**T.C.**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA**

**ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Danışman**

**Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK**

# BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALAN YETİŞKİN BİREYLERDEKİ KÜMÜLATİF TRAVMALARIN ADLİ PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI**

**DOKTORA TEZİ**

**UZM. PSK. ASLI DİLA AKİŞ**

**İSTANBUL, 2023**

**T.C.**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA**

**ADLİ TIP VE ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**Danışman**

**Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK**

# BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALAN YETİŞKİN BİREYLERDEKİ KÜMÜLATİF TRAVMALARIN ADLİ PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI**

**DOKTORA TEZİ**

**UZM. PSK. ASLI DİLA AKİŞ**

**İSTANBUL, 2023**

# BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE DEPRESYON TANISI ALAN YETİŞKİN BİREYLERDEKİ KÜMÜLATİF TRAVMALARIN ADLİ PSİKOPATOLOJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Uzm. Psk. Aslı Dila AKİŞ**

**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü,**

**Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi**

**Danışman: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK**

## ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile dissosiyatif yaşantılar, bağlanma örüntüleri ve saldırganlık düzeylerinin adli psikopatolojik ve dissoanalitik ekol açısından incelenmesidir. Amaçlı örnekleme yönteminin kullanıldığı bu çalışmaya, İstanbul'da yaşayan ve bir psikiyatrist tarafından DSM-5'e göre tanı almış 35 borderline kişilik bozukluğu (BKB) ve 35 depresyon bozukluğu vakası katılmıştır. Bu doktora tez çalışmasında; Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ), Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ), Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Buss-Pery Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) ve Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇÇKKİSF) kullanılmıştır. ÇÇRTÖ'nin geçerlik ve güvenirlik makalesinde belirtilen kesme puanı temel alınarak elde edilen sonuçlara göre BKB vakalarının; %40'ı (n=14) fiziksel istismar, %100'ü (n=35) duygusal istismar, %54.3'ü (n=19) fiziksel ihmal, %77.1'i (n=27) duygusal ihmal ve %54.3'ü (n=19) cinsel istismar; depresyon vakalarının ise %31.4'ü (n=11) fiziksel istismar, %74.3'ü (n=26) duygusal istismar, %25.7'si (n=9) fiziksel ihmal, %65.7'si (n=23) duygusal ihmal ve %40'ı (n=14) cinsel istismar bildirmiştir. DYÖ toplam puan ortalaması BKB vakalarında (Ort.=28.07, Ss=6.94) iken,

depresyon vakalarında ise (Ort.=17.96, SS=4.48) olup, BKB vakaları, depresyon vakalarına göre istatiksel açıdan daha fazla dissosiyatif yaşantı bildirmiştir. BKB grubunun BPSÖ fiziksel saldırganlık (Ort.=26.49, SS=7.32), BPSÖ düşmanlık (Ort.=30.09, SS=3.82), BPSÖ öfke (Ort.=27.51, SS=2.56), BPSÖ sözel saldırganlık (Ort.=18.31, SS=2.74) ve BPSÖ toplam puanları (Ort.=102.40, SS=12.78) depresyon grubunun BPSÖ fiziksel saldırganlık (Ort.=19.89, SS=8.76), BPSÖ düşmanlık (Ort.=26.80, SS=4.96), BPSÖ öfke (Ort.=22.60, SS=3.81), BPSÖ sözel saldırganlık (Ort.=14.80, SS=3.04) ve BPSÖ toplam puanlarından (Ort.=84.09, SS=14.47) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. BKB vakalarında ÇÇRTÖ (duygusal istismar) ve KTÖ (hayatta kalma travmaları)'nın dissosiyatif yaşantıları istatiksel açıdan yordadığı ortaya çıkmıştır. Bu eksende kurulan model, BKB vakalarında dissosiyatif yaşantılara ilişkin toplam varyansın %40'lık kısmını açıklamaktadır. BKB vakalarındaki saldırganlık düzeyi için kurulan modele göre BPSÖ toplam puanının %35'i duygusal istismar tarafından açıklanmaktadır. Depresyon vakalarının DYÖ toplam puan ortalamasının %43'lük kısmı KTÖ'nün travmatik yaşantıyı negatif değerlendime alt boyutu tarafından açıklanmaktadır. Depresyon vakalarında saldırganlık düzeyini ÇÇRTÖ (duygusal istismar), KTÖ (hayatta kalma travmaları) ve ÇÇRTÖ (cinsel istismar) anlamlı derecede yordamaktadır. Yordayıcı bu model, depresyon vakalarında BPSÖ toplam puanının %57'lik kısmını açıklamaktadır. Sonuç olarak, BKB vakalarının çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve saldırganlık düzeyleri depresyon vakalarına göre daha yüksektir. Dolayısıyla, BKB vakaları depresyon vakalarına göre daha fazla travmatize, dissosiye ve saldırgandır. BKB ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ile kümülatif travmaların belirli alt boyutlarının (duygusal istismar, hayatta kalma travmaları BKB ve, negatif değerlendirme depresyon için), dissosiyatif yaşantı ve saldırganlık düzeylerini anlamlı biçimde yordadığı tespit edilmiştir. Bu çalışma, BKB ve depresyon vakalarında kümülatif travmaların ilk kez adli psikopatolojik ve dissoanalitik perspektiften değerlendirmesi

açısından özgün bir bilimsel araştırma olup borderline kişilik bozukluğu ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile dissosiyatif yaşantıların yüksek oranlarda görüldüğünün ortaya çıkartılması açısından da oldukça önemlidir. Borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarının psikoterapilerinin travma ve dissosiyasyon temel alınarak yapılandırılması hem tedavi süresinin kısaltılması hem de daha yüksek başarı oranıyla tamamlanması adına öncül bir öneme sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Borderline kişilik bozukluğu; depresyon bozukluğu; adli psikopatoloji; dissoanaliz; psikotravmatoloji; çocukluk çağı travmaları; kümülatif travma; dissosiyatif yaşantılar; saldırganlık; bağlanma

# THE EVALUATION OF CUMULATIVE TRAUMAS IN ADULT INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND DEPRESSION IN TERMS OF FORENSIC PSYCHOPATHOLOGY

**Aslı Dila AKİŞ, Clinical Psychologist, MSc**

**Istanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Forensic Sciences and Legal Medicine,**

**Department of Social Sciences, Doctoral Thesis**

**Supervisor: Prof. Dr. Erdinç ÖZTÜRK**

## ABSTRACT

The main purpose of this study is to examine childhood traumas and cumulative traumas and dissociative experiences, attachment patterns and aggression levels in cases of borderline personality disorder and depression from a forensic psychopathological and dissoanalytical perspective. The sample of this study, in which the purposive sampling method was used, consisted of 35 borderline personality disorder (BPD) and 35 depressive disorder cases living in Istanbul and diagnosed by one psychiatrist according to DSM-5. In this doctoral thesis; Demographic Information Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Cumulative Trauma Scale (CTS), Beck Depression Inventory (BDI), Dissociative Experiences Scale (DES), Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) , Parental Bonding Inventory (PBI), Buss-Pery Aggression Questionnaire (BPAQ), and Childhood Abuse and Neglect Questionnaire (CANQ) were applied. According to the results obtained based on the cut-off score specified in the validity and reliability article of the CTQ, among the BPD cases; 40% (n=14) were physically abused, 100% (n=35) were emotionally abused, 54.3% (n=19) were physically neglected, 77.1% (n=27) were emotionally neglected and 54.3% (n=19) were sexually abused; and among the depression cases; 31.4% (n=11) were physically abused, 74.3% (n=26) were emotionally abused, 25.7% (n=9) were physically

neglected, 65.7% (n=23) were emotionally neglected and 40% (n=14) were sexually abused. While the mean total score of DES in BPD cases is (Mean=28.07, Sd=6.94), it was found to be (Mean=17.96, Sd=4.48) in depression cases, and BPD cases reported statistically more dissociative experiences than depression cases (t=7.42), p<.001). BPD group's scores in BPAQ sub-scales; BPAQ (physical aggression, Mean=26.49, SD=7.32), BPAQ (hostility, Mean=30.09, SD=3.82), BPAQ (anger, Mean=27.51, SD=2.56) , BPAQ (verbal aggression, Mean=18.31, SD=2.74) and BPAQ (total, Mean=102.40, SD=12.78) were found to be statistically hsignificantly higher than depression group's BPAQ scores; BPAQ (physical aggression, Mean=19.89, SD=8.76), BPAQ (hostility, Mean=26.80, SD=4.96), BPAQ (anger, Mean=22.60, SD=3.81), BPAQ (verbal aggression, Mean=14.80, SD=3.04) and BPAQ (total, Mean=84.09, Ss=14.47). It was revealed that CTQ (emotional abuse) and CTS (survival traumas) statistically predicted dissociative experiences in BPD cases. The model established on this axis explains 40% of the total mean score of DES in BPD cases. According to the model established for the level of aggression in BPD cases, 35% of the BPAQ total score is explained by emotional abuse. 43% of the total DES score average of the depression cases was explained by the negative evaluation sub-scale of the CTS. CTQ (emotional abuse), CTS (survival traumas) and CTQ (sexual abuse) significantly predict the level of aggression in cases of depression. This predictive model explains 57% of the total BPAQ score in cases of depression. In conclusion, childhood traumas, dissociative experiences and aggression levels of BPD cases are higher than in depression cases. Hence, BPD cases are more traumatized, dissociated and aggressive than depression cases. In BPD and depression cases, it was determined that childhood traumas and certain sub-scales of cumulative traumas (emotional abuse, survival traumas for BPD, negative evaluation for depression) significantly predicted dissociative experience and aggression levels. This study is a unique scientific study in terms of being the first study evaluating cumulative traumas in BPD and depression cases from a

forensic psychopathological and dissoanalytic perspective. Structuring the psychotherapy of borderline personality disorder and depression disorder cases on the bases of trauma and dissociation is of primary importance for both shortening the duration of treatment and completing it with a higher success rate.

**Keywords:** Borderline personality disorder; depressive disorders; forensic psychopathology; dissoanalysis; psychotraumatology; childhood traumas; cumulative trauma; dissociative experiences; aggression; attachment

# ÖNSÖZ

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak hazırlanmıştır. *"Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon", "dissoanaliz kuramı"* ve *"adli psikopatoloji"* ekseninde yürütülen bu doktora tezi, Enstitümüzün Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Erdinç Öztürk'ün başkanlığında bilimsel faaliyetlerin yürütüldüğü *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"*nde gerçekleştirilmiştir.

*"Modern psikotravmatoloji: travma ve dissosiyasyon"* ve *"adli psikopatoloji"* alanları ile tanışma fırsat sunan, doktora programı ve tez çalışmamın başından sonuna kadar ilgisini, bilgisini ve desteğini her an hissettiren, önerileriyle akademik bakış açımı şekillendiren, mesleki tecrübesiyle yoluma ışık tutan ve cesaret verici tutumu ile motive eden tez danışmanım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdürü ve Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Erdinç ÖZTÜRK hocama katkıları, yaratıcılığı, disiplinli ve aynı zamanda anlayışlı yaklaşımı için sonsuz saygı, minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Doktora eğitimim sürecinde verdikleri dersler ve bilimsel önerileri için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü'ndeki tüm değerli hocalarıma, enstitü içerisinde yer alan tüm personele ve özellikle tüm tez dönemim boyunca verdiği destek ve değerli fikirleri için Öğr. Gör. Uzm. Psk. Görkem DERİN'e teşekkür ediyorum. Ayrıca, bu doktora tez araştırmamın başından sonuna kadar karşılıklı sevgi, saygı ve güven çerçevesinde çalışmama büyük katkıları bulunan çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE'ye ve yardımını esirgemeyen Arş. Gör. Faik TAŞÇI'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez ve doktora sürecimde ne zaman ihtiyacım olsa bana destek veren dönem arkadaşım Uzm. Psk. Dan. Hakan KARAMAN ve tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum.

Hayatımın her döneminde beni cesaretlendiren, koşulsuz şartsız yanımda olan babam Cihan AKİŞ, annem Ziynet AKİŞ, ağabeyim Enver AKİŞ ve teyzem Zeynep CİDER KARABAĞ'a da en içten sevgi ve teşekkürlerimle...

**Aslı Dila AKİŞ, Klinik Psikolog, MSc**

**İstanbul, 2023**

# İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... i

ABSTRACT ..... iv

ÖNSÖZ ..... vii

İÇİNDEKİLER ..... ix

TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ ..... xix

KISALTMALAR ..... xxiii

1. GİRİŞ VE AMAÇ ..... 1

2. GENEL BİLGİLER ..... 8

2.1. Adli Psikopatolojide Temel Kavramlar ..... 8

2.1.1. Psikopatolojinin Tanımı ..... 8

2.1.2. Psikopatolojileri Açıklayan Teorik Yaklaşımlar ..... 9

2.1.3. Adli Psikopatolojinin Tanımı ve Çalışma Alanları ..... 13

2.1.4. Adli Psikopatoloji ve Ruhsal Travma ..... 15

2.2. Ruhsal Travma ..... 17

2.2.1. Ruhsal Travma Tanımı ..... 17

2.2.2. Ruhsal Travma Kavramının Tarihçesi ..... 20

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları ..... 22

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi ..... 24

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri ..... 26

2.2.5.1. Fiziksel istismar ..... 26

2.2.5.2. Cinsel istismar ..... 28

2.2.5.3. Duygusal istismar ..... 30

2.2.5.4. Fiziksel İhmal ..... 31

2.2.5.5. Duygusal İhmal ..... 32

2.2.6. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri ve Çocukluk Çağı Travmaları ..... 33

2.2.7. Kümülatif Travma Kavramı ..... 35

2.2.8. Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesinden Kümülatif Travma ..... 38

2.2.9. Kümülatif Travma Türleri ..... 40

2.2.9.1. Bağlanma Travması ..... 40

2.2.9.2. Kimlik Travması ..... 41

2.2.9.3. Hayatta Kalma Travması ..... 43

2.2.10. Travma ile İlişkili Psikopatolojiler ve Reviktimizasyon ..... 44

2.3. Dissosiyasyon ..... 47

2.3.1. Dissosiyasyon Kavramı ..... 47

2.3.2. Modern Psikotravmatoloji Temelli Dissosiyasyon Teorileri ..... 51

2.3.2.1. Dissoanaliz Kuramı ..... 52

2.3.2.2. Psikotoplumsal Bilinç Alyans Kuramı ..... 54

2.3.2.2. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı ..... 55

2.3.3. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması ..... 56

2.3.3.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) ..... 57

2.3.3.2. Dissosiyatif Amnezi ..... 58

2.3.3.3. Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu ..... 58

2.3.3.4. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk ..... 59

2.3.4. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon ..... 60

2.3.5. Dissosiyasyon ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki ..... 61

2.3.6. Dissosiyatif Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları Arasındaki İlişki ..... 63

2.3.7. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar ..... 65

2.4. Saldırganlık ..... 68

2.4.1. Saldırganlık Tanımı ..... 68

2.4.2. Saldırganlığın Bilişsel, Fizyolojik ve Davranışsal Boyutları ..... 70

2.4.3. Saldırganlık Türleri ..... 72

2.4.4. Ruhsal Travma ve Saldırganlık ..... 74

2.4.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Saldırganlık Fenomeni ..... 76

2.4.5.1. Saldırganlık ve Borderline Kişilik Bozukluğu ..... 77

2.4.5.2. Saldırganlık ve Depresyon Bozukluğu ..... 78

2.5. Bağlanma ..... 79

2.5.1. Bağlanma Kavramı ..... 79

2.5.2. Bağlanma Kuramı ..... 80

2.5.3. Yetişkin Bağlanma Stilleri ..... 82

2.5.4. Bağlanma ve Ruhsal Travma ..... 84

2.5.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Bağlanma ..... 85

2.6. Borderline Kişilik Bozukluğu ..... 87

2.6.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Kavramı ..... 87

2.6.2. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi ..... 92

2.6.3. DSM-5'e Göre Borderline Kişilik Bozukluğunun Tanı Kriterleri ..... 95

2.6.4. Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi ..... 98

2.6.4.1. Psikanalitik Kuram Açısından Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi . 98

2.6.4.2. Biyolojik Perspektiften Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi ..... 103

2.6.4.3. Bilişsel Kuram Çerçevesinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi104

2.6.4.4. Bağlanma Kuramı Çerçevesinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi ..... 105

2.6.4.5. Ruhsal Travma Perspektifinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi ..... 106

2.6.5. Borderline Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi ..... 108

2.6.6. Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptomlar ..... 109

2.6.7. Adli Psikopatolojik Açıdan Borderline Kişilik Bozukluğu ..... 110

2.7. Depresyon ..... 117

2.7.1. Depresyon Kavramı ..... 117

2.7.2. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları ..... 119

2.7.3. Depresyon Bozukluklarının Etiyolojisi ..... 123

2.7.3.1. Bağlanma Kuramı Açısından Depresyon Bozuklukları ..... 124

2.7.3.2.Psikanalitik Kuram Açısından Depresyon Bozuklukları ..... 126

2.7.3.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram Açısından Depresyon Bozuklukları ..... 128

2.7.3.4. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri Açısıdan Depresyon Bozuklukları ..... 130

2.7.3.5. Biyolojik Açıdan Depresyon Bozuklukları ..... 132

2.7.4. Depresyon Bozukluklarında Risk Faktörleri..... 133

2.7.5. Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi..... 136

2.7.5.1. Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi İle İlgili Uluslararası Çalışmalar ..... 136

2.7.5.2. Ülkemizde Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi İle İlgili Çalışmalar ..... 138

2.7.6. Depresyon Bozuklukları ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki ..... 140

2.7.7. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Depresyon Bozuklukları ..... 142

3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 145

3.1. Araştırma Modeli..... 145

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi..... 145

3.3. Veri Toplama Araçları..... 146

3.3.1. Demografik Bilgi Formu..... 147

3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ..... 147

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)..... 148

3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)..... 149

3.3.5. Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ) ..... 150

3.3.6. Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)..... 151

3.3.7. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)..... 152

3.3.8. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKKİSF)..... 152

3.3.9. Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ) ..... 153

3.4. İstatiksel Yöntem ..... 154

4. BULGULAR ..... 157

4.1. Sosyodemografik Bulgular ..... 157

4.2. Ölçeklere Ait Betimsel Bulgular ..... 161

4.3 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Açısından Değerlendirilmesi .. 164

4.4. Ölçeklerin Araştırmamızdaki Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları ..... 167

4.5. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Saldırganlık Düzeylerinin Karşılaştırılması ..... 170

4.6. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alanlarda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Toplam Puanı 25 Üzeri *"Subklinik"* ve 30 Üzeri *"Klinik"* Olanlara Dair Veriler ..... 171

4.7. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması ..... 174

4.8. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Kümülatif Travmalar Açısından Karşılaştırılması ..... 175

4.9. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Travmatik Bağlanma Değerlendirmesine Yönelik Tutumları Açısından Karşılaştırılması ..... 176

4.10. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Kümülatif Travma Ölçeği

(KTÖ), Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular ..... 181

4.11. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ), Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular ..... 185

4.12. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları ..... 189

4.13. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları ..... 190

4.14. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları ..... 190

4.15. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları ..... 191

4.16. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 192

4.17. BKB ve Depresyon Örneklemlerinde Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 196

4.18. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 204

4.19. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde Duygusal İhmal ve İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 208

4.20. Nitel Verilere Ait Bulgular ..... 214

4.20.1. Fiziksel İhmal Bulguları ..... 214

4.20.2. Duygusal İhmal Bulguları ..... 215

4.20.3. Duygusal İstismar Bulguları ..... 217

4.20.4. Fiziksel İstismar Bulguları ..... 220

4.20.5. Cinsel İstismar Bulguları ..... 223

4.20.5.1. Cinsel İstismar (Aile dışı) Görüşme Bulguları ..... 223

4.20.5.2. Cinsel İstismar (Aile İçi) Bulguları ..... 225

4.20.6. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formun'dan Elde Edilen Verilere Ait Detaylar ..... 227

5. TARTIŞMA ..... 240

5.1 Dissoanalitik Ekol ve Adli Psikopatoloji Açısından Hipotezlerin Değerlendirilmesi . 240

5.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi ..... 248

5.3. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları ..... 254

5.4. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Kümülatif Travmalar ..... 256

5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Dissosiyatif Yaşantıların Değerlendirilmesi ..... 261

5.6. Borderline Kişilik Bozuklukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Saldırganlığın Değerlendirilmesi ..... 267

5.7. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Bağlanma ve Reviktimizasyon ..... 271

6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 276

7. KAYNAKLAR ..... 286

8. EKLER ..... 361

EK 8.1. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ..... 361

EK 8.2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU ..... 362

EK 8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIM VE İHMAL SORU FORMU ..... 366

EK 8.4. KÜMÜLATİF TRAVMA ÖLÇEĞİ ..... 369

EK 8.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ ..... 381

EK 8.6.6. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ ..... 383

EK 8.7. ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ..... 387

EK 7: BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ ..... 389

EK 8.8. BECK DEPRESYON ENVANTERİ..... 391

EK 8.9. BORDERLİNE ŞİDDET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ..... 394

EK 8.10. ETİK KURUL ONAYI RESMİ YAZILARI ..... 396

9. ÖZGEÇMİŞ ..... 397

# TABLOLAR VE ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo I. Dissosiyasyonun BASK modeli (Braun, 1988) ..... 50

Tablo II. Saldırgan Davranış Türleri ..... 74

Tablo III. Depresyon Bozukluklarının Etiyolojisini Açıklayan Kuramlar ..... 124

Tablo IV. Demografik Değişkenlerin Betimsel Analizi-I ..... 157

Tablo V. Demografik Değişkenlerin Betimsel Analizi-II ..... 158

Tablo VI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ) Puanları ..... 161

Tablo VII. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı İhmal ve İstismar Formu (ÇÇKKİİSF) İçin Frekans Dağılımları ..... 162

Tablo VIII. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) Alt Boyutlarının Kesim Puanlarına Göre İstismar ve İhmal Sayı ve Yüzde Dağılımı ..... 163

Tablo IX. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ..... 164

Tablo X. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Açısından Karşılaştırılması ..... 165

Tablo XI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Grubunda İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Şekli Frekans Dağılımı ..... 166

Tablo XII. Borderline Kişilik Bozukluğu Grubu için Ölçeklerin Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları ..... 167

Tablo XIII. Depresyon Grubu için Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları ..... 168

Tablo XIV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Saldırganlık Düzeylerinin Karşılaştırılması ..... 170

Tablo XV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alanlarda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Toplam Puanı 25 ve 30 Üzeri Olanların Sayı ve Yüzde Dağılımı 172

Tablo XVI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı 25 üzeri (n=24) Ve 25 Altı (n=11) Olanlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Sayı ve Puanları ..... 172

Tablo XVII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ[a]) Toplam Puanı 25 üzeri (n=24) ve Altı (n=11) Alanların Karşılaştırması ..... 173

Tablo XVIII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması ..... 174

Tablo XIX. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Kümülatif Travmalar Açısından Karşılaştırılması ..... 175

Tablo XX. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Grubunun Travmatik Bağlanma Değerlendirilmesine Yönelik Sorular Açısından Karşılaştırılması ..... 176

Tablo XXI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantıları (DYÖ), Çoklu Travmatik Yaşantıları (KTÖ), Bağlanma Düzeyleri ve Saldırganlık Düzeyleri (BPSÖ) Arasındaki Korelasyon Katsayıları ..... 182

Tablo XXII. Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantıları (DYÖ), Çoklu Travmatik Yaşantıları ..... 186

Tablo XXIII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nun Dissosiyatif Yaşantılar (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi ..... 189

Tablo XXIV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travmaları (KTÖ)'nın Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi ..... 190

Tablo XXV. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif TravmalarÖlçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi..... 191

Tablo XXVI. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travmaları Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi..... 191

Tablo XXVII. BKB Grubunda İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 192

Tablo XXVIII. Depresyon Grubunda İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 194

Tablo XXIX. BKB Grubunda Fiziksel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... 196

Tablo XXX. Depresyon Grubunda Fiziksel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... 198

Tablo XXXI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Grubunda Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 200

Tablo XXXII. Depresyon Grubunda Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 201

Tablo XXXIII. Borderline Kişilik Bozuklukğu (BKB) Grubunda Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 204

Tablo XXXIV. Depresyon Grubunda Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 206

Tablo XXXV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Grubunda Duygusal İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 208

Tablo XXXVI. Depresyon Grubunda Duygusal İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 210

Tablo XXXVII. Depresyon Grubunda Duygusal İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ..... 211

Tablo XXXVIII. Fiziksel İhmal Görüşme Bulguları ..... 214

Tablo XXXIX. Duygusal İhmal Görüşme Bulguları ..... 215

Tablo XL. Duygusal İstismar Görüşme Bulguları ..... 217

Tablo XLI. Fiziksel İstismar Görüşme Bulguları ..... 221

Tablo XLII. Cinsel İstismar (Aile dışı) Görüşme Bulguları ..... 223

Tablo XLIII. Cinsel İstismar (Aile içi) Görüşme Bulguları ..... 226

## KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| ABBÖ: | Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği |
| BDE: | Beck Depresyon Envanteri |
| BŞDÖ: | Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği |
| BKB: | Borderline Kişilik Bozukluğu |
| ÇÇT: | Çocukluk Çağı Travmaları |
| ÇÇRTÖ: | Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği |
| ÇÇKKİSF: | Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu |
| DKB: | Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu |
| DYÖ: | Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği |
| DY: | Dissosiyatif Yaşantılar |
| KKZD: | Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı |
| KTÖ: | Kümülatif Travma Ölçeği |
| BPSÖ: | Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği |
| TCK: | Türk Ceza Kanunu |
| TMAMT: | Travma Merkezli Alyans Model Terapi |
| TSSB: | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Travma ve dissosiyasyon: modern psikotravmatoloji çalışmaları; örseleyici deneyimler; dissosiyatif yaşantılar ve disfonksiyonel çocuk yetiştirme stilleri üzerine temellendirilmiştir ki bu bağlamda psikiyatri, klinik psikoloji ve adli psikopatoloji açısından çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmatik olaylarla en yakın ilişki dinamiğini gösteren psikiyatrik tanılar arasında dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu gelmektedir. Öztürk tarafından geliştirilen bir modern psikotravmatoloji kuramı olan dissoanaliz, erken yaşta başlayan kronik, kompleks ve kümülatif travmatik yaşantılar ile dissosiyasyon, depresyon, bağlanma ve saldırganlık arasındaki fonksiyon geçişlerine dair en kapsamlı teorik açıklamaları getirmektedir ki, bu bağlamda dissoanalizin, adli psikopatoloji ile fonksiyon geçişleri bulunmaktadır (Öztürk, 2020a; 2022a). Psikiyatri, psikotravmatoloji, klinik psikoloji ve hukuk disiplinleri ile yakın ilişki dinamikleri bulunan adli psikopatoloji; çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantılar, ruhsal hastalıklar ve suç fenomenlerine odaklanmaktadır. Adli psikopatoloji, operasyonel bağlamda çocukluk çağı travmalarının hem akut hem de kronik kısa ve uzun dönemli ruhsal yansımalarının hukuksal ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Dettmeyer, 2014; Derin & Öztürk; 2021). Adli psikopatoloji ekseninde kural dışı davranışlar sıklıkla antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmesine rağmen borderline kişilik bozukluğunda da görülebilmekte ve bu psikiyatrik tanı grubunun suç açısından önem teşkil ettiği vurgulanmaktadır (Blackburn & Coid, 1998). Genel olarak suç işleyen ve/veya suça karışmış kişilerin %25-50'sinde borderline kişilik özellikleri gözlemlenmekte olup bu kişilerin işledikleri/karıştıkları suç türleri arasında en başta; basit ve nitelikli saldırı, topluma uygun olmayan norm dışı davranışlar ve madde kötüye kullanımı gelmektedir (Sansone, Lam & Wiederman, 2012).

Borderline kişilik örgütlenmesine sahip suç işleyenlerin %58'i sıklıkla fiziksel kavgalara dahil olurken %25'i ise diğer kişilere karşı silah kullanarak saldırgan davranışlar göstermektedir (Soloff, Meltzer & Becker, 2003). Borderline kişilik bozukluğu tanısının kısmi oranda suç davranışı ve saldırganlığa yatkın olmasının yanısıra bu tanı grubundaki vakaların reviktimizasyon oranlarının yüksek olması, adli psikopatoloji ve psikotravmatoloji perspektifinden odaklanılan temel konular arasında yer almaktadır. Borderline kişilik bozukluğu, kronik çocukluk çağı travmaları ve kümülatif örseleyici deneyimler ile yakından ilişkili olması sebebiyle dissoanalitik ve adli psikopatolojik açıdan sıkça çalışılan psikiyatrik tanı gruplarından biridir (Beitchman ve ark., 1992; Gladstone ve ark., 2004). Ayrıca borderline kişilik bozukluğu tanısı, aile içerisinde deneyimlenen travmatik yaşantılarla karakterize olması sebebiyle retrospektif olarak ebeveynlerden tazminat almak üzere adli kurumlara başvurabilmesi ve bu vakalara yanlış psikiyatrik tanıların konulması sonucunda malpraktis davalarının açılabilmesi gerekçeleriyle adli psikiyatri ve adli psikoloji tarafından değerlendirilmesi gereken önemli bir psikiyatrik bozukluktur. Borderline kişilik bozukluğu, ruh sağlığı uzmanlarının ilk yıllarında psikotik bozukluk, dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon tanıları ile sıklıkla karıştırılabilmektedir ki bu doğrultuda kendine özgü bir psikiyatrik tedavisi ve psikoterapisi olan borderline kişilik bozukluğu vakaları, uzun yıllar boyunca başarısız psikoterapötik müdahalelere maruz kalabilmektedir. Öfke kontrolsüzlüğü, kimlik karmaşası, kendine zarar verme davranışları, madde kullanımı ve intihar girişimleri ile karakterize yönleriyle çoğu zaman adli sistem içerisinde yer alabilen borderline kişilik bozukluğu, psikiyatrik, psikotravmatolojik ve klinik adli psikoloji açısından çok eksende incelenmesi gereken travma ile ilişkili bir ruhsal hastalıktır (Öztürk, 2020a).

Kronik çocukluk çağı travmaları ve kümülatif örseleyici olaylar, bireylerin ruhsal entegrasyonlarını bozarak onlarda psikopatolojilerin gelişmesine neden olmaktadır (Öztürk,

2016, 2018c, 2020a, 2020b). Bu psikopatolojiler arasında borderline kişilik bozukluğunun yanısıra depresif bozukluklar da yer almaktadır ki bu ruhsal bozukluklar, adli psikiyatrik açıdan çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilerek hem suç hem de mağduriyet ekseninde incelenmektedir. Depresyon, kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozan, mortalite ve morbidite riski oldukça yüksek, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, can sıkıntısı ve boşluk duygusu, ilgi azalması, uyku ve konsantrasyon problemleri ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Ağır ve tekrar eden dinamiklere sahip depresyon hastalarının %58'inde intihar düşüncesinin bulunduğu ifade edilmektedir (Sokero, Rytsala, Melartin, & Lesleka, 2003). Başka bir çalışmada ise, depresyon ve bipolar bozukluk tanılı hastaların %13.1'inin intihar girişiminde bulunduğu ortaya çıkmıştır (Abreu ve ark., 2018). Literatürde depresyon vakalarının intihar sıklığının %13.1-59.2 arasında değiştiği belirtilmektedir ki, intihar düşüncesi olmaksızın kendine zarar verme davranışı bulunan ergenlerin %42-68'i depresyon bozukluğu tanısı almaktadır (Küçük & Çetinkaya, 2019).

Depresyonun etiyolojisini araştıran birçok çalışma, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte görülen depresyon ile yakından ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Kessler ve ark., 2003; Heim ve ark., 2008). Erken dönem ilişkisel deneyimler ile karakterize olan bağlanma biçimlerinin yetişkinlikte hem kişilerin travmatik olaylar karşısında baş etme mekanizmaları hem de ruh sağlığını hangi yönde etkileyeceği üzerinde majör bir rolü bulunmaktadır. Özellikle bakım verenler ve/veya yakınları tarafından ihmal ve istismara maruz kalan kişilerin, kendisi ve diğer kişiler hakkındaki düşünce, inanç ve beklentileri olumsuz yönde etkilenmekte ve bu kişilerde çocukluk çağı travmaları ile bağlantılı yüksek düzeyde dissosiyatif yaşantılar, kendisine ya da çevresine yönelmiş saldırgan davranışlar, travmatik bağlanma örüntüleri ve reviktimizasyon ortaya çıkabilmektedir (Erözkan, 2016). Literatürde erken dönem güvensiz bağlanma biçimleri ile yetişkinlikte ortaya çıkabilecek psikopatolojiler arasında kuvvetli ilişkiler tespit edilmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Gül

ve ark., 2016). Bu bağlamda, depresyon vakalarında kronik çocukluk çağı travmaları ile travmatik bağlanma örüntüleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin yanı sıra, depresyon tedavisinde çoğunlukla göz önünde bulundurulmayan aile içi şiddet ve çocukluk çağı ruhsal travmaları ile ilişkili ortaya çıkabilecek saldırgan davranışlar ve dissosiyatif yaşantıların incelenmesi, bu vakaların şiddet içeren yaşantılarının adli sisteme yansıyabilmesinin ötesinde çocuk istismarı ve ihmalini önleme çalışmaları açısından da önem taşımaktadır.

Çocukluk çağı travmaları, yetişkinlikte kişinin fiziksel, biyolojik, duygusal, sosyal ve psikolojik gelişimsel süreçlerini negatif yönde etkilemektedir. Literatürde çocukluk çağında ihmal ve istismara maruz kalmanın yetişkinlikteki ruhsal bozukluklar ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Famularo, 1996). Çocukluk döneminden itibaren başlayan, uzun süreli ve tekrarlayan çok sayıda travmatik olaya maruz kalanlarda kısa ve uzun vadede ortaya çıkan belirtiler tek ve belirgin bir örseleyici olaya maruz kalanlara kıyasla çok daha karmaşık ve patolojik bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle borderline kişilik bozukluğunda etiyolojik bir unsur olarak rol oynayan travmatik yaşantıların, bu vakalarda gelişen psikopatolojilerinin hem sebebi hem de sonucu olduğu vurgulanmaktadır (Oruçlular, 2016). Ruhsal travmaların; insanların duygusal yaşantılarında kesintilere yol açtığı, stresörlerle uygun seviyede başa çıkma becerilerinin gelişmesine engel olabildiği, kişilerarası ilişkilerde güvenli bağlanma örüntülerini bozduğu ve tüm bunların borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan kişilerde saldırgan ve yıkıcı davranışların ortaya çıkmasına sebep olabildiği vurgulanmaktadır (Herman, 1989). Literatürde, çocukluk çağı travmaları ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiye vurgu yapan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Öztürk 2003; Öztürk & Şar, 2005). Dissosiyasyon, bireyin çocuklukta yaşanan duygusal, fiziksel, cinsel istismar, duygusal ve fiziksel ihmal gibi travmatik yaşantıların negatif etkileri ile başa çıkabilmek adına kullandığı bir savunma mekanizmasıdır (Sanders & Giolas, 1991). Dissosiyatif bozukluklar ve borderline kişilik bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları arasında hem kuvvetli bir ilişki

bulunmakta hem de bu iki psikiyatrik tanı, semptomatoloji açısından birbirleriyle belirli ölçüde örtüşmektedir (Bornovalova ve ark., 2013; Derin & Öztürk, 2020a; Kutlu, 2018; Öztürk, 2003). Borderline kişilik bozukluğunun dışında da birçok psikiyatrik hastalığa dissosiyatif bozukluklar eş tanı ve dissosiyatif yaşantılar ise semptomatik olarak eşlik etmektedir (Öztürk ve ark, 2018; Şar ve ark, 2003). Dissosiyatif yaşantıların, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanı gruplarında incelendiği sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Korzekwa ve ark., 2009, Şar ve ark., 2003)

Kümülatif travmalar ve özellikle çocukluk çağında yaşantılanan ruhsal travmalar ile sıklıkla ilişkilendirilen başlıca psikiyatrik tanı grupları arasında DSM-5'te tanımlanan depresyon bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu yer almaktadır. Hem depresif belirtilere zemin hazırlayan hem de borderline kişilik örüntüsünün oluşumunda etkili olan travmatik yaşantıların yineleyici ve tekrarlayıcı olması bu kişilerde dissosiyatif yaşantıların varlığına ya da dissosiyatif bozuklukların eş tanı olmasının yanı sıra kişide saldırganlık, tekrarlayan mağduriyet ve güvensiz bağlanma ile ilişkilendirilen travmatik bağlanma örüntüsüne de eşlik edebilmektedir. Borderline kişilik bozukluğu veya depresyon tanısı almış yetişkinlerin kişilerarası şiddet olarak da nitelendirilebilecek travmatik yaşantılarının bu kişilerde şiddet ve saldırganlık düzeylerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Özellikle kümülatif travmalar ve erken dönem travmatik yaşantılara maruz kalan kişilerin yetişkinlik döneminde saldırgan davranışlar sergilemeye daha yatkın olduğu belirtilmekle birlikte çocukluk döneminde örseleyici yaşam olaylarının yetişkinlikte şiddet eğilimi ve kriminal davranışlar ile de anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır (Bevilacqua ve ark., 2011). Psikiyatri, klinik psikoloji, psikotravmatoloji ve adli psikopatoloji açısından önem taşıyan bu iki ayrı tanı grubunun, ortak paydaları olan kümülatif travmatik yaşantılar ve çocukluk çağı travmaları üzerinden incelenmesi ve kıyaslanması bu çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır. Adli bilimlerde malpraktis ile ilişkili klinisyenlerin dikkat etmesi gereken durumlardan birisi de

dissosiyatif bozukluklar ile borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanıları arasındaki ayrımın doğru ve net bir şekilde yapılmasıdır. Yanlış psikiyatrik tanı, yanlış tedaviye sebep olmakta ve tedavinin uzaması ya da tam bir iyileşmenin gerçekleşememesi ise vakaların mağduriyetine yol açmaktadır (Akcan & Öztürk, 2018). Dissoanalitik ekol ve adli psikopatoloji perspektifinden gerçekleştirilen bu çalışmanın temel amacı, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile saldırganlık, dissosiyatif yaşantılar ve bağlanma örüntüleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu doktora tez çalışması, borderline kişilik bozukluğu ve depresif bozukluğu vakalarında kümülatif travmaların hem dissoanalitik hem de adli psikopatolojik açıdan değerlendirildiği ilk ve öncü araştırmalardan biri olup, temel amacımız doğrultusunda hazırlanan hipotezler şunlardır:

1. Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

2. Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği ilgi alt boyutu puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük, Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği aşırı koruma/kontrol alt boyutu puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

3. Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanları arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4. Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Kümülatif Travma Ölçeği toplam puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan daha yüksektir.

5. Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Kümülatif Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

6. Depresyon bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Kümülatif Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Adli Psikopatolojide Temel Kavramlar

### 2.1.1. Psikopatolojinin Tanımı

Psikopatoloji; bireyde *"normal"* ve *"normal dışı"* zihinsel, duygusal ve davranışsal süreçleri anlama ve değerlendirilmesine yarar sağlayan, akıl ve ruh sağlığını konu alan bilim alanı olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2020a). Ruh sağlığı açısından normalden sapma gösteren ve uyumsuz davranışları inceleyen psikopatoloji alanının çıkış noktasına dair çeşitli teoriler bulunmaktadır. Günümüzde psikopatolojinin birçok formu genetik yatkınlık ile stres tetikleyici çevrenin birbiriyle etkileşiminin bir sonucu olarak kabul görmektedir. Bireyin doğuştan gelen hassasiyet ve kişisel koşulları, travmatik yaşantıları ve bu durumlarla ne şekilde başa çıkabildiği psikopatolojinin prognozuna yön vermektedir. Gelişimin herhangi bir aşamasında ya da her yaşta yaşantılanan travmatik olaylar, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir (Dorji, Dunne & Deb, 2020; Kalmakis & Chandler, 2015; Öztürk, 2020a; Sonu, Post & Feinglass, 2019). Özellikle birey, biyopsikososyal gelişimini tamamlamadan (çocukluk ve ergenlik dönemi) deneyimlediği travmalara ve içinde bulunduğu olumsuz çevre koşullarına bağlı olarak yetişkinlik döneminde örseleyici olay ile ilişkili psikiyatrik bozukluk geliştirebilmektedir (Silvers, Buhle, & Ochsner, 2014, Öztürk, 2018a; Öztürk & Derin, 2021a).

Travmatik yaşantıların sıklığı, şiddeti ve süresi bireylerde fiziksel, duygusal ya da bilişsel açıdan belirli düzeyde kalıcı olumsuz değişimlerin deneyimlemesine ve bu kişilerin psikopatoloji geliştirmelerinde etkili olabilmektedir (Lopez-Soler, 2008; Mesa-Gresa & Moya Albiol, 2011; Öztürk, 2020a). Travmatik yaşantıların; depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, madde bağımlılığı ve psikoz dahil olmak üzere birçok psikopatolojinin gelişimi ile fonksiyon

geçişleri bulunmaktadır (Green ve ark., 2010; Janssen ve ark., 2004; Kendler ve ark., 2000; Lardionis ve ark., 2011; Lopez-Soler, 2008; Macmillan ve ark., 2001; Mesa-Gresa & Moya Albiol, 2011; Nelson ve ark., 2002; Norman ve ark., 2012; Rutter & Maughan, 1997; Scott ve ark., 2019; Scott, Smith & Ellis, 2010; Silverman, Reinhers & Giocania, 2006; Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006; Varese ve ark., 2012). Kümülatif travmalar ve çocukluk çağı ruhsal travmalarıyla ilişkili olarak ruh sağlığı hizmetlerine başvuran bireylerde somatik şikayetler, kişilerarası açmazlar, saldırganlık, bağlanma problemleri, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları gibi bazı psikiyatrik semptomlar gözlemlenmektedir (Allen, 2001; Gladstone, 2004; Hien, Cohen & Campbell; 2005). Psikiyatrik tanısı bulunan kişilerle, bulunmayanlar kıyaslandığında çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın yaşam boyu yaygınlığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Mueser ve ark., 1998).

### 2.1.2. Psikopatolojileri Açıklayan Teorik Yaklaşımlar

Psikoloji biliminde psikopatolojinin açıklanmasında genetik yatkınlık ile stres tetikleyici çevrenin birbiriyle etkileşimine vurgu yapan biyopsikososyal model kullanılmakla birlikte psikodinamik, davranışsal, bilişsel, biyolojik, nörobiyolojik ve kültürlerarası perspektifi içeren 6 yaygın kuramdan bahsedilmektedir. Sigmund Freud'un geliştirdiği psikanalize dayanan *"psikodinamik kuram"*, dış dünyadan ya da bedenin içinden gelen algıları fark edebilen bilinç ve bilinçli algılamanın dışında kalan tüm zihinsel olayları içeren bilinçdışı süreçleri kapsamaktadır. Gerçeklik ve mantık ile açıklanamayan bilinçdışı insanın dürtülerini tatmin etmesi üzerine kuruludur. Freud daha sonra *"ruhsal aygıtlar"* adını verdiği *"id", "ego"* ve *"süperego"* kavramlarını ortaya atarak zihnin yapısal modelini tanımlamıştır. İd (alt benlik), ilkel boyutu temsil eden, dürtüsel ihtiyaçların doyumuna ihtiyaç duyan, tamamıyla bilinçdışı olan kısım olarak tanımlanmaktadır. İd ile ilişkili olan hayatta kalma içgüdüsü *"Eros"* ve ölüm içgüdüsü *"Thanatos"* adında iki içgüdünün de saldırganlık ve şiddet

içerdiği bilinmektedir (Fonagy, 2016a). Kişi dış ya da iç uyaranın tetiklediği gerilimin artmasına bağlı gerilimi boşaltmak adına harekete geçme arzusuna girer ve id yönetiminde ortaya çıkan bu boşaltıma haz ilkesi denir (Kuzgun, 1988). Süper ego (üst benlik), toplumun kuralları, değer yargılarını ve ideal toplum anlayışı ile ebeveynlerin öğretilerini içeren, ahlak ve vicdan kavramları ile ilişkilendirilen bölümdür. Ego (benlik) ise id ve süper ego arasında denge kuran, mantıklı ve pragmatik olan hem bilinç hem de bilinçdışı süreçleri kapsayan gerçeklik ilkesini temsil eden bölümdür. Freud'a göre psikopatolojiler çözülmemiş, bilinçdışında bastırılmış çatışmalar ve egonun stres ile başa çıkamayacak düzeyde zayıflaması ile ortaya çıkmaktadır. Yaşam ve ölüm (Eros ve Thanatos) içgüdülerinin yasaklara bağlı engellenmesiyle ilişkili olarak ego işlevini yeteri düzeyde yapamaz ve içgüdüler bilinçdışında tutulmak adına psişik enerjinin büyük kısmını harcayarak psikopatolojik semptomlar olarak ortaya çıkabilmektedir (Tuzcuoğlu, 1995). Özellikle erken çocukluk döneminde yaşantılanan ve dile dökülmeden bastırılan travmatik yaşantılar psiko-seksüel gelişimde bozulmalar yaratarak bilinçdışında psikopatolojik izler bırakmakta ve kişinin tüm yaşamını şekillendirmektedir (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995).

Watson ve Skinner'ın perspektifine dayanan *"davranışçı kuram"*, gözlenebilir ve ölçülebilir olan davranışları incelemekte, bu davranışların birey tarafından nasıl öğrenildiği ve pekiştirildiğini araştırmaktadır. Karmaşık insan davranışlarını açıklamak için temelinde klasik ve edimsel koşullanmayı kullanan bu kuram, öğrenmenin uyarıcı ve davranış arasındaki bağın kurulmasıyla geliştiğine ve pekiştiğine vurgu yapmaktadır (Malone, 2014). İnsan zihninin doğduğu anda boş bir levha olduğu ve deneyimlerle doldurulduğunu savunan John Locke (1632-1704)'a göre psikopatoloji gelişiminde erken dönem öğrenmelerinin ve travmatik yaşantıların büyük etkisi olduğu düşünülebilir. *"Bana bir düzine sağlıklı bebek verin, kendi özel davranışçı yöntemlerimle onları yetiştirerek, başka bir şeye gereksinim duymaksızın onları kesinlikle doktor, avukat, sanatçı, esnaf hatta dilenci veya hırsız yapabilirim."*

ifadesiyle Watson, özellikle çocukluk döneminde ebeveyn tutum ve dinamiklerinin çocuğun psikopatolojisinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Özdel, 2015). Bu kuram, mizaç, karakter ve zeka gibi kavramları açıklayamaması ile ilişkili olarak tüm psikopatolojilerin oluşumunda etki eden faktörleri bütünleştirmekte zayıf kalmaktadır (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995).

Yalnızca gözlemlenebilir davranışları ele alan davranışçı kuramın tam aksine *"bilişsel kuram"* direkt olarak gözlemlenemeyen ve kişinin zihninde bilgiyi algılama, işlemleme ve davranışa dökme süreçlerinin nasıl gerçekleştirdiğine odaklanmaktadır. Otomatik ve bilinçdışı ile ilişkilendirilen zihinsel süreçler, kişinin dünyayı algılayışını ve dolayısıyla psikopatolojik yapısını açıklamaktadır. Hafıza, problem çözme, karar alma, düşünme süreci ve dil gibi konular ile ilgilenen bilişsel kuramın öncülerinden Jean Piaget çocuğun dış dünyayı kendine özgü bir biçimde anlamlandırıp şekillendirmesi sonucunda belirli şemalar oluşturduğunu öne sürer (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995). Şema, yeni gelen bilgi ve deneyimleri kategorize etmeye yarayan örgütlenmiş davranış ve düşünce kalıplarını içererek içsel ve dışsal süreçleri anlamlandırma, onlarla başa çıkma stratejileri geliştirmemize yön verir. İnsan davranışını ve psikopatolojiyi açıklamada uyaran ve davranış arasında asıl belirleyicinin bilişsel süreçler olduğu bilinmektedir. Tek bir davranışın sonunda iki ayrı kişi aynı sonucu yaşasa bile kendi bilişleri çerçevesinde nasıl algıladığına bağlı olarak psikolojik geleceğini şekillendirmektedir (Özdel, 2015). Psikopatolojik alanda bilişsel kuramın uygulanabilirliğine katkıda bulunan Seligman (1942), öğrenilmiş çaresizlik kavramıyla depresyonu kişinin önceki deneyiminde kontrol edemediği olaylarla karşılaşmasının sonraki davranışlarında umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaratmasına bağlı ruhsal hareketsizlik ile sonuçlanabileceği şeklinde açıklamaktadır. Bu noktada psikopatolojide bozulmayı yaratan dış dünyanın kendisi değil, kişinin dış dünya ile ilişkili algı ve tutumlarıdır yani bilişsel süreçleridir (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995). Çocukluk çağında yaşantılanan travmatik deneyimlerin kişinin negatif

algılayışı ile pekiştirilerek yetişkinlik döneminde travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, depresyon, borderline kişilik örgütlenmesi ve reviktimizasyon gibi bazı psikopatolojik sonuçlara sebep olabileceği bilişsel kuram perspektifinden açıklanabilmektedir.

*"Biyolojik perspektif",* davranışların fiziksel ve biyolojik temellerine odaklanarak psikopatolojilerin oluşumunu fizyoloji çalışmalarını kullanarak açıklamakta olup, bu yaklaşım aynı zamanda biyolojik psikoloji, biyopsikoloji veya fizyolojik psikoloji olarak da kavramsallaştırılmaktadır. Zihinsel süreçler ve davranışların biyolojik değişkenlerle belirlendiğini varsayan bu yaklaşım genetik faktörler, hormonlar ve beynin psikopatolojiyi etkilemesi üzerine kurulmuştur. Beynin belirli bölgelerinde gerçekleşen hasarların da kişilik bozuklukları ve psikiyatrik hastalıklara sebep olabileceğini gösteren biyolojik yaklaşım çalışmalarında, manyetik rezonans görüntüleme (MRI) taramaları ve pozitron emisyon tomografi (PET) taramalarından yararlanılmaktadır (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995). Bu kuram davranışların ve psikopatolojinin üzerinde genetiğin ne düzeyde etkili olduğu, erken dönem yaşantıları ve ebeveyn tutumları ile öğrenmekten ziyade yüksek düzeyde genetik olarak aktarılan psikiyatrik bozukluklar ve epigenetik çalışmalara da ışık tutmaktadır.

*"Nörobiyolojik kuram",* psikopatolojinin beynin işleyiş ve yapısını etkileyen biyo-kimyasallar tarafından şekillendirildiğini öne sürmektedir. Bu açıdan öğrenme biyo-kimyasal değişiklikler sonucunda ortaya çıkarken, insan beyninin durmadan sürekli olarak değişerek yeniliklere uyum sağlamakta olduğu bilinmektedir (Kolb & Gibb, 2011). Beyinde sık kullanılan sinaptik bağlantıların kuvvetlendiği, kullanılmadığında ise ölerek kaybolduğunu içeren nörobiyolojik perspektife göre deneyimler ile elde edilen bilgi ve becerilerin beyin kimyasını sürekli değiştirdiği ve buna bağlı olarak psikopatolojik süreçleri de şekillendirdiği vurgulanmaktadır (Weiss, 2000). Özellikle çocukluk döneminde hızla gelişen nöron yapılarının çocuk tarafından karşılaşılan deneyime bağlı olarak yetişkinlik sürecindeki

psikopatolojiyi şekillendirebilecek düzeyde olumlu ya da olumsuz etkiye sahip olabileceği önemle düşünülmelidir (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995).

*"Kültürlerarası perspektif"* ise, farklı sosyal çevre ve kültürlere sahip insanların davranış ve düşüncelerinin bu farklılıklara bağlı olarak şekillendiğini benimsemektedir. İnsan davranışı ve psikopatolojiyi açıklarken genetik ve biyolojik etkenlerin yanı sıra, sosyokültürel etkilere de vurgu yapmaktadır. Kültürel etkiler sosyal psikolojik süreçleri etkilediği gibi bu sosyal psikolojik süreçlerin de bir sonucudur. Bireyin toplum içerisindeki kimliğini tanımlamada katkı sağlayan kültür, davranış ve düşüncelerin normunu da belirlemede yardımcı olur. Bu bakımdan kültürel farklılıklar sosyal yüklemeler, sosyal temsiller ve ideolojilerle ilişkili özellikler barındırarak bireyin ve toplumun psikopatolojik yapısını da şekillendirmede etkilidir (Atkinson, Atkinson & Hilgard, 1995). Hofstede'nin (1987) kültürel yönelimlerin temel boyutları olarak vurguladığı bireycilik-toplulukçuluk kavramı kişilik, aile etkileşimleri ve iş ortamları gibi bireyin temel yaşam alanlarını belirleyici bir unsurdur. Kültürlerin bireyci ya da toplulukçu olmaları ile ilişkili ebeveyn tutumları farklılaşmaktadır (Putnick ve ark., 2012). Amerika Birleşik Devletleri gibi bireyci kültürlerde ebeveynlerin otoriter davranışları çocukları tarafından reddedilme davranışı olarak algılanırken, toplulukçu kültürlerde otoriter ebeveyn tutumu daha sıcak ve kabullenici olarak değerlendirilmektedir (Rudy & Grusec, 2001). Dolayısıyla, kültürlerarası çalışmalarda, kültürün normatif yapısı çocukların ebeveyn tutumlarını nasıl algıladıklarını ve bu tutumların çocuklar tarafından ne düzeyde travmatize olarak algılanacağını şekillendirmektedir (Soenens & Beyers, 2012).

### 2.1.3. Adli Psikopatolojinin Tanımı ve Çalışma Alanları

*"Adli"* kelimesi; hukuk ve adalet ile ilişkili konular üzerinde yapılan çalışmaları kapsayan bir alandır. Adli psikopatoloji, kişinin suç ya da mağduriyet ile sonuçlanan davranışını değerlendirirken kişilik bozuklukları ve psikiyatrik hastalıkları tanımlarından

yararlanır ve çocukluk çağı travmaları ile kümülatif örseleyici olayların hem akut hem de kronik sonuçlarının psikolojik ve hukuksal açıdan değerlendirilmesine katkı sağlar. Bu alan, ceza adalet sistemi içerisinde ve özellikle mahkemelerde adli bilimlerle ilişkili olan kurumlarda psikopatolojik değerlendirmelerin gerçekleştirildiği bir alt alan olarak da tanımlanmaktadır. Hem klinik psikoloji hem de hukuk disiplinleri uygulamalarının entegre edildiği bu alan; adaletin doğru çerçevede kullanımı ve psikopatolojinin en kısa sürede tanı koyma ve krize müdahalesinin yapılmasına katkı sağlamaktadır (Gudjonsson & Haward, 1998; Sigurdsson & Gudjonsson, 2004).

Hukuki açıdan incelenen her psikiyatrik vakanın mental sağlığının değerlendirilmesi adli psikopatolojinin en temel özelliklerinden biridir. Adli psikopatolojik değerlendirmeler, vakanın konusuna uygun olarak yeterli bilgi ve birikime sahip yetkin psikiyatrist, klinik psikologlar ve bilirkişiler tarafından yapılabilmektedir. Akıl hastalıklarını değerlendirmede psikolojik testler uygulayan psikologlar, tanı koyan psikiyatristler, kişinin doğrudan ya da dolaylı suç ile ilişkisini ve suç içerisindeki konumunu belirlemek adına adli görüşmeleri yapan savcılar, hakimler, polisler, sosyal hizmet çalışanları ve bilirkişi olarak atanan uzmanlar adli psikopatoloji alanında çalışan kişiler olarak bilinmektedir. Bu alanda çalışan kişilerin bilimsel tespitlerde bulunması, değerlendirme ve sonuçlarını hukuki dile uygun sunması ve raporlamalarını teorilerin ötesine geçerek birey odaklı yapmaları beklenmektedir (Cina, 2016).

Adli psikopatolojinin çalışma alanlarının kapsamında ceza sorumluluğunu belirlemek, suç işleme ve mağduriyet riski değerlendirmesi yapmak, risk değerlendirmelerine bağlı önleme çalışmaları düzenlemek, görgü tanıklığının geçerlik ve güvenirliğini belirlemek, çocuklara yönelik güvenlik ve koruma tedbirlerine yönelik görüş belirtmek, simülasyon vakalarını ayırt etmek, suçun mağdur üzerindeki travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif

bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve majör depresyon bozukluğu gibi psikopatolojik sonuçlarını belirlemek yer almaktadır. Bu alanda gerçekleştirilen bir çalışmada suça sürüklenen ergenlerin %90'ında en az bir kez çocukluk çağı travmatik yaşantısı bulunduğu belirtilmektedir (Dierkhising ve ark., 2013). Bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve kümülatif travmaları ile ne şekilde başa çıktıkları ve aile içerisinde travmatik yaşantıların nasıl yönetildiği psikopatolojiyi belirleyici en önemli unsurlar olarak bilinmektedir. Travmatik yaşantıların metabolize ve tedavi edilememesine bağlı olarak kişide kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, saldırganlık, dissosiyatif bozukluklar, depresif belirtiler, borderline kişilik bozukluğu gibi adli bilimler kapsamında değerlendirilen birçok psikopatoloji gelişmektedir. Dolayısıyla adli psikopatolojinin temelinde yer alan örseleyici yaşam olayları geniş kapsamlı olarak incelenmeli, ekip çalışmasının önem verildiği multidisipliner bir düzenek içerisinde değerlendirilmelidir (Öztürk & Derin, 2021b).

### 2.1.4. Adli Psikopatoloji ve Ruhsal Travma

Adli alanda yer alan suçlu ve mağdurların psikopatolojik değerlendirilmelerinde farklı psikiyatrik tanı grupları karşımıza çıkmaktadır. Suç işleyenlerde sıklıkla antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklar ve zeka geriliği gibi ruhsal hastalıklar gözlenmekte ve bu psikopatolojilerin yüksek saldırganlık düzeyi ve şiddet davranışı ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Demirbaş, 2017). Mağdurlarda ise sıklıkla gözlemlenen psikopatolojiler arasında travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar yer almaktadır (Cantürk & Cantürk, 2004). Adli psikopatolojik değerlendirmeler sonucunda travmatik yaşantılar ve bu yaşantıların ortaya çıkardığı psikopatolojiler açısından doğru ve objektif bilgiye ulaşılması, bilimsel gerçekliğin açığa çıkarılması sağlıklı hukuki kararlar alınması açısından çok önemlidir. Klinik psikoloji ve psikiyatri disiplinleri ile yakın bir ilişkiye sahip olan psikotravmatoloji, yaşanan travmatik olaylar esnasında veya sonrasında birey ve

toplumların tepkilerini ve sonucunda ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıkları detaylandırmada, travma psikoterapileri ve travma mağduriyetini önleme politikalarına katkıda bulunmakta olan bir alan olmakla birlikte adli psikopatolojiye hizmet etmektedir. Travma ile ilişkili psikopatolojileri tanımlamak adına gerçekleştirilen adli değerlendirmelerde bu bozuklukların dissosiyojenik karakteristiklerini ele almanın yanında temaruz, psikiyatrik semptomların abartılması, görünürde çelişkili bilgi, gizleme eğilimi ve olası eşlik eden psikopatolojilerin varlığını ortaya koymak mümkün olmaktadır (Derin & Öztürk, 2021; Frankel & Dalenberg, 2006). Bu doğrultuda psikotravmatoloji alanı son yıllarda hem fail hem de mağdurlar ile gerçekleştirilen travma odaklı adli görüşmelerin yeniden yapılandırılmasına fırsat tanımaktadır (Öztürk, 2022a). Bu görüşmeler modern psikotravmatoloji paradigmalarına uygun olarak yapılandırılmış ve adli psikopatolojiyi temeline yerleştirmiştir. Psikotravmatoloji alanı, eşik altı seyreden veya travma ile ilişkilendirilen psikiyatrik bozuklukları kapsamlı değerlendirmeyi mümkün kılmanın yanı sıra bireylerin yargı sistemine dahil olmasına neden olan travmatik yaşantıların ortaya çıkarılmasında ve söz konusu bireylerin detaylı ve sistematik biçimde travma odaklı adli görüşmelere alınmasına fırsat tanımaktadır. Adli psikopatoloji ise psikotravmatoloji zemininde hem travmaya maruz kalan hem de travmaya sebep olan bireylerin psikopatolojik açıdan değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Öztürk & Derin, 2021b).

Adli psikopatoloji hukuk sisteminde psikiyatrik tanılarla ilişkili uygulamaları bilimsel temele dayandırmanın haricinde teşhis ve tedavi planlarının oluşturulması ve ruhsal hastalıkların değerlendirilmesi gibi bazı amaçlara da hizmet etmektedir. Psikiyatrik semptomların araştırılması, cezai ehliyetin varlığının sorgulanması ve yaşanan olaydan failin sorumlu tutulup tutulamayacağına dair bilginin paylaşılması da adli psikopatolojinin odak konuları arasında yer almaktadır (Ray, 2018). Temel araştırma alanlarına; travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, nevroz-psikoz ayrımları, failin anti sosyal davranış

örüntüleri ve suç isnadı kapsamında bireylerin nöropsikolojik ve psikopatolojik açıdan değerlendirilmeleri ve adli mekanizmada gerçekleşen psikoterapilerin optimal düzeyde olmaları eklenebilmektedir. Adli sistem içerisindeki bireylerin çoğunluğu kronik travma geçmişine sahip olduğunu bildirdiklerinden hukuksal değerlendirmelerin klinik kökenli adli psikopatoloji ve psikotravmatoloji zemininde gerçekleşmesine gereksinim duyulmaktadır (Öztürk & Derin, 2020). Değerlendirme ve tanılar ayrıca cezaevinde bulunan bireylerin kriz müdahalesi niteliğinde psikoterapilerinin gerçekleşmesine yönelik terapötik yaklaşımları yapılandırmayı, suçun oluşumunda ve mağduriyete yatkınlığa etkisi olan çocukluk çağı travmaları, kümülatif travmaları ve örseleyici olaylarla ilişkili ortaya çıkan dissosiyatif bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların tedavisine de katkı sağlamaktadır (Öztürk, 2020a; Wolf ve ark., 2019).

## 2.2. Ruhsal Travma

### 2.2.1. Ruhsal Travma Tanımı

Travma, bireyin maruz kaldığı duruma özel olarak kendisini tehdit eden nesnel faktörlerle bireysel baş etme mekanizmaları arasında doğan ve çelişkilere neden olan, bireyin dünyaya, çevreye ve kendine dair algısında kalıcı olumsuz etkiler yaratabilen ve şiddetli çaresizlik duygusuna sebep yaratan yaşantıların tümünü kapsamaktadır. Bireysel baş etme yöntemleri ve savunma mekanizmaları ile üzerinden gelinemeyecek derecede sarsıcı ve ağır yaşantılar ruhsal travma olarak nitelendirilmekte ve bireylerin psikopatolojileri üzerinde kendine özgü etkilere neden olmaktadır (Öztürk, 2020a). Ruhsal travmaya neden olan bazı durumlar afet (deprem, sel, yangın), aile içi şiddet, çocukluk döneminde yaşanan taciz, istismar, ihmal, kaza, saldırı, tecavüz, işkence, savaş ve patlama olarak listelenmektedir. Ruhsal travmaların ardından en çok karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar; depresyon bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'dur. TSSB

gelişmesi halinde çabuk sinirlenme, geleceğe dair plan yapamama, kabus görme, kolay irkilme, olaya dair yaşantıların rahatsız edici boyutlarda sık hatırlanması, olayın hatırlanması halinde huzursuzluk hissi ve durumdan kaçınma, olayın tekrarlanacağına dair korku gelişmesi ve tedirgin hissetme, yabancılaşma, uykusuzluk gibi belirtiler gözlenmektedir (Öztürk 2020a).

Bireyler hayatları boyunca umulmadık ve alışılmadık, olağandışı strese neden olabilecek olaylara maruz kalabilmektedir. Ruhsal travma yaşantısı olan bireyler her daim travma sonrası stres bozukluğu ya da depresyon bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklar geliştirmemektedir. Örseleyici yaşam olayları, travma öncesi (nevrotizm, dışadönüklük vb. kişilik özellikleri, negatif kognisyonlara yatkınlıklar, düşük eğitim düzeyi, bekar veya dul olmak, kadın olmak, az gelişmiş ülkede yaşamak gibi sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, ailelerin psikolojik öyküleri), travma esnası (ruhsal travma yaratan olayların türleri, süreleri, şiddetleri, travmaya verilen yanıtlar) ve travma sonrası (ruhsal travmaya maruz kalan bireyin yaşamsal koşullarının stabilizasyonu, güvenlik ihtiyacının giderilmesi, psikososyal destek ağı oluşturulması ve maruz kalan bireyin bu destekten faydalanması) stres bozukluğu yaratabilecek risk faktörlerine sahiptir. Travma sonrası belirteçler olumlu sonuçlanması halinde koruyucu bir faktör olmakta ve travmanın metabolize ve nötralize edilmesine bağlı olarak psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkma ihtimalini azaltabilmektedir (Karaoğlu, 2016).

Ruhsal travma epidemiyolojisi, ruh sağlığı sorunlarını tanımlayıcı, bu alandaki araştırmaları uygulayıcı, çözümleyici ve etiyolojiye katkı sunan çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmalar ruhsal travma kavramının yaklaşık 200 yıllık kronolojik gelişiminde dört farklı aşamasına vurgu yapmaktadır. İlk olarak hastalık dağılımları ve özellikleri tedavi kayıtları üzerinden saptanmış, ardından genel toplum araştırılmış, sonrasında ise ruhsal bozuklukların farklı kültürlerdeki bireylerin uluslararası geçerliliği olan tarama ölçekleri ve yöntemlerle

araştırılması yapılmıştır. Bu dönemlerin hastalıkları tanımlayıcı rol oynadığı ancak etiyolojik aydınlatma bakımından kısıtlı olan dönemler olduğu söylenebilmektedir. Son dönemde ise kullanımı yetkinleştirilen standart hale getirilen tarama araçları ruhsal bozuklukları araştırmakta ve etiyolojik nedenleri izlem çalışmaları sonucunda literatüre aktarmaktadır (Binbay ve ark., 2014). Kessler ve arkadaşlarının (1995) ruhsal travma üzerine gerçekleştirdiği bir çalışmada 5877 kişi incelenmiş ve 15-54 yaş grubunda yer alan bu bireyler DSM-III-R tanı kriterleri kapsamında değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ruhsal travma sonrası ortaya çıkabilecek TSSB belirtilerinin hayat boyu prevalansı %7.8 olarak tespit edilmiştir. Boşanan bireylerde ve kadınlarda daha yüksek olan bu oran her 3 kişiden birinin ruhsal travmaya dair semptom taşıdığını ortaya koymuştur (Kessler ve ark., 1995). Türkiye'de yapılan çalışmalar deprem tipi travma olgularını içermektedir (Can ve ark., 2013). Marmara depreminin 6 yıl ardından Sapanca'da gerçekleştirilen bir çalışmada ruhsal travma prevalansı %24.2 olarak tespit edilmiştir (Önsüz, Topuzoğlu, İkiışık, & Karavuş, 2009). DSM-IV psikiyatrik tanı kriterlerinin ruhsal durum ekleri ve geliştirilen stresörlerin sübjektif etkisi epidemiyolojik çalışmalarda ruhsal travma oranlarının artmasına neden olmuştur (Şalcıoğlu, 2003).

Ruhsal travmaya yol açan yaşantıların ardından gelişen psikiyatrik hastalıklardan en sık görüleni TSSB'dir. Öyle ki çok sayıda bireyin ruhsal travmaya maruz kalmasına rağmen sadece belirli bir kısmı travma sonrası stres bozukluğu semptomları ortaya çıkarmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu yıllar boyunca sürebilmekte, bireyin her yaşam alanında işlevsellik kaybına neden olmakta ayrıca bu kişileri ve toplumları maddi ve manevi olarak negatif yönde etkilemektedir. 1999 Marmara depremini deneyimleyenlerin yaklaşık %20'sinin travma sonrası stres bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan semptomlara sahip olduğu görülmüştür. Kadınlar erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla travma sonrası stres bozukluğu tanısı almaktadır (Önsüz, Topuzoğlu, İkiışık, & Karavuş, 2009). Ayrıca travma ile ilişkili

bozukluklardan bağımsız farklı bir psikiyatrik bozukluğu bulunan ve ruhsal travmayı daha şiddetli yaşayan bireyler daha yüksek düzeyde ve şiddetli TSSB geliştirme olasılığı taşımaktadır. Ruhsal travmanın şiddeti arttıkça sebep olduğu etkiler de o denli yıkıcı ve uzun sürebilmektedir. Örneğin, deprem anında enkaz altında kalanlar, yakınlarını kaybedenler, evi hasar görenler bu durumları yaşamayanlara oranla daha şiddetli psikiyatrik belirtiler göstermektedir. Ruhsal travmanın etkilerinin olay anında yaşantılanan korku derecesine ve travmatik olaya verilen tepkiye bağlı olarak değişkenlik gösterdiği bilinmektedir (Öztürk, 2020a). Bu durumu destekler nitelikte olan bir çalışmada deprem esnasında hiçbir şey düşünmeksizin dona kalan bireylerin TSSB oranlarının yüksek çıkması örnek verilebilmektedir. Dissosiye etmenin veya kaçınmanın ruhsal travmanın etkilerini azaltmadığı bilinmektedir. Bu şekilde başa çıkma mekanizması geliştiren bireyler sorunlarını başkaları ile paylaşan, yardım arayan ve destek bulan bireylere oranla daha uzun sürede iyileşmektedir. Ruhsal travmaya maruz kalan çok sayıda kişi birkaç hafta içerisinde normale dönmektedir ancak her altı bireyden biri travmatik yaşantıya bağlı stres reaksiyonlarını yıllarca gösterebilmektedir (Öztürk, 2020a).

### 2.2.2. Ruhsal Travma Kavramının Tarihçesi

Travmaya bağlı olumsuz ruhsal etkilerin olduğu vakalar psikoloji biliminde ilk kez 1880'li yıllarda ele alınmaya başlamıştır. Nöroloji uzmanı Jean Martin Charcot, Paris'te bulunan hastane kompleksinde histeri üzerine çalışmalarını başlatmış ve günümüzün psikolojik travma çalışmalarının temelini oluşturmuştur. Psikosomatik şikayetler, dissosiyatif semptomlar, uyurgezerlik gibi bulgularla başlayan araştırma kapsamı histeri tanısı çerçevesinde ilerletilmiştir. Ardından Freud ve Janet bu durumların nörolojik sorunların aksine geçmiş travmatik yaşantılardan kaynaklandığına vurgu yapmıştır. 20 yüzyıl boyunca süren sosyal olaylar travmaya dair psikolojik ve fiziksel etkilerin araştırılmasını gerektirmiştir (Jones & Wessely, 2007). I. Dünya Savaşı'nın yaratmış olduğu fiziksel ve ruhsal tahribatla

ilişkili çalışmalar yürüten Freud 1920 yılında *"haz ilkesi"*, 1919 yılında ise "savaş nevrozlarının psikanalizi" isimli makalelerini yayımlamıştır. İngiliz psikolog Myers (1978) savaş sonrasında askerlerin yaşantıladığı semptomatik bulguların savaş esnasında yaşantılanan fiziksel travmalarla ilişkili ortaya çıktığını savunarak bu durumu bomba şoku (shell shock) olarak isimlendirilmiştir. Fakat Myers daha sonralarda fiziksel bir tahribata maruz kalmamış askerlerde de aynı semptomları gözlemesiyle bu açıklaması yetersiz kaldığı için ruhsal travmaya ilişkin belirti kümesini tanımlamıştır (Özen, 2017). I. Dünya Savaşı'nın ardından savaş gazileriyle çalışmaya başlayan Kardiner ilk kez travma nevrozu kavramını ortaya atmıştır. 1941'de yaptığı teorik ve klinik çalışmalarla yayımladığı kitabında travmatik nevrozun ana kriterlerini açıklamış ve gazilerin yüksek çoğunlukla travmatik amnezi geliştirdiğine dikkat çekmiştir (Özer, 2021). 1970-1980'li yıllarda feminist grupların liderliğinde hız kazanan kadın hareketleriyle ruhsal travma kapsamında cinsel saldırı ve aile içi şiddet olaylarının travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine sebep olduğu anlaşılmıştır (Moscarello, 1990).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, psikosomatizasyon, konversiyon ve depresyon bozukluklarından oluşan kategorilerde travmanın olumsuz etkilerine benzer olan büyük stres reaksiyonu tanımlamasını yapan Grinker ve Spiegel DSM-I'deki travma ile ilişkili psikiyatrik tanıların oluşumuna katkı sağlamıştır. DSM-II'de geçici ruhsal bozukluk adı altında yer verilen ruhsal travma, DSM-III'te ilk kez travma sonrası stres bozukluğu adıyla yer bulmuştur (Karaoğlu, 2016). Ruhsal travma DSM-5'e kadar anksiyete bozuklukları altında yer almış, DSM-5'te travma ve stres kaynağı ile ilişkili bozukluklar kapsamında akut stres bozukluğu ve uyum bozukluğu ile birlikte yer almaktadır (APA, 2013). Histeri çalışmalarından ortaya çıkan ruhsal travma araştırmaları Vietnam Savaşı'nın ardından savaşa bağlı psikopatoloji kapsamında incelenmiştir. 1970'lerde Avrupa ve Amerika'da gerçekleşen toplumsal olayların muhalefet alanı doğurması psikoloji alanındaki araştırmaların

travmaya yönelmesine neden olmuştur. Savaş mağdurlarının yanı sıra tecavüz, istismar, aile içi şiddete maruz kalan bireyler de araştırılmaya başlanmıştır (Özer, 2021). Psikopatoloji olarak ileri sürülen ruhsal travmaya bağlı travma sonrası stres bozukluğunun tanımlanması pozitif psikoloji akımlarının oluştuğu döneme; 1980'li yıllara tekabül etmektedir. Janet, dissosiyasyon araştırmalarında travma ile otobiyografik bellek ilişkisini öne çıkararak travmatize kişilerin yaşam öyküsünde bulunan travmatik deneyimlerin yol açtığı parçalayıcı etkiyi ön plana almıştır (Öztürk, 2020a). Negatif sonuçlar kadar pozitif sonuçların da incelenme prensibine binaen travmatik deneyimlerin her zaman psikopatoloji oluşturmadığı ve çoğu mağdurun sağlıklı yaşamaya devam ettiği hipotezi ile başa çıkma mekanizmaları hakkında araştırmalar başlatılmıştır. Bu noktada bilgelik, travmatik büyüme ve dönüşümsel başa çıkma kavramları çalışma odağı haline gelmiştir (Karaoğlu, 2016).

### 2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları; bireyin biyolojik, sosyal ve psikolojik alanlarda hala gelişmekte olduğu çocukluk ve gençlik yıllarını kapsayan 18 yaşına kadar olan süreçte yaşantıladığı duygusal, cinsel ve fiziksel istismarı, duygusal ve fiziksel ihmali kapsamaktadır (Demirkapı, 2013; Öztürk, 2020a). Kronik yaşanan çocukluk çağı travmaları kişide şiddetli stres tepkilerinin oluşmasına sebebiyet verirken kişinin bilinç, bellek ve kişilik bütünlüğünü bozmaktadır. Adli bilimler kapsamında aile içi şiddet, çocuğa yönelik örseleyici ve kötü muamele olarak da ele alından çocukluk çağı travmalarının erken dönemde yaşantılanması travma tedavisinde kişide direncin artması ve daha köklü izler bırakması ile sonuçlanabilmektedir (Öztürk, 2020a). Aile ve ebeveyn tutumlarının çocukluk çağı travmaları ile yakından ilişkisine vurgu yapan Meadow (1989) çocuk istismar ve ihmalini; *"Ana-babaların ve çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması"* olarak tanımlamıştır.

Bu doğrultuda 18 yaşını doldurmamış çocuklara yönelik gerçekleştirilen toplumsal, zihinsel, fiziksel, duygusal gelişimlerini zedeleyen her bir acı verici davranış istismar olarak kabul edilmektedir. İhmal ise bakım, beslenme, yaşama, eğitim, gözetim ve korunma gibi gereksinimlerinin zamanında yeterli derecede karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır. İstismar, pasif bir süreç olan ihmalin aksine aktif bir süreç olarak değerlendirilmektedir ve ihmal ile birlikte görülme sıklığı yüksek düzeyde olmasına rağmen eylem niteliği açısından birbirinden ayrışmaktadır. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin günlük fonksiyonları olumsuz etkilenmekte, yetişkinlik döneminde ise psikiyatrik bozukluklar geliştirme riski artmaktadır (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Konuya dair gerçekleştirilen ilişkisel araştırmalar; şiddet tutumunu, yetişkin psikopatolojisini ve davranış bozuklukları ile ilgili tanı gruplarını suç motivasyonu yönünden değerlendirmiş olup aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının etkisini incelemiştir. Çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkileri yetişkinlik yıllarına kadar sürmesi durumunda şiddet tutumu ile ilişkili psikopatolojiler ortaya çıkabilmekte ve kişinin normal işlevselliğinde bozucu kaynak görevi görmektedir. Çocukluk çağı travmalarının çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde psikiyatrik bozukluklara etiyolojik bir zemin hazırladığı bilinmektedir (Yenidünya, 2017). Buna bağlı olarak travma ile ilişkili tüm psikopatolojileri önleme ve tedavi aşamasına katkı sağlamak adına özellikle çocukluk çağında yaşantılanan her türlü cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal incelenmelidir (Öztürk, 2020a).

Çocukluk çağı travmaları, ihmal ve istismarı içeren olumsuz yaşantı deneyimlerinin haricinde kaza, doğal afet ve cinayet gibi beklenmedik, ani vuku bulan olaylar sonucunda da gelişebilmektedir. Çocukluk çağı travmaları kavramına endüstri devriminin hızla sürdüğü 19. yy. başlarında vurgu yapılmıştır. Ağır iş yükü bulunan işletme ve hammadde üretimi sağlayan fabrika ve maden gibi işyerlerinde çok sayıda çocuğun çalıştırılması sonucu çocukların fiziksel ve psikolojik koşullardan dolayı çökkün ve bitkin oldukları saptanmıştır. Literatüre ilk

olarak “hırpalanmış çocuk sendromu” olarak yansıyan bu durum 20. yüzyılda çocuk haklarının bölgesel, ulusal ve küresel kapsamda önem kazanması ile bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar hız kazanmıştır (Kempe, 1961). Gerçekleştirilen psikolojik ve bedensel sağlık ölçümleri sonucunda çocukların yetişkinlere kıyasla travmatik yaşantı sonucunda daha yüksek oranda olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Yıldırım, 2020). Toplumda sağlıklı çocukların yetiştirilmesi ve bu sağlığın fiziksel, sosyal, ruhsal açıdan yeterli olması toplumların da gelişmesini sağlamaktadır. Çocuğa bakım vereni veya ebeveynleri tarafından toplumsal normlara uyum sağlamayan, hasar veren, cinsel, zihinsel, duygusal ve fiziksel gelişimlerini engelleyen ruh ve beden sağlığına zarar veren kaza sonucunda gerçekleşmemiş her bir duruma maruz bırakılması toplumların gelişmesini de önleyecektir (Öztürk, 2020b). Söz konusu tanım istismar ve ihmalin özeti olup çocuklarda parmak emme, alt ıslatma, geciken konuşma, regresif davranışlar, uyum problemleri, akademik başarısızlık gibi etkilere de neden olabilmektedir. Bunlara ek olarak istismar ve ihmal; dissosiyatif bozukluklar, depresyon, sigara ve alkol kullanımı, yüksek risk taşıyan cinsel eylemler, istenmeyen gebelikler, şiddet uygulama, yeme bozuklukları gibi olumsuz sonuçlara sebebiyet verebilmektedir. Tüm bu sonuçlar hastalık, sakatlık, kanser, kalp hastalığı, bulaşıcı hastalıklar, intihar ve ölüm riskini arttırabilmektedir (Tektaş, 2021).

### 2.2.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmaları epidemiyolojisi üzerinde yapılan WORLDSAFE projesi kapsamında bir çalışmada 5 ülkede araştırılan prevalans Şili ve ABD'de %4-85, Hindistan'da %36-70, Mısır'da %26-72, Filipinler’de %21-82 olarak saptanmıştır. Amerikan Ulusal Çocuk İhmal ve İstismar Veri Sisteminde 2019 yılında istismar mağduru olarak rapor edilen 702.000 çocuk bildirilmiştir. Amerikan Ulusal Eş Tanı Çalışmalarında 18-55 grubu aralığındaki bireylerin yarıdan fazlası çocukluk döneminde istismar ve ihmale maruz kaldıklarını bildirmiştir. Ülkemizde 2010 yılında cinsel, duygusal, fiziksel istismar ve ihmali toplumsal

prevalansının %13-26.5 aralığında değiştiği belirtilmiştir. Ayrıca 2216 çocukla yapılan bir araştırmada; katılımcıların yüzde 25'inin ihmale maruz kaldığı, %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu sonucuna varılmıştır (UNICEF, 2010).

Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalar doğrultusunda her 4 anneden biri çocuğunun isteğini göz ardı etmekte, her 3 anneden biri çocuğunun hastalanması halinde doktora götürmemekte, her iki anneden biri çocuğunu tokatlamakta, her 4 anneden biri çocuğuna şiddet uygulamaktadır. Ayrıca annelerin %87.4'ü en az bir kez ihmal ve fiziksel istismar da bulunduğunu kabul etmiş, duygusal istismar ve ihmalin uygulanma oranı ise %93 olarak belirtilmiştir. Lise öğrencilerinin %13.5'i fiziksel istismar, %10.7'si cinsel istismar %15.8'i duygusal istismar, %16.5'i ihmal davranışlarına maruz kalmaktadır (Zoroğlu ve ark., 2001). Denizli, Zonguldak ve İzmir'de 11-13-16 yaş grubundaki 7540 çocukla gerçekleştirilen çalışmadaki katılımcıların %42.4'ü ihmal, %58.1'i fiziksel istismar mağduru tespit edilmiş, ihmale en fazla uğrayan yaş grubu 16 olarak belirtilmiştir (Sofuoğlu ve ark., 2014). UNİCEF ile işbirliği sonucunda gerçekleştirilen araştırmada edinilen 2008 yılına ait veriler 7-18 yaş grubundaki çocukların %25'inin ihmale, %45'inin fiziksel istismara ve %51'inin duygusal istismara maruz kaldığı yönündedir. Aynı çalışmanın 2015 yılındaki verileri sonucu ihmal ve istismar oranının %5-50 oranında artış gösterdiğini bildirmektedir. 2017 yılında UNİCEF 2-4 yaş grubundaki 300 milyon çocuk mağdur bulunduğunu ve bu çocukları en az bir kez bakım veren kişilerce fiziksel ceza veya psikolojik saldırıya uğradığını belirtmiştir. 1-19 yaş grubundaki 15 milyon kız çocuğu en az bir kez cinsel eylem veya cinsel ilişkiye zorlanmıştır. Türkiye'de 2019 yılı için kolluk kuvvetlerine suç mağduru olarak başvuran çocuk sayısı 206 bin 498 olarak bildirilmiş, bunların %57.6'si yaralanma, %15.2'si cinsel suçlardan başvuru yapmıştır. Benzer şekilde ceza mahkemelerinde çocuk istismarı konulu davaların sayısı 2019 yılı için 22 bin 689 olmuştur (UNICEF, 2017).

### 2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri

Çocukluk çağı travmaları; kişinin çocukluk ve gençlik yıllarını kapsayan 20 yaşına kadar olan süreçte yaşantıladığı fiziksel, duygusal, cinsel istismarı ve fiziksel ve duygusal ihmali olarak tanımlanmaktadır. Kronik yaşantılanan çocukluk çağı travmaları bireyin şiddetli stres tepkileri vermesine sebep olmakla birlikte, zihinsel sağlığını olumsuz yönde etkileyerek bilinç, bellek ve kimlik bütünlüğünü bozabilmekte ve onarılması güç psikopatolojik sonuçlara sebep olabilmektedir (Öztürk, 2020a). Herman (1992) kronik çocukluk çağı travmalarını bakım veren kişi ile çocuk arasındaki ilişkinin disfonksiyonel ve aile içi terörün yaygın olduğu bir iklimde gerçekleştiğine vurgu yaparak *"Kişinin/kişilerin 18 yaş öncesi maruz bırakıldığı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal edilme ile birlikte, ebeveynin boşanması, ebeveyn kaybı, istenmediği halde ebeveynden ayrı kalma, şiddete tanık olma, göç etme-ettirilme, kaza geçirme veya tanık olma ve doğal afetler"* şeklinde tanımlamıştır. Yüksek oranlarda karşımıza çıkan çocukluk çağı travma türleri (fiziksel istismar ve ihmal, duygusal istismar ve ihmal, cinsel istismar) aşağıda detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

#### *2.2.5.1. Fiziksel istismar*

Fiziksel istismar, bakım verenler veya çevre tarafından 18 yaşın altında bulunan çocuklara uygulanan kaza dışında hırpalanma ve fiziksel hasar yaratacak biçimde zarar verme sonucu yaralama anlamına gelmektedir. Fiziksel ceza verme, bedene zarar vererek itme, vurma, yakma, ısırma, beden kısımlarını haşlama, boğma, zehirleme, tekme atma, kemerle dövme, şiddetli sallama şeklinde iz bırakan şiddet uygulamalarını içermektedir (Taner & Gökler, 2004). Fiziksel istismar sonucu çocuğun bedeninde görünür somut hasarlar ortaya çıktığı için en çok ihbar ve rapor edilen istismar türüdür (McCoy & Keen, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) raporlarına göre yetişkin bireylerin %22.6'sı çocukluk çağında fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir. Çocuklardaki fiziksel istismar psikolojik sağlığa zarar vermenin yanı sıra tıbbi bakım gereksinimi yaratacak düzeyde şiddetli olabilmektedir.

