Jul 18]; 14:177–88. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/gbb.12197>
28. Perroud N, Salzmann A, Prada P, Nicastro R, Hoespli M-E, Furrer S, Ardu S, Krejci I, Karege F, Malafosse A. Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Transl Psychiatry* [Internet] Nature Publishing Group, 2013 [cited 2019 Jul 18]; 3:e207–e207. Available from: <http://www.nature.com/articles/tp2012140>
29. Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Arranz MJ, Vega D, Calvo N, Elices M, Sanchez-Mora C, García-Martínez I, Salazar J, Carmona C, Bauzá J, Prat M, Pérez V, Pascual JC. The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet] 2016 [cited 2019 Jul 18]; 266:307–16. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00406-015-0612-2>
30. de Kloet ER, Joëls M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nat Rev Neurosci* [Internet] 2005 [cited 2019 Jul 18]; 6:463–75. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrn1683>
31. Carrion VG, Wong SS. Can Traumatic Stress Alter the Brain? Understanding the Implications of Early Trauma on Brain Development and Learning. *J Adolesc Heal* [Internet] 2012 [cited 2019 Jul 18]; 51:S23–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X12001723>
32. Veer IM, Oei NYL, Spinhoven P, van Buchem MA, Elzinga BM, Rombouts SARB. Endogenous cortisol is associated with functional connectivity between the amygdala and medial prefrontal cortex. *Psychoneuroendocrinology* [Internet] Pergamon, 2012 [cited 2019 Jul 18]; 37:1039–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453011003532>
33. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann ID, Herpertz SC. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Horm Behav* [Internet] Academic Press, 2013 [cited 2019 Jul 18]; 63:424–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X12002851>
34. Jobst A, Padberg F, Mauer M-C, Daltrozzo T, Bauriedl-Schmidt C, Sabass L, Sarubin N, Falkai P, Renneberg B, Zill P, Gander M, Buchheim A. Lower Oxytocin Plasma Levels in Borderline Patients with Unresolved Attachment Representations. *Front Hum Neurosci* [Internet] Frontiers, 2016 [cited 2019 Jul 18]; 10:125. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fnhum.2016.00125/abstract>

35. Smith AS, Wang Z. Hypothalamic Oxytocin Mediates Social Buffering of the Stress Response. *Biol Psychiatry* [Internet] Elsevier, 2014 [cited 2019 Jul 18]; 76:281–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322313008585>
36. Feldman R, Gordon I, ... IS-, 2010 undefined. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent–infant contact. Elsevier [Internet] [cited 2019 Jul 18]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453010000296>
37. Simeon D, Bartz J, Hamilton H, Crystal S, Braun A, Ketay S, Hollander E. Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: A pilot study. *Psychoneuroendocrinology* [Internet] Pergamon, 2011 [cited 2019 Jul 18]; 36:1418–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453011001028>
38. Lischke A, Herpertz SC, Berger C, Domes G, Gamer M. Divergent effects of oxytocin on (para-)limbic reactivity to emotional and neutral scenes in females with and without borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet] Narnia, 2017 [cited 2019 Jul 18]; 12:1783–92. Available from: <https://academic.oup.com/scan/article/12/11/1783/4168771>
39. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, Wolf OT, Spitzer C, Driessen M, Wingenfeld K. Associations of childhood trauma with hypothalamic-pituitary-adrenal function in borderline personality disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology* [Internet] Pergamon, 2012 [cited 2019 Jul 18]; 37:1659–68. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453012000674>
40. Dettenborn L, Kirschbaum C, Gao W, Spitzer C, Roepke S, Otte C, Wingenfeld K. Increased hair testosterone but unaltered hair cortisol in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology* [Internet] Pergamon, 2016 [cited 2019 Jul 18]; 71:176–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453016301615>
41. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene–environment interaction and gene–environment correlation. *Psychol Med* [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 18]; 41:849–60. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291710001297/type/journal_article
42. Zanarini MC. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] 1997 [cited 2019 Jul 18]; 154:1101–6. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.8.1101>
43. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, Sareen J. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res* [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 18]; 45:814–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395610003262>
44. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 1999 [cited 2019 Jul 18]; 56:600. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.56.7.600>
45. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting Behaviors Associated With Risk for Offspring Personality Disorder During Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 18]; 63:579. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.63.5.579>

46. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol* [Internet] 2009 [cited 2019 Jul 18]; 21:1013–30. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579409000546/type/journal_article
47. Fonagy P, Bateman A. The Development of Borderline Personality Disorder—A Mentalizing Model. *J Pers Disord* [Internet] 2008 [cited 2019 Jul 18]; 22:4–21. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
48. Stepp SD, Lazarus SA. Identifying a borderline personality disorder prodrome: Implications for community screening. *Personal Ment Health* [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 18]; 11:195–205. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pmh.1389>
49. Gunderson JG. Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 2009,
50. Millon, Theodore Grosman, Seth Millon, Carrie Meagher, Sarah Ramnath R. *Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları*. 1st ed. Gezmiş E, editor. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2019,
51. Kernberg O. Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet] SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA, 1967 [cited 2019 Jul 20]; 15:641–85. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000306516701500309>
52. Kernberg, O Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.) *Major theories of personality disorder*. NewYork: Guilford Press, 2005,
53. Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. NewYork, 1975,
54. Kernberg OF. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven,. Yale University Press, 1984,
55. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Bender DS, Yen S, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, McGlashan TH. Longitudinal Diagnostic Efficiency of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: A 2-Year Prospective Study. *Can J Psychiatry* [Internet] SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA, 2007 [cited 2019 Jul 18]; 52:357–62. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370705200604>
56. Ellison WD, Rosenstein L, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M. The Clinical Significance of Single Features of Borderline Personality Disorder: Anger, Affective Instability, Impulsivity, and Chronic Emptiness in Psychiatric Outpatients. *J Pers Disord* [Internet] 2016 [cited 2019 Jul 18]; 30:261–70. Available from: http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2015_29_193
57. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, Brown TA, Carpenter WT, Caspi A, Clark LA, Eaton NR, Forbes MK, Forbush KT, Goldberg D, Hasin D, Hyman SE, Ivanova MY, Lynam DR, Markon K, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol* [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 19]; 126:454–77. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/abn0000258>
58. Torgensen S. *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. 2nd ed. American Psychiatric Publishing, 2014,

59. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Stout RL. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] 2000 [cited 2019 Jul 19]; 102:256–64. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>
60. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* [Internet] 1998 [cited 2019 Jul 16]; 39:296–302. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X98900384>
61. Psychiatry JC, Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea ; M Tracie, Leslie ; Morey C, Sanislow C, Grilo CM, Stout RL, Zanarini MC, Mcglashan TH, Skodol AE. Interactions of Borderline Personality Disorder and Anxiety Disorders Over 10 Years. *J Clin Psychiatry* [Internet] 2015 [cited 2019 Jul 19]; Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42441490/Interactions_of_Borderline_Personality_D20160208-8168-10yolww.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DInteractions_of_Borderline_Personality_D.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190718%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190718T214529Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=eb5ae585a0ca3df5b421e7d1bba188cf66c513335cc38b74d13c26933c9446a5
62. Zanarini MC, Frankenburg FR. A Preliminary, Randomized Trial of Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord* [Internet] 2008 [cited 2019 Jul 19]; 22:284–90. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2008.22.3.284>
63. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, 1993,
64. Yeomans FE. Transference-focused Psychotherapy in Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Ann* [Internet] SLACK Incorporated, 2004 [cited 2019 Jul 19]; 34:449–54. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/0048-5713-20040601-13>
65. Gunderson JG. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing, 2014,
66. Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG. The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder. *Harv Rev Psychiatry* [Internet] 1998 [cited 2019 Jul 19]; 6:201–7. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10673229809000330>
67. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* [Internet] 2010 [cited 2019 Jul 19]; 196:4–12. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000008035/type/journal_article
68. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of Psychotropic Medication Use Reported by Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychopharmacol* [Internet] 2015 [cited 2019 Jul 19]; 35:63–7. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004714-201502000-00010>
69. Gunderson JG. Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry* [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 19]; 68:827. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

70. Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL. Predictors of 2-Year Outcome for Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 19]; 163:822–6. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.5.822>
71. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 19]; 163:827–32. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.5.827>
72. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up. *Am J Psychiatry* [Internet] 2016 [cited 2019 Jun 28]; 173:688–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869248>
73. Zanarini MC, Hörz S, Frankenburg FR, Weingeroff J, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] 2011 [cited 2019 Jul 16]; 124:349–56. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2011.01717.x>
74. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Time to Attainment of Recovery From Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Prospective Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* [Internet] 2010 [cited 2019 Jul 19]; 167:663–7. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>
75. Frankenburg FR, Zanarini MC. The Association Between Borderline Personality Disorder and Chronic Medical Illnesses, Poor Health-Related Lifestyle Choices, and Costly Forms of Health Care Utilization. *J Clin Psychiatry* [Internet] 2004 [cited 2019 Jul 19]; 65:1660–5. Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10001159>
76. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Comorbidity and Associated Severity of Borderline Personality Disorder and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample. *Psychosom Med* [Internet] 2010 [cited 2019 Jul 19]; 72:641–7. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006842-201009000-00007>
77. &NA; RC, Grenyer BFS. Author Index. *Harv Rev Psychiatry* [Internet] 2013 [cited 2019 Jul 19]; 21:1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651557>
78. Goodman M, Patil U, Triebwasser J, Hoffman P, Weinstein ZA, New A. Parental Burden Associated with Borderline Personality Disorder in Female Offspring. *J Pers Disord* [Internet] Guilford Publications Inc. , 2011 [cited 2019 Jul 19]; 25:59–74. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
79. Page A, Hooke G, O'brien N, Defelice N. Assessment of Distress and Burden in Australian Private Psychiatric Inpatients. *Australas Psychiatry* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 19]; 14:285–90. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1665.2006.02293.x>
80. Hinslie L. *Psychiatric Dictionary*. NewYork: Oxford University Press, 1940,
81. Smith L. *A Dictionary of Psychiatry for the Layman*. London, 1952,
82. Gerard Moeller F, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity [Internet]. *Am J Psychiatry*. 2001 [cited 2019 Jul 19] Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

83. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* [Internet] 1995 [cited 2019 Jul 20]; 51:768–74. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/1097-4679%28199511%2951%3A6%3C768%3A%3AAID-JCLP2270510607%3E3.0.CO%3B2-1>
84. Soloff PH. Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *Am J Psychiatry* [Internet] 2000 [cited 2019 Jul 20]; 157:601–8. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=174063>
85. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013,
86. BERNSTEIN EM, PUTNAM FW. Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis* [Internet] 1986 [cited 2019 Jul 20]; 174:727–35. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-198612000-00004>
87. Dalenberg D. The case for the study of “normal” dissociation processes, in *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York, 2009,
88. Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D. The Dissociative Subtype Of Posttraumatic Stress Disorder: Rationale, Clinical And Neurobiological Evidence, And Implications. *Depress Anxiety* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd, 2012 [cited 2019 Jul 20]; 29:701–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/da.21889>
89. Haaland VØ, Landrø NI. Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 2009 [cited 2019 Jul 20]; 119:383–92. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2008.01323.x>
90. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry* [Internet] American Psychiatric Association Arlington, VA, 2018 [cited 2019 Jul 20]; 175:37–46. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
91. Soffer-Dudek N. Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive–compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. *Psychol Conscious Theory, Res Pract* [Internet] 2014 [cited 2019 Jul 20]; 1:243–70. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/cns0000023>
92. Carlson EB, Dalenberg C, Armstrong J, Daniels JW, Loewenstein R, Roth D. Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *J Trauma Stress* [Internet] Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers, 2001 [cited 2019 Jul 20]; 14:549–67. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1023/A%3A1011164707774>
93. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, Ruscio AM, Shahly V, Spiegel D, Borges G, Bunting B, Caldas-de-Almeida JM, de Girolamo G, Demyttenaere K, Florescu S, Haro JM, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, et al. Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* [Internet] Elsevier, 2013 [cited 2019 Jul 20]; 73:302–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322312007718>

94. Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 2008 [cited 2019 Jul 20]; 118:291–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0447.2008.01247.x>
95. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Fougere P. Dissociation in Borderline Personality Disorder: A Detailed Look. *J Trauma Dissociation* [Internet] Taylor & Francis Group , 2009 [cited 2019 Jul 20]; 10:346–67. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299730902956838>
96. Sar V, Ross C. Dissociative Disorders as a Confounding Factor in Psychiatric Research. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 26]; 29:129–44. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X05000912>
97. Helgeland MI, Torgersen S. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* [Internet] 2004 [cited 2019 Jul 15]; 45:138–47. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X03001639>
98. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA. Severity Of Reported Childhood Sexual Abuse And Its Relationship To Severity Of Borderline Psychopathology And Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients. *J Nerv Ment Dis* [Internet] 2002 [cited 2019 Jul 15]; 190:381–7. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-200206000-00006>
99. The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] 1993 [cited 2019 Jul 15]; 150:1836–42. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.150.12.1836>
100. Carlson EA, Egeland B, Sroufe LA. A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol* [Internet] 2009 [cited 2019 Jul 15]; 21:1311–34. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579409990174/type/journal_article
101. Cohen P. Child Development and Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] 2008 [cited 2019 Jul 15]; 31:477–93. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X08000294>
102. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry* [Internet] 1995 [cited 2019 Jul 15]; 152:1059–64. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.152.7.1059>
103. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, Auciello P, Foy DW. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* [Internet] 1998 [cited 2019 Jul 16]; 66:493–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.66.3.493>
104. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ. The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *Am J Psychiatry* [Internet] 2003 [cited 2019 Jul 16]; 160:2018–24. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
105. Zanarini MC. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *Am J Psychiatry* [Internet] 2004 [cited 2019 Jul 16]; 161:2108–14. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=177157>