Yaşamın sürdürülmesi, çocuğun gelişimine ve onurunun korunmasına imkan tanımayarak fiziksel gücün kasıtlı olarak çocuğa kullanılmasını kapsamaktadır (WHO, 2002). Fiziksel istismardan mağdur olan çocuklar toplumsal fonksiyonellik bakımından eksik kalmakta, duygusal kapsamda öfke ve istismar gibi davranışları içeren ilişkiler kurmakta ve çevre ile ilişki kurmakta zorluk çekmektedir (Tıraşçı & Gören, 2007). Kaza olarak algılanması, görmezden gelinmesi veya gözden kaçırılması, bildirilmemesi gibi çok sayıda nedenden dolayı yaygınlık oranı rapor edildiğinden de fazla olduğu düşünülmektedir (Taner & Gökler, 2004). Literatürde fiziksel istismar ile ilgili başlıca sendromlardan biri yeni doğan çocuğun normal ağlaması ile başa çıkamayan bakım verenin bu durumu kontrol altına almak için çocuğu sarsması ve sallaması ile ölüme sebebiyet verebilecek düzeyde zarar vermesi olarak tanımlanan *"Sarsılmış Bebek Sendromu"*dur (Christian & Block, 2009). Bir diğeri ise kendi ebeveynlik tutumlarını yetersiz olarak algılayan ve inkar eden bakım verenin çocuğun hasta olmamasına rağmen çocuğu fiziksel olarak hasta edebilecek müdahalelerde bulunması ve zarar vermesi olarak tanımlanan *"Munchausen Sendromu"*dur (Tiryaki & Baran, 2017).

Yapılan bir araştırmada 20 yaşından daha küçük annelerin çocuk bakımında yetersiz kalmaları ile ilişkili olarak çocuklarına daha fazla fiziksel istismar uyguladıkları bildirilmektedir (Şahiner, Yurdakök, Kavak, & Çetin, 2001). Farklı bir çalışmada çocukluk dönemlerinde anne tarafından uygulanan fiziksel istismarın ergenlik döneminde baba tarafından uygulanmaya başlandığı öne sürülmektedir (Taner & Gökler, 2004). Fiziksel istismar nedenleri tam olarak açıklanamamakla birlikte bakım verenler açısından psikiyatrik bozukluğun var olabileceği, geçmiş travmatik yaşantılar, sosyal destek yetersizliğinden kaynaklanabileceği veya madde kullanım kaynaklı olabileceği belirtilmektedir. Fiziksel istismar mağduru çocukların sosyal ilişkilerinde ve gelecek yaşantılarında şiddetli ve kronik problemler yaşanmakta, içe dönük, kaygılı ve iletişim başlatmada yetersiz bireyler olabilecekleri belirtilmektedir. Bu bireyler, yaşamın ilerleyen dönemlerinde kendi çocuklarına

istismar gerçekleştirmekte, kendilerine zarar vermekte, şiddet eylemlerinde bulunmakta, depresyon, dissosiyasyon, somatizasyon, intihar, kaygı gibi uzun dönemde ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar yaşayabilmektedir (Öztürk, 2020a). Fiziksel istismar morluk ve yaralar gibi yalnızca fiziksel zarar vermenin yanında çocuğun psikolojik bütünlüğünü parçalayarak gelecek psikopatolojiler ve disfonksiyonel ilişki dinamiklerine zemin hazırlamaktadır (Howe, 2005). Ayrıca fiziksel istismara maruz kalan bireyler maruz kalmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde intihar düşünceleri (özellikle ergenlik döneminde), saldırgan davranışlar ve suç işlemeye yatkınlık göstermektedir (Tackett, 2002).

#### *2.2.5.2. Cinsel istismar*

Cinsel istismar, 1962 yılında hırpalanmış çocuk sendromu olarak Kempe ve arkadaşları tarafından Amerikan Tıp Dergisi'nde fiziksel ve psikolojik olarak olgunlaşmayan çocuk ya da ergenin aile içi ve dışı bireyler tarafından uygunsuz bir şekilde cinsel faaliyetlerde kullanılmaları şeklinde tanımlanmıştır. Mağdurların saklama eğilimi ile ilişkili olarak saptanması zor olan cinsel istismar bireyde şiddetli ve kalıcı psikolojik ve fiziksel etkiler bırakabilmektedir. Cinsel istismar vakalarının yalnızca %15'inin raporlara yansıdığı düşünülmektedir. Cinsel istismarı uygulayan bireylerin geneli erkek olup, düşük ekonomik düzeye sahip olduğu saptanmıştır. Çocuk tarafından çok zor itiraf edilen bu durum genelde istismarcının tanıdık olmasından, olaya tanıklık eden kimse bulunmamasından ve yargı yolu açılacağını bildiğinden istismarcının bu durumu reddi ile sonuçlanarak bildirilmemektedir (Erdoğan ve ark., 2011). Çocuklar gelişimsel kapsamda hazır olmadıklarından onlara yönelik yapılan cinsel davranışları anlamlandıramazlar, sosyal norm ve toplumsal kuralların parçası olarak sayarak rızaları bulunmamasına rağmen karşı koymakta güçlük çekebilirler. Yetişkin veya kendisinden en az 4 yaş büyük başka bir çocuk tarafından cinsel tatmin için kullanılmayı içeren cinsel istismar çocuğun gelişim evrelerinde hassas olan güven, sorumluluk ve güç alanlarından yararlanılarak gerçekleştirilmektedir. Yasalar tarafından uygun görülmeyen

yaştaki çocuğun kendinden yaş olarak daha büyük bir çocuk ya da yetişkinin kendi cinsel tatmini için çocuğun rızası olmaksızın girişimde bulunduğu eylemler cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (Johnson, 2004)

Cinsel istismar, Dünya Sağlık Örgütü tanımında erişkinler tarafından bilinçsiz veya bilinçli şekilde çocukların psikososyal ve fiziksel gelişimine negatif etki yaratan cinsel davranışların tamamını kapsamaktadır (WHO, 2002). Cinsel içerikli konuşmalar, pornografik görüntüler izletme, oral seks, teşhircilik, cinsel organları okşama, tecavüz, ensest ilişki ve benzeri şehvet saiki ile gerçekleştirilen cinsellik içeren tüm eylemler cinsel istismar niteliği taşımaktadır (Muşdal Çelebi & Polat, 2019). Çocukların rıza varlığı gözetilmeksizin gerçekleştirilen bu eylem cinsel sorunu olan ebeveynlerde, rol karmaşası yaşayan ailelerde, sosyal izole ailelerde, madde ve alkol kötüye kullanımının yaşandığı ailelerde oldukça sık görülmektedir. Cinsiyet fark etmeksizin gerçekleştirilen cinsel istismar aileler baz alındığında düşük eğitim seviyesi ve sosyoekonomik düzeyi işaret etmektedir. İstismarı gerçekleştirenlerin genelde erkek olması ve bu bireylerin birçoğunun çocukluk çağında istismara uğrayanlar veya aile içi şiddete maruz kalanlar olması çarpıcı sonuçlar doğurmaktadır. Eşi veya ailesi ile yakın ilişkisi bulunmayan, benmerkezci, içe kapanık, narsisistik özelliklere sahip, psikoseksüel olgunluğa erişmemiş, kendi ve başkalarının çocuklarına istismar uygulayabilen psikopatik ve pedofilik özelliklere sahip kişilik yapılarıyla cinsel istismar arasında ilişki bulumaktadır. Ayrıca cinsel istismar failleri benlik saygıları düşük, empati duygusundan yoksun, doyuma erişemediğinden anksiyete yaşayan ve çevresine saldırgan davranan kişilik yapıları geliştirebilmektedir (Aktepe, 2009; Tektaş, 2021).

Bulut (2007) cinsel istismar mağduru çocukların hem uzun hem de kısa süreli etkilerinin baş dönmesi, nefes almada güçlük, sindirim sistemi rahatsızlıkları, bayılma, kas ağrıları gibi farklı bedensel belirtileri tetiklediğine vurgu yapmaktadır. Cinsel istismar

mağduru çocuklar yetişkin dönemlerinde içgörü eksikliği, özsaygı yetersizliği, dürtüsellik gibi sorunlar yaşamakta, haliyle yeniden mağdur olabilmektedirler. Ayrıca travma sürecinin kuşaklararası devam etmesine bağlı olarak kurban ve istismarcı ilişkisinde taraflar hem mağdur hem de kurban olabilmektedir (Öztürk, 2003). Sosyal ilişki başlatma, kurma ve sürdürebilme açısından olumsuz etkilenen cinsel istismar mağdurlarının yaşadığı psikiyatrik bozukluklar travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, intihar girişimleri ve madde bağımlılığı olarak sayılabilmektedir (Bifulco ve ark; 2002; Mandelli, Petrelli & Serretti, 2015; Nelson, Baldwin & Taylor, 2012).

#### *2.2.5.3. Duygusal istismar*

Duygusal istismar, ebeveynlerin çocuklarına gelişimsel kapsamda destekleyici ve uygun bir alan sağlamaması veya bu alanı sağlamakta yetersiz olması olarak tanımlanmaktadır. Sergilenen duygusal istismar davranışları çocukların psikolojik, sosyal, zihinsel, fiziksel gelişimini olumsuz etkilemekte ve psikolojik sağlığında kalıcı izler bırakabilmektedir. Duygusal istismar alay etme, korkutma, ayrımcılık yapma, küçümseme, tehdit etme, yargılama, manevi boyutta düşmanca muamele gerçekleştirme, reddetme, hakaret etme, azarlama, bağırma şeklinde gerçekleşebilmektedir (Butchart, 2006). Duygusal istismar, en sık yaşanan ancak hukuki olarak ispatlanması ve anlaşılması en güç olan istismar çeşidi olmakla birlikte bireyin gelişimi üzerinde kalıcı ve negatif etkiye sahiptir. Çocukların başarı, kişilik, karakter gelişimlerini olumsuz yönde etkilemekte olan duygusal istismar çocuklarda dikkat dağınıklığı, öğrenme güçlüğü gibi psikopatolojilerin gelişmesinde risk faktörü olabilmektedir. Duygusal istismar gören çocukların birçoğu benlik saygısında düşüklük, saldırganlık, sosyal uyumsuzluk, bağımlılık içeren davranışlar sergilemektedir (Şimşek & Önder, 2011). Ayrıca bu çocuklarda hırsızlık, zorbalık, zulmetme, ısırma gibi antisosyal davranışlar da yaygınlık göstermektedir. Etiyolojisinde çoğalan ve çocuğa yönlendirilen anne

öfkesi, geçmiş travmatik yaşantılar, madde kötüye kullanımı, azalmış duygusal yakınlık ve duygudurum bozuklukları mevcut olabilmektedir (Kaplan ve ark., 1999; Tektaş, 2021). Duygusal istismar vakalarına diğer istismar türlerinin de sıklıkla eşlik ettiği belirtilmektedir (Hornor, 2011).

#### *2.2.5.4. Fiziksel İhmal*

İhmal, fiziksel ve duygusal boyutta incelenebilen çocuğa bakım veren kişilerce barınma, beslenme, eğitim, sevgi, sağlık, korunma gibi temel gereksinimleri karşılanmaması, yok sayılmasını kapsayarak yetersiz düzeyde bakım ve ebeveynlik durumu olarak tanımlanmaktadır (Valles, Harris & Sargent, 2019). Bakım verenler, çocuklarının gelişimini, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayabilir durumunda olmasına rağmen söz konusu gereksinimleri, tehlikesiz yaşam alanlarını ve duygusal gelişimlerini sağlamada başarısız olarak ifade edilmektedirler. Fiziksel ve duygusal olarak ikiye ayrılan ihmal tıbbi bakım, barınma, eğitim, gözetme ve güvenlik gibi alanlarda fiziksel ihmal; duygusal gelişim desteği, ilgi, şefkat, sevgi gibi alanlarda duygusal ihmal ile ilişkilendirilmektedir (Özer, 2021). Duygusal ihmale oranla fiziksel ihmalin etkilerinin daha görünür olmasından kaynaklı olarak daha kolay tespit edildiği bildirilmektedir. Bunun başka bir nedeni sosyal yardım, temizlik, eğitim yaşantısı gibi alanlarda mevcut olan ihmalin, fiziksel ihmalde duygusal ihmale kıyasla organik kabul edilmeyen büyüme ve gelişme geriliğine daha sıklıkla yol açmasıdır.

Fiziksel ihmal eksik giydirme, eksik bakım verme, eksik beslenme biçiminde gerçekleştiğinden çocuğun terk edilmesini, evden kovulmasını, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasını, sağlıksız ve kirli ortamlarda barındırılmasını içermektedir (Kong & Bernstein, 2009). Fiziksel ihmal en az istismar kadar çocuğun bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal gelişim alanlarında negatif etkilere sebep olmaktadır (Gökler, 2002). Akademik

başarısızlık, ani ruhsal değişimler, olumsuz duygulanım ve saldırgan davranışlar fiziksel ihmal yaşantıları ile ilişkilendirilmektedir (Berry ve ark., 2002). Sanılanın aksine fiziksel ihmalde bulunan ailelerin her zaman sosyoekonomik durumunun düşük düzeyde olmadığı, hatta iş sahibi olmayan ailelerin çocuklarını fiziksel ihmal ettikleri belirtilmiştir (Sedlak ve ark., 2010).

#### *2.2.5.5. Duygusal İhmal*

Duygusal ihmal çocuklara gerekli duygusal yakınlık, ilgi, sevgi ve desteği vermeyen bireylerin çocuklarının kötü muamele ve şiddete uğramasına müsaade etmeleri anlamına gelmektedir. Çocukların bakım verenleri tarafından yok sayılması, duygusal ihtiyaçlarına karşılık verilmeyen tavırlar sergilemesi çocuğun duygusal gelişimine zarar vermektedir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları kapsamında yapılan çalışmalarda duygusal ihmal ve istismarın fazla olmasına rağmen fiziksel istismara kıyasla görünür olmaması ve az çalışılması bu durumun olumsuz etkilerinin gözden kaçırılmasına sebebiyet vermektedir. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklar yetişkinlik sürecinde duygusal doyumun nasıl bir his olduğunu deneyemedikleri ile ilişkili olarak kendilerinde ortaya çıkan psikolojik semptomları da anlamlandırmakta güçlük çekmekte ve kendilerini daha çok suçlama eğiliminde olmaktadırlar (Wright ve ark, 2009). Duygusal ihmale uğrayan çocuklarda özgüven eksikliği, yetersiz sosyal iletişim becerileri ve davranış bozukluklarına sıklıkla rastlanılabilmektedir. Uzun dönemli etkileri göz önüne alındığında bu bireylerin kendi çocuklarına şiddet uyguladıkları, şiddet suçu işledikleri, antisosyal davranışlar gerçekleştirdikleri, alkol ve maddeyi kötüye kullandıkları, suça eğilimli oldukları, kişilik bozukluklarına sahip oldukları, depresyon ve dissosiyasyon gibi psikiyatrik temelli sorunlar geliştirdikleri gözlenmektedir (Karal & Atak, 2022a; Özer, 2021). Ayrıca duygusal ihmale maruz kalanlar güvenli kişiler arası ilişkiler kurmakta zorlanan, yetersiz sosyal becerileri olan bireyler olmakla birlikte yüksek düzeyde depresif belirtiler, kaygı ve madde kullanımı göstermektedir (Grosman ve ark., 2017).

### 2.2.6. Psikotarihsel Çocuk Yetiştirme Stilleri ve Çocukluk Çağı Travmaları

Psikotarih, tarih ve psikoloji disiplinlerinin entegre edildiği birden fazla psikolojik kurama dayandırılarak insanlık tarihini analiz eden bir alan olmakla birlikte çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerini kapsamlı bir çerçeveden değerlendirmektedir. Birey ve toplumun birlikte geliştiğini göz önünde bulunduran psikotarih, ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkinin ve ebeveynlerin çocuk yetiştirme stillerinin birey ve toplum arasındaki en önemli aracı unsur olduğunu savunmaktadır (Derin & Öztürk, 2020b). Her tarihsel dönem ve toplumun kendine özgün bir çocuk yetiştirme stiline sahip olduğu ve bu yetiştirme stillerinin insanlığın ilk dönemlerinden bugüne gitgide daha empatik bir düzeye ulaştığını belirten deMause (1998), nesiller arası geçiş yapan çocuk yetiştirme modlarının destekleyici olabileceği gibi travmatize edici de olabileceğine dikkat çekmektedir. Psikotarih açısından en gelişmiş düzeyde olan aile yapısı ve yetiştirme tarzının çocuğa birey olma hakkı tanıyan olduğu ve öldürme, dövme, korkutma, işkence yoluyla cezalandırma gibi şiddetli çocukluk çağı istismar ve ihmaline izin vermeyen tutumları içerdiği bilinmektedir. Çocukluk çağı travmalarının çocuk yetiştirme stilleri aracılığıyla ebeveynden çocuğa aktarıldığını belirten bu alan travma ile ilişki psikopatolojilerin de nesiller arası aktarabileceğine ve ebeveynleri tarafından travmaya maruz kalan çocukların hem travmatize eden hem de mağdur olan konumlarda olabileceğine dikkat çekmiştir.

Çocukluk çağı travmalarının büyük çoğunluğunun aile içerisinde yaşandığını göz önünde bulundurursak aile yapısı ve ebeveyn tutumlarının çocukluk dönemindeki örseleyici deneyimleri belirleyen en önemli parçalar olduğunu da söyleyebiliriz. Kimsenin psikiyatrik bir tanı almadığı aile *"normal aile"* olarak tanımlanırken, tanı alan bir çocuk ve genellikle eşik altı belirtiler gösteren ve tanı almayan ebeveynlerin bulunduğu aileler ise *"görünürde normal aile"* olarak tanımlanmaktadır. *"Patolojik aile*" ise aile bireylerinin büyük çoğunluğunun en az bir tanı aldığı şeklinde belirtilmektedir. Çocukluk çağı travmaları için tehlikeli bir yapı olarak

değerlendirilen görünürde normal aile modelindeki bireylerde *"sahte karşılıklılık"* ve *"çifte mesaj"* gibi sağlıksız tutumları söz konusudur (Öztürk & Şar, 2006; Şar, 2009a). Çatışma çıkmaması adına aile bireylerinin gerçek kişilik özelliklerini birbirlerine yansıtmamaları sahte karşılıklılık olarak tanımlanırken, bu durum genellikle problemli genç, alkolik baba ya da depresif anne gibi psikopatolojik formlarda aileden birinin isyanı şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu duruma bağlı olarak iletişim problemlerinin ve duygusal ihmalin şiddetli yaşandığı psikopatolojik aile içerisindeki çocuk görünürde etkilenmese de travmatize olmaktadır. Patolojik aile yapısındaki bir diğer sağlıksız tutum ise ebeveynin çocuktan olumlu bir davranış yapmasını istemesine karşılık çocuğun davranışı gerçekleştirmesi sonucunda olumsuz tepki almasıyla gerçekleşmektedir ve bu durum *"çifte mesaj"* olarak tanımlanır. Örneğin, ebeveyn çocuktan çalışmasını talep etmesine rağmen, sonrasında çocuğun çalışmasını abartılı bulduğunu ifade ederek çocukta zihin karışıklıklarına sebep olarak öfke, çaresizlik duygularını tetikler. Bu tutarsız ebeveyn tutumu duygusal istismar olarak değerlendirilmekte ve çocuğun hem aile ilişkisini hem de aile dışında kuracağı yakın ilişkilerinin yapısını bozar. Öztürk'e göre patolojik aile modeli içerisinde tanı alan birey ile diğer aile bireyleri aynı psikopatolojiye sahip olmamakla birlikte iki zıt kutupta yer alabilmekte ve patojen bir aile oluşumuna sebep olabilmektedir. Ailenin patololojik yapısı çocuk üzerinde travmatik etkiler bırakabilmekte, kuşaklararası da aktarılabilmektedir. En az bir kez çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerin %85.7'sinin kendi aileleri tarafından travmatize edildiği bilinmektedir (Öztürk, 2020a). Araştırmamızda yer alan borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozuklukları vakaları etiyolojilerinde görünürde normal ya da patolojik aile yapıları ve buna bağlı sağlıksız ebeveyn tutumları barındırmaktadırlar. Özellikle borderline kişilik bozukluğunun oluşumunda etki eden tutarsız ebeveyn modelinin *"çifte mesaj"* içeren bir iletişime sahip olabileceğini düşünebiliriz.

Çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili psikotarih açısından çocuklara yönelik yetiştirme, davranış, tutum ve iletişim tarzlarında yaşanılacak her türlü gelişimin toplumlar ve tarih için dönüm noktası olduğu uyarısını dikkate alarak yetiştirilen nesillerin olumlu yönde gelişimini sağlamak ve bu sayede toplumsal sorunların önüne geçmek mümkün olacaktır (Öztürk, 2016). Özellikle kız çocuklarının toplum içerisindeki yerleri, nasıl muamele gördükleri ve nasıl algılandıkları bir toplumun geleceğini yansıtan en büyük niteliktir (Öztürk, 2018). Bu nedenle derhal önlenmesi gereken en önemli konuların başında gelen çocuk istismar ve ihmali önleme programları 3 basamaktan oluşmaktadır. Birincil önleme, risk grubunda yer alıp almadığına bakılmaksızın toplumsal farkındalık yaratmak adına aile ve çocuklara eğitim vermek durumunu optimize etmek, yaşam kalitelerini arttırmak ve istismar alanı oluşturan risk faktörlerini ortadan kaldırmak üzerine gerçekleştirilen programlardır. İkincil önleme, belirlenen risk gruplarının sunulan hizmetlere erişimi hedeflenmekte, erken tanı, tedavi ve izlem çalışmalarını kapsamaktadır. Üçüncül önleme ise, istismarın gerçekleşmesi halinde zararın azaltılması, tekrarın (reviktimizasyon) önlenmesi ve ortaya çıkabilecek kötü sonuçların engellenmesi amacı ile oluşturulmaktadır (Irmak, 2008). İstismar ve ihmale uğrayan çocukların tedavi edilmediğinde yaşam boyu travmalarının psikolojik ve fiziksel negatif etkilerine sahip olacağı düşünülmektedir. Yetişkin psikopatolojisi üzerinde çok geniş bir etkiye sahip olan çocukluk çağı travmaları adli bilimler açısından hem kriminolojik hem de viktimolojik açıdan ele alınması gereken kapsamlı bir konudur (Öztürk, 2020a).

### 2.2.7. Kümülatif Travma Kavramı

Kümülatif travma, bireyin birden fazla kez maruz kaldığı belirli türde ruhsal olumsuz yaşam deneyimlerinin veya yaşam boyu farklı türde örseleyici olayların neden olduğu çoklu mağduriyet deneyimlerini içeren tüm olumsuz travmatik etkilerin birikimini kapsamaktadır (Follette, Polusny, Bechtle & Naugle, 1996). Gündelik yaşamda çok sayıda bireyin yaşamın çeşitli dönemlerinde potansiyel olarak herhangi bir travmatik olaya maruz kaldığı

bilinmektedir. Günlük hayatın olağan şiddetini aşan stres veren olayların artması, terör veya savaş gibi ani gelişen olumsuz etkenlerin meydana gelmesi ruhsal travma olasılığını artırmaktadır. Birikimli veya kronik travma manasını taşıyan gelişimsel nitelikli çocukluk çağı travmaları veya kitlelerin negatif etkilenmesine neden olan afet, savaş gibi olayların kümülatif travma ihtimalini arttırdığı bilinmektedir (Eltan, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde hayatı boyunca her bir bireyin 3.3 travmatik olaya maruz kaldığını bildirmiştir (Benjet ve ark., 2016). Türkiye'de bu durum TSSB tanısı alan ve almayan kişilerin karşılaştırılması ile ölçülmüş olup 2.22 ile 2.69 aralığında olduğu belirtilmiştir (Karancı ve ark., 2012). Kümülatif travma kavramı özellikle göç, sürgün, savaş gibi zorunluluklara dayalı veya cinsel/ırksal tercihlere-ayrımcılıklara dayalı durumları yaşayan toplumlarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Loeb ve ark, 2017). Ayrıca cinsel istismar gibi bedensel ve ruhsal bütünlüğü tehdit edici bir nedenle kimlik karmaşası yaşayan bireylere uygulanan mevcut müdahale ve ruh sağlığı programlarının kolektif veya bireysel fark etmeksizin azınlık, mülteci gibi grupların kümülatif travmalarına yeterli olmayacağı savunulmaktadır (Kira, 2010b). Bunun nedeni gelişen ruhsal bozuklukların daha şiddetli semptomlarla kendini göstermesi, bireyin üst düzey mücadelesini gerektirmesi ve bireyde kasıtlı kendine zarar verme davranışlarına daha fazla neden olmasıdır (Millender & Lowe, 2017). Dolayısıyla kümülatif travmatik yaşantıların tanı ve tedavi süreci kompleks bir yapıya sahiptir.

Travma literatüründe yer alan aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmal gibi olumsuz yaşam olayları, kümülatif travmatizasyonun ruhsal stabilite ve entegrasyon üzerindeki etkilerinin araştırılmasına zemin hazırlamıştır. Travmatik deneyimlerin artan sayısı ile kişilerarası problemler, travmaya bağlı stres tepkileri, depresyon, dissosiyasyon ve somatizasyon gibi semptomlar da paralel olarak artış göstermektedir. Kümülatif travmanın anksiyeteden ziyade depresyon ve travma sonrası semptomlarla doğrusal ilişki barındırdığı tespit edilmiştir (Suliman ve ark, 2009). Ayrıca genel popülasyon ve klinik

popülasyon için kümülatif travmanın artmasıyla daha şiddetli düzeyde travma sonrası stres bozukluğu semptomları yaşandığı belirtilmektedir (Briere, Agee & Dietrich, 2016). Belirli süre prognoz gözlenmeyen, şiddetli düzeyde devam eden kümülatif travmalar semptom bakımından karmaşıklık içermektedir. Duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmalin kümülatif travma üzerindeki etkileri araştırıldığında özellikle ek tanı varlığında travma sonrası stres bozukluğu başlangıcının en güçlü yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (McCutcheon ve ark., 2010). TSSB'ye ek olarak çocukluk çağında yaşanan kümülatif travmalar saldırganlık, sosyal kaçınma, dissosiyasyon, duygudurum düzenlenmesinde zorluk gibi içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış davranış problemlerine neden olmaktadır (Cloitre ve ark., 2009). Çocukların kümülatif travma yaşamaları halinde psikolojik sağlıklarının etkilenmesinin yanı sıra tanı almada travma belirtilerinin karmaşıklığı nedeniyle zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (Hodges ve ark., 2013). Birden çok travmatik olaydan sonra hayatta kalmayı başaran bireyler, genellikle yaşamlarını olumsuz düzeyde etkileyen uzun ve kısa vadeli psikolojik semptomlar yaşantılamaktadırlar (Gnass ve ark., 2018). Bir yükseköğretim kurumunda öğrenci olan kadınlarla gerçekleştirilen araştırmada *"bireyler arasında olmayan travmalara"* (travmatik kayıp, kaza, hayati hastalık vb.) maruziyetin kadınlar üzerinde çok şiddetli semptomlara neden olduğu tespit edilmiştir. Yalnızca kümülatif travma varlığında değil birden fazla travmatik deneyimi olan kadınların tümü daha fazla semptom göstermiştir (Green ve ark., 2000). Tedavi edilmeyen semptomlar ve kronik düzeyde devam eden olumsuz yaşam olayları, bireyin travma sonrası psikopatoloji geliştirme riskine katkıda bulunabilir ve bu örseleyici olaylara bağlı ortaya çıkan kümülatif stres faktörleri bireydeki psikolojik dirençliliği azaltabilmektedir (To ve ark., 2021). Sonuç olarak, birden fazla travmatik olaya maruz kalan bireyler ile iki veya üç travmatik olaya maruz kalanlar arasında ruhsal sağlık açısından farklılıkların olması kaçınılmazdır.

### 2.2.8. Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesinden Kümülatif Travma

Kira ve arkadaşları (2012) psikiyatrik, gelişimsel ve gruplar arası paradigmaları kapsayan Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesini (Developmentally-Based Trauma Framework; DBTF) geliştirmiş, travmatik yaşantıların birikimli etkilerini geniş bir perspektiften ele almıştır (Kira, 2001; 2010; Kira ve ark., 2008; Kira ve ark., 2013). Ölüm ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden yaşantılar psikiyatrik paradigmayı içerir ve TSSB, dissosiyatif bozuklar gibi travma ile ilişkili bozuklukların potansiyel gelişiminde etki eder. Çocukların bakım verenleri tarafından fiziksel/duygusal yakınlık ve bağlanma ihtiyaçlarının karşılanmasına engel oluşturan travmatik olaylar gelişimsel paradigmayı temsil etmektedir. İşkence ve soykırım gibi bireylerin veya grupların sosyal etkileşimler yoluyla maruz kaldığı saldırganlık içeren travmatik yaşantılar ise gruplar arası paradigmayı temsil etmektedir. Gelişimsel temelli travma çerçevesinin yatay ve dikey olarak iki boyutu bulunmakla birlikte her travmatik yaşantı bu iki boyut üzerinden değerlendirilmektedir. Yatay boyut; fiziksel olarak içsel (ölümcül/kronik hastalıklar, cinsel saldırı, toplumsal ayrımcılık) ve dışsal (savaş, deprem) tetikleyicileri içeren travmaların tanımını kapsamaktadır. Dikey boyut ise; travmatik yaşantının şiddet, sıklık ve süreğenlik düzeylerini içermektedir. Çocuğun annesi tarafından süreğen bir şekilde birden fazla kez duygusal istismarına maruz kalmasındaki sıklık ve süreğenlik komponenti dikey boyut kapsamında incelenmektedir (Kira, 2012).

Örseleyici olayların yapısal sınıflandırılmasında iki ayrı travma taksonomisi bulunmaktadır. İlk taksonomi bireylerin işlevselliğinde etkileri ele almakta, bağlanma ve kimlik travması gibi travmatik yaşantıları içermektedir. İkinci taksonomi ise doğrudan-dolaylı travma, içsel-dışsal uyaranlı travma, tek seferlik-süreğen travma gibi örseleyici yaşantıların özelliklerini kapsamaktadır (Kira, 2001). Hayatın içinde zorluklarla mücadele etmek dolaylı yoldan travmatik etkilere sebep olurken, zamanla travmatik reaksiyonlar ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinde şiddetlenme ile karşımıza çıkabilmektedir. Gerçek travmatik

yaşantılar içeriden ya da dışarıdan uyarılma yoluyla tetiklenebilir. Yaşamı tehdit eden, hormonal bozukluklar veya vücut fonksiyonlarının kaybı içsel uyarılma ile ilişkilendilirken; kazalar, bomba, deprem ve sel gibi doğal olayların travma tepkileri dışsal uyarılar yoluyla tetiklenmektedir. Dışsal uyarıcı ile tetiklenen travmalar doğa ve insan yapımı olarak ikiye ayrılmaktadır. Deprem, sel, kasırga doğanın yarattığı travmatik yaşantılar iken savaş, terör, cinsel taciz insan yapımı travmalara örnek olarak verilebilir (Eltan, 2019; Kira 2001).

Bireyin doğrudan yaşantıladığı travma bir kez meydana gelen bir olay olabileceği gibi tek bir olayın tekrarlaması ya da farklı olayların bir arada olmasıyla kümülatif bir şekilde meydana gelebilmektedir. Kira (2001; 2012) gelişimsel temelli travmaların taksonomisinde Tip I, Tip II, Tip III ve Tip IV olarak dört çeşit doğrudan travma olduğunu belirtmiştir. Araba kazası gibi grup veya bireyin başına gelen tek ve ani olaylar Tip I kapsamında değerlendirilirken, psikiyatrik bozukluklara ve özellikle TSSB semptomlarına ve travma ile ilişkili psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir. Birden daha çok tekrarlanan cinsel istismar gibi geçmiş travmatik olayların tekrarını kapsayan yaşantılar Tip II kapsamında ele alınmaktadır. Yoksulluk, ırkçılık gibi belirli bir zaman diliminde devam eden ve tamamen sona ermeyen olaylar Tip III travmatik yaşantılardır ve şiddetli uzun süreli maruziyet ile ilişkilendirilmektedir. Tip IV yaşantılar da farklı tipleri birlikte bulundurmasıyla kümülatif travmalar olarak tanımlanmaktadır. Birden fazla çocukluk çağı travmatik yaşantısı kişide bıraktığı etki açısından daha kronik ve karmaşık bir yapıda olmakta, birey üzerindeki etkileri de kümülatif yapıda olmaktadır (Vachon ve ark., 2015). Kümülatif çocukluk çağı travmatik yaşantısı ile olumsuz sağlık düzeyi arasında bir doz-yanıt ilişkisi bulunmaktadır (Miller ve ark., 2013, Norman ve ark., 2012). Bu nedenle her bir travma tipini ayrı ayrı değerlendirmektense travmaları bir arada değerlendirmek psikopatolojik açıdan çok daha anlamlıdır. Ayrıca, kapsamlı bir travma taksonomisi, psikotravmatoloji alanında çalışan

klinisyenlere organize bir model sunarken danışanların travmatik maruziyetlerinin ve bunun farklı alanlardaki potansiyel etkilerinin anlaşılmasına rehberlik eder.

### 2.2.9. Kümülatif Travma Türleri

#### *2.2.9.1. Bağlanma Travması*

Birincil bakım verenler ya da ebeveynler çocuklarının güvenlik, şefkat ve ilgi gibi temel duygusal ihtiyaçlarını karşılamadığında çocuk ile kuracakları bağlanma duygusal ihmal ile ilişkili olarak zarar görmektedir. Bakım verenin terk etmesi, ebeveynlerden birinin ölümü ya da ebeveynlerin fiziksel ve duygusal ihmali bağlanma travmalarına örnek olarak verilebilir ve genellikle güvensiz bağlanma ile ilişkilendirilmiştir (Bryant ve ark., 2017). Bağlanma travmaları hem yetişkin hem de çocuk için yakın ilişki kurulan kişiyle paylaşılan duygu alışverişi ve ilişki dinamiğini belirleyici etkilere sahiptir. Bağlanmayı negatif yönde etkileyen örseleyici erken yaşam olayları çocuğun duygusal ve psikolojik gelişiminin aşamalarında aksamalara sebep olabilmektedir. Çocuk bu olumsuz yaşam olayları sonucunda dezorganize veya kaçıngan bağlanma örüntüleri ve kişilik bozukluklarının öncül belirtilerini geliştirebilmektedir. Hayata dair algısında yıkım ile benlik ve nesneler hakkındaki inanç ve bilişsel işleme süreçlerinde parçalanmaya sebep olabilen bağlanma travmaları var olan psikopatolojilerin şiddetlenmesine ya da yeni psikopatolojilerin gelişimine yol açabilir (Kira, 2001). Yapılan bir araştırmada çocuğun yaşantıladığı bağlanma travmalarının yetişkinlik çağında ortaya çıkabilecek psikopatolojilere ve TSSB belirtilerinin artmasına zemin hazırladığı belirtilmektedir (D'hooge, 2017). Bağlanma travmaları yalnızca çocukluk dönemini kapsamamakla birlikte partner ya da eş ile yaşantılanan boşanma, ilişkisel şiddet ve eş kaybı gibi travmatik deneyimlerle de ortaya çıkarak yetişkinlik döneminde bağlanma kapasitesinde bozulmalar yaratabilmektedir. Bu travmalara maruz kalan birey bozulmuş güvenlik ve bağlanma algısının yanısıra ihanet ve incinmişlik duygusuyla başa çıkmakta güçlük çekebilir. Güvenlik duygusunu temsil eden bir figürün kaybedilmesi çocukta ortaya

çıkabilecek uzun süreli olumsuz duygular, yas süreci ve depresif semptomlar ile ilişkilendirilmektedir (Sable, 1991).

#### *2.2.9.2. Kimlik Travması*

Kira (2010) çalışmasında kimlik travmalarının değer ve anlam gibi kültürel farklılıklar dolayısıyla kültürün her bir varyasyonuna etkisi bulunduğunu ifade etmektedir. Grubun ve bireyin hayatta kalmasıyla yakından ilişkili olan kimlik kavramı, ergenlik döneminde oluşmaya başlayarak yetişkinlik boyunca oluşumunu sürdüren çok düzeyli bir hiyerarşi içermektedir. Kimlik sayesinde bireyler meslek, sosyal ilişki, ideoloji gibi farklı yaşam alanlarındaki potansiyellerini keşfeder. Aile içi şiddet, cinsel ve fiziksel istismar, işkence ve soykırım kişinin benliğini dönüştürerek kimlik algısına, özerkliğine ve dolayısıyla içinde bulunduğu topluma zarar verebilmektedir. Toplumda özerkliği kısıtlayıcı travmalar çocuk haklarının kötüye kullanılması ya da bir grubun haklarının ihlali gibi durumlarda ortaya çıkabilir ve kimlik travmalarının altında incelenmektedir. Kimlik travmaları dissosiyatif kimlik bozukluğu, TSSB, depresyon, düşük benlik saygısı ve kendine zarar verme davranışlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (Hill, 2002; Tsirigotis & Luczak, 2018). Kimlik oluşumu boyunca bireyler özerkliklerini korurken toplumdaki diğer bireyler ve gruplarla nasıl bağ kuracaklarını öğrenmektedirler. Sosyal desteğe, güvenlik ve aidiyet duygularına ihtiyaç duyan birey çocukluk veya yetişkinlik sürecinde yer değiştirmek, okul değiştirmek, dışlanma ve zorbalık gibi olumsuz yaşam olaylarında kimlik travması yaşantılayabilir. Yer değiştirmeye maruz kalan ve zorbalığa uğrayan çocukların uyum sorunları ve TSSB semptomları ortaya çıkabilir ve özellikle zorunlu yer değişikliğine bağlı olarak depresif bozukluklar gelişebilmektedir (Najarian ve ark., 2001; Nielsen ve ark., 2015). Kira (2010), birbiriyle iç içe geçen sosyal kimlik, kişisel kimlik, rol kimliği ve fiziksel kimlik olarak 4 farklı kimlik türünden bahsetmektedir.

*Sosyal kimlik*, bireyin ait olduğunu algıladığı gruplara yönelik bireysel çıkar güttüğü kolektif kimlik olarak tanımlanmaktadır. Gruba ait olan bireyin kişisel çıkarı grubun hayatta kalması, egemenliği, refahı, özerkliği, iç dayanışması, uyumu ve başarısında sosyal kimlik sayesinde korunmaktadır. Kolektif veya sosyal kimlik grup kimliğinin kaybına dair duyulan korku ile ilişkili olarak etkilenmektedir. Tahakküm, üstünlük, bağımsızlık durumlarına istinaden boyun eğme ve yok olma korkusu duyulmaktadır. Bu durumda grubun temel çıkarını tehdit eden herhangi bir olayın vuku bulması sonucu gruba ait olan birey de kolektif veya sosyal kimlik travması yaşantılayabilmektedir (Örnek olarak ayrımcılık, Pearl Harbur, 11 Eylül saldırısı verilebilmektedir). *Kişisel kimlik*, bireysel yaşam alanı, mülk aidiyeti, bağımsızlık, öz denetim, özerklik gibi bireyselleştirilmiş "*benzersiz ve farklı bir kişilik*" olarak tanımlanmakta ve kişinin bireysel çıkarını gütmektedir. Kişisel kimliğin kaybı ya da yok edilmesi, kişide kendi kaderini tayin edememe, öz denetim becerilerinde bozulma ve özerklik kaybına yönelik korku ve kaygı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu noktada kişide bağımsızlık ve özerklik duygusunun tehdidine yol açan herhangi bir durum kişisel kimlik travmasına neden olabilmektedir. Geleneksel travma müdahalelerin büyük bir kısmı kişisel kimlik travmalarını tedavi etmeye yönelik olmakla birlikte çoğunlukla sakatlık veya tecavüz kaynaklı travmaları barındırmaktadır (Kira, 2010).

*Rol kimliği*, kişinin kendisini tanımlamak istediği sosyal yapıdaki konumu ile ilişkili olup rol kimliği pozisyonu sayesinde belirlenmektedir. Bireyler farklı gruplarda çok sayıda rol kimliğine sahip olabilmektedir. Rol kimliği, bireylerin yapısal ve sosyal rolü ile ilişkili olan görevlerin başarı ile yerine getirilmesi ile doyurulmakta, kendini gerçekleştirememe, fonksiyonelliği yitirme veya başarısızlık korkusu ile yetersiz kalmaktadır. Grup, örgüt veya bireyin salt varlığına bağlı olabilen rol kimliği, birbirine zıt olan sosyal ve kişisel kimliği de birbirine entegre etme görevi görebilir. Bu düzeyde yaşanan travmalara; mecburi pozisyon kaybı, zorla işten çıkarılma, iflas, ciddi başarısızlık örnek verilebilir. Fiziksel benliğin

sürdürülmesi ve kontrolü ile ilişkili yaşamı tehdit eden hastalıklar, ölüm tehdidi gibi ölümün belirginliğini tetikleyen travmaları kapsayan *fiziksel kimlik* ise, fiziksel olarak varlığın hayatta kalma görevine hizmet eder ve ölümlülük, ölüm korkusu gibi duygularla karakterizedir (Kira, 2010b). Ayrıca sosyal kimlikte yer alan ayrımcılık travması Kira (2010) tarafından kalıcı ve süreğen bir travma olarak nitelendirilmektedir. Özellikle cinsiyet (kadın) ayrımcılığında gözlenen bu durum ruhsal sağlığa ciddi oranda zarar verme potansiyeline sahiptir. TSSB, kümülatif travma gelişimi ve çok sayıda farklı travmalara neden olan ayrımcılık, 30'u aşkın ülkeyi ve işkence mağduru olan 160 kadını kapsayan bir araştırma ile irdelenmiştir. Araştırma, cinsiyet ayrımcılığının bireyde ortaya çıkan TSSB üzerindeki etkileri dolaylı olarak tespit edilebilmişse de kümülatif travma gelişiminde, intihar girişimleri ve yaşamsal gereksinimlerin yeterli düzeyde karşılanmaması hususunda doğrudan etki gösterdiği bulgulanmıştır (Kira, 2010a).

#### *2.2.9.3. Hayatta Kalma Travması*

Hayatta kalma travmaları kişinin varoluşunu doğrudan tetikleyen, vücut bütünlüğüne etki eden savaş, intihar, cinayet, çatışma ve doğal afetler gibi yaşantıları kapsamaktadır. Bu yaşantılar sonrasında hayatta kalanlar akut stres bozukluğu, dissosiyasyon, depresyon ve TSSB gibi psikiyatrik hastalıklar geliştirebilmektedir. Hayatta kalma travmaları mağdurlarının tehdit algılarında hassaslaşma, umutsuzluk ve çaresizlik duygularında artma ve kişisel kontrol hissinde azalma yaşantıladıkları belirtilmiştir (Risler, Kintzle & Nackerud, 2015). İnsan kaynaklı gerçekleştirilen travmalar sonrasında hayatta kalanları ve toplumun geri kalanını da etkilemekte ve doğa kaynaklı yaşantılanan travmalara kıyasla çok daha yıkıcı olabilmektedir. Hayatta kalma travmaları bireyin bizzat yaşantıladığı olayların yanısıra tanık olma ya da sevilen bir yakınının başına gelen olaydan haberdar olma yollarıyla da gerçekleşebilmektedir. Bir çalışmada, savaş gazilerinin aile üyelerinin de travmaya bağlı yüksek düzeyde stres semptomları ve davranışsal bozukluklar gösterdiği belirtilmektedir (Dekel ve ark., 2016).

Bireyin yaşam, ölüm ve kader hakkındaki inanç sistemine yıkıcı etkileri olan hayatta kalma travması dini, felsefi veya ideolojik değer sisteminin de bir parçası olarak değerlendirilebilir. Hayatta kalma travması olan bir birey sağlıklı başa çıkma becerilerini kullanamaz ve travmatik benliğini besleyici şekilde yaşamını sürdürmeye devam ederse bilinç dışında geçmiş travmayı haklı çıkarmak adına ölüme uzanabilecek boyutta kendine zarar verme eğiliminde bulunabilir. Bu duruma örnek olarak terör saldırısına maruz kalan bir kişinin canlı bombaya dönüşme ihtimalini verebiliriz. Halbuki aynı kişi travmayı besleyici olmayan inanç sistemini ve olumlu başa çıkma stratejilerini kullanarak hayatta kalma travmalarını metabolize edebilir ve olası mağduriyetlere (reviktimizasyona) karşı kendini koruyabilir. Ayrıca hayatta kalma travması yaşantılayan kişi travmatik benlik şeması akvitive edildiğinde değer sistemine uymayan davranışlar, hukuki ve ahlaki kurallara karşı gelebilecek davranışlar sergileyebilmektedir (Kira, 2001).

### 2.2.10. Travma ile İlişkili Psikopatolojiler ve Reviktimizasyon

Travmatik yaşantılara maruz kalan bireyler travma sonrası kırılgan ve savunmasız psikolojik yapılanma geliştirmelerine bağlı olarak diğer bireyler tarafından kontrol edilmeye daha açık olabilmektedir. Çevre tarafından kontrol edilmeye açık olmak kişiyi gelecek travmatik yaşantılara daha açık kılabilir ve şiddetli psikopatolojiler geliştirmesine etki edebilir (Öztürk, 2016; 2018c; 2020a; 2020b). Özellikle kronik çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve kümülatif travmatik yaşantılar bireyde kimlik, bellek ve kendilik algısında bozulmalara sebep olabilmektedir. Hou, Yu, Fang ve Epstein (2016), çocukluk döneminde kendi aileleri tarafından şiddet mağduru olan bireylerin yetişkinlik döneminde şiddet içeren yakın partner ilişkileri içine girme olasılıklarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Çocuklukta yaşantılanan cinsel istismar, bireyin yetişkinlik döneminde cinsel saldırı veya tecavüzün yanısıra partneri tarafından fiziksel istismara maruz kalması ile de ilişkilendirilmiştir (Briere & Runtz, 1987). Araştırmamız çocukluk çağı travmatik yaşantılarının tedavi edilmemesine bağlı gelişen

psikopatolojilerin kişinin ileriki yaşlarında yeniden mağduriyet (reviktimizasyon) edilme olasılığını arttırdığı hipotezini desteklemektedir.

Pek çok durumda, çocuğun fiziksel istismarına eşlik eden aile içi şiddete tanık olması durumu ya da fiziksel ve cinsel istismar gibi aynı zaman dilimi içerisinde farklı tiplerde çocukluk çağı travmaları birlikte yaşantılanmakta ve kümülatif etkilere sebep olmaktadır (Kessler, 2000; Lanktree ve ark. 2008). Çocukluk çağı travması bildiren çocukların ilerleyen süreçlerde başkaları tarafından sürekli mağdur edilme riski taşıdığı ifade edilmektedir (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2008). Travma literatüründe, farklı örseleyici yaşam olaylarının farklı etkileri olabileceği öne sürülmektedir; örneğin cinsel istismar sonucunda cinsel korkular, cinsel bozukluklar ve uyumsuz cinsel davranışlar ortaya çıkarken fiziksel istismar sonucunda öfke kontrol problemleri ve saldırgan davranışlar ortaya çıkmaktadır ve duygusal istismar ile düşük benlik saygısı ilişkilendirilmektedir (Briere & Runtz, 1987; Godbout, Dutton, Lussier & Sabourin, 2009). Bu bağlamda kümülatif travmalara maruz kalan bireylerin aynı anda geniş psikopatolojik belirtiler yaşamaları beklenebilir ve travmatik yaşantıların birikimli etkileri dissosiyasyon, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, kaygı ve öfkenin şiddetini arttırabilmektedir (Briere, Agee & Dietrich, 2016). Travma ile ilişkili semptomatolojinin şiddeti ve türü, çocuğun mağduriyet anındaki yaşı, faillerle ilişkisi, travmanın şiddet ve süresi dahil olmak üzere birden çok faktörün etkisine bağlıdır (Briere & Jordan, 2009). Bu sebeple farklı travma türlerine kümülatif maruz kalma semptomatik açıdan karmaşıklığını belirleyen faktörlerden biridir. Şiddetli psikolojik semptomları olan çocukların olmayanlara göre kişilerarası ilişkilerde mağduriyet açısından daha büyük risk altında olduğu belirtilmektedir (Hamby, Turner, Finkelhor & Ormrod, 2010).

Cinsel istismar mağduru olan çocukların %37'si ergenlik çağında ya da yetişkinlik döneminde tecavüze uğramaktadır (Gorcey, Santiago & McCall-Perez, 1986). Ayrıca, cinsel

istismara uğrayan kadınların %49'u, uğramayanların ise yalnızca %18'i partnerleri tarafından fiziksel şiddete uğramışlardır (Briere & Runtz, 1987). Kempe ve arkadaşları (1961), fiziksel istismara uğramış kadınların %66'sının çocukluk veya yetişkinlik döneminde fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü olduğunu belirtmektedir. Travma mağdurlarında reviktimizasyonun varlığı sonraki psikolojik işlevsellik üzerinde negatif etkilere sebep olmaktadır. Tecavüz mağdurları üzerinde yapılan bir çalışmada, daha önce cinsel saldırı öyküsü olan bireylerin olmayanlara kıyasla genel işlevsellik düzeyinin daha düşük, travma ile ilişkili semptomlarının daha uzun süreli ve madde kötüye kullanımı geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rich ve ark., 1991). Buna ek olarak, bireyde geçmiş aile içi şiddet yaşantılarının varlığı, yetişkinlikte tecavüz mağduru olanlarda daha düşük işlevsellik düzeylerinin habercisi olabilmektedir (Resick, 1993). Travma tedavilerinde kümülatif travmaların değerlendirilmesi bireyin sonraki travma maruziyetini etkileyeceğinden ötürü tedavinin etkinliğini olumlu anlamda arttırabilir. Ayrıca dissosiyasyonun travma ile başa çıkma stratejisi olarak kullanılması kişiyi yeniden mağdur olmaya savunmasız hale getirebileceğinden travma terapilerinde psikotravmatolojik ve dissoanalitik perspektiften değerlendirilme yapılması dikkatle ele alınmalıdır (Öztürk, 2022b; 2022c).

Öztürk'e göre "*Kendiliğin Fonksiyonel Bölünmesi Modeli*"nde normal çocukluk dönemi yaşantılayan bireyler *"psikolojik ve sosyolojik"* kendilikleri açısından uyumlu ve ruhsal entegrasyon gösteren bireylerdir. Fakat psikolojik kendilik ile sosyolojik kendiliğin çatışması bireyin kendi özellikleri ve içsel süreçlerini kabul edemediği ya da toplumsal olarak kabul görmeyeceğini düşündüğü zamanlarda inkar mekanizması ile görünürde yönetilebilir hale gelir. Psikolojik kendilik içsel psikolojik süreçlerin gerçekliği ile bağlantılı iken sosyolojik kendilik toplumsal beklentiler ve sosyolojik kendilik ile bağlantılıdır ve yaşamın belirli dönemlerinde bu iki kendilik arasındaki çatışma artma eğilimi gösterebilmektedir. Sosyalizasyon sürecinde diğer kişiler tarafından yapılanan sosyolojik kendilik çok

genişlediğinde kişi kendi psikolojik gerçekliğine yabancılaşarak psikolojik kendiliğinin gelişmesine ket vurabilir. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve kümülatif travmaların etkisiyle bu her iki kendilik de parçalara bölünebilir ve aralarındaki harmoni bozulabilir. Bu durumda kişinin parçalara bölünen kendilikleri dissosiyatif semptomlara, kimlik karmaşalarını içeren psikopatolojilere dönüşerek temelde kişi tarafından psikolojik kendiliği koruma düzeneği olarak hizmet edebilir. Psikolojik kendiliğin parçalanması erken dönem ve travmatik yaşantılarla ilişkili olmakla birlikte borderline kişilik bozukluğu, psikotik ve nevrotik bozuklukların gelişiminde etkili olabilmektedir (Öztürk, 2020a; Şar & Öztürk, 2013). İçsel sürecine ve sosyal çevreye yabancılaşan travmatize birey inkar mekanizmasını sıklıkla kullanarak tekarlanan travmatik yaşantılara açık ve bütünselliğini yitirmiş bir yapıya dönüşebilmektedir. Bu durumda kişide kimlik karmaşası ve içsel sürecin dışsal süreçlerle birbiri içine geçmesi ile sonuçlanan psikopatolojiler ortaya çıkabilir. Özellikle dissosiyatif yaşantıların, depresif belirtilerin, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının arttığı bu süreçte kişi geçmiş travmalarının parçalanmışlığını kontrol edebileceği ilüzyonuyla daha çok travmatik yaşantıya maruz kalabilmekte ve reviktimizasyona açık hale gelebilmektedir (Öztürk, 2018; 2020a; 2021a).

## 2.3. Dissosiyasyon

### 2.3.1. Dissosiyasyon Kavramı

Dissosiyasyon, Öztürk (2021) tarafından *"insanlığın tüm tarihi boyunca geniş bir uzamda birbirine karşıt fonksiyon dinamikleri bulunan, patojen ve uyumsal ruhsal etkileri kaotik ve komplike bir süreç içerisinde sergilemeyi sürdüren, öyle ki travmatik yaşantılarla başa çıkma ve tolere etme mekanizmalarının oluşumuna olanak tanıyan olağan yaşam deneyimleri"* şeklinde tanımlanmaktadır. Janet'e göre ise dissosiyasyon bireyin ruhsal sağlığını temsil eden ana unsur bütünleştirme kapasitesinin varlığıdır (Janet, 1907). Öztürk,

Janet'in bütünleştirme kapasitesini yorumlarken bireydeki assosiyasyonun bağ kurabilme kapasitesi ile ilişkili olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda dissosiyasyon bireyin assosiyasyon gücünün azalması ve bağ kurma kapasitesinde bozulmalarla kendini göstermektedir (Öztürk, 2017; 2020a). Normal şartlarda bilgilerin entegrasyonun kolaylıkla sağlanabildiği zihinsel süreçler dissosiyasyon sonrasında assosiye edilemez ve kişinin bellek ve kimliğinde dağılmalara sebep olabilir. Bu dağılmalar kişi tarafından yönetilemediği düzeyde dissosiyatif bozukluklar ortaya çıkar (Putnam, 1991; Şar, 2018). Ayrıca, dissosiyasyon kavramına ilk kez vurgu yapan Fransız nörolog Jean Martin Charcot'nun öğrencisi Pierre Janet dissosiyasyonu bir önceki tanımından daha farklı ve kapsamlı olarak *"kişilik birleşiminde belirgin düzensizlikler olan histerik nevrozlarda çeşitli etkenlere bağlı olarak duygular, inançlar, istekler ve anıların özel bir şiddet kazanarak zayıflamış olan bilinçten ayrışmasını ifade eden bir olay"* olarak tanımlamıştır (Janet, 1907).

Artan dissosiyatif semptomlar paradoksal biçimde duygudurum düzenlemelerine bozucu etkide bulunmaktadır. Dissosiyasyon kavramı yaşanılan andan ayrılmaksızın kimlik karmaşası, farkındalık, duyarsızlaşma, amnezi, kimlik değişikliği gibi farklı deneyimleri kapsamaktadır (APA, 2014; Zorlu, 2021). Dissosiyasyon, bireysel bütünlüğü tehdit edebilen durumlarla veya yoğun stresli yaşantılar ile karşılaşıldığında bireyin kendisini aşırı endişe duyma durumundan koruma çabasıdır. Ancak bu çaba algı, kimlik ve bellek entegrasyonunda ve düzeninde bozukluk yaratmaktadır. Temelde herkeste stresli durumlarda ortaya çıkabilen ve adaptasyona hizmet veren dissosiyatif belirtiler, kronik ve şiddetli çocukluk çağı travmalarına maruziyet sonucunda ortaya çıktığında dissosiyatif bozukluklara sebep olabilmektedir. Dolayısıyla, dissosiyatif belirtiler henüz gelişimsel sürecini tamamlamamış çocukların travmalarını yönetebilme sürecinde zorlanmasıyla ortaya çıkarak travmanın proses ve metabolize edilmemesi ile ilişkili olarak patolojik durumlar oluşturabilmektedir. Yaşamın sürekliliğinin bölünmesi şeklinde gerçekleşen dissosiyasyon bireyin anılarının ve algılarının

bölünerek kaydedilmesine neden olmaktadır. Travma esnasında yaşanan durumdan mağdurun ruh sağlığını korumak adına ortaya çıkan dissosiyatif semptomlar diğer bir yönden anı ve algıları bölmesiyle travmatik yaşantının tekrardan entegrasyonunu önleyebilmektedir. Günlük yaşantıda sık sık yaşanan hayal kurma, unutma ve dalgınlık gibi durumlar dissosiyatif yaşantılar kapsamında değerlendirilmektedir. Travmatik deneyimin ardından olayın öncesi veya sonrası ile ilgili detaylarda hafıza boşlukları oluşabilir ve travmaya bağlı kısmi ya da tam amnezi geliştirmek de dissosiyatif bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Oysa normal yaşantıda travmatik olaya dair canlanan bir anı diğer anıları da canlandırmaktadır. Ancak patolojik düzeyde ortaya çıkan dissosiyatif belirtiler dissosiyatif bozukluklara sebep olarak parçalanmış belleğin travmanın o esnada yaşandığını hissettirmemesi veya hiç yaşanmamışçasına unutturması şeklinde gerçekleşmektedir (Derin, 2018; Öztürk, 2021). Yaşantılanan travmatik andan hafif ayrılmanın ya da kopmanın ardından kimlik karmaşası, farkındalıkta azalma, ani ya da sonradan ortaya çıkan kısmi ya da tam amnezi, duyarsızlaşma, kimlik karmaşası gibi şiddetli psikolojik semptomlar belirmekte ve bu durum yaşamda süreklilik içerisinde olan deneyim alanlarının parçalanmasına neden olmaktadır (Steinberg, 1994).

Dissosiyatif bozukluk vakalarında algı, kimlik, bellek ve bilinç entegrasyonları bozulmaktadır (Boysan, 2009). Dissosiyasyon fantezi, duygu, duyu, anı veya davranış gibi farklı zihinsel işlevlerin bir veya kümeler halinde istemli hatırlanmaması ve bilinçten dışlanması biçiminde olarak da tanımlanmaktadır (Nemiah, 1981). Erken çocukluk döneminde başlayan kronik travmatik yaşantılar normal gelişim göstermesi beklenen bireylerde dissosiyatif reaksiyonlar oluşturabilmektedir. Braun tarafından geliştirilen BASK modeline göre dissosiyasyon *"düşünce veya fikir sürecinin bilincin ana akışından ayrılması"* olarak ifade edilmektedir. Tablo I.'de gösterilen BASK modeli duyu, duygulanım, davranış ve bilginin aynı anda akış gösteren işlevsel örüntülerini içermektedir. Bu örüntüler farklı dissosiyatif semptomlar ve bozukluklarla ilişkili olabilmektedir (Braun, 1988). Psikiyatrik

semptomlar kişinin farkındalığının olduğu boyuttan tamamiyle bastırdığı (dissosiyatif) boyuta uzanan bir spektrumu içermektedir. Bu modelde dissosiyasyon semptomlarının (psikoterapi esnasında ortaya çıkan belirtiler) davranış ile ilişkilendirildiği konversiyon, duygulanım ile ilişkilendirildiği sebepsiz duygulanım değişiklikleri, duyu ile ilişkilendirildiği somatizasyon ve bilgi ile ilişkilendirildiği amnezi olarak belirtilmektedir.

**Tablo I. Dissosiyasyonun BASK modeli (Braun, 1988)**

| **Bask Bileşenleri** | **Oluşan Belirti ve Bozukluklar** |
|---|---|
| B (Behavior/Davranış) | Konversiyon Otomatizm |
| A (Affect/Duygulanım) | Sebepsiz Duygulanım Değişiklikleri |
| S (Sensation/Duyu) | Psikosomatik Bozukluklar (Somatik Bellek) |
| K (Knowledge/Bilgi) | Amnezi |

Günümüzde dissosiyasyon kategorik ve tanımlayıcı yaklaşımlarla irdelenmektedir. Kategorik yaklaşımda Cardena'nın patolojik olmayan yaygın görülen dissosiyasyonu kavramsallaştırılarak üç ayrı kategoride sunulmaktadır. İlk kategori hareket, bellek ve algılama fonksiyonlarında bozulma ile süregelen dissosiyatif yaşantıları içermekte ve konversiyon ve amnezi bozukluğu olarak belirtilmektedir. İkinci kategori depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğunu içerirken üçüncü kategori her iki kategoriden parçaları kapsamaktadır (Diseth, 2005). Dissosiyasyonun tanımlayıcı yaklaşımında ise boyutsal ve niteliksel özellikler bulunmaktadır. Boyutsal yaklaşımda karmaşık bir işlemleme prosesi mevcuttur. Aktüel hayatın dissosiyasyonu ve psikopatolojik dissosiyasyon aynı spektrumda olmakla birlikte arasında süreklilik varsayılmaktadır. Bireylerin günün %20'sini dissosiye durumda geçirdiği, uyku sonrası veya öncesi, emosyonel stres dönemi, alışılmadık

yorgunluklar veya bazı meditasyon türlerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantısı olabileceği belirtilmektedir. Bu modelde dissosiyasyon, anksiyete mevcudiyetinde stres azaltabilmek adına yararlanılan adaptif başa çıkma yeteneği olarak da görülmektedir. Bunun haricinde uzun süreli veya nüks eden travmalarda çocukların dayanabilmesine yardımcı savunma mekanizması olarak işlev görebilmektedir. Bu bağlamda dissosiyasyon, bireyin fiziksel olarak kaçınamayacağı durumdan zihinsel olarak kaçınabilmesine yardımcı olabilmekte ve bireyi başa çıkılamayacak travmatik yaşantıdan korumaktadır. Söz konusu dissosiyatif savunma kendilikte yabancılaşma duygusu, acı hatıraları barındıran bellek ve affektin kompartımandan ayrılması, davranışın otomatizasyonu olmak üzere 3 majör görevle kavramsallaştırılmaktadır (Putnam, 1997). Niteliksel yaklaşımda süreklilik önemli bir ölçüt olmasına rağmen dissosiyatif yaşantıların nitelik olarak benzemesi ve yalnızca şiddetin farklılık göstermesi söz konusudur. Kompartmantalizasyon çatısı altında niteliksel bir ayrım ve dissosiyatif yaşantıların ayırt edilebileceği savunulmaktadır. Dissosiyasyon esnasında ayrı bir bilinçlilik sergileyen özne günlük deneyimden, kendi bedeninden ve dış gerçeklikten ayrılmaktadır. Rüyada olma, gerçeklik duygusunu kaybetme veya uzayda gibi hissetme şeklinde dissosiyatif bireylerce tanımlanan deneyim, hissedilmeyen duygulanım veya hızla değişen duyguları işaret etmektedir. İşlenebilir bilgide bilinçli farkındalığın yaratılması yeteneğinde bozulma olarak tanımlanan kompartmantalizasyon defisiti, gelecekteki eylemlerin üstesinden gelmeyi engellemektedir (İslam, 2009).

### 2.3.2. Modern Psikotravmatoloji Temelli Dissosiyasyon Teorileri

Akut ve kronik olumsuz yaşam deneyimlerinin bireyin psikopatolojisi ve ruhsal entegrasyonuna olan kısa ve uzun dönemli psikojen etkilerini geniş bir perspektiften değerlendiren modern psikotravmatoloji, örseleyici deneyimlere bağlı stres ve dissosiyasyon üzerine çalışmalar yapan ve olumsuz yaşam olayları ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların travma odaklı tedavisini gerçekleştirmeye katkı sağlayan bir psikoloji bilimi olarak

tanımlanmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b; 2022c). Bu alanın temel psikopatolojileri örseleyici olaylarla yüksek düzeyde ilişkili olan dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğudur. Pierre Janet tarafından yapılan dissosiyasyon çalışmaları ile temelleri atılan modern psikotravmatoloji; psikoloji, psikotarih ve psikiyatri disiplinleri ile entegre çalışmakta, birey ve toplumların dissosiyatif psikososyal tepkileri ile travma önleme ve tedavilerine odaklanmaktadır (Öztürk, 2022a).

Öztürk (2022a; 2022b; 2022c) tarafından tanımlanan bu alan Janet'nin bilimsel fikirlerini temel alırken Hilgard'ın *"Yeni Dissosiyasyon Teorisi"*nden yararlanmıştır. Hilgard (1975) dissosiyatif yaşantıları histerinin ötesinde evrensel bir boyutta değerlendirmiş, normal zihinsel süreçlerde dissosiyatif belirtiler yelpazesi olduğunu savunmaktadır. Bu doğrultuda dissosiyasyon günlük yaşamın bir parçası olarak da varolabilmekte ve *"aktüel hayatın dissosiyasyonu"* ya da *"normatif dissosiyasyon"* şeklinde tanımlanabilmektedir (Butler, 2006). Modern psikotravmatoloji içerisinde uzun dönemli dissoanalitik yönelimli klinik ve teorik çalışmalar yapan Öztürk tarafından geliştirilen *"Dissoanaliz Kuramı", "Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı"* (*"Travmatik Anılardan Uzaklaştırıcı Olağan Yaşam Deneyimleri Kuramı"*) ve *"Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı"* yer almaktadır.

#### *2.3.2.1. Dissoanaliz Kuramı*

Travma terapisti, psikotarihçi ve bir dissoanalist olan Öztürk'ün *"çoklu bilinç sistemi"* fenomeni üzerine yapılandırdığı *"Dissoanaliz Kuramı"* bilinç kavramı ve travmatik yaşantıları bireysel ve toplumsal düzeyde değerlendirmektedir. Travma ile ilişkili psikopatolojileri dissosiyatif eksende ele alan *"dissoanalistler"*, aynı zamanda psikotravmatoloji alanında yetkin olarak çalışan travma psikoterapistleridir. Şiddet odaklı ve borderline yapıda olan travmatize bireyler ve toplumların dissoanalizlerinin sonucunda bütüncül bir düzenek sağlanmaktadır. *"Psikotoplumsal terapi"* olarak da tanımlayabileceğimiz *"dissoanaliz kuramı"*

entegregratif bireyler ve toplumlar yaratmanın ancak bireysel ve toplumsal travmaların notralize düzeye getirilerek tedavi edilmesi ve erken çocukluk çağı travmatik yaşantılarıyla yakın ilişki gösteren dissosiyatif bozuklukların terapilerinin modern psikotravmatoloji perspektifinden yapılandırılması sayesinde mümkün olacaktır. Bu kuram doğrultusunda travmatik yaşantıların nötralize edilmesi dissosiyojenik yapının holistik bir yönelimle ele alınmasıyla gerçekleşebilmektedir. Örseleyici olayların anılarından uzaklaştıran dissosiyojen savunmalar *"psikovital bütünseli"* kesintiye uğratarak parçalara ayırmaktadır. Travma öncesi ve sonrası parçalar olarak ikiye ayrılan bireysel ve toplumsal yapılar *"travma dikotomisi"* olarak tanımlanmakta, tekil olduğu varsayılan bilinçlerinin *"dual bilinç sistemi"*ne dönüşmesi ile sonuçlanmaktadır. Bireyin farkında olduğu ya da olmakta güçlük çektiği bu *"dual bilinç sistemi*" travmatik yaşantılar ve kuşaklararası travma ve psikopatoloji aktarımı sonucunda ortaya çıkan tekil odaktan dual odağı olan dissosiyatif bir örgütlenmedir (Öztürk, 2022b; 2022c).

*"Dissoanaliz kuramı"* çocukluk çağı travmaları, empati yoksunu ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stillerinin sonucu ortaya çıkan dissosiyatif yaşantılar dissosiyatif bozukluklar ve psikotoplumsal dissosiyayon döngülerine dönüşebilmektedir. Herkeste var olan çoklu bilinç sistemi travmatik yaşantılar ile tetiklenerek bireylerin ve toplumların inkar mekanizmasını kullanmasıyla işlevselliği bozmakta ve psikopatolojik düzeyde dissosiyatif bozuklukların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. *"Dissosiyasyon, bireyin tekil olan bilincinin psikotoplumsal baskılar, travmatik olaylar ve şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri esnasında ya da sonrasında farklılaşarak bir uyum sağlama çabası yöneliminde oluşmuna tanıklık ettiği travmatik anılardan uzaklaştırıcı olağan hayat deneyimlerinin ve kuşatıcı savunmalarının psikojen etkisiyle çoklu bilinç sistemi sürecine dönüşüm ya şantılarıdır."* tanımını ortaya atan Öztürk, *"Dissoanaliz Kuramı"* ile günümüzde travma ve dissosiyasyon odaklı modern psikotravmatoloji ve psikoterapi yaklaşımların temelini atmıştır

(Öztürk, 2022a; 2022b; 2022c).

#### *2.3.2.2. Psikotoplumsal Bilinç Alyans Kuramı*

Travmatik yaşantılar bireyin kimlik, bilinç, bellek ve çevreyi algılama entegrasyonunda dağılmalara sebep olduğunda kişi hayatta kalabilmek adına kendisini ve dünyayı bütünleştirebilme ve doğal dengesini koruyabilme çabasına girmektedir. Dissosiyasyon kişinin örseleyici olaylar sonucunda dağılan parçalarını reentegre etme çabası olarak tanımlanmaktadır. Aktüel hayatta kişi minimal travmalara, yanlış çocuk yetiştirme stillerine ve erken yaşta başlayan çocukluk çağı travmalarına dissosiyatif reaksiyonlar verebilmektedir. (Öztürk, 2020b; 2021a). Travmatik anılardan uzaklaştıran yaşam deneyimleri olarak fonksiyon gören dissosiyasyon psikotoplumsal travmalar ve yanlış çocuk yetiştirme stilleri tarafından beslenerek kişinin aidiyet duygusunu kaybetmesi, kendisi ve çevresine yabancılaşması, travmatik kimliğine odaklanması ve gerçeklikle temasında bozulmalar yaratmasına sebebiyet verebilmektedir (Öztürk, 2022d).

Günlük hayat işleyişinde normal, subklinik ve klinik düzeyleri deneyimleyebilen kişi bu teori kapsamında psikotoplumsal baskı, aile içi şiddet ve travmalara karşı bilinç kesintileri yaratarak gerçekliğe tutunmaya çalışmaktadır. Bireylerin psikotoplumsal bilinçlerinde ve gerçeklik algılarındaki alyansın varlığı ruhsal entegrasyonu sağlamada ve dengede tutmada katkı sağlamaktadır. Toplum, aile ve bireyin kendisinde ortaya çıkan *"psikotoplumsal bilinç alyansı"* kişide bilinç, gerçeklik, kimlik açısından bütüncül bir duyguya sahip olmasını desteklemektedir. Aktüel yaşamın içindeki deneyimlerin absorbsiyonu, dissosiyasyonun kişideki dikkat odağını içbilişsel bir alana çekmesi olarak işlev göstermektedir (Öztürk, 2020a). Absorbsiyon ve dissosiyatif yaşantılar birbirlerine karşıt olarak deneyimlenmekte, çoklu bilinç, çoklu realite ve çoklu kimlikler kişinin travmatik yaşantılardan uzaklaşmasına yardımcı olarak kişisel yaratımları sonucu ortaya çıkardıkları *"psikotoplumsal bilinç alyansı"*

doğrultusunda aktif hayatın dinamiklerine adaptasyon sağlamaktadırlar. Birey ve toplumun bütüncül yapısını destekleyerek assosiyasyon ve entegrasyonu sağlayan psikotoplumsal bilinç alyansı bilişsel süreçlerin (düşünce, duygu, eylem, algı) üzerindeki farkındalığı arttırmaktadır. Psikotoplumsal baskı, çocukluk çağı travmalarına ve yanlış çocuk yetiştirilme stillerine maruz kalan travmatize olmuş bireyler aynı anda bilinçli/çoklu bilinçli ve de bilinçli/bilinç kesintili deneyimleri yaşarken çoklu kendilik ve gerçeklik algıları deneyimlemekte, yani dissosiyasyon yaşantılamaktadırlar (Öztürk, 2022d)

#### *2.3.2.2. Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı*

Öztürk tarafından yapılandırılan *"Dissosiyatıf Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı"* gerçekliğin inkarı ve toplumsal dissosiyasyon süreçlerini açıklarken ikili ve toplumsal ilişkilerde yansıtımlı identifikasyon kavramına da odaklanmaktadır. Kişilerarası ve toplumsal etkileşimlerde bireyler kendileriyle *"identik"* olanları veya ortakdaşlığı inkar ederek bu benzerliğin yıkıcı, saldırgan ve düşmanca bir yapıya dönüşmesine sebep olur ve nefret ile öfke duygularını besler. Bu düzeyde kişi kurtulmak istediği ya da yoksaydığı psikojen parçasını ya da parçalarını benzerlik ilkesini kullanarak karşı tarafa aktarır. Bir başka deyişle, kişinin dissosiye etmek istediği parça karşı tarafa aktarılıp yansıtılarak zorla özünden farklı bir kimlik ya da özellik dayatılır. Bu aktarım sonucunda kişi yalnızca kendinde görmek istediği parçalarla kalarak, istenilmeyen parçalar karşı tarafa yerleştirilmiş ve karşı taraf nefret nesnesine dönüştürülmüştür. Toplumda düşmancıl yaklaşımın oluşumunda etkili olan bu mekanizma soykırımların da ana savunma sistemi olarak kullanılmaktadır (Öztürk, 2020a; 2021; 2022b; 2022c).

Bireyin kendi kimliğinde inkar ettiği parçaları bir başkasına empoze etme çabası *"gerçekliğin içbilişsel çarpıtması"*nın eyleme dönüşmesi olarak da tanımlanmaktadır. Bireyler ya da toplumlar travma inkarları ile paralel olarak dissosiyatif yantısımlı kimlik geçişi

sürecini yaşantılar ve gerçekliğin inkarıyla daha da travmatize olurlar. İnkar edilen ya da dissosiye edilmek istenen her parça karşı tarafa geçtiğinde kişi normalde başa çıkamadığı acı ve olumsuz duyguyu karşı tarafta dışsallaştırdığı için tolere edebilir hale gelir. Psikotoplumsal baskılar, şiddet odaklı ebeveyn tutumları, gerçekliğin inkarı ve çocukluk çağı travmaları yeterli düzeyde bilgi ve deneyimin olmayışı ile beslenmektedir. Bu doğrultuda, birey ve toplumlarda istismarcı kimliğin hakimiyeti, savaş yanlılığı ve tramatize edici dissosiyatif yapılar artmakta ve yıkıcı bir düzeye doğru ilerlemektedir. Dönüşüm ve gelişimin ön planda bulunduğu entegre bireyler ve toplumlar yaratmak adına, travma ile ilişkili psikopatolojileri etkin düzeyde önlemek ve tedavi edebilmek amacıyla modern psikotravmatoloji yaklaşımları olarak geliştirilen *"Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı"* ve *"Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçişi Kuramı"*nın adli sistem içerisinde önemli fonksiyon göreceği düşünülmektedir (Öztürk, 2022a; 2022b).

### 2.3.3. DSM-5'e Göre Dissosiyatif Bozuklukların Sınıflandırılması

Ruhsal sağlığın en önemli belirteci olan kimliğin entegrasyonuna zıt olarak ortaya çıkan dissosiyasyon kişinin düşünce duygu ya da davranışlarında belirgin değişikliklere sebep olan bir psikopatoloji ile ilişkilendirilir (Öztürk & Çalıcı, 2018). Dissosiyatif semptomların patolojik düzeye gelmesiyle açıklanan dissosiyatif bozukluklar bellek, beden algısı, duygulanım, bilinç, kimlik ve davranışların normal entegrasyonlarında süreksizlik veya bozulma şeklinde tanımlanmaktadır. Bu nedenle dissosiyatif semptomların psikolojik işlerliğin her alanında bozulmaya neden olabileceği bilinmektedir. DSM-5'de dissosiyatif bozukluklar dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon derealizasyon bozukluğu, diğer ve tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk olarak 4 farklı başlıkta incelenmektedir (APA, 2013). DKB, bireyde yaşamı uzun veya kısa dönemlerinde farklı sıklıkta hakim olan en az 2 alter kişilik ile ortaya çıkan intihar girişimi, kendine zarar

verme davranışı, öfke patlamaları, bilinç kesintileri, dissosiyatif anguaz ile karakterize eş tanısı bulunan karmaşık ve kronik bir psikiyatrik bozukluktur (Öztürk, 2017). Dissosiyatif amnezi, bireyin kişisel bilgilerini sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak biçimde hatırlayamaması ile ilişkili olmakla birlikte sosyal, iş ve günlük yaşamı etkileyecek düzeyde işlevsellik kaybına sebep olan psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanır. Depersonalizasyon-derealizasyon zihinsel süreçlerin birbirinden ayrılması, kendilik veya çevrenin gerçekdışı olarak algılanması ile ilişkilendirilir. Depersonalizasyon kişinin kendilik ve bedenine yabancılaşması olarak tanımlanırken derealizasyon dış dünyaya yabancılaşma olarak tanımlanmaktadır. Her ikisinde de bireyde kafa karışıklığı, çarpıtılmış dünya algısı, zaman algısında bozulmalar ve gerçekliğin belirsizleşmesi ortaya çıkabilmektedir. Son olarak, özgül tanı ölçütlerini karşılamayan vakalar ise klinisyenler tarafından tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar altında değerlendirilmektedir (Öztürk ve ark., 2019).

#### *2.3.3.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)*

Aşağıda DKB'nin DSM-5'de yer alan tanı kriterleri yer almaktadır.

*A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ ya da duyusal-devinsel işlevsellikte bununla ilgili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.*

*B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması*

*C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da*

*önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur*

*D. Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.*

*E. Bu bozukluk, maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz (APA, 2013).*

#### *2.3.3.2. Dissosiyatif Amnezi*

Aşağıda dissosiyatif amnezinin DSM-5'de yer alan tanı kriterleri yer almaktadır.

*A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği*

*tetikleyici nitelikte, özyaşam öyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da*

*C. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Parsiyel kasılmalar, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*

*D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (APA, 2013).*

#### *2.3.3.3. Depersonalizasyon-Derealizasyon Bozukluğu*

Aşağıda depersonalizasyon-derealizasyon bozukluğunun DSM-5'de yer alan tanı kriterleri yer almaktadır.

*A. Sürekli ya da yineleyici depersonalizasyon, derealizasyon ya da her ikisinin de varlığı*

*1. Depersonalizasyon: Gerçekdışılık, uzaklaşma ya da kendi düşüncelerine, duygularına,*

*bedensel hislerine, bedenine ya da eylemlerine dışarıdan bir gözlemci gibi bakma hali (örn. algı dalgalanmaları, zaman algısının bozulması, kendiliğin gerçekdışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da fiziksel kayıtsızlık)*

2. *Derealizasyon: Çevrenin gerçekdışılığı ya da uzaklaşması yaşantıları (örn. kişi ya da nesnelerin gerçekdışı, rüya gibi, sisli, cansız, ya da görsel olarak çarpık algılanması)*

*B. Depersonalizasyon ve/veya derealizasyon yaşantıları sırasında, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.*

*C. Semptomlar klinik olarak belirgin rahatsızlık ya da toplumsal ilişkiler, çalışma yaşamı ya da başka önemli işlev alanlarında bozulmaya neden olmaktadır.*

*D. Bozukluk bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkileri ya da başka bir tıbbi duruma (örneğin epileptik nöbetler) bağlı olmamalıdır.*

*E. Bozukluk Şizofreni, Panik Bozukluğu, Majör Depressif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, ya da başka bir Dissosiyatif Bozukluğa bağlı olmamalıdır (APA, 2013).*

#### *2.3.3.4. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk*

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olan, dissosiyatif bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dissosiyasiyatif bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış dissosiyatif bozuklukları kategorisi, dissosiyatif bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı

durumlarda kullanılmaktadır (APA, 2013).

### 2.3.4. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon

On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Pierre Janet (1907) tarafından geliştirilen dissosiyatif bozuklukların travma modeli, travmatik yaşantıların dissosiyatif reaksiyonların ortaya çıkmasında temel bir rol oynadığına vurgu yapmaktadır (Akiş & Küçükgöncü, 2021; Dalenberg ve ark., 2012). Dissosiyasyonun çocukluk çağı travmalarının bir sonucu olduğu, travmatik yaşantıya adapte olma reaksiyonu ve kısa vadede hayatta kalma stratejisi olarak kullanıldığı bilinmektedir (Briere & Scott, 2006). Bir başka deyişle hayati bir tehdit içeren bir çocuğun bakım vereni tarafından istismarında kaçınılmaz bir psikolojik donma tepki olarak tanımlanabilir (Akiş & Küçükgöncü, 2021). Özellikle bireyin erken çocukluk döneminde güvenli bağlandığı bir başkası tarafından yaşantıladığı ilişkisel travma DKB gelişiminde ana bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Dorahy ve ark., 2014; Ross & Halpern, 2009; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). DKB tanısı alan yetişkin bireylerin %88.5-96 aralığında fiziksel ve/veya cinsel istismar yaşadığı belirtilmektedir (Ross, 1997). Ayrıca, dissosiyatif bozukluk tanısı alanlar diğer psikopatolojiye sahip olan bireylere kıyasla travma sonrası stres bozukluğu reaksiyonlarını daha şiddetli yaşantılamaktadırlar (Akiş & Küçükgöncü, 2021; Dorahy ve ark., 2015). Dissosiyatif amnezinin gelişiminde istismarın şiddeti ve istismarcı ile olan ilişkinin yapısı da etki göstermektedir (Freyd & Birrell, 2013). Yapılan bir araştırmada cinsel istismar sonrasında dissosiyatif amnezi yaşantılayan kadınların dissosiyatif amnezi yaşantılamayanlara kıyasla daha çok ensest mağduru olduklarına vurgu yapılmıştır (Wager, 2013). İstismarcıya olan yakınlık ve dissosiyasyon arasındaki ilişki bağlanma temelli travma modelinde incelendiğinde, bu kişilerin travmaya sessiz kalarak, bedenlerini hissizleştirerek ve zihinlerini tehdit altında yoğun utanç ve korku duygularından uzaklaştırarak adaptasyonu sağladıkları üzerinde durulmaktadır (Akiş & Küçükgöncü, 2021; Varese ve ark., 2011). Buna ek olarak dissosiyatif bozukluklarla ilişkilendirilen depersonalizasyon ve derealizasyon, aynı

zamanda travma sonrası stres bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu gibi diğer tanı kategorilerinde de sıklıkla gözlemlenmektedir (Putnam ve ark., 1996).

Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisindeki primer etken ajanlar, erken çocukluk çağında yaşanan kronik kompleks ve ilişkisel travmatik yaşantılardır. Çok sayıda dissosiyatif olgu travmatik stres semptomları ile yakın bir ilişki göstermektedir. Bu durum travmatik etki yaratması muhtemel olaylar ile dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkinin incelendiği klinik gözlem, teorik varsayım, retrospektif ve prospektif araştırmalarla ortaya konulmaktadır (Derin, 2018; Öztürk, 2020a). Tanı koymada çocukluk ve ergenlik dönemleri adına güçlük yaşanan küçük yaş grupları psikopatolojik açıdan ortak belirtiler taşımaktadır. Kronik gelişimsel depresyon, konversiyon bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, kasıtlı kendine zarar verme, depresyon, cinsel problemler, dissosiyasyon gibi sorunlar travmatik hastalarda gözlenen psikopatolojiler olarak sayılabilmektedir. Dissosiyatif belirtiler gösteren bireylerin çok sayıda psikiyatrik bozukluklara ait ölçütü karşıladığı bilinmekte ve somatik semptomlar, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve madde kötüye kullanımı bunlara örnek olarak verilebilmektedir. Klinik görünümün nitelikleri kapsamında ayırıcı tanıda gündeme gelen hastalıklar borderline kişilik bozukluğu, depresyon, temporal lob epilepsisi ve şizofrenidir (Yavuz, 2021).

### 2.3.5. Dissosiyasyon ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki

Bireylerin travmatik yaşantılar karşısında çaresizlik duygusu artmakta ve başa çıkma mekanizmalarının işlevselliği bozulmaktadır. Travmatik olaya verilen tepkiler bireyin kişilik yapısına, olayı anlamlandırmasına, geçmiş travmatik yaşantısına, yaşı ve cinsiyetine ve sahip olduğu sosyal desteğe göre farklılık göstermektedir. Ayrıca travmatik yaşantılar depresyon, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi psikopatolojilerle ilişkilendirilmektedir (Ross, 2007).

Putnam (1997), dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %90-100 gibi yüksek bir oranda şiddetli çocukluk çağı travmaları olduğu ve travmatik yaşantısı olan bireylerin olmayanlara kıyasla daha fazla dissosiyatif semptomlara sahip olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu sonuçlara ek olarak, travmatik yaşantıların erken dönemde deneyimlenmesi ekseninde dissosiyatif reaksiyonların şiddeti de artmaktadır. Dissosiyatif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerde temelde yatan çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bu örseleyici olaylarla ilişkili psikopatolojilerin olduğu belirtilmektedir (Kutlu, 2018; Öztürk, 2003). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının özellikle cinsel istismarın BKB hastalarında yüksek düzeyde görüldüğü ifade edilmektedir (Menon ve ark., 2016). Çocukluk çağı travmaları, BKB'nin etiyolojisine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların odağında yer almakta ve bu tanı grubundaki vakaların %30-90 oranında travma bildirdikleri önemle vurgulanmaktadır (Carlson, Egeland & Sroufe, 2009).

DSM-5'te yer alan borderline kişilik bozukluğu kriterlerinin çoğunu karşılayan dissosiyatif belirtiler gösteren hastalar dissosiyatif bozukluklar tanısının koyulmasına engel oluşturmamaktadır (Yavuz, 2021). Etkili dissosiyatif bozukluk tedavisinin sonucunda ilk başvuruda belirtilen borderline kişilik bozukluğu semptomları kaybolmaktadır. BKB semptomlarının dissosiyatif kimlik bozukluğunda ortaya çıkan alter kişilikle etkileşim veya yer değiştirme sonucunda oluştuğu söylenebilmektedir. Bu nedenle çok sayıdaki alter kişilik için ayrı ayrı gözlenemeyen borderline kişilik bozukluğu ölçütleri dissosiyasyon hastasının BKB olarak kabulünü önlemektedir. BKB'de gözlenen boşluk hissi, kimlik karmaşası, duygudurumda değişim, kasıtlı kendine zarar verme davranşı, terk edilme korkusu, tutarsız ilişkiler gibi kriterlerin tümü alter kişiliklerin her biri tarafından sergilenmedikçe borderline kişilik bozukluğu tanısı verilmemelidir. (Uytun, Durmuş & Öztop, 2014). Dissosiyatif bozukluklar ve BKB temelinde çok sayıda ve tekrarlayıcı çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak özellikle erken yetişkinlik döneminde oluşmaya başlayan psikopatolojilerdir. Bu iki

tanı grubunun oluşum düzeneğindeki benzerliğin yanısıra adli psikopatolojik ve hukuksal yönden de tanı koyma problemlerinin sebep olduğu malpraktis davaları açısından benzerlikleri söz konusudur (Öztürk & Derin, 2018).

### 2.3.6. Dissosiyatif Bozukluklar ve Depresyon Bozuklukları Arasındaki İlişki

Çocukluk ya da ergenlik döneminde dissosiyatif bozukluk tanısının bir psikiyatrist tarafından konulması ve ruhsal hastalığın doğası itibaritle zor olması nedeniyle bu kişiler kronik depresyon, intihar düşünceleri, borderline kişilik bozukluğu, kendine zarar verme gibi farklı psikopatolojilerle tedaviye başvuruda bulunmaktadır (Putnam 1996). Depresif yakınmalar ile kliniklere başvuran dissosiyatif kimlik bozukluğu tanılı bireylerin depresyon tanısı alabilmesi için çoğu alter kişiliklerinde depresyon belirtileri aranmaktadır. Çok sayıda dissosiyatif bozukluk tanılı hastanın depresif yakınmalar dile getirmesine rağmen aynı görüşmede öne çıkan alter kişiliklere yönelik yapılan etkin tedavilerin sonucunda bu şikayetlerin azaldığı belirtilmektedir (Uytun, Durmuş & Öztop; 2013). Etiyolojisinde çocukluk çağı travmatik yaşantılarını barındıran depresyon bozuklukları ve dissosiyatif bozukluklar üzerine yapılan bir araştırmada majör depresyon tanısı alan bireylerin almayanlara kıyasla Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca depresyon tanısı alan örneklemin %50'si çocukluk çağı travmaları olduğunu belirtmiş ve bu grubun Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'nde yer alan absorbsiyon ve imajinasyon düzeyleri travma bildirmeyenlere göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur (İslam, 2009; Stefanis & Stefais; 1999). Dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve subklinik düzeyi gibi kronik ve karmaşık yapıya sahip olan dissosiyatif bozuklukları olan hastaların büyük çoğunluğu kronik olarak depresif semptomları olduğunu belirtmektedir (Şar ve ark., 2000). Bu durumun tam tersi de kronik depresyonu olan hastalar için geçerlidir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, yaşamları boyunca majör depresyon tanısı alanların %39.2'si ve şu anda majör depresyon tanısı alanların %41.3'ünde dissosiyatif bozukluk öyküsü bulunmaktadır

(Şar, 2015; Şar, Akyüz & Öztürk, 2013). Dissosiyatif depresyon, depresif duygudurumun kronikleşmesi ve düzensizliği ile karakterize olmakla birlikte depresyon bozukluğu tanısı alan hastalardan daha genç yaşlarda gözlemlenmekte ve bu kişilerde depresif semptomların başlangıç yaşı erken çocukluk dönemleri olarak belirtilmektedir (Şar, 2015). Depresif semptomlar erken çocukluk döneminde başladığında kronikleşme eğilimi gösterir ve belirgin bir depresyon başlangıcından söz edilmeyebilir. Normal popülasyonda depresyon bozuklukları vakalarının %10 oranında olduğu tespit edilmiş olup bu çalışmadaki bireylerde depresyonun üç kişiden birinde kronik durumda olduğu tespit edilmiştir (Küey & Güleç, 1993)

Süreğen depresif dönemlerden ziyade kronik yapıda bir seyirle ilerleyen dissosiyatif depresyon özellikle kadınlarda borderline kişilik bozukluğu semptomları ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilmiştir (Şar, 2015; Şar, Akyüz & Öztürk, 2013; Şar, Alioğlu & Akyüz, 2014). Türkiye'de kadınları üzerine yapılan bir araştırmada dissosiyatif depresyonu olanlar olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde konsantrasyon problemleri, suçluluk ve değersizlik duyguları, intihar düşünceleri ve kilo değişiklikleri göstermektedir (Şar ve ark., 2013). Ayrıca dissosiyatif depresyonu olan kadınlar olmayanlara kıyasla daha fazla intihar girişimleri göstermekle birlikte intihar düşünceleri daha kronik ve kalıcı düzeyde belirtilmiştir (Şar, 2015). Dissosiyatif bozukluklar tanısı alan bireylerdeki duygu düzensizliği bipolar II bozukluğu ile benzerlik gösterebilmekte, duygudurumda yaşantılanan değişiklik ani ortaya çıkabilmekte ve saatlerce (dakikalarca) sürebilmektedir. Genellikle dissosiyatif depresyonu olan hastalar duygudurumundaki değişimlerin tetikleyicilerinin belirsiz olduğunu ve sürekli iniş çıkış şeklinde yaşantıladıklarını belirtmektedirler. Bu bağlamda, dissosiyasyon ve depresyonun birlikte gözlemlendiği bireyler duygu durumunda tutarsızlık ve intihar düşünceleri açısından borderline kişilik bozukluğuna benzeyebilmekte ve bu örtüşen psikopatolojinin hem borderline kişilik bozukluğu hem de depresyon tanısının yanlış

konulması ve değerlendirilmesine sebep olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Şar, 2015). Şar'a göre kronik depresyon, hissizleşme, içsel süreçlerin müdahalesi ve aşırı uyarılmadan oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğunu (TSSB) gizleyen bir yapı olarak düşünülmektedir. Dissosiyasyon ise, geniş bir yelpazede depresif bozukluklar, borderline kişilik bozukluğu ve TSSB gibi psikopatolojilerin her zaman ortak bir parçasıdır. (Şar, 2006) Dolayısıyla dissosiyatif bozukluklar tanısı almayan ve başka psikiyatrik bozukluklar ile gelen hastalarda mutlaka dissosiyatif belirtilerin değerlendirilmesi ve tedavisi tüm hastalıkların gidişatını olumlu yönde etkileyecektir.

### 2.3.7. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif bozuklukların etiyolojisinde majör rol oynayan çocukluk çağı travmatik yaşantıları suç kapsamında değerlendirilen fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı kapsamasıyla ilişkili olarak adli psikopatolojik açıdan çalışılması gereken önemli bir tanı grubudur. Dissosiyatif bozukluklarda ceza ve hukuki ehliyetin değerlendirilmesi, malpraktis davaları, mağdurun failden tazminat talebinin karşılanması, işlevselliğin yüksek düzeyde bozulmasına ilişkin malulen emekli olma durumu adli psikopatolojik inceleme sonucu belirlenmesi gereken önemli konulardır (Oral, 1999; Öztürk 2017; Şar, 2009b). Malpraktis vakalarında en çok tanı koyma sürecinde karıştırılan dissosiyatif bozukluklar ile borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluklarının bu konularda deneyimli klinisyenler tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Yanlış tanı ile birlikte gelen yanlış tedavi uygulamaları, halihazırda mağdur olan hastanın yeniden mağduriyetine yol açmakla birlikte hastanın iyileşme sürecine de engel oluşturabilmektedir (Akcan & Öztürk, 2018). Cezai sorumluluktan bahsedebilmek için öncelikle suç niteliğinde bir davranışın varlığı bulunmalıdır. Kişinin ceza alabilmesi için işlenilen suçun tipiklik ilkesine uygunluğu ve hukuka aykırı bir hareketin bulunmasının yanında suçu işleyen kişinin hareketi hakkında değerlendirme yapabilme yetisinin olması ve ve suçun o kişiye şahsen isnat edilebilmesi gerekmektedir. Bir hareketin

sorumluluğunun o kişinin üzerine atılmasına isnat yeteneği denir ve cezai sorumluluğu değerlendirmenin temelidir. Psikiyatrik bozuklukların cezai sorumluluğu azaltıcı veya ortadan kaldırıcı olmasının sebebi sağlıklı bir bireyde bulunması gereken niteliklerin bulunmaması ya da bozuk/eksik olması ile ilişkilidir. Dolayısıyla suç işleyen kişinin psikiyatrik bozuklukları değerlendirilirken ruh sağlığı uzmanının vereceği raporda yeterli adli psikopatolojik değerlendirmenin yapılması gerekmektedir (Yücel, 1987). Suç işlenmesi durumunda kişinin *"algılama"* ve *"irade"* yeteneklerinin herhangi birinin bulunmaması ya da bu yetilerde azalmış olması durumunda bu kişinin cezai ehliyetinin tam olmadığı sonucuna varılır. Ceza hukukunda cezai ehliyeti 3 kategoriye ayrılır.

1) *Ceza Ehliyeti Tam Olanlar:* Suç işleyenin hem 'algılama' hem de 'irade' yeteneği var ise, kişinin ceza ehliyeti tamdır ve işlenilen suçun cezası ile cezalandırılır.

2) *Ceza Ehliyeti Olmayanlar (TCK madde 32/1)*: Suç işleyenin 'algılama' ve 'irade' yeteneklerinden birinin bulunmaması durumunda ceza ehliyeti yoktur ve işlenilen suç nedeniyle cezalandırılmazken akıl hastalıklarına özgü güvenlik tedbirlerine tabi tutulur (Özden, 2015).

3) *Ceza Ehliyeti Eksik Olanlar (TCK madde 32/2)*: Suç işleyen kişinin 'algılama' ve 'irade' yeteneklerinin azalması durumunda kişinin ceza ehliyeti eksik kabul edilir ve ceza indirimi ya da hükmedilen hapis cezası güvenlik tedbirine çevrilir.

Dissosiyatif bozukluk tanısı alan hastaların eylemleri ile gerçeği değerlendirebilme ve muhakeme yetilerinde bozulduğu durumlar söz konusudur. Özellikle dissosiyatif kimlik bozukluğundaki alter kişiliklerin kişinin düşünce ve davranışlarını ele geçirdiği, ruhsal ve zihinsel süreçlerin parçalandığı, kısmi ya da tam amnezinin var olduğu durumlarda kişinin eylemleri üzerindeki kontrol kaybının cezai sorumluluğu etkileyebileceği ve bu doğrultuda ceza indirimlerine gidilebileceği bilinmelidir (Oral, 1999; Öztürk, 2017). Adli raporlara göre

kişinin canına kast etme veya öldürme suçlarında dissosiyatif amnezinin sıklıkla görülmesi dissosiyatif bozuklukların adli sistem içerisinde daha detaylı değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yapılan bir araştırmada ölümle sonuçlanan adli vakalarda "*hafıza kaybı*" durumunun %10-70 aralığında olduğu anlaşılmıştır (Bradford & Smith, 1999). Normal şartlarda entegre yapıda olan bellek, bilinç, kimlik ve çevre algısı dissosiyatif bozukluklar esnasında kişinin bütünleştirme becerisindeki bozulmaya bağlı parçalanmış hale gelerek düşünce ve davranış kontrolünü negatif yönde etkileyerek kişide fiziksel şiddet davranışları ve mağduriyete yatkınlık yaratabilmektedir (Şar, 2014).

Dissosiyatif bozukluk vakaları adli psikiyatrik değerlendirmede *"görünürde çelişkili bilgi"* verme ve *"gizleme eğilimi"* olmasıyla ilişkili olarak yanıltıcı olabilmektedir. Travmatik yaşantının etkileri doğrultusunda mağdur birey kafa karışıklığı, amnezi, dissosiyatif belirtiler sebebiyle gerçek bilgiler vermesine rağmen bu alanda yeterli düzeyde deneyime sahip olmayan klinisyenler tarafından *"görünürde çelişkili bilgi"* olarak algılanabilmektedir. Diğer yandan *"gizleme eğilimi"* şiddeti yüksek olan travma ve dissosiyasyon vakalarında normalde sözel, öyküsel ve kronolojik olan belleğin olumsuz yönde etkilenmesi ile ilişkili olarak duyusal, parçalı ve bedensel olarak travmatik bellek yapısına dönüşebilmektedir. Travmatik belleğin dışavurumu adli psikiyatrik görüşmelerde klinisyenler tarafından *"gizleme eğilimi"* olarak şüphe uyandırabilmektedir (Öztürk, 2018). Ayrıca dissosiyatif vakalarda ifade verme anında yaşantılanan anksiyeteye bağlı amnezik durumların gelişmesi ve aile baskısının oluşturduğu korku ve tedirginliğe bağlı yeterli düzeyde ifade edememe durumları da *"çelişkili bilgi"* ya da "*gizleme eğilimi*" olarak algılanabilmektedir. Halbuki psikotravmatoloji ve adli psikopatoloji alanında uzmanlaşmış çalışanlar gizleme eğilimi ve çelişkili bilgi değerlendirmelerini yaparken bu durumları bireyin travmatik geçmişi ve dissosiyojen doğasından kaynaklı ortaya çıkabileceğini farkındadırlar (Öztürk, 2020a).

Dissosiyasyon vakaların adli psikopatolojik açıdan incelenmesi gerekçesi bu kişilerin %87'sinde çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının çekirdek aileleri tarafından gerçekleştirildiğidir. Özellikle kişide geçmiş travmatik yaşantı hafızasında yer etmiş olan anılar tekrardan sahnelenerek, suç ya da mağduriyetlerin tekrarlanmasına sebep olabilmektedir. Yalnızca ailenin istismar etme eğilimi değil, aynı zamanda bu ailelerin çocuklarını travmatik durumlara karşı koruma becerilerini öğretmekte yetersiz kaldığı da önemli bir detaydır. Viktimolojik açıdan yapılan incelemelerde çocuk yetiştirme stillerinin etkisi gözardı edilmeyecek düzeyde olduğundan dissosiyatif bozuklukların aile dinamiklerinin incelenmesi adli psikopatoloji alanına katkıda bulunacaktır (Öztürk & Şar, 2005). Ayrıca adli psikopatoloji değerlendirmelerinde psikotravmatolog ve dissoanalistlerin varlığı adli sisteme yansıyan vakalardaki psikopatolojiyi fark edebilmek, travmatik yaşantıların bireyler üzerindeki dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası sonrası stres bozukluğu gibi uzun dönemli olumsuz etkilerini belirleyebilmek, nevroz-psikoz ayrımlarını yapabilmek ve gerekli olan durumlarda psikiyatrik tanı koyabilmek açısından çok önemlidir (Öztürk, 2022a).

### 2.4. Saldırganlık

#### 2.4.1. Saldırganlık Tanımı

Saldırganlık, bireyin kendi düşünce ve davranışlarını, zorla karşısındakine benimsetme çabası şeklinde tanımlanmaktadır. Negatif bir eylem olarak değerlendirilmesinin esasında bir olayın başlamasına, görev veya bölgeye yakınlaşılmasına dair gösterilen çabayı ve saldırma amacı ile atılmayı kapsamaktadır (Adıgüzel, 2012). Günümüzde oldukça sık kullanılan saldırganlık kavramı kullanıldığı alan bakımından farklılık göstermektedir. Şiddet kelimesi ile çok kez birlikte kullanılmakta ancak temelinde farklı anlamlar barındırmaktadır. Şiddet bireylerin saldırganlıklarının fiziksel yansıması olup zarar verme olasılığının yüksek konumda olduğu bir eylemdir (Erdoğan, 2017). Oysa saldırganlık bireylerin obje veya kişilere yönelik

incinmesini sağlamak veya zarar vermek suretiyle bir eylemde bulunması, isteklerini zorbalıkla kabullendirme çalışması ve hoş karşılanmayan bir tutum sergilemesini içermektedir (Erdemir, 2012). Saldırganlık çoğu kez engellenme anında karşı tarafa gösterilen tipik bir yanıt olup eylem olarak dile getirilmektedir ve engellenmeye gösterilen en yaygın eylem olarak tanımlanmaktadır (Algur, 2019).

Saldırganlık ile ortaya çıkan eylemler temelinde hasar verme, yaralama ve ölüme sebebiyet verme gibi amaçlar barındırabilmektedir. Freud'a göre ölüm dürtüsü dışa yöneldiğinde başkasına zarar verme eylemleri ile ortaya çıkarken içe yöneldiğinde intihar vakaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Freedman, Sears, Carl & Smith, 1989). Bu nedenle saldırganlık, şiddet niteliği taşıyan bireylerin ve toplumsal güvenliğin zedelenmesine yol açan davranışlar bütünüdür (Köseoğlu, 2004). Engellenme haricinde yetişme, rekabet, yarışma, kızgınlık ve korku gibi şartlar altında da gelişebilen ve karşıdaki bireyi/bireyleri durdurma, zarar verme, engelleme maksadı barındıran sözler ve sembolik olan tüm eylemler de saldırganlık olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2015). Buss tarafından bireylere zarar veren her türlü eylemi kapsayan saldırganlık tanımı daha sonra yetersiz kalmış, *"zarar verme kastı"* tanıma eklenmiş, zarar verme kastını içermeyen eylemler hasarla sonuçlansa bile saldırganlık olarak tanımlanmamıştır. Etimolog Lorenz ise saldırgan davranışların ortaya çıkmasını tetikleyen dışsal uyarıcılar olduğunu savunmuş kişinin hayatta kalması ve uyum sağlaması için ihtiyaç duyduğu bir dürtü olduğunu belirtmiştir. (Brewer & Crano, 1994).

Hayvanların sahip olduğu cinsellik dürtüsüne benzer biçimde insanların doğuştan saldırganlık dürtüsüne sahip olduğu ve bu dürtünün, yaşamsal faaliyetler için gerekli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Ayrıca, toplumlar tarafından kabul gören eylemlerin gerçekleştirilmesi esnasında zarar meydana geliyorsa da bu eylem saldırgan nitelik taşıyabilmektedir (Efilti, 2006). Tüm canlıları kapsayan ortak bir dürtü olan saldırganlık

beslenme, korunma, cinsellik güdüleri ile ilişkili ortaya çıkabilmektedir. Bu dürtülerin bütünleştirilmesi halinde temel içgüdü olarak anılan saldırganlık bireyin fiziksel gücünü karşıdaki üzerinde adaletsiz biçimde, haklarından mahrum bırakacak düzeyde, zarar verme ve yaralama amacıyla kullanmasıdır. Cansız veya canlı varlıklara, nesnelere, objelere karşı geliştirilen fiziksel, duygusal ve psikolojik alanlara zarar vermeyi amaçlayan tüm davranışlar olarak saldırganlık; dışlanma, hayal kırıklığı, öfke, tehdit, hiddet, yok sayılma gibi nedenlerden de oluşabilmektedir (Durmuş & Gürgan, 2005). Isırma, hasar yaratma, vurma, tekmeleme gibi çok çeşitli eylemlerden oluşmaktadır. Saldırganlık, gündelik yaşamın geniş bir zamanında ve çok sayıda alanda oluşabilen tüm insanların sık sık karşılaştıkları bir eylemdir. Belirlenen sınırlar içinde hayatın idame ettirilmesi ve yaşamın sürdürülmesine yönelik harekete geçmeye tetikleyen güç olarak görünmektedir (Algur, 2019). Özetle, saldırganlık engellenme ve tehdit edilme durumlarına karşılık zarar ile sonuçlanan tepki olarak geliştirilmekte ve zorbalık, öfke, şiddet, kızgınlık, düşmanlık ve tahribat kavramlarıyla ilişkilendirilmektedir (Bayrak, 2011).

### 2.4.2. Saldırganlığın Bilişsel, Fizyolojik ve Davranışsal Boyutları

Saldırganlık durumları incelendiğinde kişide bilişsel, fizyolojik ve davranışsal boyutlarda değişimlerin ön plana çıktığı ifade edilmektedir. Bilişsel, duyusal ve davranışsal boyutları sürekli etkileşim halinde olan bireyde ortaya çıkan öfkenin herhangi bir boyutta anormal değişimleri meydana getirmesiyle diğer boyutlar da etkilemektedir. Öfke ile ilişkili karşılaşılan durumlardan bireylerin fizyolojik boyutta uyarıya maruz kalması uzun bir zaman düşmanlık, kin gibi duyguların beslenmesine neden olabilmektedir. Bu durumda meydana gelebilecek saldırganlığın üç farklı boyutu aşağıda açıklanmaktadır (Bayrak, 2011). Bilişsel boyuta saldırganlık; yorumlama, algı, inanç, beklenti gibi çok sayıda süreci barındırmakta ve düşmanlık, negatif düşünce veya negatif inançları ifade etmektedir. Bireyin özellikle kişilere, nesne veya bir yere yönelik kendi içinde barındırdığı olumsuz yüklemeler öfke ile

beslenmekte ve nihayetinde saldırganlığa dönüşebilmektedir. Bu noktada tecrübeler ve kültürel özellikler önemli yer tutmaktadır. Öyle ki operasyonel anlamda bir grup bireyini diğer gruptan ayıran zihnin kolektif programlanması olarak tanımlanan kültür; inançları, değerleri ve anlamları kapsayan, iç içe geçen kimlikler hiyerarşine yönelik içselleştirilmiş bir kavramdır. Bu nedenle sahip olunan sosyal rol aracılığıyla etkileşim kurma, tepki veya yanıt oluşturma, tahmin yürütme, anlama, kontrol etme gibi durumlar deneyimsel şablonları ve algısal şemaları şekillendirmektedir. Bu noktada, olayların kontrol altına alınarak yönlendirilmesi ve çevresel uyarılara karşı deneyimle hareket edilmesi gerekmektedir. Kendini geçmişinde iyi olarak tanımlayan bireyler öfkeye yönelik davranışı doğru yöne kanalize edebilmektedir (Kira, 2010b).

Fizyolojik boyut; öfke ile birlikte değişen duygusal duruma göre bireydeki davranış ve fizyolojinin hızlıca şekillenmesini içermektedir. Saldırganlık düzeyi yükselen bir bireyde kan basıncının yükselmesi, nabzın artması, nefes alışverişinin hızlanması, susuzluk, mide bulantısı gibi belirtiler gelişebilmektedir. Dışarıdan gözlenebilen bu fizyolojik değişimler ise mana verilemeyen ağız hareketleri, anlamsız ve hızlı duygu değişimleri, hızlı veya yüksek sesle konuşma/susma ve fiziksel uzuvların gerilmesini kapsamaktadır (Bayrak, 2011). Davranışsal boyut ise, öfkenin dışa vurumu olarak nitelendirilmektedir ve saldırganlık olarak tanımlanan yıkıcı davranışları veya pozitif yönelmeleri kapsamaktadır. Olayların algılanışı bilişsel gelişime, engellemenin şiddetine, bireyin alışkanlıklarına bağlı olarak değişmektedir. İnsanların bir kısmı duydukları öfkeyi engelleyebilirken diğer kısmı eyleme dökmektedir. Öfkenin engellenmesi halinde kaçınma, bastırma, öfke hissine neden olan kaynağın olumsuz davranışlarını tanımlama ve öfkeyi kaynağa pozitif biçimde yönlendirme gözlenmektedir. Ancak uzun süreli bastırılan öfke ifade edilemediğinde veya çözümü bulunamadığında, bireyde rahatsızlık oluşturabilir ve şiddeti arttıkça psikiyatrik bozuklukların gelişiminde rol oynayabilmektedir. Negatif eyleme dökülen veya pozitif olarak dışa vurulmayan öfke bireyin

kendisine zarar olarak yönelebilmektedir. Bu noktada saldırganlık ve öfkenin yakından ilişkili kavramlar olduğu, ifade bulmadığında (genelde) saldırganlığa geliştiği ve netice itibariyle şiddeti tetikleyebileceği anlaşılmaktadır (Tektaş, 2021).

### 2.4.3. Saldırganlık Türleri

Davranışların ifade edilme ve oluşmasına etki gösteren faktörler çeşitlilik içerdiğinden ilgili davranışın içeriği ve bilişsel prosesler baz alınarak bazı saldırganlık sınıflandırmaları yapılmıştır. Kontrolsüz gelişme gösteren düşmanca saldırganlık ve dürtüsel saldırganlık şeklinde tanımlanan en genel sınıflandırma etken edilgen, planlı plansız, fiziksel sözel, dolaylı doğrudan, kendine yönelik, özgeci, sosyal rol ve izin verilmiş şeklinde adlandırılmaktadır (Oral & Atamer, 2004). Saldırganlık davranışının ifade edilme biçimine bağlı olarak doğrudan saldırganlık ve dolaylı saldırganlık şeklinde sınıflandırılmaktadır. *Doğrudan saldırganlık*, fiziki bakımdan zarar verme ve doğrudan sözel saldırganlığı içermektedir. *Dolaylı saldırganlık*, hedef alınan bireyin psikolojisi ve yakın ilişkilerine zarar verme amacını içermektedir. İlişkisel saldırganlık olarak adlandırılmakta, incitme ve yok etme arzusunu içermekte ve erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek düzeyde görülmektedir. Dolaylı saldırganlıkla ortak özellikleri olan sosyal saldırganlık hedef alınan bireyin sosyal statüsüne ve özgüvenine yönelik beden dili ve yüz ifadelerini barındırmaktadır. Sosyal saldırganlık doğrudan veya dolaylı olarak gerçekleşebilmektedir. Üç saldırganlık türünde de psikolojik baskı yer almaktadır ve ayırt edici nitelikler incelendiğinde dolaylı saldırganlıkta açıktan ihlal edilmeyen davranışlar neticesinde saldırgan kimliği belirsiz kalmaktadır ancak ön planda tehdit içerdiğinden açık şekilde gerçekleşen davranışlardır (Gülay, 2009).

Saldırgan davranışının sebeplerine bağlı olarak tepkisel saldırganlık ve amaçlı saldırganlık şeklinde sınıflandırılmaktadır. Tepkisel saldırganlık, reaktif saldırganlık olarak da adlandırılmakta ve bu tür engellenme-saldırganlık teorisini kaynak edinmektedir. Bu teori

çerçevesinde bireyin engellenme karşısında savunmacı öfkeli yanıt oluşturabileceği savunulmaktadır. Amaçlı saldırganlık, proaktif olarak da adlandırılmakta ve kuramsal temelini sosyal öğrenme modelinden almaktadır. Amaçlı ve kasıtlı ödül beklentisi tarafından kontrol edilmekte olan davranışları kapsamaktadır (Crick & Dodge, 1996). Saldırgan davranışının amaçlarına bağlı olarak düşmanca saldırganlık ve araçsal saldırganlık olarak sınıflandırılmaktadır. Düşmanca saldırganlıkta, bireyde tahrik eden bireye yönelik zarar verme ve öfke duyguları ile gelişen davranışlar mevcuttur. Araçsal saldırganlıkta ise, kişisel gereksinimlerin karşılanmasını ve bir amaca ulaşılmasını temel alan öfke veya düşmanlık barındırmayan davranışlar bulunmaktadır (Baş & Kabasakal, 2010). Saldırganlık davranışının hayatta kalma amacına bağlı olarak savunucu saldırganlık (tüm canlı varlıkların tehdit edilmeleri halinde gösterecekleri genetik davranıştır) ve yıkıcı saldırganlık (yalnızca insana özgü olan, yıkıcılığı ve kırıcılığı kapsayan, herhangi bir hedef barındırmayan yoğun bir saldırganlık davranışıdır) olarak sınıflandırılmaktadır (Aytekin, 2015). Düşmanca, izin verilmiş ve özgeci olarak üç saldırganlık türü de mevcuttur. Düşmanca saldırganlık, toplumda kabul görmeyen, onaylanmayan, asıl hedefi bakımından zarar verme odaklı olan, bireyin kendi içerisinde hedefe yönelik geliştirdiği düşmanca duyguları kapsamaktadır (Karakayalı, 2020).

İzin verilmiş saldırganlık, toplum tarafından kabul edilmediği halde meşru görülen davranışları içermektedir. Özgeci saldırganlık ise, toplumun onayladığı bir türdür (Karakayalı, 2020). Buna ek olarak saldırganlık atılgan, edilgen ve yıkıcı olarak olarak da sınıflandırılmaktadır. Atılganlık, farklı bireylerin hakkını gasp etmeksizin, kendi haklarını savunmayı içermektedir ve bu kapsamda her bir davranışı saygı çerçevesinde gerçekleştiren birey genellikle şiddet davranışı göstermemektedir. Edilgen saldırganlık, çevredekilere iyi bir kendilik gösterme maksadıyla kimseyi kızdırmaksızın saldırgan davranışların gösterilmesini içermektedir. Yıkıcı saldırganlık ise, engelleyen herhangi bir kimseye karşı düşmanca tutum

geliştirmek çevre tarafından olumlu karşılanmadığı takdirde yıkıcı bir tepki vermeyi içermektedir (Hasta & Güler, 2013). Saldırganlık davranışlarının oluşumuna ve ifade biçimine etki eden faktörler neticesinde fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanca saldırganlık ve öfke şeklinde de ele alınmaktadır (Buss, 1961; Karakayalı, 2020). Saldırganlık davranışının üç boyutta ele alındığı tasniflendirme fiziksel ve sözel saldırganlık, pasif ve aktif saldırganlık, doğrudan ve dolaylı saldırganlık kavramlarını kapsamaktadır. Tablo II'de söz konusu sınıflandırma yer almaktadır (Kılıç, 2019). Tablo II'de anlaşılacağı üzere saldırganlık davranışları sözel veya fiziksel olup dolaylı veya doğrudan biçimde aktif veya pasif olarak kendini gösterebilmektedir.

**Tablo II. Saldırgan Davranış Türleri**

| | | **Fiziksel** | **Sözel** |
|---|---|---|---|
| **Pasif** | Dolaylı | Sorumluluğunu yerine getirmeme | Doğru Bulmama |
| | Doğrudan | Hedefe engel oluşturma | Konuşmama |
| **Aktif** | Dolaylı | Hedefi inciten şaka yapma | Hakkında konuşma |
| | Doğrudan | Hedefe şiddet uygulama | Hakarette bulunma |

Kaynak: Kılıç, 2019

### 2.4.4. Ruhsal Travma ve Saldırganlık

Ruhsal travmaların sonucunda sıklıkla ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğu, bireylerin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir duruma tanıklık etmesi veya bizzat yaşamasının şeklinde gelişen travmatik olaylara maruz kalması ve bu olayların ardından kendine has semptomlarla karakterize klinik tablonun oluşması sürecini içermektedir. Travma vakalarında, ilgili olumsuz yaşam olayından sonra sürekli kaçınma hali ve genel tepkinin gösterilmesinde azalma, travmayı anımsatabilen uyaranların varlığında travmatik olayın yeniden yaşanması, rüya, düşlem, dissosiyatif yaşantılarının var olması ve bu duruma

fizyolojik ve psikolojik yanıt oluşturulması, artmış uyarılmışlık semptomları olmak üzere üç ana semptom kümesi mevcuttur. Strese yönelik ilk yanıt olan uyarılmışlık biçimi travma sonrası stres bozukluğunun en yaygın gözlenen semptom kümesidir ve bu semptom öfke patlamaları, aşırı irkilme ve tetikte kalma hali, ve saldırganlık ile gösterilmektedir. Aşırı uyarılmışlık semptomlarında bulunan saldırgan davranışlar birey ve çevresi için ciddi bir problem oluşturmakta ve zarar verici sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle tedavi arayışının ilk nedeni saldırgan davranışlardan yılan hasta yakınlarını içermektedir (APA, 2013).

Saldırgan davranışlar, dürtüsellik ve öfke patlamaları hipotalamus, frontal lob, limbik sistem, beyin sapı gibi yapılarla ilişkilendirilmektedir. Travmatik yaşantılara bağlı olarak limbik sistemde düzenleyici fonksiyonların yerine getirilmemesi, frontal korteks inhibisyon fonksiyonlarının sürdürülememesi ve çok sayıda bilgi işlem sürecinin sekteye uğraması sonucunda gelişen inhibisyon kontrol yetersizliği ile saldırgan davranışların oluştuğu düşünülmektedir. Ayrıca travma sonrası stres tepkileri ile ilişkili dopamin ve asetilkolin salınımındaki artış ve serotonin norepinefrin salınımındaki azalış ile saldırganlık arasında ilişkili bulunmaktadır. Özellikle çocukluk çağında yaşantılanan ruhsal travmalar karşısında benlik bütünlüğünün korunması için geliştirilen savunma düzeneği saldırganlık düzeyini arttırmaktadır. (Bolu ve ark., 2014). Karataş, Yavuzer ve Gündoğdu (2019) beliren yetişkinlerde psikolojik travmatik yaşantısı olanların olmayanlara kıyasla saldırganlık düzeylerinin daha yüksek olduğuna ve psikolojik travmadan etkilenen bireylerin saldırgan tutum içeren psikolojik ve/veya davranışsal belirtiler gösterdiğini belirtmektedir. Buna ek olarak psikolojik ve fiziksel travmatik yaşantıların saldırganlık puanlarını arttırdığını ve psikolojik travmanın hem kadın hem de erkeklerde şiddet davranışı ile anlamlı düzeyde ilişki barındırdığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Gillikin ve ark., 2016; Kul, Uçtu & Karahan, 2016). Ayrıca, travmatik yaşantıya her birey tarafından verilen farklı tepki ve başa

çıkma becerisi olduğunu göz önünde bulundurursak, bireyde stres ile baş etme becerilerinin zayıf kaldığı zamanlarda düşmanlık ve öfke belirtileri ortaya çıkarak saldırganlık düzeyini arttırabilmektedir (Hsieh ve ark., 2014; Karataş, Yavuzer & Gündoğdu, 2019)

### 2.4.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Saldırganlık Fenomeni

Saldırganlığı psikanalitik açıdan yapıcı cinsel enerji "*libido*" ve yıkıcı saldırganlık enerjisi "*thanatos*" (ölüm dürtüsü) diye iki temel güdü ile açıklayan Freud her insanda yıkıcı iç tepkilerin olduğuna vurgu yapmıştır. Bu yıkıcı tepkiler kişide içe ya da dışa yönelerek ölüm arzuları ile ilişkilendirilmiştir. Kişideki saldırganlık içe yöneldiğinde hayat enerjisini kısıtlayıcı, kendini cezalandırma, mazoşistik eğilimler ve en şiddetli boyutta kişinin kendine zarar verme ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilirken, saldırganlığın dışa yönelmesi kavgacı, düşmancı, adam öldürme ve yaralama gibi başkalarına zarar verici tutumlarla ilişkilendirilmektedir (Freedman, Sears, Carl & Smith, 1989). Saldırganlığın dışavurumu boşalım (katarsis) olarak tanımlanmakta, saldırgan tutum sonrasında azalma ve zamanla tekrardan inşa olma şeklinde belirmektedir (Brewer & Crano, 1994). Yasal kurallara aykırı hapis veya maddi yaptırımla cezalandırılan eylemleri kapsayan suç, adam öldürme, tecavüz gibi kişilere saldırganlığı içerdiğinde şiddet suçları olarak değerlendirilmektedir. Özellikle fiziksel ve duygusal istismarı içeren aile içi şiddetten çocukluk döneminde etkilenen bireylerin biriktirdikleri öfke, korku duygularının ileride saldırgan tutumlara temel oluşturduğu bilinmektedir. Erken dönemde yaşantılanan ve birikimli olan travmaların kişide yaşam boyu psikopatolojik etkilerini göstermekte olduğu üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda, adli psikopatolojik olarak ele alınan saldırganlık belirtileri hem borderline kişilik bozukluğu hem de depresyon bozukluklarında içe ve dışa yönelerek viktimolojik ve kriminolojik boyutta önemli yer tutmaktadır (Uçtu & Karahan, 2016; Vahip, 2002).

#### *2.4.5.1. Saldırganlık ve Borderline Kişilik Bozukluğu*

Borderline kişilik bozukluğu vakaları, depresyon bozuklukları ve diğer kişilik bozukluklarından özellikle dürtüsellik ve saldırganlık boyutlarında özgünlük göstermektedir. Bu semptomlarla ilişkili olarak BKB bireylerinde intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışlarına eğilim söz konusudur (Henry ve ark., 2001). Borderline kişilik bozukluğu başlangıç olarak genç erişkinlik döneminde rastlanan benlik algısı ve duygulanım tutarsızlığı ile bireyler arası ilişkilerde sorun yaratan kasıtlı kendine zarar verme ve saldırganlıkla sonuçlanan kişilik bozukluğu olmakla birlikte semptomları yüksek düzeyde saldırganlık ve öfke içermektedir. Bu vakaların davranışlarına yön veren saldırganlık yüksek intihar riski doğurabilmekte ve işlev kaybına neden olabilmektedir. Bu vakaların terapi sürecini olumsuz etkileyen öfke patlamaları ve saldırganlık davranışları çoğu zaman terapiyi gerçekleştiren terapistlere de yönelebilmektedir. Ayrıca, borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerde saldırganlık terk edilme korkusuyla artmakta ve buna bağlı kişilerarası ilişkilerde zarar verme amacı güden davranışlarla sonuçlanabilmektedir. Şiddet ve suç davranışı sergileme eğilimi olan borderline kişilik bozukluğu saldırgan davranışlarına bağlı olarak yalnızca kendisi ve bireyler arası ilişkilere değil toplumsal kapsamda da sorun teşkil etmektedir (Henry ve ark., 2001). Çocukluk çağında yaşantılanan travmalar ile ilişkili tekrarlayan mağdur olma deneyimleri sık gözlenen BKB tanısı alan bireyler suç teşebbüsünde bulunduğunda patlayıcı-dürtüsel bir saldırganlık yapısı göstermektedir (Barros & Serafim, 2008). Bu bireylerde varolan öfke amaca yönelik biçimde ortaya çıkmamakla birlikte daha sıklıkla stres ve zorlantılı zamanlarda kendilerini sakinleştirmeye yönelik başvurduğu madde kullanımı gibi dürtüsel davranışlarla dışavurulmaktadır. Bu dışavurum saldırganlık düzeyini ve suç işleme yatkınlığını arttırmaktadır (Chapman & Cellucci, 2007; Sinnamon, 2014).

#### *2.4.5.2. Saldırganlık ve Depresyon Bozukluğu*

Freud tarafından engellenmiş öfkenin depresyon patolojisinde etkili olduğu savunulsa da evrimsel perspektiften öfke ve saldırganlık hayatta adaptif bir mekanizma olarak yaşamın doğal bir parçasıdır (Freud, 1917; Luutonen, 2007). Engellenmiş öfkenin yanısıra, saldırganlık ve öfkenin içe dönük çeşidinin depresyonun oluşumunda etkili olduğu üzerinde durulmuştur (Becker & Lesiak, 1977). Fava ve arkadaşları (1990), *"En az bir ay içinde yaşanan, yoğun otonomik aktivasyona sebep olan, hasta için olağandışı sayılan ve duruma uygunsuz şekilde gerçekleşen durum"* olarak saldırganlık kapsamında *"öfke nöbetleri"* tanımını kullanmıştır. Bu nöbetler esnasında kişide kalp atışında artış, göğüste sıkışma, aşırı terleme, nefes alamama, korku ve kaygı hissetme gibi fizyolojik belirtiler ortaya çıkarken, başka kişilere fiziksel veya sözel saldırma arzusu, obje fırlatma ya da karşı tarafa zarar verme arzuları da gözlemlenmektektedir (Fava ve ark., 1990). Depresyon tanısı alan bireylerin üçte birinde depresyonu açıklayan ve belirleyici bir semptom olarak karşımıza çıkan *"öfke nöbetleri"* yer almaktadır (Painuly ve ark., 2011). Ayrıca, içe dönük öfke ve saldırganlığın, depresyonun yordayıcısı olarak belirtildiği birçok bilimsel çalışma bulunmaktadır (Clay, Anderson & Dixon, 1993; Çepelioğulları, 2018; Goldman & Hagga, 1995). Üniversite öğrencilerinde sözel ve fiziksel saldırganlık, öfke ve düşmanlık düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Anksiyete ve depresyona ait olan bu ilişki 2012 yılında 9. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilen bir araştırmada anksiyete depresyon seviyelerindeki artışla birlikte saldırganlık düzeyinin de arttığını göstermektedir. Öfke, düşmanlık, sözel ve fiziksel saldırganlık ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre artış gösteren depresyon düzeyi ile eş doğrultuda saldırganlık düzeyi de artış göstermektedir. (Algur, 2019). Ayrıca, cinsiyet faktörünü ele alan bir çalışmada ise, dışa dönük öfkenin kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde depresif belirtilerle ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Doren & Soto, 2020).

## 2.5. Bağlanma

### 2.5.1. Bağlanma Kavramı

Bağlanma, bireylerin birincil bakım veren veya önemli ötekilere karşı geliştirdiği duygusal bağ olarak tanımlanmakta ve iki birey arasında kurulan uzun süreli, anlamlı duygusal yakınlığı sürdürebilme davranışını içermektedir (Bowlby, 1969). Duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayamayan bebek bu ihtiyaçlarının giderilmesi adına bir başkasına bağımlıdır (Rees, 2012). Bu süreçte özellikle birincil bakım vereni içeren bağlanma figürü ile kurulan ilişkinin niteliği üzerinden bebek sevilmeye değer olup olmadığına bağlı olarak benlik kavramını geliştirmeye başlarken, kurduğu ilişkinin ulaşılabilirlik ve duyarlılık düzeyi üzerinden ise başkalarına yönelik algısını ve yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerden beklentisini şekillendirmektedir (Bowlby, 1988). Erken çocukluk döneminde bağlanma figürleriyle kurulan ilişki fiziksel ve psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olmakta, güvenli ve güvensiz bağlanma olarak ikiye ayrılmaktadır. Anne bebek arasında zevk veren ve doyum sağlayan etkileşim sonucunda gelişen maternal bağlanma yetişkinlik sürecinde de kişinin kurduğu ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (İşler, 2007). Özellikle korku ve stres altında varlığına ihtiyaç duyulan bağlanma figürü rahatlama duygusu ve hayatta kalma için bakıma muhtaç duyulma ile ilişkilendirilen bağlanma içgüdüsel bir sistemin temsilidir. (Mitchell & Black, 2014). Bebeklerin emeklemeye başlamaları ile birincil bakım verenden fiziksel olarak uzaklaşmaları özerkliğin ilk süreci olup bu dönemde de bakım veren tarafından denetlenme ve duygusal yakınlığı hissetme ihtiyacı sürmektedir. Anne ile yakın mesafede tutulan bebek yaş ilerledikçe mesafenin artışı söz konusu olmaktadır. Mesafenin artışı ile anne ve bebekte artabilen kaygı düzeyi bebek için güvenli sığınak olan annenin yakınına gelme arzusunu tetiklemektedir (Özakkaş & Çorak, 2013).

Bağlanma sistemi, bebeği bakım veren ile yakın ilişki içeride olmasına teşvik ederek hayatta kalma mücadelesini destek sağlamaktadır. Evrimsel çerçevede bebeğin bağlanma figüründen ayrılması kaygı düzeyini arttırmakta ve hayatta kalma ihtimalini azaltmaktadır (Siegel, 2015). Görünmez bir iple anneye bağlanan ve fazla uzaklaşmayan çocuk hayatta kalabilmekte, yatıştırma ve duygu düzenlemede etkisi olan çocuğun telkini sağlanmaktadır. Bağlanma sayesinde çocuk için stres harici zamanlarda, güvenli alanda çevrenin keşfedilmesine imkan tanınmakta, dünyadan yararlanabilme ve bedenini kullanabilme becerisi kazandırılmaktadır (Bendicsen, 2013). Böylece gelecekteki ilişkilere yönelik şablon güvenli veya güvensiz olarak oluşturulmaktadır. Bu nedenle anne ile kurulan disfonksiyonel veya yetersiz kalite içeren bağlanma çocuğun gelişim aşamalarını olumsuz etkilemektedir (Collins ve ark., 1993). Gebelik ile başlayan postpartum dönem ile devam eden süreç içerisinde anne (ebeveyn)-bebek bağlanma prosesine etki eden çok sayıda faktör mevcuttur (Karabulut, 2013; Koptur & Emü, 2017). Anne yaşı, gebeliğin planlı olması, doğum sayısı, düşük öyküsü, sosyal destek, anksiyete, erken yaşta gebelik, postpartum dönemde ise annedeki depresyon ve anksiyete, doğum sonrası aynı odanın paylaşılması, tensel temas, emzirme, doğum biçimi bu faktörlerden bazılarıdır (Sarıcan, 2019).

### 2.5.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramının temelini atan Bowlby (1969/1973), bu kuramı iki bireyin kurduğu kalıcı duygusal bağ olarak tanımlamakta ve davranışsal olarak gözlenebilen güvenli üs, yakınlık arayışı ve güvenli sığınak olarak üç kavram üzerinden açıklamaktadır. Bağlanma figürü bebeğin dünyayı özgürce keşfetmesine yardımcı olan güvenli bir üs olarak görülmekte, bebekte yakın kalma ihtiyacını uyandırmaktadır. Olası ve istemsiz ayrılıklar bebek tarafından acı verici deneyimlerle ilişkilendirilmekte, konfor ve desteğe ihtiyaç duyulan zorlantılı zamanlarda güvenli bir sığınak olarak bağlanma figürüne ihtiyaç duyulmaktadır. Yalnızca beslenme ile sınırlı olmayan bebeğin ihtiyaçlarından en önemlisi fiziksel yakınlık ve güvenlik

arayışını içermektedir. Bebek karşı karşıya kaldığı korku durumunun şiddetine bağlı olarak, bakım veren kişinin sesini duymasından uzun süre sarılmasına kadar farklı ihtiyaçların karşılanması sonucunda yatıştırılabilmektedir. Bağlanma figürü ile kurulan ilişkide bağın duygusal, sürekli ve karşılıklılık içermesi bebeğin gelişim sürecine olumlu etki etmektedir. Bakım vereni tarafından tutarlı şekilde korunduğunu hisseden bebek yakın ilişkilerinde güvenli zihinsel temsilini pekiştirerek yetişkinlikte de güvenli ilişkiler kurmaya yatkın olacaktır (Hamilton, 2000).

Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall (1978), *"yabancı ortam"* deneyinde 10-18 aylık bebeklerin farklılıklarını bağlanma sürecindeki güvenlilikleri üzerinden incelemiştir. Çocukların yanıtlarının güvenli, güvensiz kaçıngan ve güvensiz kaygılı-kararsız olarak üç farklı bağlanma modeline işaret ettiğini belirlemişlerdir. Deney, ilk olarak laboratuvar odasında birlikte olan bebek ve anneyi içermekte, daha sonra aralıklı olarak annenin bebeği odada bir yabancı ile bırakılması ve annenin tekrar odaya geri dönmesi şeklinde düzenlenmiştir. Güvenli bağlanma modeline sahip bebekler birincil bakım verenin ayrılmasına sıkıntılı tepki vererek, geri döndüklerinde de kolayca uyum sağlayan, bağlanma figürlerini çevreyi rahatlıkla keşfedebilmeleri için güvenli bir üs olarak algılamaktadırlar. Bu bağlamda, bakım verenin tutarlı ve gecikmemiş karşılıklı tepkisi bebek tarafından güvenli olarak deneyimlenmektedir. Kaçıngan bağlanma modeline sahip bebekler, bakım verenin ayrılmasına karşı düşük düzeyde sıkıntı tepkisi göstermekte, yeniden bir araya geldiklerinde kaçınma davranışı sergileyerek yok sayma eğilimi göstermişlerdir (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Kaygılı ve kaçıngan bağlanma modeli olan bebekler ise bakım verenleri odayı terk ettiğinde minimal düzeyde çevreyi keşfetme davranışı göstermiş, ayrılığa yüksek düzeyde sıkıntı tepkisi vererek birleşme esnasında da zor ve uzun süreçte yatıştırılma eğilimi

göstermektedirler. Ayrıca bu çocuklar bağlanma figürüne yönelik öfke ile yapışma tutumunu içeren tutarsız ve ikircikli tepkiler ortaya koymuşlardır. Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından tanımlanan üç çeşit bağlanma örüntüsüne dezorganize bağlanma olarak dördüncü kategori eklenmiştir (Main & Solomon, 1990). Dezorganize bağlanma örüntüsüne sahip olan bebekler anne odadan ayrıldıktan sonra yerde hareketsiz yüzüstü yatmakta ve yakınlık arama davranışı sergilemeden durmuşlardır. Bu çocuklar güven duygusu arayışı için annelerine yakınlaştıklarında annelerinde çözümlenmemiş travmatik yaşantı ve kayıplarla ilişkili olarak korku ve dissosiyatif tepkiler ile karşılaşmaktadır. Bu bağlanma örüntüleri çocukluk çağı travmatik yaşantılarının gelişimsel psikopatolojiye etkisini yorumlamamız açısından destekleyicidir (Cicchetti & Carlson, 1989). Hazan ve Shaver (1987), yetişkinlikte romantik partner ilişkilerinin bebek ve bakım verenin bağlanma örüntüsü ile belirlendiğine vurgu yapmakta Ainsworth ve arkadaşlarının belirlediği güvenli, kaçıngan ve kaygılı bağlanma örüntülerini temel almaktadır. Daha sonra kaygı ve kaçınmayı içeren bağlanma örüntülerinden ziyade benlik ve başkalarına ait zihinsel temsilleri içeren dörtlü bağlanma modeli ortaya çıkmıştır (Bartholomew, 1990). Bu modele göre, bireyin bağlanma deneyimlerinin olumlu ya da olumsuz zihinsel temsilleri kendi ve başkaları ile ilişkisinin niteliğini belirleyebilmektedir.

### 2.5.3. Yetişkin Bağlanma Stilleri

Yetişkinlikte kurulan yakın veya romantik ilişkilerin bağlanma örüntüleri bağlanma kuramı temelinde değerlendirilmekte, bakım veren ile yaşantılanan erken deneyimlerin kişinin kendini nasıl gördüğüne ve ilişki kurduklarından beklentilerine şekil veren içsel modellerdir (Bartholomew, 1990; Bowlby, 1973; Hazan & Shaver, 1987). Bu bağlamda içsel modeller erken dönem bağlanma figürü ile kurulan ilişkiler tarafından belirlenmekte bireyin yetişkinlik sürecinde kurduğu romantik partner ilişkilerine de yön vermektedir. Sağlıklı ilişkiler güvenli, tutarlı ve doyurucu bakım ile ilişkilendirilirken sağlıksız ilişkiler ikircikli, kaçınmacı duyarsız bakım ile ilişkilendirilmektedir (Hazan & Shaver, 1987). Özellikle kaygı boyutu yakınlık ve

bağlılık kurmaktan rahatsızlık duyulması, kaçınma boyutu ise terk edilme ile ilişkili bulunmuştur (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Ayrıca, ebeveyne yönelik şiddet ve çözümlenmemiş öfkesi olan yetişkin bireylerin geçmişte kaygılı ya da kaçıngan bağlanma örüntüleri olma eğilimleri vardır (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Erken yaştaki bağlanma örüntüsünün önemli olmasına rağmen bağlanmanın her yaşta oluşabileceği ve dönüştürülebileceğini belirtmek gerekmektedir (Rees, 2012). Yetişkinlikte dezorganize bağlanma örüntüsü, bağlanma figürlerinden duyulan korku ile ilişkilendirilmiş, destek ve yatıştırılma ile aynı zamanda kaçınmayı teşvik edebilecek düzeyde kafa karışıklığını içermektedir (Paetzold ve ark., 2015).

Kaçınmacı olan bireylerin geçmişte reddedilme yaşantılarına bağlı reddedilme korkuları ve kendini koruma davranışı olarak uzaklaşma ihtiyacına sebep olabilmektedir. Terk edilmekten korkan ve kaygılı olan bireyler ise terk edilmeyi kontrol altına alma adına bağlanma figürlerine yapışma davranışında bulunabilmektedir. Dezorganize bağlanma örüntüsü olan yetişkinler tutarsız ve korku uyandıran bağlanma figürlerine hem yakınlaşma hem de uzaklaşma davranışları içeren tutuk ve düzensiz bir yapıda olabilmektedirler. Dolayısıyla dezorganize bağlanma örüntüsü kaygılı ve/veya kaçıngan bağlanma örüntülerini kapsamasına rağmen ikisinin birleşimi olarak değerlendirilmemeli, zihinsel temsillerinin bütünlük içinde olmamasına bağlı olarak yakın ilişkilerde saldırganlık ve ikircikli bir yapıyı temsil etmektedir (Paetzold ve ark., 2015). Benlik ve başkaları modelini temel alarak dört boyutlu yetişkin bağlanma modeline göre, bireyler kendi ve başkalarını algılama biçimlerine göre güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma stilleri geliştirmektedir (Bartholomew & Horowits, 1991). Değerlilik duygusu, diğerleri tarafından kabul edilme beklentisi güvenli bağlanma stili ile ilişkilendirilmekte iken, başkaları tarafından değer görmeme, güvensizlik ve reddedilme eğilimi korkulu bağlanma ile ilişkilendirilmiş kaçınma davranışını kendini koruma amacı olarak teşvik etmektedir. Kayıtsız bağlanmada ise kişi kendini değerli olarak

algılamasına rağmen başkalarını olumsuz algılayarak hayal kırıklığı yaşantılamamak adına yakın ilişki kurmayı tercih etmeyebilirler. Saplantılı bağlanma stiline sahip yetişkinlerin kendilerine yönelik olumsuz algısı, başkalarına yönelik olumlu algıları olmakta, yüksek düzeyde kaygı yaşantılamaktadır. Genellikle güvenli bağlanma örüntüsü olan kişiler mutluluk, arkadaşlık, güven ve yakınlık kurma açısından güvensiz bağlanma örüntüsü yaşayanlara kıyasla daha tatmin oldukları belirtilmiştir (Hazan & Shaver, 1987).

### 2.5.4. Bağlanma ve Ruhsal Travma

Gelişimsel travma, güvensiz bağlanma ve bağlanma travması çocukların primer bakım veren tarafından istismar ve ihmali sonucunda oluşmaktadır (Kesebir ve ark., 2011). Gelişimsel travmada ihmal ve istismar biçimindeki uzun süreli ve kümülatif travmatik stres duygu düzenleme becerilerine de olumsuz etki etmektedir. Ayrıca bağlanma travmasında maruz kalınan yoğun duygusal sıkıntı çocuğun duygu düzenleme kapasitesinde gelişimi engellemektedir. Erken çocukluk döneminde primer bakım verenle çocuk arasındaki ilişki duygu düzenleme stratejilerini etkilediğinden stres yaratan durumların yönetilmesi, engellerin üstesinden gelinmesi, tehdit içeren olayların gidişatı ve sonuçlarının kontrol edilmesi öğrenilememektedir (Sümer Oruçlular, & Çapar, 2015; Mikulincer, Shaver & Peger, 2003). Güvenli bağlanma gerçekleştiren çocuklar duygu sinyallerinde yanıt beklentisi taşımakta ve duyguyu ebeveyne doğrudan aktarabilmektedir. Ayrıca, strese neden olan durumlar karşısında negatif duygulanım yaşamaktan hızlıca kurtulabilmek ancak duygu düzenlemesi sayesinde gerçekleştirilebilmektedir. Ancak güvensiz bağlanma örüntülü çocuklardan duygu sinyalinin seçilerek yanıt alınacağı beklentisi mevcut olup duygular belirli sınırlarda aktarılmaktadır. Duygu düzenleme stratejileri primer bakım verene yönelik korku ve öfke gelişimini aşırılaştırma veya bastırma davranışına bağlı gelişmektedir. Stres yaratan durumun ortadan kalkmasına rağmen negatif duygulanım sürme eğilimindedir. (Sofuoğlu & Karabulut, 2019). Günümüzde travmanın nesiller arası aktarımının tanımlanmasında ve anlaşılmasında

bağlanma kuramı kullanılmaktadır. Bağlanma kuramından travmaya odaklanan araştırmacıların geneli travmatik olay etkilerini ebeveyn çocuk arası sözel olmayan ilişki ile açıklanmaktadır (Brothers, 2014). Ayrıca travmatik olaylara maruz kalan veya bağlanma travması bulunan anne bağlanma vasıtası ile yaşadığı travma etkilerini çocuğuna aktarmaktadır ve bu durum çocukta bağlanma travmasına yol açabilmektedir. Nesilden nesile aktarılan travmatik deneyimler çok sayıda nesil üzerinde etkili olmaktadır (Sofuoğlu & Karabulut, 2019).

### 2.5.5. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Bağlanma

Adli psikopatoloji kapsamında hem viktimolojik hem de kriminolojik bağlamda bağlanma stilleri çocukluk çağı travmaları, şiddet içeren davranışlar ve psikopatolojilerin oluşumda etkisi olması açısından önemli yer tutmaktadır. Literatürde yetişkin bağlanma biçimleri ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, depresyon (Bifulco ve ark., 2002), anksiyete (Muller, Lemieux & Sicoli, 2001), yeme bozuklukları (Fonagy ve ark., 1996), borderline kişilik bozukluğu (Fonagy ve ark., 1996) ve şizofreni (Dozier, 1990) gibi psikiyatrik bozuklukların yüksek güvensiz bağlanma düzeyleriyle ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Özellikle güvensiz bağlanmaya işaret eden anne babaya dair algılanan yetersiz ilgi ve aşırı kontrol davranışları; depresyon (Ue-hara ve ark. 1998), kaygı bozuklukları (Chambers ve ark. 2004), şizofreni (Willinger ve ark. 2002), ergen intiharları (Violato & Arato 2004), yeme bozuklukları (Meyer & Gillings 2004), madde kötüye kullanımı (Gerra ve ark. 2004) ve obsesif-kompulsif bozukluk (Myhr ve ark. 2004) ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak, bağlanma biçimlerinin kişinin psikoterapi ve tedavi sürecine verdiği yanıtı etkilediği ve güvenli bağlanma stilinin daha olumlu sonuçlara sebep olduğu ortaya çıkmıştır (Levy, Ellison, Scott & Bernecker, 2011).

Güvensiz bağlanma örüntülerine bağlı olarak duygusal ve fiziksel ihtiyaçları karşılanmayan çocuklar yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerinde terkedilme korkusunun yüksek düzeyde olduğu ve ilişkilerden kaçınmak ve kendini korumak adına saldırganlık, öfke ve şiddet davranışları gösterebildikleri belirtilmiştir (Bowlby, 1980). Pettit ve Dodge (2002) tarafından yapılan bir araştırmada güvensiz bağlanma ile ilişkilendirilen otoriter tutuma sahip olan ailelerin çocuklarında düşmanca davranışların arttığı, problem çözme yetilerinin de zayıf olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak aşırı korumacı ve otoriter tutumlara bağlı olarak bu ailelerde çocukların davranış problemlerinin artış gösterdiği belirtilmiştir (Aunola & Nurmi, 2005). Bağlanma stillerinin incelendiği bir başka araştırmada ise güvenli bağlanma daha iyi toplumsal uyum ve daha az saldırganlıkla ilişkilendirilirken, güvensiz bağlanma daha fazla negatif tutum ile ilişkilendirilmiştir (Simons, Paternite & Shore, 2001). Bağlanma kuramı, yetişkinlik döneminde istismar ve şiddet içeren davranışları açıklamada kullanılmakta, tüm istismar tipleriyle özellikle saplantılı bağlanma arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Deniz, 2006; Orcutt, Garcia, & Pickett,2005). Kadınlarda şiddet görme ve şiddet içeren davranış sergilemenin yüksek oranda saplantılı bağlanma stiline sahip olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise saplantılı bağlanma stili olan kadınlar ve kayıtsız bağlanma stili olan erkeklerin şiddet mağduru olma riskinin artış gösterdiğine vurgu yapılmıştır (Bond & Bond, 2004). Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarının güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Luecken, 2000). Özellikle güvenli bağlanmanın olduğu ailelerde olumlu ebeveyn desteği, güvensiz bağlanmanın olduğu ailelerde ise işlevsiz ebeveynlik ön plandadır. Adli sistemde yer alan depresyon ve alkol kötüye kullanımı gibi psikopatolojiler, boşanma, ebeveynler arasındaki şiddet, aile içerisindeki travmatik yaşantıların kaçıngan ve kaygılı bağlanma stilleri ile yüksek düzeyde ilişkisi bulunmaktadır (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997).

## 2.6. Borderline Kişilik Bozukluğu

### 2.6.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Kavramı

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), psikopatoloji alanında tanımlandığı ilk dönemlerde psikoz ve nevroz durumlarının arasındaki sınır olarak kabul edildiğinden; belirsiz veya sınırda kişilik bozukluğu olarak da adlandırılmaktadır. *"Borderline"* sınırda anlamına gelen, bireyin psikotik olabilecek düzeyde gerçeği değerlendirebilme yeteneğinin bozuk olmadığı ancak nevrotik olarak da tam olarak adlandırılamayan bir grup olarak nitelendirildiği için bu kavram tercih edilmiştir (Türkçapar & Işık, 2000). En geniş kapsamda bireyler arası ilişkilerin süreğen bozulması ile beliren çeşitli dürtüsel örüntülerin duygulanımda dengesizliğe eşlik ettiği sendrom şeklinde tanımlanmaktadır (Bozdağ & Alkar, 2018). Bu tanı grubunda, dürtüsellik örüntüsü ve benlik izleniminde karmaşıklığın yanısıra kişilik fonksiyonlarına ait genel özellik olarak duygusal tutarsızlık ve nevrotiklik gözlemlenmektedir. BKB tanısı alan bireyler belirgin düzeyde depresif, kaygılı ve öfkeli olmakla birlikte, ilişkilerinde uyumsuz ve aşırı düzeyde duygusal tutarsızlık ile ilişkilendirilmektedir (Kay & Tasman, 2006). İlişki kurdukları bireylere duyulan görünürde hayranlık veya bağlılık duyguları hızlıca intikam veya nefret duygularına dönüşebilmektedir. Bu durum yarattıkları ilişkilerin kaotik yapılanmasına ve sabote edilmesine neden olabilmekte ve algıladıkları yoğun terkedilme korkusuna bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Millon ve ark., 2004). Tüm bunların yanı sıra intihar düşünceleri, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, saldırganlık ve depresif semptomlar borderline örüntüsünde yer alan yıkıcı dinamiğin doğal bir yanıtı olarak ortaya çıkmaktadır (Svrakic & Cloninger, 2007). Borderline kişilik organizasyonu olan kişilerin kendilik tasarımında bütünlük ve kararlılık bulunmamaktadır. Bu kişiler zaman zaman çok güvenli ve değerli hissetmekte; bazen ise kendisini değersiz ve güvensiz hissetmektedir. Ayrıca borderline kişilik yapısındaki bireyler çevresindeki kişileri çok sığ bir düzeyde algılar ve kronik boşluk duygusu, yalnızlık ve terk

edilmeye karşı tahammülsüzlük yaşantılamaktadır. Bu kişilik yapısında tutarsızlık; duygusal, düşünsel ve davranışsal boyutta yoğun düzeyde ortaya çıkmakta, keskin yargılamaların varlığı ve dramatizenin eşlik ettiği duygusallık sonucu saldırgan davranışlar gözlemlenmektedir (Şahin, 2009)

Borderline kişilik örgütlenmesi sosyal davranışın yapısal analizi modelinde terk edilme, bağımlılık ve mutsuzluğun ağır bastığı yetersiz bakım gösteren bir aile yapısının yanı sıra bağımsızlığı indirgeyen, başarıyı takdir ve duyguları ifade etmeyen kaotik aile yapısı bir arada görülmesi ile ilişkilendirilmiştir (Benjamin, 1996). Borderline kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler bu kişilik yapısı ile ilişkili semptomlardan dolayı gündelik yaşamlarında yoğun düzeyde işlevsel sorunlar yaşayabilmektedir. Henüz tanı almamış, hastalığı değerlendirilmemiş, doğru psikoterapi desteği almamış olanların saldırganlık, intihar girişimi ve kendine zarar verme gibi birçok tehlikeli durum mevcuttur (Millon ve ark., 2004). Bu tanı grubundaki kişiler tedaviye olumlu yanıt verebilmekte fakat intihar girişimlerinin 10 hastadan 1'inde başarılı sonuçlandığı da bilinmektedir (Paris, 2005). BKB tanısı alan bireyler strese ya da yalnız kalma kaygısına yanıt olarak kendine zarar verme davranışları, tıkabasa yemek yeme, alkol-madde kötüye kullanımı, kişilerarası ilişkilerde anlaşmazlıklar yaşama, eğitime devam etmeme/ara verme, evliliği/ilişkiyi sürdürememe/boşanma, ilişkileri yıkıcı ve yıpratıcı hale getirme, oldukça sık iş değiştirme, sahip olduğu işi kaybetmeye yönelik hareketlerde bulunabilirler. Ayrıca suç unsuru oluşturan eylemler sergileme; hüküm giyme, intihar eğiliminde olma, intiharı düşünme veya girişimde bulunma, dürtüsellik kaynaklı cinsel yolla bulaşıcı hastalık kapma, istenmeyen gebelik, kavgaya karışma ve dikkatsiz araç kullanımı sonucu trafik kazası gibi tehlikeli durumlar yaşamaktadır (Aguirre, 2014). BKB, özünde fiziksel bir soruna neden olmadığından hastanın kendisi, ailesi ve yakınları tarafından göz ardı edilirken bireylerin ekonomik, sosyal ve tıbbi alanlarında istenmeyen etkilere neden olmaktadır. Komplikasyonlardan korunabilmek ve hayatlarını ruhsal açıdan sağlıklı bir

şekilde sürdürebilmek için öncelikle hastaların tanılarının doğru şekilde değerlendirilmesi ve buna yönelik tedavi planı oluşturulması şarttır. BKB vakaları psikopatolojilerinin şiddetine ve semptomların niteliğine bağlı olarak yeme bozukluğu, TSSB, anksiyete, depresyon, dissosiyatif bozukluklar, bipolar bozukluk, hiperaktivite, bağımlılık gibi birçok ruhsal bozuklukla eş tanı almaktadır (Aguirre, 2014).

Borderline kişilik bozukluğu semptomlarının travmatik yaşantılar ve dissosiyasyon, saldırganlık ve güvensiz bağlanma gibi adli psikopatolojik değişkenler ile ilişkilendirilmesi bu çalışmanın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. BKB semptomları; duygusal, davranışsal, bilişsel değişkenlik, kişilerarası ve kendilikte değişkenlik boyutlarında gözlemlenebilmektedir. Duygusal değişkenlik, yoğun, stabil olmayan ve olumsuz duygularla ilişkili olup ilişkilerde daima kriz dalgalanması niteliği taşımaktadır. Bu dalgalanma içerisinde genelde disfori, sinirlilik, kaygı, hayal kırıklığı ve öfke arasında geçiş gözlemlenmektedir. Duygulanımsal instabilite kilit unsuru öfke olmakla birlikte nu durum temel bakım sağlayan ebeveyn gibi bireyin yakın ilişki kurduğu kişiler tarafından değersizleştirme veya değersizleştirilmenin yansıması olarak görülebilmektedir. Yoğun öfkeye başvurmanın temel nedenleri kendilik algısını sürdürebilme, ihtiyaç duyulan nesne ile ilişki disfonksiyonel paternini koruyabilme ve kontrol etme arzusu olarak sayılabilmektedir. Bu kişilerde depresif duygulanım depresif bozukluk tanısı alanlara kıyasla daha düşük düzeyde gözlemlenmekte ve ayırt edilebilir şekilde gözlemlenmektedir. Borderline kişilik yapısında depresif duygulanım daha sıklıkla içsel boşluk hissiyatı ile ilişkilidir (Faraji, 2020). BKB tanısı alan bireylerde çökkün ruh hali hiçbir başarı kazanılamayacağı gibi negatif duygularla ilişkili düşüncelere sebep olurken, iyi ruh hali ise her arzulananı elde edebileceği şeklinde yüksek düzeyde idealizasyon içeren düşünceler ortaya çıkarmaktadır (Aguirre, 2014).

Davranışsal değişkenlik boyutunda, BKB'li bireyler dürtüsellik ile ilişkili olarak duygularını ve vücutlarını kontrol altında tutmakta zorlanmaktadır. Bu bireyler, yetiştirilme koşulları ve kişilik örgütlenmelerinin doğası gereği agresiflik ve dürtüselliği bir arada içeren bir davranış örüntüsü ile karakterizedir (White ve ark., 2003). İntihar girişimi, kendine zarar verme davranışları, madde bağımlılığı/kötüye kullanımı ve rastgele/riskli cinsellik yaşama gibi dürtüsellik içeren davranışlar ilişki kurulan kişinin/nesnenin kaybına yönelik ortaya çıkarken panik hissinden kaçınmak ve yeni kişi/nesne ile ilişki kurmak gibi ikilemli amaçlara hizmet edebilmektedir (Fein ve ark., 2018). Kronik boşluk duyguları neticesinde kendine zarar verme davranışlarının esasında intihar girişimi olmadığı, rahatlama sağlayan duygusal düzenleme stratejisi olduğu birçok çalışma tarafından belirtilmektedir. Bu zararlar iz ile hatırlama, ruhsal acıya fiziki form verme ve acıyı aktif hissetme kaynaklı olup bedeni kesme, delme, yakma, başı duvara vurma veya başa vurma şeklinde olabilmektedir (Evren ve ark., 2012; Monti & D'Agostino, 2016; Monte & Engelbert, 2018). Kasıtlı kendine zarar verme (KKZV) davranışı intihar düşüncesi varlığı önemli olmaksızın bireyin kendi bedenini doğrudan ve kasıtlı olarak tahrip etme eylemi olarak ortaya çıkmaktadır (Brunner ve ark., 2014). KKZV, sıklıkla ergenlikten genç erişkinliğe yaklaştıkça azalma gösteren risk alma davranışı olarak gözlemlenmektedir (Moran ve ark., 2012; Moran ve ark., 2015). Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin davranışsal değişkenlik boyutunda sayılabilecek aşırı medya kullanımı, dürtüsel cinsellik, ilişkilerde karışıklık ve kaos yaratma, madde kullanımı gibi risk alma davranışları, kişinin fiziksel sağlığını ve psikososyal fonksiyonunu önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir (Leather, 2009).

Bilişsel değişkenlik boyutunda incelendiğinde borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin stresli veya yapılandırılmamış durumlar içerisinde ilişki kurmakta ve gerçekliğe bağlı kalmakta zorlanması sonucu bilişsel bozukluklarının belirgin hale geldiği gözlemlenmektedir. Yarı psikotik deneyimlerin (paranoya, halüsinasyon, düşünce kontrolü

veya düşünce eklemesi vb.) ortaya çıkmasını tetikleyen stresli durumlar özellikle yakın ilişki içinde olunan kişi/nesnenin kaybının geri döndürülemez veya kaçınılamaz olduğu durumlarda mümkündür. Ayrıca bu kişilerde geçmiş dönemlerde yaşanan ve tekrarlayan psikotik deneyimler sonraki süreçlerde hastaneye yatışını tetiklemektedir (Faraji, 2020). Ayrıca en yaygın bilişsel inançları iğrenç, kötü, çirkin oldukları ve sevilmediklerine olan irrasyonel ve çarpıtılmış düşüncelerini içermektedir (Aguirre, 2014). Borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların kişilerarası ilişkilerdeki değişkenlik boyutunda ilişkilerde tutarsız örüntüleri belirgindir. Bir kişiye yönelik aynı anda hem düşmanlık hem de bağlılık gösterebilme, yalnızlığa düşük tolerans gösterme, içsel boşluk ve can sıkıntısı hisleri ve zorlantılı şekilde sosyalleşme çabaları da kişilerarası ilişkilerde tutarsızlığın özelliklerinden sayılabilmektedir (Kahraman, 2018). Bu durum dramatik davranış sergilemelerine, şiddetli duygulanım dalgalanmalarına, uç noktalarda bulunan yargılara neden olmaktadır. Kişilerarası ilişkilerdeki tutarsızlıkla başa çıkmak adına yemek atakları, kumar oynama, aşırı para harcama, uygun olmayan cinsellik gibi olumsuz davranışlar bireyin zarar görme olasılığını yükseltmektedir (Liebke ve ark., 2017).

Değersizleştirme ve idealizasyon savunma mekanizmalarında tutarsızlık ve düşük düzeyde sosyallik uzun süreli ilişkileri devam ettirme sürecindeki eksiklikle ilişkilendirilmiştir (Liebke ve ark., 2017). Kalıcı ve huzurlu olmayan, yapışkan ilişkiler; empati kurmaktan ve yakınlık içeren davranıştan yoksun olmalarına neden olmaktadır. Bu durum BKB'li bireyleri eleştiri, reddedilme ve hayal kırıklığına duyarlı hale getirebilmektedir (Atak, 2012). Geçmiş yakın ilişkilerinde ya da çocukluk çağında deneyimlenen ya da algılanan terkedilme travmasına maruz kalması sonucu maladaptif korunma yöntemi olarak genellikle savunmaya geçen BKB'li bireylerde en düşük düzeyde bir reddedilme algısı bile şiddetli gerilimlere yol açabilmektedir. Günlük ilişkilerde telefona geç yanıt verme veya yanıt vermeme, randevuya geç kalma, yetişememe gibi çok olağan durumlarla karşılaştıklarında

bile BKB'li bireyler umutsuzluk ve reddedilme düşüncesi sonucunda yıkıcı davranışlar gösterebilmektedir (Aguirre, 2014). Kendilikte değişkenlik boyutunda ise kendilik duygusu istikrarsız olan BKB'li bireylerin şimdiki an ve geçmiş arasındaki sınır ya hiç bulunmamakta ya da muğlak durumdadır. İlişkisel tutarsızlık ve duygusal dengesizlikleri körükleyen bu durumda kendilik şimdiki an ile tümüyle iç içe geçmiştir ya da yaşanılan an ile sınırlı olmaktadır (Englebert, 2017). Gözleyen ve deneyimlenen kendilikte parçalanmış olan benlik; sorumluluk, suçluluk ve bağlılık gibi uzun süreli ilişkide yaşantılanan duyguların reddine yol açmaktadır (Faraji & Tezcan, 2021). Tipik sınır muğlaklığı *"aşırı kötü-aşırı iyi"* şeklinde iki uçta kendini göstermektedir (Faraji, 2020). Ebeveynlerin çocuklarının *"kapalı kutu"* olduğunu iddia etmesi veya onları tanıdıklarını savunurken intihar girişimi gibi zorlayıcı ve şaşırtıcı durumlarla yüz yüze kalması kendilikte yaşanan değişkenlik ile ilişkilendirilen semptomlar arasında yer almaktadır (Aguirre, 2014).

### 2.6.2. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi

*"Sınırda"* kavramının psikanalitik literatürde yer edinmesinin uzun zaman sonrasında başka ekollerdeki ruh sağlığı uzmanları ve psikiyatristler tarafından da kullanıldığı bilinmektedir. Uzmanlarca terapiye uygun görülen bu kişilik bozukluğu grubuna ait bireylerin riskli davranışlar sergilemiş olduğu ve yüksek düzeyde olumsuz psikolojik belirtiler sergilediklerine kanaat getirilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin sergilediği zorlayıcı psikiyatrik belirtiler hakkında yazılan psikanalitik çalışmalar iki farklı gruba ayrılmıştır. İlk grup şizofreninin hafif bir formu olduğunu iddia etmiş, diğer grup ise şizofreniden bağımsız ve *"nörotik veya psikotik olmayan"* farklı bir grup; psikopatolojik bir sınır olarak görmüştür. Günümüzde ilk grubun *"değişken şizofrenik"* ile Zilboorg; *"örtük psikotik"* ile Bychowsky'nin düşüncelerini içerdiği, ikinci grubun ise *"mış gibi kişilik"* ile Deutsch'ın; "sınırda" ile Stern ve Knight'in; *"psikotik karakter"* ile Frosch'un düşüncelerini içerdiği bir literatür bilinmektedir. Tüm bu görüşleri birleştiren Kernberg, bu tanı grubunu

anlamlandırma ve açıklamak adına *"sınır kişilik organizasyonu veya borderline kişilik örgütlenmesi"* terimini ortaya atmıştır. Tipik zayıf ego işlevleri ve ilkel savunma mekanizmaları ile karakterize olan bu hasta grubu günümüzde tanımlanan birçok kişilik bozukluğunun temel özelliklerini oluşturur (Derin & Öztürk, 2018; Özçürümez, Tanrıverdi & Zileli, 2002). Klein'in psikanalitik nesne ilişkileri kuramını temel alan Kernberg, borderline kişilik bozukluğunun günümüzdeki tanımının temelini oluşturmuştur. Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-IV) eksen iki bozukluklarında tanımlanan BKB kavramına ilk değinen araştırmacı Stern (1938) olmuştur. Özellikle psikanalitik tedavide psikotik davranış sergileyen fakat nevrotik olan bireyler için *"sınırda"* kavramı kullanılmıştır (Çelik, 2014).

1941 yılında *"hastaneye yatırılması gerekmeyen şizofreni"* ile Zilboorg ve *"şizofreni öncesi kişilik yapısı"* ile Hoch; 1942 yılında Deutsch; 1945'te Rapaport; 1949'da ise *"sahte nevrotik şizofreni"* ile Polatin BKB tanımını yapmışlardır. Kernberg'in kapsamlı araştırmasının ardından 1968 yılında *"borderline sendromu"* adı ile Grinker ve arkadaşları tarafından kaleme alınan kitapta BKB, psikotik düzeyde sınır sendromu, asıl sınır sendromun, görünürde uyum sağlayanlanların sendromu ve nevrotik sınır sendromu olmak üzere dört kategoriye ayrılmaktadır. Psikotik düzeyde sınır sendromu, hastane ortamında tedavi edilen ve yüksek düzey risk içeren davranış örüntüleri ile karşımıza çıkmaktadır. Bu kategorideki hastaların hastane personeli ve hastalara olumsuz ve uygunsuz duygu, tutum ve davranış sergiledikleri belirtilmektedir. Asıl sınır sendromunda; kaotik duygu ve davranış yapılanmasının yanında bu kaotik yapının eyleme dönüşümü de mevcuttur. Görünürde uyum sağlayanların sendromunda, *"-mış gibi davranma"*nın yanısıra gerçeklikte duygudan yoksun adaptasyon sergilenmektedir. Nevrotik sınır sendromunda ise, nispeten çocuksu karakter görünümü ve depresif semptomlar mevcuttur (Grinker ve ark., 1968). 1975 yılında söz konusu bireylerle geleneksel psikanalizi sürdürmek aktarım nevrozunu aktarım psikozuna

dönüştürmekte ve onların gerçekliği değerlendirebilme yetilerine zarar vermektedir. Ayrıca bu kişilerin alkol, madde veya yoğun stres etkisi ile psikotik ataklar yaşantılamaları mümkündür. Nevrotik semptomlarla kliniklere başvuran bireylerde de BKB semptomları gözlenebilmekte; psikotik bireylerden farklı olarak gerçeği değerlendirme yetileri ve benlik sınırlarının tam anlamı ile bozulmamış olduğu bilinmektedir (Kernberg, 1975). Bu bireylerde nesnesiz ve süreğen endişelere eşlik eden çok semptomlu nevroz; sosyal ket vurmaya ve paranoid düşüncelere neden olacak seviyede fobiler, konversiyon, dissosiyasyon, hipokondri, idealize ve rasyonelize edilen obsesif-kompulsif eğilimlerden en az ikisi gözlemlenmektedir. Ayrıca, bu kişiler psikotik altyapıya sahip olmasına rağmen şizoid, paranoid ve siklotimik semptomları dönemsel olarak yaşantılamaktadırlar. Eyleme dökülen dürtüsellik örüntüsü sonucu intihar teşebbüsü, kleptomani, madde kullanımı, aşırı yeme, kontrolsüz cinsel davranış ve kasıtlı kendine zarar verme davranışına rastlamak da olasıdır (Kernberg, 1975).

İlkel karakter örgütlenmesi mevcut olup pregenital döneme odaklı, nesne ve zayıf savunma mekanizması bulunan çocuksu kişilikler betimsel boyutta psikopatolojinin önemli bir belirtecidir. BKB seyrine uygun görülen belirtiler; benlik işlevlerine ilişkin zayıflık, ilkel düşünce süreçlerinin hakimiyeti, patolojik nesne ilişkileri, bölme mekanizması ve saldırganlıktır (Kernberg, 1975). *"Benlik işlevlerine ilişkin zayıflık"* kaygıya tahammülsüz ve dürtü denetimi güçlüğü çeken, yüceltme mekanizmalarından yoksun bireyleri işaret etmektedir. Ayrıca bu kişilerde temel savunma düzeneği bölme mekanizması olmasına rağmen bastırma gibi ileri düzey savunma mekanizmaları da yer almaktadır. BKB'li bireyler benlik işlevlerinde zayıflık gösterdiğinden bu kişilerde *"ilkel savunma düzenekleri"* yapısal bir unsur olarak gözlenmektedir. En sık görülen düzenekler tüm güçlülük, inkar, yansıtmalı özdeşim ve ilkel idealizasyondur. Pregenital dönemde her iki cins için yüksek düzeyde gelişen oral saldırganlık; erken eyleme geçen ödipal örüntü ve birlikte hareket ederek *"oluşumsal ögeler"* meydana getirmekte ve eşlik eden ödipalite patolojik-polimorfik perversiyona yol

açmaktadır. Patolojik nesne ilişkilerinde psikozlara kıyasla daha gelişmiş olan benlik sınırları yansıtmalı özdeşim proseslerinde belirsizleşmekte ve nesneyle iç içe geçmektedir. Böylece özellikle ebeveyne karşı gelişen değersizleştirme ve bölme mekanizmaları süper ego (üst benlik) içselleştirmesini zorlaştırmaktadır. Bu süreçte objeler tehdit unsuru kabul edildiğinden değersizleştirme, manipüle etme, kontrol ve hakimiyet kurma örüntüsü gelişmektedir (Kernberg, 1975). Borderline kişilik bozukluğu için akademik/iş iktidarsızlığı, geçici psikotik yapılanma, istikrarsızlık, zararlı sonuçlanan dürtüsel eğilimler ile olumsuz ve öfkeli duygular olarak benzer semptomlar Gunderson ve Singer (1975) tarafından da belirtilmiştir. 1999 yılında psikotik ve nevrotik arası sınır tanımlamasına karşı çıkan Chabert (1999), borderline kişilik bozukluğu için ruhsal yapıların geçişlere olasılık tanıyan dinamik bir yapıya sahip olduğunu ileri sürerek *"sınır işleyişler"* kavramını önermiştir (Chabert, 1999). Chagnon (2012) BKB'yi inkar, ilkel idealleştirme, değersizleştirme, bölme, yansıtmalı özdeşleşim, tümgüçlülük gibi ilkel savunma mekanizmalarının kullanılması ve içselleştirilen nesne ilişkilerinde gerçekleşen patoloji ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluk biçiminde tanımlamıştır. Bu bireylerin psikotik vakalardakine benzer şekilde varsanı veya sanrılara sahip olmaması; semptomlarının akut olması, süreğen bir tutarsızlık seyri ve yoğun düzeyde ruhsal acı çekmelerini belirtmeleri nevroz karşısında oldukça farklı bir durumu işaret etmektedir (McWilliams, 2013).

### 2.6.3. DSM-5'e Göre Borderline Kişilik Bozukluğunun Tanı Kriterleri

BKB'nin 18 yaş öncesinde teşhisi tartışmalı bir konu oluştursa da etiyolojisinde çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmatik yaşantıların varlığı genel kabul görmektedir (Chanen & McCutcheon, 2008). Küresel bazda klinisyenlerin tanı ile ilişkili dört farklı hususta tereddüt yaşadığı bilinmektedir. Bunlar; BKB tanısının 18 yaş ve üzeri kullanılabilen bir kategoride yer alması, ergenlik döneminde kimlik karmaşası ve duygulanımda dengesizliğinin o dönemin doğal bir parçası olması, kişiliği henüz gelişmekte

olan ergen bireylerin değişim gösterebilme olasılığı, tanı ardından gelebilecek pesimist ve damgalayıcı tutumları önleme isteğidir (Chanen ve ark., 2008). DSM kriterlerinin takibi ile ancak yetişkinlerde teşhisi mümkün olan BKB (APA, 2013) için; 18. doğum gününden bir gün sonrası ile bir gün öncesi arasındaki farkın ne olabileceği tartışma konusudur. Bu bağlamda yüksek öngörü gücü eşliğinde şiddetli ve bireyin yaşamında yaygın görülen semptomların mevcudiyetinde teşhisin ergenlik döneminde de yapılabileceği düşünülmektedir (Bondurant ve ark., 2004).