106. Baer JC, Martinez CD. Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis. *J Reprod Infant Psychol* [Internet] 2006 [cited 2019 Jul 15]; 24:187–97. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830600821231>
107. LEVY KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* [Internet] 2005 [cited 2019 Jul 15]; 17 Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0954579405050455
108. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harv Rev Psychiatry* [Internet] 2004 [cited 2019 Jul 15]; 12:94–104. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00023727-200403000-00002>
109. Scott LN, Levy KN, Pincus AL. Adult Attachment, Personality Traits, and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults. *J Pers Disord* [Internet] 2009 [cited 2019 Jul 15]; 23:258–80. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2009.23.3.258>
110. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* [Internet] 1996 [cited 2019 Jul 16]; 153:752–8. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.153.6.752>
111. Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. New York, 1986,
112. Gunderson J. Borderline personality disorder. American Psychiatric Press, 1984,
113. Masterson J. Treatment of the borderline adolescent: a developmental approach. New York, 1972,
114. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. I: Attachment. New York, 1969,
115. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger. New York, 1973,
116. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. III: Sadness and depression. New York, 1980,
117. Fonagy P, Target M, Gergely G. ATTACHMENT AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] 2000 [cited 2019 Jun 28]; 23:103–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X05701465>
118. Adler G. Aloneness and borderline psychopathology. The possible relevance of child developmental issues. *Int J Psychoanal* 1979;83–96.
119. Ainsworth MDS, Blehar M. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. *Am Psychol* 1978;
120. Pietromonaco PR, Barrett LF. The Internal Working Models Concept: What do we Really know about the Self in Relation to Others? *Rev Gen Psychol* [Internet] 2000 [cited 2019 Jul 17]; 4:155–75. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1037/1089-2680.4.2.155>
121. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Nöro Psikiyatr Arşivi* [Internet] 2013 [cited 2019 Jul 29]; 50:130–4. Available from: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/crossref?doi=10.4274/npa.y6296>
122. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* [Internet] 1994 [cited 2019 Jul 26]; 151:1132–6. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.151.8.1132>

123. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* [Internet] 1987 [cited 2019 Jul 29]; 52:511–24. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.52.3.511>
124. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol* [Internet] 1993 [cited 2019 Jul 29]; 64:817–26. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.64.5.817>
125. Kesebir S, Dereboy F, Kokcu F. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 2012 [cited 2019 Jul 29]; Available from: <http://earsiv.uskudar.edu.tr/handle/123456789/336>
126. Vanderlinden J, Van Dyck R, Vandereycken W, Vertommen H, Jan Verkes R. The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clin Psychol Psychother* [Internet] 1993 [cited 2019 Jul 29]; 1:21–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.5640010105>
127. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* [Internet] 2007 [cited 2019 Aug 2]; 62:553–64. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322306011929>
128. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [Internet] 2008 [cited 2019 Aug 2]; 69:533–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18426259>
129. Ullrich S, Coid J. The Age Distribution of Self-Reported Personality Disorder Traits in a Household Population. *J Pers Disord* [Internet] Guilford Publications Inc. , 2009 [cited 2019 Jul 18]; 23:187–200. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2009.23.2.187>
130. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* [Internet] 2014 [cited 2019 Aug 2]; 28:734–50. Available from: http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2012_26_093
131. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* [Internet] 2010 [cited 2019 Aug 3]; 24:412–26. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
132. Kulacaoglu F, Solmaz M, Belli H, Ardic FC, Akin E, Kose S. The relationship between impulsivity and attention-deficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 2]; 27:249–55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24750573.2017.1342317>
133. Barker V, Romaniuk L, Cardinal RN, Pope M, Nicol K, Hall J. Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychol Med* [Internet] 2015 [cited 2019 Aug 3]; 45:1955–64. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291714003079/type/journal_article

134. Furukawa TA, Ogura A, Hirai T, Fujihara S, Kitamura T, Takahashi K. Early parental separation experiences among patients with bipolar disorder and major depression: a case-control study. *J Affect Disord* [Internet] [cited 2019 Aug 2]; 52:85–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10357021>
135. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (B Aires)* [Internet] 2019 [cited 2019 Jun 28]; 55:223. Available from: <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/6/223>
136. Stone M. *The Fate of Borderline Patients*. New York: Guilford Press, 1990,
137. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* [Internet] 2001 [cited 2019 Aug 2]; 42:482–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11704940>
138. Nock MK, Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* [Internet] Washington: American Psychological Association, [cited 2019 Aug 2], p. 9–18. Available from: <http://content.apa.org/books/11875-001>
139. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* [Internet] 2002 [cited 2019 Aug 2]; 111:198–202. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.111.1.198>
140. Belford B, Kaehler LA, Birrell P. Relational Health as a Mediator Between Betrayal Trauma and Borderline Personality Disorder. *J Trauma Dissociation* [Internet] 2012 [cited 2019 Jul 11]; 13:244–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375810>
141. Laporte L, Guttman H. Abusive Relationships in Families of Women with Borderline Personality Disorder, Anorexia Nervosa and a Control Group. *J Nerv Ment Dis* [Internet] 2001 [cited 2019 Jul 29]; 189:522–31. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-200108000-00005>
142. Krause-Utz A, Erol E, Broussianou A V., Cackowski S, Paret C, Ende G, Elzinga B. Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* [Internet] 2019 [cited 2019 Aug 3]; 6:6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30873282>
143. van Harmelen A-L, de Jong PJ, Glashouwer KA, Spinhoven P, Penninx BWJH, Elzinga BM. Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behav Res Ther* [Internet] 2010 [cited 2019 Aug 3]; 48:486–94. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796710000215>
144. Pietrek C, Elbert T, Weierstall R, Müller O, Rockstroh B. Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Res* [Internet] 2013 [cited 2019 Aug 3]; 206:103–10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178112006968>
145. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord* [Internet] 2004 [cited 2019 Aug 3]; 18:193–211. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.18.2.193.32777>

146. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* [Internet] 2002 [cited 2019 Aug 3]; 190:510–8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-200208000-00003>
147. Evren C, Kural S, Cakmak D. Clinical Correlates of Self-Mutilation in Turkish Male Substance-Dependent Inpatients. *Psychopathology* [Internet] 2006 [cited 2019 Aug 3]; 39:248–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16864996>
148. Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot dysregulation* [Internet] 2014 [cited 2019 Aug 3]; 1:3. Available from: <http://bpd.biomedcentral.com/articles/10.1186/2051-6673-1-3>
149. Minzenberg MJ, Poole JH, Vinogradov S. Adult Social Attachment Disturbance Is Related to Childhood Maltreatment and Current Symptoms in Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis* [Internet] 2006 [cited 2019 Aug 5]; 194:341–8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-200605000-00006>
150. Fossati A, Feeney JA, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Acquarini E, Maffei C. On the Dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants. *J Soc Pers Relat* [Internet] SAGE Publications, 2003 [cited 2019 Aug 5]; 20:55–79. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/02654075030201003>
151. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predict forms of hostility. *J Clin Psychol* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd, 2008 [cited 2019 Aug 5]; 64:67–82. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.20434>
152. Sato M, Fonagy P, Luyten P. Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Anxiety, Need to Belong, and Self-Criticism. *J Pers Disord* [Internet] 2019 [cited 2019 Jun 28]; 1–16. Available from: https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2019_33_397
153. Benjamin L. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder. New York: Guilford Press, 1993,
154. Dutton DG, Saunders K, Starzomski A, Bartholomew K. Intimacy-Anger and Insecure Attachment as Precursors of Abuse in Intimate Relationships1. *J Appl Soc Psychol* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd (10.1111), 1994 [cited 2019 Aug 3]; 24:1367–86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x>
155. Vermetten E, Spiegel D. Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep* [Internet] Springer US, 2014 [cited 2019 Jul 30]; 16:434. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-013-0434-8>
156. Van Den Bosch LMC, Verheul R, Langeland W, Van Den Brink W. Trauma, Dissociation, and Posttraumatic Stress Disorder in Female Borderline Patients With and Without Substance Abuse Problems. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet] 2003 [cited 2019 Jul 29]; 37:549–55. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1046/j.1440-1614.2003.01199.x>

157. Ross-Gower J, Waller G, Tyson M, Elliott P. Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *Br J Clin Psychol* [Internet] 1998 [cited 2019 Jul 29]; 37:313–26. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01388.x>
158. Shear S. Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] American Psychiatric Publishing, 1994 [cited 2019 Jul 29]; 151:1324–8. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.151.9.1324>
159. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. Relationship of Personality to Dissociation and Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder. *CNS Spectr* [Internet] Cambridge University Press, 2003 [cited 2019 Jul 30]; 8:755–62. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S109285290001912X/type/journal_article
160. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet] American Psychiatric Publishing, 2001 [cited 2019 Jul 30]; 158:1027–33. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.7.1027>
161. Spiegel D. Trauma, Dissociation, and Memory. *Ann N Y Acad Sci* [Internet] 1997 [cited 2019 Aug 7]; 821:225–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9238207>
162. Brand BL, Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Spiegel D. Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation* [Internet] 2012 [cited 2019 Aug 7]; 13:9–31. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15299732.2011.620687>
163. Loewenstein RJ. Dissociation, development, and the psychobiology of trauma. *J Am Acad Psychoanal* [Internet] 1993 [cited 2019 Aug 7]; 21:581–603. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8138461>
164. Merza K, Harmatta J, Papp G, Kuritárné Szabó I. Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és szándékos fizikai önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. *Orv Hetil* [Internet] 2017 [cited 2019 Jul 26]; 158:740–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28490245>
165. Watson S, Chilton R, Fairchild H, Whewell P. Association between Childhood Trauma and Dissociation Among Patients with Borderline Personality Disorder. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet] 2006 [cited 2019 Aug 6]; 40:478–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16683975>
166. Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits.” *Infant Ment Health J* [Internet] John Wiley & Sons, Ltd, 1995 [cited 2019 Jul 30]; 16:271–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/1097-0355%28199524%2916%3A4%3C271%3A%3AAID-IMHJ2280160404%3E3.0.CO%3B2-B>
167. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *Am J Psychiatry* [Internet] American Psychiatric Publishing, 2005 [cited 2019 Jul 30]; 162:1305–10. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.7.1305>

168. Ranius, Ruth Frewen, Paul Brand B. Dissociative aspects of posttraumatic stress disorder: Epidemiology, clinical manifestations, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Jul 30], Available from: https://www.uptodate.com/contents/dissociative-aspects-of-posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-assessment-and-diagnosis?search=dissociation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
169. Yalch MM, Levendosky AA. Betrayal Trauma and Dimensions of Borderline Personality Organization. *J Trauma Dissociation* [Internet] 2014 [cited 2019 Jul 11]; 15:271–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24228770>
170. Cicchetti D, Curtis WJ. An event-related potential study of the processing of affective facial expressions in young children who experienced maltreatment during the first year of life. *Dev Psychopathol* [Internet] Cambridge University Press, 2005 [cited 2019 Aug 6]; 17:641–77. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0954579405050315
171. Kulacaoglu F, Solmaz M, Ardic FC, Akin E, Kose S. The relationship between childhood traumas, dissociation, and impulsivity in patients with borderline personality disorder comorbid with ADHD. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* [Internet] 2017 [cited 2019 Aug 6]; 27:393–402. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24750573.2017.1380347>
172. Liotti G. A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *J Trauma Dissociation* [Internet] Taylor & Francis Group , 2006 [cited 2019 Aug 6]; 7:55–73. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J229v07n04_04
173. Freyd J. Betrayal trauma: The logic of forgetting child abuse. Harvard University Press, 1997,
174. Temes CM, Zanarini MC. Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *F1000Research* [Internet] Faculty of 1000 Ltd, 2019 [cited 2019 Jun 28]; 8 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31069059>
175. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] 2018 [cited 2019 Jun 29]; 41:575–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30447725>
176. Paris J. Childhood Precursors Of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* [Internet] 2000 [cited 2019 Aug 6]; 23:77–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193953X05701441>
177. Middleton W, Stavropoulos P, Dorahy MJ, Krüger C, Lewis-Fernández R, Martínez-Taboas A, Sar V, Brand B. Child abuse and the dynamics of silence. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet] 2014 [cited 2019 Jul 29]; 48:581–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24875169>

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Özlem Parlar

Doğum yeri ve tarihi: 1987 Eskişehir

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

İletişim adresi ve telefonu: Karabal cad no 4 d 13 Bakırköy İstanbul 05557119674

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2011)