BKB'nin tanı ölçütleri DSM-IV'de beş veya daha fazla belirgin dürtüsellik, benlik algısı ve duygulanımda tutarsızlık örüntüsü mevcudiyetinde hayali veya gerçek terk edilmeden çılgınca kaçınma çabası, gözde aşırı büyütme/ küçültme ikilemi arasında süregelen tutarsız ve gergin bireyler arası ilişki, sürekli ve belirgin biçimde tutarsız benlik algısı (kimlik karmaşası), kendine zarar verme davranışları, minimum iki hususta dürtüsellik örüntüsü (tıkanırcasına yeme, maddenin kötüye kullanımı, riskli araç kullanımı, aşırı para harcama, riskli cinsellik vb.), tekrarlayan intihar davranışı/girişimi veya intiharla göz korkutma/tehdit, ölümle sonuçlanan intihar girişimi, süreğen bir boşluk duygusu, duygudurumda instabilite (kısa zamanlı anksiyete, irritabilite veya yoğun epizodik disfori vb.) semptomları içermektedir. Strese bağlı ağır dissosiyatif semptomlar veya geçici paranoid düşünce, öfke kontrolsüzlüğü, yoğun veya uygunsuz öfke; kavgaya karışma, dinmeyen öfke, yoğun hiddetlenme şeklinde belirtiler de yer almaktadır (APA, 1994). Ardından güncellenen DSM-5 borderline kişilik bozuklukları tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (APA, 2013). Aşağıdakilerden en az beşinin olması ile belirli, erken erişkinlik döneminde (20-30 yaş) başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında, duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu örüntü;

1. *Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme. (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)*
2. *Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişiler arası ilişkiler örüntüsü.*
3. *Kimlik karmaşası: belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı yada kendilik doyumu.*
4. *Kendine kötülüğü dokunacak en az iki alanda dürtüsellik (para harcama, cinsellik. madde kötüye kullanım. pervasızca araba kullanma, tıkanırcasına yemek yeme) (Not: 5. tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın)*
5. *Yinelenen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar yada kendine kıyım davranışı*
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 bunaltı).*
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 ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileridir.*

BKB vakalarında tüm semptomların aynı anda gözlemlenmeyeceği gibi kimi vakalarda çoğu belirti mevcutken kimilerinde ise çok daha az belirti görülebilmektedir. Bu durum BKB'nun şiddetine, bireye ve çevresel etkenlere bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Aktüel hayatın olağan dinamiklerinden son derece kolay etkilenen BKB'li bireyler düşük stres düzeyi içeren durumlarda tetiklenebilmekte, semptomlarında şiddetlenme gösterebilmektedirler. Özellikle romantik ilişkilerde yaşanan ayrılık, kavga, boşanma gibi terk

edilme algısını oluşturan durumlar bu kişiler için şiddetli tetikleyici faktörler olabilmektedir. Psikotik yapıya sahip hastalarla karıştırılmamaları adına Kernberg (1975) en dikkate alınabilir farklılığın bu bireylerde kendilik-nesne imgelerine dair ayrışma düzeyinin ve gerçekliği değerlendirme yetisinin olduğunu belirtmektedir. BKB'li bireyler madde, alkol, stres gibi semptomları şiddetlendirme ve işlevsel fonksiyonları geriletme etkisine sahip durumlara maruz kalmadığı sürece gerçekliği değerlendirebilme yetisine sahiptir. İlkel savunma düzeneği, depresif ve hipomanik dalgalanmalar ayrı psikopatolojilere de tekabül edebildiğinden bu tanıyı koymak zorlayıcıdır (Öztürk, 2020a).

### 2.6.4. Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi

#### *2.6.4.1. Psikanalitik Kuram Açısından Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi*

Kernberg, BKB hastalarında negatif ve pozitif içe almaların bütünleştirilmesinde zorluk ve buna uyumlu olarak libidinal nesne değişmezliğinde yetersizlik yaşandığını belirtmektedir. Normal gelişim gösteren bebeklerde doğumun hemen ardından duygudurumuna göre tümüyle kötü veya tümüyle iyi deneyimi organize etme becerisi mevcuttur. Başlangıç aşamasında nesne ve kendilik imgeleri karışık durumda olup negatif veya pozitif duygularla birleşmektedir. İlk 8 ayın ardından ise nesne ve kendilik imgeleri birbirinden ayrılmakta, bebek birincil bakım verenin bir öteki olduğunu algılamaya başlamaktadır. Böylece negatif veya pozitif duygularla bağlanan ayrılmış kendilik imgeleri ve nesne imgeleri mevcut olmaktadır. 18. ayda dahi gözlenen bu durum başkalarını ve kendilerini duygusal kapsamda tümden kötü veya tümden iyi olarak nitelendirmelerine neden olmaktadır (Yiğit, 2018; Geniş, 2017). Klein tarafından "*bölme*" olarak adlandırılan bu mekanizma bireyde temel organizasyon ilkesi olarak kullanılmaktadır. Çocuklarda libidinal nesne değişmezliğinin oluşumu ve "*bölme*" yerine bütünleştirme becerilerinin oluşumu ancak 2-3 yaş döneminde mümkün olmaktadır. BKB tanısı alan bireylerde temel sorun kötü veya iyi

nesne ve kendilik imgelerini bütünleştirmedeki zorlanmadır. Yaşamın erken dönemlerinde saldırganlık dürtüsünün yüksek düzeyde olması, gelişen ayrılma-bireyleşme işlemi ile çatışmakta böylece bölme mekanizmasını pekiştirmekte ve libidinal nesne değişmezliğini engellemektedir (Kernberg, 1967).

Adler ise BKB hastalarının esas sorunlarının pozitif içe almalar olarak var sayılabilen tutma içe almalarındaki yetersizlikten meydana geldiğini ileri sürmektedir. Adler kendilik ve nesne imgelerinin birleşiminde yaşanan zorluk hakkında Kernberg'le hemfikirdir ancak gelişen problemin daha ileriki bir dönemi de kapsadığını savunmaktadır. Ayrıca Adler bütünleştirmedeki zorluğu temel problem olarak görmemekte, daha ziyade tutma içe almalarda yaşanan yokluk, tutarsızlık ve yetersizliği esas problem olarak ele almaktadır. Adler'e göre çocuklarda anlamlı otonomi iki tür deneyimin kaliteli olarak gerçekleşmesine bağlıdır. İlk deneyim narsisizmin gelişmesi ve kendilik değeri ile alakalı duyguları işaret etmektedir. Diğeri ise temel güven duygusunu sağlayan tutma/kapsama ve yatıştırılmadır. Söz konusu iki temel deneyim, erken dönemlerde annenin veya birincil bakım verenin yeterli bakımı sağlaması ile oluşmaktadır (Schmidt, 2019). Narsisistik deneyim yetersizlikleri BKB hastalarında olduğu gibi narsisistik örüntünün gelişimi için de geçerlidir ancak tutma ve yatıştırılma deneyim yetersizlikleri sadece BKB örüntüsünün gelişimi ile ilişkilidir. Yeni doğanda bunu sağlayacak kendilik nesnesi veya dışsal nesne ihtiyacı bulunmaktadır. *"Kendilik nesnesi"* kavramını Adler, bağımlı bireylerin ruhsal bütünlüğünü sağlamak üzere gerekli fonksiyonları gerçekleştirebilecek birey şeklinde tanımlamaktadır. Bu noktada kendilik nesnesi bireylerce *"kendinin bir parçası"* biçiminde algılanmaktadır. 8 aylık dönemde bebekler, zihinlerinde nesne temsilini canlandıramamalarına rağmen nesnenin tanınmasına yönelik algısı geliştirmektedir. Bu algıyı sağlayan etmen tanıma belleği kazanımıdır. Bu kazanım anne bakımı yeterli olduğu takdirde annenin fiziksel varlığı ile oluşan tutma ve yatıştırılmaya yönelik geçiş nesnelerinin çocuk tarafından kullanılabilmesiyle

ortaya çıkar. Bebeklerde zihinde canlandırma belleği kazanımı 18 aylık dönemde gerçekleşmekte ve herhangi bir nesnenin varlığını dışsal ipuçlarına gerek duymaksızın hatırlama kapasitesine sahip olma anlamına gelmektedir. Bu kazanım ancak daha önceki tutma içe almalarıyla içselleştirilmektedir. Sürekliliği halinde kendilik nesnesi ve geçiş nesneleri bırakılmaya hazır hale gelmektedir. Ancak BKB'li bireylerde erken dönemde yeterli ya da tutarlı anne bakımı sağlanamadığından tutma ve yatıştırılmayı sağlayabilecek anne, uygun koşulları karşılayamamaktadır. Bu durum çocuklarda eksiksiz canlandırma belleği gelişimini ve geçiş nesnelerini kullanma yetisini engellemektedir. Böylece tutma içe almalarını gerektiği şekilde içselleştiremeyen çocuk dışsal kendilik nesnesine (anne) bağımlı kalmaktadır (Adler, 1989).

Freud içselleştirme süreçlerinin tanımlanmasında introjeksiyon ve inkorporasyonu kullanmaktadır. İntrojeksiyon *"içe atım"*; inkorporasyon *"yutma ile içe alma"* biçiminde tanımlanmaktadır. Tüm internalizasyon (ruhsal deneyimleri içselleştirme) biçimleri inkorporasyon tabanında gelişmektedir. İnkorporasyon, primer sürecin egemenliği ile ilkel savunma mekanizmalarından biri olarak nitelendirilmektedir. Nesnenin içe alımlarına dair haz beslemek, nesneyi içe alımlarda yok etmek, tutma ve içe alımlarda nesne ile özdeşleşmek şeklinde vuku bulabilmektedir. Özdeşim, psikiyatrik tanılarda sıklıkla görmezden gelinse dahi yas tutma, cinsel fonksiyon kayıpları, yeme bozuklukları, depresif ve nevrotik süreçlerde çalışılması gerekmektedir (Laplanche & Pontalis, 1973). İnkorporasyon ayrışmışlığı kaldırmakta olan sevginin ilk halidir. Erken çocukluk döneminde geçirgen olan ruhsal sınırlar ve belirgin olmayan ayrışmışlık özdeşimi kolaylaştırmakta ve primer özdeşim olan inkorporasyonu meydana getirmektedir. Çocukta oral dönemde nesneye dair yok etme arzusu barındırmakta ancak iyi bir anne varlığında yok etme gerçekleştirilmemekte, özdeşim yaratılmaktadır. Örneğin, anne sütünün içmekle bitmeyişi *"sonsuz"* kaynak algısı yaratmakta ve özdeşleşmeyi sağlamaktadır. Bu tür inkorporasyon içe alınma ile gerçekleşmektedir.

Bebeklerin sevilmesi esnasında *"yerim seni, yanaklarını ısırırım senin"* gibi sözcükler yetişkinlerin de yutma/yok etme ile içe alma hissi beslediğini göstermektedir. Bu perspektifte BKB tanısı alan bireylerde introjeksiyon ve inkorporasyon normal gelişimsel süreçlerle paralellik göstermemekte, sağlıklı özdeşim kurmada sorunlar oluşmaktadır (Taymur & Boratav, 2013).

BKB, psikanalitik çerçeveden farklı terminolojiler kullanarak açıklanabilmektedir. Farklı teorisyenler birbiriyle bazı çelişkiler ve eksiklikler barındırmakta fakat her birinin bütünleşmesi halinde bir model oluşumundan bahsedilebilmektedir. Klinik kapsamda en çok kullanılan Kernberg'in kuramı ilkel savunmalarla ilişkilidir. Bu ilkel savunma mekanizmaları krize müdahale durumlarında kaotik ve zor aktarımlara neden olmaktadır. Adler bu durumun sürece dair aşamalı gelişim hakkında bilgi verdiğini ileri sürmekte bu kişilerin terapistlerini kendilik nesnesi olarak kullanıldıklarını ve bireyin tehdit hissetmesi halinde terapide regresyon ve kargaşa yarattığını savunmaktadır. Kaygı, panik, yalnızlık ardından gelişen öfke; birleşme ve bütünleştime çabaları, zarar verici eyleme dökme söz konusu aktarım kesildiğinde ortaya çıkmaktadır. Görüldüğü üzere psikanalitik kuramda çalışan teorisyenlerin ortak noktaları olarak deneyimsel öğrenme ve tutma/kapsama ortamında çalışma belirgindir. Terapötik çalışmalarda sıklıkla vurgulanan psikodinamik temelli perspektiflerde bakım verenin ihmal, mahrumiyet ve yoksunluğu BKB'nin etiyolojisinde temel faktörler olarak kabul görmektedir. Ayrıca ihmalkar ve yoksun ebeveyn figürünün yanısıra aşırı uyarıcı, aşırı müdahaleci, aşırı korumacı örüntüler de etiyolojik unsurlar olarak sayılmaktadır. Bu noktada birincil bakım veren kişilerle boğucu, bunaltıcı ve iç içe bir ilişki mevcudiyeti çocuğun ayrılma-bireyleşmesine ve yeterlilik geliştirmesine müsaade etmemektedir. Travmatik yaşantılar olarak cinsel veya fiziksel istismar da BKB örüntüsünün gelişiminde etkisi olan faktörler arasında yer almaktadır. Ancak Kernberg ve Adler gelişimsel kuramda BKB'li bireylerin ego yapısına, gelişime ve prognoz anomaliliği üzerine odaklanmaktadır. Bu nedenle

dışsal yaşamda gerçekleşecek ancak içsel sorunlar oluşturabilecek faktörlerle ilgilenmemektedir. Kernberg, aşırı korumacılık, ihmal, travma gibi tüm nedenlerin BKB etiyolojisinde rol oynayabileceğini düşünmektedir. Benzer şekilde annedeki yetersizliklerden söz eden Adler hataların kaynaklarını belirtmemektedir. İkilinin etiyolojik kapsamda kuram oluşturmalarının nedeni BKB'li bireylerin anlaşılması ve psikoterapi uygulamalarına ideal bir çerçeve sağlanmasıdır (Önder, 2006).

Mahler ve Masterson'a göre BKB'nin ana nedeni 16-25. ay döneminde ayrılma-birleşmenin yeniden yakınlaşma safhalarının alt evresinde gelişen bozulmadır (örselenme). Bu noktada bağımsız davranışlar sergileyen, onaylanan, beğenilen ve duygusal düzeyde desteklenen çocuk birincil bakım veren kişiye geri dönmektedir. Reddeden ve eleştiren, yutan ve boğucu ebeveynler ise bağlanma ayrışma safhalarının optimal prosesini kesintiye uğratmaktadır. Kernberg'e göre primer bakım verenlerle gelişen ambivalans hislerin entegrasyonundan dolayı psikolojik gelişimin sekteye uğradığı ve ileriki dönemlerde sürdürülen söz konusu yakın ilişkinin tekrarıyla hastalığın oluştuğu vurgulanmaktadır. Öyle ki erken çocukluk dönemlerinde terk edilmiş olan savunma mekanizması yetişkinliğe taşınmakta, çocuk çevresindeki kişileri çarpıtılmış biçimde değerlendirme eğilimi göstermekte olup gerçek olmayan tamamen kötü veya tamamen iyi figürler şeklinde algılamaktadır. Bu durum ya hiç ya hep biçimindeki abartılı tepkileri oluşturabilmekte, ölümcül derecede kötü veya tamamı ile iyi görülen karşıdaki kişiler abartılı boyutlarda niteliklere sahip algılanabilmektedir (Aydın, 2010). Psikanalitik çerçeveden BKB'nin etiyolojisi incelendiğinde bireyin gelişim döneminde ayrılma-bireyleşme sürecinde duraklama yaşandığı ifade edilmektedir. Kernberg'in tanımında bu kişilik örgütlenmesinde tutarsızlık ön planda olmakla birlikte ilkel idealleştirme, kimlik karmaşası, tüm güçlülük, değersizleştirme, bölme, yansıtmalı özdeşim, inkar gibi ilkel savunma mekanizmaları yoğun düzeyde kullanılmaktadır. Kötü ve iyi duygular bir araya gelip bütünleştirilemediğinden ötürü nefret/sevme arasındaki

tutarsız geçişlerin yoğunluğu hafiflememektedir. Kendilik ile nesne imgelerinin bütünleşmesinde başarısızlık yaşantılanan patolojik nesne ilişkileri ile karakterize BKB, psikanalitik kavramsallaştırmada tipolojik olarak değil gelişimsel boyutta ele alınmaktadır (Kernberg, 1975; McWilliams, 2010).

#### *2.6.4.2. Biyolojik Perspektiften Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi*

BKB'nin etiyolojisinde çocukluk dönemi cinsel ve fiziksel istismarı ve travmatik yaşantıların yanısıra genetik faktörlerin de etki gösterdiği bilinmektedir (Leichsenring ve ark., 2011; Zanarini ve ark., 2002). Bu psikopatolojinin gelişiminde travmatik yaşantıların hastalığa katkısı diğer kişilik bozukluklarına oranla daha fazla olmasına rağmen genetik faktörlerin katkısına dair sunulan kanıtlar az da olsa mevcuttur (Lieb ve ark., 2004; Yen ve ark., 2002). Yapılan çalışmalara göre borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin aile üyelerinde de borderline kişilik bozukluğu görülmektedir (Bandelow ve ark., 2005; White, Gunderson, Zanarini & Hudson, 2003; Zanarini ve ark., 2004). Genetik geçişin ele alındığı dizigot-monozigot yumurta ikizlerinin karşılaştırmasında genetik etkinin güçlü bir işareti saptanmıştır. Tek yumurta ikizlerinin birinde borderline kişilik bozukluğu tanısı koyulduysa, diğer kardeşte olma olasılığı %35.3 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %67 olarak belirtilmiştir (Torgersen ve ark., 2000). BKB etiyolojisinde, prefrontal korteksin medyanında azalan tepkisellik ve kontrolü yukarıdan aşağıya azalan duygusal tepkiler neden olarak görülebilmektedir. Ayrıca moleküler nörogörüntüleme ve nöroendokrin görüntülemelerde BKB için 5 HTT serotonin taşıyıcı geni aday gen olarak nitelendirilmektedir. Özellikle dürtüsel davranışlar ve intihar girişimlerinde serotoninin önemli bir rolü olduğu saptanmıştır (Başar, 2021; Ni ve ark., 2009). Buna ek olarak BKB tanısı alan bireylerde ortaya çıkan dürtüsel ve saldırgan davranışlar limbik sistemin bir parçası olan hipokampus ve amigdala bölgesinde MRI görüntüleri bulgularına göre hacimsel küçülme ile ilişkilendirilmiştir (Schmahl, Vermetten, Elzinga & Bremner 2003).

#### *2.6.4.3. Bilişsel Kuram Çerçevesinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi*

Bilişsel kurama göre BKB'li bireylerde temel inanışlar; çaresizlik, bağımlılık, terk edilme ve reddedilme korkusu, duygusal kontrolün kaybedilmesi, aşırı dikkat çekme amaçlı davranış ve güvensizlik duygusu olarak karşımıza çıkmaktadır. *"Dünya kötü ve tehlikeli bir yer, ben ise savunmasız ve güçsüzüm, doğduğum andan itibaren kabul görmedim"* biçiminde üç temel algı geliştiren BKB tanısı alan bireylerin bu nedenle daima dış uyaranlara yönelik hassas, kontrollü ve tetikte olmayı sürdürdükleri belirtilmektedir. Bu bireyler tehlike hissettikleri tüm durumlara karşı uyanık ve korumacı tutum ile birlikte yüksek düzeyde tedbirlilik ve duyarlılık geliştirmektedir. Bu nedenle başkalarını potansiyel zarar verebilecek ve güvenilmez kişiler olarak görmektedir. Bilişsel düzeyde ya hep ya hiç şeklinde düşünme ve çarpıtmalar ile birlikte ani duygusal değişimler bu kişilerin mevcut olan normal durumlara uyumsuz davranışlar ve tepkiler geliştirmelerine neden olabilmektedir (Beck ve ark., 2015). Şema kuramına göre çocukluk döneminde karşılanmayan temel duygusal gereksinimler, cinsel, sözel, fiziksel istismar ve bakım veren ile kurulan disfonksiyonel ilişki gibi etmenler uyumsuz şemaların gözlenmesine neden olmakta bilişsel boyutta bozulmalara yol açabilmektedir. Kusurluluk, duygusal yoksunluk, güvensizlik, cezalandırılma, terk edilme, boyun eğicilik öncelikli olmak üzere kuramda tanımlanan 18 şema unsuru BKB'li hastalarda tespit edilmiştir. Bu olumsuz duyguları içeren şemalar üzerinde çalışmak adına hastaların geliştirdikleri duygu, davranış ve düşünceyi içeren terk veya istismar edilmiş çocuk modu, kopuk korungan modu, sağlıklı ebeveyn modu, cezalandırıcı ebeveyn modu, öfkeli-dürtüsel çocuk modu gibi bazı modlarını tanımlamak için farkındalık sağlanmaktadır. Aktif kullanılan mod hangi davranışın gelişeceğini belirlemektedir; örneğin kendini cezalandırma, kontrolsüz para harcama, madde kullanma, depresif veya üzgün çocuk gibi davranma, bakıma ve teselliye özlem duyar gibi yapma, uygunsuz cinsel eğilim gösterme gibi davranışlarla ortaya çıkabilmektedir. Tüm bunların sonucunda bilişsel temelli şema terapisi ile başlangıçta çok

zayıf olan veya hiç var olmayan yetişkin sağlıklı modunu güçlendirme ve destekleme ya da çocukluk çağı travmatik yaşantılar sonucu ortaya çıkan örselenmiş çocuk modunu iyileştime üzerine çalışmak amaçlanmaktadır (Beck ve ark., 2015).

#### *2.6.4.4. Bağlanma Kuramı Çerçevesinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi*

Bowlby, bağlanma kuramında güvensiz bağlanma örüntüsü ile yalnızlıktan veya terk edilmekten korkma arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır. Bağlanma örüntüsü çocuğun yardım ve destek arayışı, yakınlığı kontrol etme çabası, yapışma davranışı ve duygusal gereksinimlerini belirlemektedir. Bağımlılık gereksinimlerini yadsıma, bağlanmaktan korkma, ayrılık anksiyetesinde yokluk, dezorganize/dezoryante biçiminde sekonder güvensiz bağlanma örüntüsü geçmişte yaygın rastlanan istismarcı, tutarsız, depresif niteliğe sahip birincil bakım verenlere yanıt olarak geliştirilmektedir. Biyopsikososyal modele göre duyguların düzenlenmesinde gözlenen yetersizlik ile ilişkilendirilen BKB, olumsuz çevre koşullarının birleşmesiyle tetiklenmektedir (Crowell ve ark., 2009). Olumsuz çevre koşulları birincil bakım veren ile kurulan güvensiz bağlanma örüntüsünü içermekte ve BKB hastaları güvensiz bağlanma özellikleriyle karakterize edilmektedir (Fonagy, 2000). Ebeveyni hem korku verici hem de güven verici figür olarak algılayan BKB tanılı bireyler ebeveynleri tarafından sevilmedikleriyle ilişkili değil daha çok tutarsız bir şekilde sevilmeleriyle ilişkili olarak güvensiz bağlanma örüntüsü geliştirmekte ve ebeveynleriyle ilgili çelişki içeren algıya sahiptirler. Bu kişiler içsel çatışmalarını da sıklıkla zarar verici yollar kullanarak veya yanlış kişilerle ilişki kurarak onaracağına inanmaktadırlar (Zanarini, 2008). Bu grupta etkili olan diyalektik davranışçı terapi çatışan fikirlerin etkileşimini kabullenme ve değişimin birlikteliğini sağlamak adına kullanılmaktadır. Böylece kişilerarası ilişkiler üzerine çalışmak duyguları düzenlemekte, uyum bozucu davranışlarda bilinçli farkındalığı arttırılabilmekte, stres tahammülünü de sağlayabilmektedir (May ve ark., 2016). Özellikle çocukluk döneminde

bakım verenin yetersizliği ve bebeğin ilk 18 ayında bakım veren ile kurulan duygusal iletişimin yeterli düzeyde yaşantılanamaması bu kişilerin ergenlik döneminde borderline kişilik özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Ebeveynler tarafından çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruz kalan bireylerin güvensiz bağlanma örüntüleri geliştirerek borderline kişilik bozukluğu oluşumunda etkili olduğu göz önüne alındığında bağlanma stillerinin özellikle bu grupta çalışılması çocukluk çağı travmalarının tedavisi ve reviktimizasyonu önleme açısından önemlidir (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008).

#### *2.6.4.5. Ruhsal Travma Perspektifinden Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi*

Birbirinden farklılaşan etiyolojik yaklaşımlara sahip olan BKB vakaları, uzun dönemli ve aileler, eğitimciler, resmi kurum ve kuruluşlar başta olmak üzere çok sayıda kesimin desteğini gerektiren multidisipliner bir tedavi sürecine ihtiyaç duymaktadır. Aile içi ve aile dışı ilişkilerde ihtiyaç duyulan desteğin yetersizliği ve hatta bu ilişkilerin travma deneyimi yaşatacak düzeyde fiziksel ya da duygusal istismar veya ihmal içermesi BKB semptomlarının gelişiminde ve şiddetini arttırmasında etkili olabilmektedir (Bornovalova ve ark., 2013). Çocukluk çağı travmalarının BKB'nin gelişiminde rol oynadığına vurgu yapan çalışmalarda özellikle çocukluk çağı cinsel istismarının varlığı üzerinde durulmuştur (Menon ve ark., 2016). Cinsel istismar çocuğun yakın ilişki kurduğu veya aile içerisinde biri tarafından gerçekleştiğinde, travmatik yaşantının şiddeti artmakla birlikte borderline kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır (Freyd, 1996; Herman, Perry & Van der Kolk, 1999; Kutlu, 2018). Ayrıca çocuk yetiştirme stillerinden itaat ve cezalandırma eğilimi olması durumunda çocukların duygusal gereksinimleri karşılanmamakta ve bu duygusal ihmal ile ilişkili olarak BKB ile karakterize olan boşluk duygusunun temelleri atılabilmekte, işlevsel olmayan aile ortamının BKB oluşum nedenleri arasında olduğu üzerinde de durulmaktadır (Bradley, Jenei & Westen, 2005; Loranger & Tulis, 1985). Hastane yatışı yapan BKB

hastalarında %40-71 aralığında cinsel istismar olduğu belirtilmiştir (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey 1989). BKB grubu üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise %15-30 aralığında cinsel istismar öyküsü bulunmaktadır (Al-Alem & Omar, 2008). Ayrıca, sadece çocukluk çağı ruhsal travma öyküsünün olup olmadığı değil, aynı zamanda bu travmatik yaşantıların şiddeti de BKB tanısının ne kadar düzeyde patolojik olduğunu belirlemektedir (Şar ve ark., 2006)

Ebeveynde psikopatolojinin varlığı, ebeveynlik rolünün getirdiği sorumlulukları yetersiz düzeyde karşılamaya sebep olduğundan çocukta kırılgan bir yapı oluşturmakta ve çocuğun maruz kaldığı travmanın psikopatolojik zemin hazırlamasına etki etmektedir (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989). BKB tanısı alan bireylerde yapılan araştırmalar ailede psikopatolojik belirtilerin olması ve psikopatolojinin türünün ebeveynde şiddetli psikiyatrik hastalık ile ilişkilendirilmesi veya ebeveyn sorumluluklarını karşılamalarına engel oluşturması BKB etiyolojisinde risk faktörü olarak belirtilmiştir (Paris, 1994). Özellikle birinci derece yakın aile bireyinde depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı, borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olması çocuk üzerinde olumsuz etki yaratıp travmatik yaşantılara alan açabileceğinden ötürü BKB gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (Links, Steiner & Huxley, 1988). Bipolar ve şizofreni tanısı almış bireylerin aile psikopatolojileri BKB tanısı almış bireylerin aile psikopatolojileriyle kıyaslandığında BKB tanısı alanların yakınlarında alkol kötüye kullanımın iki ile üç kat daha yaygın olduğu ve özellikle babalarında 1/3 oranında alkol kötüye kullanımı olduğu belirtilmiştir (Loranger & Tulis, 1985). BKB tanısı alan bireylerin annelerinin daha soğuk ve mesafeli veya aşırı korumacı olarak tanımlanırken, babaları daha ilgisiz olarak tanımlanmakta ve bu durum aile içerisinde duygusal istismar ve ihmalin varlığına işaret etmektedir (Zweig-Frank & Paris, 1991).

### 2.6.5. Borderline Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Davranış, ilişki, duygulanım, kimlik ve bilişsel örüntüsünde tutarsızlık barındıran borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin durumları finansal, yasal, sosyal ve psikososyal sorunlara yol açabildiği için bu alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar önemli bilgiler barındırmaktadır (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). BKB prevalansı genel popülasyon kapsamında %0,5-3,9 aralığında gözlenmektedir (Lenzenweger, 2008). 2016'da yapılan bir çalışmada ise BKB'nin popülasyondaki yaygınlığı %1.6-5.9 arasında bulunmuştur (Aydın, 2016). Yapılan araştırmalarda, ayakta tedavi görenlerin %15'i, psikiyatrik klinikte tedavi görenleri %30-49'una BKB tanısı konmaktadır (Chanen & Kaess, 2012; Zimmerman & Mattia, 1999). Ayrıca acil servise başvuran intihar eğilimli ergenlerin %78'i BKB semptomları da sergilemektedir (Guile ve ark., 2018). Ülkemizde BKB'nin görülme sıklığının yaklaşık %2 olduğu ve bu bireylerin %90'ının bir diğer psikiyatrik eş tanıya sahip olduğu, %40'ının ise ikiden fazla psikiyatrik tanıya sahip olduğu belirtilmektedir (Köroğlu & Bayraktar, 2010). BKB'nin kadınlarda görülme oranı erkeklere oranla üç kat daha yüksektir (Ançel ve ark., 2010). BKB tanısı alan ve intihar girişimi sonucu hayatını kaybeden bireylerin yüksek prevalansı (%10) hastalığın ne denli ağır seyredebildiğinin göstergesidir. Ayrıca bu düzey genel popülasyona ait intihar oranının yaklaşık 50 katıdır (Lieb ve ark., 2004). Ergenlerde seyir ve prevalans verileri sınırlı olmakla birlikte genel tahminler %0.9 civarındadır (Johnson ve ark., 2008). Kümülatif prevalans 16 yaşına dek gençlerin %1.4'ünün; 22 yaşına dek %3.2'sinin BKB tanı kriterlerine sahip olduğunu göstermektedir (Kaess ve ark., 2014). BKB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar; %84.8 oranında anksiyete bozuklukları, %82.7 oranında duygudurum bozuklukları, %78.2 oranında ise madde/alkol kötüye kullanımıdır (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). Yapılan bir takip çalışmasında, BKB tanısı alan bireylerin 6 yılın ardından %74, 10 yılın ardından %88 remisyon gösterdiği

belirtilmiştir. Ancak bu durum çoğu kez semptomların şiddetinde azaldığına işaret edip hastalığın yok edildiği anlamına gelmemektedir (Zanarini ve ark., 2007).

### 2.6.6. Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptomlar

Bireylerde kişilik bozukluklarının varlığı diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (Kendell, 2002). Özellikle stres ve zorlantı altında kişilik bozukluğu semptomları şiddetlenerek başka psikopatolojilere yok açabilmektedir. Borderline kişilik bozukluğuna en sık eşlik eden psikopatolojiler depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı olarak belirtilmiştir (Nysaeter & Nordahl, 2012). Buna rağmen, borderline kişilik bozukluğunun duygudurum veya psikotik bozukluklar tanı kategorileri altında değerlendirilmemesi ve başlıca bir tanı grubu olması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Paris, 2005). Literatürde BKB ve duygudurum bozukluklarının arasındaki yüksek düzey komorbidite göz önünde bulundurulduğunda, BKB'nin duygudurum bozukluklarına sebep olduğu veya tam tersinin geçerli olduğu konusu tartışılmaktadır (Gunderson & Phillips,1991). Bipolar ve diğer psikiyatrik tanısı alan kişiler saldırganlık, dürtüsellik ve hastalık şiddeti açısından karşılaştırıldığında BKB tanısı alanların bu değişkenler açısından diğer tanı gruplarına kıyasla daha yüksek puanları bulunmuştur. Dolayısıyla dürtüsellik ve saldırganlık özellikleri BKB tanısı alanlara özel semptomlar olarak belirtilmiş intihar girişimi ve kendine zarar verme ile ilişkilendirilmiştir (Henry ve ark., 2001).

BKB'nun etiyolojisinde önemli yer tutan çocukluk ve ergenlik döneminde yaşantılanan travmaların bireyde işlevsellik dürtüsellik ve duygusal instabilite açısından olumsuz etkilere sebep olduğu BKB tanısı alanların stres ve zorlantı altında depresif belirtiler gösterebileceğini desteklemektedir (Garno ve ark., 2005). BKB tanısı alan bireylerde duygudurum çok hızlı ve sık aralıklı olarak iniş ve çıkış göstermekle birlikte negatif duygudurum ve intihar girişimleri genellikle kişilerarası ilişkilerde yaşantılanan sorunlar ve

stresin artmasına bağlı olarak başa çıkma mekanizmalarının zayıf kaldığı zamanlarda gözlemlenmektedir (Goldberg ve ark., 2009; Goodman ve ark., 2010). BKB'de yaşam boyu süren duygudurumda instabilite duygudurum bozukluklarında depresif episodlara bağlı olarak daha daha uzun süreli döngüler şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Zanarini ve ark., 2007). Depresif bozukluklar ile BKB semptomlarının bir kısmı örtüşmekte ve depresyon bozuklukları tanısını tam karşılamayan BKB tanılı bireylerde depresif semptomların şiddeti yüksek oranda bulunmuştur (Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2012; Zittel, Conklin & Westen, 2005).

### 2.6.7. Adli Psikopatolojik Açıdan Borderline Kişilik Bozukluğu

Hukuki olarak suç; irade kontrolü ve anlama yeteneğine sahip bireylerin yükümlülüklerini ihmal etmesi veya kasıtlı bir eylem sonucunda başka bir kişi ya da mal üzerinde zarar oluşturduğu, hukuki kurallara aykırı eylemleri içermekte ve bu eylemler yasal tanıma uygun güvenlik veya ceza yaptırımı gerektirmektedir (Koçar, 2007). İnsanlık tarihinin tüm aşamalarında mevcudiyetini koruyan suç kavramı, toplumda ve bireyler üzerinde zararı en aza indirmek adına farklı yollar aranan sorunlardan biridir. Bir eylemin suç sayılabilmesi için içerisinde ortaya çıkan toplum tarafından onaylanmamanın yanısıra hukuka aykırı ve sosyal bir problem oluşturması gerekmektedir. Suç işlemiş bireyler kendini koruma saiki ile bunu gerçekleştirmediklerinde daha önce psikiyatri tanıları bulunmamasına rağmen patolojik olarak değerlendirilebilmektedir (Oral, 2010). Bu bağlamda meydana gelen suç davranışının psikopatoloji içerisinde yer aldığı ve çoğu zaman doğrudan bir ilişkinin saptanamadığı, fakat bazı psikiyatrik hastalıkları ve özellikle kişilik bozukluklarıyla belirgin bir ilişkisi olduğu bilinmektedir (Deniz, 2017a). Şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklarda, birden fazla kriterin karşılanması halinde suç veya şiddet davranışı ihtimali artabilmektedir (Oral, 2010). Cezai sorumluluk ruh sağlığı uzmanlarınca belirgin ve açık olup kronik veya akut psikiyatrik rahatsızlıkları yargı önünde değerlendirmeleri doğrultusunda

ispatlayabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların bireylerin tamamen gerçeklikten kopuk bir algıya sahip olmaları haricinde suçun işlendiği anda hastalık süreçlerinin aktif varlığı önemlidir. Öyle ki adli psikopatolojide akıl hastalıklarından farklı değerlendirilen kişilik bozuklukları önemli bir yere sahip olmasına rağmen çoğu cezai sorumluluğu ortadan kaldırmamaktadır. (Deniz, 2017b).

Literatürde mevcut suç kaynaklarına yönelik düşünce iki şekilde yer almaktadır. İlki bireyin özgür seçimiyle gerçekleştiği suç olmakta ve buna örnek olarak kişinin ekonomik, sosyal, politik, kişisel ve psikolojik kazançlar nedeniyle iradi olarak suç eylemini gerçekleştirmeyi tercih etmesi verilebilir. Bu kazançlar sorumluluktan kaçmak, bunaltı ve gerginliği azaltmak, stres, heyecan, korku duygularından arınmak veya zevk ve eğlence tatmini şeklinde sayılabilmektedir. İkincisi ise, suça yol açan sosyolojik, psikolojik ve biyolojik suç teorilerinin kapsadığı fiziksel anomali, yetersiz sosyalizasyon, sosyal ekonomik statü, genetik yatkınlık, öğrenme, taklit, model alma koşulların varlığını barındırmaktadır. Bu noktada gelişen şiddet eylemi, bireylerin kişisel gelişimlerinin bir veya birden fazla döneminde yaşantıladığı travmatik durumlar veya blokajları ile açıklanabilmektedir (Ayna, 2005). Kişilik Bozukluklarında dürtü kontrol ve duygu düzenlemede meydana gelen zorluklar şiddet riskini arttırmaktadır. Özellikle dürtüsel davranışlarla ortaya çıkan suçlarda; borderline kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve narsisistik kişilik bozukluğu risk oluşturabilmektedir (Deniz, 2017; Stone, 2007). Ayrıca, borderline kişilik bozukluğu ile karakterize semptomlardan dürtüsellik, kimlik karmaşası, duygulanımda dengesizlikler ve eşlik eden madde kötüye kullanımı bu bireylerde suç davranışına yatkınlığı arttırabilmektedir (Deniz, 2017; Ebrec & Echeburura, 2010).

Tüm psikiyatrik bozukluklara madde kötüye kullanımı eş tanısı olması halinde suç eğilimi artış göstermektedir. Bu durum adli kayıtlara, özellikle şizofreni ve BKB'li hastaların

çocukluk dönemlerinde antisosyal ebeveyn davranışları, stresli yaşam olayları, ihmal ve istismar yaşadıkları şeklinde yansımaktadır (Deniz, 2017a). Ayrıca, BKB'de dürtüsel davranışlar ve yoğun öfke belirginliğinde hastada ağır dissosiyatif semptom veya geçici paranoid düşünce varlığında suç ihtimali artış göstermektedir (Gardner ve ark., 1990). BKB dahil olmak üzere çoğu kişilik bozukluğunda adli alanda suç teşkil edebilecek parafililer gözlenmekte ve dürtü kontrolündeki kayıpların ardından teşhircilik, erotik asfiksi, mazoşizm, zoofili ve pedofili görülebilmektedir (Kröber & Lau, 2000). Kanada ve ABD'de yapılan bir araştırma cezai ehliyeti bulunmayan bireylerden %10-25'inde kişilik bozukluğu olduğunu, bunların %59'unda birden daha fazla tanı bulunduğunu saptamaktadır. Retrospektif olarak İrlanda'da gerçekleştirilen bir çalışma sonucunda cezai ehliyeti bulunmayan kişilerin kayıtları incelenerek %95 oranında şiddet suçu işledikleri ve bunların %19.1'inin kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler olduğu saptamıştır (Lymburner & Roesch, 1999). Ayrıca tehdit, madde ve alkol kullanım bozukluğu, asker firari, dolandırıcılık, hırsızlık, üste itaatsizlik ve karşı gelme, hakaret suçlarında kişilik bozukluğu oranı diğer psikiyatrik hastalıklara oranla yüksek saptanmıştır (Maner ve ark., 1991).

Kişilik bozukluklarında kişilerarası ilişkilerde işlevsellik, biliş ve dürtü kontrol alanlarının iki veya daha fazlasında esnek olamama veya uyumsuzluk nedeniyle fonksiyonel bozulmalar gözlenmektedir. DSM-5 tanı kriterlerindeki BKB semptomları; terk edilmekten kaçınma üzerine aşırı çaba harcama, yerin dibine sokma ile gözde aşırı büyütme uçları arasında düzensiz, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkiler, kimlik karmaşıklığı, riskli davranışa sebep olabilecek dürtüsellik, tekrarlayıcı intihar (göz korkutma veya girişim), tutarsız duygulanım, boşluk duygusunda süreğenlik, öfke kontrol ve denetiminde güçlük, öfkede uygunsuz yoğunluk, dissosiyatif belirtiler ve kuşkulu düşüncelerdir (Akbulut, 2017). Fonagy (2016b) ise bu semptomlara ek olarak BKB tanısı alan bireylerin karşılarındaki kişiyi kendi içsel temsiline uymaya zorladıklarından bir öteki ile gerçek bir ilişki potansiyelini

kaybettiğine vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda diğer bireylerin gerçeklik bilgileri ve davranışları BKB'li hastalarca sıklıkla uygun kabul edilememektedir. Ayrıca, bu bireylerde dürtüselliğin ortaya çıkışında kendi duygusal durumunun farkında olmama, fiziksel eylem odaklı hareket etme, zihinsel süreçlere uygunsuzluk kaynak olabilmektedir. Dürtüsellik ile ilişkilendirilen intihar girişimleri ve intihar ile göz korkutma söylem ve eylemleri adli psikotravmatoloji alanında çalışan klinisyenlerin riskli olarak değerlendirilerek krize müdahaleyi harekete geçirmektedir. BKB tanısı alan kişilerde intihar davranışı, öz tutarlılığı sağlayabilmek için başa çıkılamayan dissosiyatif semptomlar veya kimlik karmaşası ile ortaya çıkan yabancı benlik imajının uyarılması ya da terk edilme sonucunda kendiliğin yok edilmesine hizmet etmektedir (Fonagy, 2016b).

BKB tanısı alan bireyler suç eğilimi gösterdiğinden cezaevi popülasyonlarında yer tutmakta, adli ifadelerinde ise suçu inkar etme ve yalan ya da çarpıtılmış ifade verme eğiliminde olabilmektedirler. BKB'li bireylerde yalan söyleme, bilinçli bir düzeyde gerçekleşebilmektedir. Üst düzey yoğun duygular hissetmeleri, düşüncelerin bulanıklaşmasına ve diğer kişilerin göründüğünden farklı şekilde duygusal mercekle incelenmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu bireyler savundukları alenen yanlış dahi olsa kendi bakış açılarının doğruluğuna inanarak ifade vermektedirler. Yaşadıkları dürtüsellik, sonucunu düşünmeksizin eyleme dökme ile ilişkili olmakla birlikte yalan söyleme ve suç işlemeye ortam hazırlamaktadır. Genelde derin utanç hissi yaşadıklarından yalan söylemek de onlara göre utanç vericidir. Reddedilme korkusu ile hatalarını örtmeye çabalamanın diğerleri tarafından reddedilmeyi veya terkedilmeyi önleyeceğinden yalana başvurabilmektedirler. Ayrıca yapılan sinirbilim araştırmaları, dürtüsel eylemleri yöneten ve duygusal regülasyonu sağlayan prefrontal korteks aktivasyonunun fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemede yalan söyleme davranışı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur ve bu kısmın BKB'li bireylerde sorunlu işleve sahip olduğu bilinmektedir (Oltulular, 2020).

Linehan (1993) diyalektik davranışçı terapi perspektifi üzerinden açıkladığı borderline kişilik bozukluğunun ailelerin duygusal problemleri onaylamaması, duygusal strese yatkın oluşları, negatif hisler ile başa çıkma çabalarına izin vermemesinden kaynaklandığını belirtmektedir. Aileyle fonksiyonel olmayan etkileşimin bir parçası olan borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler kişilerarası problemler veya işlevsel duygu düzenleme yetilerine ait sorunlarla başa çıkmayı öğrenmemekte hatta reddetmektedirler. Özellikle duygusal acıyla başa çıkmaya çalışma çabası yetişkin dönemlerde kendine zarar verme davranışları ile sonuçlanmaktadır (Linehan, 1993). Bireyler arası adaptasyon ve fonksiyonellikte bozulma ile karakterize edilen borderline kişilik bozukluğunda ilişkiler fırtınalı, mazoşistik, kurban edici, yoğun ve dengesizdir (Sansone, Chu, & Wiederman, 2006). Bu bağlamda, borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin ilişkilerinde travmatik yaşantıların varlığı olağan bir durum olarak değerlendirilebilir. Bu kişilerin aynı zamanda istismara maruziyete olan yatkınlığı çocukluk travmaları ile ilişkilendirilebilir (Herman, 1986). Mağdur olma deneyimi yaygınlık gösteren kadınların madde kullanımı ve borderline kişilik bozukluğu tanısı görülme sıklığının yaygınlığının fazla olduğu belirtilmektedir. Bu durum erken dönemde gerçekleşen kişilerarası travmalar ile reviktimizasyon arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır (Herman, 1986). Öyle ki çocukluk çağı travmaları ve reviktimizasyon arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışma borderline kişilik bozukluğunda yoğun biçimde gözlenen mağdur edici kişilerarası deneyimlerin BKB etiyolojisinde çocukluk çağı travmalarının varlığı ile patolojin daha şiddetli ve zarar verici olmasıyla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (Widom, Czaja & Paris, 2009). Reviktimizasyon ve çocukluk çağı travmaları arasında var olan ilişkide duygu düzenleme ile ilgili zorluklar, dürtüsellik, reddedilme ve terk edilme duyarlılığı aracı faktörler olarak kendini göstermektedir (Daley ve ark., 2000). BKB'de diğer travmalara oranla kişilerarası ilişkilerde yaşantılanan travmanın en yaygın olarak belirtilmektedir (Helgeland & Torgersen, 2004; Battle ve ark., 2004; Sansone, Songer &

Miller, 2005). Bir çalışmada BKB tanısı alan bireylerin %75-90 oranında kişilerarası travmatik yaşantıları olduğu bildirilmektedir (Afifi ve ark., 2011). Bu travmatik yaşantılar; ihmal, sözel istismar, hane içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar kapsamaktadır. Cinsel veya fiziksel istismar mağduru olan çocukların ileri yaşlarda fiziksel şiddet ve tecavüz mağduru olma riskinin daha yüksek oranda olduğunu gösteren yetişkin kadınlar ile gerçekleştirilen araştırmada travmatik yaşantıların süreğen kronik etkisi ve akut yıkıcı tepkisinin bir arada gözlemlenebildiği söylenebilir (Herman, 1986). Bu durum yetişkinlik dönemlerinde reviktimizasyonun çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Bu nedenle adli sistemde, kümülatif ve özellikle çocukluk çağında yaşantılanan ruhsal travmaların etkilerinin azaltılmasına yönelik yeni girişimler, reviktimizasyon doğrultusunda gerçekleştirilecek müdahalelerin gelişimi açısından önem arz etmektedir (Öztürk, 2020a).

Kişilerarası ve yakın ilişkilerde tekrarlanan travmatik yaşantılar kişilerarası işlevsellikte bozulma, ilişkilerde değersizleştirme-yüceleştirme dengesizliği, terk edilme korkusu ve aşırı yoğun değişken duygular ile kendini gösterebilmektedir (Daley ve ark., 2000). BKB ile karakterize olan ilişkilerde değersizleştirme-yüceleştirme, terk edilme korkusu ve dengesiz duygulanım, bu kişilerin yalnızca şiddetin mağduru olmadığı ayrıca şiddeti başlatan taraf da olabileceğini ortaya koymaktadır (Sansone & Sansone, 2012). Ek olarak BKB semptomlarına sahip kadınların %64'ü partner şiddetine maruz kalmaktadır (Sansone, Reddington, Sky, & Wiederman, 2007). Bir diğer yönden BKB onay ihtiyacı, düşük sosyallik, bireylerarası duygusal şiddet ve aşırı duyarlılık ile ilişki kendini göstermekte ve bu faktörler fiziksel-psikolojik şiddet mağduru olmayı yordamaktadır (Stepp ve ark., 2012). Gerçekleşen başka bir araştırmada yetişkinlik döneminde cinsel istismara uğrayan BKB'li bireylerin normal popülasyona kıyasla daha yüksek oranda şiddet mağduru olduğu ve çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (Zanarini, 1999). Bu durumun yanı sıra yabancılar tarafından dövülme, takip edilme gibi cinsel amaç içermeyen

davranışların BKB'li bireyler tarafından kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile ilişkili ortaya çıkma potansiyeli barındırdığı belirtilmiştir. Yetişkinlik döneminde deneyimlenen travmaların BKB ile ilişkisi çocukluk döneminde deneyimlenen travmalarla benzerliğe sahiptir. Belirtildiği üzere çocukluk çağı travma mağdurları yetişkinlik döneminde reviktimizasyon riski barındırmaktadır. Yetişkinlikte psikolojik, fiziksel ve cinsel istismar sıklığının daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilen örneklemde çocukluk çağı travmalarının varlığı 2000 yılında Messman ve arkadaşları tarafından da ortaya konulmuştur. Dolayısıyla, çocukluk çağı travmalarının sağlıklı ilişkiler kurabilme ve geliştirebilme işlevini olumsuz etkileyebileceği, kişilerarası ilişki beklentilerini bozduğu ve örselenebilirlik örüntüsüne açık alan bırakabileceği savunulmaktadır. Çocukluk dönemi travmatik yaşantıları olan bireyler ilişkilere karşı genel ve geniş bir güvensizlik geliştirmekte ve bunun sonucunda bu bireylerin şiddet olgusunu ilişkilerinde beklenilen bir modül olarak kabul ettiği söylenebilmektedir (Oruçlular, 2016).

Adli alanda hem viktimolojik hem de kriminolojik perspektiften değerlendirilmesi gereken BKB tanı grubu, duygusal ve fiziksel şiddet içeren ilişkilere ve yeniden mağduriyete yatkın olmanın yanı sıra dürtüselliği ve duygu düzenleme problemine bağlı olarak suça karışma riskine de sahiptir. Aşırı otonomik uyarılma ile alakalı olan dürtüsellik hızlı duygusal değişimlere neden olmaktadır ve bu durum zarar verici davranışları, planlanmayan ve uygun olmayan sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Yetersiz risk değerlendirme kapasiteleri ve dengesiz duygulanımları, reddedilme korkuları, öfke ve dürtüsellikleri ile birleştiğinde şiddet ve suç için gerekli tüm zemini hazırlamaktadır. Cana veya mala zarar verme, aile içi şiddet, kasıtlı kendine zarar verme, intihar bu bireylerin gerçekleştirmeye yatkın olduğu suç davranışlarına örnek olarak verilmektedir. Kendileri ve yakın ilişkileri ile mevcut olan zorlu yaşantıları göz önüne alındığında reviktimizasyon riskinin değerlendirilmesi önemli bir konudur. Duygu düzenlemelerinde yaşanan zorluk, dürtüsel davranışları, terk edilme

korkuları travma mağduru olabilmelerini mümkün kılmakla birlikte özellikle farklı partnerlere maruz kalan kadınların daha fazla şiddet görebileceğine işaret etmektedir (Kutlu, 2018). Gerçekleştirilen çalışmalar adli sistemde hem kriminolojik hem de viktimolojik açıdan BKB'nin bir risk faktörü oluşturduğunu destekler niteliktedir (Sansone, Reddington, Sky, & Wiederman, 2007; Ross & Babcock, 2009).

## 2.7. Depresyon

### 2.7.1. Depresyon Kavramı

Depresyon kavramının kökeninde bitkin, üzüntülü ruh hali anlamına gelen "*depresus*" kelimesinden kökenini almış olan ve çökkünlük ile ilişkilendirilen bir psikiyatrik bozukluktur. Duygulanımda bozukluk olarak değerlendirilen depresyona kötü ve karamsar düşünme, çevreden kendini soyutlama, ilgi ve isteklerde azalma, enerji düzeyinde düşme, konsantrasyon bozukluğu gibi negatif duygu ve davranışlar da eşlik etmekte ve kişinin hayatının her alanına yansımaktadır (Akbağ, Sayıner & Sözen, 2005). Rihmer ve Angst (2007) depresyonu *"bazı psikolojik ve fizyolojik belirtilerden oluşan, haftalar ve aylar boyunca sürebilen, bireyin bugüne kadarki işlevselliğinin farklılaştığı ve yineleyerek tekrar tekrar ortaya çıkabilen bir sendrom"* şeklinde tanımlamıştır. Bu tanım doğrultusunda depresyonu aktüel hayatın getirdiği strese bağlı ortaya çıkan sıkıntı ve çökkün ruh halinden ayırt etmek ve semptomların kişide her zamanki düzeninden farklı bir düzeyde süreğen şekilde işlevsellik kaybı yaratıp yaratmadığına dikkat etmek gerekmektedir. Depresyon duygulanım alanında isteksizlik, ilgisizlik, çökkünlük, zevk alamama, karamsarlık, suçluluk, konsantrasyon bozukluğu, psikomotor davranışlarda yavaşlama, iştah ve uyku gibi psikofizyolojik işlevlerde bozukluk ve cinsel isteksizlik ile karakterize olan bir duygudurum bozukluğudur (Kaya & Kaya, 2007). Sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulmasıyla birlikte çaresizlik, enerji azlığı, geleceğe dair

umutsuzluk gibi belirtileri de içeren depresyon en fazla yaşamsal tehdit barındıran psikiyatrik bozuklukların başında gelmektedir. (Demir, 2021).

Tarihte Mısır, Aram, Hint ahitlerinde depresif semptomlara sahip vaka örneklerinden yola çıkarak çok eski dönemlerden beri araştırıldığı bilinmektedir (Kaya & Kaya, 2007). Depresyon, Hipokrat'ın tanımına göre insan ruhunu olumsuz etkileyerek melankoliye benzer bir tablo oluşturan "*kara safra*" ile ilişkilendirilmekte, M.Ö. 400'lü yıllardan itibaren günümüze dek tanımlanmaya çalışılmış bir psikiyatrik bozukluk olarak ulaşmaktadır. Üzüntü halinin süreğen ve yoğun olması melankoli oluşturmaktadır. Kara safra ise bu normalden sapmış olan üzüntü halinin vücut sıvılarında değişikliğe sebep olması sonucunda ortaya çıkan bir hastalık olarak Hipokrat ve Galen gibi bilim insanları tarafından benimsenmiştir. Depresyon, ilk kez 1896 yılı Kraepelin tarafından psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Depresif ve manik semptomların aynı rahatsızlıkla ilintili olduğunu belirten Kraepelin, günümüz koşullarında depresyon olarak tanımlanan klinik tabloyu 'manik depresif psikoz' tanımıyla ele almıştır. Bu hastalığın biyolojik kaynaklı olduğunu savunan Kraepelin'in aksine Karl Leonhard 1957'de bipolar depresyon (iki kutuplu) ve unipolar (tek kutuplu) depresyon olarak iki ayrı grupta sınıflandırmıştır (Demir, 2021). 1966 yılından itibaren tekrarlayıcı depresif ataklar için unipolar depresyon, depresyon ve manik atakların birarada görüldüğü durumlar için ise bipolar depresyon tanımı kullanılmaktadır (Türkçapar, 2018).

Depresyon bozukluğu olan bireyler kendilerine ve çevrelerine yönelik negatif algılara sahip olmakta, başkalarının başına gelen negatif olaylardan kendilerini sorumlu tutarak olaylarla başa çıkamayacaklarına dair yoğun bir inanç içinde olmaktadırlar (Yakın, 2014). Aktüel hayatın içerisindeki minimal stres ile başa çıkmakta zorlanan depresyon hastaları başa çıkma yolu olarak hayatlarını sonlandırmayı düşünebilmektedirler. İntihar düşüncelerinin bir başka sebebi ise yaşanan olaylardan sürekli olarak kendilerini suçlama ve aşağılama

duygularını çağrıştıran anıları tekrar tekrar hatırlamaları ile ilişkilidir. Depresif hastaların 3'te 1'i intihar girişimde bulunmakta, bunların %10'u ise yaşamlarını sonlandırmaktadırlar (Beck, 2015). Depresyonun kronikleşme ihtimali, kişinin tüm hayatını yıkıma uğratması, barındırdığı intihar düşünce ve davranışlarına bağlı olarak bu alanda yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmaları gibi etiyolojik boyutlara odaklanmak hastalığı önleme ve tedavi için çok değerlidir (Goodwin, Jacobi, Bittner & Wittchen, 2006).

### 2.7.2. DSM-5'e Göre Depresyon Bozuklukları

Normal bir duygulanım olarak ele alındığında depresyon insanın günlük yaşantısında deneyimlediği hüzün, üzüntü, isteksizlik, hayalkırıklığı gibi duygular olarak kullanılan bir terimdir. Buun yanı sıra ruhsal bir belirti olarak psikiyatride bireyin normalden sapma gösteren mutsuzluk haline işaret ederek birçok psikiyatrik, nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilmektedir (Türkçapar, 2018). Bu araştırmada ele alınan depresyon, DSM-III'ten itibaren bipolar bozuklukla ayrı bir teşhis şeklinde tanımlanan bir grup semptomları bir arada içeren ve döngüsel ortaya çıkabilen psikiyatrik bir bozukluktur. Majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk DSM 4'te duygudurum bozuklukları kısmında yer alırken DSM 5'te bu bölümden çıkartılarak depresyon bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-5 Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Kriterleri aşağıda paylaşılmaktadır (APA, 2013).

*A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.*

*Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtiler kapsanmaz.*

1. *Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. Üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir.*

2. *Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).*
3. *Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örn. Bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: çocuklarda bekleyen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).*
4. *Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.*
5. *Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).*
6. *Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).*
7. *Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyuları (sanrısal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).*
8. *Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).*
9. *Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kndini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.*

*B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.*

*C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*

*Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. Yas, batkınlık, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.*

*D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.*

*E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.*

*Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.*

DSM-5'te yer alan Depresyon Bozuklukları kategorisinin alt türleri; "*majör depresyon bozukluğu*", "*yıkıcı mizaç düzenleyememe bozukluğu*", "*süreğen depresif bozukluk*", "*premenstrual disforik bozukluk*", "*madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk*", "*tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk*" ve "*ayırt edilememiş depresif bozukluk*" biçiminde kategorize edilmektedir. Yas ve depresyon çoğu zaman birbiriyle ortak özellikler göstermesine rağmen olumsuz duyguların ortaya çıkma zamanı, şiddeti ve sıklığı açısından farklılıklar barındırmaktadır. Yas sürecinde boşluk ve kayıp duygusu daha baskın iken depresyonda çökkünlük duygusuna bitkinlik ve umutsuzluk eşlik etmektedir. Yaşantılanan bu olumsuz

duygular depresyonda kaynağı belirsiz ve sürekli olarak belirirken, yas sürecinde kayıp edilen nesne çok belirgin ve duygular da belli zamanlarda daha şiddetli olarak ortaya çıkmaktadır. En önemli ayrımlardan biri ise yas tutan bir kişinin pozitif duygular da yaşantılayabileceği ve benlik saygısının korunmuş olması olarak belirtilmektedir. Depresyonda yaygın negatif duygulanım ile birlikte kişinin kendine yönelik suçlayıcı ve eleştirel yaklaşımı yaşamının her alanına yayılmış şekilde karşımıza çıkmaktadır. İntihar düşüncelerinin varlığı hem yas hem de depresyon sürecinde söz konusu olmasına rağmen yas tutan kişinin ölme arzusu ölen kişinin yanına gitmek iken depresyondaki kişinin yaşamayı hak etmemesi ve negatif bilişsel değerlendirmeleri ile ilişkilidir (APA, 2013).

Kesitsel özelliklere uygun olarak tiplendirilen depresyon nöbet alt tipleri kısaca tanımlanmaktadır. Melankolik özellikli tipte; psikomotor ajitasyon, sabah artan belirtiler, kiloda belirgin azalma, erken sabah uyanmaları, şiddetli suçluluk duygusu, çökkün duygudurum, faaliyetlerden zevk alamama ve ilgisizlik belirtileri bulunmaktadır. Katatonik özellikli tipte; ekolali, balmumu esnekliği stereotipi, ekopraksi, katalepsi, şiddetli negatif düşünceler, mutizm, motor hareketsizlik ya da stupor belirtileri yer almaktadır. Atipik özellikli tipte; kilo artışı, bireylerarası reddedilmeye duyarlılık, bunaltı, aşırı uyuma, iştah artışı, tepkisellik, olumlu olaylarda geçici düzelmeler, kol-bacaklarda kurşun gibi ağırlık hissi belirtiler arasında bulunmaktadır. Psikotik özellikli tipte ise; çökkün duyguduruma adaptif sanrı ve varsanım bulunmaktadır (Türkçapar, 2018). Ayrıca depresif bozukluklara ait semptomların sık rastlanıldığı nörolojik ve endokrin hastalıkları da mevcuttur. Depresif semptomların görüldüğü nörolojik hastalıklar; alzheimer, demans, hidrosefali, epilepsi, ekstrapiramidal hastalıklar, huntington, iltihaplı hastalık, migren, serebral travma, MSS infeksiyonları, multipl skleroz, narkolepsi, parkinson hastalığı, progresif supranükleer palsi, romatoid artrit, serebral neoplazmalar, serebrovasküler hastalıklar, sistemik hastalıklar, sistemik lupus eritematozus, sjogren sendromu, temporal arterit, uyku apnesi, viral ve

bakteriyel infeksiyonlar, wilson hastalığı iken endokrin hastalıklar; addison hastalığı, AIDS, cushing, adrenal hastalıkları, böbrek hastalıkları ve üremi, hiperaldosteronizm, kleinfelter sendromu, kardiyopulmonerler, kanser, myokard infarktüsü, porfiriler, paratiroid hastalıkları, menstruasyonla ilişkili, vitamin (B12, C vitamini, folik asit, niasin ve tiamin) yetersizliği, postoperatif durumlar, tiroit hastalıkları, sistemik neoplazmalar olarak sıralanabilmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011).

### 2.7.3. Depresyon Bozukluklarının Etiyolojisi

Depresif bozuklukların klinik görünümleri affektte azalma, bilişsel bozukluklar, çökkün duygudurum, düşünce süreci ve akışında yavaşlama, ilgi azlığı, anhedoni, sıkıntı hissi, bunaltı (anksiyete) ve düşünce biçimlerinde değişme şeklinde sıralanmaktadır. Düşünce biçimlerinde değişmede algı bozukluğu, bellek bozukluğu, dikkat bozukluğu, hipokondriak uğraşılar ve ağrı, intihar düşüncesi ve girişimi, konsantrasyon güçlüğü, ruminasyonlar ve fobiler, olumsuz düşünceler, suçluluk-değersizlik düşünceleri, umutsuzluk ve kararsızlık yer alabilmektedir. Klinik görünümde değerlendirilen vejetatif belirtiler ise cinsel istek kaybı, enerji azlığı, iştah-kilo artışı iştah-kilo kaybı, sirkadien ritim bozuklukları, uyku düzensizlikleri şeklinde sıralanırken psikomotor ajitasyon ve psikomotor retardasyon davranışsal belirtiler olarak kabul görmektedir (APA, 2013; Öztürk & Uluşahin, 2008). Tüm bu semptomların etiyolojisi psikolojik ve çevresel etmenler, biyolojik faktörler ve disfonksiyonel aile dinamikleri çerçevesinden incelenebilmektedir ve aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmaktadır. Ancak depresif bozuklukların etiyolojisini açıklayan bu farklı perspektifler birbiriyle sıkı bir ilişki barındırdığından net bir ayrım söz konusu değildir. Depresyon etiyolojisinde yer verilen kuramlar Tablo III.'de gösterilmekte ve devamında açıklanmaktadır.

**Tablo III. Depresyon Bozukluklarının Etiyolojisini Açıklayan Kuramlar**

| Kuram | Açıklama |
|---|---|
| **Bağlanma** | Çevreye dair çarpık zihinsel model, güvensiz bağlanma |
| **Psikanalitik** | İçselleştirilen nesne kaybı, içe döndürülen öfke, düşük benlik saygısı, şişkin-baskıcı süperego |
| **Davranışçı ve Bilişsel** | Pekiştireç edinme yetisinde yoksunluk, pekiştireç kaybı, problem çözme yetisinde yetersizlik, uygunsuz bilişsel yapı |
| **Disfonksiyonel Aile Dinamikleri** | Ailede kayıpla gelişen yas, bozulan ilişkiler, sosyal içe dönüklük, tek ebeveyn, rol çatışması |
| **Biyolojik** | Nörokimyasal anomaliler, genetik yatkınlık |

#### *2.7.3.1. Bağlanma Kuramı Açısından Depresyon Bozuklukları*

Yaşamın ilk birkaç yılı birincil bakım verenle yinelenen ilişkiler bağlanmanın niteliğini geliştirmekte ve bu erken dönem çocukluk deneyimleri daha ileri yaşlarda ortaya çıkabilen depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar üzerinde etki göstermektedir. Bireyde duygulanımı etkileyen psikopatoloji yüksek oranda duygusal bağ kurma yetisiyle ilişkili olup, güvenli bağlanma temsili geliştiren çocukların duyarlı ve tutarlı bağlanma figürleri tarafından bakım aldığı bilinmektedir. Merak, destek ve rahatlık arzuları sıklıkla karşılanan, herhangi bir gereksinimde bakımverenin destekleyici ve kabul edilir bir şekilde var olduğu bakım güvenli bağlanma ile ilişkilendirilmektedir. Bu doğrultuda geliştirilen kendilik sevilebilir, kabul görebilir, desteklenebilir ve değerli olabilmektedir. Bunun tam tersi durumda birincil bakım verenin tutarsız, gereksinimlere uygun olmayan, duygusal ve destek bağ bakımından yetersiz

olmasına bağlı olarak çocuk güvensiz ve kaygılı bağlanma temsili geliştirmekte ve yetkin bir kendilik algısını oluşturamamaktadır. Sürekli bakım verenin ihtiyacını karşılamaya alışmış çocuğun istek ve arzuları yaşamdaki önemli ötekilerin talepleri doğrultusunda değişmektedir. Ayrıca bu durum çocukta onay ve destek bakımından ötekilere bağımlılık gelişmesinde ve kendilik değerlerinin etkinliği üzerinde şüphe oluşturmaktadır (Bowlby, 1983).

Bowlby (1983), bağlanma temsillerinin duygusal bağdan bağımsız şekilde oluşabilmesinin, bağlanan nesnenin tekrar tekrar reddetmesi halinde ortaya çıkabileceğini savunmaktadır. Böylece duygulanımsal olarak zorlanan bireyler kendi başlarının çaresine bakmaya alışmakta ve kendilik temsilleri yeterli biçimde gelişmektedir. Bebek ayrılığına istinaden anne ile kurulan bağlanma; kaçıngan bağlanma, kaygılı/ikircikli bağlanma ve güvenli bağlanma olarak üç şekilde kategorize edilmektedir. Kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma güvensiz bağlanma olarak tanımlanmaktadır. Zaman zaman uygun yanıt veren, farklı zamanlarda ulaşılamaz ve reddedici davranan birincil bakım sağlayan varlığında kaygılı/ikircikli bağlanma gerçekleşmektedir. Ahenkli ve istikrarlı şekilde kendilik gelişimini zorlaştıran bu tutarsızlık güvensiz bağlanma olarak değerlendirilmektedir. Bu çeşit bağlanma geliştiren bireyler yaşamın devamında, sürekli kendilik değeri oluşturma mücadelesi vermektedir. Hayat boyunca süren bu çaba "*değer arayanlar*" kavramı ile açıklanmaktadır. Yaşanan herhangi bir başarısızlık sonrasında çaresizlik geliştiren bu bireyler, duruma özgü yetersizlik haricinde düşük kendilik değerlerinin etkilenmesine izin vermekte ve değerin aranması için gayret arttırmaya yönelik inançlarını yitirmektedir. Bu olumsuz deneyim erken dönemde optimal nitelik taşımayan yaşantının kendilik temsilleri bakımından tutarsızlığına ve depresyona yol açabilmektedir (Başoğul & Buldukoğlu, 2015).

### *2.7.3.2.Psikanalitik Kuram Açısından Depresyon Bozuklukları*

Freud "*Yas ve Melankoli*" makalesinde depresyona ait kapsamlı bir psikoanalitik açıklama yapmıştır. Freud hem yas hem melankoli sürecini kayıp yaşantısına benzetmekte ancak farklılaşan tepkilerle ilişkilendirmektedir. Benlik değerinin çöküş riskine uyarı olarak kendilik değerinde azalmaya yol açan veya benlik değerinin tam anlamı ile çöküşünü kapsayan depresyon, sevgi beslenen nesnenin kaybına yanıt olarak geliştirilmektedir. Bunun yanı sıra hayal kırıklığı sevgi nesnesinin reddi gibi temsilen kayıplarda da gözlenebilmektedir. Nesne yitimini yaşantılamamak için bir girişim olarak bireyde içe atma belirmekte ve sevilen nesne ile birleşme çabası gösterilmektedir. Söz konusu tutarsız nesnenin birleşmeye zorlanması ve arzunun şiddeti ile ilişkili olarak bu durum bireyin kendisini cezalandırmasıyla sonuçlanabilmektedir. Bireyde bağışlanmaya dair başlatılan yoğun uğraş narsisistik tabanda kırılmalar yaşatmakta ve süperego ile ego arasında mücadeleye sebep olabilmektedir (Brenner, 1991). Nesne kaybı gerçekleşmişse nesneye dönük olan sadistik dürtüler ve zarar verme arzusu, depresyonla birlikte egoya yönelmektedir. Bu noktada içe atma yerine yansıtma mekanizması zıt doğrultuda işlev görmektedir. Böylece içe atma etkisi ile egonun bir kısmı kaybedilen nesne haline gelmektedir. Ego üzerine inen kayıp nesnenin gölgesi depresyona yatkınlık halinde yıkıcı, yargılayıcı ve sadist bir süperego ile karşımıza çıkmaktadır. Süperegonun baskıladığı ego ise boyun eğmek veya başkaldırmak durumunda kalmaktadır. Depresyon halinde başkaldırma tutumu örtük şekilde gerçekleşmekte, görüntüde ise yalnızca boyun eğme vardır. Bu baskının yarattığı gerilim katlanılamaz hale geldiğinde intihar girişimleri söz konusu olabilmektedir. Aktif çaba sarf etmekten vazgeçen ego, yaşamının her alanına genelleştirdiği kendilik değeri kaybının ardından, süper ego tarafından da terk edildiğini düşünmektedir. Böylece kendini ölüme terk eden ego, süper egonun ceza ve zalimliğine karşı gösterilen aşırı bir başkaldırı veya boyun eğme eylemine dönüşmektedir (Taylor & Richardson, 2005).

Anne-bebek beslenme ilişkisinde depresyonun varlığından söz eden Abraham, sevilen nesnenin duygusal bağ içermesi ve aşırı sevilen tarafından engellenme yaşayan depresif hastaların söz konusu nesneyi yok etme özlemi hissetmesi ile karakterize olduğunu belirtmektedir. Buna ek olarak, aşırı nefret ve sevgi ile suçluluk duygularının artış gösterdiği, sevilen nesnenin yıkıcı etkisinden ve cezalandırma gereksiniminden korunma isteğinin sonucunda depresyon ortaya çıkmaktadır. Depresyon introjektif ve anaklitik olarak birbirinden oluşma mekanizması açısından farklılık göstermektedir. Anaklitik depresyon, kısa süreli annenin mahrumiyetine bağlı ortaya çıkan bebeklik depresyonu olarak bilinmekte, sevilen nesne ile yakınlığa yönelik yoğun özlem ve terk edilme korkusu ile karakterizedir. Bu doğrultuda birey kendiliğinden, mutluluğundan ziyade tehdit edici, ısrarcı veya ihtiyaç karşılayan şeklinde davranarak sevilen nesne ile ilişki geliştirme gerekliliğine inanmaktadır. İntrojektif depresyon ise içe atma mekanizması, kendini eleştirme ve suçluluk duygularıyla karakterizedir. Bu tür depresyon değersizlik, suçluluk, aşağılık duyguları ve kendine yönelen agresyon ile kendini göstermektedir. İntrojektif depresyonda sıklıkla ortaya çıkan kendine yönelme mekanizması; karşıdaki kişiye gelişen agresyonun depresyonla birlikte bireyin kendisine dönmesi şeklinde tanımlanır. Bir başka psikanalitik tanımda depresyon çocukluk döneminde çaresizlik yaşantısına primer fiksasyon sonucunda özgüvende azalma meydana gelmektedir (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016; Taylor & Richardson, 2005). Ebeveynle kurulan disfonksiyonel primer ilişki daha sonra kurulan ilişkilerde anımsandığında narsisistik ve acıyla öfkeye yol açmakta dolayısı ile başarısızlık ve narsisistik kırılma ile sonuçlanmaktadır. Bu doğrultuda depresyon narsisistik kırılmalar ile ilişkilendirilmektedir. Jacobson'un bu görüşü bireylerin kendiliği, kişiliği ve bedenine yönelik bilinçli veya bilinçdışı süreçleri kapsayan kendilik temsilleri kavramını ortaya çıkarmıştır. Kendilik temsilleri depresyon sonucunda amaçlara erişmekte yetersizlik kalmakta, güçsüzlük ve çaresizliğin yaşama fikse olmasından kaynaklanan bu durum (hayali veya gerçek) önceki

çaresizlik hislerini yeniden aktif hale getirmekte ve bireyi hiçbir durumun başarı ile sonlanmayacağına inandırmaktadır (Gençtan, 2015; Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016; Taylor & Richardson, 2005).

#### *2.7.3.3. Davranışçı ve Bilişsel Kuram Açısından Depresyon Bozuklukları*

Davranışçı yaklaşımda, depresif semptomların gelişme, sürme, tekrarlama ve çaresizlik yaşantısı ile başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıkarılan maladaptif davranışları açıklanmaktadır. Bireyin başarı ve ödül hissiyatı elde etme amacı doğrultusunda davranışları ve çabası beklenen sonuca ulaşmadığında kontrolden çıkmışlık ve çaresizlik duygusu oluşmakta ve bu durum depresyonun gelişiminde etkili olmaktadır. Bireyin olumsuz bir olaya yaptığı öznel yorumu depresif belirtileri ve çaresizlik tepkisini açıklamaktadır (Nolen ve ark., 2008). Davranışsal kuramda minimum sosyal ve çevresel pekiştireç sağlıklı adaptif davranışların sönmesine, pasiflik ve çökkün duygudurumla karakterize olan depresyona neden olmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde az sayıda ödüllendirici davranış olması, depresif semptomlara sahip bireylerde azalan olumlu sosyal pekiştireç ve sosyal ilişkilerde yetersizlik ve olumsuz duygu gelişimlerine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkide az ödüllendirici davranışa bağlı öğrenilen çaresizlik modeli erken çocukluk döneminin ardından bu çaresizlik duygusunu kontrol çabasının yararsızlığı olarak görülmektedir. Bu bağlamda, bireyin olumsuz herhangi bir durumla karşılaşması halinde "*başaramayacağım*" duygusuna bıraktığı kendilik sonucu depresyon gelişebilmektedir (Başoğul & Buldukoğlu, 2015; Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016; Işık ve ark., 2013; Yıldız & Şarlak, 2022).

Beck'in (1979) bilişsel teori çerçevesinden depresyon; olayların sonucunda ortaya çıkan düşüncenin, eleştirinin ve yorumun olumsuz değerlendirilmesini ve bunun sonucunda bireyin olumsuz duygu ve yıkıcı düşüncelerle süreğen olarak kendini tanımlamasını

kapsamaktadır. Bu bireylerin zihninde serbest çağrışım veya depresif ruminasyonlar herhangi bir dış uyaran olmaksızın da gözlemlenmektedir. Depresif semptomlara sahip bireylerde "*gerçeğin çarpıtılarak yorumlanması*" ortak bir bilişsel nitelik olarak belirtilmektedir. Akıl yürütmeye dayanmaksızın, ön veriden yoksun, otomatik olarak gerçekleşen bu biliş birey tarafından otomatik ve istemsiz olarak ortaya çıkmakta ve depresif semptomlara yatkın bireyde sürekli ve inandırıcı hale gelmektedir. Daha sonrasında çarpıtılan bilişe yanıt olarak sunulan kuvvetli olumsuz duygu devamında gelecek her türlü çarpıtmanın inandırıcılığını da arttırmaktadır. Ayrıca depresif semptomları besleyen bilişsel süreç persevere olmakla birlikte, yaşantılanan olayların belirli stereotipik düşünceler ile yorumlanmasını kapsamaktadır. Sürekli ve şiddetli tekrarlayacı düşüncelerin zihinde dönüp durması olarak tanımlanan ruminasyonlar depresyonda geçmiş dönemlerde yaşantılanan olaylara anlam ve duygusal tepki verilmesi sonucu çökkün duygududuruma yanıt oluşturabilmek adına gelişmektedir (Beck, 1979).

Depresyon ile ilişkilendirilen ve bu süreçte aktif olarak ortaya çıkan üç esas biliş aktif bireyin kendisini, geleceğini ve dünyayı negatif görmesini içermektedir. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını, aile ve yakınn ilişki dinamikleri gibi geçmiş deneyimler sonucunda ortaya çıkan kontrol edilemez ve istemsiz olan olumsuz otomatik şemalar depresyonun devamlılığına neden olabilmektedir. Bu olumsuz şemalar bireyin hareket kabiliyetini engellemekte, sorgulamaya mahal vermemekte, doğru ve gerçekmiş gibi görünmektedir. Dirençli nitelikleri ile akıldan çıkartılmaları zor olan otomatik şemalardan (bilişsel çarpıtmalar) bazıları; kişisel alma (kendinden bağımsız olayları ilişkilendirip, sorumluluk üstlenme), selektif odaklanma (mevcut durumun olumsuz tüm ayrıntılarını ve yanlarını hatırlama, diğerlerini görmezden gelme), keyfi çıkarım yapma (kanıt belirginliği bulunmadığında dahi negatif yorumlama), hiç veya hep şeklinde düşünme, aşırı genelleme yapma (bir olumsuzluğun tüm durumlarla genelleştirilmesi), abartma veya küçümseme

(pozitif durumun küçümsenerek önemsenmemesi, negatif durumun abartılarak kendiliğin suçlanması) olarak örnek verilebilir. Depresyondaki işlevsiz şemalar hem bilişsel üçlüden kaynağını almakta hem de negatif üçlü bilişini pekiştirmektedir (Başoğul ve Buldukoğlu, 2015; Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016; Işık ve ark., 2013).

#### *2.7.3.4. Disfonksiyonel Aile Dinamikleri Açısıdan Depresyon Bozuklukları*

Aile içerisinde yaşantılanan ve tanık olunan travmatik olaylar ve aile ilişkilerindeki dinamikler psikopatoloji gelişiminde önemli bir role sahiptir (Erol ve ark., 2002). Ebeveynlerin fonksiyonel olarak nitelendirilmeyen tutum ve davranışları çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde psikiyatrik bozukluklar açısından risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Özellikle ebeveyndeki psikiyatrik bozukluk aile işlevselliğini bozabilecek düzeyde yaşantılandığında çocuklarda psikopatoloji riski artmaktadır. Çocuğun ebeveyn ile olan iletişimindeki fonksiyonel olmayan nitelikler çocukta davranış problemlerine, duygusal ve sosyal gelişimde bozulmalara ve yetişkinlik döneminde ise psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir (Tütüncü, 2020). Yapılan bir araştırma sonucu erkek ve kadınlarda disfonksiyonel aile dinamikleri yetişkinlik döneminde depresyon bozukluklarına temel oluşturmakta, özellikle çocukluk döneminde istismar ve ihmali kapsayan travmatik yaşantılar ile ilişkili bulunmuştur (Weich Patterson, Shaw, & Stewart-Brown, 2009). Ayrıca ebeveynlerin duygu regülasyonunda yaşantıladığı problem ve uyumsuzluklarını konu alan bir başka çalışmada ebeveyndeki duygu regülasyonu probleminin çocuk erken çocukluk dönemindeyken başlaması yetişkinlik dönemlerde depresyon bozukluklarına altyapı sağlamaktadır. Ayrıca, duygu regülasyonunda problem yaşayan çocukların yetişkinlikte depresyon riskinin 6 kat daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Nomura ve ark., 2002). İşlevselliği yeterli düzeyde olmayan ve özellikle müdahaleci davranışlarla karakterize olan aşırı koruma ve düşük duygusal bağlanma ile karakterize olan ebeveyn ihmalini içeren ebeveyn ve çocuk ilişkileri yetişkinlikte depresyon bozukluklarının ortaya çıkması ile ilişkili

gösterilmektedir (Lima, Mello & Mari, 2010). Aile işlevselliği depresyon bozukluklarına bağlı intihar davranışının ortaya çıkmasında, depresyonun nüks prevalansında ve prognozu üzerinde de etkili bulunmuştur. Özellikle kadınlar için depresyonda etiyolojik köken erken dönem ebeveyn tutum ve davranışlarının kalitesi ile yakından ilişkilidir (Tütüncü, 2020). Barrett ve Turner (2005) tarafından gerçekleştirilen çalışmada en fazla depresif belirti akrabaların da bulunduğu geniş aileli ve tek ebeveynli çocuklarda (yetişkinlik döneminde) bulunmuştur. Tek ebeveynin anne ya da baba olması durumuna bağlı olarak depresif belirtiler değişim göstermemiştir. Ebeveyn birlikteliğinde ise daha az sosyal strese ve daha fazla aile bireyi desteğinin yüksek düzeyde olan ailelerde az depresif belirtiler gözlemlenmiştir. Bu araştırmada algılanan destek ilişkilerde uyum ve eleştiri boyutlarında değerlendirilmiştir ve aileden daha az destek görülmesi depresif semptomların daha yüksek düzeyde gözlemlenmesi ile ilişkilendirilmiştir (Barrett & Turner, 2005).

Aile koruma sistemi ve çocuk yetiştirme tarzları kapsamında değerlendirilen çocukluk çağı travmaları Ruppert tarafından Bowlby bağlanma kuramı ile açıklanmaktadır. Bu açıklama bireyler arası ilişkilerde tekrar sevmeyi öğrenme ve çarpıtılmış bilişsel inanç arasında emosyonel çatışma olduğuna vurgu yapmakta ve travmatik yaşantıların tümünde söz konusu emosyonel çatışmaların önemli bir etki gösterdiğini belirtmektedir. Buna göre bağlanma paternleri vasıtası ile kuşaklar arasında geçişi olan varoluşsal, kayıp ve bağlanma sistemi travması olarak üç tür travmatik yaşantı biçimi mevcuttur. Varoluşsal travma; şiddet, cinsel istismar, hastalık, kaza gibi aktüel hayat dinamiklerinde meydana gelebilen travmatik yaşantılar sonucunda ölüm tehdidi ve ölüm korkusunun yoğun seviyelerde hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu noktada direnme ve saklanma-kaçınma arası emosyonel çatışma, varoluşsal travmanın çözümlenmesinde kritik bir unsurdur. Kayıp travması, yaşamda kritik öneme sahip veya sevilen bireyin kaybı olarak tanımlanmakta ve çocuk veya ebeveynin ölümü ya da ani ayrılık sonrası yaşantılanabilmektedir. Bu noktada emosyonel çatışma terk

edilme sonucu doğan yasla kaybolan travmatik nesneye bağlanma paternlerinin arasında meydana gelmektedir. Buna bağlı oloarak birey anne tarafından reddedildiğini düşünebilmekte yoğun ve fonksiyonelliğini bozabilecek düzeyde hayal kırıklığı veya öfke hissedebilmektedir. Bağlanma sistemi travması ise ahlaki veya etik olarak meşru hale getirilemeyen olayların ardından yaşantılanmaktadır. Ensest veya infantisit gibi olayların ardından sorumluluk alma ile utanç veya suçluluk hissi, gerçeği gizleme/saklanma çabası arasında gelişen emosyonel çatışma ile çözümlenmesi gereken esas çatışma gün yüzüne çıkmaktadır (Öztürk & Derin, 2020a). Tipolojiden anlaşılacağı üzere travma veya travma kökenli depresif bozuklukların aydınlatılması ailenin dinamiklerinin çözümlenmesi ve bu kapsamda çocukluk çağı travmalarının anlaşılması ile mümkün olmaktadır. Çocuk ihmali ve istismarının esasında çocuk yetiştirme stilinin yanlışlı kaynak olarak gösterilmekte, çocukluk çağı travmaları ile optimum mücadelenin ancak empati doğalı yetiştirme stili ile sağlanabileceğine vurgu yapılmaktadır (Öztürk, 2016).

#### *2.7.3.5. Biyolojik Açıdan Depresyon Bozuklukları*

Depresyon bozukluklarında genetik yatkınlık üzerine yapılan bir çalışma çift yumurta ikizlerindede %10-25, tek yumurta ikizlerinde ise %50 olmak üzere kardeşlerden birinin depresyon tanısı diğer kardeşin ihtimalini de arttırmaktadır (Erşan & Ebay, 2001). Ayrıca, beyinde bulunan nörotransmitterler ile ilişkili fonksiyonel bozuklukların noradrenalinerjik ve serotonerjik sistemler olmak üzere depresif bozukluklarda etki gösterdiği düşünülmektedir (Uzbay, 2004). 1970'lerden itibaren depresyonun monoamin hipotezi doğrultusunda serotonin eksikliği ile ilişkilendirildiğine vurgu yapılmıştır. Depresyona etki gösteren en önemli serotonin reseptörleri; 5-HT1A, 5-HT2, 5-HT4, 5-HT6 ve 5-HT7 alt tipleri olarak bilinmektedir. Seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) serotonerjik salınımı arttırmasına sebep olarak depresyon tedavisi için etkili sonuçlar ortaya çıkardığı için tedavi için sıklıkla kullanılmıştır. Buna ek olarak, limbik sistemin parçası olan hipokampüs depresyon belirtileri

ile ilişkilendirilmiş, stresin tetiklemesiyle azalan hipokampal apopitosis ve nörogeneziste azalma oluşması ile açıklanmaktadır. Bu bozulmanın antidepresan kullanımı ile düzelebilmesi depresyonun oluşumunda nöroplastik değişimlerin etkili olduğunu göstermektedir (Slattery ve ark., 2004; Uzbay, 2004). Hipokampal atrofi ve sinaptik plastisisitede kayıba neden olan depresyon bozuklukları; GABA, asetilkolin ve histamin nörotransmitterleri, hipotalamik pituiter - adrenal eksen (HPA), hipotalamik pituiter tiroid eksen (HPT), hipotalamik hipofizer gonadal eksen (HHG), hipotalamik hipofizer growth hormon ekseni (HPG) ile ayrı ayrı ilişkili bulunmuştur (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016). Nörotransmitter dengelerinin bozulması hücresel düzeydeki patolojileri etkilemekte ve depresyona neden olabilmektedir. (Işık ve ark., 2013). Beyindeki Nöroadrenalin (Na) hücreleri yarı yarıya dorsal ponstaki locus coeruleus'tan kök almakta ve yüksek konsantrasyonları limbik sistemde ve hipotalamusta tespit edilmekte, sempatik sinir sisteminin çoğu nöronunda bulunmakta ve vücut işlevlerinde görev almaktadır. Dopamin aktivitesinde bozulma haz, motivasyon ve psikomotor yavaşlanma/hızlanma ile bağlantılı olarak depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Dopamin aktivasyonunun artması mani semptomlarıyla ilişkilendirilirken azalması motivasyon azalması, motor yavaşlama ve depresif semptomlarla ilişkilidir. Tüm bunlar sonucunda nörosinir çalışmalarından faydalanmak, depresyonun biyolojik altyapısını değerlendirmek için PET ve SPECT bulgularından yararlanmak, depresyon alt tipleri belirlemek ve tedaviye direnç gösteren komplike olguların ayırıcı tanısında katkı sağlayacaktır (Helvacı Çellik & Hocaoğlu, 2016).

### 2.7.4. Depresyon Bozukluklarında Risk Faktörleri

Depresyon bozuklukları gelişiminde birden fazla risk faktörü barındırmakla birlikte çevresel etkenlerle genetik yapının etkileşim göstermesinin sonucunda meydana gelmektedir. Kadın olmak, depresif kişilik özelliklerine sahip olmak, göç yaşantısının varlığı, yetersiz düzeyde sosyallik ve yakın ilişki kuramamak, kronik hastalıklar, fiziksel hastalıklar, düşük eğitim düzeyi, travmatik yaşantılar, dul veya bekar olmak, iş kaybı, 18-44 yaş grubunda yer

almak ve yeti kaybına neden olan farklı ruhsal bozukluklar depresyon bozuklukları için zemin hazırlamaktadır. Biyolojik yatkınlıkların daha ağır depresyonlarda rolü olduğu gibi hafif depresyon bozuklukları daha çok çevresel etkenlerin etkisiyle tetiklenerek ortaya çıkmaktadır (Robertson Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Yılmaz, 2021). Depresif bozukluklarda genetik etkenler kadın ve erkeklerde farklılık göstermemekte birlikte ailede (özellikle birinci derece akrabalarda) depresyon öyküsü mevcudiyetinde bireylerin depresyon tanısı alma olasılığı 2-3 kat artış göstermektedir. Dizigot ikizlerde %10-25, monozigot ikizlerde %50 olmak üzere kardeşlerden birinin geçmiş depresyon öyküsü diğer kardeşte de depresyon ihtimalini arttırmaktadır (Erşan & Ebay, 2001; Sütçü, Çelik, Kabakçı, & Uluşahin, 2005)

Depresyon bozukluklarında bireyin yaş aralığı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi, hormonal değişimler ve iş kaybı gibi psikososyal etmenler risk faktörleri arasında yer almaktadır. Genellikle depresyon bozuklukları tanısı alan kişiler 20-50 yaş aralığında bulunmakta ve ortalama depresyon başlangıç yaşı 40 olarak belirtilmektedir. Erkeklerde 55-70 yaş grubu kadınlarda 35-45 yaş grubu depresyon tanısı alma açısından daha yüksek düzeyde risk taşımaktadır. Ancak her iki cinsiyet grubu için başlangıcın 20'li yaşların ortalarında olduğunu ifade eden çalışma da mevcuttur (Öztürk & Uluşahin, 2008). Depresyon tanısı erkeklere oranla kadınlarda daha sık gözlenmekle birlikte genç ve orta yaş grubunda yer alan kadın bireylerin endokrin sistemi rahatsızlıkları ile ilişkili olarak daha yüksek risk altında oldukları bilinmektedir. Menopoz döneminde herhangi bir risk artışı ortaya çıkmamakla birlikte postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresif semptomlarda artış ve şiddetlenme gözlenmektedir. Ekonomik bakımdan gelişmiş bölgelerde kadınların sahip olduğu birden çok sayıda rol (eş, anne, iş kadını, ev hanımı) üstlenmelerine bağlı artan yaşam stresi ve sorumlulukları depresif semptomlarla ilişkilendirilmektedir. Manevi ve maddi kayıplar, 11 yaşından önce ebeveyn kaybı, eş ölümü, sağlık problemleri,

çocukluk çağı ruhsal travmalar, ekonomik kriz gibi yaşam stresini arttıran etkenler depresif semptomlara neden olabilmektedir (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016).

Çalışmayan evli kadınlarının çalışan evli kadınlardan daha fazla depresif semptomlara sahip olduğu bilinmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon görülmesinin sebepleri olarak hormonal değişiklikler, çocukları olan kadınların çocuk bakımına ruhsal ve fiziksel daha çok sorumluluk almaları olarak belirtilmektedir (Yılmaz, 2021). Postnatal dönemde kadınlarda depresyon oranı artış göstermektedir. Özellikle Batı ülkelerinde gözlenen bu durumun üzerinde etkili olan faktörler; ebeveyn rolüne alışabilme süreci, toplumsal ve psikolojik stresörlerdeki artış ve hormonal değişimlerdir (Gülnar, Sunay & Çaylan, 2010). Bekar, eşini kaybetmiş ve ayrılmış bireylerde evlilere oranla daha sık depresyon gözlenmektedir (Binbay ve ark., 2015). Ancak evli bireylerde depresyon olasılığı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Evli kadınlarda depresif bozukluklarda risk artışı gözlenirken erkeklerde azalmaktadır. Erkeklerin en yüksek depresyon riski taşıdığı dönem boşanmanın ardından yaşanan 6 aydır (Yılmaz, 2021).

Sosyoekonomik düzey ile depresyon arasında doğrudan ilişki saptanmamış olup çalışmak zorunda olan ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların sosyoekonomik düzeyleri yüksek olan hemcinslerine oranla depresif semptomların daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Kırsal ve kentsel ikametler için prevalans ülkeden ülkeye (ilden ile) değişim göstermektedir. Örneğin Eskişehir'de yapılan bir çalışmada, yüksek gelir elde eden kişilerde depresyon oranı yüksek bulunurken Antalya'da tam tersi bir durum gözlenmektedir (Ayrancı & Yenilmez, 2001; Özdemir & Rezani, 2007). İş hayatındaki sıkıntılar, mevcut işin kaybı, sorunlu evlilik, eşin kaybı, fiziksel sağlık problemleri, yitirilen sevgi duygusu, ekonomik problemler, aile içi anlaşmazlıklar gibi çok sayıda çevresel ve yaşamsal faktör depresif bozuklukların oluşumunda risk etmenleri olarak belirtilmiştir (Yılmaz, 2021). İşsizlik

sonucunda yaşamsal faaliyetlerin zorlaşması ve psikolojik, fizyolojik, sosyolojik ve ekonomik problemler yaşanmasına bağlı olarak bireyin ruh sağlığının olumsuz etkilendiğinden söz edilmektedir. Özellikle işsizliğe bağlı depresif bozukluklarda artış erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek orana sahiptir. İş hayatındaki sıkıntılar, mevcut işin kaybı, sorunlu evlilik, eşin kaybı, fiziksel sağlık problemleri, yitirilen sevgi duygusu, ekonomik problemler, aile içi anlaşmazlıklar gibi çok sayıda çevresel ve yaşamsal faktör depresif bozuklukların oluşumunda risk etmenleri olarak belirtilmiştir (Yüksel, 2003).

### 2.7.5. Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Depresyon küresel kapsamda ele alındığında kronikleşme potansiyelinin üst düzey olduğu, yaşam kalitesinde ve üretkenlikte azalmaya neden olmakla birlikte mortalite riskini de arttıran psikiyatrik hastalıklardan biri olarak belirtilmektedir. İntihar girişimlerine ve meslekisosyal fonksiyonların kaybına yol açan orta ve ağır şiddetli depresif bozukluklarda ülkemiz prevalansı genel popülasyonda %4, erkek popülasyonunda %2.3, kadın popülasyonunda %5.4'tür. Genel kapsamda 25-44 yaş grubunda sık izlenimi olan depresif bozukluklar fonksiyon kayıplarını remisyon dönemlerinde de sürdürmektedir. 2013 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada global maluliyet nedenlerinde ikinci sırayı majör depresif bozukluk almıştır Yaşam boyu depresyon riski kadınlar için %10-26 iken erkeklerde %3-12'dir. Erken dönemde yaşanan depresyon bozukluklarında ileri dönemlerde yineleme olasılığı daha fazla olmakla birlikte yinelemeler ve yaşam boyu ataklar sürebilmektedir (Demir, 2021).

#### *2.7.5.1. Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi İle İlgili Uluslararası Çalışmalar*

1984 yılında 3 farklı bölgede 9000 Amerika Birleşik Devletleri vatandaşı üzerinde gerçekleştirilen çalışmada 6 aylık depresyon prevalansı erkeklerde %1.7-2.2, kadınlarda %4.1-4.6 olarak bulunmuştur (Myers ve ark., 1984). 1985'te Floransa'da gerçekleştirilen 639 kişilik araştırmada yıllık prevalans %5.3, nokta prevalansı ise %3.8 olarak tespit edilmiştir

(Faravelli & Incerpi, 1985). Regier ve arkadaşları (1988) bir diğer çalışmada aylık prevalansı %1.7-2.4 olarak belirtmiş ve ayrı yaşayan ya da boşanan kadınlarda daha yaygın olduğunu tespit etmiştir. İzlanda'da 1931'de doğan 1087 kişi üzerinden bir araştırma gerçekleştirilmiş ve 1991 yılı prevalansı %5.3 olarak bulgulanmıştır. Daha önceki yapılan çalışmalara benzer şekilde ayrı yaşayan, boşanan veya eşini kaybeden kadınlarda daha yüksektir (Stefansson Lindal, Björnsson, & Guomundsdottir, 1991). Kessler ve arkadaşları (1994) hayat boyu prevalansı %17.1; 1993 yılı prevalansını ise %10.3 olarak saptamıştır. Kadınlarda, 25-34 yaş grubunda daha sık görüldüğünü ve yaş artışı ile arttığını tespit etmişlerdir. Kaliforniya'da gerçekleştirilen 3012 kişilik kentsel ve kırsal ikameti kapsayan çalışmada Meksika kökenli vatandaşlar araştırılmıştır. Kentsel prevalans %10.2 kasaba prevalansı %8.1, kırsal prevalans %6.3 olarak tespit edilmiştir. Her üç bölgede kadınlar daha fazla depresyon tanısı almakta ancak depresyonun sosyoekonomik unsurlarla ilişkisi bulunmamaktadır (Vega ve ark., 1998). Asya ve Afrika yapılan araştırmaların sayısı az olmasına rağmen 1989-93 döneminde Güney Kore, Tayvan ve Çin'de prevalans %0.9-3.4 aralığında bulunmuştur (Kaya & Kaya, 2007). 1990 yılında gerçekleşen Kore kökenli araştırmada son yıllık prevalans %2.3 iken hayat boyu prevalansı %3.4 olarak saptanmıştır (Lee ve ark., 1990) Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir incelemede Türkiye'nin dahil olduğu 7 ülkenin 1990-96 yılları arasındaki araştırmaları incelenmiştir. Herhangi bir duygu durum bozukluğu izlenme oranı ABD için %25, Hollanda %20.1, Kanada %21.3, Brezilya %17.4, Almanya %9.8, Türkiye %7.4, Meksika için %5.6'dır (Kaya & Kaya, 2007). 1997 yılında yapılan bir araştırmada farklı ülkelerin majör depresyon prevalansı %0.9-12.6 arasında değişim göstermiştir. En düşük prevalansa Tayvan sahip olurken en yüksek depresyon prevalansı Yeni Zelanda'dadır (Bland, 1997).

2000 yılından sonra ABD ve Avrupa gerçekleşen çalışmaların yanı sıra depresif bozukluklar Güneydoğu Asya ve Afrika'da da ele alınmaya başlamıştır. New York

California'da 18-96 yaş grubunda yer alan 6694 birey üzerinden gerçekleştirilen çalışmada aylık prevalans %5.2 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca depresyonun orta yaşta artış gösterdiği, kadınlarda daha yüksek olduğu ve obezite ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ohayon, 2007). 2006'da son 10 yılın araştırmasını yapan Marneros, sosyal sınıf, kültür etkisi, duyarlılık, belirti şiddeti, cinsiyet, yaş gibi etmenlerin ruhsal bozukluklarla ilişkisini değerlentirmişti. Altı farklı Avrupa ülkesinde ikamet eden 21425 kişi incelenmiş ve hayat boyu herhangi bir depresif bozukluğun prevalansı %14 olarak bulgulanmıştır. En sık rastlanan ruhsal bozukluk majör depresyon olmuştur. Prevalansı %3.6-8.5 aralığında değişim göstermektedir ve kadınlar erkeklerin 2 katı tanıya sahip iken depresyon en sık olarak anksiyete bozukluklarıyla komorbidite göstermektedir (Marneros, 2006). Hayat boyu yaygınlık oranları bakımından dul kalan, eşi ile boşanan, ayrı yaşayan kadınlar daha yüksek depresyon oranına sahiptir (Gureje ve ark., 2007). Diğer çalışmalara benzer şekilde kadınlarda medeni durum ve düşük eğitim düzeyleriyle depresyonun arttığı, prevalansın %2.2 olduğu, herhangi bir işi bulunanların işsizlere oranla 10 kat daha düşük depresyona girdiği ve 35 yaşın üzerinde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Fekadu ve ark., 2007).

#### *2.7.5.2. Ülkemizde Depresyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi İle İlgili Çalışmalar*

Ülkemizde ilk depresyonun epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışma 1963 yılında 10.000 bireyin tarandığı Türkiye Akıl Hıfzıssıhhası Cemiyeti'nde gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar bilim dünyası ile paylaşılmamış ve istatistiksel analiz yapılmamıştır. Fakat bu çalışmanın ardından yapılandırılmış ölçekler kullanılarak basit düzeyde araştırmalar gerçekleştirilmiştir (Ceylan & Oral, 2001). 1981'de tanı koyma üzerine geliştirilen görüşme ölçeğinden yararlanılarak kırsal alanda yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %19.2, hayat boyu prevalansı %23.6 olarak tespit edilmiştir. Aynı ölçeğin İzmir'de uygulanması sonucu %13 depresyon prevalansına, %19 hayat boyu depresyon prevalansına ulaşılmıştır. Bu

araştırmalarda 40 yaşın üzerinde olmak, kadın olmak, sosyoekonomik düzeyi düşük olmak, dul olmak temel risk unsurları olarak değerlendirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ile 1989-93 yıllarında 14 ülkede gerçekleştirilen (Türkiye'de Ankara Gölbaşı Sağlık Ocağı'ndan 1307 hasta seçilmiştir) araştırma sonucunda %11.6 depresyon tanısı konmuştur. Tüm depresyon tanısı alanlar içinden sağlık durumlarına daha az dikkat edenler, daha fazla kronik hastalıklara sahip olanlar ve kadınlarda daha yaygındır. İş durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, yaş ile depresyon tanısı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Eskişehir'de 700 kişi üzerinden gerçekleşen bir çalışmada primer depresyon prevalansı %27.7, sekonder depresyon prevalansı %3.57 olarak tespit edilmiştir. Yine kadınlarda daha yüksek gözlenmekle birlikte sosyodemografik değişkenlerden ziyade evlilik sorunları ve çocukluk dönemine ait aile içi şiddet öyküsü ile ilişkilendirilmiştir (Kaya & Kaya, 2007).

Depresyonun kadınlarla daha fazla görülmesinin nedeni biyolojik etmenlerin (genetik duyarlılık, hormonal faktörler, tiroit hastalıkları, menstürasyon) yanı sıra iş alanında ayrımcılığına maruz kalma, edilgen bağımlı ve pasif kadınların girişkenlik bakımından baskılanması, toplumun biçtiği roller ve beklentiler (çocuk yetiştirme, çocuk doğurma, ev işleri ve eşe karşı sorumluluk) ve en önemlisi çocukluk çağından itibaren şiddete ve istismara maruz kalma nedenlidir. Günümüzde normal popülasyona ait prevalansı %10-20'dir. Erkeklerde yaşam süresini 11 yıl kadınlarda ise 15 yıl kısaltmaktadır (Çalık & Aktaş, 2011). Hayatın her döneminde görülebilen tanısı koyulduğunda acilen tedavi edilmesi gereken bir psikiyatrik hastalık olan depresyonda tedavi almayan vakaların %15'i mortalite ve intihar riski taşımaktadır. Ayrıca çok sayıda çalışmada majör depresif bozuklukların 20'li yaşların sonunda geliştiği saptanmıştır. NEMESİS çalışmalarında %29.9, ECA çalışmalarında %27.4 olarak saptanan başlangıç yaşı haricinde yineleyici tek uçlu majör depresif bozukluk başlangıç yaşı ortalama 30-35'tir. Erken yaşta başlayan depresyon mesleki ve sosyal fonksiyonelliği bozarak yaşam kalitesinin ciddi oranlarda düşmesine, eş tanılı psikiyatrik ve fiziksel hastalıklara, artan

intihar girişimi olasılığına, çok sayıda depresif döneme ve şiddetli semptomlara neden olmaktadır (Helvacı Çelik & Hocaoğlu, 2016).

Depresyon bireyin yaşam kalitesini yüksek ölçüde bozan ve yaşamsal faaliyetlerini sürdürmekte güçlük yaratmakla birlikte iş, aile ve sosyal bakımdan olumsuz etkilere sebep olan psikiyatrik bir hastalıktır. Ayrıca yaşlılık döneminde sık rastlanılan ruhsal bozukluklardan biri olmakla birlikte yaşlı nüfusa ait depresif bozukluk sıklığı %11.3, depresif semptomların görülme sıklığı %20 olarak tespit edilmiştir (Çelik & Hocaoğlu, 2016). Trabzon'da gerçekleştirilen bir araştırmada evinde ikamet eden yaşlıların %29'u, huzur evinde ikamet eden yaşlıların %41'inin depresyon tanısı aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca depresif bozukluk yaşayan yaşlıların %80'i fiziksel hastalıkları nedeniyle bir yardıma başvurmaktan yalnızca %4'ü depresyona yönelik tedavi alabilmektedir. Bu durum depresif bozukluk tanılarının yeterince dikkate alınmadığını göstermektedir. (Maral ve ark., 2001; Çalık & Aktaş, 2011; Ateş, 2018). Son dönemlerde gerçekleştirilen çalışmalar erişkin ve yaşlılar arasında çok fazla fark bulunmadığını göstermektedir. Bu nedenle ileri yaşın kendi başına depresyon olasılığını arttırmadığı, birçok etkenin rolü olduğu düşünülmektedir. Her yaşta gözlemlenebilen azalmış fiziki yetenek kaybı, günlük aktivite bilişsel işlevlerde gerileme, zayıflayan sosyal ilişkiler, kötüleşen ekonomik durum, yalnız yaşama, yetersiz sosyal destek sistemleri gibi etkenler depresyon sıklığını arttırmaktadır (Maral & diğ., 2001). Ayrıca herhangi bir işe sahip olmayanların, iş sahibi olanlara oranla 3 kat daha fazla, yoksul olanların varlıklı olanlara oranla 2 kat daha fazla depresyon bozuklukları tanısı aldığı belirlenmiştir (Işık ve ark., 2013).

### 2.7.6. Depresyon Bozuklukları ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki

Komorbidite mevcut psikiyatrik hastalığın klinik izlencesi esnasında meydana gelen ek ve farklı bir klinik durum olarak tanımlanmaktadır. Borderline kişilik bozukluğuna eşlik

eden depresyon bozuklukları psikopatolojide etki arttırıcı bir rol oynamaktadır. Depresif belirtilerin borderline kişilik bozukluğu patolojisine komorbid olduğu bireylerde bu durum her iki bozukluğun şiddetini arttırmakta ve negatif prognoza neden olmaktadır. BKB vakalarında yapılan ek tanı araştırmalarda en yüksek olarak %31-83 aralığında depresyon bozuklukları eşlik etmekte ve bu durum klinik süreçleri de olumsuz etkilemektedir (Comtois ve ark., 1999; Shea ve ark., 2004; Sullivan & Youngner, 1994; Tunç, 2016; Zimmerman, 1999). Bunun nedeni erken başlangıca sahip olan depresyonun, çok sayıda atak içermesidir (Galione & Zimmerman, 2010). Farklı kişilik bozuklukları ile karşılaştırmada depresif atakların yineleme riskinin BKB'de diğer kişilik bozukluklarına kıyasla daha yüksek orandadır. Ayrıca BKB'nin depresif bozuklukların seyri üzerine etkisi de diğer kişilik bozukluklarına göre daha olumsuzdur (Gunderson, 2008). Kişilik bozuklukları depresyon gelişimi için bir risk faktörü olmakta, özellikle tekrarlayıcı depresif atak yaşantılayanların yaklaşık yarısına kişilik bozukluğu da eşlik etmektedir. Depresyon, B kümesi kişilik bozukluklarından en yüksek düzeyde %30-70 oranında BKB tanısı alan bireylerde görülmektedir. Kişilik bozukluğu ek tanısı olan bireylerde depresyonun daha erken yaşlarda başladığı ve daha fazla sayıda depresif nöbet ile ortaya çıktığı bilinmektedir (Cyranowski ve ark., 2004; Enns ve ark., 2001). Ayrıca, BKB tanısı alan bireylerin yoğun depresif duygu durumlarına dair iki neden ortaya koymaktadır. İlki depresif semptomların BKB'li bireylerce sergilenen abartılı, dayanıksız ve savunmasız duygudurumlarından kaynak bulması olarak açıklanmaktadır. Diğeri ise çocukluk ve gelişim sürecindeki aile dinamiklerinin yetişkinlik yaşantılarında tekrardan canlanmasıyla ilişkilidir (Cain ve ark., 2012). Bu bağlamda BKB tanısı alan bireylerde şiddetli depresif belirtiler reviktimizasyona sebep olabilmekte ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarının erişkinlikte kişilerarası ilişkilerde tekrardan canlanması şeklinde karşımıza çıkabilmektedir (Tunç, 2016).

### 2.7.7. Adli Psikopatoloji Perspektifinden Depresyon Bozuklukları

Adli psikopatoloji alanında, psikiyatrik hastalıkların herhangi bir suça sebebiyet verme riski duygudurum bozukluklarında şizofreniye oranla daha seyrek gözlemlenmekte olmasına rağmen suça karışanların 1/5'i depresif bozukluklar spektrumda tanı almaktadır. Depresif bozuklukların prognoz ve klinik seyri her bireyde farklılık göstermesinin yanısıra, depresif ataklar arası dönemde bireyin kognitif ve mental kapsamda neredeyse tüm fonksiyonları normaldir. Bu nedenle depresif bozukluk tanısı alan kişilerin özellikle iyileşme dönemlerinde adli problemlerle karşılaşılması pek olası değildir. Fakat değersizlik ve suçluluk duyguları nedeniyle depresyon bozukluklarına sahip bireyler zaman zaman işlemedikleri suçları da itiraf edebilmektedir (Yayla, 2007). Manik veya depresif atak sonucunda gelişen davranışların suç teşkil etmesi halinde dahi hafif veya çevre tarafından telafi edilebilir adli vakalar yaşanmaktadır. Duygudurum bozukluğu tanısı alan bireyler şiddetli hastalık dönemlerinde cinayete kadar uzanan suçlar işleyebilmektelerdir ancak suçun gerçekleşme dönemi sıklıkla kişinin depresif atağı değil manik atağı esnasında olmaktadır. Bu vakalarda suç işlemenin ardından gözlenen intihar girişimleri de mevcuttur. Ek olarak, depresyon tanısı alan bireylerin dürtüsel işledikleri cinayetlerde narsisistik yaralanma, utanç duygusu, aşağılandıkları algısı gibi nedenlerle motive oldukları belirtilmektedir (Rosenbaum, 1990).

Travmatize olan bireyler travmalarını farklı biçimlerde yeniden canlandırdırarak travmatik durum ile ilişkilerini sürdürebilmektedirler. Ensest mağdurlarının hayat kadını olarak, gazilerin paralı askerlik yaparak, daha önce istismara maruz kalan evlatlık çocukların daha sonraki ailelerinde istismar provokasyonu varmışçasına hareket ederek davranışta bulunmaları, agresyon veya kendilerini yaralanmaları yaşantılanan travmanın çeşitli biçimlerde ifadesidir. Reviktimizasyon, kendini yaralama veya kasıtlı kendine zarar verme davranışı özellikle çocukluk travmalarında, depresif bozukluklar ve kümülatif travmalarda gözlenmektedir (Gölge, 2005). Tek fail mağdurlarına kıyasla birden fazla sayıda failin

mağduru olan çocuklar yetişkinlik dönemlerinde şiddetli depresyon, dissosiyatif bozukluklar ve kendini yaralayıcı semptomlar göstermektedir. Ayrıca çocukluk döneminde ikiden daha fazla cinsel saldırıya uğrayan çocuklar, yetişkinlik döneminde daha yüksek oranda reviktimizasyon yaşamaktadır (Kellog & Hoffman, 1997). Bu nedenlerden dolayı reviktimizasyon teorileri çocukluk çağı istismarı ile çok yakından ilişkilendirilmekte ve depresif semptomların şiddetlenmesine sebep olabilmektedir. Travmaya bağlı öncelikle acı hissetmeme, amnezi, algı ve zaman kavramında bozulma, yer ve mekan algılarında farklılaşma, halüsinasyon deneyimleri savunma mekanizması olarak geliştirilmektedir. Ancak bu durum bir müddet sonra bilinçdışı ve otomatik biçimde gerçekleşmeye başlamakta, mağdurun reviktimizasyona zemin hazırlamanın yanısıra depresif bozukluklarla ilişkilendirilen çaresizlik duygsunu arttırmaktadır (Gölge, 2005).

İntihar adli psikopatolojik açıdan incelenen kişiyi suça yönlendirmede etkisi olan agresyon ve saldırganlığın kendisine yönelmesi olarak tanımlanabilmektedir. Depresif bozukluklar ise, intihar oranının en yüksek olduğu psikiyatrik tanı grubu olarak bilinmektedir. Özellikle depresyon hastalarının hastanede yatarak tedavi görmelerinin ardından veya hafif iyileşme başlangıcını içeren erken tedavi dönemlerinde çok daha yüksek olduğu tespit edilen sonlandırılmış intihar oranı erkeklerde, kadınlara nazaran daha çok gözlenmektedir. Günümüzde intihar girişimi gerçekleştiren hastaların yarısı daha önceki dönemlerde psikiyatrik bir tanı almıştır ve bunlar arasından en yaygın tanı depresif bozukluktur. Depresif bozukluk yaşayan hastaların %10-15'i intihar girişiminde bulunmaktadır. İntihar düşüncesi taşıyanların oranı ise %60'ı geçmektedir (Polat & Balıkçı, 2008). Psikotik niteliğe sahip depresyonlarda ise hezeyan ve halüsinasyonların etkisi ile gerçekleşen cinayet oranı sıklıkla gözlemlenebilmektedir. Bu vakaların birçoğunda cinayetin hemen ardından intihar teşebbüsü ortaya çıkmaktadır. Aynı anda cinayet ve intihara kalkışan depresif bozukluk hastalarının yargılama ve içgörü yetenekleri ciddi oranda tahrip olmuş durumdadır. Özellikle psikotik

nitelik taşıyan depresyon hastaları atak esnasında suça karışmış ise ceza sorumlulukları ortadan kalkabilmekte ya da belirli bir oranda azaltılabilmektedir. Çoğunlukla gözlenen davranışlar cezai ehliyeti ortadan kaldırabilecek derecede bozulan yargılama yeteneğini ve impulsif tavırları içermektedir. Ek olarak, Tip II bipolar bozukluğu bulunan hastaların hipomanik yapısının şiddeti depresif atakların arasında cezai ehliyetini etkileyebilir nitelik taşıyabilmektedir (Yayla, 2007). Ayrıca, psikiyatrik bozukluklara sahip olan ve çocuklarını öldüren anneler arasında en yüksek prevalans depresyon bozukluklarında gözlemlenmekle birlikte öldürmedeki motivasyon kurtarma veya acıma maksatlıdır (Savaş ve ark., 1999).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeline, araştırmanın evreni ve örneklemine, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına, çalışmanın prosedürüne ve araştırmanın istatistiksel yöntemine ilişkin bilgilere yer verilecektir. Çalışmamızda dissoanalitik kuram ve adli psikopatoloji perspektifinden borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarının kümülatif travmatik yaşantıları ve çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık ve bağlanma düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Doktora tez çalışmamız, amaçlı örnekleme yoluyla ulaşılan ve İstanbul'da yaşayan 35 borderline kişilik bozukluğu ve 35 depresyon tanısı alan toplam 70 yetişkin vaka ile yürütülmüştür.

## 3.1. Araştırma Modeli

Bu doktora tezinde vaka kontrol modeli kullanılmış olup ilişkisel tarama yöntemi uygulanmıştır. Klinik gözlemler, vaka serileri ya da kesitsel araştırmalar sonucunda edinilen bazı ilişkilerin nedensel olup olmadığını saptayabilmek için uygulanan analitik bir araştırma modelidir. Hastalıklar veya sonuçlarla ilişkili faktörlere bakmak için yaygın olarak kullanılan bir model olmakla birlikte tanılı bir hastalığı olanlar (vaka grubu) ile ilgili hastalığı olmayanlarda (kontrol grubu), ya da başka bir tanı grubunda hastalığa yol açtığından şüphelenilen bir etkenin ne boyutta olduğu saptanarak, vaka ve kontrol grupları arasında bir fark olup olmadığı araştırılır (Setia, 2016).

## 3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanıyan, olasılık temelli olmayan bir araştırma yöntemidir. Seçilen olguları anlamak, bunlar arasındaki ilişkileri keşfetmek ve açıklamak adına seçilmiş olan bu yöntemin kullanılmasındaki amaç, örneklem grubunun klinik grup

olması ve araştırmada çalışılan problemleri aydınlığa kavuşturacak zengin bir bilgi içeriğine ulaşmaktır (Büyüköztürk ve ark., 2012). Araştırmanın evreni, İstanbul'da yaşayan ve bir psikiyatrist tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)'e göre borderline kişilik bozukluğu veya depresyon bozukluğu tanısı almış yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemi, İstanbul'da yer alan bir psikiyatri kliniğinde psikiyatrist tarafından DSM-5'e göre borderline kişilik bozukluğu tanısı konmuş olan 35 yetişkin vaka ve psikiyatrist tarafından DSM-5'e göre depresyon bozukluğu tanısı konmuş olan 35 yetişkin vaka olmak üzere toplam 70 kişilik klinik vakadan oluşmaktadır. İlk adımda, psikiyatri kliniğine aktif olarak gelen toplam 50 borderline kişilik bozukluğu ve 50 depresif bozukluk tanısı alan yetişkin bireylere telefon yoluyla ulaşılmış ve araştırmaya katılmak üzere davet edilmiştir. İkinci adım olarak, 40 borderline kişilik bozukluğu, 38 depresif bozukluğu vakasının verileri toplanmak üzere klinik görüşmeye alınmıştır. Son olarak, 5 borderline kişilik bozukluğu ve 3 depresyon bozuklukluğu vakası uygulamaları eksik tamamlandığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamızın uygulamaları katılımcılarla yüz yüze görüşülerek Ocak 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları, ölçek ve soru listelerinden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak dokuz ölçme gerecinden yararlanılmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerini ve ilişkilerindeki travmatik bağlanma özelliklerini tespit etmeye yönelik *"Demografik Bilgi Formu"* kullanılmıştır. Katılımcıların psikopatolojilerinin şiddetini ölçmek adına depresyon grubu için "*Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)*", borderline kişilik bozukluğu için *"Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ)"* kullanılmıştır. Katılımcıların çocukluk çağı travmalarını belirleyebilmek amacıyla *"Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği*

*(ÇÇRTÖ)"* ve *"Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇÇKKİSF),* kümülatif travmalarını belirlemek amacıyla *"Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)",* dissosiyasyon puanlarını belirlemek amacıyla *"Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)"* saldırganlık düzeyini ölçmek amacıyla *"Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği",* genel anne-babaya bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla ise *"Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)"* kullanılmıştır.

### 3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Doktora tez çalışmamızın örneklemini oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek üzere A.D.A. ve E.Ö. tarafından hazırlanmış 46 sorudan oluşan demografik bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda katılımcıların cinsiyetini, yaşını, medeni durumunu, eğitim düzeyini, bulunduğu yer ve kimlerle yaşadığını, algılanan gelir düzeyini, kaç kardeş olduğunu, hâlihazırda ve önceden hem kendisinin hem de ailesinin psikiyatrik tanı alıp almadığını, geçmiş alkol/madde kullanımı öyküsünü ve son olarak ilişkilerinde travmatik/yıkıcı örüntüleri sürdürüp sürdürmediklerini içeren sorular bulunmaktadır.

### 3.3.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği orijinal adıyla "*Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)"* Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiş klinik ve klinik dışı gruplara da uygulanabilmekte olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek üç tanesi travmanın inkârını ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddeyi 5'li Likert tipi ölçek üzerinde (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) derecelendirmektedirler. Bu ölçek; cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ile duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin yönergesinde katılımcılara 20 yaşından önce deneyimledikleri travmatik olaylarla ilgili sorular sorulmakta ve kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri istenmektedir. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) puanlarının

hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin, 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). ÇÇRTÖ toplam puanı beş alt puanın toplanması ile elde edilir. Alt puanlar 5-25, toplam puan ise 25-125 arasındadır. Duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından 2012 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış, Cronbach Alfa İç Tutarlılık katsayısı 0.93, Gutman Yarım Test katsayısı .97, iki hafta arayla testin aynı örnekleme tekrar uygulanması ile elde edilen test tekrar katsayısı ise .90 olarak bulunmuştur. Ayrıca alt puanlar için korelasyon katsayıları şu şekildedir: duygusal istismar ($r=0.90$, $p<0.001$), fiziksel istismar ($r=0.90$, $p<0.001$), cinsel istismar ($r=0.73$, $p<0.001$), fiziksel ihmal ($r=0.77$, $p<0.001$), minimizasyon ($r=0.71$, $p<0.001$). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı BKB grubu için .93, depresyon grubu için .82 olarak bulunmuştur.

### 3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1978'de geliştirilen Beck Depresyon Envanteri, Hisli (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup depresif belirtiler düzeyini; vejetatif, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri üzerinden ölçmektedir. Ölçek; depresif duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, intihar düşünceleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, başkalarına ilgi kaybı, kararsızlık, bedensel imgenin çarpıtılması, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı gibi depresyon belirtilerinin derecesini niceliksel olarak tanımlamaktır. BDE 4 seçenek içeren 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Hisli, 1989). Yirmi sekiz kişilik örneklem grubuna testin önce Türkçe ve bir hafta sonra da İngilizce

formunu verilmiş, diğer 30 kişilik gruba da bunun tersi uygulanmıştır. İstatistiksel analizler, iki form arasındaki korelasyon katsayılarının r = 0.81 ve r = 0.73 olduklarını göstermiştir. Bu sonuç İngilizce ve Türkçe formlar arasında yüksek oranda benzerlik olduğunu ortaya koymaktadır (Hisli, 1989). Envanterin otuz hasta ve kırk normal öğrenci üzerinde yarıya bölme yöntemi ile yaptığı güvenirlik çalışmasında korelasyon katsayılarını hastalarda r = 0.61, normal öğrencilerde r = 0.78 olarak, 40 normal öğrenci üzerinde test-retest yöntemi ile de korelasyon katsayısını r = 0.65 bulmuştur (Hisli, 1989). Yönergede, katılımcılardan son bir hafta içinde kendi duygudurumlarını değerlendirmeleri istenmektedir. Her bir madde 0 ile 3 arasında değerlendirilir ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Alınan puan yükseldikçe depresyon düzeyi ya da şiddeti de yükselmektedir (Savaşır & Şahin, 1997). Savaşır tarafından belirtilen Türk normlarının bir standart kayma üstündeki puandan daha fazladır (Hisli, 1989). Bu bağlamda, Beck depresyon anketinden alınan 17 ve üstündeki puanların %90'ın üzerinde bir ihtimalle patolojik düzeyde depresyona işaret ettiği söylenebilir. Ayrıca Beck (1972), ölçeğin norm sınırlarını şu şekilde de belirtmiştir.

0-13 Puan: Depresyon yok

14-24 Puan: Orta derecede depresyon

25 ve üstü puan: Ciddi derecede depresyon

### 3.3.4. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ)

Bernstein ve Putnam tarafından 1986'da geliştirilen 28 maddelik ölçeğin her maddesi için katılımcılar 0-100 arasında puanlama yapmaktadır ve sonuç için alınan toplam puanların ortalaması hesaplanmaktadır. Bir dissosiyatif bozukluk tanısına işaret eden puan 30 ve Türkiye'de yapılan araştırmanın kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir (Aydemir & Köroğlu, 2000). Araştırmamızda, 25 puan altı alanlar *"normal",* 25-30 puan arası alanlar *"subklinik",* 30 üzeri alanlar ise *"klinik"* olarak değerlendirilmiştir. 1995 yılında Yargıç, Tutkun ve Şar

tarafından, 2014 yılında Kundakçı ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe versiyonu için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach alfa 0.97), Gutman yarım test r=0.95 ve test tekrar test korelasyonu r=0.77 ile yüksek değerlere sahiptir (Yargıç, Tutkun & Şar, 2014). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı BKB grubu için .83, depresyon grubu için .62 olarak bulunmuştur. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Türkiye'de dissosiyatif bozuklar alanında yapılan pek çok çalışmada ölçme aracı olarak kullanılmıştır.

### 3.3.5. Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ)

Pfhol ve Blum tarafından 2009 yılında geliştirilen 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin geliştirilmesindeki amaç borderline kişiliğini tanımlamaktansa, şiddeti ve değişimini ölçmektir. Ölçek, duygu, düşünce ve davranışları ölçen 3 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk 8 madde A (Duygu ve Düşünceler) alt ölçeğini oluşturur ve duygudurum reaktivitesi, kimlik bozukluğu, dengesiz ilişkiler, paranoya, boşluk ve intihar düşünce değerlendirmektedir. Sonraki 4 madde ise B (Davranışlar–Olumsuz) alt ölçeğini oluşturur ve kendini yaralama gibi olumsuz eylemleri değerlendirmektedir. Bu iki alt ölçekte, maddeler 5'ten (Aşırı), 1'e (Yok/Hafif) şekilde değerlendirilir. Son 3 madde ise C (Davranışlar–Olumlu) alt ölçeğini meydana getirmekte ve terapiyi sürdürme gibi olumlu eylemler değerlendirilmektedir. Bu son 3 madde ise 5'ten (neredeyse her zaman), 1'e (neredeyse hiçbir zaman) doğru derecelendirilir. BŞDÖ ölçeğinin puanlaması yapılırken her bir alt ölçeğin toplam puanı hesaplanır. Alt ölçeklerden A (Duygu ve Düşünceler ve B'nin (Davranışlar–Olumsuz) puanları toplanır ve C (Davranışlar–Olumlu) alt ölçeğinden alınan toplam puan çıkartılır. Bir düzeltme faktörü olan 15; 12 (en iyi) ile 72 (en kötü) arasında puan alınabilen sonuca eklenir. Türkçe BŞDÖ ölçeğinin geçerlik güvenirlik analiz sonuçlarına göre Düşünceler ve Duygular, Olumsuz Davranışlar ve Olumlu davranışlar alt ölçeklerinin Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.80, 0.65 ve 0.67 olarak belirtilmiştir. Bütün ölçek için

ise iç tutarlılık katsayısı 0.75'dir ve tüm alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları tutarlı bulunmuştur (Akın, 2016).

### 3.3.6. Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Parker ve arkadaşları (1979) tarafından Bowlby'ın bağlanma kuramı temel alınarak geliştirilen 25 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Katılımcıların algıladığı ve deneyimlediği çocuk yetiştirme stilleri kapsamında ebeveyne bağlanmalarını algılanan anne baba davranışlarını ilgi ve koruma olmak üzere iki boyutta değerlendirmektedir (Kapçı & Küçüker, 2006). İlgi boyutunda 12 madde (0-36 puan aralığında), aşırı koruma boyutunda ise 13 madde (0-39 puan aralığında) bulunmaktadır. Ölçeği dolduran kişinin yaşamının ilk 16 yılını düşünerek ebeveynlerinin ölçekte yer alan ifadeyi ne kadar karşıladığına dair algılamasını ayrı ayrı işaretlemesi istenmektedir. Ölçeğin 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 ve 25 numaralı maddeleri ilgi boyutunu karşılarken; 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 19, 20 ve 23 numaralı maddeleri ise aşırı koruma boyutunu ölçmektedir. Ayrıca, ölçekte yer alan 2, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 23 ve 24 numaralı maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarındaki puan artışı güvenli bağlanma modellerine işaret etmektedir. İlgi alt boyutunun toplam puanı 0-36 arası değişmekte, yüksek puan verenler sıcak ve kabullenici ebeveyn tutumlarına işaret ederken, düşük puan verenler ise soğuk ve reddedici ebeveyn tutumlarına işaret etmektedir. Aşırı koruma/kontrol alt boyutunun toplam puanı 0-39 arası değişmekte, yüksek puan verenler özerkliğe izin vermeyen kontrolcü, düşük puan verenler ise özerkliğe izin veren ebeveyn tutumlarına işaret etmektedir (Kapçı & Küçüker, 2006). Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık, iki-yarı test ve test-tekrar test istatistikleri ile hesaplanmıştır. Anne formu için Cronbach alfa değeri .87, Baba Formu için .89 olarak bulunmuştur. Hem Anne hem de Baba formlarında koruma alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı .70, ilgi/kontrol alt ölçeği için ise sırasıyla .90 ve .91'dir. ABBÖ'nin iki-yarı güvenilirliğine Guttman Split-Half yöntemiyle bakılmış, anne formunda tüm ölçek için .70, ilgi/ kontrol boyutu için .85 ve

koruma boyutu için .68 olarak hesaplanmıştır. Baba formunda ise bu değerler tüm ölçek için .64, ilgi/kontrol ve koruma alt ölçekleri için ise sırasıyla .83 ve .64 olarak belirtilmiştir. (Kapçı & Küçüker, 2006). Anne-babaya bağlanma ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik istatiksel bulguları ölçeğin psikometrik özelliklerinin yeterli düzeyde tatmin edici olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı (anne toplam) BKB grubu için .53, depresyon grubu için .66 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı (baba toplam) BKB grubu için .46, depresyon grubu için .40 olarak bulunmuştur.

### 3.3.7. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)

Buss & Perry (1992) tarafından saldırganlığı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Öz-değerlendirme ve 5'li likert tipindeki ölçek, toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, *"fiziksel saldırganlık", "sözel saldırganlık", "öfke", "düşmanlık" ve "dolaylı saldırganlık"* olmak üzere beş alt faktörü değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Demirtaş Madran (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre ölçeğin güvenirliği iç-tutarlılık katsayısının hesaplanması ve test-tekrar test güvenirliği ile test yarılama güvenilirliğinin belirlenmesi yoluyla ölçülmüştür. Her bir faktörün iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı yoluyla ölçülmüştür ve alfa değerleri 4 faktörün de iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Tüm ölçek için elde edilen alfa değeri 0,85, fiziksel saldırganlık için elde edilen alfa değeri 0,78, sözel saldırganlık için elde edilen alfa değeri 0,48, öfke için elde edilen alfa değeri 0,76, düşmanlık için elde edilen alfa değeri 0,71'dir. Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı BKB grubu için .87, depresyon grubu için .87 olarak bulunmuştur.

### 3.3.8. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKKİSF)

Yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde uygulanan bu form Dissosiyatif Bozukluklar Görüşme Çizelgesinin çocukluk çağında taciz ve istismar edilme ile ilgili 73-85 arasındaki

soruların modifiye edilmiş şeklini kapsamaktadır (Ross ve ark, 1989). Yargıç, Tutkun ve Şar (1994) tarafından çevirisi ve adaptasyonu yapılan ölçeğin soruları katılımcıya yazıldığı gibi okunduktan sonra katılımcının "*evet*" yanıtı vermesi halinde, kim tarafından, kaç yaşında yapıldığı, yapan kişinin o sırada kaç yaşında olduğu sorulmakta ve istismarın şiddet ve sıklığının verilen seçeneklere göre derecelendirilmesi istenmektedir. Ayrıca her soruya verilen cevap ile ilgili bir açıklama yapması istenmektedir. Son 2 soruda katılımcıların intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışının geçmişte olup olmadığı ile ilgili sorular bulunmakta ve "*evet"* yanıtı doğrultusunda açıklama istenmiştir. İntihar girişimi, kendini hemen veya kısa sürede öldürmek amacıyla yapılan her türlü eylem olarak tanımlarken, kendine zarar verme davranışı ise, kendini öldürme niyeti olmaksızın isteyerek vücuduna herhangi bir şekilde fiziksel zarar verme olarak kabul edilmiştir.

### 3.3.9. Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)

Literatürde travma çalışmaları genellikle kişinin en son yaşadığı ya da kişiyi en çok etkileyen travmatik olayları değerlendirmektedir. Kompleks travmaları ve çoklu travmatik maruziyeti, gelişimsel temelli travma çerçevesinden değerlendiren Kümülatif Travma Ölçeği-Kısa Form (KTÖ-K)'unu orijinal olarak İbrahim Kira (2008) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirliği Eltan (2019) tarafından yapılmıştır. Ölçek olayın olma durumunu (0 veya 1), sıklığını (0,1,2,3, veya 4), ve yaş parametrelerini değerlendiren 35 soru içermektedir. Ölçekte; hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik travmaları ve aile-bağlanma travmalarını değerlendiren 4 alt boyut bulunmaktadır. İlk alt boyut hayatta kalma travmaları olup 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 14, 21, 24. sorular, ikinci alt boyut kişisel kimlik travmaları olup 10, 12, 13, 20, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 35. sorular, üçüncü alt boyut toplumsal kimlik travmaları olup 17, 19, 23, 26, 32, 34. sorular, dördüncü alt boyut aile – bağlanma travmaları olup 4, 5, 11, 15, 16, 18, 28. sorular üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı

(negatif değer, hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik, aile bağlanma travmaları) sırasıyla; .74, .47, .59, .63 ve .40 olarak bulunmuş, geçerlik ve güvenirliği kabul edilmiştir (Eltan & Karancı, 2022). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı (negatif değer, hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik, aile bağlanma travmaları) BKB grubu için .75, .66, .57, .66, .11, depresyon grubu için .65, .56, .27, .61, .34 olarak bulunmuştur.

### 3.4. İstatiksel Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler, sosyal bilimler için oluşturulan istatistik programı olan SPSS 25.00 ile analiz edilmiş olup anlamlılık seviyesi olarak $p<.05$ belirlenmiştir. Çalışmamızda öncelikle BKB ve depresyon örneklemlerinden toplanan verilerin normal dağılması için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenmiş, her iki değerin ±2 sınırlarında olması beklenmiştir (George & Mallery, 2003). Bu sınırların ihlali durumunda normal şartlar altında Tersine Dağılım Fonksiyonu yöntemi ile (Inverse-df) verilerin transformasyonunun sağlanması planlanmış ve normalizasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. Araştırmadaki sıklık verileri için frekans ve dağılım analizleri ile betimsel analizler, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü test etmek için Pearson korelasyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu ve depresif bozukluklar gruplarını Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği açısından karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklemler t-testi analizi kullanılmıştır. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinden 25 puan üzeri ve altı alan grupların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyut toplam puanları açısından karşılaştırmak için bağımsız örneklemler t-testi analizi kullanılmıştır. BKB ve depresyon gruplarında travmatik bağlanmanın değerlendirilmesine yönelik sorular, intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışlarını karşılaştırılmak

amacıyla ki-kare testi yöntemi kullanılmıştır. BKB ve depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere intihar girişimleri olma durumuna göre Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. BKB ve depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere fiziksel istismar ve fiziksel ihmal bildirimine göre Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

BKB ve depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere duygusal ihmal bildirimine göre Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. BKB ve depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere cinsel istismar bildirimine göre Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Depresyon grubu için duygusal istismar bildirimine göre Kümülatif Travmalar Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Anne Babaya Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. BKB ve Depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyut toplam puanları ve Kümülatif Travmalar Ölçeği alt boyut toplam puanlarının Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanlarını ne dercede yordayacağını ölçmek amacıyla stepwise yöntemi kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizi yöntemi uygulanmıştır. BKB ve Depresyon grupları için ayrı ayrı olmak üzere Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği alt boyut toplam puanları ve Kümülatif Travmalar Ölçeği alt boyut toplam puanlarının Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği puanlarını ne derecede yordayacağını ölçmek amacıyla stepwise yöntemi

kullanılarak çoklu doğrusal regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Son olarak Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu baz alınarak fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, aile içi ve aile dışı cinsel istismar niteliklerine yönelik betimleyici tablolar oluşturulmuştur.

# 4. BULGULAR

## 4.1. Sosyodemografik Bulgular

**Tablo IV. Demografik Değişkenlerin Betimsel Analizi-I**

| Değişkenler | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kişi Sayısı (n) | Yüzde (%) | Kişi Sayısı (n) | Yüzde (%) |
| **Cinsiyet** | Kadın | 33 | 94.3 | 25 | 71.4 |
| | Erkek | 2 | 5.7 | 10 | 28.6 |
| **Medeni Durum** | Bekâr | 27 | 77.1 | 21 | 60 |
| | Evli | 1 | 2.9 | 9 | 25.7 |
| | Boşanmış/Dul | 7 | 20 | 5 | 14.3 |
| **Eğitim Durumu** | İlkokul | - | - | 1 | 2.9 |
| | Lise | 5 | 14.3 | - | - |
| | Üniversite ve üstü | 30 | 85.7 | 34 | 97.1 |
| **Kimle Yaşamaktadır** | Yalnız | 16 | 45.7 | 17 | 48.6 |
| | 1. Derece Aileyle | 17 | 48.6 | 14 | 40 |
| | Arkadaşlarıyla | 2 | 5.7 | 3 | 8.6 |
| **Yaş Grubu** | 18-25 | 7 | 20 | 3 | 8.6 |
| | 26-35 | 23 | 65.7 | 19 | 54.3 |
| | 36-45 | 5 | 14.3 | 10 | 28.6 |
| | 46-65 | - | - | 3 | 8.6 |
| **Çalışma Durumu** | Çalışmıyor | 8 | 22.9 | 7 | 20 |
| | Düzenli Bir İşi Var | 12 | 34.3 | 20 | 57.1 |
| | Düzensiz Bir İşi Var | 15 | 42.8 | 8 | 22.9 |
| **Algılanan Maddi Durum** | Düşük düzey | - | - | - | - |
| | Orta düzey | 5 | 14.3 | 4 | 11.4 |
| | Yüksek düzey | 30 | 85.7 | 31 | 88.6 |
| **Kardeş Sayısı** | 1 Kardeş | 6 | 17.1 | 7 | 20 |
| | 2 Kardeş | 23 | 65.7 | 20 | 57.1 |
| | 3 Kardeş | 5 | 14.3 | 6 | 17.1 |
| | 4 Kardeş ve üstü | 1 | 2.9 | 2 | 5.8 |
| **Kaçıncı Çocuk** | 1 | 21 | 60 | 17 | 48.6 |
| | 2 | 11 | 31.4 | 15 | 42.9 |
| | 3 | 2 | 5.7 | 3 | 8.6 |
| | 4 | 1 | 2.9 | - | - |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu

Araştırma örneklemi 33'ü kadın (%94.3) 2'si erkek (%5.7) 35 BKB (Borderline kişilik bozukluğu) tanısı almış hasta grubu ve 25'i kadın (%71.4) 10'u erkek (%28.6) 35 depresyon tanısı almış hasta grubu olmak üzere toplam 70 katılımcıdan oluşmaktadır. Örneklemin yaş aralığı BKB grubu için minimum 21 ve maksimum 39 (Ort.=29.20, SS=4.73, Med.=29), depresyon grubu için ise minumum 20 ve maksimum 56 (Ort.=34.20, SS=8.32, Med.=32) arasında değişmektedir. BKB grubunun medeni durum bilgileri incelendiğinde %77.1'inin (n=27) bekâr, %2.9'unun (n=1) evli, %20'sinin (n=7) boşanmış/dul grubunda yer aldığı

görülmektedir. Depresyon grubunun medeni durum bilgileri incelendiğinde %25.7'sinin (n=9) bekâr, %60'ının (n=21) evli, %14.3'ünün (n=5) boşanmış/dul grubunda yer aldığı görülmektedir. BKB grubunun gelir seviyesi incelendiğinde %14.3'ünün (n=5) orta düzey, %85,7'sinin (n=30) yüksek düzey grubunda yer aldığı görülmektedir. Depresyon grubunun gelir seviyesi incelendiğinde %11,4'ünün (n=4) orta düzey, %88.6'sının (n=31) yüksek düzey grubunda yer aldığı görülmektedir. BKB grubunun eğitim durumu incelendiğinde %14.3'ü (n=5) lise ve %85,7'si (n=30) üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. Depresyon grubunun eğitim durumu incelendiğinde %2.9'u (n=1) ilköğretim ve %97.1'i (n=34) üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. BKB grubunun istihdam durumu incelendiğinde %22.9'unun (n=8) çalışmadığı, %34.3'ünün (n=12) düzenli bir işi olduğu ve %42,8'inin (n=15) düzensiz bir iş hayatına sahip olduğu görülmektedir. Depresyon grubunun istihdam durumu incelendiğinde %20'sinin (n=7) çalışmadığı, %57.1'inin (n=20) düzenli bir işi olduğu ve %22.9'unun (n=8) düzensiz bir iş hayatına sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo V. Demografik Değişkenlerin Betimsel Analizi-II**

| | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **Geçmiş Depresif Belirtiler[b]** | Evet | 28 | 80.0 | 11 | 31.4 |
| **Belirtilen Eştanılar** | Alkol Bağımlılığı-Uyku Bozukluğu | 1 | 2.9 | - | - |
| | Alkol Kötüye Kullanımı | 1 | 2.9 | - | - |
| | Anksiyete Bozukluğu | 3 | 8.6 | 5 | 14.3 |
| | Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu | 1 | 2.9 | - | - |
| | OKB | - | - | 2 | 5.7 |
| | Anksiyete+OKB+Bağımlılık | - | - | 1 | 2.9 |
| **Geçmişte Psikiyatrik İlaç Kullanımı** | Evet | 15 | 42.9 | 19 | 54.3 |
| | Hayır | 20 | 57.1 | 16 | 45.7 |
| **Güncel İlaç/Terapi Alma Durumu** | İlaç Kullanıyor | 5 | 14.3 | 9 | 25.7 |
| | Terapi Alıyor | 9 | 25.7 | 6 | 17.1 |
| | İlaç ve Terapi | 10 | 28.6 | 9 | 25.7 |
| | Hiçbiri | 11 | 31.4 | 11 | 31.4 |
| **İlaç/Terapi Alma Süresi** | 0 | 11 | 31.4 | 11 | 31.4 |
| | 1-7 ay | 11 | 31.4 | 13 | 37.2 |
| | 8-96 ay | 13 | 37.2 | 11 | 31.4 |
| **Ailede Ruhsal Hastalık Geçmişi** | Var | 21 | 60 | 26 | 74.3 |
| | Yok | 14 | 40 | 9 | 25.7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sigara Kullanımı** | Hiç | 5 | 14.3 | 12 | 34.3 |
| | Ayda birkaç kez | 2 | 5.7 | 2 | 5.7 |
| | Haftada birkaç kez | 7 | 20 | 6 | 17.1 |
| | Her gün | 21 | 60 | 15 | 42.9 |
| **Alkol Kullanımı** | Hiç | 2 | 5.7 | 1 | 2.9 |
| | 1-2 kez | 1 | 2.9 | - | - |
| | Ayda birkaç kez | 8 | 22.9 | 10 | 28.6 |
| | Haftada birkaç kez | 20 | 57.1 | 22 | 62.9 |
| | Her gün | 4 | 11.4 | 2 | 5.7 |
| **Daha Önce Uyuşturucu Madde Kullanımı** | Hiç | 18 | 51.4 | 22 | 62.9 |
| | 1-2 kez | 7 | 20 | 8 | 22.9 |
| | Ayda birkaç kez | 8 | 22.9 | 3 | 8.6 |
| | Haftada birkaç kez | 2 | 5.7 | 2 | 5.7 |
| **Kendine Zarar Verme Davranışları** | Evet | 30 | 85.7 | 17 | 48.6 |
| | Hayır | 5 | 14.3 | 18 | 51.4 |
| **Ailede Kendine Zarar Verme Davranışları** | Evet | 10 | 28.6 | 10 | 28.6 |
| | Hayır | 25 | 71.4 | 25 | 71.4 |
| **Başkasına Zarar Verme Davranışları** | Evet | 31 | 88.6 | 14 | 40 |
| | Hayır | 4 | 11.4 | 21 | 60 |
| **Aile Bireylerine Zarar Verme** | Evet | 16 | 45.7 | 9 | 25.7 |
| | Hayır | 19 | 54.3 | 26 | 74.3 |
| **Daha Önce İntihar Girişimi** | Evet | 23 | 65.7 | 11 | 31.4 |
| | Hayır | 12 | 34.3 | 24 | 68.6 |
| **İntihar Girişim Sayısı** | 1-3 | 20 | 87 | 11 | 31.4 |
| | 4-9 | 3 | 13 | - | - |
| **Aile Bireylerinde İntihar Girişimi** | Evet | 7 | 20 | 9 | 25.7 |
| | Hayır | 28 | 80 | 26 | 74.3 |
| **Yargılanma-Ceza Alma** | Hiçbiri | 30 | 85.7 | 28 | 80 |
| | Yargılanma | 4 | 11.4 | 2 | 5.7 |
| | Yargılanma ve Ceza Alma | 1 | 2.9 | 5 | 14.3 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu [b] Daha önce 2 hafta ya da daha uzun dönem sürekli olarak işlevselliği bozacak derecede yoğun çökkünlük/ilgi kaybı/zevk alamama dönemi

Daha önce 2 hafta ya da daha uzun dönem sürekli olarak işlevselliği bozacak derecede yoğun çökkünlük/ilgi kaybı/zevk alamama dönemi incelendiğinde BKB grubunun %80'i (n=28), depresyon grubunun %31.4'ü (n=11) evet yanıtını vermiştir. BKB grubunda daha önce psikiyatrist tarafından belirlenmiş eştanılar incelendiğinde %2.9'u (n=1) alkol bağımlılığı ve uyku bozukluğu, %2.9'u (n=1) alkol kötüye kulanımı, %8.6'sı (n=3) anksiyete bozukluğu ve %2.9'u (n=1) dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak belirtilmiştir. Depresyon grubunda daha önce psikiyatrist tarafından belirlenmiş eştanılar incelendiğinde %14.3'ü (n=5) anksiyete bozukluğu, %5.7'si (n=2) obsesif kompulsif bozukluk, ve %2.9'u (n=1) madde bağımlılığı ile birlikte anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk olarak belirtilmiştir. BKB grubunun şu an psikiyatrik ilaç kullanımı incelendiğinde %42.9'unun (n=15) ilaç kullandığı ve %57.1'inin

(n=20) ilaç kullanmadığı görülmektedir. Depresyon grubunun daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı incelendiğinde %54.3'ünün (n=19) ilaç kullandığı ve %45,7'sinin (n=16) ilaç kullanmadığı görülmektedir. BKB grubunun şimdiki dönem psikiyatrik ilaç kullanımı ve terapi desteği incelendiğinde %14.3'ünün (n=5) yalnızca ilaç kullandığı, %25.7'sinin (n=9) sadece terapi desteği aldığı, %28.6'sının (n=10) hem ilaç hem de terapi desteği aldığı, ve %31.4'ünün ise (n=11) hiçbir psikiyatrik destek almadığı görülmektedir. Depresyon grubunun şimdiki dönem psikiyatrik ilaç kullanımı ve terapi desteği incelendiğinde %25.7'sinin (n=9) yalnızca ilaç kullandığı, %17.1'inin (n=6) sadece terapi desteği aldığı, %25.7'sinin (n=9) hem ilaç hem de terapi desteği aldığı, ve %31.4'ünün ise (n=11) hiçbir psikiyatrik destek almadığı görülmektedir. BKB grubunun ailede ruhsal hastalık olma durumu incelendiğinde %60'ının (n=21) ailesinde psikiyatrik tanı bulunduğu ve %40'ının (n=14) ailesinde psikiyatrik tanının olmadığı görülmektedir. Depresyon grubunun ailede ruhsal hastalık olma durumu incelendiğinde %74.3'ünün (n=26) ailesinde psikiyatrik tanı bulunduğu ve %25.7'sinin (n=9) ailesinde psikiyatrik tanının olmadığı görülmektedir. BKB grubunun alkol kullanımı incelendiğinde %5.7'sinin (n=2) hiç kullanmadığı, %2.9'unun (n=1) 1-2 kez deneyimlediği, %22.9'unun (n=8) ayda birkaç kez kullandığı, %57.1'inin (n=20) haftada birkaç kez kullandığı ve %11.4'ünün (n=4) her gün kullandığı görülmektedir. Depresyon grubunun alkol kullanımı incelendiğinde %2.9'unun (n=1) hiç kullanmadığı, %28.6'sının (n=10) ayda birkaç kez kullandığı, %62.9'unun (n=22) haftada birkaç kez kullandığı ve %5.7 sinin (n=2) her gün kullandığı görülmektedir. BKB grubunun daha önce uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığı incelendiğinde %51.4'ünün (n=18) hiç kullanmadığı, %20'sinin (n=7) 1-2 kez deneyimlediği, %22.9'unun (n=8) ayda birkaç kez kullandığı, %5.7'sinin (n=2) haftada birkaç kez kullandığı belirtilmiştir. Depresyon grubunun daha önce uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığı incelendiğinde %62.9'unun (n=22) hiç kullanmadığı, %22.9'unun (n=8) 1-2 kez deneyimlediği, %8.6'sının (n=3) ayda birkaç kez kullandığı, %5.7'sinin (n=2) ise haftada

birkaç kez kullandığı belirtilmiştir. BKB grubunun %85.7'si (n=30) kendine zarar verme davranışında bulunurken %14.3 (n=5) kendine zarar verme davranışında bulunmamaktadır. Depresyon grubunun %48.6'sı (n=17) kendine zarar verme davranışında bulunurken %51.4 (n=18) kendine zarar verme davranışında bulunmamaktadır. BKB ve depresyon gruplarının ailesinde kendine zarar verme davranışı aynı oranda bulunup %28.6 (n=10) olarak belirtilmiştir. BKB grubunun %88.6'si (n=31) başkasına zarar verme davranışında bulunmakta, %45.7'si (n=16) aile bireylerine zarar verme davranışında bulunmaktadır. Depresyon grubunun %40'ı (n=14) başkasına zarar verme davranışında bulunmakta, %25.7'si (n=9) aile bireylerine zarar verme davranışında bulunmaktadır. BKB grubunun daha önce intihar girişimi incelendiğinde %65.7'sinin (n=23) daha önce intihar girişiminde bulunduğu, %87'sinin (n=20) 1-3 aralığında intihar girişim sayısı olduğu ve %13'ünün (n=3) 4-9 aralığında intihar girişim sayısı olduğu belirtilmiştir. Depresyon grubunun daha önce intihar girişimi incelendiğinde %31.4'ünün (n=11) daha önce intihar girişiminde bulunduğu ve bunların %100'ünün (n=11) 1-3 aralığında intihar girişim sayısı olduğu belirtilmiştir. BKB grubunun aile bireylerinin %20'sinde (n=7) intihar girişimi bulunurken, depresyon gurubunun aile bireylerinin %25.7'sinde (n=9) intihar girişimi bulunmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ayrıntılı olarak Tablo IV ve V'de sunulmuştur.

### 4.2. Ölçeklere Ait Betimsel Bulgular

**Tablo VI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ) Puanları**

| | | BKB[a] | Depresyon |
|---|---|---|---|
| **BDÖ[b]** | Toplam Puan | 14.31 | 28.40 |
| **BŞDÖ[c]** | Düşünce ve Duygular (olumsuz) | 30.54 | 19.10 |
| | Davranışlar (olumsuz) | 14.43 | 6.83 |
| | Davranışlar (olumlu) | 8.26 | 9.86 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Beck Depresyon Ölçeği; [c]Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği

BKB tanısı alan yetişkin bireylerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) toplam puanı 14.31, depresyon tanısı alan yetişkin bireylerin BDÖ puanı 28.40 olarak bulunmuştur. BKB tanısı alan grupta Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ) düşünce ve duyguları içeren alt boyutu ortalama puanı 30.54, olumsuz davranışları içeren alt boyutu ortalama puanı 14.43, olumlu davranışları içeren altboyutu ise 8.26 olarak görülmektedir. Depresyon tanısı alan grupta Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (BŞDÖ) düşünce ve duyguları içeren alt boyutu ortalama puanı 19.10, olumsuz davranışları içeren alt boyutu ortalama puanı 6.83, olumlu davranışları içeren altboyutu ise 9.86 olarak görülmektedir. Katılımcıların BDÖ ve BŞDÖ puanları ayrıntılı olarak Tablo VI'da sunulmuştur.

**Tablo VII. Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı İhmal ve İstismar Formu (ÇÇKKİİSF) İçin Frekans Dağılımları**

| | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Değişkenler** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **İlk Defa Travmaya Maruz kaldığı Yaş** | 0-6 | 25 | 71.4 | 17 | 48.6 |
| | 7-11 | 10 | 28.6 | 15 | 42.9 |
| | 12-20 | - | - | 3 | 8.5 |
| | 20+ | - | - | - | - |
| **Travmatik Yaşantısı Olanlar** | | 35 | 100 | 35 | 100 |
| **ÇÇKKİİSF[b]** | Fiziksel İstismar | 12 | 34.3 | 9 | 25.7 |
| | Duygusal İstismar | 28 | 80 | 17 | 48.6 |
| | Fiziksel İhmal | 11 | 31.4 | 6 | 17.1 |
| | Duygusal İhmal | 35 | 100 | 28 | 80 |
| | Cinsel İstismar (yabancı) | 13 | 37.1 | 11 | 31.4 |
| | Cinsel istismar (ensest) | 7 | 20 | 6 | 17.1 |
| | İntihar Girişimleri | 23 | 65.7 | 11 | 31.4 |
| | Kendine Zarar Verme Davranışları | 30 | 85.7 | 17 | 48.6 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı İhmal ve İstismar Formu

BKB tanısı alan yetişkin bireylerin Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı İhmal ve İstismar Formunun (ÇÇKKİİSF) sonuçlarına göre ilk defa travmaya maruz kalma yaş incelendiğinde %71.4'ü (n=25) 0-6 yaş aralığı, ve %28.6'sı (n=10) 7-11 yaş aralığı olarak belirtilmiştir. Depresyon tanısı alan yetişkin bireylerin ÇÇKKİİSF sonuçlarına göre ilk defa travmaya maruz kalma yaş incelendiğinde %48.6'sı (n=17) 0-6 yaş aralığı, %42.9'u (n=15), 7-11 yaş aralığı ve % 8.5'i (n=3) ise 12-20 yaş aralığı olarak belirtilmiştir. BKB grubunda

ÇÇKKİİSF sonuçlarına göre %34.3'ü (n=12) fiziksel istismara, %80'i (n=28), %31.4'ü (n=11) fiziksel ihmale, %100'ü (n=35) duygusal ihmale, %37.1'i (n=13) yabancı tarafından cinsel istismara ve %20'si (n=7) aile içi (ensest) cinsel istismara maruz kalmıştır. Depresyon grubunda ÇÇKKİİSF sonuçlarına göre %25.7'si (n=9) fiziksel istismara, %48.6sı (n=17), %17.1'i (n=6) fiziksel ihmale, %80'i (n=28) duygusal ihmale, %31.4'ü (n=11) yabancı tarafından cinsel istismara ve %17.1'i (n=6) aile içi (ensest) cinsel istismara maruz kalmıştır. Katılımcıların ÇÇKKİİSF için sayı ve yüzde dağılımı ayrıntılı olarak Tablo VII'de sunulmuştur.

**Tablo VIII. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) Alt Boyutlarının Kesim Puanlarına Göre İstismar ve İhmal Sayı ve Yüzde Dağılımı**

| | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **ÇÇRTÖ[b]** | Fiziksel İstismar | 14 | 40.0 | 11 | 31.4 |
| | Duygusal İstismar | 35 | 100.0 | 26 | 74.3 |
| | Fiziksel İhmal | 19 | 54.3 | 9 | 25.7 |
| | Duygusal İhmal | 27 | 77.1 | 23 | 65.7 |
| | Cinsel İstismar | 19 | 54.3 | 14 | 40.0 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) alt boyutlarının belirlenmiş kesim puanları fiziksel istismar için 5 puanın aşılması, duygusal istismar için 7 puanın aşılması, fiziksel ihmal için 7 puanın aşılması, duygusal ihmal için 12 puanın aşılması ve cinsel istismar için 5 puanın aşılması şeklinde değerlendirilmiştir (Şar, Öztürk & İkikardeş; 2012). BKB grubunda ÇÇRTÖ alt boyutlarının kesim puan sonuçlarına göre %40'ı (n=14) fiziksel istismara, %100'ü (n=35) duygusal istismara, %54.3'ü (n=19) fiziksel ihmale, %77.1'i (n=27) duygusal ihmale ve %54.3'ü (n=19) cinsel istismara maruz kalmıştır. Depresyon grubunda ÇÇRTÖ alt boyutlarının kesim puan sonuçlarına göre %31.4'ü (n=11) fiziksel istismara, %74.3'ü (n=26) duygusal istismara, %25.7'si (n=9) fiziksel ihmale, %65.7'si (n=23) duygusal ihmale ve %40'ı (n=14) cinsel istismara maruz kalmıştır. Katılımcıların ÇÇRTÖ alt boyutlarının kesim

puanlarına göre istismar ve ihmal için sayı ve yüzde dağılımı ayrıntılı olarak Tablo VIII'de sunulmuştur.

**Tablo IX. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı**

| | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Çocukluk Çağı Travmaları** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Deneyimlenen Bir Çocukluk Çağı Travması** | 35 | 100 | 35 | 100.00 | 70 | 100 |
| **Tek Tip Travma** | 1 | 2.86 | 9 | 25.71 | 10 | 14.28 |
| **Çok Tip Travma** | 34 | 97.14 | 26 | 74.28 | 60 | 85.71 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu

BKB grubunun ÇÇRTÖ puanlarına göre tümü (n=35) en az bir çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılamış, 1'i (%2.86) tek tip travma, 34'ü (n=97.14) çok tip travma yaşantılamıştır. Depresyon grubunun ÇÇRTÖ puanlarına göre ise tümü (n=35) en az bir çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılamış, 9'u (%25.71) tek tip travma, 26'sı (n=74.28) çok tip travma yaşantılamıştır. İki klink grup ele alındığında (n=70) tüm katılımcılar en az bir çocukluk çağı ruhsal travması deneyimlemiş, 10'u (n=14.28) tek tip travma, 60'ı (n=85.71) çok tip travma yaşantılamıştır (Tablo IV).

### 4.3 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Açısından Değerlendirilmesi

**Tablo X. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Açısından Karşılaştırılması**

| | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde** | **p** | **$X^2$** |
| **İntihar Girişimleri** | Evet | 23 | %65.7 | 11 | %31.4 | .004** | 8.235[a] |
| | Hayır | 12 | %34.3 | 24 | %68.6 | | |
| **Kendine Zarar Verme Davranışları** | Evet | 30 | %85.7 | 17 | %48.6 | .001** | 10.944[a] |
| | Hayır | 5 | %14.3 | 18 | %51.4 | | |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001; [a]=Ki-kare

BKB ve Depresyon grubunun intihar girişimleri açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre BKB grubunda ve depresyon grubunda intihar girişiminde bulunanların (BKB için n=23; Depresyon için n=11) ve bulunmayanların (BKB için n=12; Depresyon için n=24) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($X^2$=8.235, $p$<.01). BKB ve depresyon grubunun kendine zarar verme davranışları açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre BKB grubunda ve depresyon grubunda kendine zarar verme davranışında bulunanların (BKB için n=30; Depresyon için n=17) ve bulunmayanların (BKB için n=5; Depresyon için n=18) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($X^2$=10.944, $p$<.01). BKB ve depresyon tanısı alan yetişkin bireylerin intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları açısından karşılaştırılması Tablo X'da verilmiştir.

**Tablo XI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Grubunda İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları Şekli Frekans Dağılımı**

| Değişkenler | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Kişi Sayısı (n) | Yüzde (%) | Kişi Sayısı (n) | Yüzde (%) |
| **İntihar Girişimleri Şekli** | İlaç Alarak | 21 | 91.3 | 9 | 81.8 |
| | Kesici Bir Aletle | 1 | 4.3 | 1 | 9.1 |
| | Diğer | - | - | 1 | 9.1 |
| | Cevap Vermeyen | 1 | 4.3 | - | - |
| **Kendine Zarar Verme Davranışları Şekli** | Kesme ve/veya Çizme | 15 | 50.0 | 5 | 27.8 |
| | Yakma | 1 | 3.3 | - | - |
| | Saç Yolma | 1 | 3.3 | 3 | 16.7 |
| | Vurma | 12 | 40.0 | 10 | 55.6 |
| | Diğer | 1 | 3.3 | - | - |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu

Tablo XI.de BKB ve Depresyon örnekleminde intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları şekline dair bilgiler yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre BKB grubunda intihar girişiminde bulunanların (n=23) 21'i (%91.3) ilaç alarak, 1'i (%4.3) kesici bir aletle intihar girişiminde bulunmuş ve 1'i (%4.3) ise hangi yolla intihar girişiminde bulunduğunu açıklamamıştır. Depresyon grubunda ise intihar girişiminde bulunanların (n=11) 9'u (%81.8) ilaç alarak, 1'i (%9.1) kesici bir aletle intihar girişiminde bulunmuş ve 1'i (%9.1) ise arabadan atlama şeklinde intihar girişiminde bulunduğunu açıklamıştır. BKB grubunda kendine zarar verme davranışlarında bulunanların (n=30) 15'i (%50) vücudunun herhangi bir bölgesini kesme ve/veya çizme, 1'i (%3.3) sigara ya da başka bir yolla yakma, 1'i (%3.3) saç yolma, 12'si (%40) kendine vurma veya beden parçalarını bir yere vurma, 1'i (%3.3) ise bilerek düşme ve kemiklerine zarar verme şeklinde kendine zarar verdiğini belirtmiştir. Depresyon grubunda ise kendine zarar verme davranışlarında bulunanların (n=18) 5'i (%27.8) vücudunun herhangi bir bölgesini kesme ve/veya çizme, 3'ü (%16.7) saç yolma, 10'u (%55.6) kendine vurma veya beden parçalarını bir yere vurma şeklinde kendine zarar verdiğini belirtmiştir.

### 4.4. Ölçeklerin Araştırmamızdaki Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları

**Tablo XII. Borderline Kişilik Bozukluğu Grubu için Ölçeklerin Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları**

| Ölçek | Değişkenler | α | Ort. | Ss. | Skewness | Kurtosis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ÇÇRTÖ | CCRTÖ (duygusal istismar) | .82 | 15.51 | 4.18 | .57 | -.80 |
| | ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) | .95 | 7.53 | 3.19 | .96 | -.55 |
| | ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) | .88 | 9.13 | 3.09 | .20 | -.64 |
| | ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) | .88 | 16.06 | 4.19 | .20 | -.11 |
| | ÇÇRTÖ (cinsel istismar) | .96 | 8.97 | 3.85 | .43 | -1.15 |
| | ÇÇRTÖ (toplam puan) | .93 | 57.01 | 13.56 | .21 | -.73 |
| BPSÖ | BPSÖ (fiziksel saldırganlık) | .90 | 26.49 | 7.32 | .31 | -.31 |
| | BPSÖ (düşmanlık) | .68 | 30.09 | 3.82 | -.36 | -.05 |
| | BPSÖ (öfke) | .42 | 27.51 | 2.56 | -.82 | 1.22 |
| | BPSÖ (sözel saldırganlık) | .63 | 18.31 | 2.74 | -.77 | .76 |
| | BPSÖ (toplam puan) | .87 | 102.40 | 12.78 | .16 | .51 |
| ABBÖ | Anne İlgi | .57 | 27.60 | 5.27 | -.88 | .75 |
| | Baba İlgi | .67 | 27.77 | 5.08 | -.73 | .76 |
| | Anne Koruma | .81 | 11.89 | 4.55 | -.06 | -.20 |
| | Baba Koruma | .90 | 8.94 | 4.41 | -.14 | -.15 |
| | Anne Toplam | .53 | 40.11 | 6.22 | -.11 | -1.10 |
| | Baba Toplam | .46 | 36.71 | 6.29 | -.81 | 1.52 |
| KTÖ | KTÖ (negatif değer) | .75 | 30.15 | 9.75 | .30 | -.41 |
| | KTÖ (hayatta kalma travmaları) | .66 | 1.80 | 1.72 | .39 | -.46 |
| | KTÖ (kişisel kimlik travmaları) | .57 | 5.31 | 2.03 | .02 | .51 |
| | KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) | .66 | 1.14 | 1.09 | .64 | -.60 |
| | KTÖ (aile bağlanma travmaları) | .11 | 3.94 | 1.19 | .34 | .17 |
| DYÖ | DYÖ (ortalama) | .83 | 28.07 | 6.94 | .87 | .56 |

**Tablo XIII. Depresyon Grubu için Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları**

| Ölçek | Değişkenler | α | Ort. | Ss. | Skewness | Kurtosis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ÇÇRTÖ | ÇÇRTÖ (duygusal istismar) | .82 | 11.11 | 4.06 | .25 | -.34 |
| | ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) | .92 | 6.71 | 2.31 | 1.12 | -.35 |
| | ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) | .69 | 7.05 | 2.96 | .11 | -.75 |
| | ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) | .85 | 13.71 | 3.93 | .09 | .24 |
| | ÇÇRTÖ (cinsel istismar) | .94 | 7.54 | 3.17 | 1.30 | 1.01 |
| | ÇÇRTÖ (toplam puan) | .82 | 45.39 | 13.65 | -.15 | -.89 |
| BPSÖ | BPSÖ (fiziksel saldırganlık) | .93 | 19.89 | 8.76 | .87 | .35 |
| | BPSÖ (düşmanlık) | .73 | 26.80 | 4.96 | -.15 | -.76 |
| | BPSÖ (öfke) | .68 | 22.60 | 3.81 | .19 | .42 |
| | BPSÖ (sözel saldırganlık) | .58 | 14.80 | 3.04 | -.17 | -.23 |
| | BPSÖ (toplam puan) | .87 | 89.09 | 14.47 | .28 | -.46 |
| ABBÖ | Anne İlgi | .44 | 30.43 | 3.78 | -1.26 | 3.97 |
| | Baba İlgi | .42 | 28.80 | 6.08 | -.71 | -.24 |
| | Anne Koruma | .66 | 10.06 | 4.02 | .26 | .24 |
| | Baba Koruma | .75 | 7.54 | 3.34 | .28 | .29 |
| | Anne Toplam | .32 | 39.85 | 3.62 | .32 | 1.29 |
| | Baba Toplam | .40 | 36.34 | 6.34 | -.88 | .95 |
| KTÖ | KTÖ (negatif değer) | .65 | 23.45 | 10.91 | .01 | -.74 |
| | KTÖ (hayatta kalma travmaları) | .56 | 2.14 | 1.30 | .03 | -.39 |
| | KTÖ (kişisel kimlik travmaları) | .27 | 4.11 | 1.68 | .05 | .08 |
| | KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) | .61 | .79 | .95 | 1.36 | 1.59 |
| | KTÖ (aile bağlanma travmaları) | .34 | 3.03 | 1.49 | .35 | -.61 |
| DYÖ | DYÖ (ortalama) | .62 | 17.96 | 4.49 | -.09 | -.30 |

ÇÇRTÖ, BPSÖ, ABBÖ, KTÖ ve DYÖ alt ölçek puanlarının normal dağılıp dağılmadığını tespit edebilmek adına eğiklik ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. İlk yapılan hesaplamada ÇÇRTÖ (fiziksel istismar), ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal), ÇÇRTÖ (cinsel istismar), ÇÇRTÖ (toplam puan), ABBÖ (Anne Toplam), KTÖ (negatif değer), KTÖ (hayatta kalma travmaları) ve KTÖ (toplumsal kimlik) alt ölçek toplam puanları kabul edilebilir sınır olan ±2 eğiklik ve basıklık değerlerinin (George & Mallery, 2003) dışında olduğundan Inverse Distribution Function (IDF normal) yöntemiyle adı geçen alt ölçekler için normalizasyon

işlemi yapılmıştır. Ardından yapılan normallik değerlendirmesinde eğiklik ve basıklık değerleri ±2 sınırları içerisinde bulunduğundan veri setinin normal dağıldığı kabul edilmiştir. ÇÇRTÖ (Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği), BPSÖ (Saldırganlık Ölçeği), ABBO (Anne-Baba Bağlanma Ölçeği), KTÖ (Kümülatif Travma Ölçeği) ve DYÖ (Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği) alt ölçeklerinin bu çalışmadaki güvenirliği için Cronbach Alfa değerleri BKB ve depresyon örneklemleri için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Yapılan analizin sonucunda BKB grubunda ÇÇRTÖ alt ölçek Cronbach Alfa değerleri .82 (duygusal istismar) ile .96 (cinsel istismar) arasında bulunmuştur. BPSÖ alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri .42 (öfke) ile .90 (fiziksel saldırganlık) arasında hesaplanmıştır. ABBÖ alt ölçeklerinin çalışmadaki Cronbach Alfa değerleri .46 (baba toplam) ile .90 (baba koruma) arasında bulunmuştur. KTÖ alt ölçek Cronbach Alfa değerleri .11 (aile bağlanma travmaları) ile .75 (negatif değer) arasında bulunmuştur. DYÖ (ortalama) Cronbach Alfa değeri .83 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizin sonucunda depresyon grubunda ÇÇRTÖ alt ölçek Cronbach Alfa değerleri .82 (toplam) ile .94 (cinsel istismar) arasında bulunmuştur. BPSÖ alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri .58 (sözel saldırganlık) ile .93 (fiziksel saldırganlık) arasında hesaplanmıştır. ABBÖ alt ölçeklerinin çalışmadaki Cronbach Alfa değerleri .32 (anne toplam) ile .75 (baba koruma) arasında bulunmuştur. KTÖ alt ölçek Cronbach Alfa değerleri .27 (aile bağlanma travmaları) ilâ .65 (hayatta kalma travmaları) arasında bulunmuştur. DYÖ (ortalama) Cronbach Alfa değeri .62 olarak hesaplanmıştır. Yukarıdaki tablolarda borderline kişilik bozukluğu (Tablo XII) ve depresyon (Tablo XIII) grubu için ayrı ayrı mevcut çalışma verilerinin eğiklik ve basıklık değerleri verilmiştir.

### 4.5. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Saldırganlık Düzeylerinin Karşılaştırılması

BKB (borderline kişilik bozukluğu) ve depresyon tanısı alan vakaların çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve saldırganlık düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklemler t-testi Analizi sonuçları Tablo XIV'de verilmiştir.