Fatih Anadolu Lisesi (2005)

III- Ünvanları : Asistan Hekim 2015-2019, Pratisyen Hekim 2012-2015

IV- Mesleki Deneyimi

2012 -2013 Kars Sarıkamış Devlet Hastanesi Acil Servis

2013-2014 Eskişehir Acıbadem Hastanesi Acil Servis

2014-2015 Eskişehir Alpu İlçe Devlet Hastanesi Acil Servis

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Psikiyatri Derneği, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Psikodrama Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları: Kişilik Bozuklukları , Ruhsal Travma

VII- Bilimsel Etkinlikler: Partner şiddetinin ruhsal etkileri (54. Ulusal Psikiyatri Kongresi – İzmir)

VIII- Eđitimler

Bilimsel Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitim 2016 (BDTD Prof. Dr. Hakan Türkçapar)

Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları Temel Eğitimi 2016-2017 (CETAD Prof. Dr. Ejder A.Yıldırım)

Kişilik ve Kişilik Bozuklukları ve Dinamik Piskoterapi Eğitimi 2015-2018 (Prof. Dr. Doğan Şahin)

Cinsel Travma ve Travma Terapileri Eğitimi 2017-2018 (CETAD Prof. Dr. Şahika Yüksel)

Psikodrama 2016'dan beri devam eden (Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü)

Destekleyici Psikoterapi 2018-2019 (TPD Prof. Dr. Cem Kaptanođlu koordinatörlüğünde)

9. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI

BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Dörtüsellik ve Dissosiyatif Semptomların Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Stilleri ile İlişkisinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Bağcılar EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2. Kat (Biyokimya Laboratuvarı yanı) Merkez Mahallesi Mimar Sinan Caddesi 6. Sokak BAĞCILAR
	TELEFON	0 (212) 440 40 00/1053
	FAKS	0-212-4404269
	E-POSTA	behkaetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Özlem Parlar		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☒	
	Diğer ise belirtiniz PROSPEKTİF TEZ			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐
				ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Doç. Dr. Adil Polat
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Dürtüsellik ve Dissosiyatif Semptomların Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Stilleri ile İlişkisinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04/06/2018	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04/06/2018	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	04/06/2018	-	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	yok	-	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
KARAR BİLGİLERİ	DİĞER:	☐				
	Karar No:2018.06.1.01.051	Tarih: 08/06/2018				
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

Etik Kurul Başkanı
Doç. Dr. Adil Polat
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

**BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Hastalarda Dürtüsellik ve Dissosiyatif Semptomların Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Stilleri ile İlişkisinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	yok

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Adil Polat

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Adil Polat	Kalp ve Damar Cerrahisi	Bağcılar EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Nilüfer Kale İçen	Nöroloji	Bağcılar EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İrfan Şahin	Kardiyoloji	Bağcılar EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Aynur Özen	Nükleer Tıp	Bağcılar EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Meltem Erol	Pediatric	Bağcılar EAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Mürselin Güney	İç Hastalıkları	Bağcılar EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Işıl Onat	Halk Sağlığı Uzmanı	Esenyurt İlçe Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yard. Doç. Burak Önal	Farmakolog	Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Ana Bilim Dalı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Alev Meltem Ercan	Biyofizik Uzmanı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyofizik Ana Bilim Dalı	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yeter Kılıç	Avukat	Özel Hukuk Bürosu	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Deniz Özen	Sivil Üye	İstanbul Teknik Üniversitesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Doç. Dr. Adil Polat
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 2 – ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Özlem Parlar 05557119674 parlarozlem@yahoo.com.tr
Uzmanlık Dalı:	Psikiyatri
Eğitim Kurumu:	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	14.08.2015
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	14.08.2019
Tez Danışmanının Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Doç Dr Hasan Belli hasan.belli@hotmail.com 05066339153 Doç. Dr Cenk Ural cenkural@yahoo.com 05325747343

1-Tez Başlığı/Konusu: Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda dürtüsellik ve disosiyatif semptomların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stilleri ile ilişkisinin araştırılması

2-Araştırma sorusu: Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda dürtüsellik ve disosiyatif semptomların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stilleri ile ilişkisi nedir ?

3-Araştırmanın amacı:
BKB olan ve olmayan kontrol grubunun araştırma sonucunda ortaya çıkacak verilerinin karşılaştırılması.

4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:

Ölçekler : Bilgilendirilmiş onam formu

Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Barret Dürtüsellik Ölçeği

Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ)

Popülasyon : Bağcılar psikiyatri polikliniğine başvuran DSM 5 e göre borderline kişilik bozukluğu tanısı yeni almış ve tedavi görmemiş hastaların, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kontrol grubu ile karşılaştırılması

5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:

Dahil etme :

18-65 yaş arasında olmak

DSM 5 E göre BKB yeni tanısı almış ve henüz tedavi görmemiş olmak

Okuma-yazma biliyor olmak

Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Hariç tutma : Genel tıbbi bir durum, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluğun varlığı Mental retardasyon, otizm gibi nöro-gelişimsel bozuklukların olması Kontrol grubu :, Hastane çalışanlarının sosyal çevresinden , klinik muayene ile psikiyatrik bozukluk olmadığı gözlenen bireyler cinsiyet ve yaş olarak BKB olan grup ile eşleştirmesi göz önüne alınarak seçilecektir.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Demografik veriler, dürtüsellik , disosiyatif belirtiler, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bağlanma stilleri
7-Araştırmanın türü ve tasarımı: Prospektif randomize kontrolü araştırma
8- Araştırma hipotezi: Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda dürtüsellik ve disosiyatif semptomların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stilleri ile anlamlı derecede ilişkilidir.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Çalışmamız ile ilgili G*power 3.1 programı ile yapılan güç analizinde Kontrol ve Hasta gruplarının BIS Total puanlarının etki büyüklüğü 0,45 bulunmuş (The relationship between impulsivity and attention deficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder) (alfa hata olasılığı=0.05); güç değeri 0.80 alınarak yapılan örneklem genişliği analizinde toplam alınması gerekli örnek sayısı çalışma ve kontrol gruplarında 80 er olarak bulundu.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılacaktır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, sıklık ve yüzde dağılımları) yanı sıra Shapiro – Wilk normallik testi ile değişkenlerin dağılımına bakılacaktır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırmalarında ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılacaktır. Ölçeklerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılacaktır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilecektir.
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması: Bu dört parametrenin araştırıldığı çalışmalar literatürde sınırlıdır, ayrıca ülkemizde bu konuda az sayıda araştırma yapıldığı gözlenmiştir. Ortaya çıkacak sonuçların bu alanda çalışan hekimlere klinik pratiklerinde faydalı olacağı düşünülmektedir. Araştırma özgündür , bilimsel literatüre katkısı olabilir.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