**Tablo XIV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılarının ve Saldırganlık Düzeylerinin Karşılaştırılması**

| Değişkenler | BKB[a] N= 35 | | Depresyon N= 35 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ort. | Ss. | Ort. | Ss. | t |
| **DYÖ[b] (ortalama)** | 28.07 | 6.94 | 17.96 | 4.48 | 7.42*** |
| **ÇÇRTÖ[c] (duygusal istismar)** | 15.51 | 4.18 | 11.11 | 4.06 | 4.47*** |
| **ÇÇRTÖ (fiziksel istismar)** | 7.30 | 2.95 | 6.71 | 2.31 | .92 |
| **ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal)** | 9.13 | 3.09 | 7.04 | 2.96 | 2.86** |
| **ÇÇRTÖ (duygusal ihmal)** | 16.06 | 4.19 | 13.71 | 3.93 | 2.41* |
| **ÇÇRTÖ (cinsel istismar)** | 8.71 | 3.58 | 7.54 | 3.17 | 1.42 |
| **ÇÇRTÖ (toplam puan)** | 56.44 | 13.36 | 45.39 | 13.65 | 3.37** |
| **BPSÖ[d] (fiziksel saldırganlık)** | 26.49 | 7.32 | 19.89 | 8.76 | 3.42** |
| **BPSÖ (düşmanlık)** | 30.09 | 3.82 | 26.80 | 4.96 | 3.11** |
| **BPSÖ (öfke)** | 27.51 | 2.56 | 22.60 | 3.81 | 6.34*** |
| **BPSÖ (sözel saldırganlık)** | 18.31 | 2.74 | 14.80 | 3.04 | 5.08*** |
| **BPSÖ (toplam puan)** | 102.40 | 12.78 | 84.09 | 14.47 | 5.61*** |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; [c]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; [d]Saldırganlık Ölçeği; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001

Analiz sonuçlarına göre ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) (t=.92, $p$>.05) ve ÇÇRTÖ (cinsel istismar) (t=1.42, $p$>.05) değişkenleri hariç tüm değişkenler açısından BKB ve depresyon

grupları anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Analiz sonucunda BKB grubunun DYÖ (ortalama) puanları (Ort.=28.07, Ss=6.94), depresyon grubunun DYÖ (ortalama) puanlarından (Ort.=17.96, Ss=4.48) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=7.42, *p*<.001). BKB grubunun ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanları (Ort.=15.51, Ss=4.18), ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) puanları (Ort.=9.13, Ss=3.09), ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) puanları (Ort.=16.06, Ss=4.19) ve ÇÇRTÖ (toplam) puanları (Ort.=56.44, Ss=13.36) depresyon grubunun ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanlarından (Ort.=11.11, Ss=4.06) (t=4.47, *p*<.001), ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) puanlarından (Ort.=7.04, Ss=2.96) (t=2.86, *p*<.01), ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) puanlarından (Ort.=13.71, Ss=3.93) (t=2.41, *p*<.05) ve ÇÇRTÖ (toplam) puanlarından (Ort.=45.39, Ss=13.65) (t=3.37, *p*<.01) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde BKB grubunun BPSÖ (fiziksel saldırganlık) puanları (Ort.=26.49, Ss=7.32), BPSÖ (düşmanlık) puanları (Ort.=30.09, Ss=3.82), BPSÖ (öfke) puanları (Ort.=27.51, Ss=2.56), BPSÖ (sözel saldırganlık) puanları (Ort.=18.31, Ss=2.74) ve BPSÖ (toplam) puanları (Ort.=102.40, Ss=12.78) depresyon grubunun BPSÖ (fiziksel saldırganlık) puanlarından (Ort.=19.89, Ss=8.76) (t=3.42, *p*<.01), BPSÖ (düşmanlık) puanlarından (Ort.=26.80, Ss=4.96) (t=3.11, *p*<.01), BPSÖ (öfke) puanlarından (Ort.=22.60, Ss=3.81) (t=6.34, *p*<.001), BPSÖ (sözel saldırganlık) puanlarından (Ort.=14.80, Ss=3.04) (t=5.08, *p*<.001) ve BPSÖ (toplam) puanlarından (Ort.=84.09, Ss=14.47) (t=5.61, *p*<.001) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

### 4.6. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alanlarda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Toplam Puanı 25 Üzeri *"Subklinik"* ve 30 Üzeri *"Klinik"* Olanlara Dair Veriler

**Tablo XV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alanlarda Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Toplam Puanı 25 ve 30 Üzeri Olanların Sayı ve Yüzde Dağılımı**

| | | BKB[a] Grubu | | Depresyon Grubu | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** |
| **DYÖ[b] Puanı** | >25 (subklinik) | 24 | 68.6 | 2 | 5.7 |
| | >30 (klinik) | 8 | 22.9 | 0 | 0 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

BKB grubunda dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı incelendiğinde %68.6'sı (n=24) 25 puanın üzerinde *"subklinik"*, %22.9'u (n=8) 30 puanın üzerinde *"klinik"* olarak bulunmuştur. Depresyon grubunda dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı incelendiğinde %5.7'si (n=2) 25 puanın üzerinde *"subklinik"* değerlendirilmiş, 30 puanın üzerinde *"klinik"* hiçbir kimse bulunmamaktadır. Katılımcıların dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı 25 üzeri *"subklinik"* ve 30 üzeri *"klinik"* olanların sayı ve yüzde dağılımı ayrıntılı olarak Tablo XV'de sunulmuştur.

**Tablo XVI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı 25 üzeri (n=24) Ve 25 Altı (n=11) Olanlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Sayı ve Puanları**

| | | DYÖ[a] >25 (subklinik) | | DYÖ <25 (normal) | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Değişkenler** | | **Kişi Sayısı (n)** | **Ortalama** | **Kişi Sayısı (n)** | **Ortalama** |
| **ÇÇRTÖ[b]** | Toplam | 24 | 61.54 | 11 | 48.45 |
| | Fiziksel İstismar | 24 | 8.54 | 11 | 5.81 |
| | Duygusal İstismar | 24 | 16.79 | 11 | 12.72 |
| | Fiziksel İhmal | 24 | 9.75 | 11 | 7.72 |
| | Duygusal İhmal | 24 | 16.91 | 11 | 14.18 |
| | Cinsel İstismar | 24 | 9.54 | 11 | 8.00 |

[a]Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; [b]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

BKB tanısı alan ve dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı 25 üzeri *"subklinik"* (n=24) olanlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 61.54, fiziksel istismar alt boyutu puan ortalaması 8.54, duygusal istismar alt boyutu puan ortalaması 16.79, fiziksel ihmal alt boyutu puan ortalaması 9.75, duygusal ihmal alt boyutu puan

ortalaması 16.91 ve cinsel istismar puan ortalaması 9.54 olarak belirtimiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan ve dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı 25 altı *"normal"* (n=11) olanlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puan ortalaması 48.45, fiziksel istismar alt boyutu puan ortalaması 5.81, duygusal istismar alt boyutu puan ortalaması 12.72, fiziksel ihmal alt boyutu puan ortalaması 7.72, duygusal ihmal alt boyutu puan ortalaması 14.18 ve cinsel istismar puan ortalaması 8.00 olarak belirtimiştir. Katılımcıların dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı 25 üzeri *"subklinik"* ve 25 altı *"normal"* olanlarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği sayı ve puanları ayrıntılı olarak Tablo XVI'da sunulmuştur

**Tablo XVII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ[a]) Toplam Puanı 25 üzeri (n=24) ve Altı (n=11) Alanların Karşılaştırması**

| **DEĞİŞKENLER** | **DYÖ >25 (subklinik) N= 24** | | **DYÖ <25 (normal) N= 11** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Ort.** | **Ss.** | **Ort.** | **Ss.** | **t** |
| **ÇÇRTÖ[b] (duygusal istismar)** | 16.79 | 4.29 | 12.72 | 2.10 | 3.76** |
| **ÇÇRTÖ (fiziksel istismar)** | 8.54 | 5.22 | 5.81 | 1.83 | 2.27* |
| **ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal)** | 9.75 | 4.73 | 7.72 | 2.76 | 1.31 |
| **ÇÇRTÖ (duygusal ihmal)** | 16.91 | 4.07 | 14.18 | 3.97 | 1.86 |
| **ÇÇRTÖ (cinsel istismar)** | 9.54 | 5.62 | 8.00 | 3.34 | .84 |
| **ÇÇRTÖ (toplam puan)** | 61.54 | 18.78 | 48.45 | 7.59 | 2.93** |

[a]Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; [b]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001

Analiz sonuçlarına göre BKB grubunda ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) (t=1.31, $p$>.05), ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) (t=1.86, $p$>.05) ve ÇÇRTÖ (cinsel istismar) (t=0.84, $p$>.05) değişkenleri hariç diğer değişkenler açısından DYÖ 25 puan üstü ve 25 puan altı grupları anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Analiz sonucunda BKB grubunun DYÖ puanı 25 üstü *"subklinik"* olanlarda ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanları (Ort.=16.79, Ss=4.29), ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) puanları (Ort.=8.54, Ss=5.22) ve ÇÇRTÖ (toplam) puanları (Ort.= 61.54,

Ss=18.78) DYÖ puanı 25 altı *"normal"* olanların ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanlarından (Ort.=12.72, Ss=2.10) (t=3.76, $p<.01$), ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) puanlarından (Ort.=5.81, Ss=1.83) (t=2.27, $p<.05$) ve ÇÇRTÖ (toplam) puanlarından (Ort.=48.45, Ss=7.59) (t=2.93, $p<.01$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan vakaların çocukluk çağı ruhsal travmalarının, dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanı 25 üzeri *"subklinik"* ve 25 altı *"normal"* olanların karşılaştırılması Tablo XVII'de sunulmuştur.

### 4.7. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması

BKB (borderline kişilik bozukluğu) ve depresyon tanısı alan vakaların bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklemlerde t-Testi Analizi sonuçları Tablo XVII'de verilmiştir.

**Tablo XVIII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Bağlanma Düzeylerinin Karşılaştırılması**

| | **BKB[a]** | | **Depresyon** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEĞİŞKENLER** | **N= 35** | | **N= 35** | | |
| | **Ort.** | **Ss.** | **Ort.** | **Ss.** | **t** |
| **Anne İlgi** | 27.60 | 5.27 | 30.43 | 3.78 | -2.58* |
| **Baba İlgi** | 27.77 | 5.08 | 28.80 | 6.08 | -.77 |
| **Anne Koruma** | 11.89 | 4.55 | 10.06 | 4.02 | 1.78 |
| **Baba Koruma** | 8.94 | 4.41 | 7.54 | 3.34 | 1.50 |
| **Anne Toplam** | 40.11 | 6.22 | 39.85 | 3.62 | .21 |
| **Baba Toplam** | 36.71 | 6.29 | 36.34 | 6.34 | .25 |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; *$p<.05$; **$p<.01$; ***$p<.001$

Analiz sonuçlarına göre yalnızca BKB grubunun ABBÖ (anne ilgi) puanları (Ort.=27.60, Ss=5.27) depresyon grubunun ABBÖ (anne ilgi) puanlarından (Ort.=30.43, Ss=3.78) istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (t=-2.58, $p$<.05). Diğer taraftan analiz sonuçlarına göre BKB grubunun ABBÖ (baba ilgi) puanları (Ort.= 27.77, Ss=5.08), ABBÖ (anne koruma) puanları (Ort.=11.89, Ss=4.55), ABBÖ (baba koruma) puanları (Ort.=8.94, Ss=4.41), ABBÖ (anne toplam) puanları (Ort.= 40.11, Ss=6.22) ve ABBÖ (baba toplam) puanları (Ort.= 36.71, Ss=6.29), depresyon grubunun ABBÖ (baba ilgi) puanlarından (Ort.= 28.80, Ss=6.08) (t=-.77, $p$>.05), ABBÖ (anne koruma) puanlarından (Ort.= 10.06, Ss=4.02) (t=1.78, $p$>05), ABBÖ (baba koruma) puanlarından (Ort.= 7.54, Ss=3.34) (t=1.50, $p$>.05), ABBÖ (anne toplam) puanlarından (Ort.= 39.85, Ss=3.62) (t=.21, $p$>.05) ve ABBÖ (baba toplam) puanlarından (Ort.= 36.34, Ss=6.34) (t=.25, $p$>.05) istatistiki olarak anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

### 4.8. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Kümülatif Travmalar Açısından Karşılaştırılması

BKB ve depresyon tanısı alan vakaların kümülatif travmalar açısından karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklemlerde t-Testi Analizi sonuçları Tablo XIX'da verilmiştir.

**Tablo XIX. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Kümülatif Travmalar Açısından Karşılaştırılması**

| | **BKB[a]** | | **Depresyon** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEĞİŞKENLER** | **N= 35** | | **N= 35** | | |
| | **Ort.** | **Ss.** | **Ort.** | **Ss.** | **t** |
| **KTÖ[b] (negatif değer)** | 30.15 | 9.75 | 23.07 | 10.84 | 2.83** |
| **KTÖ (hayatta kalma travmaları)** | 1.73 | 1.69 | 2.14 | 1.30 | -1.11 |
| **KTÖ (kişisel kimlik travmaları)** | 5.31 | 2.03 | 4.11 | 1.68 | 2.70** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ (toplumsal kimlik travmaları)** | 1.09 | 1.07 | .78 | .95 | 1.30 |
| **KTÖ (aile bağlanma travmaları)** | 3.94 | 1.19 | 3.03 | 1.48 | 2.85** |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu; [b]Kümülatif Travma Ölçeği; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001

Analiz sonuçlarına göre KTÖ (hayatta kalma travmaları) (t=-1.11, $p$>.05) ve KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) (t=1.30, $p$>.05) değişkenleri hariç tüm değişkenler açısından BKB ve depresyon grupları anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Analiz sonucunda BKB grubunun KTÖ (negatif değer) puanları (Ort.=30.15, Ss=9.75), KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanları (Ort.=5.31, Ss=2.03) ve KTÖ (aile bağlanma travmaları) puanları (Ort.= 3.94, Ss=1.19) depresyon grubunun KTÖ (negatif değer) puanlarından (Ort.=23.07, Ss=10.84) (t=2.83, $p$<.01), KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanlarından (Ort.=4.11, Ss=1.68) (t=2.70, $p$<.01) ve KTÖ (aile bağlanma travmaları) puanlarından (Ort.=3.03, Ss=1.48) (t=2.85, $p$<.01) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

### 4.9. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Tanısı Alan Vakaların Travmatik Bağlanma Değerlendirmesine Yönelik Tutumları Açısından Karşılaştırılması

BKB ve Depresyon grubunun travmatik bağlanma değerlendirmesine yönelik tutumları açısından karşılaştırılması Tablo XX'de sunulmaktadır.

**Tablo XX. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Grubunun Travmatik Bağlanma Değerlendirilmesine Yönelik Sorular Açısından Karşılaştırılması**

| **Değişkenler** | | **BKB[a] Grubu** | | **Depresyon Grubu** | | **p** | **$X^2$** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde (%)** | **Kişi Sayısı (n)** | **Yüzde** | | |
| **[1]Zararlı İlişkiye Takıntı** | Evet | 25 | %71.4 | 17 | %48.6 | .051 | 3.810 |
| | Hayır | 10 | %28.6 | 18 | %51.4 | | |
| **[2]Zararlı İlişki ile İletişimde Kalma** | Evet | 27 | %77.1 | 14 | %40 | .002** | 9.950 |
| | Hayır | 8 | %22.9 | 21 | %60 | | |
| **[3]Yıkıcı Kişilere Yardımcı Olma Davranışı** | Evet | 33 | %94.3 | 28 | %80 | .151[a] | - |
| | Hayır | 2 | %5.7 | 7 | %20 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **[4]Faydacı Kişiler Tarafından Beğenilme Arzusu** | Evet | 23 | %65.7 | 19 | %54.3 | .329 | .952 |
| | Hayır | 12 | %34.3 | 16 | %45.7 | | |
| **[5]Güvensiz İlişki İçerisinde Kalma Davranışı** | Evet | 14 | %40 | 6 | %17.1 | .034* | 4.480 |
| | Hayır | 21 | %60 | 29 | %82.9 | | |
| **[6]Yıkıcı İlişkileri Bitirememe** | Evet | 31 | %88.6 | 26 | %74.3 | .218[a] | - |
| | Hayır | 4 | %11.4 | 9 | %25.7 | | |
| **[7]Umursanmadığınız İlişkide Çaba Gösterme Davranışı** | Evet | 17 | %48.6 | 11 | %31.4 | .143 | 2.143 |
| | Hayır | 18 | %51.4 | 24 | %68.6 | | |
| **[8]Aldatılmaya Rağmen İlişkide Kalma** | Evet | 13 | %37.1 | 8 | %22.9 | .192 | 1.701 |
| | Hayır | 22 | %62.9 | 27 | %77.1 | | |
| **[9]Güven Vermeyen Kişileri Seçme** | Evet | 32 | %91.4 | 17 | %48.6 | .000***[a] | - |
| | Hayır | 3 | %8.6 | 18 | %51.4 | | |
| **[10]İlişki İçerisinde Gizleme, Savunma, Açıklama Davranışı** | Evet | 26 | %74.3 | 28 | %80 | .569 | .324 |
| | Hayır | 9 | %25.7 | 7 | %20 | | |
| **[11]Yıkıcı Kavgalar** | Evet | 33 | %94.3 | 26 | %74.3 | .045*[a] | - |
| | Hayır | 2 | %5.7 | 9 | %25.7 | | |
| **[12]Görünürde Olan Problemi Yoksayma** | Evet | 30 | %85.7 | 17 | %48.6 | .001** | 10.944 |
| | Hayır | 5 | %14.3 | 18 | %51.4 | | |
| **[13]Yıkıcı Tutum Karşısında Çaresizlik Duygusu** | Evet | 35 | %100 | 31 | %88.6 | .114[a] | - |
| | Hayır | 0 | %0 | 4 | %11.4 | | |
| **[14]İstismarcıyı Yüceleştirme** | Evet | 16 | %45.7 | 10 | %28.6 | .138 | 2.203 |
| | Hayır | 19 | %54.3 | 25 | %71.4 | | |
| **[15]Zarar Verici İlişkiye Özlem Duyma** | Evet | 19 | %54.3 | 21 | %60 | .629 | .233 |
| | Hayır | 16 | %45.7 | 14 | %40 | | |
| **[16]İstismarı Gizlerken Abartılı Tutumlarda Bulunma** | Evet | 12 | %34.3 | 4 | %11.4 | .044*[a] | - |
| | Hayır | 23 | %65.7 | 31 | %88.6 | | |

[a]Borderline Kişilik Bozukluğu ;[a]: Fisher's Exact Test; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001; [b]=Ki-kare

BKB ve Depresyon grubunun travmatik bağlanma değerlendirmesine yönelik tutumları açısından karşılaştırılması amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına

göre BKB grubunda ve depresyon grubunda 1. soruya (Size zarar vemiş olan kişiler hayatınızdan uzun zaman önce çıkmış olmasına rağmen o kişilere karşı hala takıntılı (saplantılı) olduğunuzu düşünüyor musunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=25; Depresyon için n=17) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=10; Depresyon için n=18) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=3.810, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 2. soruya (Gelecekte size zarar vereceği hakkında önemli ipuçlarına sahip olduğunuz kişiler ile iletişim halinde kalmak için hiç çaba sarfettiniz mi?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=27; Depresyon için n=14) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=8; Depresyon için n=21) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($X^2$=9.950, $p$<.01). BKB grubunda ve depresyon grubunda 3. soruya (Size karşı yıkıcı tutumları olan ve zarar veren kişilere yardım ederken gereğinden fazla çaba harcağınızı düşünüyor musunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=33; Depresyon için n=28) ve hayır yanıtını verenler (BKB için n=2; Depresyon için n=7) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 4. soruya (Sizin ilginiz ve davranışlarınızdan açık bir şekilde faydalanan kişiler tarafından beğenilmek (sevilmek) adına onlarla iletişim kurmaya devam ediyor musunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=23; Depresyon için n=19) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=12; Depresyon için n=16) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=.952, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 5. soruya (Size zarar verebilecek kişi ile ona güvenmemenize, beğenmememenize ya da önemsememenize rağmen onunla iletişim halinde kalmaya devam eder misiniz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=14; Depresyon için n=6) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=21; Depresyon için n=29) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($X^2$=4.480, $p$<.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 6. soruya (Sağlıksız ve yıkıcı doğadaki ilişkilerinizi bitirmekte zorlanır mısınız?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=31; Depresyon için n=26) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=4; Depresyon için n=9)

dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 7. soruya (Umursanmadığınızdan emin olduğunuz kişiler tarafından anlaşılmak ve onların ilgisini çekmek için yoğun düzeyde çaba gösterir misiniz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=17; Depresyon için n=11) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=18; Depresyon için n=24) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=2.143, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 8. soruya (Sizi aldatmış bir kişiye karşı sadakatiniz azalsa bile devam eder mi?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=13; Depresyon için n=8) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=22; Depresyon için n=27) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=1.701, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 9. soruya (Genellikle güven vermeyen insanları mı kendinize çektiğinizi düşünüyorsunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=32; Depresyon için n=17) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=3; Depresyon için n=18) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($p$<.001). BKB grubunda ve depresyon grubunda 10. soruya (Kendinizi ilişkinizdeki bazı dinamikleri gizlerken, savunurken ya da sürekli bazı şeyleri açıklamaya çalışırken bulur musunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=26; Depresyon için n=28) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=9; Depresyon için n=7) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=.324, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 11. soruya (İlişkilerinizde kimse için faydalı olmayan ve sürekli tekrarlayan yıkıcı nitelikte kavgalarınız olur mu?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=33; Depresyon için n=26) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=2; Depresyon için n=9) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($p$<.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 12. soruya (Başınıza gelmiş bir durum ile ilgili etrafınızdaki insanlar sizin adınıza dehşete kapılıp üzüntülerini ifade etmelerine rağmen sizin kendiniz adına dehşete kapılmadığınız ya da durumu önemsemediğiniz olur mu?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=30; Depresyon için n=17) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=5; Depresyon için n=18) dağılımı anlamlı

olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($X^2$=10.944, $p$<.01). BKB grubunda ve depresyon grubunda 13. soruya (Size karşı gösterilen yıkıcı bir tutum veya davranış karşısında hiçbir şey yapamayacağınıza dair olan olumsuz inancınız sebebiyle kendinizi sıkışmış/çaresiz hissettiğiniz olur mu?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=35; Depresyon için n=31) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=0; Depresyon için n=4) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 14. soruya (Başkasının yetenekleri, karizması, cazibesi ya da diğer insanlara olan destekleri o kişinin yıkıcı, istismarcı ve aşağılayan karakteristiklerini görmezden gelmenize sebep olur mu?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=16; Depresyon için n=10) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=19; Depresyon için n=25) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=2.203, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 15. soruya (Kendinizi, size ciddi anlamda zarar veren eski bir ilişkinizi yoğun bir düzeyde özlerken ve eski sevgilinizi düşünürken bulur musunuz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=19; Depresyon için n=21) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=16; Depresyon için n=14) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmamaktadır ($X^2$=.233, $p$>.05). BKB grubunda ve depresyon grubunda 16. soruya (Karşılaştığınız kötü muameleyi/istismarı gizlemeniz için sıradışı/abartılı tutum ve davranışlar gösterir misiniz?) evet yanıtını verenlerin (BKB için n=23; Depresyon için n=11) ve hayır yanıtını verenlerin (BKB için n=12; Depresyon için n=24) dağılımı anlamlı olarak birbirinden farklılaşmaktadır ($p$<.05).

### 4.10. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ), Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

BKB tanısı alan vakaların ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki ilişkilere yönelik bulgular Tablo XXI'de verilmiştir.

**Tablo XXI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantıları (DYÖ), Çoklu Travmatik Yaşantıları (KTÖ), Bağlanma Düzeyleri ve Saldırganlık Düzeyleri (BPSÖ) Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

| | Ort±SS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | 57.00±13.56 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | 15.51±4.18 | .85*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | 7.52±3.19 | .85*** | .66*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | 9.13±3.09 | .86*** | .68*** | .66*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | 16.06±4.19 | .73*** | .77*** | .41* | .73*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | 8.97±3.85 | .58*** | .25 | .53** | .31 | .03 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | 26.49±7.32 | .60*** | .60*** | .56*** | .59*** | .51** | .12 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | 30.09±3.82 | .41* | .40* | .33 | .36* | .54** | .01 | .29 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | 27.51±2.56 | .53** | .55** | .48** | .41* | .48** | .15 | .49** | .66*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | 18.31±2.74 | .47** | .55** | .37* | .45** | .54** | -.02 | .45** | .41* | .49** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| **11** | 102.40±12.78 | .68*** | .69*** | .60*** | .63*** | .67*** | .10 | .85*** | .69*** | .78*** | .69*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| **12** | 30.15±9.75 | .71*** | .50** | .66*** | .66*** | .38* | .53** | .53** | .29 | .33 | .38* | .54** | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| **13** | 1.80±1.72 | .50** | .29 | .54** | .57*** | .16 | .36* | .35* | .28 | .23 | .11 | .36* | .70*** | 1.00 | | | | | | | | | | |
| **14** | 5.31±2.03 | .71*** | .52** | .59*** | .57*** | .36* | .67*** | .43** | .21 | .42* | .25 | .45** | .79*** | .34* | 1.00 | | | | | | | | | |
| **15** | 1.14±1.09 | .36* | .19 | .41* | .30 | .09 | .36* | .27 | .19 | -.04 | .23 | .25 | .68*** | .46** | .43* | 1.00 | | | | | | | | |
| **16** | 3.94±1.19 | .23 | .14 | .20 | .24 | .24 | .07 | .18 | .09 | .12 | .30 | .22 | .50** | .10 | .30 | .23 | 1.00 | | | | | | | |
| **17** | 28.07±6.94 | .69*** | .60*** | .65*** | .54** | .40* | .46** | .53** | .40* | .38* | .38* | .58*** | .69*** | .67*** | .48** | .52** | .09 | 1.00 | | | | | | |
| **18** | 27.60±5.27 | -.62*** | -.55** | -.58*** | -.54** | -.40* | -.32 | -.43** | -.28 | -.34* | -.41* | -.49** | -.49** | -.45** | -.39* | -.23 | -.20 | -.47** | 1.00 | | | | | |
| **19** | 27.77±5.08 | -.34* | -.31 | -.26 | -.40* | -.23 | -.14 | -.48** | -.06 | -.18 | -.34* | -.40* | -.52** | -.46** | -.37* | -.24 | -.23 | -.39* | .48** | 1.00 | | | | |
| **20** | 11.89±4.55 | -.24 | -.11 | -.19 | -.37* | -.15 | -.12 | -.12 | -.01 | -.15 | .07 | -.09 | -.26 | -.21 | -.22 | -.19 | -.07 | .03 | -.10 | -.12 | 1.00 | | | |
| **21** | 8.94±4.41 | -.12 | .09 | -.05 | -.26 | .01 | -.21 | .12 | .04 | -.05 | .20 | .11 | -.28 | -.19 | -.32 | -.25 | -.14 | .09 | -.22 | -.13 | .70*** | 1.00 | | |
| **22** | 40.11±6.22 | -.66*** | -.51** | -.59*** | -.69*** | -.42* | -.33* | -.43* | -.24 | -.37* | -.28 | -.45** | -.57*** | -.50** | -.46** | -.31 | -.20 | -.36* | .73*** | .30 | .61*** | .31 | 1.00 | |
| **23** | 36.71±6.29 | -.36* | -.19 | -.24 | -.50** | -.18 | -.26 | -.30 | -.02 | -.18 | -.14 | -.24 | -.62*** | -.51** | -.52** | -.37* | -.28 | -.25 | .24 | .72*** | .40* | .60*** | .46** | 1.00 |

*$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001; 1: ÇÇRTÖ (toplam puan); 2: ÇÇRTÖ (duygusal istismar); 3: ÇÇRTÖ (fiziksel istismar); 4: ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal); 5: ÇÇRTÖ (duygusal ihmal); 6: ÇÇRTÖ (cinsel istismar); 7: BPSO (fiziksel saldırganlık); 8: BPSO (düşmanlık); 9: BPSO (öfke); 10: BPSO (sözel saldırganlık); 11: BPSO (toplam puan); 12: KTO (negatif değer); 13: KTO (hayatta kalma travmaları); 14: KTO (kişisel kimlik travmaları); 15: KTO (toplumsal kimlik travmaları); 16: KTO (aile bağlanma travmaları); 17:DYÖ (Ortalama); 18: Anne İlgi; 19: Baba İlgi; 20: Anne Koruma; 21: Baba Koruma; 22: Anne Toplam; 23: Baba Toplam

BKB tanısı alan vakaların ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (duygusal istismar) alt ölçeği ile en yükseği saldırganlık toplam puanlarıyla (r=.69, *p*<.001), en düşüğü KTÖ (negatif değer) puanlarıyla (r=.37, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) alt ölçeği ile en yükseği DYÖ toplam puanlarıyla (r=.53, *p*<.01), en düşüğü anne toplam puanlarıyla (r=-.35, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) alt ölçeği ile en yükseği saldırganlık toplam puanlarıyla (r=.50, *p*<.01), en düşüğü BPSÖ (düşmanlık) puanlarıyla (r=.38, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) alt ölçeği ile en yükseği saldırganlık toplam puanlarıyla (r=.67, *p*<.001), en düşüğü ABBÖ (anne toplam) puanlarıyla (r=-.36, p<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (cinsel istismar) alt ölçeği ile en yükseği KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanlarıyla (r=.66, *p*<.001), en düşüğü ABBÖ (anne ilgi) puanlarıyla (r=-.34, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (toplam puan) ile en yükseği KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanlarıyla (r=.64, *p*<.001), en düşüğü KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) puanlarıyla (r=.34, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, BPSÖ (fiziksel saldırganlık) alt ölçeği ile en yükseği DYÖ (Ortalama) puanlarıyla (r=.53, *p*<.01), en düşüğü ABBÖ (anne toplam) puanlarıyla (r=-.34, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. BPSÖ (düşmanlık) alt ölçeği ile yalnızca DYÖ (ortalama) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r=.40, *p*>.05). BPSÖ (sözel saldırganlık) alt ölçeği ile DYÖ (Ortalama) puanları (r=.38, *p*<.05), ABBÖ (anne ilgi) puanları (r=-.41, *p*<.05), ABBÖ (baba ilgi) puanları (r=-.34, *p*<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz

sonuçlarına göre, BPSÖ (toplam puan) ile en yükseği DYÖ (Ortalama) puanlarıyla (r=.58, *p*<.01), en düşüğü ABBÖ (anne toplam) puanlarıyla (r=-.36, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (negatif değer) ile en yükseği DYÖ (Ortalama) puanlarıyla (r=.59, *p*<.001), en düşüğü ABBÖ (baba ilgi) puanlarıyla (r=-.34, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (hayatta kalma travmaları) alt ölçeği ile DYÖ (Ortalama) puanları (r=.56, *p*<.01), ABBÖ (baba ilgi) puanları (r=-.35, *p*<.05), ABBÖ (baba toplam) puanları (r=-.45, *p*<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, KTÖ (kişisel kimlik travmaları) alt ölçeği ile en yükseği DYÖ (Ortalama) puanlarıyla (r=.48, *p*<.01), en düşüğü ABBÖ (baba ilgi) puanlarıyla (r=-.37, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) alt ölçeği ile DYÖ (Ortalama) puanları (r=.53, *p*<.01), ABBÖ (anne toplam) puanları (r=-.36, *p*<.05), ABBÖ (baba toplam) puanları (r=-.37, *p*<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

DYÖ (Ortalama) puanları ile ÇÇRTÖ toplam puanları (r=-.69, *p*>.001), ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanları (r=-.60, *p*>.001), ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) puanları (r=-.65, *p*>.001), ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) puanları (r=-.54, *p*>.01), ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) puanları (r=-.40, *p*>.05), ÇÇRTÖ (cinsel istismar) puanları (r=-.46, *p*>.01), BPSÖ fiziksel saldırganlık (r=.53, *p*>.01), BPSÖ düşmanlık (r=.40, *p*>.05), BPSÖ öfke (r=.38, *p*>.05), BPSÖ sözel saldırganlık (r=.38, *p*>.05), BPSÖ toplam puanları (r=.58, *p*>.001), KTÖ (negatif değer) (r=-.69, *p*>.001), KTÖ (hayatta kalma travmaları) (r=-.67, *p*>.001) KTÖ (kişisel kimlik travmaları) (r=-.48, *p*>.01) ve KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) (r=-.52, *p*>.01) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki tüm korelasyon katsayıları Tablo 7'de verilmiştir.

### 4.11. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ), Anne Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Depresyon tanısı alan vakaların ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki ilişkilere yönelik bulgular Tablo XXII'de verilmiştir.

**Tablo XXII. Depresyon Tanısı Alan Vakaların Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ), Dissosiyatif Yaşantıları (DYÖ), Çoklu Travmatik Yaşantıları (KTÖ), Bağlanma Düzeyleri ve Saldırganlık Düzeyleri (BPSO) Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

| | Ort±SS. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | 45.39±13.65 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | 15.51±4.18 | .83*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | 6.71±2.31 | .58*** | .44** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | 7.04±2.96 | .40* | .19 | .01 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | 16.06±4.19 | .79*** | .61*** | .17 | .48** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | 7.54±3.17 | .54** | .23 | .38* | -.14 | .17 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | 26.49±7.32 | .01 | .13 | .10 | -.16 | -.06 | -.03 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | 30.09±3.82 | .43* | .54** | .13 | .34* | .35* | -.02 | -.10 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | 27.51±2.56 | .20 | .39* | .14 | .05 | .21 | -.20 | .75*** | .22 | 1.00 | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | 18.31±2.74 | .22 | .40* | -.07 | -.01 | .14 | .08 | .45** | .02 | .45** | 1.00 | | | | | | | | | | | | | |
| **11** | 102.40±12.78 | .25 | .45** | .13 | .03 | .17 | -.06 | .86*** | .34* | .89*** | .61*** | 1.00 | | | | | | | | | | | | |
| **12** | 23.45±10.91 | .56** | .40* | .27 | .14 | .26 | .65*** | .40* | .17 | .32 | .38* | .46** | 1.00 | | | | | | | | | | | |
| **13** | 2.14±1.30 | .11 | .04 | .12 | -.20 | -.06 | .37* | .65*** | -.13 | .39* | .38* | .53** | .67*** | 1.00 | | | | | | | | | | |
| **14** | 5.31±2.03 | .59*** | .40* | .28 | .26 | .36* | .57*** | .17 | .26 | .19 | .24 | .30 | .76*** | .31 | 1.00 | | | | | | | | | |
| **15** | .79±.94 | .26 | .22 | .04 | -.15 | .15 | .39* | .16 | -.08 | .07 | .28 | .15 | .43** | .17 | .33 | 1.00 | | | | | | | | |
| **16** | 3.94±1.19 | .49** | .49** | -.01 | .55** | .43** | .10 | -.20 | .44** | .05 | .24 | .09 | .39* | -.09 | .31 | .01 | 1.00 | | | | | | | |
| **17** | 28.07±6.94 | .42* | .29 | .27 | .17 | .08 | .54** | .29 | .21 | .26 | .27 | .37* | .67*** | .43** | .48** | .10 | .34* | 1.00 | | | | | | |
| **18** | 27.60±5.27 | -.17 | -.24 | -.16 | .31 | -.08 | -.20 | -.27 | .02 | -.25 | -.24 | -.28 | -.05 | -.01 | -.01 | -.42* | .14 | -.21 | 1.00 | | | | | |
| **19** | 27.77±5.08 | -.36* | -.39* | -.18 | .01 | -.38* | -.09 | -.02 | -.17 | -.07 | -.01 | -.09 | .11 | .27 | .04 | -.18 | -.14 | -.04 | .48** | 1.00 | | | | |
| **20** | 11.89±4.55 | .20 | .43** | .10 | -.23 | .02 | .13 | .40* | -.02 | .37* | .68*** | .47** | .35* | .33* | .16 | .37* | .10 | .21 | -.56** | -.10 | 1.00 | | | |
| **21** | 8.94±4.41 | .00 | .03 | .01 | -.39* | .12 | .04 | -.21 | .14 | -.14 | .00 | -.11 | -.15 | -.11 | -.21 | -.08 | .09 | -.28 | -.15 | -.19 | .14 | 1.00 | | |
| **22** | 39.85±3.62 | .04 | .22 | -.06 | .07 | -.06 | -.06 | .16 | -.01 | .15 | .50** | .24 | .34* | .36* | .17 | -.02 | .26 | .01 | .42* | .38* | .52** | .00 | 1.00 | |
| **23** | 36.71±6.29 | -.35* | -.36* | -.17 | -.19 | -.30 | -.07 | -.13 | -.09 | -.14 | -.01 | -.14 | .03 | .20 | -.07 | -.21 | -.09 | -.19 | .38* | .86*** | -.02 | .34* | .37* | 1.00 |

*p<.05; **p<.01; ***p<.001; 1: ÇÇRTÖ (toplam puan); 2: ÇÇRTÖ (duygusal istismar); 3: ÇÇRTÖ (fiziksel istismar); 4: ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal); 5: ÇÇRTÖ (duygusal ihmal); 6: ÇÇRTÖ (cinsel istismar); 7: BPSO (fiziksel saldırganlık); 8: BPSO (düşmanlık); 9: BPSO (öfke); 10: BPSO (sözel saldırganlık); 11: BPSO (toplam puan); 12: KTO (negatif değer); 13: KTO (hayatta kalma travmaları); 14: KTO (kişisel kimlik travmaları); 15: KTO (toplumsal kimlik travmaları); 16: KTO (aile bağlanma travmaları); 17:DYÖ (Ortalama); 18: Anne İlgi; 19: Baba İlgi; 20: Anne Koruma; 21: Baba Koruma; 22: Anne Toplam; 23: Baba Toplam

Depresyon tanısı alan vakaların ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (duygusal istismar) alt ölçeği ile en yükseği KTÖ (aile bağlanma travmaları) puanlarıyla (r=.49, $p$<.01), en düşüğü ABBÖ (baba toplam) puanlarıyla (r=-.36, $p$<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (fiziksel istismar) alt ölçeği ile KTÖ (negatif değer) puanları (r=.42, $p$<.05) ve KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanları (r=.42, $p$<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (fiziksel ihmal) alt ölçeği ile BPSÖ (düşmanlık) puanları (r=.36, $p$<.05) ve KTÖ (aile bağlanma travmaları) puanları (r=.65, $p$<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (duygusal ihmal) alt ölçeği ile en yükseği BPSÖ (düşmanlık) puanlarıyla (r=.43, $p$<.01), en düşüğü KTÖ (aile bağlanma travmaları) puanlarıyla (r=.35, p<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ÇÇRTÖ (cinsel istismar) alt ölçeği ile en yükseği KTÖ (negatif değer) puanlarıyla (r=.54, $p$<.01), en düşüğü KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) puanlarıyla (r=.35, $p$<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ÇÇRTÖ (toplam puan) ile en yükseği KTÖ (kişisel kimlik travmaları) puanlarıyla (r=.60, $p$<.001), en düşüğü ABBÖ (baba toplam) puanlarıyla (r=-.34, $p$<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, BPSÖ (fiziksel saldırganlık) alt ölçeği ile KTÖ (negatif değer) puanları (r=.44, $p$<.01), KTÖ (hayatta kalma travmaları) (r=.54, $p$<.01) ve ABBÖ (anne koruma) puanları (r=.40, $p$<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, BPSÖ (öfke) alt ölçeği ile KTÖ (negatif değer) puanları (r=.39, $p$<.05) ve ABBÖ (anne koruma) puanları (r=.37, $p$<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. BPSÖ (sözel saldırganlık) alt ölçeği ile en yükseği ABBÖ (anne koruma) puanlarıyla (r=.68, $p$<.001), en düşüğü KTÖ (hayatta kalma travmaları)

puanlarıyla (r=.35, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, BPSÖ (toplam puan) ile en yükseği KTÖ (negatif değer) puanlarıyla (r=.52, *p*<.01), en düşüğü DYÖ (Ortalama) puanlarıyla (r=.37, *p*<.05) olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

KTÖ (negatif değer) ile DYÖ (Ortalama) puanları (r=.67, *p*<.001) ve ABBÖ (anne koruma) puanları (r=.37, *p*<.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (hayatta kalma travmaları) alt ölçeği ile DYÖ (Ortalama) puanları (r=.41, *p*<.05), ABBÖ (anne koruma) puanları (r=.41, *p*<.05), ABBÖ (anne toplam) puanları (r=.51, *p*<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, KTÖ (kişisel kimlik travmaları) alt ölçeği ile yalnızca DYÖ (Ortalama) puanları (r=.48, *p*<.01) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (toplumsal kimlik travmaları) alt ölçeği ile ABBÖ (anne koruma) puanları (r=36, *p*<.05), arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. KTÖ (aile bağlanma travmaları) ile DYÖ (Ortalama) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.34, *p*<.05). DYÖ (Ortalama) puanları ile ÇÇRTÖ toplam puanları (r=-.42, *p*>.05), ÇÇRTÖ (cinsel istismar) puanları (r=-.54, *p*>.01), BPSÖ toplam puanları (r=.37, *p*>.05), KTÖ (negatif değer) (r=-.67, *p*>.001), KTÖ (hayatta kalma travmaları) (r=-.43, *p*>.01) KTÖ (kişisel kimlik travmaları) (r=-.48, *p*>.01) ve KTÖ (aile bağlanma travmaları) (r=-.34, *p*>.05) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Depresyon tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ, DYÖ, KTÖ, ABBÖ ve BPSÖ arasındaki tüm korelasyon katsayıları Tablo XXII'de verilmiştir.

### 4.12. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

BKB ve depresyon tanı gruplarında ayrı ayrı olmak üzere çocukluk çağı travma puanının ve kümülatif travma ölçeği puanlarının birlikte dissosiyatif yaşantılar ölçeği puanlarını ne derecede ve hangi yönde yordama gücüne sahip olduğunu bulmaya yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizinde ÇÇRTÖ ölçeğinden alınan alt ölçek toplam puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) ve KTÖ'dan alınan alt ölçek toplam puanları (negatif değer, hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları) bağımsız değişken, DYÖ ortalama puanı bağımlı değişken olarak alınmıştır. Regresyon analizinde "*stepwise*" yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem sonucunda anlamlı olan parametrelerin dâhil edildiği regresyon modelleri aşağıda verilmiştir (Tablo XXIII).

**Tablo XXIII. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nun Dissosiyatif Yaşantılar (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

| **Dissosiyatif Yaşantılar (DYÖ)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bağımsız Değişkenler** | **B** | **Sh** | **Beta** | **t** | **$R^2$** | **F** | **ΔR2** |
| **Sabit (a)** | 13.36 | 3.63 | | $4.45^{***}$ | | | |
| **ÇÇRTÖ[a] (duygusal istismar)** | .74 | .21 | .51 | $3.51^{**}$ | .23 | $9.74^{**}$ | .40 |
| **KTÖ[b] (hayatta kalma travmaları)** | 1.48 | .51 | .41 | $2.86^{**}$ | .17 | | |

[a]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; [b]Kümülatif Travma Ölçeği; $^{*}p<.05$; $^{**}p<.01$; $^{***}p<.001$

BKB'li grubun dissosiyatif yaşantılarının yordayıcılarını bulmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(2,29)}=9.74$, $p<.01$). Kurulan modelde ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanının ve KTÖ (hayatta kalma travmaları) puanının anlamlı

yordayıcı parametreler olduğu görülmüştür. Kurulan model, BKB grubunun dissosiyatif yaşantılar ölçeği ortalama puanının %40'lık kısmını açıklamaktadır (Tablo XXIII).

### 4.13. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

BKB'li grubun saldırganlık düzeyleri için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(1,30)}$=16.19, $p$<.001). Kurulan modelde ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanının anlamlı şekilde yordayıcı olduğu görülmüştür. Kurulan model, BKB grubunun saldırganlık ölçeği toplam puanının %35'lik kısmını açıklamaktadır (Tablo XXIV).

**Tablo XXIV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travmaları (KTÖ)'nın Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

| **Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bağımsız Değişkenler** | **B** | **Sh** | **Beta** | **t** | **$R^2$** | **F** | **ΔR2** |
| **Sabit (a)** | 74.63 | 6.73 | | 11.10*** | | 16.19*** | .35 |
| **ÇÇRTÖ [a] (duygusal istismar)** | 1.75 | .44 | .59 | 4.02*** | .35 | | |

[a]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; *$p$<.05; **$p$<.01; ***$p$<.001

### 4.14. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Depresyon grubunun dissosiyatif yaşantılarının yordayıcılarını bulmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(1,32)}$=23.93, $p$<.001). Kurulan modelde KTÖ (negatifdeğer) puanının anlamlı şekilde yordayıcı olduğu görülmüştür. Kurulan model, depresyon grubunun dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanının %43'lük kısmını açıklamaktadır (Tablo XXV).

**Tablo XXV. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif TravmalarÖlçeği (KTÖ)'nin Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

| **Dissosiyatif Yaşantılar (DYÖ)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bağımsız Değişkenler** | **B** | **Sh** | **Beta** | **t** | **$R^2$** | **F** | **ΔR2** |
| **Sabit (a)** | 11.59 | 1.40 | | $8.27^{***}$ | | $23.93^{***}$ | .43 |
| **KTÖ[a] (negatif değer)** | .27 | .06 | .65 | $4.89^{***}$ | .45 | | |

[a]Kümülatif Travma Ölçeği; $^{*}p<.05$; $^{**}p<.01$; $^{***}p<.001$

### 4.15. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travma Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Depresyon grubunun saldırganlık düzeyinin yordayıcılarını bulmak için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(3,30)}$=13.33, $p$<.001). Kurulan modelde ÇÇRTÖ (duygusal istismar) puanının, KTÖ (hayatta kalma travmaları) puanının ve ÇÇRTÖ (cinsel istismar) puanının anlamlı yordayıcı parametreler olduğu görülmüştür. Kurulan model, depresyon grubunun saldırganlık ölçeği toplam puanının %57'lik kısmını açıklamaktadır (Tablo XXVI).

**Tablo XXVI. Depresyon Tanısı Alan Vakalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Kümülatif Travmaları Ölçeği (KTÖ)'nin Buss-Perry Saldırganlık (BPSÖ) Üzerindeki Yordayıcı Etkisi**

| **Saldırganlık (BPSÖ)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bağımsız Değişkenler** | **B** | **Sh** | **Beta** | **t** | **$R^2$** | **F** | **ΔR2** |
| **Sabit (a)** | 62.91 | 5.39 | | $11.67^{***}$ | | | |
| **ÇÇRTÖ[a] (duygusal istismar)** | 1.97 | .42 | .60 | $4.73^{***}$ | .35 | | |
| **ÇÇRTÖ (cinsel istismar)** | -1.60 | .56 | -.38 | $-2.86^{**}$ | .12 | $13.33^{***}$ | .57 |
| **KTÖ[b] (hayatta kalma travmaları)** | 4.76 | 1.35 | .46 | $3.53^{**}$ | .11 | | |

[a]Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği; [b]Kümülatif Travma Ölçeği; $^{*}p<.05$; $^{**}p<.01$; $^{***}p<.001$

### 4.16. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo XXVII. BKB Grubunda İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 12 | 14.96 | 101.50 | -1.27 | .20 |
| | Var | 23 | 19.59 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 12 | 12.83 | 76 | -2.16 | **.03** |
| | Var | 23 | 20.70 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 12 | 15.58 | 109 | -1.01 | .31 |
| | Var | 23 | 19.26 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 12 | 12.08 | 67 | -2.48 | **.01** |
| | Var | 23 | 21.09 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 12 | 15 | 102 | -1.25 | .21 |
| | Var | 23 | 19.57 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 12 | 11.92 | 65 | -2.54 | **.01** |
| | Var | 23 | 21.17 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 12 | 14.22 | 94 | -1.53 | .13 |
| | Var | 23 | 19.91 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 12 | 14.71 | 98 | -1.38 | .17 |
| | Var | 23 | 19.72 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 12 | 16.58 | 121 | -.59 | .55 |
| | Var | 23 | 18.74 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 12 | 12.96 | 77.5 | -2.13 | **.03** |
| | Var | 23 | 20.63 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 12 | 14.63 | 97.5 | -1.43 | .15 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 23 | 19.76 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 12 | 13.88 | 88.5 | -1.72 | .09 |
| | Var | 23 | 20.15 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 12 | 13.79 | 87.5 | -1.76 | .08 |
| | Var | 23 | 20.20 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 12 | 17.88 | 136.5 | -.05 | .96 |
| | Var | 23 | 18.07 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 12 | 11.46 | 59.5 | -2.76 | **.01** |
| | Var | 23 | 21.41 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 12 | 17.92 | 137 | -.03 | .97 |
| | Var | 23 | 18.04 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 12 | 17.46 | 131.5 | -.23 | .82 |
| | Var | 23 | 18.28 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 12 | 21.08 | 101 | -1.30 | .19 |
| | Var | 23 | 16.39 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXVII'de BKB grubunda intihar girişimleri olma durumuna göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde intihar girişiminde bulunanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ilgi ile baba aşırı koruma, Buss-Perry Saldırganlık

Ölçeği alt boyutlarından öfke ve Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından kişisel kimlik travmaları puanları intihar girişiminde bulunmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

**Tablo XXVIII. Depresyon Grubunda İntihar Girişimleri Olma Durumuna Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 24 | 17.58 | 122 | -.36 | .72 |
| | Var | 11 | 18.91 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 24 | 15.44 | 70.5 | -2.19 | **.03** |
| | Var | 11 | 23.59 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 24 | 18.63 | 117 | -.53 | .59 |
| | Var | 11 | 16.64 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 24 | 15.73 | 77.5 | -1.94 | .05 |
| | Var | 11 | 22.95 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 24 | 17.88 | 129 | -.10 | .91 |
| | Var | 11 | 18.27 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 24 | 15.17 | 64 | -2.42 | **.02** |
| | Var | 11 | 24.18 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 24 | 16.48 | 95.5 | -1.30 | .19 |
| | Var | 11 | 21.32 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 24 | 19.44 | 97.5 | -1.23 | .22 |
| | Var | 11 | 14.86 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 24 | 16.04 | 85 | -1.68 | .09 |
| | Var | 11 | 22.27 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 24 | 19.67 | 92 | -1.43 | .15 |
| | Var | 11 | 14.36 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 24 | 18.96 | 109 | -.83 | .41 |
| | Var | 11 | 15.91 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 24 | 18.98 | 108.5 | -.40 | .40 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 11 | 15.86 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 24 | 17.81 | 127.5 | -.16 | .87 |
| | Var | 11 | 18.41 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 24 | 19.13 | 105 | -1 | .31 |
| | Var | 11 | 15.55 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 24 | 17.27 | 114.5 | -.63 | .53 |
| | Var | 11 | 19.59 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 24 | 19.08 | 106 | -1.05 | .29 |
| | Var | 11 | 15.64 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 24 | 16.27 | 90.5 | -1.52 | .13 |
| | Var | 11 | 21.77 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 24 | 18.40 | 122.5 | -.34 | .73 |
| | Var | 11 | 17.14 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXVIII'de depresyon grubunda intihar girişimleri olma durumuna göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde intihar girişiminde bulunanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ilgi puanları intihar girişiminde bulunmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

### 4.17. BKB ve Depresyon Örneklemlerinde Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo XXIX. BKB Grubunda Fiziksel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | Z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 21 | 15.26 | 89.5 | -1.94 | .05 |
| | Var | 14 | 22.11 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 21 | 17.19 | 130 | -.57 | .57 |
| | Var | 14 | 19.21 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 21 | 15.24 | 89 | -1.96 | .05 |
| | Var | 14 | 22.14 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 21 | 17.71 | 141 | -.20 | .84 |
| | Var | 14 | 18.43 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 21 | 14.88 | 81.5 | -2.21 | **.03** |
| | Var | 14 | 122.68 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 21 | 17.50 | 136.5 | -.35 | .72 |
| | Var | 14 | 18.75 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 21 | 14.71 | 78 | -2.32 | **.02** |
| | Var | 14 | 22.93 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 21 | 14.48 | 73 | -2.50 | **.01** |
| | Var | 14 | 23.29 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 21 | 16.95 | 125 | -.74 | .46 |
| | Var | 14 | 19.57 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 21 | 15.29 | 90 | -1.94 | .05 |
| | Var | 14 | 22.07 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 21 | 16.48 | 115 | -1.10 | .27 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 14 | 20.29 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 21 | 14.76 | 79 | -2.29 | **.02** |
| | Var | 14 | 22.86 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 21 | 12.93 | 40.5 | -3.59 | **.00** |
| | Var | 14 | 25.61 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 21 | 15.38 | 92 | -1.92 | **.05** |
| | Var | 14 | 21.93 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 21 | 13.74 | 57.5 | -3.05 | **.00** |
| | Var | 14 | 24.39 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 21 | 14.26 | 68.5 | -2.81 | **.00** |
| | Var | 14 | 23.61 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 21 | 16.55 | 116.5 | -1.07 | .29 |
| | Var | 14 | 20.18 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 21 | 17.62 | 139 | -.27 | .79 |
| | Var | 14 | 18.57 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; p<.05

Tablo XXIX'da BKB grubunda fiziksel istismar bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde fiziksel istismara maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği anne boyutu toplam puanı, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından fiziksel saldırganlık, Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif

değerlendirme, hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları ve toplumsal kimlik travmaları puanları fiziksel istismara maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir (p<.05).

**Tablo XXX. Depresyon Grubunda Fiziksel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 24 | 16.46 | 95 | -1.32 | .19 |
| | Var | 11 | 21.36 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 24 | 14.65 | 51.5 | -2.87 | **.00** |
| | Var | 11 | 25.32 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 24 | 16.96 | 107 | -.89 | .37 |
| | Var | 11 | 20.27 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 24 | 15.04 | 61 | -2.53 | **.01** |
| | Var | 11 | 24.45 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 24 | 16.42 | 94 | -1.35 | .18 |
| | Var | 11 | 21.45 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 24 | 15.04 | 61 | -2.52 | **.01** |
| | Var | 11 | 24.45 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 24 | 16.48 | 95.5 | -1.30 | .19 |
| | Var | 11 | 21.32 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 24 | 16.27 | 90.5 | -1.48 | .14 |
| | Var | 11 | 21.77 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 24 | 17.23 | 113.5 | -.66 | .51 |
| | Var | 11 | 19.68 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 24 | 16.79 | 103 | -1.03 | .30 |
| | Var | 11 | 20.64 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 24 | 16.71 | 101 | -1.11 | .26 |
| | Var | 11 | 20.82 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 24 | 16.02 | 84.5 | -1.69 | .09 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 11 | 22.32 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 24 | 14.90 | 57.5 | -2.65 | **.00** |
| | Var | 11 | 24.77 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 24 | 16.23 | 89.5 | -1.58 | .11 |
| | Var | 11 | 21.86 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 24 | 15.17 | 64 | -2.46 | **.01** |
| | Var | 11 | 24.18 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 24 | 16.83 | 104 | -1.14 | .26 |
| | Var | 11 | 20.55 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 24 | 17.15 | 111.5 | -.75 | .45 |
| | Var | 11 | 19.86 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 24 | 17.08 | 110 | -.78 | .43 |
| | Var | 11 | 20.00 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXX'da depresyon grubunda fiziksel istismar bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde fiziksel istismara maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ilgi ve baba aşırı koruma, Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif değerlendirme ve kişisel kimlik travmaları toplam puanları fiziksel istismara maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

**Tablo XXXI. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Grubunda Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 16 | 14.19 | 91 | -2.02 | **.04** |
| | Var | 19 | 21.21 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 16 | 17.97 | 151.5 | -.02 | .99 |
| | Var | 19 | 18.03 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 16 | 14.78 | 100.5 | -1.71 | .09 |
| | Var | 19 | 20.71 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 16 | 19.53 | 127.5 | -.82 | .41 |
| | Var | 19 | 16.71 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 16 | 14.13 | 90 | -2.06 | **.04** |
| | Var | 19 | 21.26 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 16 | 18.75 | 140 | -.40 | .69 |
| | Var | 19 | 17.37 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 16 | 14.28 | 92.5 | -1.97 | **.04** |
| | Var | 19 | 21.13 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 16 | 14.91 | 102.5 | -1.64 | **.10** |
| | Var | 19 | 20.61 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 16 | 16.25 | 124 | -.93 | **.35** |
| | Var | 19 | 19.47 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 16 | 15.94 | 119 | -1.11 | .27 |
| | Var | 19 | 19.74 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 16 | 15.91 | 118.5 | -1.13 | .26 |
| | Var | 19 | 19.76 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 16 | 14.75 | 100 | -1.72 | .08 |
| | Var | 19 | 20.74 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 16 | 14.16 | 90.5 | -2.04 | **.04** |
| | Var | 19 | 21.24 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ-HKT** | Yok | 16 | 16.91 | 134.5 | -.60 | .55 |
| | Var | 19 | 18.92 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 16 | 13.88 | 86 | -2.21 | **.03** |
| | Var | 19 | 21.47 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 16 | 15.31 | 109 | -1.51 | 16 |
| | Var | 19 | 20.26 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 16 | 15.91 | 118.5 | -1.15 | 16 |
| | Var | 19 | 19.76 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 16 | 16.22 | 123.5 | -.95 | .34 |
| | Var | 19 | 19.50 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; p<.05

Tablo XXXI'de BKB grubunda fiziksel ihmal bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde fiziksel istismara maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği anne boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından anne ilgi, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarından fiziksel saldırganlık ve düşmanlık, Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif değerlendirme ve kişisel kimlik travmaları puanları fiziksel ihmale maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir (p<.05).

**Tablo XXXII. Depresyon Grubunda Fiziksel İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 26 | 16.44 | 76.5 | -1.53 | .12 |
| | Var | 9 | 22.5 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 26 | 15.92 | 63 | -2.04 | .04 |
| | Var | 9 | 24.00 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 26 | 17.85 | 113 | -.15 | .88 |
| | Var | 9 | 18.44 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 26 | 17.73 | 110 | -.26 | .79 |
| | Var | 9 | 18.78 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 26 | 16.87 | 87.5 | -1.11 | .26 |
| | Var | 9 | 21.28 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 26 | 16.65 | 82 | -1.32 | .19 |
| | Var | 9 | 21.89 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 26 | 16.48 | 77.5 | -1.49 | .14 |
| | Var | 9 | 22.39 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 26 | 17.71 | 109.5 | -.28 | .78 |
| | Var | 9 | 18.83 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 26 | 17.00 | 91 | -.98 | .32 |
| | Var | 9 | 20.89 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 26 | 17.15 | 95 | -.83 | .40 |
| | Var | 9 | 20.44 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 26 | 17.67 | 108.5 | -.32 | .74 |
| | Var | 9 | 18.94 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 26 | 17.37 | 10.5 | -.62 | .53 |
| | Var | 9 | 19.83 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 26 | 16.50 | 78 | -1.47 | .14 |
| | Var | 9 | 22.33 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 26 | 18.50 | 104 | -.51 | .61 |
| | Var | 9 | 16.56 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ-KKT** | Yok | 26 | 15.94 | 63.5 | -2.06 | **.04** |
| | Var | 9 | 23.94 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 26 | 17.88 | 114 | -.13 | .90 |
| | Var | 9 | 18.33 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 26 | 15.58 | 54 | -2.45 | **.01** |
| | Var | 9 | 25.00 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 26 | 16.40 | 75.5 | -1.57 | .12 |
| | Var | 9 | 22.61 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXXII'de depresyon grubunda fiziksel ihmal bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre depresyon örnekleminde fiziksel ihmal maruz kalanların Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından kişisel kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları toplam puanları fiziksel ihmale maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

### 4.18. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo XXXIII. Borderline Kişilik Bozuklukğu (BKB) Grubunda Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 16 | 15.53 | 112.5 | -1.31 | .19 |
| | Var | 19 | 20.08 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | yok | 16 | 14.66 | 98.5 | -1.77 | .08 |
| | Var | 19 | 20.82 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 16 | 17.47 | 143.5 | -.28 | .78 |
| | Var | 19 | 18.45 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 16 | 19.50 | 128.5 | -.80 | .42 |
| | Var | 19 | 16.74 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 16 | 16.34 | 125 | -.88 | .38 |
| | Var | 19 | 19.39 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 16 | 16.84 | 133.5 | -.61 | .54 |
| | Var | 19 | 18.97 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 16 | 16.59 | 129.5 | -.75 | .46 |
| | Var | 19 | 19.18 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 16 | 17.13 | 138 | -.46 | .64 |
| | Var | 19 | 18.74 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 16 | 18.47 | 144.5 | -.25 | .80 |
| | Var | 19 | 17.61 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 16 | 17.84 | 149.5 | -.08 | .93 |
| | Var | 19 | 18.13 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 16 | 19.38 | 130 | -.74 | .46 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 19 | 16.84 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 16 | 18.13 | 150 | -.07 | .95 |
| | Var | 19 | 17.89 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 16 | 12.22 | 59.5 | -3.07 | **.00** |
| | Var | 19 | 22.87 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 16 | 15.53 | 112.5 | -1.35 | .18 |
| | Var | 19 | 20.08 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 16 | 11.59 | 49.5 | -3.44 | **.00** |
| | Var | 19 | 23.39 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 16 | 14.06 | 89 | -2.22 | **.03** |
| | Var | 19 | 21.32 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 16 | 16.56 | 129 | -.79 | .43 |
| | Var | 19 | 19.21 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 16 | 17.84 | 149.5 | -.08 | .93 |
| | Var | 19 | 18.13 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; p<.05

Tablo XXXIII'de BKB grubunda cinsel istismar bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde cinsel istismara maruz kalanların Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif değerlendirme, kişisel kimlik travmaları ve toplumsal kimlik travmaları puanları cinsel istismara maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir (p<.05).

**Tablo XXXIV. Depresyon Grubunda Cinsel İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 21 | 16.21 | 109.5 | -1.27 | .21 |
| | Var | 14 | 20.68 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 21 | 14.43 | 72 | -2.53 | **.01** |
| | Var | 14 | 23.36 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 21 | 16.14 | 108 | -1.32 | .19 |
| | Var | 14 | 20.79 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 21 | 14.45 | 72.5 | -2.52 | **.01** |
| | Var | 14 | 23.32 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 21 | 15.69 | 98.5 | -1.64 | .10 |
| | Var | 14 | 21.46 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 21 | 14.26 | 68.5 | -2.64 | **.01** |
| | Var | 14 | 23.61 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 21 | 15.17 | 87.5 | -2.01 | **.04** |
| | Var | 14 | 22.25 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 21 | 18.50 | 136.5 | -.35 | .72 |
| | Var | 14 | 17.25 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 21 | 16.95 | 125 | -.74 | .46 |
| | Var | 14 | 19.57 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 21 | 19.38 | 118 | -.98 | .33 |
| | Var | 14 | 15.93 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 21 | 18.05 | 146 | -.03 | .97 |
| | Var | 14 | 17.93 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 21 | 18.00 | 147 | .00 | 1.00 |
| | Var | 14 | 18.00 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 21 | 15.12 | 86.5 | -2.04 | **.04** |
| | Var | 14 | 22.32 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ-HKT** | Yok | 21 | 16.48 | 115 | -1.13 | .26 |
| | Var | 14 | 20.29 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 21 | 15.55 | 95.5 | -1.77 | .08 |
| | Var | 14 | 21.68 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 21 | 16.29 | 111 | -1.38 | .17 |
| | Var | 14 | 20.57 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 21 | 17.62 | 139 | -.28 | .78 |
| | Var | 14 | 18.57 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 21 | 18.60 | 134.5 | -.42 | .67 |
| | Var | 14 | 17.11 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXXIV'de depresyon grubunda cinsel istismar bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre Depresyon örnekleminde cinsel istismara maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ilgi ve baba aşırı koruma, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif değerlendirme puanları cinsel istismara maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

### 4.19. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) ve Depresyon Örneklemlerinde Duygusal İhmal ve İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo XXXV. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) Grubunda Duygusal İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 8 | 12.56 | 64.5 | -1.71 | .09 |
| | Var | 27 | 19.61 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 8 | 10.69 | 49.5 | -2.30 | **.02** |
| | Var | 27 | 20.17 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 8 | 12.06 | 60.5 | -1.87 | .06 |
| | Var | 27 | 19.76 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 8 | 12.06 | 60.5 | -1.88 | .06 |
| | Var | 27 | 19.76 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 8 | 12.38 | 63 | -1.77 | .08 |
| | Var | 27 | 19.67 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 8 | 10.88 | 51 | -2.24 | **.02** |
| | Var | 27 | 20.11 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 8 | 14.19 | 77.5 | -1.20 | .23 |
| | Var | 27 | 19.13 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 8 | 15.69 | 89.5 | -.73 | .47 |
| | Var | 27 | 18.69 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 8 | 11.06 | 52.5 | -2.19 | **.03** |
| | Var | 27 | 20.06 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 8 | 12.44 | 63.5 | -1.77 | .08 |
| | Var | 27 | 19.65 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 8 | 14.69 | 81.5 | -1.06 | .29 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Var | 27 | 18.98 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 8 | 12.44 | 63.5 | -1.75 | .08 |
| | Var | 27 | 19.65 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 8 | 20.19 | 90.5 | -.69 | .49 |
| | Var | 27 | 17.35 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 8 | 22.00 | 76 | -1.30 | .19 |
| | Var | 27 | 16.81 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 8 | 18.38 | 105 | -.12 | .90 |
| | Var | 27 | 17.89 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 8 | 22.75 | 70 | -1.59 | .11 |
| | Var | 27 | 16.59 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 8 | 16.75 | 98 | -.41 | .68 |
| | Var | 27 | 18.37 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 8 | 20.06 | 91.5 | -.65 | .51 |
| | Var | 27 | 17.39 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXXV'de BKB grubunda duygusal ihmal bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre BKB örnekleminde duygusal ihmale maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ilgi, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği alt boyutlarından düşmanlık puanları duygusal ihmale maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

**Tablo XXXVI. Depresyon Grubunda Duygusal İhmal Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 12 | 13.04 | 78.5 | -2.07 | **.04** |
| | Var | 23 | 20.59 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 12 | 10.92 | 53 | -2.96 | **.00** |
| | Var | 23 | 21.70 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 12 | 13.42 | 83 | -1.92 | .05 |
| | Var | 23 | 20.39 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 12 | 11.33 | 58 | -2.79 | **.00** |
| | Var | 23 | 21.48 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 12 | 12.67 | 74 | -2.29 | **.03** |
| | Var | 23 | 20.78 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 12 | 10.79 | 51.5 | -3.01 | **.00** |
| | Var | 23 | 21.76 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 12 | 14.33 | 94 | -1.53 | .13 |
| | Var | 23 | 19.91 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 12 | 15.83 | 112 | -.90 | .37 |
| | Var | 23 | 19.13 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 12 | 13.08 | 79 | -2.06 | **.04** |
| | Var | 23 | 20.57 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 12 | 14.46 | 95.5 | -1.48 | .14 |
| | Var | 23 | 19.85 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 12 | 14.63 | 97.5 | -1.42 | .15 |
| | Var | 23 | 19.76 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 12 | 13.67 | 86 | -1.81 | .07 |
| | Var | 23 | 20.26 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 12 | 12.33 | 70 | -2.37 | **.02** |
| | Var | 23 | 20.96 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ-HKT** | Yok | 12 | 17.17 | 128 | -.36 | .72 |
| | Var | 23 | 18.43 | | | |
| **KTÖ-KKT** | Yok | 12 | 11.58 | 61 | -2.72 | **.00** |
| | Var | 23 | 21.35 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 12 | 15.25 | 105 | -1.31 | .19 |
| | Var | 23 | 19.43 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 12 | 10.88 | 52.5 | -3.06 | **.00** |
| | Var | 23 | 21.72 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 12 | 14.33 | 116.5 | -.75 | .45 |
| | Var | 23 | 19.91 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; p<.05

Tablo XXXVI'da depresyon grubunda duygusal ihmal bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre depresyon örnekleminde duygusal ihmale maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği anne ve baba boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından anne ve baba ilgi, baba aşırı koruma, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği alt boyutlarından düşmanlık ve Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından negatif değerlendirme, kişisel kimlik travmaları ve anne babaya bağlanma travmaları puanları duygusal ihmale maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir (p<.05).

**Tablo XXXVII. Depresyon Grubunda Duygusal İstismar Bildirimine Göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Saldırganlık Düzeyleri, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

| | | n | Sıra ort. | U | z | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABBÖ-Aİ** | Yok | 9 | 11.39 | 57.5 | -2.25 | **.02** |
| | Var | 26 | 20.29 | | | |
| **ABBÖ-Bİ** | Yok | 9 | 9.50 | 40.5 | -2.89 | **.00** |
| | Var | 26 | 20.94 | | | |
| **ABBÖ-AAK** | Yok | 9 | 10.50 | 49.5 | -2.55 | **.01** |
| | Var | 26 | 20.60 | | | |
| **ABBÖ-BAK** | Yok | 9 | 11.28 | 56.5 | -2.29 | **.02** |
| | Var | 26 | 20.33 | | | |
| **ABBÖ-AT** | Yok | 9 | 10.67 | 51 | -2.49 | **.01** |
| | Var | 26 | 20.54 | | | |
| **ABBÖ-BT** | Yok | 9 | 10.17 | 46.5 | -2.66 | **.00** |
| | Var | 26 | 20.71 | | | |
| **DYÖ** | Yok | 9 | 14.78 | 88 | -1.00 | .27 |
| | Var | 26 | 19.12 | | | |
| **BPSÖ-FS** | Yok | 9 | 14.72 | 87.5 | -1.11 | .26 |
| | Var | 26 | 19.13 | | | |
| **BPSÖ-D** | Yok | 9 | 11.89 | 62 | -2.08 | **.04** |
| | Var | 26 | 20.12 | | | |
| **BPSÖ-Ö** | Yok | 9 | 12.67 | 69 | -1.82 | .07 |
| | Var | 26 | 19.85 | | | |
| **BPSÖ-SS** | Yok | 9 | 13.44 | 76 | -1.57 | .12 |
| | Var | 26 | 19.58 | | | |
| **BPSÖ-T** | Yok | 9 | 12.33 | 66 | -1.93 | .05 |
| | Var | 26 | 19.96 | | | |
| **KTÖ-ND** | Yok | 9 | 12.33 | 66 | -1.93 | .05 |
| | Var | 26 | 19.96 | | | |
| **KTÖ-HKT** | Yok | 9 | 16.33 | 102 | -.59 | .55 |
| | Var | 26 | 18.58 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **KTÖ-KKT** | Yok | 9 | 12.61 | 685 | -1.86 | .06 |
| | Var | 26 | 19.87 | | | |
| **KTÖ-TKT** | Yok | 9 | 16.67 | 105 | -.52 | .60 |
| | Var | 26 | 18.46 | | | |
| **KTÖ-ABT** | Yok | 9 | 11.72 | 60.5 | -2.19 | **.03** |
| | Var | 26 | 20.17 | | | |
| **BDÖ** | Yok | 9 | 18.22 | 115 | -.08 | .94 |
| | Var | 26 | 17.92 | | | |

Not: ABBÖ-Aİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne İlgi Altboyutu; ABBÖ-Bİ: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba İlgi Altboyutu; ABBÖ-AAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-BAK: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Aşırı Koruma Altboyutu; ABBÖ-AT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Anne Toplam; ABBÖ-BT: Anne Babaya Bağlanma Ölçeği Baba Toplam; DYÖ: Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği; BPSÖ-FS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Fiziksel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-D: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Düşmanlık Altboyutu; BPSÖ-Ö: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Öfke Altboyutu; BPSÖ-SS: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Sözel Saldırganlık Altboyutu; BPSÖ-T: Buss Perry Saldırganlık Ölçeği Toplam Puanı; KTÖ-ND: Kümülatif Travma Ölçeği Negatif Değer; KTÖ-HKT: Kümülatif Travma Ölçeği Hayatta Kalma Travmaları Altboyutu; KTÖ-KKT: Kümülatif Travma Ölçeği Kişisel Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-TKT: Kümülatif Travma Ölçeği Toplumsal Kimlik Travmaları Altboyutu; KTÖ-ABT: Kümülatif Travma Ölçeği Aile Bağlanma Travmaları Altboyutu; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; $p<.05$

Tablo XXXVII'de Depresyon grubunda cinsel istismar bildirimine göre Anne Babaya Bağlanma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Kümülatif Travma Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının incelenmesi amacıyla non-parametrik testlerden Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre depresyon örnekleminde duygusal istismara maruz kalanların Anne Babaya Bağlanma Ölçeği baba ve anne boyutu toplam puanı ve alt boyutlarından baba ve anne ilgi, baba ve anne aşırı koruma, Buss-Peryy Saldırganlık Ölçeği alt boyutlarından düşmanlık, Kümülatif Travma Ölçeği alt boyutlarından anne babaya bağlanma travmaları puanları cinsel istismara maruz kalmayanlara oranla daha yüksektir ($p<.05$).

### 4.20. Nitel Verilere Ait Bulgular

Araştırma örneklemi 25'i kadın (%71.4) 10'u erkek (%28.6) 35 depresyon tanısı almış hasta grubu ile 33'ü kadın (%94.3) 2'si erkek (%5.7) 35 BKB tanısı almış hasta grubu olmak üzere toplam 70 katılımcıdan oluşmaktadır.

#### 4.20.1. Fiziksel İhmal Bulguları

BKB ve Depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XXXVIII'de yer verilmektedir. Buna göre fiziksel ihmale uğradığı saptanan BKB grubundan 11 (1, 2, 5, 9, 12, 14, 15, 16, 19, 26, 27 numaralı vakalar), Depresyon grubundan ise 6 (40, 46, 55, 60, 63, 69 numaralı vakalar) birey mevcuttur.

**Tablo XXXVIII. Fiziksel İhmal Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | Fiziksel İhmal Şekli |
|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | |
| 1 | Kadın | 25 | Annenin agresif olduğu dönemlerde güvende hissetmeme, her an terkedilme ve yalnız kalma düşüncesinde olma |
| 2 | Kadın | 36 | Ebeveynlik görevlerini bilemedikleri düşüncesi ile yalnız geçirilen çocukluk, tıbbi bakım veya eğitim konularında ilgi görememe |
| 5 | Kadın | 36 | Diyaliz tedavisi gören baba yanı sıra annenin alkol aldığı zamanlarda, bireyin kardeşi ile ilgilendiğinde |
| 9 | Kadın | 28 | Besleme, güvenlik ve tıbbi ihmal |
| 12 | Erkek | 21 | Yılın 6 ayı Bodrum'da olan baba ve bipolar anne mevcudiyeti, evde yalnız bırakılma |
| 14 | Kadın | 27 | Harçlık ve maddi desteği kesen ve evden kovan baba |
| 15 | Kadın | 29 | Evi terk eden baba, çalışan anne, duygusal ve fiziksel yetersizlikte bakım veren teyze |
| 16 | Kadın | 26 | Akşamları alkol alarak sarhoş olan annenin ilgilenmemesi, bireyi hastalandığı halde dahi umursamaması |
| 19 | Kadın | 37 | "evsiz kal aklın başına gelsin" denerek kapıya konma, komşu ısrarı ile eve geri alınma |
| 26 | Kadın | 31 | Babadan boşanma sonrasında eve yerleşen annenin sevgilisi yanında güvende hissetmeme |
| 27 | Kadın | 33 | Yaşlı olan babaannenin bakımına verilme ancak babaanneye bakım verme |
| **DEPRESYON GRUBU** | | | |
| 40 | Kadın | 28 | Boşanma ardından evden giden ve ilgilenmeyen anne, çalışan baba varlığında güvenlik, eğitim ve beslenmede ihmal yaşama |
| 46 | Kadın | 28 | Çok çalışan ebeveyn |
| 55 | Kadın | 44 | Birey 10 yaşında iken babanın vefat etmesi, annenin çalışması ve bireyin fiziksel ihtiyaçlarının ihmal edilmesi |
| 60 | Kadın | 23 | Beslenme, bakım ve tıbbi ihmal |
| 63 | Kadın | 35 | Çocukluk döneminde yalnız bırakılma, bilinçsizlik ve beslenme ile ilgili ihmal |
| 69 | Kadın | 44 | Güvenlik ihmali, anne baba tarafından durdurulamayan abla, evde güvende hissedememe |

BKB grubunda fiziksel ihmale uğrayan 10 kadın (%92.85), 1 erkek (%7.14) yer almaktadır. Grubun toplam yaş ortalaması 29.90'dır. Geneli primer bakım vermekle yükümlü

olan anne ve baba tarafından gerçekleşen ihmallerin birçoğu babanın hastalık veya ayrılık sonucunda evden uzaklaşması ve annenin yeterli ilgiyi göstermemesinden kaynaklanmaktadır. Depresyon grubunda fiziksel ihmale uğrayan 7 kadın yer almaktadır. Grubun yaş ortalaması 33.66'dir. Depresyon grubunda yaşantılanan fiziksel ihmale benzer biçimde geneli anne ve baba tarafından gerçekleşen ihmallerin haricinde bir vakada abla tarafından endişeye mahal veren güvenlik sorunundan söz edilmektedir. Gerçekleşen fiziksel ihmalin geneli beslenme, eğitim, güvenlik konularında ağırlıklı olup ayrılık, vefat veya yoğun çalışma yaşamından kaynaklanmaktadır. Elde edilen bulgular karşılaştırıldığında BKB tanısı alan 35 vakanın 11'i (%31.43); depresyon tanısı alan 35 vakanın 6'sı (%17.14) fiziksel ihmal mağduru olduğunu ifade etmektedir. 70 kişiden oluşan klinik örneklem grubu birlikte değerlendirildiğinde fiziksel ihmale maruz kalan katılımcı sayısı 18 (%25.71) olup BKB tanısı alan birey oranı %15.71; depresyon tanısı alan birey oranı %8.57'dir.

### 4.20.2. Duygusal İhmal Bulguları

BKB ve depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XXXIX'da yer verilmektedir. Buna göre BKB grubunda görüşülen 35 bireyin tamamı, depresyon grubunda görüşülen 35 bireyin 25'i duygusal ihmale uğradığını ifade etmektedir.

**Tablo XXXIX. Duygusal İhmal Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | Duygusal İhmal Şekli |
|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | |
| 1 | Kadın | 25 | Anne ile samimi olmayan ilişki, ihtiyaç anında destek görmeme ve yol gösteren yokluğu |
| 2 | Kadın | 36 | Birey 8 yaşında iken evden giden baba ve anneden görülmeyen duygusal destek |
| 3 | Kadın | 30 | Destek görememe ve ilgisizlik |
| 4 | Kadın | 26 | Destek ve ilgiden yoksunluk |
| 5 | Kadın | 36 | Anne ve erkek arkadaş tarafından ihmal edilme |
| 6 | Kadın | 23 | Baba tarafından sunulmayan manevi destek, sevgi ve ilgi |
| 7 | Kadın | 26 | Baba tarafından |
| 8 | Kadın | 22 | Paylaşım ve yakınlıktan yoksunluk |
| 9 | Kadın | 28 | Küçük yaşlardan itibaren baba ile uzaklık yaşama ve bağ kurmama |
| 10 | Kadın | 28 | Alkollü iken sadece kendi ihtiyaçlarını karşılayan bir anne ve iş için ev dışında olan baba |
| 11 | Kadın | 32 | Birey 8 yaşında iken evden giden baba ve duygusal destekten yoksunluk |
| 12 | Erkek | 21 | Kuralcı ve uzak bir baba, özellikle depresyon döneminde anne ihmali |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | Kadın | 34 | Ruh hali ve keyfe göre sunulan ilgi-sevgi, ihtiyaç anında destek görememe, 2. plana atılma |
| 14 | Kadın | 27 | Sevgi ortamı bulunmayan ve her bireyi kendi düzenine göre yaşayan aile |
| 15 | Kadın | 29 | İhtiyaç duyulduğu belirtilmesine rağmen ilgi göstermeyen, iş sonrası dışarıda vakit geçiren annenin kendi arkadaşları ve sevgililerine daha fazla ilgi göstermesi |
| 16 | Kadın | 26 | Alkollü iken ilgisiz, soğuk ve umursamaz anne, iş için sürekli yurt dışına çıkan baba |
| 17 | Kadın | 30 | Pasif ve uzak baba, sürekli oğlu ile ilgilenen, destek vermeyen ve ilgi göstermeyen anne |
| 18 | Kadın | 23 | Yetersiz ilgi ve destek sunan anne ve babanın kontrolcü ve müdahaleci olması |
| 19 | Kadın | 37 | Büyük vaktini ev dışında geçiren baba, ilgi, sevgi ve destek göstermeyen anne |
| 20 | Erkek | 34 | Herkesin birbirinden uzak olduğu aileden yetersiz sevgi, destek, ilgi görme düşüncesi |
| 21 | Kadın | 27 | Erken yaşta boşanan ebeveynler, az görüşülen, sevgisi hissedilmeyen ve kopuk ilişki kurulan baba, farklı bir evlilik gerçekleştiren ihmal ve ilgisizliği bulunan anne |
| 22 | Kadın | 32 | Bencil anne ve babanın fiziksel veya duygusal olarak sevgi ifadesi göstermemesi, aile içinde kopukluk ve saldırganlık toplulukta iyi davranma |
| 23 | Kadın | 23 | İlgi anlayışının yoğun yemek yedirme ve para verme olduğu, desteksiz ve sevgisiz ortam |
| 24 | Kadın | 29 | Bireyin nasıl hissettiği ile ilgilenmeyen sadece başarı ve işi takdir eden aile |
| 25 | Kadın | 39 | Aile ortamında yetersiz sevgi |
| 26 | Kadın | 31 | Evlenen abla, boşanarak şehir değiştiren ebeveyn, annenin ilgi ve sevgi göstermemesi |
| 27 | Kadın | 33 | Erken yaşta kaybedilen anne ve terk eden baba vesilesi ile aile sevgisi görememe |
| 28 | Kadın | 36 | Aile tarafından duygusal korunma görmeme, yetersiz ve eksik destek ve sevgi |
| 29 | Kadın | 27 | İlgi ve destek verdiklerini düşünen anne baba tarafından anlaşılmadığını düşünmek |
| 30 | Kadın | 29 | Sadece başarıya önem veren anne ve baba, sadece başarıda gösterilen sevgi |
| 31 | Kadın | 22 | Ailede dışlanma hissetme, ilgi istenmesine rağmen görememe, kendi sosyal ve arkadaş çevresine daha fazla önem veren aile |
| 32 | Kadın | 30 | Ayrı ebeveynler, çok çalışan, sevgi göstermeyen, duygudan konuşmayan baba ile yaşama |
| 33 | Kadın | 32 | Çocuk gibi davranan, sürekli tartışan anne baba tarafından ilgi, sevgi görmeme |
| 34 | Kadın | 33 | Tüm ilgiyi kendi üzerinde isteyen, duygusal olarak mesafeli duran anne |
| 35 | Kadın | 26 | Kardeş ile ilgilenmediği taktirde anne ve babanın vakit ayırmaması, kendini fazlalık hissetme, duygusal olarak anlaşılmadığını hissetme |
| **DEPRESYON GRUBU** | | | |
| 37 | Erkek | 40 | Babanın soğukluğu, mesafeli olması ve ilgisizliği |
| 38 | Kadın | 27 | Çok çalışan ailede ilgisiz hissetme |
| 39 | Erkek | 37 | Annenin depresif süreçlerinde yalnız hissetme, babanın "zaten" uzak ve problemli olması |
| 41 | Kadın | 32 | Annenin hastalanması, bu nedenle duygusal bakımdan tutarsızlık göstermesi |
| 42 | Kadın | 37 | Genelde babadan sevgi, destek, ilgi gösterilmeyen zamanların olması |
| 44 | Kadın | 30 | Ebeveynlerin boşanması, destek ve sevgi eksikliği, problemli baba |
| 53 | Kadın | 29 | Uzak ve otoriter baba, hissedilmeyen soğuk ve ilgi ihtiyacını reddeden anne sevgisizliği |
| 54 | Erkek | 25 | Alkol problemi olan agresif bir baba, korkulu, kaygılı ve psikolojisi iyi olmayan anne nedeniyle ilgisiz ve sevgisiz büyüme |
| 55 | Kadın | 44 | Babanın yokluğu, ev işleri, iş, bireyin ablası ve birey ile ilgilenmeye yetişemeyen anne |
| 56 | Erkek | 20 | Büyüme sürecinde babadan sözel ve fiziksel sevgi ifadeleri görmeme, tamamen tersi bir karaktere sahip anne. Ancak anne bipolar olduğundan bakım verenin birey olması |
| 57 | Kadın | 50 | Annesinden sevgi görmediği gerekçesiyle öpüp koklamayan, sarılmayan, kendi hayatı ve istekleri ile daha fazla ilgili anne erken yaşta vefat eden baba, anneye yük olduğunu düşünme. |
| 58 | Kadın | 41 | Her şeyi kural sayan, soğuk davranan, duyguları algılamayan baba, pasif, boyun eğen anne |
| 59 | Kadın | 30 | Sarılmayan, sevgi cümleleri kurmayan, duygularını dile getirmeyen, bu konuda ketum anne, mesafeli anne ve baba. "Beni sevdiklerini bilsem de daha 2 yıl önce ilk kez seni seviyorum gibi cümleler kurulmuştur" |
| 60 | Kadın | 23 | Empati kurmayan çevre, anlaşılamama hissi |
| 64 | Kadın | 31 | Kardeş ile daha çok ilgilenilme, yetersiz destek |
| 67 | Kadın | 41 | Anne babanın ilgisizliği, babaanne istismarından korunmama |
| 68 | Erkek | 38 | Sinirli, bireyi yok sayan ve günlerce konuşmayan baba |
| 69 | Kadın | 44 | Yeterli destek vermeyen, bireyin ablaları ile daha fazla ilgilenen anne-baba |
| 70 | Kadın | 33 | Genelde destekten yoksun olma, duygusal manada kendi isteklerinin yerine getirilmesini isteyen ve bireyin nasıl hissettiğini umursamayan anne baba |

BKB grubunda duygusal ihmale uğrayan 33 kadın (%94.29), 2 erkek (%5.71) yer almaktadır. Grubun toplam yaş ortalaması 29.20'dir. Geneli primer bakım vermekle yükümlü olan anne ve baba tarafından gerçekleşen ihmallerin birçoğu ilgisizlik, sevgisizlik ve eksik destek kaynaklıdır. Depresyon grubunda duygusal ihmale uğrayan 18 kadın (%72), 7 erkek (%28) yer almaktadır. Bu oran 35 katılımcıdan oluşan depresyon grubunun %71.43'üne tekabül etmektedir. Bu durum depresyon tanısı alan bireylerin geçmiş travmatik yaşantılarında duygusal ihmalin yüksek düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Grubun yaş ortalaması 35.2 olup, geneli anne ve baba tarafından gerçekleşen ihmallerin haricinde koruma ve yönlendirme yoksunluğu ile duygusal soğukluktan varlığından söz edilmektedir. Toplamda 70 kişiden oluşan klinik örneklem grubu birlikte değerlendirildiğinde duygusal ihmale maruz kalan katılımcı sayısı 60 (%85.71) olup BKB tanısı alan bireylerin oranı %50; depresyon tanısı alan bireylerin oranı %35.71'dir.

### 4.20.3. Duygusal İstismar Bulguları

BKB ve Depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XL'da yer verilmektedir. Buna göre duygusal istismara uğradığı saptanan BKB grubundan 28 (11, 14, 16, 18, 21, 24, 27 numaralı vakalar hariç), depresyon grubundan 17 birey mevcuttur.

**Tablo XL. Duygusal İstismar Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | İstismar Anında Yaş | İstismar Yapan | İstismar Yapanın Yaşı | Duygusal İstismar Şekli |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | | | | |
| 1 | Kadın | 25 | 7 | Anne | 35 | Toplulukta yaramaz, huysuz, zor çocuk olarak tanımlanma, ergenlikte daima başarısız ve çirkin olarak nitelendirilme, terk edilme tehdidi alma |
| 2 | Kadın | 36 | 10 | Anne-Baba | 35 | İlgisiz kalma halinde rahatsızlık verme gerekçesiyle bağırma, aşağılama, küçük düşürücü konuşmaya maruz kalma |
| 3 | Kadın | 30 | 12 | Okul Arkadaşı | 12 | Aşağılama, alay etme ve kilosu ile "yarım dünya" biçiminde dışlanmaya maruz kalma |
| 4 | Kadın | 26 | 11 | Baba | 44 | Beceriksiz olarak nitelendirilme, kadın olmaya müdahale, kıyafete karışma (anne dengesiz) |
| 5 | Kadın | 36 | 12 | Anne | 41 | Arkadaşlarla kıyaslanma, yetersiz ve beceriksiz olarak görülme |
| 6 | Kadın | 23 | 16 | Okul Arkadaşı | 16 | Kıyafetler ve saça yönelik küçük düşürücü yorumlara maruz kalma, erkekler tarafından cinsellikle ilgili |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | aşağılanma |
| 7 | Kadın | 26 | 14 | Baba | 52 | Yetersizlik ve beceriksizlik ile nitelendirilme |
| 8 | Kadın | 22 | 11 | Baba | 38 | "Aptal", "geri zekâlı" olarak nitelendirilme |
| 9 | Kadın | 28 | 6 | Anne-Baba-Abla | 8 | Annenin (40) küçük düşürücü kıyaslama ve baba (45) ile öldürme tehdidinde bulunması, ablanın aşağılaması |
| 10 | Kadın | 28 | 12 | Baba | 41 | Kontrol kurma çabası, uzağa gönderme tehdidi ve düzgün kadın olmamakla ilgili "kötüsün" şeklinde suçlanmak |
| 12 | Erkek | 21 | 7 | Anne | 36 | Bipolar döneminde saldırganlaşan anne |
| 13 | Kadın | 34 | 13 | Anne-Baba | 44 | Kıyafet, erkek arkadaş gibi konularda kısıtlayıcı davranışlar ve aşağılayıcı konuşmalar |
| 15 | Kadın | 29 | 10 | Teyze | 34 | Anne çalıştığında kıskançlık güden, kötü davranan teyze tarafından bakım alma, azarlanma, sürekli cezalandırılma |
| 17 | Kadın | 30 | 7 | Abi | 11 | Abi tarafından kıskanılma, isteklerini yaptırmak üzere tehdit edilme, fiziksel görünüşe yönelik dalga geçilme |
| 19 | Kadın | 37 | 5 | Anne | 33 | "Geri zekâlı", "salak", "Allah'ın cezası" gibi kelimelere maruz kalma |
| 20 | Erkek | 34 | 5 | Baba | 37 | Babanın alkol alması ve küfretmesi |
| 22 | Kadın | 32 | 14 | Anne | 43 | Akranla kıyaslanma, çirkin ve başarısız bulunma |
| 23 | Kadın | 23 | 14 | Anne-Baba | 50 | Kıyafete karışma, küfürlere ve "orospu mu olacaksın" hakaretine sürekli maruz kalma |
| 25 | Kadın | 39 | 14 | Abi | 18 | Toplum içinde küçük düşürülme, isteklerin yerine getirilmemesi halinde yalan söylemekle tehdit edilme |
| 26 | Kadın | 31 | 7 | Anne | 36 | Toplum içinde "salak, aptal" gibi küçük düşürücü sözlere maruz kalma |
| 28 | Kadın | 36 | 11 | Üvey Baba | 40 | Küfre maruz kalma, söylenmesi gerekenlerin söylenmemesi için hediye veya can acıtma/ceza verme ile tehdit |
| 29 | Kadın | 27 | 12 | Baba | 46 | "Hastasın, salaksın, senden hiçbir şey çıkmaz, ancak yiyip yatarsın" gibi aşağılayıcı birçok yorum alma |
| 30 | Kadın | 29 | 14 | Anne | 42 | Aşırı mükemmeliyetçi anne tarafından her şeyin eleştirilmesi, beğenilmeme, yetersiz bulunma, aşağılanma |
| 31 | Kadın | 22 | 13 | Anne-Baba | 45 | Düzgün davranmama gerekçesiyle toplulukta bağırma, küçük düşürme, suçlama, akranla kıyaslama |
| 32 | Kadın | 30 | 15 | Abi | 21 | Ebeveynlere küfreden ve yalan söyleyen abinin hareketli olduğu gerekçesiyle akranların yanında bağırması, "orospu" gibi küfürler etmesi, kontrol etme çabası |
| 33 | Kadın | 32 | 11 | Baba | 45 | Ailedeki herkesi küçük görme, aşağılama, kadınlara değer vermeme, küfretme |
| 34 | Kadın | 33 | 9 | Anne | 40 | Baba ile olan ilişkinin kıskanılması, iyi bir evlat olmamakla, huysuz ve talepkar olmakla suçlanma |
| 35 | Kadın | 26 | 6 | Anne-Baba | 29 | Beni hep yük gibi hissettirirlerdi. Özellikle kardeşlerime bakmadığımda bağırıp aşağılarlardı, "işe yaramaz, beceriksiz" gibi kelimeler kullanırlardı. |

**DEPRESYON GRUBU**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37 | Erkek | 40 | 18 | Baba | 55 | "Başarısız, yetersiz" hissettirme temelli para kesme tehdidi |
| 39 | Erkek | 37 | 10 | Baba | 43 | "Senden adam olmaz", "tembel", "pısırık", söylemlerine maruz kalma ve toplulukta küçük düşürülme |
| 41 | Kadın | 32 | 7 | Anne | 32 | Bipolar annenin ataklar esnasında aşırı agresif olması, bağırması, aşağılaması, terk etmekle ilgili tehdit etmesi |
| 42 | Kadın | 37 | 10 | Baba | 42 | Kız çocuğu olduğu için üzerinde güç kurulmasına ve aşağılamaya maruz kalma, hiçbir şeyi hak etmediğini duyma |
| 44 | Kadın | 30 | 6 | Baba | 34 | Küfür ve tehditlere maruz kalma |
| 45 | Kadın | 34 | 14 | Anne | 40 | Yetersiz hissettirme, kıyafet ve dış görünümü aşağılama, takıntılara kızma |
| 47 | Erkek | 42 | 12 | Baba | 45 | Küçük düşürme, "beceriksiz", "salak", "aptal" gibi ifadelere maruz kalma |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50 | Erkek | 38 | 13 | Baba | 51 | Akademik olarak başarısız görme, para tehdidi (kesmekle ilgili), isteğe uygun taciz düzeyinde zorlama, "sen benim malımsın, ben ne dersem onu yapacaksın" |
| 51 | Kadın | 34 | 13 | Baba | 45 | "Senden adam olmaz", "başarısızsın", "özel okulda okutuyorum ama senden fayda göremeyeceğiz", "sana kaç araba parası harcadım" ifadelerine maruz kalma |
| 52 | Kadın | 52 | 14 | Baba | 54 | Babanın alkol aldığında küfretmesi, kontrol etmesi, topluluk içinde kaba konuşması, aşağılaması |
| 54 | Erkek | 25 | 6 | Baba | 38 | Anneye söylenmemesini istediği şeyler hakkında tehdit etme, terk etme tehdidi ile göz korkutma |
| 58 | Kadın | 41 | 14 | Baba | 42 | Oldukça takıntılı olan babanın çevreyi eksik görmesi, huysuz davranması, düzeni bozulduğu an agresifleşmesi |
| 59 | Kadın | 30 | 12 | Anne | 37 | Ergenlik döneminde her hareketin eleştirilmesi, beğenilmeme |
| 62 | Erkek | 27 | 6 | Abi | 9 | Aşağılanma |
| 67 | Kadın | 41 | 10 | Babaanne | 65 | Ebeveynlerin iş vaktinde aşağılanma, ev işlerinde yardım edilmemesi halinde bağırılma ve küfürlere maruz kalma |
| 69 | Kadın | 44 | 11 | Abla | 15 | Aile içinde küçük düşürme, istekleri yapılmadığı takdirde tehdit etme |
| 70 | Kadın | 33 | 10 | Anne | 38 | Kıyafetlerin beğenilmemesi, "senin yüzünden baban hastalandı" suçlamaları, "benim evladım değilsin" sözleri |

BKB grubunda duygusal istismara uğrayan 26 kadın (%92.85), 2 erkek (%7.14) yer almaktadır. Grubun toplam yaş ortalaması 29.46'dır. Duygusal istismar esnasındaki toplam yaş ortalaması 8.5 olup kadınların vaka esnasındaki yaş ortalaması 11, erkeklerin 6'dır. BKB tanısı alanların 8'i (%28.57) anne, 7'si (%25) baba, 5'i (%17.85) anne ve baba, 3'ü (%10.71) abi, 2'si (%7.14) okul arkadaşları, 1'i (%3.57) üvey baba, 1'i (%3.57) teyze, 1'i (%3.57) anne, baba ve abla tarafından duygusal istismara uğradığını ifade etmektedir. Bu grupta istismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 34.71; istismara uğrayan kadınlara istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 34.58, erkeklerin 36.5'tur. En fazla gerçekleşen duygusal istismar niteliksiz hissettirme, aşağılama, küçük düşürme, hakaret, küfür şeklinde gerçekleşmektedir. Depresyon grubunda duygusal istismara uğrayan 11 kadın (%44.44), 6 erkek (%55.56) yer almaktadır. Grubun toplam yaş ortalaması 36.29'dur. Bu grupta duygusal istismarın en sık gözlendiği yaş ortalaması 10.94 olup kadınların vaka esnasındaki yaş ortalaması 11, erkeklerin vaka esnasındaki yaş ortalaması 10.83'tür. Depresyon grubunun 10'u (%35.71) baba, 4'ü (%14.28) anne, 1'i (%3.57) abi, 1'i (%3.57) abla ve 1'i (%3.57) babaanne tarafından duygusal istismara uğradığını ifade

etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 34.11; istismara uğrayan kadınlara istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 33.25, istismara uğrayan erkeklere istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 34.8'tir. İstismar genel olarak 2 kez tekrarlanma oranına sahip olup, kadınlarda bu oran 2.5, erkeklerde 1.6'dır. En fazla gerçekleşen duygusal istismar niteliksiz hissettirme, tehdit, beğenilmeme, aşağılama, küçük düşürme, hakaret, küfür şeklinde gerçekleşmektedir.

Elde edilen bulgular karşılaştırıldığında BKB tanısı alan 35 vakanın 28'i (%80); depresyon tanısı alan 35 vakanın 17'si (%48.57) duygusal istismara maruz kaldığını bildirmektedir. Sonuçlar anlamlı farklılık barındırdığından BKB tanısı alan bireylerin geçmiş travmatik yaşantılarında duygusal istismarın depresyon tanısı alan bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde bulunduğu açık biçimde ifade edilebilmektedir. BKB tanısı alan 35 vakanın birlikte değerlendirilmesinde duygusal istismarın %22.86'sının anne, %20'sinin baba, %14.29'unun anne ve baba, %8.57'sinin abi, %5.71'inin okul arkadaşları, %2.86'sının üvey baba, %2.86'sinin teyze, %2.86'sının anne, baba ve abla tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Depresyon tanısı alan vakaların birlikte değerlendirilmesinde duygusal istismarın %28.57'sinin baba, %11.42'sinin anne, %2.86'sının abi, %2.86'sının abla, %2.86'sının babaanne tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Veriler 70 kişilik klinik örneklem grubu üzerinden değerlendirildiğinde ise 17 vakanın baba (%24.29), 12 vakanın anne (%17.14), 5 vakanın hem anne hem baba (%7.14), 4 vakanın abi (%5.71), 2 vakanın (%2.86) okul arkadaşları, 1'er vakanın üvey baba (%1.43), abla (%1,43), teyze (%1.43), babaanne (%1.43), anne, baba ve abla (%1.43) tarafından duygusal istimara maruz kaldığı tespit edilmektedir.

### 4.20.4. Fiziksel İstismar Bulguları

BKB ve Depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XLI'de yer verilmektedir. Buna göre fiziksel istismara uğradığı

saptanan BKB grubundan 12 (1, 6, 8, 9, 13, 17, 19, 20, 23, 26, 28, 35 vaka numaralı), depresyon grubundan 9 (39, 42, 44, 48, 54, 56, 59, 62, 69 vaka numaralı) birey mevcuttur.

**Tablo XLI. Fiziksel İstismar Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | İstismar Esnasında Yaş | İstismar Yapan | İstismar Yapanın Yaşı | Fiziksel İstismar Şekli | Kaç Kez |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | | | | | |
| 1 | Kadın | 25 | 7 | Anne | 35 | Okula gitmeme, yemek yememe durumunda itip sarsma, kolları cimcikleme ve morartma | 4 |
| 6 | Kadın | 23 | 5 | Anne | 40 | Yere ve duvara vurma, tırmalama | 4 |
| 8 | Kadın | 22 | 11 | Anne/Baba | 40 | Kitap atma, kafaya vurma | 4 |
| 9 | Kadın | 28 | 6 | Baba | 45 | Sopa ve tekme fırlatma | 4 |
| 13 | Kadın | 34 | 11 | Anne | 42 | İstekleri yapılmadığında vurma, itme, kakma, objeler fırlatma | 2 |
| 17 | Kadın | 30 | 7 | Abi | 11 | Okulda ve evde öfke kontrol problemi olan abinin küçük şeylere sinirlenerek fiziksel şiddet uygulaması (abi şu an madde bağımlısı) | 2 |
| 19 | Kadın | 37 | 7 | Anne | 35 | Yalan söylemekle suçlama, kardeşe bakmama ve yırtık üst baş ile okuldan gelmek gerekçesi ile vurma | 2 |
| 20 | Erkek | 34 | 10 | Baba | 42 | Alkol aldığında yaptıklarını hatırlamayan babanın agresifleşerek etrafa vurup kırması, herkese şiddet uygulaması ve bireye obje fırlatması | 3 |
| 23 | Kadın | 23 | 12 | Baba | 47 | Ebeveynlerden izin almama gerekçesi ile davet edilen arkadaşlar konusunda olay çıkması ve babanın bireye sert biçimde tokat atması. | 1 |
| 26 | Kadın | 31 | 7 | Anne | 36 | Sert objelerle cezalandırma amacıyla vurma, saç çekme ve ittirme | 3 |
| 28 | Kadın | 36 | 11 | Üvey Baba | 40 | Yalan söylemekle suçlama, kendi yanlışlarını kapatmaya çalışma | 3 |
| 35 | Kadın | 26 | 8 | Anne | 31 | Eşyalar fırlatma, itip kakma, tokat atma, kollardan tutup sarsma gibi şiddet davranışlara maruz kalma | 3 |
| **DEPRESYON GRUBU** | | | | | | | |
| 39 | Erkek | 37 | 12 | Baba | 45 | Alkolle agresifleşen babanın sandalye ve eşya fırlatması, itip kakması | 2 |
| 42 | Kadın | 37 | 11 | Baba | 43 | Babanın tekmesi ile yere düşerken başını masaya çarpma ve doKTÖra götürülmek durumunda kalma | 1 |
| 44 | Kadın | 30 | 9 | Baba | 37 | Tekme ve tokat atma, kapıya itme | 2 |
| 48 | Erkek | 30 | 7 | Anne | 36 | Terlikle vurma | 1 |
| 54 | Erkek | 25 | 6 | Baba | 38 | Kendini öldürme isteği ile silah tutan ve alkollü olan baba tarafından boğazın sıkılması ve itme | 1 |
| 56 | Erkek | 20 | 12 | Abi | 15 | Birkaç kez canı çok acıtan fiziksel şiddet görme | 2 |
| 59 | Kadın | 30 | 10 | Anne | 35 | Vurma | 3 |
| 62 | Erkek | 27 | 7 | Anne-Baba | 40 | Tokat, vurma, itme, tekme, terlik, çimdik | 2 |
| 69 | Kadın | 44 | 14 | Abla | 18 | Ruh sağlığı yerinde olmayan abla tarafından odaya kilitlenme, eşya fırlatılma, tekme ve tokada maruz kalma | 4 |

BKB grubunda 11 kadın (%91.67), 1 erkek (%8.33) yer almaktadır. Bu grubun toplam yaş ortalaması 29, fiziksel istismar esnasındaki toplam yaş ortalaması 8.5'dir. BKB grubunda fiziksel istismara uğrayanların 6'sı (%50) anne tarafından, 3'ü (%25) baba tarafından, 1'i (%8.33) abi, 1'i (%8.33) üvey baba ve 1'i (%8.33) anne ve baba tarafından olduğunu ifade etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 37; istismara uğrayan kadınlara istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 36.5'tur. İstismar genel olarak 2.92 tekrarlanma oranına sahip olup, kadınlarda bu oran 2.9, erkeklerde 3'tür. En fazla gerçekleşen fiziksel istismar vurma olup kafa bölgesine vurma, yere vurma, tekme veya sopa ile vurma, sert objelerle vurma şeklinde gerçekleşmektedir. Depresyon grubunda 4 kadın (%44.44), 5 (%55.56) erkek yer almaktadır. Grubun toplam yaş ortalaması 31.11; kadınların yaş ortalaması 35.25, erkeklerin yaş ortalaması 27.8'dir. Fiziksel istismar esnasındaki toplam yaş ortalaması 9.78 olup kadınların vaka esnasındaki yaş ortalaması 11, erkeklerin vaka esnasındaki yaş ortalaması 8.8'dir. Katılımcıların 4'ü (%44.44) baba tarafından, 2'si (%22.22) anne tarafından, 1'i (%11.11) abi, 1'i (%11.11) abla ve 1'i (%11.11) anne ve baba tarafından fiziksel istismara uğradığını ifade etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 34.11; istismara uğrayan kadınlara istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 33.3, istismara uğrayan erkeklere istismar gerçekleştiren bireylerin yaş ortalaması 34.8'tir. İstismar genel olarak 2 kez tekrarlanma oranına sahip olup, kadınlarda bu oran 2.5, erkeklerde 1.6'dır. En fazla gerçekleşen fiziksel istismar itme ve fiziksel şiddet olup tokat, tekme, eşya fırlatma, terlikle vurma da tekrarlanan fiziksel istismar türlerindendir.

Elde edilen bulgular karşılaştırıldığında BKB tanısı alan 35 vakanın 12'si (%34.28); depresyon tanısı alan 35 vakanın 9'u (%25.71) fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmektedir. Bu iki klinik grubun sonuçları birbirine yakın görünmektedir. BKB tanısı alan 35 vakanın değerlendirilmesinde fiziksel istismarın %17.14'ünün anne, %8.57'sinin baba,

%2.86'sının abi, %2.86'sının üvey baba, %2.86'sının hem anne hem baba tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Depresyon tanısı alan grubun değerlendirilmesinde fiziksel istismarın %11.42'sinin baba, %5.71'inin anne, %2.86'sının abi, %2.86'sının abla, %2.86'sının hem anne hem baba tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Veriler 70 kişilik klinik örneklem grubu üzerinden değerlendirildiğinde ise 8 vakanın anne (%11.42), 7 vakanın baba (%10.00), 2 vakanın abi (%2.857), 2 vakanın hem anne hem baba (%2.86), 1 vakanın üvey baba (%1.42), 1 vakanın abla (%1.42) tarafından fiziksel istimara maruz kaldığı tespit edilmiştir.

### 4.20.5. Cinsel İstismar Bulguları

BKB ve depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XLII'de yer verilmektedir. Buna göre cinsel istismara uğradığını ifade eden BKB grubundan 13 (2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 16, 21, 24, 26, 31, 33 vaka numaralı), depresyon grubundan 10 (43, 47, 49, 51, 52, 53, 60, 61, 63, 70 vaka numaralı) birey mevcuttur.

#### *4.20.5.1. Cinsel İstismar (Aile dışı) Görüşme Bulguları*

**Tablo XLII. Cinsel İstismar (Aile dışı) Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | İstismar Esnasında Yaş | İstismar Yapan | İstismar Yapanın Yaşı | Cinsel İstismar Şekli | Kaç Kez |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | | | | | |
| 2 | K | 36 | 17 | Öğretmen | 40 | Cinsel içerikli konuşmalar ile boyundan öpme, kalçaya dokunma. "Aileme şikâyet edip dersi bıraktım" | 1 |
| 4 | K | 26 | 16 | Okul Arkadaşları | 16 | Göğüslere dokunma, köşeye sıkıştırma (sınıf arkadaşı değil) | 2 |
| 6 | K | 23 | 17 | Yabancı | 40 | Cinsel organı değdirme | 4 |
| 8 | K | 22 | 13 | Hatırlanmıyor | - | Göğüs ve kalçaya dokunma | 2 |
| 9 | K | 28 | 18 | Arkadaşının abisi | 24 | Arkadaşının abisi tarafından kucağa oturtulma, sürtünme | 2 |
| 11 | K | 32 | 5 | Bakıcı Kadın | 16 | Yemek yedirme esnasında cinsel organı el ile uyarma | 1 |
| 13 | K | 34 | 16 | Okul Arkadaşları | 16 | Dedikodu yaymakla tehdit, birkaç kez zorla göğse dokunma, öpüşmeye zorlama. "Konu rehberliğe taşındı" | 2 |
| 16 | K | 26 | 16 | Öğretmen | 42 | Sakatlıkları düzeltme bahanesiyle cinsel organa masaj yapma ve soyunmasını isteme | 3 |
| 2 | K | 27 | 12 | Abinin Arkadaşı | 18 | Cinsel organa dokunup uyarmaya çalışma, kendi | 2 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 124 | K | 29 | 9 | Kapıcının Oğlu | 17 | cinsel organını bireyin vücuduna sürtme<br>Bireyin önünde mastürbasyon yapma ve bireye cinsel organını gösterme | 1 |
| 26 | K | 31 | 14 | Komşu | 40 | Bir şey verme bahanesi ile eve çağırma, cinsel konuşmalarla köşeye sıkıştırma, dokunma. "Vurup kaçtığımı hatırlıyorum" | 1 |
| 31 | K | 22 | 17 | Eski Sevgili | 19 | Alkol alan bireyin ilk cinsel deneyimin zorla gerçekleşmesi. "Travmatikti" | 1 |
| 33 | K | 32 | 15 | Kuzen Arkadaşı | 19 | Cinsel içerikli konuşmalar yapma ve fotoğraf gönderme, bir kez zorla öpme ve dokunmaya çalışma. "Bana takıntılıydı" | 2 |
| **DEPRESYON GRUBU** | | | | | | | |
| 43 | K | 27 | 15 | Yabancı | 20 | Bireyin kasık bölgesine dokunma | 1 |
| 47 | E | 42 | 10 | Okul Arkadaşları | 17 | Bireyin önünde mastürbasyon yapma ve sürtünme | 2 |
| 49 | K | 28 | 10 | Aile Dostunun Yeğeni | 15 | Yüz ve dudaklara dokunma, sessizleştirme ve sakinleştirme çabası. 15 yıl sonra hatırlanan anı (net değil) bireyin cinsel organına dokunma ve üzerine çıkma | 2 |
| 51 | K | 34 | 16 | Yabancı | 27 | Toplu taşıma aracında bacakların ellenmesi, sokakta cinsel organın bireye gösterilmesi | 2 |
| 52 | K | 52 | 17 | Okul Arkadaşı | 18 | Takıntılı okul arkadaşı tarafından zorla köşeye sıkıştırılma, göğüslere dokunma, cinsel organını bireyin bedenine sürtme | 1 |
| 53 | K | 29 | 13 | Aile dostu Yeğeni | 18 | Zorla oturtma, porno film izlemeye zorlama | 2 |
| 60 | K | 23 | 15 | Okul Arkadaşları | 15 | Dokunma | 1 |
| 61 | K | 26 | 16 | Yabancı | 46 | Toplu taşıma aracında dokunma | 1 |
| 63 | K | 35 | 5 | Yabancı | 19 | Kıyafetli şekilde cinsel organını dayama | 2 |
| 70 | K | 33 | 15 | Yabancı | 20 | Sokakta yürüme esnasında göğse dokunulması | 1 |

BKB grubunda aile dışından biri tarafından cinsel istismara uğradığını ifade eden bireylerin tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Grubun yaş ortalaması 28.31'dir. Cinsel istismar esnasındaki yaş ortalaması 14.23'dür. BKB grubunda aile dışı cinsel istismara uğrayanların 2'si öğretmen (%15.39), 2'si okul arkadaşı (%15.39), 1'i yabancı (%7.69), 1'i eş (%7.69), 1'i bakıcı (%7.69), 1'i abisinin arkadaşı (%7.69), 1'i kapı görevlisinin oğlu (%7.69), 1'i komşu (%7.69), 1'i eski sevgili (%7.69) ve 1'i kuzen arkadaşı (%7.69) tarafından olduğunu ifade etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 25.58'dir. İstismarı gerçekleştiren 1 kişinin kim olduğu hatırlanmamakta ve yaşı bilinmemektedir. İstismar genel olarak 1.85 kez tekrarlanma oranına sahiptir. Genelde ergenlik çağında gerçekleştiği gözlenen istismarın en sık karşılaşılan eylemleri öpme,

dokunma ve cinsel organla münasebete zorlamadır. Depresyon grubunda aile dışı biri tarafından cinsel istismara uğrayan 9 kadın (%90), 1 erkek (%10) yer almaktadır. Bu grubun toplam yaş ortalaması 32.89; cinsel istismar esnasındaki toplam yaş ortalaması 13.2'dir. Depresyon grubunda 5'i tamamen yabancı (%50), 3'ü okul arkadaşları (%30), 2'si aile dostunun yeğeni (%20) tarafından cinsel istismara uğradığını ifade etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 21.5'dur. İstismar genel olarak 1.5 kez tekrarlanma oranına sahiptir. En fazla gerçekleşen cinsel istismar dokunma olup bacak, göğüs, dudak, yüz, cinsel organ bölgesini kapsamaktadır.

Elde edilen bulgular karşılaştırıldığında BKB tanısı alan 35 vakanın 13'ü (%37.14); depresyon tanısı alan 35 vakanın 10'u (%28.57) cinsel istismara maruz kaldığını bildirmektedir. BKB tanısı alan 35 vakanın birlikte değerlendirilmesinde cinsel istismarın %5.71'inin öğretmen, %5.71'inin okul arkadaşı, %2.86'sının yabancı, %2.86'sının eş, %2.86'sının bakıcı, %2.86'sının ağabey arkadaşı, %2.86'sının kapıcının oğlu, %2.86'sının komşu, %2.86'sının eski sevgili, %2.86'sının kuzen arkadaşı tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Depresyon tanısı alan vakanın birlikte değerlendirilmesinde cinsel istismarın %14.28'inin yabancı, %8.57'inin okul arkadaşları, %5,71'inin aile dostunun yeğeni tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Veriler 70 kişilik klinik örneklem grubu üzerinden değerlendirildiğinde ise 6 vakanın yabancı (%8.56), 5 vakanın okul arkadaşları (%7.14), 2 vakanın öğretmen (%2.86), 2 vakanın aile dostunun yeğeni (%2.86), 1'er vakanın (%1.42) eş, bakıcı, ağabey arkadaşı, kuzen arkadaşı, kapıcının oğlu, komşu, eski sevgili, tarafından cinsel istimara maruz kaldığı tespit edilmiştir.

#### *4.20.5.2. Cinsel İstismar (Aile İçi) Bulguları*

BKB ve depresyon grubu olarak toplamda 70 kişi ile gerçekleştirilen görüşmede edinilen verilere Tablo XLIII'de yer verilmektedir. Buna göre aile içinde biri tarafından cinsel

istismara uğradığını ifade eden BKB grubundan 7 (5, 6, 9, 15, 17, 28, 35 vaka numaralı), depresyon grubundan 5 (42, 44, 59, 63, 69 vaka numaralı) birey mevcuttur.

**Tablo XLIII. Cinsel İstismar (Aile içi) Görüşme Bulguları**

| No | Cinsiyet | Vaka Yaşı | İstismar Esnasında Yaş | İstismar Yapan | İstismar Yapanın Yaşı | Cinsel İstismar Şekli | Kaç Kez |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU** | | | | | | | |
| 5 | Kadın | 36 | 17 | Anne Sevgilisi/Eşi | 48 | Köşeye sıkıştırma, göğse dokunma, kucağına oturtma | 2 |
| 6 | Kadın | 23 | 7 | Kuzen | 14 | - | 4 |
| 9 | Kadın | 28 | 8 | Üvey Kardeş | 12 | Dayı (8-32) tarafından da maruz kalınan öpme, mıncıklama, kucağa oturtma, sürtünme | 3 |
| 15 | Kadın | 29 | 12 | Kuzen | 16 | Oyun oynama teklifi ile üzerine çıkma ve sürtünme, oral sekse zorlama amacıyla cinsel organını gösterme "Hafif şiddet kullanarak kaçmıştım" | 1 |
| 17 | Kadın | 30 | 8 | Abi | 12 | Porno dergileri gösterme, bakmaya zorlama, farklı bir zamanda yanında mastürbasyon gerçekleştirme | 1 |
| 28 | Kadın | 36 | 13 | Kuzen | 22 | Öpmeye çalışma (hatırlanan), Farklı bir zamanda yatakta yan yana yatarken dokunmaya zorlama | 2 |
| 35 | Kadın | 26 | 10 | Kuzen | 25 | Bireyi ve arkadaşını zorla öpme, bireye bir kez oral seks yapma | 2 |
| **DEPRESYON GRUBU** | | | | | | | |
| 42 | Kadın | 37 | 13 | Kuzen (Kadın) | 17 | Bireyin cinsel organını elleme, kendininkini gösterme "Daha fazlası olmadı" | 1 |
| 44 | Kadın | 30 | 7 | Kuzen | 11 | Cinsel organı gösterme | 1 |
| 59 | Kadın | 30 | 8 | Kuzen | 12 | Silik bir anı olarak hatırlanan "Bir bayram günü, şu an seksi hatırlatacak okşama, dokunma" | 1 |
| 63 | Kadın | 35 | 5 | Kuzen | 19 | - | 2 |
| 69 | Kadın | 44 | 12 | Abla | 16 | Bireyin cinsel organımı görmeye çalışma, soyma | 1 |

BKB grubunda aile içinde biri tarafından cinsel istismara uğradığını ifade eden bireylerin şu andaki yaş ortalaması 29.71, cinsel istismar esnasındaki yaş ortalaması 10,7 olarak bulunmuştur. BKB grubunda aile içinde cinsel istismara uğrayanların 4'ü kuzen (%57.15), 1'i üvey kardeş (%14.29), 1'i annenin eşi (%14.29), 1'i abi (%14.29), 1'i kapıcının oğlu (%14.29) tarafından gerçekleştiğini ifade etmektedir. İstismarı gerçekleştirdiği belirtilen bireylerin istismar esnasındaki yaş ortalaması 21.29'dur. İstismarın tekrarlanma oranı 2.14'tür. En sık ifade edilen cinsel istismar öpme, dokunma, kucağa oturtmadır. Depresyon

grubunda ise aile içinde biri tarafından cinsel istismara maruz kaldığını ifade edenlerin şimdiki yaş ortalaması 35.2, cinsel istismar esnasındaki yaş ortalaması 9'dur. Katılımcıların 4'ü kuzen (%80), 1'i abla (%20) tarafından cinsel istismara uğradığını belirtmektedir. İstismarcının istismar esnasındaki yaş ortalaması 15'tir. İstismar ortalama olarak 1.2 tekrarlanma oranına sahiptir. En fazla gerçekleşen istismar cinsel organın gösterilmesi biçimindedir. Elde edilen bulgular karşılaştırıldığında BKB tanısı alan 35 vakanın 7'si (%20); depresyon tanısı alan 35 vakanın 5'i (%14,286) aile içinde cinsel istismara maruz kaldığını bildirmektedir. BKB tanısı alan 35 vakanın birlikte değerlendirilmesinde cinsel istismarın %11.43'ünün kuzen, %2.86'sının üvey kardeş, %2.86'sının annenin eşi, %2.86'sının ağabey tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir. Depresyon tanısı alan 35 kişilik örneklemin değerlendirilmesinde cinsel istismarın %11.42'sinin kuzen, %2.86'sının abla tarafından gerçekleştirildiği gözlenmektedir.

### 4.20.6. Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formun'dan Elde Edilen Verilere Ait Detaylar

## Fiziksel İstismar Tablosu

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** |
| 1 | Kadın | 25 | 7 | Anne | 35 | Okula gitmediğimde, yemek yemediğimde itip sarsma, kollarımı cimcikleme ve morartacak derecede | 4 | 39 | Erkek | 37 | 12 | Baba | 45 | alkol aldığında agresifleşirdi, sandalye fırlatma, eşya fırlatma, itip kakma olurdu. | 2 |
| 6 | Kadın | 23 | 5 | Anne | 40 | Anne tarafından yere, duvara vurma, tırmalanma | 4 | 42 | Kadın | 37 | 11 | Baba | 43 | tekme atmıştı yere düştüm kafamı masaya çarptım, doktora götürülmek durumunda kaldım. | 1 |
| 8 | Kadın | 22 | 11 | Anne-Baba | 40 | Kitap atma, kafaya vurma | 4 | 44 | Kadın | 30 | 9 | Baba | 37 | tekme, kapıya itme, tokat. | 2 |
| 9 | Kadın | 28 | 6 | Baba | 45 | Sopa ile tekme | 4 | 48 | Erkek | 30 | 7 | Anne | 36 | terlikle vurdu | 1 |
| 13 | Kadın | 34 | 11 | Anne | 42 | Hep kendi isteklerini yapmamı isterdi, yapmayınca vurma, itme, kakma, objeler fırlatma gibi durumlar oldu. | 2 | 54 | Erkek | 25 | 6 | Baba | 38 | boğazımdan sıkıp itmişti. kendni öldürmek istediği bir andı silah tutuyordu o anda ve alkollüydü. | 1 |
| 17 | Kadın | 30 | 7 | Abi | 11 | Abim okulda da evde de problemliydi. Öfke kontrol problemi vardı. Küçük şeylere sinirlenip fiziksel şiddet uyguluyordu zaten şu an madde bağımlısı | 2 | 56 | Erkek | 20 | 12 | Abi | 15 | birkaç kez canımı çok acıtan fiziksel şiddet gördüm | 2 |
| 19 | Kadın | 37 | 7 | Anne | 35 | Anneme yalan söylemekle suçlandığım için, kardeşime bakamadığım için, üstüm başım yırtık okuldan geldiğim için vurmuştu. | 2 | 59 | Kadın | 30 | 10 | Anne | 35 | Vurma | 3 |
| 20 | Erkek | 34 | 10 | Baba | 42 | Babam alkol aldığında yaptıklarını hatırlamıyor, agresifleşip etrafa vurup kırıyor, herkese şiddet uygulayabilir şekilde bana da vurup obje fırlatmışlığı var. | 3 | 62 | Erkek | 27 | 7 | Anne-Baba | 40 | tokat, vurma, itme, tekme, terlik, çimdik | 2 |

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** |
| 23 | Kadın | 23 | 12 | Baba | 47 | Arkadaşlarımı anneme ve babama sormadan eve davet ettiğim için olay çıktı. Baba sert bir şekilde tokat attı. | 1 | 69 | Kadın | 44 | 14 | Abla | 18 | ablamın ruh sağlığı yerinde değildi, eşya fırlatma, tekme, tokat, odaya kitleme | 4 |
| 26 | Kadın | 31 | 7 | Anne | 36 | Sert objelerle cezalandırmak için vururdu, saçımı çekip ittirmeleri olurdu. | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 28 | Kadın | 36 | 11 | Üvey Baba | 40 | Yalan söylediğimi iddia eder, kendi yanlışını kapatmaya çalışırdı. | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 35 | Kadın | 26 | 8 | Anne | 31 | Eşyakarı fırlatma, itip kakma, tokat atma, kollarımdan tutup sarsma gibi şiddet davranışları | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Fiziksel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** |
| 23 | Kadın | 23 | 12 | Baba | 47 | Arkadaşlarımı anneme ve babama sormadan eve davet ettiğim için olay çıktı. Baba sert bir şekilde tokat attı. | 1 | 69 | Kadın | 44 | 14 | Abla | 18 | ablamın ruh sağlığı yerinde değildi, eşya fırlatma, tekme, tokat, odaya kitleme | 4 |
| 26 | Kadın | 31 | 7 | Anne | 36 | Sert objelerle cezalandırmak için vururdu, saçımı çekip ittirmeleri olurdu. | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 28 | Kadın | 36 | 11 | Üvey Baba | 40 | Yalan söylediğimi iddia eder, kendi yanlışını kapatmaya çalışırdı. | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | | | | | | Eşyakarı fırlatma, itip kakma, tokat atma, kollarımdan tutup sarsma | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |

## Duygusal İstismar Tablosu

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaka No | Cinsiyet | Vakanın Yaşı | İstismar Sırasındaki Yaşı | İstismar Yapan Kişi | İstismarı Yapan Kişinin Yaşı | Duygusal İstismar Şekli | Vaka No | Cinsiyet | Vakanın Yaşı | İstismar Sırasındaki Yaşı | İstismar Yapan Kişi | İstismarı Yapan Kişinin Yaşı | Duygusal İstismar Şekli |
| 1 | Kadın | 25 | 7 | Anne | 35 | İnsanların içinde beni yaramaz, huysuz, zor bir çocuk olarak tanımlardı. Ergenlikte de hep başarısız ve çirkin bulurdu. (terke etme tehdidi) | 37 | Erkek | 40 | 18 | Baba | 55 | Temelli, para kesme tehditi, "başarısız, yetersiz" hissettirme |
| 2 | Kadın | 36 | 10 | Anne-Baba | 35 | İlgisiz kaldığımda rahatsızlık verirdim, o zamanlarda bağırma, aşağılama ve küçük düşürücü konuşurlardı. | 39 | Erkek | 37 | 10 | Baba | 43 | Senden adam olmaz, tembel, pısırık, insanların içinde küçük düşürme. |
| 3 | Kadın | 30 | 12 | Okul Arkadaşları | 12 | Aşağılama,alay etme, kilosu ile "yarım dünya" şeklinde dışlanma. | 41 | Kadın | 32 | 7 | Anne | 32 | Bağırmak, kendi bipolar ataklarında çok agresif olur aşağılardı. Terk etmekle tehdit ederdi. |
| 4 | Kadın | 26 | 11 | Baba | 44 | Beceriksiz, kadın olmaya yönelik, kıyafetlere karışma, anne dengesiz | 42 | Kadın | 37 | 10 | Baba | 42 | Kız çocuk olduğum için güç kurardı üzerimde, aşağılardı hiçbir şeyi hak etmediğimi söylerdi. |
| 5 | Kadın | 36 | 12 | Anne | 41 | Arkadaşlarıyla kıyaslama, yetersiz, beceriksiz görme | 44 | Kadın | 30 | 6 | Baba | 34 | Küfür, tehdit |
| 6 | Kadın | 23 | 16 | Okul Arkadaşları | 16 | Kıyafetleri ve saçına karşı küçük düşürücü yorum. Erkekler tarafından cinsellikle ilgili aşağılayıcı yorum | 45 | Kadın | 34 | 14 | Anne | 40 | Yetersiz hissettirme, kıyafet ve dış görünümü aşağılama, takıntılara kızma |
| 7 | Kadın | 26 | 14 | Baba | 52 | Yetersizlik, beceriksizlik | 47 | Erkek | 42 | 12 | Baba | 45 | Küçük düşürücü, beceriksiz, salak, aptal. |
| 8 | Kadın | 22 | 11 | Baba | 38 | Aptal, gerizekalı | 50 | Erkek | 38 | 13 | Baba | 51 | Akademik olarak başarısız görme, para tehditi (kesmekle ilgili). Kendi istediği yöndde taciz derecesinde zorlama "sen benim malımsın ben ne dersem onu yapacaksın" |
| 9 | Kadın | 28 | 6 | Anne-Baba-Abla | 8 | Anne 40 yaş, baba 45 yaş. Abla aşağılayıcı. Anne küçük düşürücü kıyaslama. Baba tehdit öldürme zarar verme ile ilgili. | 51 | Kadın | 34 | 13 | Baba | 45 | Senden adam olmaz, başarısızsın, özel okulda okutuyorum ama senden fayda göremiycez, sana kaç araba parası harcadım |
| 10 | Kadın | 28 | 12 | Baba | 41 | Tehdit (uzağa göndermek), kontrol amaçlı, kötüsün (düzgün olmamak kadın olarak) | 52 | Kadın | 52 | 14 | Baba | 54 | Alkol aldığında küfür eder, kontrol eder, insanların içinde kaba konuşur, aşağılardı |
| 12 | Erkek | 21 | 7 | Anne | 36 | Anne bipolar döneminde saldırganlaşıyor | 54 | Erkek | 25 | 6 | Baba | 38 | Anneme söylememem gerekenlerle tehdit ederdi. Terk etmekle göz korkuturdu. |
| 13 | Kadın | 34 | 13 | Anne-Baba | 44 | Kıyafetlerim, erkek arkadaşlarım konusunda kısıtlayıcı ve aşağılayıcı yönde konuşurlardı. | 58 | Kadın | 41 | 14 | Baba | 42 | Babam çok takıntılı olduğu için etrafındaki herkesi eksik görür, huysuz davranırdı. Düzeni bozulduğunda çok agresifleşirdi. |

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Duygusal İstismar Şekli** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Duygusal İstismar Şekli** |
| 15 | Kadın | 29 | 10 | Teyze | 34 | Annem çalıştığı zaman teyzem bana bakardı ve annem ile kıskançlık durumları olduğu için bana kötü davranır, ceza verirdi. Sürekli azarlar şekilde konuşurdu. | 59 | Kadın | 30 | 12 | Anne | 37 | Ergenlikte her şeyim eleştirilir, beğenilmezdi |
| 17 | Kadın | 30 | 7 | Abi | 11 | Abim beni de kıskanırdı, isteklerini yaptırmak için tehdit ederdi ve fiziksel görüşümle dalga geçerdi. | 62 | Erkek | 27 | 6 | Abi | 9 | Aşağılanma |
| 19 | Kadın | 37 | 5 | Anne | 33 | Gerizekalı, salak, Allahın cezası gibi kelimeler kullanırdı. | 67 | Kadın | 41 | 10 | Babaanne | 65 | Anne baba işteyken babanne aşağılama ev işlerinde yardımcı olmayınca küfür bağırma |
| 20 | Erkek | 34 | 5 | Baba | 37 | Babamın alkol aldığında küfür etmesi | 69 | Kadın | 44 | 11 | Abla | 15 | Aile içinde küçük düşürür, istediğini yapmadığımda tehdit ederdi |
| 22 | Kadın | 32 | 14 | Anne | 43 | Arkadaşlarımla kıyaslıyordu, beni çirkin ve başarısız bulduğunu söylerdi. | 70 | Kadın | 33 | 10 | Anne | 38 | Senin yüzünden baban hastakandı, benim evladım değilsin, kıyafetlerimi beğenmeme |
| 23 | Kadın | 23 | 14 | Anne-Baba | 50 | Küfür, orospu mu olacaksın, kıyafetlere karışma | - | - | - | - | - | - | - |
| 25 | Kadın | 39 | 14 | Abi | 18 | Herkesin içinde küçük düşürme, isteklerini yerine getirmezsem yalan söylemekle tehdit etme | - | - | - | - | - | - | - |
| 26 | Kadın | 31 | 7 | Anne | 36 | "Salak,aptal" gibi küçük düşürücü sözleri insanların içinde söylerdi. | - | - | - | - | - | - | - |
| 28 | Kadın | 36 | 11 | Üvey Baba | 40 | Küfür ederdi. Söylememem gereken şeyleri söylememem için hediye alırdı ya da tehdit ederdi, ceza vermekle ya da canımı acıtmakla. | - | - | - | - | - | - | - |
| 29 | Kadın | 27 | 12 | Baba | 46 | "Hastasın, salaksın, senden hiçbir şey çıkmaz, ancak yiyip yiyip yatarsın" gibi birçok aşağılayıcı yorumlar. | - | - | - | - | - | - | - |
| 30 | Kadın | 29 | 14 | Anne | 42 | Çok mükemelliyetçi olduğu için her şeyimi eleştirirdi, beğenmezdi, yetersiz bulduğunu belirten cümleler ile beni aşağılardı. | - | - | - | - | - | - | - |
| 31 | Kadın | 22 | 13 | Anne-Baba | 45 | Düzgün davranmadığımda bağırma, insan içinde küçük düşürme, her problemde beni suçlama, arkadaşlarımla beni kıyaslama. | - | - | - | - | - | - | - |
| 32 | Kadın | 30 | 15 | Abi | 21 | Çok haraketliydim, arkadaşlarımın yanında bana bağırırdı, kontrol etmeye çalışırdı, annemlere yalan söylerdi. Orospu gibi küfürler ederdi. | - | - | - | - | - | - | - |

**Duygusal İstismar Tablosu (Devam)**

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Duygusal İstismar Şekli** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Duygusal İstismar Şekli** |
| 33 | Kadın | 32 | 11 | Baba | 45 | Ailedeki herkesi küçük görme ve aşağılama durumu vardı. Küfür eder, kadınlara değer vermezdi. | - | - | - | - | - | - | - |
| 34 | Kadın | 33 | 9 | Anne | 40 | İyi bir evlat olmadığımı söylerdi. Huysuz ve talepkar olarak görürdü. Babam ile olan ilişkiyi kıskanırdı. | - | - | - | - | - | - | - |
| 35 | Kadın | 26 | 6 | Anne-Baba | 29 | Beni hep yük gibi hissettirirlerdi. Özellikle kardeşlerime bakmadığımda bağırıp aşağılarlardı, "işe yaramaz, beceriksiz" gibi kelimeler kullanırlardı. | - | - | - | - | - | - | - |

## Fiziksel İhmal Tablosu

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | DEPRESYON GRUBU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **Fiziksel İhmal Şekli** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **Fiziksel İhmal Şekli** |
| 1 | Kadın | 25 | Annemin agresif olduğu zamanlar kendimi güvende hissetmezdim, her an evi terkedebilir ve beni yalnız bırakabilirdi. | 40 | Kadın | 28 | Anne evden gidiyor (boşanma sonrası), baba çalışıyor. O sebeple ilgilenmiyor. Beslenme, eğitim, güvenlik eksik. |
| 2 | Kadın | 36 | Anne-babalık görevlerini bilmiyorlardı. Çocukluğum çok yalnız geçti. Eğitim ya da tıbbi bakımımla çok ilgilenmezlerdi. | 46 | Kadın | 28 | Çok çalışan ebeveyn |
| 5 | Kadın | 36 | Anne alkol aldığında ve kardeşle ilgilendiğinde baba tedavi görüyor diyaliz | 55 | Kadın | 44 | Babamı 10 yaşında kaybettim, annem de çalışıyordu, fiziksel ihtiyaçlarımı yetişemiyordu. |
| 9 | Kadın | 28 | Besleme, güvenlik, tıbbi. | 60 | Kadın | 23 | Beslenme, bakım, tıbbi ihmal |
| 12 | Erkek | 21 | Anne bipolar ve baba Bodrum'da yılın 6 ayı, evde yalnız bırakılma | 63 | Kadın | 35 | Çocuklukta yalnız bırakılma, beslenme ile ilgili ihmal bilinçsizlik |
| 14 | Kadın | 27 | Babam parayı keserdi, evden kovduğu olmuştu. | 69 | Kadın | 44 | Güvenlik, anne-baba ablamı durduramazdı, evde güvensiz hissederdim. |
| 15 | Kadın | 29 | Teyzem yeteri kadar ilgilinmezdi. Hem fiziksel hem duygusal anlamda. Annem çalışırdı ve babam terk etmişti. | - | - | - | - |
| 16 | Kadın | 26 | Annem sarhoş olup akşamları ilgilenmezdi benimle. Birkaç kez hastalığımı umursamadığı gece olduğunu hatırlıyorum. | - | - | - | - |
| 19 | Kadın | 37 | Bir kez kapıya koyup "evsiz kal aklın başına gelsin" demişti. Komşuların yalvarmasıyla içeri aldı. | - | - | - | - |
| 26 | Kadın | 31 | Annemin sevgilisinin yanında kendimi güvende hissetmezdim. Babamla boşandıktan sonra sevgilisi bizimle yaşamaya başladı. | - | - | - | - |
| 27 | Kadın | 33 | Babannem büyüttü, yaşlıydı ve daha çok ben ona bakım veriyordum. | - | - | - | - |

## Duygusal İhmal Tablosu

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | DEPRESYON GRUBU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaka No | Cinsiyet | Vakanın Yaşı | Duygusal İhmal Şekli | Vaka No | Cinsiyet | Vakanın Yaşı | Duygusal İhmal Şekli |
| 1 | Kadın | 25 | Samimi bir anne çocuk ilişkimiz yoktu. İhtiyacım olduğunda destek vermez, yol göstermezdi. | 37 | Erkek | 40 | Babamdan ilgisizlik, soğuk ve mesafeliydi |
| 2 | Kadın | 36 | Baba 8 yaşındayken evden gidiyor, duygusal destek yok | 38 | Kadın | 27 | Ailem çok çalıştığında ilgisiz hissederdim |
| 3 | Kadın | 30 | Desteksiz, ilgisizlik | 39 | Erkek | 37 | Annem depresif sürecinde yalnız hissettim, baba zaten uzak ve problemli |
| 4 | Kadın | 26 | Destek, ilgi | 41 | Kadın | 32 | Annemin hastalığına bağlı duygusal anlamda tutarsızlıklar olurdu. |
| 5 | Kadın | 36 | Anne tarafından, erkek arkadaşı | 42 | Kadın | 37 | Sevgi,destek, ilgi göremediğim zamanlar olurdu genellikle babamdan. |
| 6 | Kadın | 23 | Baba, manevi destek, sevgi, ilgi | 44 | Kadın | 30 | Destek ve sevgi az, anne-baba boşanma ve baba problemli |
| 7 | Kadın | 26 | Baba tarafından | 45 | Kadın | 34 | Baba uzak alkol kullanımı, anne kaygılı destek vermiyor |
| 8 | Kadın | 22 | Paylaşım, yakınlık hiç yok. | 47 | Erkek | 42 | Anne kendi ile ilgilenir, babam ile ilgilenir, baba evden gider, ilgisiz, desteksiz. |
| 9 | Kadın | 28 | Baba ile uzaklık, bağ kurmama, küçüklüğünden beri | 49 | Kadın | 28 | Ebeveyn ve kardeş tarafından desteklemedi. Arada duygusal uzaklık ve iletişimsizlik. Sevgi dili sözler ve fiziksel olarak açık değildi. |
| 10 | Kadın | 28 | Anne alkol aldığında kendi ihtiyaçlarını karşılar babaiş için ev dışında | 50 | Erkek | 38 | Koruma, destek, motivasyon, şefkat, rehberlik eksikliği |
| 11 | Kadın | 32 | Baba 8 yaşındayken evden gidiyor, duygusal destek yok | 51 | Kadın | 34 | Değer verdiğim şeyleri önemsemezdi. Müsamere, veli toplantıları, yüzme yarışına gelmez derslerle ilgilenmez |
| 12 | Erkek | 21 | Özellikle annenin depresyon dönemi, baba çok kurallı ve uzak | 52 | Kadın | 52 | Annem kardeşlerim ve babamla ilgilenmek zorunda kaldığında ben en büyük abla olarak yalnız bırakılırdım. |
| 13 | Kadın | 34 | Ruh hallerine göre ve kendi isteklerine görebana sevgi ve ilgi gösterirlerdi. İhtiyacım olduğunda her zaman destek olmazlardı. Beni 2. Plana atarlardı. | 53 | Kadın | 29 | Annemin sevgisini hissedemezdim, çok soğuk ve ilgi ihtiyacım olduğunda reddediciydi, babam ise otoriter ve uzaktı. |
| 14 | Kadın | 27 | Ailede sevgi ortamı yoktu. Herkes kendi düzenine göre yaşıyordu. | 54 | Erkek | 25 | Annemin psikolojisi iyi değildi, hep kaygılı ve korkuluydu babamdan dolayı. Babam alkol problemi ve agresif olduğu için çok ilgisiz ve sevgisiz büyüdüm. |
| 15 | Kadın | 29 | Anneme ihtiyacım olduğunu belirtmeme rağmen benimle çok ilgilenmezdi. İşten sonra da hep dışarıda vakit geçirirdi. Sevgilileri ve arkadaşlarıyla daha ilgiliydi. | 55 | Kadın | 44 | Babamın yokluğu ve annem ev işleri,işi ve ben ve ablamla ilgilenmeye yetişemiyordu. |
| 16 | Kadın | 26 | Annem alkol aldığında umursamaz ve ilgisiz ve soğuk olurdu. Babam iş için hep yurt dışına gidip gelirdi. | 56 | Erkek | 20 | Babam tarafından büyürken çok fazla sevgi (hem fiziksel hem sözel) ifadeleri görmedim. Annem tarafından tam tersiydi, fakat annemin bipolar bozukluğu nedeniyle küçüklüğünden beri ben onunla ilgilendim. Normal bir anne- çocuk desteği yoktu. |
| 17 | Kadın | 30 | Babam çok pasifti ve uzaktı annem de sürekli abimle ilgilenmekten bana destek veremez ilgilenemezdi. | 57 | Kadın | 50 | Annem sarılmaz, öpüp koklamazdı ve annesinden görmediğini söylerdi. Babam erken öldüğü için kendimi yük olarak görürdüm. Annem daha çok kendi hayatı ve istekleriyle ilgiliydi. |
| 18 | Kadın | 23 | Anne ve babamın destek ve ilgisini hep yetersiz buldum. Hep kontrolcü ve müdahaleci davrandılar. | 58 | Kadın | 41 | Babam genelde çok soğuk ve her şeyi kural olarak görürdü. Duyguları algılayamazdı. Annem de çok boyun eğerdi, pasifti. |
| 19 | Kadın | 37 | Annemden sevgi, destek, ilgi görmedim. Babam ev dışında çok vakit geçirirdi. | 59 | Kadın | 30 | Sarılma, sözel sevgi cümleleri yoktu. Annem hiç duygularını dile getiren biri değil. Tüm duygular konusunda ketumdur. Beni sevdiklerini bilsem de daha 2 yıl önce ilk kez seni seviyorum gibi cümleler kurulmuştur. Anne ve babam hep mesafeli. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Erkek | 34 | Yetersiz sevgi, destek ve ilgi aldığımı düşünoyrum. Aile içinde herkes birbirinden uzaktı. | 60 | Kadın | 23 | Empati kurmayan çevre, anlaşılamama |
| 21 | Kadın | 27 | Anne baba erken yaşta boşandı. Babam ile hep kopuk ilişkimiz, çok az görüştük, sevgisini hissetmeden büyüdüm. Annem de başka bir evlilik yaptı ve beni ihmal etti, ilgisiz bıraktı. | 64 | Kadın | 31 | Kardeş ile daha çok ilgilenme, yetersiz destek |
| 22 | Kadın | 32 | Anne ve babam bencildir. Fiziksel ya da duygusal sevgileri ifade etmezler. Hep dışarıdaki insanların yanında iyi davranıp aile için de kopuk ve saldırganlardırlar. | 67 | Kadın | 41 | Anne babadan ilgisizlik, babannenin istismarından korumama |

## Duygusal İhmal Tablosu (Devamı)

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | DEPRESYON GRUBU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **Duygusal İhmal Şekli** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **Duygusal İhmal Şekli** |
| 23 | Kadın | 23 | Sevgi ve destek yok. İlgi anlayışları yoğun yemek yedirme isteği ve para verme. | 68 | Erkek | 38 | Babam sinirliydi, yok sayardı, günlerce konuşmazdı |
| 24 | Kadın | 29 | Sadece başarı ve iş ile ilgili takdir ederlerdi. Nasıl hissettiğim ile ilgilenmiyorlardı. | 69 | Kadın | 44 | Anne-baba yeterli desteği vermezdi, ablalarımla daha çok ilgilenirdi. |
| 25 | Kadın | 39 | Aile ortamımızda yeteri kadar sevgi ortamı yoktu | 70 | Kadın | 33 | Daha çok destek ve duygusal anlamda hep kendi istediklerini yapmamı istemeleri, benim nasıl hissettiğimi umursamama |
| 26 | Kadın | 31 | Ablam evlenip evden gitti, babam annemle boşanınca şehir değiştirdi. Annem de bana hiç sevgi ilgi göstermedi. | | | | |
| 27 | Kadın | 33 | Annemi erken yaşta kaybettiğim için babam da terk ettiği için tam anlamıyla bir aile sevgisi görmedim. | | | | |
| 28 | Kadın | 36 | Ailem duygusal anlamda korumazdı. Sevgi,destek, ilgi az bir ortamda büyüdüm. | | | | |
| 29 | Kadın | 27 | Aslında onlar (anne-baba) destek ve ilgi verdiklerini düşüyorlar ama beni anlamıyorlar. | | | | |
| 30 | Kadın | 29 | Anne ve babam sadece başarıaya önem verdikleri için sevgiyi yalnızca bir şey başarınca gösterirlerdi. | | | | |
| 31 | Kadın | 22 | Aike içinde dışlanmış hissetme, ilgi istediğimi belirtmeme rağmen ailem kendi arkadaş ve sosyal çevresine önem verdi. | | | | |
| 32 | Kadın | 30 | Anne ve babam ayrıydı. Babam çok çalışırdı ve onunla yaşadığım için çok duygulardan konuşmazdık. Sevgisini belli etmezdi. Annem ayrı yaşıyordu. | | | | |
| 33 | Kadın | 32 | Anne ve babam çocuk gibi davranırlardı, sürekli tartışırlar ve benimle ilgilenmezlerdi. Sevgi kelimleri ya da haraketleri hiç yoktu. | | | | |
| 34 | Kadın | 33 | Annem duygusal olarak uzak dururdu ve tüm ilgiyi kendi üzerinde isterdi | | | | |
| 35 | Kadın | 26 | Annem ve babam kardeşlerimle ilgilenmezsem bana vakit ayırmazlardı. Kendimi hep fazlalık hissettim ve duygusal anlamda anlaşılamadığımı hisettim. | | | | |

**Cinsel İstismar Tablosu (Ensest Harici)**

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Cinsel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Cinsel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** |
| 2 | Kadın | 36 | 17 | Öğretmen | 40 | Cinsel içerikli konuşmalar yaparak, boynumdan öpmüştü ve kalçama dokunmuştu. Aileme şikâyet edip dersi bıraktım. | 1 | 43 | Kadın | 27 | 15 | Yabancı | 20 | Kasık bölgeme dokundu | 1 |
| 4 | Kadın | 26 | 16 | Okul Arkadaşları | 16 | Göğüslerime dokunma, köşeye sıkıştırma. (yapan kişi: sınıfta arkadaşı olmayan başka bir erkek) | 2 | 47 | Erkek | 42 | 10 | Okul Arkadaşları | 17 | Önünde masturbasyon, sürtünme. | 2 |
| 6 | Kadın | 23 | 17 | Yabancı | 40 | Cinsel organı değdirme | 4 | 49 | Kadın | 28 | 10 | Aile Dostunun Yeğeni | 15 | Dokunma- yüz ve dudaklara, sessileştirip sakinleştirmeye çalışıyordu. net hatırlamıyor ama cinsel organa dokunuldu, üzerine çıkma 15 yıl sonra anıyı hatırladı. | 2 |
| 8 | Kadın | 22 | 13 | Hatırlanmıyor | - | Dokunma (göğüs, kalça) | 2 | 51 | Kadın | 34 | 16 | Yabancı | 27 | Toplu taşımada bacak elleme, sokakta cinsel organı gösterme | 2 |
| 9 | Kadın | 28 | 18 | Arkadaşının abisi | 24 | Arkadaşının abisi, Kucağa oturtma, sürtünme | 2 | 52 | Kadın | 52 | 17 | Okul Arkadaşları | 18 | Bana takıntılı bir okul arkadaşım zorla köşeye kıstırıp göğüslerime dokundu, cinsel organını bedenime sürttü. | 1 |
| 11 | Kadın | 32 | 5 | Bakıcı Kadın | 16 | Cinsel organı el ile uyarma, yemek yedirirken | 1 | 53 | Kadın | 29 | 13 | Aile dostunun Yeğeni | 18 | Zorla oturtarak porno filmler açardı, izlemeye zorlardı. | 2 |
| 13 | Kadın | 34 | 16 | Okul Arkadaşları | 16 | Dedikodumu yaymakla suçlardı ve birkaç kez zorla göğüsüme dokunup zorla benimle öpüşmeye çalışmıştı. Konu rehberliğe taşındı. | 2 | 60 | Kadın | 23 | 15 | Okul Arkadaşları | 15 | Dokunma | 1 |
| 16 | Kadın | 26 | 16 | Öğretmen | 42 | Sakatlıkları düzeltme bahanesiyle cinsel organıma masaj yapardı. Soyunmamı isterdi. | 3 | 61 | Kadın | 26 | 16 | Yabancı | 46 | Toplu taşımada dokunma | 1 |
| 21 | Kadın | 27 | 12 | Abinin Arkadaşı | 18 | Cinsel organımı dokunup uyarmaya çalışmıştı ve kendi cinsel organını benim vücuduma sürtmüştü. | 2 | 63 | Kadın | 35 | 5 | Kuzen | 19 | Kıyafetli cinsel organını dayama | 2 |

**Cinsel İstismar Tablosu (Ensest Harici, Devam)**

| BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU GRUBU | | | | | | | | DEPRESYON GRUBU | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Cinsel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** | **Vaka No** | **Cinsiyet** | **Vakanın Yaşı** | **İstismar Sırasındaki Yaşı** | **İstismar Yapan Kişi** | **İstismarı Yapan Kişinin Yaşı** | **Cinsel İstismar Şekli** | **Kaç Kez** |
| 24 | Kadın | 29 | 9 | Kapıcının Oğlu | 17 | Önümde masturbasyon yapmıştı, cinsel organını göstermişti. | 1 | 70 | Kadın | 33 | 15 | Yabancı | 20 | Sokakta yürürken göğsüme dokundu | 1 |
| 26 | Kadın | 31 | 14 | Komşu | 40 | Evine bir şey vereceğini söyleyip çağırmıştı ve sonra cinsel konuşmalar yaparak köşeye sıkıştırıp dokunmaya başladı, vurup kaçtığımı hatırlıyorum. | 1 | | | | | | | | |
| 31 | Kadın | 22 | 17 | Eski Sevgili | 19 | İlk cinsel ilişkim zorla gerçekleşti, travmatikti. Alkol aldığımda zorlanarak oldu. | 1 | | | | | | | | |
| 33 | Kadın | 32 | 15 | Kuzen Arkadaşı | 19 | Bana takıntılıydı, cinsel içerikli konuşmalar yapardı ve resimler gönderirdi. 1 kez zorla öpmeye ve dokunmaya çalıştı. | 2 | | | | | | | | |

**Cinsel İstismar Tablosu (Ensest)**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Kadın | 23 | 7 | Kuzen | 14 | - | 4 | 44 | Kadın | 30 | 7 | Kuzen | 11 | Cinsel organ gösterme | 1 |
| 9 | Kadın | 28 | 8 | Üvey Kardeş | 12 | Dayı da yapmış (8-32). Öpme, mıncıklama, kucağa oturtma, sürtünme. | 3 | 59 | Kadın | 30 | 8 | Kuzen | 12 | Bir bayram günü, bana şu an seksi hatırlatacak okşama, dokunma tarzı bir şey hatırlıyorum ama silik bir anı. | 1 |
| 15 | Kadın | 29 | 12 | Kuzen | 16 | Oyun oynamayı teklif edip üzerime çıkıp sürtünmüştü. Sonra cinsel organını oral seks yapmam için göstermişti. Fakat hafif şiddet kullanarak kaçmıştım. | 1 | 63 | Kadın | 35 | 5 | Kuzen | 19 | - | 2 |
| 17 | Kadın | 30 | 8 | Abi | 12 | Porno dergileri göstermeye çalışırdı, zorla bakmamı isterdi. 1 kez de masturbasyon yapmıştı yanımda. | 1 | 69 | Kadın | 44 | 12 | Abla | 16 | Cinsel organımı görmeye çalışır, soyardı. | 1 |
| 28 | Kadın | 36 | 13 | Kuzen | 22 | Öpmeye çalıştığını hatırlıyorum. Bir kez de yatakta yan yana yatarken dokunmaya zorlamıştı. | 2 | | | | | | | | |
| 35 | Kadın | 26 | 10 | Kuzen | 25 | Beni ve arkadaşımı zorla öpüştürmüştü. 1 kez de bana oral seks yapmıştı. | 2 | | | | | | | | |

# 5. TARTIŞMA

*"Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerdeki Kümülatif Travmaların Adli Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi"* başlıklı bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'ndaki *"Psikotravmatoloji ve Psikotarih Araştırmaları Birimi"*nde doktora tezi olarak hazırlanmıştır. Dissoanalitik ekol ve adli psikopatoloji perspektifinden gerçekleştirilen bu doktora tez çalışmasının temel amacı, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile saldırganlık düzeyi, dissosiyatif yaşantılar ve bağlanma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Kümülatif travmalar ve çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık ve bağlanma üzerindeki yordayıcı etkisinin değerlendirildiği bu çalışma, 35 borderline kişilik bozukluğu vakası ve 35 depresyon bozukluğu vakası olmak üzere toplam 70 vaka ile yüz yüz görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Modern psikotravmatoloji, adli psikopatoloji ve dissoanalitik ekol perspektifinden gerçekleştirilen bu çalışmanın klinik popülasyonda gerçekleştirilmesi sebebiyle ilgili literatüre önemli bilimsel katkılar sağlamasının yanı sıra çocukluk çağı travmalarının ve kümülatif travmaların önlenmesine dair psikotoplumsal politikaların geliştirilmesini de olanaklı kılması öngörülmektedir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgularımız, ilgili alanyazın ekseninde tartışılmaktadır.

## 5.1 Dissoanalitik Ekol ve Adli Psikopatoloji Açısından Hipotezlerin Değerlendirilmesi

*"Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanları, depresyon vakalarına oranla istatiksel açıdan daha yüksektir."* olarak ifade edilen ilk hipotezimiz

doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XI). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı (ort: 56.44), depresyon bozukluğu vakalarına (ort: 45.39) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XI). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı (ort: 28.07), depresyon bozukluğu vakalarına (ort: 17.96) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı (ort: 102.40), depresyon bozukluğu vakalarına (ort: 84.09) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo XI). Öztürk'e göre borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluklarının temelinde çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar bulunmakta olup, bu her iki vaka grubunda da dissosiyatif yaşantılar yoğun bir şekilde deneyimlenmektedir (Öztürk, 2020a). Dissoanalitik ekol açısından çocukluk çağı travmaları, örselenme yaşantıları ve psikotoplumsal baskılar bireylerin yaşamlarını ikiye bölerek, adeta dissosiyatif bir milat gibi bireylerin *"psikovital bütünselliğini"* kesintiye uğratmaktadır. Psikovital bütünselliğin fonksiyon göstermediği borderline kişilik bozukluğu ve depresyon gibi psikopatolojilerin travmatik yaşantıya bağlı etiyolojik kökenleri dissosiyojen yaşam deneyimini kapsayan dissonaliz kuramı çerçevesinden açıklanabilmektedir. Bu dissosiyojen yaşam deneyimi *"travma dikotomisi"* olarak tanımlanmakta ve kişinin aktüel yaşamını travmadan önce ve travmadan sonraki parçalar olmak üzere dualleştirmektedir. Dualleşmeye bağlı olarak kişi dissosiye ettiği travmatize parçalarına karşı inkar odaklı fobik bir yaklaşım göstermektedir. Travma dikotomisi sonucunda bireyler tehdit karşısında bütüncül tekil bir bilinç yerine *"dual bilinç sistemi"* ile dissosiyojen bir yapı sergilemektedir. Dissoanalitik açıdan günümüz toplumunda bireyler, çoklu bilinçleri, çoklu realiteleri, çoklu zaman algıları ve çoklu kimlikleri ile dissosiyatif bir yapıda travmatik yaşam deneyimlerinden uzaklaştırıcı bir yaşam sürmektedir. Bireyler ve toplumların entegratif düzeyde düşünce, duygu ve eylemlere sahip olabilmesi ancak "*psikotoplumsal bilinç alyansı"*nın sağlanması ile mümkün olacaktır. Gelişim odaklı,

empatik ve yaratıcı bireyler ile kitlelerin toplumların maksimalinde varlanış gösterebilmesi, psikotoplumsal bilinç alyansını imkanlı kılan travma merkezli kısa dönem terapiler ile doğru orantılıdır. Travmatik yaşantının şiddetine, sıklığına ve süresine bağlı olarak tekilden dual bilinç sistemine geçiş ve dissosiyatif bir savunma mekanizması görünürde kişinin uyumunu sağlasa da borderline kişilik bozukluğu ya da depresyon bozuklukları gibi psikopatolojilerin semptomlarının bir parçası olabilmektedir. Özellikle BKB'nin etiyolojisinin majör belirleyicilerinden çocukluk çağı travmaları ile kümülatif travmaların, dissosiyatif yaşantılarla yüksek düzeyde anlamlı ilişki sergilemesinden ötürü BKB ve depresyon vakalarının çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif reaksiyonlarının modern psikotravmatolojik açıdan değerlendirilmesi önemli olmakla birlikte bu tanıyı alan vakalar, Öztürk'ün Dissoanaliz Kuramı kapsamında geliştirdiği "*çoklu bilinç sistemi*" kökenli, terapötik karşılıklılığın ve travmanın nötralize edilmesinin vurgulandığı *"Travma Merkezli Alyans Model Terapi (TMAMT)"* yöntemi ile tedavi edilmelidir (Öztürk, 2021; 2022b; 2022c).

*"Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği ilgi alt boyutu puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük, Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği aşırı koruma/kontrol alt boyutu puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir."* olarak ifade edilen ikinci hipotezimiz kısmi olarak doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XVIII). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği toplam puanları, (anne ort: 40.11; baba ort: 36.71), depresyon bozukluğu vakalarına (anne ort: 39.85; baba ort: 36.34) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmamasına rağmen her iki grup da yüksek düzeyde güvensiz bağlanma örüntüsü göstermektedir (Bkz. Tablo XVIII). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Anne-Babaya Bağlanma Ölçeği anne ilgi puanı (ort: 27.60), depresyon bozukluğu vakalarına (ort: 30.43) göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo XVIII). Literatürde de borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozuklukları ile güvensiz bağlanma

örüntüleri çalışmamızla paralellik gösterdiği üzere ilişkili bulunmuştur (Hankin, 2005; Joanne & Davis, 2001). Ayrıca çocukluk çağı travmatik yaşantılarının özellikle ebeveyn ilgisizliği ve korumadaki yetersizlik ile ebeveyn kaybı ve anne-babadan ayrılma/ayrı kalma gibi duygusal ihmal içeren durumlardan kaynaklandığı belirtilmiştir (Bradley, 1979). Özellikle ilk bakım veren kişinin anne olabileceğini göz önünde bulundurarak, BKB vakalarının depresyon vakalarına kıyasla daha yüksek oranda çocukluk çağı duygusal ihmallerinin olması, anneleriyle ilgili yetersiz ilgi gösterdikleri algıları ile ilişkili olabilmekte ve bu araştırmada da anne ilgi boyutunun depresyona kıyasla daha düşük olmasını açıklayabilmektedir. Dissoanalitik açıdan travmatik geçmişi olan borderline kişilik örüntüsüne sahip genç kadın bireylerin büyük çoğunluğu kendi istismarcılarına bağlanmakta hatta istismarcılarıyla identifikasyon kurmaktadır. Öztürk'ün (2022a; 2022b) *"Dissosiyatif Yansıtımlı Kimlik Geçiş Kuramı"*na göre istismarcısıyla özdeşim kuran birey, bir yandan istismarcı konumuna geçerken diğer yandan yeniden kurban konumuna düşebilmektedir. Dissoanalitik açıdan BKB'nin parental dinamikleri değerlendirildiğinde annelerinin duygusal açıdan ihmal ve istismar etmeye açık yapısıyla yetiştirilen çocukta, kuralsız ve tutarsız bir dissosiyojen yapı ile eşlenik bir yaşam tarzının deneyimlenebileceği belirtilmektedir. Borderline yapıya sahip kadın yetişkin bireylerin özellikle baba figürleri tarafından hem maddi hem de manevi anlamda süreğen olarak ödüllendirildikleri ve şımartıldıkları vurgulanmaktadır (Öztürk, 2022a; 2022b; 2022c). Bu araştırmada BKB vakalarının baba ilişkilerini anneleriyle (ilgi boyutu düşük) olan ilişkilerine kıyasla daha sağlıklı değerlendirmesi, bu kişilerin baba figürlerini idealize etme ve anne figürlerini ise değersizleştirme eğilimlerinde oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.

*"Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanları arasında istatiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır."* olarak ifade edilen üçüncü

hipotezimiz doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXI). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği toplam puanı arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı ilişki bulunmaktadır (r= .68, *p*<.001). Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı arasında yüksek düzeyde pozitif anlamlı ilişki bulunmaktadır (r= .69, *p*<.001) (Bkz. Tablo XXI). Literatür araştırmaları çalışmamızın bu bulgusunu destekler niteliktedir (Kring Johnson, Davison, & Neale, 2017; Oruçlular, 2016; Menon ve ark., 2016; Freyd, 1996; Herman, Perry & van der Kolk, 1989). Çocukluk çağı travmalarının BKB semptomlarının gelişiminde yordayıcı bir etkisi olduğu bilinmekte, özellikle bu çocukluk çağı travmatik yaşantılarının başında anne-baba ilgisizliği ve örseleyici olaylara karşı korumadaki yetersizlik, ebeveyn kaybı ve ebeveyn ayrılığı gelmektedir (Bradley, 1979; Walsh, 1977; Goldberg ve ark., 1985). Dissoanalitik açıdan şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri, gelişimsel travma kapsamında deneyimlenmektedir. BKB vakalarında ortaya çıkan dissosiyatif yaşantılar, kendine zarar verme davranışları ve çocukluk çağı travmalarının kaynağını oluşturan yanlış çocuk yetiştirme stilleri, *"Psikotoplumsal Bilinç Alyansı Kuramı"* ekseninde değerlendirilmeli ve dissoanalitik açıdan bu vakaların hem uzun dönemli sağaltımı hem de travmalarının nötralizasyonu sağlanmalıdır (Öztürk, 2022d).

*"Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Kümülatif Travma Ölçeği puanları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla istatiksel açıdan daha yüksektir."* olarak ifade edilen dördüncü hipotezimiz kısmi olarak doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XIX). Borderline kişilik bozukluğu vakalarının Kümülatif Travma Ölçeği travmayı negatif değerlendirme, kişisel kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları (negatif değerlendirme ort: 30.15; kişisel kimlik travmaları ort: 5.31; aile bağlanma travmaları ort: 3.94) depresyon vakalarına oranla (negatif değerlendirme ort: 23.07; kişisel kimlik travmaları ort: 4.11; aile bağlanma travmaları ort: 3.03) istatiksel açıdan daha yüksektir (Bkz. Tablo XIX). Borderline kişilik örüntüsünün

çocukluk çağında kullanılan ego fonksiyonlarından olan bölme, yetişkinlik döneminde de devam ederek kişileri ya hep iyi ya da hep kötü olarak değerlendirmeleri ile sonuçlanabilmektedir. BKB vakalarının bölme fonksiyonunun, çocukluk döneminde iyi anne/kötü anne olarak dönüşümlü bir şekilde algıladığı tutarsız ebeveynlik ve anne-babanın istismar ve ihmal içeren tutumuyla ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Tutarsız, çift mesaj veren ebeveyn, çocuklarında sevgi-nefret ve yüceleştirme-değersizleştirme eğilimlerini tetikleyebilmekte hatta onların kafa karışıklığı hissetmesine sebep olabilmektedir (Öztürk & Uluşahin, 1988). Etiyolojik olarak ilk çocukluk dönemlerinde ebeveyn tarafından sağlanması beklenen sevgi, ilgi ve disiplinin yeterli olmaması ya da aşırı korumacılık ve denetimler sebebiyle kişide bireyselleşmenin, temel güven ve bağımsızlık duygusunun engellenmesi, öz benlik sınırlarının yeterince belirlenememesiyle sonuçlanmaktadır. BKB ve depresyon vakalarının belirli bölümünde cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmal yaşandığına ilişkin bilimsel bulgular ekseninde, her iki psikopatolojinin ebeveyn tutumlarıyla yakından ilişkili olabileceği net bir şekilde ifade edilebilmekte ve özellikle BKB vakalarında kişisel kimlik ve aile bağlanma travmalarının depresyona kıyasla daha yüksek oranda gözlemlenmesini açıklayabilmektedir. Dissoanaliz kuramına göre empati odaklı doğru çocuk yetiştirme stilleri, toplumları kuşaklararası gelişim odağına kaydırırken, şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ise kuşaklararası fosilleşim odağına kaydırmaktadır ki, bu bağlamda güvensiz bağlanma ile ilişkili aile psikopatolojileri kuşaklararası dissosiyasyon geçişi aracılığı ile varlanışını sürdürmektedir (Öztürk, 2020a; 2022a; 2022b).

*"Borderline kişilik bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Kümülatif Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır."* olarak ifade edilen beşinci hipotezimiz kısmi olarak doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXIII ve Tablo XXIV). BKB vakalarında ÇÇRTÖ (duygusal istismar) ve KTÖ (hayatta kalma travmaları)'nın dissosiyatif yaşantıları istatiksel

açıdan yordadığı ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo XXIII). Bu eksende kurulan model, BKB vakalarında DYÖ toplam puan ortalamasının %40'lık kısmını açıklamaktadır. BKB vakalarındaki saldırganlık düzeyi için kurulan modele göre BPSÖ toplam puanının %35'i duygusal istismar tarafından açıklanmaktadır (Bkz. Tablo XXIV). Bu bulgular doğrultusunda BKB vakalarında, hem dissosiyasyon ve saldırganlık düzeyleri hem de travmatik yaşantılar kapsamlı ve detaylı bir şekilde dissoanalitik ekol açısından ele alınmıştır. Dissosiyatif bozukluklarda travmatik yaşantıların etkisiyle kimlik, bilinç ve bellekte kesintiler oluşmakta ve güvensiz bağlanma ile ilişkili psikopatolojiler gelişmektedir. Kronik ve kümülatif travmatik yaşantılar sonrasında bireyin işlevselliğini belirli ölçüde kaybetmesi ve tekli bilinç sisteminden çoklu bilinç sistemine geçmesi *"dissosiyatif inkar fenomeni"* ile açıklanabilmektedir. Modern psikotravmatolojinin ülkemizdeki öncü ismi Öztürk'e göre *"dissosiyatif inkar fenomeni",* kronik ve kümülatif travmatik yaşantıların yok farz edilmesi sonrasında bireyin işlevselliğini kaybetmesi ve tekil bilinç sisteminden çoklu bilinç sistemine geçilmesi deneyimi olarak tanımlanmaktadır. Goldberger (1983)'e göre inkar *"Dışarıdan gelen uyaranlara, özellikle de realitenin ruhsal açıdan bazı acı verici yönlerine karşı yöneltilen tüm savunma çabalarına verilen isimdir. Başka bir ifadeyle, travmatik algının gerçekliğini yok saymak ya da reddetmektir."* şeklinde tanımlanmaktadır. Dolayısıyla dissoanalitik ekol açısından inkar fenomeni ile ilişkili dissosiyatif yaşantıların *"travmanın nötralize edildiği"* bir perspektiften değerlendirilmesi ve dissosiyatif bozukluk vakalarının mümkün olan en kısa sürede psikoterapilerinin tamamlanarak aktüel hayatlarına fonksiyonel bir şekilde geri dönmeleri sağlanmalıdır (Öztürk, 2022b; 2022c).

*"Depresyon bozukluğu vakalarında Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ile Kümülatif Travma Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanlarını anlamlı bir şekilde yordamaktadır."* olarak ifade edilen altıncı hipotezimiz kısmi olarak doğrulanmıştır (Bkz. Tablo XXV; XXVI). Depresyon vakalarının DYÖ toplam

puan ortalamasının %43'lük kısmı KTÖ'nün travmatik yaşantığı negatif değerlendime alt boyutu tarafından açıklamaktadır (Bkz. Tablo XXV). Depresyon vakalarında saldırganlık düzeyini ÇÇRTÖ (duygusal istismar), KTÖ (hayatta kalma travmaları) ve ÇÇRTÖ (cinsel istismar) anlamlı derecede yordamaktadır (Bkz. Tablo XXVI). Yordayıcı bu model, depresyon vakalarında BPSÖ toplam puanının %57'lik kısmını açıklamaktadır. Depresyon bozukluklarının gelişiminde etkili olan faktörlerin açıklanmasında anne-baba tutumları ve travmatik yaşantılar maksimal bir öneme sahiptir (Ünal & Özcan, 2000). Özellikle depresyon bozukluklarının etiyolojisinde travmatik yaşantıları içeren çevresel faktörlerin %60 oranında etkili olduğu bilinmektedir (Albayrak & Ceylan, 2004). Sağlıklı ebeveyn tutumları çocuklarının hayata katılımını ve iyi olma düzeylerini artırırken depresyon seviyelerini ise düşürdüğü belirtilmektedir. Özellikle baba figürünün destekleyici oluşu depresyonun daha az deneyimlenmesi ile yakın ilişki göstermektedir (Kuzucu & Özdemir, 2013). Araştırmamızda ise, depresyon bozukluğu vakalarında intihar girişimleri olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde babanın ilgisizliği ve baba ile güvensiz bağlanma örüntüsünün yaşantılandığı bulunmuştur. Ayrıca, depresyon bozukluğu vakalarında fiziksel istismarı olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde baba ilgisizliği, babanın aşırı korumacılığı, babaya güvensiz bağlanma, dissosiyatif yaşantılar, fiziksel saldırganlık ve kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları ve travmayı negatif değerlendirme durumunun olduğu bulunmuştur. Kendi yeterliliklerine inancı az olan, düşük benlik algısına sahip depresif bireylerin çaresizlik duyguları kişide bu yetersizliğin hiç bitmeyeceği umutsuzluğunu besler (Comer, 1995). Bu araştırmada da depresif bireylerin negatif bilişsel algısının önemli bir parçası olan kişinin kendine ve çevreye olan çaresizlik ve umutsuzluk duygusu geçmiş travmatik yaşantılarını da negatif değerlendirmeye ve daha saldırgan tutumlar sergilemeye yatkın olabileceğini açıklayabilmektedir (Beck, 2015). Sonuç olarak, kronik travmatik yaşantılarla ilişkili dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve

depresyon bozukluğu tanılı vakaların tedavileri, kısa dönemli ve travma merkezli psikoterapi yöntemleriyle gerçekleştirilmelidir. Krize müdahale açısından psikoterapilerde yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve disfonksiyonel aile tutumları üzerinde önemle durulmalıdır. Etkin psikoterapi yöntemlerinde özellikle vakanın ailesi ile olan ilişkisel karşılıklılığının sağlanması temel bir gerekliliktir. Dissoanalitik ekole göre evlatlarına merhameti, dürüstlüğü, adaleti, sevgiyi, nezaketi, üretmeyi, güveni ve kendini gerçekleştirebilmeyi öğretebilen ebeveynler şüphesiz ki ruhsal açıdan entegre bir nesil yetiştirirler (Öztürk, 2021a; 2022a; 2022b).

### 5.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızın örneklemi, 25'i kadın 10'u erkek 35 BKB vakası ve 33'ü kadın 2'si erkek 35 depresyon bozukluğu vakasından oluşmaktadır. Klinik başvurularda kadınların erkeklere oranla daha fazla olması toplum temelli bilimsel araştırmalar tarafından desteklenmektedir (Grant ve ark., 2008; Laçin, 2021; Lenzenweger ve ark., 2007; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). Araştırmalarda kadınların erkeklerden daha fazla sayıda olması psikiyatrik sorunlar için klinik yardım talebinin kadınlar tarafından erkeklere kıyasla daha fazla olması ile ilişkilidir. Kadınların duygularını ve problemlerini ifade edebilme yetileri, toplumsal rol kalıplarında erkeğe biçilen rollerin farklılık göstermesi, fiziksel, cinsel ve duygusal istismara daha sık uğrayanların kadın olması, tanı koymada cinsiyete uygun yanlılık gösterilmesi klinik başvurularda kadınların erkeklere oranla daha fazla olmasının nedenlerinden sayılabilmektedir (Skodol & Bender, 2003). Özellikle BKB tanısının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olması sonucuna uygun olarak klinik koşullarda hatalı tanı ve tedavi riskini azaltmak adına BKB'nin erkeklerde de görülebildiği göz ardı edilmemelidir. Yaluğ ve Ulubil (2022), kadınların erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla BKB tanısı aldığını belirtirken, bu konu ilgili başka araştırmalarda ise BKB tanısının genel popülasyonda %3 oranında kadın,

%1 oranında ise erkeklerde görüldüğü ifade edilmektedir (Arslan ve ark., 1977; Emil Öğünç ve ark., 2018; Memorial, 2022; Öztun, Bilge & Bilge, 2015; Tekin, 2021).