Tez danışmanı
Kontrol edilmiştir ve uygundur.
İmza

**Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.*

**Tez konusu onay formu tez danışmanı ve istatistik uzmanından danışmanlık alınarak uzmanlık öğrencisi tarafından doldurulduktan sonra eğitim kurumun yönetiminden uygunluk alınır. Daha sonra form anabilim dalı tez konusu değerlendirme editörüne gönderilir. Editör formu tez konusu değerlendirme hakemlerine gönderir. Hakemlerin ve editör düzeltme isteği durumunda uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına iade, olumlu görüşü durumunda onay için anabilim dalı başkanlığına gönderir. Anabilim dalı akademik kurulu görüşünü gerekçeleriyle beraber oluşturur ve Dekanlığa gönderir. Dekanlık sonucu uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına bildirir. (Kuruluş aşamasında form EBYS ile Dekanlığa gönderilmelidir.)*

3. madde: Araştırmanın amacı ya da amaçları yazıldıktan sonra, amacın tanımlama, karşılaştırma, ilişkilendirme, uyum belirlemek gibi nitelemelerini belirtir.

4. madde: Araştırma materyalleri ve popülasyon tarif edilmelidir. Hastalığın tanımı, hastaların ve kontrollerin özellikleri, deney hayvanları kullanılacaksa nitelikleri tanımlanmalıdır. Bu maddede ayrıca araştırma materyallerinin nereden sağlanacağı (gönüllü hastalar veya sağlıklı insanlar, arşiv verileri, deney ortamı vb) yazılmalıdır.

6. madde: Sağ kalım, komplikasyon, laboratuvar bulgusu, hastanın geri bildirimleri veya bulguları gibi değişkenler yazılmalıdır.

7. madde: Araştırmanın türü belirtilip tasarımı yazılmalıdır. Örneğin deneysel hayvan çalışması, ilaç çalışması, deneysel ilaç dışı çalışma, randomizasyon olup olmadığı ve niteliği, kontrolü olup olmadığı, retrospektif veya prospektifliği, kesitsel, khort çalışma gibi tasarım tam olarak yazılmalıdır.

9. madde: Örneklem sayısının belirleme yöntemi ve nasıl belirlendiği yazılmalıdır.

EK 3 – BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda dürtüsellik ve disosiyatif semptomların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stilleri ile ilişkisinin araştırılması isimli çalışmaya davet edilmektesiniz. Lütfen bu olur formunda verilen bilgileri dikkatlice okuyunuz ve herhangi bir sorunuz olursa çekinmeden sorunuz.

Çalışma hakkında bilgi aldıktan sonra, sizden çalışmaya katılmanız için bu formu imzalamanız istenecektir. Çalışmada yer alma kararınız tamamen isteğe bağlıdır. Bunun anlamı, çalışmaya katılmak ya da katılmamaktaki kararınızda serbestsiniz. Ayrıca, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılmakta da serbestsiniz.

Araştırmanın Amacı

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerde dürtüsellik ve disosiyatif semptomların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stilleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya Katılacak Toplam Gönüllü Sayısı

Bu çalışmaya sizinle beraber 160 kişinin katılması planmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem

Araştırma kapsamında size ait bazı bilgiler önceden hazırlanan araştırma formlarına kayıt edilecektir. Çalışmada Bilgilendirilmiş onam formu Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu , Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ,Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ,Barret Dürtüsellik Ölçeği, Dissosiyasyon Ölçeği (DISQ) doldurmanız istenecektir. Bu çalışma yaklaşık olarak 30 dakika sürecektir.

Olası Faydalar

Çalışmaya katılmanız size doğrudan bir faydası olmayacaktır. Ancak çalışma sonucunda güncel bilgilerin elde edilmesine ve yeni yaklaşımlar geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Riskler

Bu araştırma kapsamında sizi etkileyebilecek öngörülen bir risk bulunmamaktadır

Gizlilik

Araştırma boyunca bilgileriniz gizli tutulacaktır. Kimliğinizi adınızla gösteren gizli verilere erişim hakkına sadece araştırma ile ilgili çalışma doktoru, çalışma ekibi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Etik Kurul ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sahip olacaktır.

Araştırmaya katılımınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca çalışma sırasında sizden ve/veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumundan veya özel sigorta şirketinizden bu araştırma kapsamında hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışma süresince herhangi bir zamanda çalışma doktoruna 4404000-1136(dahili) telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda adı geçen çalışma ile ilgili sözel ve yazılı olarak bilgi aldım. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana çalışma ile ilgili konuşma ve soru sorma fırsatı verildi. Bu çalışmaya katılma kararını tamamen gönüllü olarak verdiğimin bilincindeyim. Çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman neden göstermeksizin çalışmadan ayrılabileceğimi, kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından çalışmadan çıkarılabileceğimi, çalışmadan ayrılmam veya çıkartılmam durumunda bunun hekimim tarafından verilen tedavinin kalitesini hiçbir şekilde etkilemeyeceğini biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı: Dr. Özlem Parlar

İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı:

İmzası:

EK 4 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: 1)Kadın 2) Erkek

3. Kaç yıl eğitim gördüğü?(mezuniyet durumu)

4. Meslek:

5. Çalışma Durumu:

0)Çalışmıyor 1) Çalışıyor 2)Düzensiz çalışıyor

3)Öğrenci 4) Emekli

6. Medeni durum:

0) Bekar 1) Evli 2) Dul 3) Boşanmış 4) Ayrı yaşıyor

7. Çocuk : 1)Var 2) Yok

8. Sigara kullanımı: 1)Var(.....) 0)Yok

9. Alkol kullanımı: 1)Var(.....) 0)Yok

10. Madde kullanımı 1)Var (.....) 0) Yok

11. Bilinen sürekli ek tıbbi hastalık: 1)Var 0)Yok

12. Ailede göç öyküsünün varlığı? 1) Var 0) yok

13. Erken yaşta anne/baba/bakım veren kaybı varlığı? 1)Var 0)yok

14. Aşağıda kodlanmış hastalıkların akrabalarda varlık durumu?

a. 1) Bipolar bozukluk 2) Şizofreni 3) Depresyon 4) İntihar girişimi

b. 1° akrabalar: Anne (.....) Baba (.....)

Kardeş(.....) Oğlu (.....) Kızı(.....)

15. Özkıym(intihar) girişimi: 1.var (sayısı.....) 2.yok

16. Özkıym biçimi:

1.ilacı 2.ateşli silah 3.yüksekten atlama 4.ası
5.diğer.....

EK 5 – BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

(1) Nadiren/Hiçbir zaman (2) Bazen (3) Sıklıkla (4) Hemen her zaman/Her zaman

- | | |
|---|-----------------|
| 1. İşlerimi dikkatle planlarım | (1) (2) (3) (4) |
| 2. Düşünmeden iş yaparım | (1) (2) (3) (4) |
| 3. Hızla karar veririm | (1) (2) (3) (4) |
| 4. Hiç bir şeyi dert etmem | (1) (2) (3) (4) |
| 5. Dikkat etmem | (1) (2) (3) (4) |
| 6. Uçuşan düşüncelerim var | (1) (2) (3) (4) |
| 7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım | (1) (2) (3) (4) |
| 8. Kendimi kontrol edebilirim. | (1) (2) (3) (4) |
| 9. Kolayca konsantre olurum | (1) (2) (3) (4) |
| 10. Düzenli para biriktirim | (1) (2) (3) (4) |
| 11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam | (1) (2) (3) (4) |
| 12. Dikkatli düşünen birisiyim | (1) (2) (3) (4) |
| 13. İş güvenliğine dikkat ederim | (1) (2) (3) (4) |
| 14. Düşünmeden bir şeyler söylerim | (1) (2) (3) (4) |
| 15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim. | (1) (2) (3) (4) |
| 16. Sık sık iş değiştiririm | (1) (2) (3) (4) |
| 17. Düşünmeden hareket ederim | (1) (2) (3) (4) |
| 18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım. | (1) (2) (3) (4) |
| 19. Aklıma estiği gibi hareket ederim | (1) (2) (3) (4) |
| 20. Düşünerek hareket ederim | (1) (2) (3) (4) |
| 21. Sıklıkla evimi değiştiririm | (1) (2) (3) (4) |
| 22. Düşünmeden alışveriş yaparım | (1) (2) (3) (4) |
| 23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim. | (1) (2)(3)(4) |

- | | |
|--|-----------------|
| 24. Hobilerimi değiştiririm. | (1)(2)(3)(4) |
| 25. Kazandığımdan daha fazla harcarım. | (1) (2) (3) (4) |
| 26. Düşünürken zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur. | (1) (2) (3) (4) |
| 27. řu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim. | (1) (2) (3) (4) |
| 28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam. | (1) (2) (3) (4) |
| 29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim. | (1) (2) (3) (4) |
| 30. Geleceęini düşünen birisiyim. | (1) (2) (3) (4) |



EK 6 – ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5

9. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdelikler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğım mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

EK 7 – ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

1. Bölüm

a. Bir çocuk olarak annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı. Eğer zorluklarla karşılaşsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek ve onların da bana güvenmesi benim için kolaydır. Terk edilmekten ya da bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

b. Annem ve babam bakım konusunda genellikle ilgisizdi. Benden birçok istekleri vardı. Genellikle yaptıklarımı eleştirirler ve bana bir birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir. Onlara tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım. Herhangi biri bana çok yakınlık gösterdiği zaman ya da birlikte olduğum insan (eş yada sevgili) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi sıkıntılı hissederim.

c. Annemin ve babamın ne yapacağı önceden bilinemezdi, yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler bazen göstermezlerdi. Genellikle haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benimle, benim istediğim kadar yakınlaşmakta isteksiz bulurum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında sıklıkla endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle sıklıkla daha yakın olmak-bir bütün olmak- isterim. Bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

Doğru Yanlış

- 1 Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.
- 2 İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.
- 3 Başkalarına rahatça bağlanırım.
- 4 İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.
- 5 İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.
- 6 Başkalarına tümüyle güvenmek zor gelir.
- 7 Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.
- 8 Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.

- 9 Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.
- 10 Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.
- 11 Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.
- 12 Başka bir insanla tümüyle bir olma arzumu insanları benden uzaklaştırır.
- 13 Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.
- 14 Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.
- 15 Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir.
- 16 Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.
- 17 Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.
- 18 Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.

2. Bölüm

1. Kendimi bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.
- Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
2. İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.
- Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
3. Başkalarına rahatça bağlanırım.
- Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
4. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.
- Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
5. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim. Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
6. Başkalarına tümüyle güvenmek zor gelir.
- Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 Bana çok uygun
7. Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

8. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.

Bana hiç uygun değil 1234 67 Bana çok uygun

9. Başkalarını benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 12345 67 Bana çok uygun

10. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

11. Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

12. Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

13. Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

14. Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

15. Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

16. Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

17. Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

18. Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim.

Bana hiç uygun değil 1234567 Bana çok uygun

EK 8 – DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ

Her soruda bir yaşantı tarif edilerek sizde ne derecede görüldüğü sorulmaktadır. Anlatılan durum sizde sadece alkol, ilaç ya da uyuşturucu madde etkisiyle meydana geldiyse dikkate almayınız. Anketi cevaplandırırken lütfen her soruda size uygun düşen rakamı daire içine alarak işaretleyiniz.

Örnek

Aşağıda anlatılan durum size ne derecede uymaktadır. İşaretleyiniz.

Kafamı toplamakta güçlük çekiyorum. 1 2 3 4 5

Bu rakamlardan birini daire içine alarak bu yaşantının sizde olup olmadığını ya da ne derecede olduğunu belirtebilirsiniz. Eğer yukarıdaki örnekte olduğu gibi “orta derecede” ifadesi sizin durumunuza uyuyorsa 3 rakamını işaretleyiniz. Sizin durumunuza en çok uyan rakamı her soru için ayrı ayrı işaretleyiniz.

1= Benim durumuma hiç uymuyor

2= Benim durumuma biraz uyuyor

3= Benim durumuma orta derecede uyuyor

4= Benim durumuma çok uyuyor

5= Benim durumuma tam olarak uyuyor

1=Hiç	2=Biraz	3=Orta	4=Çok	5=Tam	
1. Bazen rüyadaymışım gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2. Her şeyin gerçek dışı olduğu hissi bende devamlı olarak var.	1	2	3	4	5
3. Zaman zaman vücudumla bağlantım kopmuş gibi oluyor.	1	2	3	4	5
4. Hiç düşünmeksizin tıka basa yediğim oluyor.	1	2	3	4	5
5. Araba kullanırken ya da yolda yürürken birden farkediyorum ki, yol boyunca neler olduğunu hatırlamıyorum.	1	2	3	4	5
6. Hiçbir neden yokken ve kendim de istemediğim halde gülme ya da ağlama krizi tutuyor.	1	2	3	4	5
7. Bazen sanki bir başkası olmuşum gibi geliyor.	1	2	3	4	5
8. Kimi zaman, bir başkasını dinlerken birden farkediyorum ki, sanki anlatılanların hiçbirini (ya da bir bölümünü) duymamışım.	1	2	3	4	5
9. Kimi zaman, yorgun olduğumda, sanki dışardan yabancı bir güç bana hakim olmuş ve ne yapacağıma karar veriyormuş gibi geliyor.					
10. Olmayı hiç istemediğim durumlara giriyorum.	1	2	3	4	5
11. Zaman zaman, kendimle, düşündüklerim ve yaptıklarım arasında büyük fark hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Bazen tam olarak kim olduğumu bilemiyorum.	1	2	3	4	5
13. Eşyalarım arasında satın aldığımı hatırlamadığım yeni şeyler bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
14. Sıklıkla, aç olmadığım halde birşeyler yeme isteği duyuyorum.	1	2	3	4	5
15. Hiç istemediğim halde öfkelendiğim oluyor.	1	2	3	4	5
16. Bazen bir şey yapmaya karar vermişken vücudum irademe aykırı olarak tamamen farklı davranıyor.	1	2	3	4	5
17. Zaman zaman şaşkınlaşıyorum ve kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
18. Bazen, bir önceki gün (ya da günlerde) nerede olduğumu hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
19. Zaman zaman aileme ya da arkadaşlarıma sanki yabancıymışlar gibi davrandığım söyleniyor.	1	2	3	4	5
20. Bazı durumlarda kendimi çift kişilikli bir insan gibi görüyorum.	1	2	3	4	5

21. Geçmiş yaşamımdaki bazı önemli olayları (örneğin mezuniyet ya da nikâh töreni) hiç hatırlamadığım olur.	1	2	3	4	5
22. Bazen bir şey söyleyecek iken ağzımdan tamamen farklı bir şey çıkıyor.	1	2	3	4	5
23. Ruh halimdeki neşe ya da keyifsizlik gibi belirgin değişiklikler ani geçişler biçiminde olabiliyor.	1	2	3	4	5
24. Bir şeyi aklım başka yerde olarak yaptığım oluyor.	1	2	3	4	5
25. Başkalarının bana söylediği şeyleri hemen unutuyorum.	1	2	3	4	5
26. Bazen bir şey yaparken ne yapmakta olduğumu birden unutuyorum.	1	2	3	4	5
27. Bazen aynaya baktığımda kendini tanıyamıyorum.	1	2	3	4	5
28. Bazen vücudumun değişmekte olduğu hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
29. Kimi zaman insanların, eşyaların ve çevremdeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyuyorum.	1	2	3	4	5
30. Vücudum sanki bana ait değilmiş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
31. Televizyon seyredirken çevremde olan biten hiçbir şeyi farketmiyorum.	1	2	3	4	5
32. Bazen geçen zamanın bir bölümü aklımda hiç yer etmiyor, öyleki ben o boşluk sırasında neler yapmış olduğumu hiç hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
33. Eskiden olmuş bir şeyi o kadar canlı hatırlayabiliyorum ki, sanki o olayı baştan yaşıyor gibi oluyorum.	1	2	3	4	5
34. Bazen ne yapacağıma sanki içimdeki bir başkası karar veriyor gibi geliyor.	1	2	3	4	5
35. Kimi zaman hiç hatırlamadığım halde bazı şeyleri yapmış olduğumu farkediyorum.	1	2	3	4	5
36. Bazı şeyleri yapmaktan kendimi alıkoyamıyorum.	1	2	3	4	5
37. Bazen kendimi nasıl geldiğimi bilmediğim ve tanımadığım bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
38. Zaman zaman aklıma gelen bazı olaylar gerçekten başımdan geçti mi, yoksa yalnızca rüyamda mı gördüm, karıştırıyorum.	1	2	3	4	5
39. Bazen kendimi, bilinen ama bana yabancı ve bilinmedik gibi gelen bir yerde buluyorum.	1	2	3	4	5
40. Bazı şeyleri neden olduğunu bilmeksizin yaptığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5

41. Bazen bir şeyi bana hiç uymayan ve hoşlanmadığım bir tarzda düşünüyor ya da yapıyorum.	1	2	3	4	5
42. Kendimi, yaptığım her şeyde yakından gözlediğimi farkediyorum.	1	2	3	4	5
43. Kendimi düşüncelere ya da hayallere o kadar kaptırıyorum ki, sanki onlar gerçekten başımdan geçiyormuş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
44. Bazen aklımda bir şey olmaksızın gözüm dalıyor.	1	2	3	4	5
45. Hiçbir şey düşünmediğim sık oluyor.	1	2	3	4	5
46. Kötü alışkanlıklarına karşı durmakta çok zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
47. Bazen bir şeyi nereye koyduğumu unutuyorum.	1	2	3	4	5
48. Yemek yerken aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
49. Kendimi hayallere dalmış durumda bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
50. Kendime daha fazla yön verebilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
51. Yürürken attığım her adımı izliyorum.	1	2	3	4	5
52. Başka durumlarda pek elimden gelmeyen şeyleri kimi zaman kolayca yapıyorum (örneğin spor yaparken ya da çalışırken, insanlarla temas kurarken).	1	2	3	4	5
53. Yemek yerken ağızıma attığım her lokmayı izliyorum.	1	2	3	4	5
54. Zaman kavramını tamamen yitirdiğim (zamandan habersiz olduğum) oluyor.	1	2	3	4	5
55. Bir şeyi yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim yoksa gerçekten yaptım mı hatırlayamadığım oluyor.	1	2	3	4	5
56. Bazen kendimi iki farklı şeyi aynı zamanda yapmak istiyor ve hangisinin daha uygun olacağı konusunda tartışırken buluyorum.	1	2	3	4	5
57. Bazen zihnim parçalara bölünmüş gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
58. Eşyalarım arasında yaptığımı hatırlamadığım fakat bana ait olması gereken yazılar, çizimler ya da notlar bulduğum oluyor.	1	2	3	4	5
59. Kendimi aynı anda iki ya da daha fazla kişi olarak hissediyorum.	1	2	3	4	5
60. Bir şey yaparken sıklıkla aklım başka yerde oluyor.	1	2	3	4	5
61. Kafamın içinde ne yapmam gerektiğini söyleyen ya da yaptıklarım hakkında yorumda bulunan sesler duyduğum oluyor.	1	2	3	4	5
62. Kendimi başkalarının gördüğünden farklı gördüğüm oluyor.	1	2	3	4	5
63. Dünyaya bir sis perdesi arkasından baktığımı hissettiğim oluyor, o zaman çevremdeki insanlar ve eşyalar uzakta ve belirsiz görünüyorlar.	1	2	3	4	5