Bu araştırmada BKB ve depresyon gruplarında incelenen demografik bulgular sonucunda BKB yaş aralığının depresyon yaş aralığına oranla daha genç olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo IV). Bu durum BKB'nin genç erişkinlerde daha sık görüldüğünü, klinik tedavi talebi bulunan bireylerin geç ergenlik döneminde olduğunu, 30 yaşın ardından tanı alma sıklığında da azalma gözlendiğini belirten çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Faraji, 2021; Laçin, 2021; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). BKB tanısının 30 yaş altında kaldığını gösteren, genç erişkinlikte gözlendiğini ifade eden, 30 yaşın ardından görülme yaygınlığının azaldığını bulgulayan çalışmalar (Paris, 2009) mevcut olup bu durum dürtüsellik (Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006), bipolar bozukluk (Cicero, Epler & Sher, 2009) ve alkol kullanımı (Kessler ve ark., 2005) vakalarını kapsayan çalışmalar ile de paralellik göstermektedir. Diğer bir yönden bu durumun BKB tanısı için ayırt edici semptomlardan biri olan saldırganlık ve öfke kontrolündeki problemden kaynaklanabileceği, bu bireylerin intihar girişimleri ile kendilerine ve çevreye zarar verme durumlarının yakınları tarafından bilinmesine bağlı olarak klinik tedaviye zorlandıkları veya ikna edildikleri düşünülmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerimiz arasında yer alan medeni durumun psikiyatrik tanı gruplarında bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analizde, BKB vakalarının %77.1'inin hiç evlenmemesi, %20'sinin ise boşanmış/dul olması, bağlanma sorunları bulunan BKB'li bireylerinin evlenmeme veya daha sık ayrılma ile sonlanan evlilik geçirdiğini desteklemektedir (Bkz. Tablo IV). BKB tanısı alan vakalarda almayanlara kıyasla %28.5 oranında daha fazla boşanma, %66.7 oranında daha fazla bekar olma durumu görülmesi bir önceki sonucu destekler niteliktedir (Baykız, 2003). BKB genç erişkinlik döneminde başlayan, tutarsız duygulanım, aşırı dürtüsellik, bireyler arası iletişimde dengesizlik, karmaşık

benlik algısı ve terkedilmeye gösterilen aşırı hassasiyet ile karakterize bir psikiyatrik hastalıktır. Bu bağlamda, BKB tanısı alan bireylerde gözlenen boşanma veya bekarlığı tercih etme durumu başka bireye karşı duygu ve tutumların anlaşılmaz biçimde ve hızlı değişim göstermesinden kaynaklanabilmektedir (Kring Johnson, Davison, & Neale, 2017). Duygularda yaşantılanan tutarsızlık ile değişken ruh hali BKB tanısı alanlarda depresyon bozuklukları tanısı alanlara kıyasla çok daha beklenmedik düzeyde ve şiddetli seyretmektedir (Trull ve ark., 2008). Klinik olmayan normal popülasyonda minimal düzeyde gösterilen duygu belirtileri BKB'li bireyler açısından yüksek hassasiyet taşımasına bağlı olarak çok daha abartılı ve yoğun bir şekilde yaşantılanmaktadır. Bu nedenle BKB tanısı alanlarda kişiler arası ilişkilerin bozulmasına sebep olan diğer bir unsur da yoğun öfke olarak belirtilmektedir (Lynch ve ark., 2006). DSM-5 kriterlerinde yer verildiği üzere BKB semptomlarında duyguların stabilizasyonunda yaşanan güçlük, romantik ve iş ilişkilerinde dengesizlik ve tutarsızlığın artması, dürtüsellik ve öfke içeren davranışlarının artmasıyla ilişkili olabilmektedir (Hopwood ve ark., 2012; Yıldız, 2014). Literatürde saldırganlık kapsamında öfke alt boyutunun incelendiği BKB tanısı alan vakalarda normal popülasyona göre yüksek oranda bulunmuş ve bu bulgu BKB tanısı alanlarda öfkenin belirgin biçimde dışa vurulduğunu desteklemektedir (Hopwood ve ark., 2012).

Araştırma örnekleminin eğitim durumları incelediğinde BKB grubunun %85'inin, depresyon grubunun ise %97.1'inin üniversite ve daha üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum gerçekleştirilen bazı çalışmalarla benzer sonuçları ortaya koymakta (Irmak, 2021; Emil, Öğünç & Eren, 2012), bazı çalışmalar tarafından ise sınırlı düzeyde desteklenmektedir (Ansel ve ark., 2007; Arslan ve ark., 1977; Faraji, 2021; Sasone & Sasone, 2012). Algılanan maddi durumun BKB grubunda %85.7 oranında depresyon grubunda ise %88.6 oranında yüksek olarak değerlendirilmesi tüm örneklemde sosyoekonomik statünün getirisi olarak daha yüksek düzeyde eğitim almalarını açıklayabilmektedir. Maddi durumun

yeterli düzeyde algılandığı BKB vakalarını içeren başka çalışmalar da mevcut olup, bu çalışmalar bulgumuzla paralellik göstermektedir (Baykız, 2003; Bozdağ, Yalçınkaya & Alkar, 2018; Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014). Fakat BKB vakalarının yalnızca %34.32ü düzenli bir çalışma hayatına sahip olmasına rağmen yüksek algılanan maddi gelirin olması BKB tanısı alan bireylerde aile desteğinin kuvvetle sunulduğunu düşündürürken, çalışma hayatının sorumluluk ve tutarlı davranışı içerme gerekliliğinin BKB semptomları ile ilişkili olarak çalışmaya engel olabileceğini de akla getirmektedir. Çalışma durumu ile eğitim durumu doğru orantıya sahip olmamakla birlikte klinik tanılarla uyumluluk göstermektedir ki çalışmamızda %34.3 oranında BKB, %57.1 oranında ise depresyon bozukluğu vakaları düzenli bir işe sahiptir. İki grupta çalışmama durumu birbirlerine yakın olup, düzensiz bir iş hayatı depresyon tanılı bireylerde %22.9 oranında olmasına rağmen BKB tanılı bireylerde ise %42.8'dir. Bu durum BKB tanısı alan vakalarda düzensiz iş hayatı belirtecini işaret eden çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (Baykız, 2003; Derin & Öztürk, 2018). Kariyer ve çalışma durumu tercihi, ilişkileri tutarlı sürdürebilme ve bağ kurma gibi temel konularda oldukça zorlanan BKB tanılı bireylerde tutarsız ilişkiler ve kimlik karmaşasına bağlı işlevsellikte bozulmanın yaşanması çalışma güçlüğü ve işsizlik ile sonuçlanabilmektedir. Bu durum BKB'li bireylerin ailelerine daha az maddi kaynak desteği vererek yaşamlarını idame ettirdiklerini de gösterebilmektedir (Tomko, Trull, Wood & Sher, 2014).

Tüm örneklem grubu psikiyatrist tarafından tanı belirlendikten sonra değerlendirildiği için en az bir kez psikiyatrik destek almıştır. Katılımcılara kendilerinin bildiği eş tanılar sorulduğunda BKB grubunda bir kişi alkol bağımlılığı-uyku bozukluğu, bir kişi alkol kötüye kullanımı, bir kişi dissosiyatif kimlik bozukluğu ve üç kişi anksiyete bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Depresyon grubunda ise beş kişi anksiyete bozukluğu, iki kişi obsesif kompulsif bozukluk ve bir kişi anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve madde bağımlılığı tanılarının olduğunu belirtmiştir. Geçmiş araştırma bulguları BKB tanısı alan hastaların %96'sında

duygu durum bozuklukları, %71-83'ünde depresyon, %68'inde anksiyete bozuklukları, %47-56'sında TSSB, %38-48'inde panik bozukluklar görüldüğü bildirilmektedir (Algaç Kutlu, 2018; Zanarini ve ark., 1998). Bu çalışmada eş tanı oranlarının düşük düzeyde olması, yalnızca hastanın kendisinin bildiği tanıyı belirtmesinden kaynaklı olabilmektedir. Ayrıca, BKB tanısının çok çeşitlilik gösteren semptom içeriği diğer tanıların gözden kaçmasına sebep olabilmekte eş tanıyı düşündürmektense yalnızca BKB şiddetinin artması ile ilişkilendirilebilmektedir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular sonucunda Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı BKB grubundaki 35 katılımcı için 14.31, depresyon grubundaki 35 katılımcı için 28.40'tır (Bkz. Tablo VI). Bu doğrultuda BKB grubu hafif düzey duygudurum değişiklikleri, depresyon grubu ise orta düzeyde depresif bozukluk düzeyine sahiptir. Ayrıca, BKB grubunda "*Daha önce 2 hafta ya da daha uzun dönem sürekli olarak işlevselliği bozacak derecede yoğun çökkünlük/ilgi kaybı/zevk alamama dönemi*"nin varlığına katılımcıların %80'i evet demiştir. Fakat bu durum geçmiş depresif nöbetten ziyade tutarsız duygu durumun bir parçası olarak ifade edilmiştir. Depresyon gurubunda ise bu soruya beklenenden daha düşük oranda (%34) evet cevabı verilmiş olup bu durum grubun %25.7'sinin ilaç kullanmakta, %17.1'i terapi almakta, ve %25.7'inin ilaç ve terapi almakta ve %31.4'ünün 8 aydan daha uzun süredir tedavide olmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İlaç ve terapinin psikiyatrik bozuklukların prognozunda olumlu etki oluşturmasına bağlı olarak semptom şiddetleri de düşme eğilimindedir. Araştırmada BKB ve depresyon grubu vakalarının neredeyse eşit oranda psikiyatrik ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. %42.9 oranında BKB grubu bireyleri, %54.3 oranında depresyon grubu bireyleri psikiyatrik ilaç kullandığını belirtmekte, BKB grubunda ilaç kullananların %40'ı, depresyon grubunda ise %11.4'ünün ilaç tedavisinin etkisini görmediğini ifade etmektedir. BKB grubu vakalarının %14.3'ü ilaç kullanmakta, %25.7'si terapi almakta, %28.6'sı ilaç ve terapi almaktadır. Genel popülasyonda %2 prevalans gösteren

BKB'nin kişilik bozukluklarında bulunma oranı %30-60, yatarak tedavi gören vakalarda prevalansı %20, ayakta tedavi gören vakalarda izlenme oranı %10 olarak tespit edilmiştir (Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010; APA, 2000; Videbeck, 2001). Rastgele cinsel birliktelik, dürtü kontrol bozuklukları nedeni ile kendine zarar verme davranışı, sıklıkla öfke patlamaları yaşantılamaları, intihar girişimleri ve bağımlılık ile sonuçlanan maddelerin kullanımı yatarak tedaviyi gerektiren kriterleri içermektedir (Gunderson & Berkowitz, 2003; Keltner, Schwecke, Bostrom, 2007). Ayrıca, BKB tanısı alan bireylerde yetersiz gelişen kimlik duygusu (Fagin, 2004; Gunderson & Berkowitz, 2003) ve bölünmüş benlik yapısı tedavi alınan grupta sağlık ekibiyle çatışmalara neden olabilmektedir. Psikiyatrist, hemşire veya personeli aşırı yüceltme durumundan minimal engellenme durumlarında ani olarak hakaret etme, nefret hissine bürünmeye kanalize olan BKB'li bireyler tedavi sürecini yarıda bırakabilmektedir (Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010; Fagin, 2004). Yatarak tedavi görme durumları, kriz anında kısa süreli müdahaleden sonra 12 ay içerisinde sonuçlarını göstermekte, bu sürecin etkili irdelenmesi, taburcu edilmenin ardından bireyin izlem ile desteklenmesi, bireysel bakımı için çaba ve katılım göstermesi yatışların tekrarlı hale gelmesini önlemektedir (Gunderson & Berkowitz, 2003). Tedaviler ayakta da sürdürülebilmekte, bireyin etkin işbirliği ile orantılı biçimde verim sağlayabilmektedir. BKB tanısı alan bireylerde depresif semptomlara ve anksiyeteye yanıt olarak dissosiyatif veya paranoid semptomlar verilebilmektedir (Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010; Nehls, 1998). Bu nedenle sağlık personelinin farkındalığı, terapötik ortamı sağlayabilmesi, önerilen farmakolojik tedaviyi uygulayabilmesi bireyin iyileşme göstermesinde, işlevselliğini kazanmasında etkin bir süreç yönetimi sağlamaktadır. Dolayısıyla yukarıda belirtilen kişiler arası ilişki durumları da göze alınarak vakaların özellikle farmakolojik tedaviyi yarıda bıraktıkları bilinmeli, terapötik ilişkinin kurulmasına önem verilerek bireyin tedaviye uyumu sağlanmalıdır (Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010; Öztürk, 2020a).

### 5.3. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde İntihar Girişimleri ve Kendine Zarar Verme Davranışları

Depresyon bozuklukları ve BKB tanısı alan bireyler yüksek intihar riski taşımakta, uzun süreli izlem çalışmalarında bu tanı gruplarında intihar mortalitesi anlamlı düzeyde yüksek olarak belirtilmektedir (Angst ve ark., 2005; Paris & Zweig-Frank, 2001). Danimarka popülasyonunu içeren psikiyatri hastalarında 18 yaş üstü kümülatif intihar insidansı majör depresyonu olan kadınlarda %4 ve erkeklerde ise %7 oranında bildirilmiştir (Nordentoft ve ark., 2011). Psikiyatrik klinik örneklerde, depresyon hastalarının üçte birinde daha önce intihar girişimleri bildirilmiştir (Holma ve ark., 2015). Yüksek riskli BKB hastalarından oluşan prospektif olarak izlenen bir kohort çalışmasında ise, hastaların üçte birinin son 24 ay içinde intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (Rodante ve ark., 2019). Söderholm ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında depresyon, bipolar bozukluk ve BKB'sı olan hastalarda intihar girişimleri değerlendirilmiş ve araştırmanın sonucuna göre depresyon hastalarına kıyasla bipolar bozukluk varlığında iki kat ve BKB varlığında dört kat daha yüksek intihar girişimleri bildirilmiştir. Ayrıca araştırmaya dahil edilen BKB hastalarının %60'ında intihar düşüncesi varlığı saptanmıştır. Bu araştırmada literatüre benzer şekilde BKB tanısı alan hastalarda (intihar girişimleri: %65.7, kendine zarar verme davranışları: %31.4) depresyon tanısı alan hastalara (intihar girişimleri: %85.7, kendine zarar verme davranışları: %48.6) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları sergilediği sonucu bulunmuştur (Bkz. Tablo X). BKB tanısı alan kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve kümülatif travmaların depresyona kıyasla daha yüksek oranla olması, daha yüksek düzeyde saldırganlık ve dürtüsellik davranışlarının varlığı, bu durumlarla başa çıkmakta zorlandıklarını ve başa çıkma mekanizması olarak kendilerine zarar verme davranışlarını ve kişilerarası ilişkilerde kontrol sağlama amaçlı göz korkutucu intihar girişimlerinde bulunabileceklerini düşündürmektedir. Bu araştırmada, BKB ve depresyon

tanısı alan vakaların çocukluk çağı ruhsal travmalarının, dissosiyatif yaşantılarının ve saldırganlık düzeylerinin karşılaştırılması sonucu elde edilen bulgularda BKB grubunda bu değişkenlerin depresyon grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunması da bunu destekler niteliktedir.

BKB vakalarında saldırganlık, dürtüsellik, dissosiyatif belirtilerle ilişkili olarak intihar girişimleri sıklıkla gerçekleşmekte ve 20 yılın ardından %7.5 oranında BKB tanısı alan birey intihar girişimini başarıya ulaştırmakta ve yaşamına son vermektedir (De Moore & Robertson, 1996; Linehan & Heard, 1999). 621 BKB vakası ile gerçekleştirilen bir çalışmada en az bir kez intihar girişiminde bulunan bireylerin oranı %15.5'tir (Yen ve ark., 2003). Herhangi bir intihar girişiminde bulunmaksızın kendine zarar verme davranışı kendini cezalandırma ile ilişkili olabilmekte sigara ile beden yakma, jilet, maket bıçağı gibi kesici aletlerle bacak veya kollara kesikler atma şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Genel BKB popülasyonunun minimum 2/3'ü yaşamlarının bir döneminde bilinçli biçimde kendine zarar verme davranışları sergilemektedir (Cristea, Centili & Cotet, 2017; Oldham, 2006; Stone, 1993). Buna ek olarak, bu araştırmada BKB grubunun %20'sinin, depresyon grubunun %25.7'sinin aile bireylerinde geçmiş intihar girişimleri olduğu ifade edilmiştir. Aile içerisinde yaşantılanan intihar girişimleri travmatik olarak nitelendirilmekte ve BKB etiyolojisinde etkisi olan çocukluk çağı travmaları, evlatlık olma, ailede suç öyküsü, yanlış ebeveyn tutum ve davranışları, aile bireylerinde psikiyatrik öykü varlığı, aile içi şiddet, ebeveynlerden ayrılma gibi risk faktörlerinden biri olarak saptanmıştır (Bland, Tudor & Whitehouse, 2007; Nehls, 1998; Towswend, 2004; Videbeck, 2001). Bu araştırmada BKB vakalarında intihar girişimleri olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde babanın ilgisizliği, babanın aşırı korumacılığı, babaya güvensiz bağlanma, saldırganlık kapsamında öfke ve kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo XXVII).

Duygusal duyarlılık veya güçlü/abartılı duygular hissetme eğilimi, çocukluk dönemindeki duygusal kırılganlıktan kaynaklanmaktadır. Linehan'a (1993) göre, olumsuz duyguların çocuklukta güçlü bir şekilde hissedilmesi (çocuklukta duygusal kırılganlık), duyguların ifadesinin olumsuz karşılandığı bir ortamla (ebeveynlerin geçersiz kılınması) birleştiğinde, BKB'deki duygu düzensizliğini ortaya çıkmaktadır. Gill ve arkadaşları (2018), hem çocuklukta duygusal savunmasızlığın hem de ebeveyn tarafından geçersiz kılınmanın duygu düzensizliğini ortaya koyduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bu iki yapıdan yalnızca birinin varlığının duyguları düzenlemede sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir (Gill & Warburton, 2014). Bu şekilde oluşan duygu düzensizliğinin BKB ile ilişkilendirilen intihar eğilimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Gill ve ark., 2018; Law ve ark., 2015). Mevcut araştırmada BKB tanısı alan vakalarda intihar girişiminde bulunanların bulunmayanlara kıyasla babaya güvensiz bağlanma ve babanın travmatik düzeyde değerlendirilebilecek aşırı koruma davranışı daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXVII). Ebeveyn tutumlarından aşırı korumacılık çocuğun duygularını yok sayma ile sonuçlanabilmekte, güvensiz bağlanma ile ilişkili olan duygularda düzensizlik ve tutarsızlık ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

### 5.4. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Kümülatif Travmalar

BKB ve depresyon bozukluğu her ikisi de duygu düzenleme ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Özellikle duygu düzensizliğinin BKB'nin temel bir özelliği olduğu ifade edilmesine rağmen (Rosenthal ve ark., 2008) duygu düzenleme güçlükleri depresif bozukluğu bulunan bireylerde de sıkça görülmektedir (Beblo ve ark., 2012; Garnefski & Kraaij, 2006). BKB vakalarında duygusal işlev bozuklukları üzerine yapılan araştırmalara göre, BKB semptomlarının çocukluk çağı ruhsal travmatik yaşantıları ve

belirli çevresel stres faktörleri ile tetiklenmekte olduğunu ve bu durumların BKB psikopatolojisinin gelişiminde kritik rol oynadığını göstermektedir. Benzer şekilde, gelişim psikolojisi alanında yapılan araştırmalar, çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocuklarda işlevsiz duygu düzenlemesinin mevcut olduğunu bulmuştur (Kim & Cicchetti, 2010; Shields & Cicchetti, 1998; Shipman, Zeman, Penza, & Champion, 2000). Uyumsal duygu düzenleme birincil bakım veren ile etkileşim içinde öğrenildiğinden, erken gelişim evrelerindeki kronik kişilerarası travmanın uyumsal duygu düzenleme gelişimini bozduğu varsayılmaktadır (Ehring & Quack, 2010). Carvalho, Fernando ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında BKB ve depresyon tanısı alan bu iki grup arasında sadece duygusal istismar düzeylerinin farklılaştığı bildirilmiştir. Ayrıca BKB grubunda depresyon grubuna göre ÇÇRTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇRTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇRTÖ-toplam puanlarının da daha yüksek olduğu fakat birbirleri arasında anlamlı farklılık göstermediği belirtilmiştir. Molnar, Buka ve Kessler (2001) ile Zanarini ve arkadaşlarının (1997) araştırmasında da BKB ve depresyon hastalarında sağlıklı bireylere göre daha yüksek düzeyde çocukluk istismar ve ihmal düzeyleri bulunduğu belirtilmiştir. Mevcut araştırmada, BKB ve depresyon grubu arasında ÇÇRTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇRTÖ-cinsel istismar düzeylerinin farklılaşmadığı bulunmuştur. ÇÇRTÖ-duygusal istismar, ÇÇRTÖ-fiziksel ihmal, ÇÇRTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇRTÖ-toplam puanları ise BKB grubunda depresyon grubuna göre daha yüksek düzeyde saptanmış olup, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmüş, bu bulguların literatüre katkıda bulunacağı sonucuna ulaşılmıştır. Fiziksel ve cinsel istismarın BKB grubu ve depresyon grubu arasında farklılık göstermemesinin sebebi olarak araştırmanın toplam örnekleminde bu tür istismarların düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak araştırmamızda katılımcıların tek tip ve çok tip travmatik yaşantıları değerlendirme sonuçlarına göre BKB vakalarının %100'ü en az bir çocukluk çağı travması yaşamış, %2.86'sı tek tip travma, %97.14'ü çok tip travma yaşantılamıştır. Depresyon bozukluğu vakalarının ise

%100'ü en az bir çocukluk çağı travması yaşamış, %14.28'i tek tip travma, %85.71'i çok tip travma yaşantılamıştır (Bkz. Tablo XI).

Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım İhmal ve İstismar Formunda elde edilen veriler BKB ve depresyon grupları arasında anlamlı farklılıklar barındırmaktadır. Elde edilen oranlar BKB ve depresyon grubu olmak üzere sırası ile %34.3 ve %25.7 fiziksel istismar, %80 ve %48.6 duygusal istismar, %31.4 ve %17.1 fiziksel ihmal, %100 ve %80 duygusal ihmal, %37.1 ve %31.4 cinsel istismar, %20 ve %17.1 cinsel istismar (ensest), %65.7 ve %31.4 intihar girişimleri, %85.7 ve %48.6 kendine zarar verme davranışları şeklinde bulunmuştur (Bkz. Tablo VII). Çok sayıda çalışma araştırma bulgularını destekler nitelik taşımaktadır (Freyd, 1996; Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Kring Johnson, Davison, & Neale, 2017; Menon ve ark., 2016; Oruçlular, 2016). Çocukluk çağı travmalarının BKB üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu bilinmekte, özellikle erken dönem yaşantılanan travmaların başında ebeveyn ilgisizliği ve korumadaki yetersizlik, ebeveyn kaybı ve ebeveyn ayrılığı gelmektedir (Bradley, 1979; Goldberg ve ark., 1985; Walsh, 1977). Travma ile ilişkili ortaya çıkabilecek psikopatolojilerden biri olarak tanımlanan BKB vakalarında cinsel istismar normal popülasyona göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Menon ve ark., 2016). Özellikle istismar veya ihmallerin güvenilen bağlanma figürü tarafından gerçekleştirilmesi travma şiddetini arttırmakta, dissosiyatif amnezi oluşumuna da neden olabilmektedir (Freyd, 1996). BKB için etiyolojik köken kabul edilen çocukluk çağı travmalarının varlığı gelişimsel temelli kümülatif travma perspektifini desteklemektedir. Bu bağlamda, BKB vakalarının etiyolojisinde biyo-psiko-sosyal kuramda da yer aldığı üzere sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin etkileşiminde travmatik yaşantıların nitelik ve nicelik değerlendirilmelerine önem verilmelidir.

ÇÇRTÖ'nin geçerlik ve güvenirlik makalesinde belirtilen kesme puanı temel alınarak elde edilen sonuçlara göre BKB vakalarının; %40'ı (n=14) fiziksel istismar, %100'ü (n=35) duygusal istismar, %54.3'ü (n=19) fiziksel ihmal, %77.1'i (n=27) duygusal ihmal ve %54.3'ü (n=19) cinsel istismar; depresyon vakalarının ise %31.4'ü (n=11) fiziksel istismar, %74.3'ü (n=26) duygusal istismar, %25.7'si (n=9) fiziksel ihmal, %65.7'si (n=23) duygusal ihmal ve %40'ı (n=14) cinsel istismar bildirmiştir. DYÖ toplam puan ortalaması BKB vakalarında (Ort.=28.07, Ss=6.94) iken, depresyon vakalarında ise (Ort.=17.96, Ss=4.48) olup, BKB vakaları, depresyon vakalarına göre istatiksel açıdan daha fazla dissosiyatif yaşantı bildirmiştir (t=7.42, $p$<.001). BKB, duygudurumda tutarsızlık, kimlik karmaşası ve zorlantılı kişiler arası ilişkilerin yaygın bir modeli olarak tanımlanmaktadır (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013). Bir çalışmada, çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte BKB gelişimi ile ilişkili olduğu mekanizmaları araştırmış kalıtsal kişilik özellikleri, duygu düzenleme ve dissosiyasyon, travma semptomlarının birbiriyle ilişkili faktörler olduğu belirtilmiştir (MacIntosh & Dubash, 2015). Araştırmada BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-duygusal istismar ile KTÖ-negatif değer arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-cinsel istismar ve ÇÇRTÖ-toplam puan alt ölçeği ile KTÖ-kişisel kimlik travmaları düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki varlığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXI). Bu durum BKB tanısı alan vakalarda duygusal istismar düzeylerinin artmasına bağlı olarak yaşantılanan travmayı negatif algılama düzeylerinin arttığını göstermektedir. Ayrıca BKB tanısı alan vakalarda cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin artmasına bağlı olarak kişisel kimlik travma yaşama risklerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda BKB semptomlarından kimlik karmaşası şiddetli travmatik yaşantılar ile daha psikopatolojik sonuçlar doğurabilmekte olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin, özellikle duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan yetişkin hastalarda kişilerarası

sorunlara katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Çocukluklarında duygusal istismar, ihmal veya cinsel istismar öyküsü olan depresyon hastaları, olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde kişilerarası problemler bildirmektedir. Çocuklukta fiziksel istismar öyküsü olan hastalar, daha yüksek düzeyde genel kişilerarası sıkıntı bildirmese de, istismara uğramamış hastalara göre önemli ölçüde daha yüksek düzeyde baskın/kontrol edici ve müdahaleci/muhtaç kişilerarası örüntüler bildirirler. Bununla birlikte, çocukluktaki fiziksel ihmalin, herhangi bir kişilerarası zorluk alanıyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Huh ve ark., 2014). Çocuklukta istismarın yaşamın ilerleyen dönemlerinde yakın ilişkilerde zorluklara ve güvensiz bağlanma oluşumuna yol açabileceğini düşündürmektedir (Hankin, 2005; Joanne & Davis, 2001). Araştırmada depresyon tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇRTÖ-duygusal istismar alt ölçeği ile KTÖ-aile bağlanma travmaları puanları arasında pozitif ilişki varlığı saptanmıştır. Duygusal istismar ve ihmal düzeylerinin artmasına bağlı olarak aile bağlanma travma düzeylerinin arttığı görülmektedir. ÇÇRTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇRTÖ-cinsel istismar alt ölçek puanları ile KTÖ-negatif değer ve KTÖ-kişisel kimlik travmaları puanları arasında pozitif ilişki varlığı bulunmuştur (Bkz. Tablo XXII). Fiziksel ve cinsel istismar düzeylerinin bireylerde kişisel kimlik travmalarına etkisinin olduğu ve bu etkinin doğrusal olduğu ortaya konulmuştur. Araştırmamızda, depresyon tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-fiziksel ihmal ve ÇÇRTÖ-duygusal ihmal alt ölçeği ile BPSÖ-düşmanlık puanları arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Depresyon tanısı alan vakalarda BPSÖ-fiziksel saldırganlık, BPSÖ-sözel saldırganlık alt ölçeği ile KTÖ-negatif değer ve KTÖ-hayatta kalma travmaları arasında pozitif ilişki varlığı saptanmıştır (Bkz. Tablo XXII). Bu sonuçlar depresyon tanısı alan vakalarda saldırganlık düzeylerinin artmasına bağlı olarak kişinin yaşantıladığı olayı negatif değerlendirme ve hayatta kalma travma düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Bilişsel boyutta depresyon hastalarının kendilerini, dünyayı ve geleceklerini negatif algılama eğilimi hatalı bilgi işleme veya bilişsel üçlü olarak tanımlanmakta ve bulguyu bu teori çerçevesinde

açıklamaktadır (Beck, 1976). Ayrıca, BPSÖ-fiziksel saldırganlık, BPSÖ-sözel saldırganlık ve BPSÖ-öfke alt ölçeği ile ABBÖ-anne aşırı koruma puanları arasında pozitif ilişki varlığı bulunmuştur. Aşırı korumacı ebeveyn tutumlarının çocuk üzerinde travmatik ve kısıtlayıcı etkilerinin olması çocukta saldırganlık düzeyini arttırabilecek önemli bir unsur olarak düşünülmektedir.

### 5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Dissosiyatif Yaşantıların Değerlendirilmesi

Öztürk (2017/2020a) dissosiyasyonun uyuma yönelik bir tepki olduğu ve aktüel hayatın bir parçası halinde de deneyimlenebileceğini belirtirken dissosiyasyonu, kişideki travmatik yaşantılarının etkisiyle parçalara ayrılan kimlik, bilinç, bellek ve çevre algısının reentegrasyon sağlama çabası ile ilişkili olarak bölünmüş çoklu bilinci kuşatan psikojen yapı olarak tanımlamaktadır. Araştırmada BKB grubunda depresyona kıyasla daya yüksek düzeyde çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmatik yaşantının olması ve bununla birlikte daha yüksek düzeyde dissosiyatif yaşantılar bulunması dissosiyasyon ve travmatik yaşantıların birbiriyle ilişkisini güçlendirmekle birlikte BKB etiyolojisinde travmatik yaşantıların önemine katkı sağlamıştır. Erken çocukluk döneminde geçimsiz ve tutarsız ebeveynlere sahip aile sistemlerinde çocuklar disfonksiyonel kişilik yapılanması geliştirmeye yatkın olmakta ve zıtlık barındıran duygularla baş edebilmek için dissosiyasyonu bir araç olarak kullanırken özellikle zorlanma ve negatif yaşantılar kişi tarafından kapsanamadığında dissosiyatif amnezi semptomları ortaya çıkmaktadır. Dissosiyatif yaşantıların düzeyi çocukluk çağı travmasının şiddet ve sıklığı ile ilişkili artarak, çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılar ile BKB'deki dissosiyatif deneyimler arasında varsayılan nedensel ilişkiyi desteklemektedir (Watson, Chilton, Fairchild, & Whewell, 2006). Bu doktora tez çalışmasında, BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ toplam puanı ve en yüksek fiziksel istismar olmak üzere diğer alt boyutları

ile DYÖ toplam puanları arasında istatiksel açıdan pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Bkz. Tablo XXIII).

Şar ve arkadaşları (2006) tarafından BKB tanısı alan 80 ve BKB vakası olmayan 111 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmanın ilk aşama değerlendirmesinde DSM-IV dissosiyatif bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. BKB taraması için yararlanılan yöntem haricinde Steinberg'in dissosiyasyon anketleri ve çocukluk travma anketi de uygulanmıştır. Çalışmada amaç klinik olmayan popülasyonun BKB tanısı, dissosiyatif bozukluk eştanısı ve çocukluk çağı travması ile ilişkisini incelemektir. Çalışma sonuçlarına göre, BKB grubunda dissosiyatif bozukluk prevalansı %72.5 (58/80), kontrol grubunda ise dissosiyatif bozukluk pevalansı %18 (20/111) olarak bulgulanmıştır. Buna ek olarak, BKB grubunda fiziksel ihmal, cinsel ve duygusal istismar, toplam çocukluk çağı travması skorları dissosiyatif yaşantıları anlamlı düzeyde yordamaktadır. Ayrıca, BKB vakalarında önemli oranda komorbid dissosiyatif bozukluk görülmesi, BKB ve şiddetli çocukluk çağı travmalarının birlikte görüldüğü durumlarda tek bozukluk şeklinde görünebilmektedir. Bu nedenle BKB vakalarında yaygın görülen ancak ihmal edilebilen dissosiyatif bozukluklar eş tanısının tanınması adli psikopatoloji açısından önem arz etmektedir.

Brodsky ve arkadaşları (1995) çalışmalarında BKB tanısı alan yatarak tedavi gören yetişkin kadınlarda dissosiyatif yaşantıların yaygınlığını belirlemiş, kendine zarar verme davranışları ve çocukluk çağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Yapılandırılmış klinik görüşme yöntemi ile BKB tanısı alan 60 katılımcı görüşmeye alınmış, bu kişilere Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, cinsel deneyimler anketi ve dissosiyatif yaşantılar ölçeği uygulanmıştır. Patolojik düzeyde dissosiyatif yaşantılar katılımcıların %50'sinde bulunmuş, bu grubun %52'sinde kendine zarar verme davranışları, %60'ında ise çocukluk çağı cinsel/fiziksel istismar öyküsü bildirilmiştir. Dissosiyatif yaşantılar kendine zarar verme davranışları ve istismar öyküsü bildirenlerde bildirmeyenlere

oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca istismar ve kendine zarar verme geçmişi bulunan grup bireylerinin yüksek düzeyde depresif semptomlara da sahip oldukları tespit edilmiştir. Kendine zarar verme davranışları ve çocukluk çağı travmalarının dissosiyasyonu belirleyici faktörler olduğu ve bu grupta aynı zamanda yüksek düzeyde depresif semptomların da yer alabileceği belirtilmektedir. Kronik depresif belirtilerle kliniklere başvuran vakalarda karşımıza çıkan dissosiyatif depresyon tanımı da göz önünde bulundurulmalı ve travma odaklı terapilerde depresyon bozukluklarının dissosiyatif yansımaları ya da dissosiyatif bozuklukların depresif semptomları iç içe geçmiş bir düzenek olarak ele alınmalıdır. BKB vakalarına da sıklıkla depresif ve dissosiyatif belirtiler eşlik etmekte ve bu durumda dissosiyatif depresyon tanımı akla getirilmelidir (Şar, 2015).

Didonna ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında BKB hastalarının depresyon hastalarına göre daha yüksek düzeyde dissosiyatif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir. Ayrıca yapılan bazı araştırmalarda da dissosiyatif belirtilerin BKB hastalarında depresyon hastalarına göre daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir (Lysaker ve ark., 2017; Scalabrini, Cavicchioli, Fossati & Maffei, 2016). Dissosiyatif semptomların yürütücü işlevler, bellek ve sosyal biliş ölçümlerinde bozulmuş performansla ilişkili olduğu ve BKB'nin temel özellikleri içerisinde yer aldığı bilinmektedir (McKinnon ve ark., 2016). Bu araştırmada, BKB grubunda dissosiyatif yaşantılar düzeyi depresyon grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunmuş olup, literatür ile uyum sağlamaktadır. Dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile başa çıkma amaçlı ortaya çıkarak, tedavi sürecinde travmatik yaşantıların ele alınmaması ve proses edilmemesine bağlı olarak psikopatolojik düzeye ulaşabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, dissosiyatif yaşantıların varlığı bireylerin TSSB psikoterapisine olumlu yanıt vermeme durumunu da yordamaktadır (Kamaradova ve ark., 2013). Bu bağlamda dissosiyatif yaşantıların artmasıyla hem travmanın tedavi edilmesi zorlaşmakta hem de mevcut olan psikopatoloji şiddeti artmaktadır. 216 araştırmayı içeren ve 15.000 kişilik örneklem grubuna

sahip meta-analiz sonuçlarına göre BKB grubunda DYÖ toplam puanı ortalaması 27.9 bulunmuş, depresyon bozuklukları grubunda ise DYÖ toplam puanı ortalaması 15.3 bulunmuştur. Ayrıca, tüm psikiyatrik tanı gruplarını içeren bu araştırmada DYÖ toplam puanı en yüksek olan grup dissosiyatif bozukluklar, ikinci TSSB ve üçüncü BKB olarak belirtilmektedir (Lyssenko ve ark., 2018). Bu araştırmada da geçmiş bulgulara benzer sonuçlar bulunmuş olup, DYÖ toplam puanı BKB grubunda 28.07, depresyon grubunda ise 17.96 olarak bulunmuş olup (Bkz. Tablo XV), ilgili literatürde verilen ortalama puanlarla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada, borderline kişilik bozukluğu tanısı alan vakaların depresyon tanısı alanlara kıyasla dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanının daha yüksek olması doğrultusunda BKB grubunda daha detaylı bir analiz yapılmış, çocukluk çağı ruhsal travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) toplam puanı 25 üzeri *"subklinik"* (n=24) ve altı *"normal"* (n=11) alanların karşılaştırılmıştır. BKB grubunun %68.6'sı 25 puan üzeri almışken, depresyon grubunda bu oran %5.7 olarak daha düşük bulunduğu için depresyon grubunda detaylı bir inceleme yapılmamıştır. Dissosiyatif belirtilerin travma ile ilişkili bozuklukların gelişiminde merkezi bir faktör olduğu bilinmektedir (Liotti, 2004; Meares, 2012). Bununla birlikte, 2035 örneklemli bir meta-analizde, dissosiyasyonun BKB hastalarında stresli durumlardan aşırı bir deneyimsel kaçınma biçimi olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir (Scalabrini ve ark., 2017). Bu bağlamda, Korzekwa ve arkadaşları (2009) dissosiyasyonun kaynağını tipik olarak çocuklukta yaşantılanan travma ve çocuğun bakım vereni ile bağlanmasında bozulma ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Van Den Bosch ve arkadaşları (2004) ise çocukluk dönemindeki olumsuz yaşantılarının dissosiyatif semptomatoloji için bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Bazı literatür çalışmalarında da BKB hastalarında çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile dissosiyatif semptomatoloji arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Simeon ve ark., 2003; Şar ve ark.,

2006). Bu araştırmada da BKB grubunun DYÖ puanı 25 üstü *"subklinik"* olanlarda ÇÇRTÖ-duygusal istismar, ÇÇRTÖ-fiziksel istismar ve ÇÇRTÖ-toplam puanları DYÖ puanı 25 altı *"normal"* olanlardan daha yüksek düzeyde saptanmıştır ve travmatik yaşantıların artmasıyla dissosiyatif deneyimlerin artması paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada BKB hastalarında cinsel istismar ile dissosiyatif semptomatoloji arasında kuvvetli bir ilişki bulunmadığı belirtilmiş olup (Khosravi, 2020), bu bulgu araştırmamızda elde ettiğimiz DYÖ puanında artışa göre cinsel istismar düzeylerinin farklılaşmaması sonucu ile uyumludur.

Araştırmada BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ ve KTÖ'nin DYÖ üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik yapılan analiz sonucunda ÇÇRTÖ-duygusal istismar değişkeninin ve KTÖ-hayatta kalma travmaları puanının BKB grubunun dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam puanını %40 oranında açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Simeon ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında da BKB'de dissosiyasyon puanlarındaki varyansın %23'ünü ÇÇRTÖ-duygusal istismar düzeyleri tarafından yordandığı belirtilmiştir. BKB literatüründeki dissosiyasyon ve çocukluk çağı travması arasındaki yordayıcı ilişkinin varlığını bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Shearer, 1994; Ross-Gower Waller, Tyson, & Elliott, 1998). Depresyon tanılı bireylerde dürtüsellik, çaresizlik, zihinsel ağrı, ruminasyona ek olarak, disosiyatif semptomların depresyonun psikopatolojik süreçlerinde öncü bir rol oynadığı görülmektedir (Molina-Serrano ve ark., 2008; Ociskova ve ark., 2014). Bu klinik bağlamda, dissosiyatif semptomlar, zihinselleştirilemeyecek kadar rahatsız edici veya acı verici olabilecek düşünceler, duygular veya zihin durumları gibi belirli zihinsel süreçleri bilinçten izole etme girişimleri gibi görünmektedir (Prasko ve ark., 2016). Bu, negatif değerli düşünceler içindeki hastalar olumlu gelecek beklentilerinin gerçekleşmesinde başa çıkmada dissosiyasyon yolunun kullanıldığını göstermektedir (Özdemir ve ark., 2015). Bu kapsamda araştırmamızda depresyon tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ ve KTÖ'nun DYÖ üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik yapılan analizde KTÖ-negatif değer puanının dissosiyatif yaşantılar ölçeği toplam

puanının %43 oranında yordadığı sonucuna ulaşılmış, depresyonun kognitif üçlü teorisini çerçevesinden açıklanabilmektedir (Beck, 1976).

Cohen (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada dissosiyasyon, çocukluk çağı travmaları ve şiddete yönelik tutumları incelenen üç kuşak yetişkin kadın katılımcıya Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi ile Demografik Bilgi Formu uygulanmıştır. Her biri 36 kişiden oluşan 108 kadın katılımcıdan elde edilen veriler sonucunda nitel ve nicel bulgulara ulaşılmıştır. Şiddete yönelik tutum ölçeğinde cinsel istismar negatif, fiziksel ve duygusal istismar pozitif yönde ilişki göstermiş, şiddete yönelik tutumda fiziksel ihmalin yordayıcı olduğu tespit edilmiş, elde edilen veriler çocukluk çağı fiziksel ihmalinin, şiddete yönelik tutumu bir miktar açıkladığını göstermiştir. Ayrıca dissosiyasyonun, görünürde normal veya disfonksiyonel ailelerde kuşaklar arası aktarıldığına vurgu yapılmıştır (Cohen, 2019). Travmatik yaşantılar ve ebeveyn tutumlarının kuşaklararası değişerek, öğrenilerek veya primer bakım esnasında aktarıldığı ve özellikle şiddet davranışı ve duygusal ihmalin yüksek oranda ebeveyn çocuk ilişkisinde aktarıldığı bilinmektedir. Çocukluk çağı ihmal ve istismarı dışında annenin yaşantılarının belirli bir kalıp oluşturarak tekrarlanabildiği ve bir sonraki neslin yaşam öyküsüne aktarılabildiği belirtilmiştir. Buna ek olarak, Kira ve arkadaşları (2020a), ayrımcılık veya çeşitli kümülatif travmaların azınlık gruplarda nesilden nesile aktarılabildiğini ifade etmektedir. Bu araştırmada depresyon veya BKB grubundan elde edilen bulguların psikotravmatoloji ve adli psikopatoloji kapsamında değerlendirilmesi, kümülatif travmalar ve çocukluk çağı travmalarında yaşanan ihmal ve istismarın önlenebilmesi, kuşaklar arası aktarımın engellenebilmesine katkıda bulunacak, uzun vadede suç davranışları ve reviktimizasyonun önleme çalışmalarına da ışık tutacaktır.

### 5.6. Borderline Kişilik Bozuklukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Saldırganlığın Değerlendirilmesi

Borderline Şiddet Ölçeğinde, tedaviye uyum sağlamayı ve kendine zarar verme davranışını engellemeyi ifade eden olumlu davranışlar BKB grubu için 8.26, depresyon grubu için 9.86, şiddet ve zarar vermeyi içeren olumsuz davranışlar sırası ile 14.43 ve 6.83, dürtüsel ve saldırgan düşünce ve duygular sırası ile 30.54 ve 28.40 olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo VI). Şiddet ve zarar verici nitelikte olan duygu düşünce ve davranış ve öfke-saldırganlık düzeyinin BKB tanısı alan vakalarda depresyon grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olması literatür ile örtüşen sonuçlar elde edildiğini göstermektedir. BKB grubundaki vakaların içinde bulundukları duruma uygun olmayan yoğun öfke ve kontrolsüzlük duyguları sonucunda daha fazla saldırganlık davranışı sergilediği çeşitli çalışmalarda ifade edilmektedir (Irmak, 2021; Kira ve ark., 2020b; Küçük & Çetinkaya, 2019). Literatürde BKB'de artan saldırganlık düzeylerin daha yüksek olması çok çeşitli kişisel bildirim ölçümleri, yarı yapılandırılmış görüşmeler ve davranışsal boyutları ölçüm araçlarını kullanarak kanıtlanmış olup bu araştırmayı destekler niteliktedir (Mancke ve ark., 2015). BKB'de saldırganlık tipik olarak yoğun ve tutarsız duygulanıma bir yanıt olarak karakterize edilmektedir. Saldırgan davranışı duygu düzensizliği, duygusal tepkisellik, dürtüsellik, reddedilme duyarlılığı ve BKB tanısına özgü yıkıcı öfke ile ilişkilendiren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Mancke ve ark., 2017; Scott, Stepp, & Pilkonis, 2014; Scott ve ark., 2017). Bu, BKB'deki saldırgan davranışın öncelikle, provokasyona veya hayal kırıklığına tepki olarak dürtüsel veya kontrolsüz saldırgan patlamalar olarak tanımlanan reaktif saldırganlık biçimini alabileceği bildirilmiştir (Poulin & Boivin, 2000). Buna karşılık, kişinin hedeflerini ilerletmek için kasıtlı veya planlı saldırganlık olarak tanımlanan proaktif saldırganlık (Poulin & Boivin, 2000), daha tipik olarak antisosyal kişilik bozukluğunun bir bileşeni olarak kavramsallaştırılmaktadır (Ross & Babcock, 2009). Bununla birlikte, hem reaktif saldırganlık hem de proaktif saldırganlık, BKB özellikleriyle

ilişkilendirilmiştir (Gardner ve ark., 2012). BKB tanısı alan klinik örneklerdeki saldırgan davranış türleri üzerine yapılan araştırmalarda saldırganlık düzeyleri kişilik özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir (Scott & Pilkonis, 2015). Araştırmamızda, BKB grubunun BPSÖ (fiziksel saldırganlık) puanları (Ort.=26.49, Ss=7.32), BPSÖ (düşmanlık) puanları (Ort.=30.09, Ss=3.82), BPSÖ (öfke) puanları (Ort.=27.51, Ss=2.56), BPSÖ (sözel saldırganlık) puanları (Ort.=18.31, Ss=2.74) ve BPSÖ (toplam) puanları (Ort.=102.40, Ss=12.78) depresyon grubunun BPSÖ (fiziksel saldırganlık) puanlarından (Ort.=19.89, Ss=8.76) (t=3.42, $p$<.01), BPSÖ (düşmanlık) puanlarından (Ort.=26.80, Ss=4.96) (t=3.11, $p$<.01), BPSÖ (öfke) puanlarından (Ort.=22.60, Ss=3.81) (t=6.34, $p$<.001), BPSÖ (sözel saldırganlık) puanlarından (Ort.=14.80, Ss=3.04) (t=5.08, $p$<.001) ve BPSÖ (toplam) puanlarından (Ort.=84.09, Ss=14.47) (t=5.61, $p$<.001) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.. Bu durumun saldırganlığın BKB'yi karakterize eden en tipik özelliklerden biri olması ve erken dönem travmatik yaşantıların ve çok tip travmatik yaşantının BKB grubunda depresyona kıyasla daha yüksek düzeyde olmasıyla da kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamızda her iki grupta da deneyimlenen en az bir çocukluk çağı travması %100 oranında bulunmuş, çok tip travma BKB grubunda %97.14 iken depresyon grubunda %74.28 olarak bulunmuştur. Ayrıca BKB grubunda deneyimlenen travmaların %71.52'i kişilik yapısının temellerinin en yoğun düzeyde atıldığı 0-6 yaş gelişim döneminde yaşantılanmışken, depresyon grubunun %48.5'i 0-6 yaş aralığında travmatik yaşantıya maruz kalmıştır. Bu bağlamda travmatik yaşantılarda hem şiddet ve sıklık, hem de erken maruziyetin psikopatolojik yansımalarının farklılık gösterebileceği öne sürülmektedir.

Bir araştırma çocuklukta kötü muamele öyküsünün BKB'de saldırganlığın bir göstergesi olduğu sonucuna varmıştır (Allen & Links, 2012). Tikkanen ve arkadaşları (2009), BKB'si olan ve çocuklukta kötü muamele öyküsü olan bireylerde, yalnızca BKB'si olanlara kıyasla saldırganlık olasılığının çok daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Newhill ve arkadaşları

(2009), BKB hastalarında saldırganlığın antisosyal kişilik bozukluğu tarafından yordandığını ve antisosyal kişilik bozukluğunun çocuklukta olumsuz yaşantılar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Mevcut araştırmada da BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ ve KTÖ'nun BPSÖ üzerindeki yordayıcı etkisine yönelik yapılan analizde ÇÇRTÖ-duygusal istismar puanının BKB grubunun saldırganlık ölçeği toplam puanının %35 oranında açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda BKB tanılı hastalarda saldırganlık düzeylerinin özellikle çocukluk döneminde yaşantılanan duygusal istismar ile ilişkili olduğu görülmektedir. Depresyonun artan yaygınlık oranları, çocukluk çağı travma öyküsü ile ilişkilendirilmiştir (Li, D'Arcy, & Meng, 2016). Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları, tekrarlayan ve kalıcı depresif epizodların gelişme riskinin artmasına ve genel olarak azalmış tedavi sonucuna yol açmaktadır (Nanni, Uher, & Danese, 2012). ÇÇRT'nin şiddeti, sonraki depresif bozuklukların ortaya çıkışını ve seyrinini de olumsuz etkilemektedir (Chapman ve ark., 2004). Cinsel ve fiziksel istismar sıklıkla duygudurum bozukluklarıyla ilişkilendirilirken, duygusal istismar kişilik bozuklukları ve şizofreni oluşumuyla ilişkilendirilmiştir (Carr ve ark., 2013). Bu araştırmada depresyon tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-duygusal istismar, KTÖ-hayatta kalma travmaları ve ÇÇRTÖ-cinsel istismar değişkenlerinin saldırganlık düzeyini %57 oranında yordadığı bulunmuştur (Bkz Tablo XXVI). Bu bulgu, depresyon varlığında duygusal ve cinsel olarak istismar edilmiş vakalarda ve etkileri şiddetli olan hayatta kalma travmaları ortaya çıkan saldırganlığı açıklamakta ve duygusal ve cinsel olarak istismar durumu varlığında saldırganlık düzeylerinin daha yüksek seviyelerde görülebileceğini göstermektedir.

Bu araştırmada, BKB grubu vakalarının %11.4'ü yargılandığını, %2.9'u yargılandığını ve ceza aldığını, depresyon grubu vakalarının %5.7'si yargılandığını, %14.3'ü yargılandığını ve ceza aldığını belirtmektedir. Elde edilen bu bulgular Yazıcı ve Yazıcı (2010)'nın çalışması ile benzer sonuçlar göstermektedir. BKB tanısı alan bireyler reddedilme korkusu, dürtüsellik, yetersiz risk değerlendirme kapasitesi, dengesiz duygulanım ve öfke nedeni ile hızla gelişen

ve istenmeyen sonuçlar oluşturabilen şiddet davranışları sergilemektedirler (Edwards ve ark., 2003). Depresyon tanısı alan bireyler ise amaç yönelimli öfkeden ziyade dürtüsel-patlayıcı saldırganlık gösterdiğinden mala/bireylere zarar verme, kendini yaralama, aile içi şiddet veya intihar girişiminde bulunma gibi suç davranışları sergilemektedir (Barros & Serafim, 2008). Örneklem grubunun mahkumlardan oluştuğu bir başka çalışmada ise grubun %25-50'sinde BKB tanısı bulunmakta, özellikle nitelikli veya basit saldırılar, halka açık lokasyonlarda alkollü/sarhoş olma ve ahlak dışı uygunsuz davranış sergileme gibi eylemler suçlar arasında yoğun bulunmaktadır (Sansone, Lam, & Wiederman, 2012). Farklı bir çalışmaya katılım gösteren BKB vakalarının %25'inin başka bireylere karşı silah kullandığı, %58'inin fiziksel kavgaya karıştığı tespit edilmiştir (Soloff, Meltzer, & Becker, 2003). Bu çalışmaya benzer sonuçların paylaşıldığı bir çalışmada ise BKB vakalarındaki saldırganlık dürtüsellik-öfke ve düşmanlık yoğunluğuyla ilişkilendirilmiştir (Buss & Perry, 1992).

Araştırmada ÇÇRTÖ-duygusal istismar ve ÇÇRTÖ-duygusal ihmal alt ölçeği ile saldırganlık arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Bkz Tablo XXI). Buna göre BKB tanısı alan vakalarda duygusal ihmal ve istismar düzeylerinin artmasına bağlı olarak saldırganlık düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-fiziksel ihmal alt ölçeği ile BPSÖ-düşmanlık arasında pozitif ilişki varlığı bulunmuştur. BKB tanısı alan bireyler başkalarına, genellikle tanıdık ve yakın ilişki içerisinde oldukları kişilere veya önemli diğer kişilere karşı sıklıkla ani agresif patlamalar göstermektedir (Newhill ve ark., 2009). Bu davranışlar genellikle provokasyon, reddedilme veya dışlanma gibi algılanan kişilerarası ilişkiler içerisindeki tehditlerin neden olduğu yoğun öfkeden kaynaklanmaktadır ve tepkisel saldırganlık terimine uygundur (Newhill ve ark., 2012; Zanarini ve ark., 2017). Altta yatan psikolojik ve sinirsel mekanizmaların, bir dizi işlev bozukluğu nedeniyle çok faktörlü olduğu teorize edilmiştir. Bunlar arasında duygu düzensizliği, dürtüsellik, tehdide karşı aşırı duyarlılık, azalan bilişsel empati ve azalan kendi kendine ve ötekine karşı

farklılaştırma yer alır (Mancke ve ark., 2015). Ampirik olarak, duygu düzensizliği ve yüksek sürekli öfke düzeylerinin, BKB'de artan reaktif saldırganlığın aracı faktörleri olduğu gösterilmiştir (Mancke ve ark., 2017; Scott, Stepp, & Pilkonis, 2014). Araştırmada BKB tanısı alan vakalarda BPSÖ-fiziksel saldırganlık, BPSÖ-düşmanlık, BPSÖ-sözel saldırganlık ve BPSÖ-toplam puan ile DYÖ toplam puan arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç BKB tanısı alan vakalarda saldırganlık ve düşmanlık düzeylerinin artmasına bağlı olarak dissosiyasyon düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Ayrıca, BKB tanısı alan vakalarda BPSÖ-fiziksel saldırganlık alt boyutu ile ABBÖ-anne toplam düzeyleri ve BPSÖ-sözel saldırganlık alt boyutu ile ABBÖ-anne ilgi ve ABBÖ-baba ilgi puanları arasında negatif yönlü bir ilişki varlığı bulunması bu vakalarda saldırganlık düzeylerinin anne ve babanın ilgisizliği ve güvensiz bağlanma düzeylerinin artmasına bağlı olarak arttığı düşünülmektedir.

### 5.7. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerde Bağlanma ve Reviktimizasyon

Hughes ve arkadaşları (2012) gelişim modeli çerçevesinde, BKB'nin başlangıçta bozulmuş bağlanma ilişkileri yoluyla gelişen, işlevsiz bir kişilerarası süreç olarak anlaşılabileceğini öne sürmektedir. Khoury ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında, BKB tanısı alan bireylerin (a) başka psikiyatrik tanı ve semptomları olan (anksiyete, depresif semptomlar veya madde kullanım bozukları) ve (b) hiçbir tanısı/ları olmayanların anneleriyle düzensiz etkileşimler sergileme olasılıklarının daha yüksek olup olmadığı incelenmiştir. Sonuçlar, BKB'si olan katılımcıların, her iki karşılaştırma grubuna göre daha fazla güvensiz ve dezorganize bağlanma etkileşimi olasılığına sahip olduğunu göstermiştir. BKB ve depresyon tanısı alan vakaların bağlanma düzeylerinde farklılık bulunmamasına rağmen BKB anne toplam puanı 40.11 ve baba toplam puanı 36.71, depresyon anne toplam puanı 39.85 ve baba toplam puanı 36.34 olarak belirtilmiş olup normal popülasyona kıyasla (anne toplam:

51.44 baba toplam: 49.12) daha düşük oranda olup güvensiz bağlanma örüntüleriyle ilişkilendirilmiştir. Yetişkinlik dönemindeki yakın ilişkilerde bağlanma örüntülerinin çocukluk çağı travmaları ile BKB arasındaki ilişkide rol oynayabileceği belirtilmiştir (Fossati, 2012). Orta düzeyde örneklem büyüklüğüne (n= 40 BKB tanısı) sahip bir çalışma, çocukluk çağı cinsel istismarı ile BKB özellikleri (örn. dürtüsellik veya bir davranışı engelleyememe) arasındaki ilişkide kaygılı ve kaçıngan bağlanma düzeylerinin minimal etkisinin olabileceğini bildirmiştir (Minzenberg, Poole, & Vinogradov, 2006). Frias ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında da BKB tanısı alan kişilerde duygusal ihmal, cinsel ve fiziksel istismar ile bağlanma biçimi arasında negatif yönlü bir ilişki varlığı bildirilmiştir. Araştırmamızda da BKB tanısı alan vakalarda ÇÇRTÖ-duygusal ihmal ve ÇÇRTÖ-cinsel istismar alt ölçeği ile sırasıyla ABBÖ-anne toplam puanları ve ABBÖ-anne ilgi arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Travmatik yaşantıların artmasıyla anne tarafından ilgilenme düzeyi düşmekte ve güvensiz bağlanma artmaktadır. Özellikle BKB tanısı alan vakalarda duygusal ihmalin artmasına bağlı olarak anne güvenli bağlanma düzeylerinin azaldığı ve cinsel istismar düzeylerinin artmasına bağlı olarak anne ilgi düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo XXI).

Gerçekleştirilen farklı bir çalışmada BKB tanısı alan bireylerin çocukluk dönemlerinde sıklıkla istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu travmatik örüntünün kişilik yapılandırmasını yüksek oranda etkileyerek duygu regülasyonda bozulmaya yol açtığı, kontrolü zorlaştırdığı, saldırganlık-öfke gibi dürtüsel eylemlere zemin hazırladığı sonucuna erişilmiştir (Küçük & Çetinkaya, 2019). BKB tanısı alan bireylerde şiddete yönelim, duygu düzenleme zorluğu, aşırı dürtüsel davranışlar, terk edilme korkusu ile doğan yoğun önleyici çaba reviktimizasyon ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle cinsel istismar ve şiddete maruz kalma biçiminde kendini gösteren reviktimizasyon farklı partnerlerle cinsel birliktelik yaşayan BKB tanısı alan kadınlarda şiddet mağduru olma olasılığını arttırmaktadır (Algaç-Kutlu,

2018; Oruçlular, 2016). Erken çocukluk dönemlerinde yaşantılanan örseleyici olaylar, disiplin ve ilgi yoksunluğu, belirsiz benlik sınırlarına neden olan yetersiz destek görme gibi psikodinamik etkenler de reviktimizasyon açısından risk teşkil etmektedir (Ançel, Durmuş & Doğaner, 2010; Bland, Tudor & Whitehouse, 2007; Nehls, 1998; Sakarya & Çevik, 2007). BKB kriterleri içerisinde yer alan kendine zarar verme davranışı yaşam boyu tekrarlayıcı şekilde travma mağduru olma ve reviktimizasyon (izlenme, romantik bir partner ya da yabancılar tarafından dövülme gibi) ile ilişkili bulunmuştur (Vaughn, Salas-Wright, DeLisi & Larson, 2014). Çocukluk çağı travmaları ve yeniden mağdur olma deneyimleri arasındaki ilişkiyi açıklayan görüşlere göre, çocuklukta gerçekleşen şiddet, örseleyici olaylar ve travmatik deneyimlerle, bireyler diğer kişilere karşı güvensizlik geliştirerek şiddeti yetişkin ilişkilerinin olası bir parçası olarak kabul etmekte ve kişiler arası ilişkilerdeki beklentiler bozularak reviktimizasyon gelişebilmektedir (Desai ve ark., 2002; Wyatt ve ark., 2000). Araştırmamızda, BKB ve depresyon bozukluğu vakalarının travmatik bağlanma değerlendirilmesine yönelik sorular açısından karşılaştırılması doğrultusunda, BKB vakalarının daha yüksek düzeyde zararlı ilişki içerisinde kalma, güvensiz ilişki içerisinde kalma, güven vermeyen kişileri seçme, ilişkilerinde yıkıcı kavgalar etme, ilişkilerinde görünürde olan problemini yok sayma ve ilişkilerindeki istismarı gizleme konusunda abartılı tutumlar sergilediği bulunmuştur (Bkz Tablo XX). Buna bağlı olarak adli psikopatolojik açıdan reviktimizasyon kavramının travmatik bağlanmayı içeren ilişki dinamikleri kapsamında değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Türkiye'de çocuk yetiştirme kapsamında cezalandırma, itaate zorlama gibi ebeveyn tutum ve davranışları yaygın olmakla birlikte bu tutum çocuğun anlaşılmasına ve yetişme esnasında kendisine eşlik edilmesine engel oluşturmaktadır (Öztürk & Derin, 2022). Bu noktada çocukla yakın ilişki kurulması, erken teşhis, bireysel tedavilerin takip edilmesi, ailelerin eğitilmesi ve düzenli aile yapılanmalarının gerçekleştirilmesi gerekliliği göze

çarpmaktadır. Çocuk sahibi olmak isteyen ebeveyn adaylarına ön eğitim verilmesi ve planlama sağlanabilmesi önem arz etmektedir. Özellikle suç ile mücadele ve reviktimizasyon kapsamında BKB gibi ağır tablolara neden olabilen vakaların ortamlarında değişiklik yaratmak, becerilerinde zenginlik sağlamak, (yeniden) mağduriyete neden olabilecek bireylerden psikolojik açıdan zarar verici oldukları konusunda farkındalık yaratmak önemlidir (Derin & Öztürk, 2018).

Öztürk'e (2020a/2022b) göre ebeveyn ve çocuk arasındaki bağlanmanın niteliğini en belirleyici faktörler arasında yer alan empati odaklı çocuk yetiştirme stilleridir ki, özellikle annenin empati düzeyinin artmasıyla güvenli bağlanma da artış göstermektedir. Yanlış çocuk yetiştirme stillerine sahip ebeveynlerin çocukları dış dünyadan gelen travmalara karşı kendilerini korumakta yetersiz kalmakta ve dolayısıyla dissosiyatif yaşantıların sıklığında da artış olabilmektedir. Çocuk yetiştirme stilleri açısından dış dünyanın tehlikelerine karşı korunmayı çocuklarına öğreten yeteri kadar ilgili, kısıtlayıcı ve kontrolcü olmayan sağlıklı düzeyde koruma dürtüsü olan ebeveynler travmaya verilen tepkileri de çocuklarına öğretmektedirler. Yanlış çocuk yetiştirme stilleri çocuk için tek başına majör bir travmatik yaşantı olmasının yanısıra onun yetişkinliğinde kendisini travmaya karşı koruyamaması ve reviktimizasyon riskini de arttırmaktadır. Bu araştırmada literatüre benzer olarak BKB grubunun ABBÖ-anne ilgi puanları depresyon grubunun ABBÖ-anne ilgi puanlarından daha düşük bulunmuştur. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının BKB grubunda depresyona kıyasla daha yüksek düzeyde görülmesi BKB tanısı alanların anneleri tarafından daha az ilgi almalarını da destekleyen bir sonuç olabilir. Ayrıca, BKB patolojisinin gelişiminde birincil bakım veren (anne) ile yaşantılanan tutarsız ilişkinin güvensiz bağlanma örüntüleriyle ilişkili olduğu ve bu durumun çocukta yeteri düzeyde ilgilenilmediği algısı yaratabileceği düşünülmelidir. Aile içerisindeki ebeveynlerin ve çocukların psikopatolojileri ve disfonksiyonel iletişim dinamikleri birbirleriyle benzerlik gösterdiğinden, şiddet yönelimli,

çift mesaj veren yanlış çocuk yetiştirme stilleri ile yetiştirilen çocuklarda da ebeveynlerindeki psikopatolojiye maruz kalmalarından ötürü borderline kişilik bozukluğu ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar gelişebilmekte ve bu çocuklar yetişkinlik dönemlerinde onlara tanıdık gelen ve geçmiş aile dinamiklerini hatırlatan travmatik yaşantılarını tekrardan sahneleyerek reviktimizasyona uğrayabilmektedirler. Bireyleri travmatize ve dissosiye etmeden ruhsal açıdan entegre ve sağlıklı bir yeni nesil geliştirebilmek için *"Doğal ve Rehber Ebeveynlik Stili"*nin ivedilikle benimsenmesi öncül bir önemle önerilmektedir önemlidir (Öztürk, 2022d; Öztürk & Derin, 2021a).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yeniden vurgulanmak istenildiği üzere "*Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerdeki Kümülatif Travmaların Dissoanalitik Ekol ve Adli Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi*" hedeflenmiştir. Doktora tez çalışmamızın temel amacı, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile saldırganlık düzeyi, dissosiyatif yaşantılar ve bağlanma arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Kümülatif travmalar ve çocukluk çağı travmalarının, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık ve bağlanma üzerindeki yordayıcı etkisinin değerlendirildiği doktora tez çalışmamızın klinik popülasyonda gerçekleştirilmesi sebebiyle hem ilgili literatüre önemli bilimsel katkılar sağlaması hem de travmatik yaşantıların önlenmesine dair psikotoplumsal politikaların geliştirilmesine katkı sağlaması öngörülmektedir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. BKB vakalarında depresyon bozukluğu vakalarına göre daha yüksek düzeyde intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları bulunmaktadır.
2. BKB vakalarının depresyon bozukluğu vakalarına göre daha fazla çocukluk çağı travmaları-duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal- bulunmaktadır.
3. BKB vakalarının depresyon bozukluğu vakalarına göre daha yüksek düzeyde dissosiyatif yaşantıları bulunmaktadır.
4. BKB vakalarının depresyon bozukluğu vakalarına göre daha fazla saldırganlık düzeyi – düşmanlık, öfke, fiziksel ve sözel saldırganlık- bulunmaktadır.
5. BKB vakalarının çocukluk çağı travmalarının, Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ) toplam puan ortalaması 25 üzeri (n=24) ve altı (n=11) alanların karşılaştırması sonucunda, çocukluk çağı ruhsal travmaları ve özellikle duygusal istismar alt boyutu dissosiyatif yaşantıları 25 puan üzerinde olan BKB vakalarında olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeydedir.

6. BKB ve depresyon bozukluğu vakalarının anne-babaya bağlanma örüntüsü açısından karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak her iki grubun da belirli oranda güvensiz bağlanma örüntüsü sergilediği bulunmuştur. BKB vakaları, depresyon bozukluğu vakalarına oranla daha az anne ilgisi almıştır.
7. BKB vakalarının depresyon bozukluğu vakalarından daha yüksek düzeyde kişisel kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları yaşantıladığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca, BKB tanısı alan bireylerin kümülatif travmalarını depresyon tanısı alanlara kıyasla daha negatif değerlendirdikleri tespit edilmiştir.
8. BKB ve depresyon bozukluğu vakalarının travmatik bağlanma değerlendirilmesine yönelik hazırlanan sorular ekseninde karşılaştırılması doğrultusunda, BKB vakalarının daha yüksek düzeyde zararlı ilişki içerisinde kalma, güvensiz ilişki içerisinde kalma, güven vermeyen kişileri seçme, ilişkilerinde yıkıcı kavgalar etme, ilişkilerinde görünürde olan problemini yok sayma ve ilişkilerindeki istismarı gizleme konusunda abartılı tutumlar sergilediği bulunmuştur.
9. BKB vakalarında çocukluk çağı travmaları kapsamında özellikle duygusal istismarın ve kümülatif travmalar kapsamında hayatta kalma travmalarının dissosiyatif yaşantılar üzerinde yordayıcı etkisi olduğu sonucu bulunmuştur.
10. BKB vakalarında çocukluk çağı travmaları kapsamında duygusal istismarın saldırganlık düzeyi üzerinde yordayıcı etkisi olduğu sonucu tespit edilmiştir.
11. Depresyon vakalarında kümülatif travmalar kapsamında travmatik yaşantıyı negatif değerlendirmenin dissosiyatif yaşantılar üzerinde yordayıcı etkisi olduğu sonucu bulunmuştur.
12. Depresyon bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları kapsamında duygusal istismar ve cinsel istismar, kümülatif travmalar kapsamında ise hayatta kalma travmalarının saldırganlık düzeyi üzerinde yordayıcı etkisi olduğu sonucu bulunmuştur.

13. BKB vakalarında intihar girişimleri olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde babanın ilgisizliği, babanın aşırı korumacılığı, babaya güvensiz bağlanma, saldırganlık kapsamında öfke ve kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları olduğu bulunmuştur.
14. Depresyon bozukluğu vakalarında intihar girişimleri olanlarda olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde babanın ilgisizliği ve baba ile güvensiz bağlanma örüntüsü olduğu ortaya çıkmıştır.
15. BKB vakalarında fiziksel istismarı olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anneye güvensiz bağlanma, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık, fiziksel saldırganlık, kümülatif travma kapsamında hayatta kalma travmaları, kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik travmaları ve travmayı negatif değerlendirme durumu olduğu tespit edilmiştir.
16. Depresyon bozukluğu vakalarında fiziksel istismarı olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde baba ilgisizliği, baba aşırı korumacılığı, babaya güvensiz bağlanma, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık, fiziksel saldırganlık, kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları ve travmayı negatif değerlendirme durumu olduğu bulunmuştur.
17. BKB vakalarında fiziksel ihmali olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anne ilgisizliği, anneye güvensiz bağlanma, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık kapsamında düşmanlık, fiziksel saldırganlık, kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları ve travmayı negatif değerlendirme durumu olduğu bulunmuştur.
18. Depresyon bozukluğu vakalarında fiziksel ihmali olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde kümülatif travma kapsamında kişisel kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları olduğu tespit edilmiştir.

19. BKB vakalarında cinsel istismar bildirenlerin bildirmeyenlere oranla daha yüksek düzeyde kümülatif travma kapsamında yer alan kişisel kimlik travmaları, toplumsal kimlik travmaları ve travmayı negatif değerlendirme durumu olduğu bulunmuştur.
20. Depresyon vakalarında cinsel istismarı olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde baba ilgisizliği, babanın aşırı korumacılığı, babaya güvensiz bağlanma, dissosiyatif yaşantılar, kümülatif travma kapsamında travmayı negatif değerlendirme durumu olduğu tespit edilmiştir
21. BKB vakalarında duygusal ihmali olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde baba ilgisizliği, babaya güvensiz bağlanma, saldırganlık kapsamında düşmanlık durumu olduğu ortaya çıkmıştır
22. Depresyon bozukluğu vakalarında duygusal ihmali olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anne ve baba ilgisizliği, babanın aşırı korumacılığı, anne ve babaya güvensiz bağlanma, saldırganlık kapsamında düşmanlık, kümülatif travma kapsamında travmayı negatif değerlendirme durumu, kişisel kimlik travmaları ve aile bağlanma travmaları olduğu bulunmuştur.
23. Depresyon bozukluğu vakalarında duygusal istismarı olanların olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde anne ve babanın ilgisizliği, anne ve babanın aşırı korumacılığı, anne ve babaya güvensiz bağlanma, saldırganlık kapsamında düşmanlık, kümülatif travma kapsamında aile bağlanma travmaları olduğu tespit edilmiştir.

"*Gelişimsel Temelli Travma Çerçevesi*" ve uygulamalarının örseleyici olayların değerlendirmesi, klinik müdahale ve araştırma için önemli katkıları bulunmakla birlikte travma profilini ve kümülatif travma dinamiklerini daha bütünleştirici çerçeveyi kullanarak ve yalnızca tek bir travma tipine takılı kalmayarak analiz edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tek bir travma türüne veya tek bir travmaya odaklanan yaklaşımlar travma tedavilerine bütüncül bakışı engelleyerek sınırlı ve yanıltıcı olabilmektedir. Kişinin

psikopatolojisine yön veren kümülatif travmaların etkilerini incelerken, her bir travma paradigması ve travma türünün potansiyel işleyiş dinamiklerini göz ardı etmemek gerekir. Yalnızca tek bir tür travmatik yaşantıya odaklanmak veya bunlardan herhangi birini göz ardı etmek, danışanların ya da hastanın ihmaline varabilecek düzeyde ciddi bir klinik hata oluşturabilir. Gelişimsel temelli travma çerçevesinin bütünleştirici yaklaşımını kullanarak tüm travma türlerini değerlendirmek klinik ve teorik açıdan geçerliliği arttırmakla birlikte, eşzamanlı travmatizasyon/mağduriyet dinamiklerini göz ardı etmeden danışanın ihmaline engel olabilmektedir. Bu kapsayıcı model karmaşık yapıdaki travma tedavisinde dissoanalitik perspektifin de travma tedavilerinde daha görünür hale gelmesine katkıda bulunmaktadır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre; BKB vakalarının çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki anlamlı ilişki, depresyon vakalarına göre daha yüksektir. BKB vakaları, depresyon vakalarına göre daha fazla travmatize, dissosiye ve saldırgan bulunmuştur. BKB ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ile kümülatif travmaların belirli alt boyutlarının (duygusal istismar, hayatta kalma travmaları BKB için, negatif değerlendirme depresyon için), dissosiyatif yaşantı ve saldırganlık düzeylerini anlamlı biçimde yordadığı tespit edilmiştir. Bu çalışma, BKB ve depresyon vakalarında kümülatif travmaların ilk kez adli psikopatolojik ve dissoanalitik perspektiften değerlendirmesi açısından özgün bir bilimsel araştırma olup, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile dissosiyatif yaşantıların yüksek oranlarda görüldüğünün ortaya çıkartılması açısından oldukça önemli sonuçlar ortaya koymaktadır. Adli psikopatoloji kapsamında yer alan borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanı gruplarında çocukluk çağı travmaları, kümülatif travmalar, tek tip/çoktip travmatik yaşantı, travmatik yaşantıların negatif değerlendirilme boyutu, travmatik yaşantıların betimsel bulguları, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık, bağlanma örüntüleri ve reviktimizasyon açısından karşılaştırıldığı gelişimsel temelli perspektife sahip bir araştırma

literatürde bu kapsam ve detaylı yer almadığından elde edilen bulguların hem adli psikopatoloji hem psikotravmatoloji alanına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Öztürk (2022a) tarafından geliştirilen dissoanaliz kuramına göre; travmatik olayları deneyimleyen bireylerin ve toplumların dissoanalizleri gerçekleştirilmedikçe toplumlar, şiddet yönelimli borderline öğelerinden kurtulamamakla birlikte ruhsal açıdan gelişimsel bir yönde ilerleyemezler. Öztürk (2022a)'e göre dissoanalizin esas amacı gelişim odaklı, entegratif bireyler ve toplumlar yaratmak olan "*psikotoplumsal terapi"*nin kendisidir. Dissoanaliz kuramı, bireysel ve toplumsal travmaların olabilecek en kısa süre içerisinde hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması adına travmaları önleme stratejilerine odaklanan psikotoplumsal kuramların geliştirilmesini ve erken yaşlardan başlayarak kronikleşen çocukluk çağı travmalarıyla ve kümülatif travmalarla karakterize başta dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozuklukları olmak üzere örseleyici olaylarla ilişkili psikiyatrik hastalıklara yönelik modern psikotravmatoloji bakış açısına sahip klinik kökenli travma merkezli psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılmasını -örn; Travma Merkezli Alyans Model Terapi (TMAMT)-, bu bireysel ve toplumsal travmaların altında yatan temel dissosiyojenik bileşenlerin doğal dengeleri gözetilerek bütüncül bir yönelimle nötralize edilmesini içermektedir. Geçmişten günümüze nesiller boyunca geçiş göstererek varlanışını sürdüren çocukluk çağı travmalarının bireylerdeki ve toplumlardaki ruhsal izlerinin dissoanalizi, dünyada mevcut olan psikopatolojinin daha iyi anlaşılmasını, bireylerin ve toplumların travmatize ve dissosiye edilmeye devam edilmesinin hem fark edilmesini hem de kökeninin anlaşılmasını sağlayan bir yöntem olması açısından majör önem arz etmektedir (Öztürk, 2020a; 2021b; 2022a). Bu perspektifte, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarında çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar ile saldırganlık düzeyi, dissosiyatif yaşantılar ve bağlanma

arasındaki ilişkinin değerlendirildiği doktora tezi çalışmamızdan sonra yapılacak çalışmalar adına temel bulgularımız sonucunda yapılandırılan öneriler aşağıda belirtilmiştir:

I. Bu çalışma, İstanbul'daki bir psikiyatri kliniğinde tedavileri devam eden 35 BKB ve 35 depresyon bozukluğu vakasından oluşan 70 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Doktora tez çalışmamıza dahil edilen katılımcıların psikiyatrik tanıları bir kliniğe bağlı olarak çalışan bir psikiyatrist tarafından konmuştur. Adli psikopatolojik ve dissoanalitik ekol perspektifinden gerçekleştirilecek kronik ve kümülatif travmatik yaşantılarla ilişkili psikiyatrik tanı örneklemli gelecek araştırmalarda hem katılımcı sayısının arttırılması hem de borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu dışındaki diğer travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıkların da örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir.

II. Travma kökenli ruhsal hastalıklardan biri olan borderline kişilik bozukluğu, geniş semptom aralığına sahip olması ve diğer psikiyatrik bozukluklarla fazla sayıda eş tanı alması nedeniyle ayırıcı tanı açısından hem dikkatli hem de detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Dissosiyatif bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu başta gelmek üzere örseleyici yaşam dinamikleriyle yakın ilişki gösteren psikiyatrik hastalıkların tespit edilerek doğru psikiyatrik tanının konması adına Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği, DSM-5 Disosiyatif Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Soru Listesi, DSM–5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği gibi travma ile ilişkili psikopatolojilere işaret eden ölçeklerin vakalara uygulanması öncül bir önemle önerilmektedir.

III. Bir sınırlılık kapsamında çalışmamız belirli sayıdaki iki psikiyatrik tanı grubu ile gerçekleştirilmiş olup geniş örneklemli yeni araştırmaların planlanması önerilmektedir. Sınırlılık arz eden durumlarından biri de örneklem grubunun büyük kısmının yüksek gelir düzeyi algısına sahip olmasıdır. Farklı sosyal ekonomik seviyelerde bu psikopatolojilerin

çocukluk çağı travmaları ve adli psikopatolojik değişkenler açısından incelenmesi çalışmayı daha zengin hale getirecektir. Ayrıca bu konuda cinsiyet farklılıklarının hem adli psikopatoloji hem de adli psikotravmatoloji açısından temel alındığı bilimsel araştırmalar yürütülebilir.

IV. Doktora tez çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ve kümülatif örseleyici olaylarla ilgili standartize ölçekler kullanılmış olmasına rağmen borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu gibi travma kökenli psikiyatrik bozuklukların temel etiyolojik faktörleri arasında yer alan yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve disfonksiyonel aile dinamiklerine ilişkin ölçek/ler ve/veya anket/ler kullanılmamıştır. Gelecek çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının kuşaklararası bir uzamda yanlış çocuk yetiştirme stillerinin/ebeveynlik pratiklerinin içerisinde saklanarak "*kuşaklararası psikopatoloji geçişi*"ne neden olduğu şiddet odaklı yanlış çocuk yetiştirme stilleri ve disfonksiyonel aile dinamiklerine dair standartizasyonu yapılmış ölçme araçlarının kullanılması önerilmektedir.

V. Borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluğu vakalarında dissosiyatif yaşantıların subklinik düzeyde deneyimlendiğine ilişkin elde edilen bulgumuz neticesinde bu vakaların dahil oldukları/olacakları adli olaylarda travma ile ilişkili dissosiyasyon, üzerinde önemle durulması gereken psikolojik fenomenlerin başında yer almaktadır. Klinik psikolojiden bağımsız bir adli görüşmenin/değerlendirmenin, hem ilgili kriminal olayın aydınlatılması sürecini kısaltma konusunda yetersiz olması hem de adli vakanın/vakaların ifadelerinin tekrarlı bir şekilde alınmasına sebep olması nedeniyle maksimal oranda yetersizdir.

VI. Klinik odaklı adli psikopatoloji görüşmelerinin adli psikotravmatoloji ekseninde yapılandırılması ile vakalardaki dissosiyatif yaşantıların fark edilmesi olanaklı kılınabilmektedir ki bu vakaların dissosiyatif yaşantıları, travmatik olayların en net göstergelerin biridir. Klinik temelli adli psikopatolojik değerlendirmelerde; temaruz,

görünürde çelişkili bilgi, gizleme eğilimi, diğer olası tanılar, eş tanılar ve geçmiş psikiyatrik ya da medikal tanılar öncül bir önemle dikkat edilmesi gereken parametrelerdir. Klinik odaklı adli görüşmelerde psikometrik ölçme araçlarının kullanılması vakalardaki; nevroz-psikoz ayrımı, malulen emeklilik, vesayet altına alma, malpraktis, ceza ve hukuki ehliyet gibi adli psikiyatriyi ilgilendiren kritik boyutların en uygun şekilde tespit edilebilmesine katkı sağlamaktadır. Adli psikopatoloji alanında yapılan çalışmaların arttırılması etiyolojik temelinde travmatik yaşantıları içeren BKB ve depresyon gibi psikiyatrik tanıların adli psikopatolojik açıdan nasıl değerlendirildiklerinin hem davacı hem de davalı tarafın avukatlarına bilimsel bir uslüpla aktarılması mahkemenin adil ve objektif karar almasına destek sağlaması açısından oldukça değerlidir.

VII. Adli psikopatolojik açıdan çocukluk çağı travmaları, kümülatif travmalar, dissosiyatif yaşantılar, saldırganlık ve bağlanma örüntülerini borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozukluklarında daha kapsamlı ve dissoanalitik çerçeveden değerlendirmek hem viktimolojik hem de kriminolojik açıdan önleme, tanı, tedavi ve yaptırım düzeyinde daha güvenilir ve gerçekçi kararlar alınmasına destek sağlayacaktır. Adli bilimler, psikiyatri, klinik psikoloji hatta toplum ve ruh sağlığı açısından hem etkin çocukluk çağı travmaları önleme stratejilerinin geliştirilmesi hem de travma merkezli kısa dönemli fonksiyonel tedavi yöntemlerinin psikoterapistlerce kullanabilirliğinin artırılması öncül bir gerekliliktir.

VIII. Bu araştırma, her iki tanı grubunun da etiyolojisinde majör bir etkisi olan çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve kümülatif travmaların hem vakaların tedavi sürecinde hem de bu psikolojik fenomenlerin adalet sistemindeki önemini fark etmek, çocuk yetiştirme stillerinde yapılan yanlış tutumların örseleyici olaylara ve dissosiyatif bozukluklara sebebiyet vermesini önlemek, mağduriyet riskini azaltmak, daha kapsamlı travma odaklı

psikoterapi tedavilerine bilgi sağlamak, adli sistemde travmatik yaşantıların suç ve mağduriyete yatkınlık içeren psikopatolojilere sebebiyet vermesi açısından farkındalığı arttırmak, suçlunun şiddet kullanma riskini saptamak, failin ya da suç isnat edilen bireylerin serbest bırakılması durumunda toplumsal açıdan bir risk oluşturup oluşturmayacağını belirlemek ve cezai sorumluluğu daha güvenilir ve geçerli değerlendirmek açısından katkı sağlayacaktır.

IX. Bireysel ve toplumsal travmaların mümkün olan en kısa sürede hem tedavi edilmesi hem de sonlandırılması adına önleme stratejileri odaklı psikotoplumsal kuramların geliştirilmesi ve erken yaşta başlayan kronik çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalarla fonksiyon geçişleri olan borderline kişilik bozukluğu ve depresyon bozuklukları konusunda modern psikotravmatoloji klinik kökenli psikoterapi yöntemlerinin yapılandırılması ile bu psikopatolojilerin altında yatan ana dissosiyojenik bileşenlerin holistik bir yönelimle nötralize edilmesi şeklinde tanımlanan "*dissoanaliz*"in ulusal ve uluslararası eksende etkin bir şekilde uygulanması, başta çocukluk çağı travmaları ve kümülatif travmalar olmak üzere tüm örseleyici olayların sonlanmasını imkanlı kılacaktır. Dissoanalitik ekol perspektifinden gerçekleştirilecek bilimsel çalışmaların, travmatik yaşantıların nötralizasyonu ve önlenmesi adına öncül bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Modern psikotravmatoloji paradigmaları açısından yapılandırılan dissoanaliz kuramı ekseninde gelişim odaklı, empatik, yaratıcı ve ruhsal açıdan entegre bireyler ile kitlelerin, psikotoplumsal bilinç alyansını deneyimleyebilmeleri ve travmatik yaşantılarını nötralize edebilmeleri koşuluyla uzun soluklu, orijinal ve sağlıklı bir *"kuşaklararası varlanış"* gösterebilecekleri düşünülmektedir (Öztürk, 2022a; 2022b; 2022c; 2022d).

## 7. KAYNAKLAR

Abreu, L.N., Oguendo, M.A., Galfavy, H., Burke, A., Grunebaum, M.F., & Sher, L. (2018). Are comorbid anxiety disorders a risk factor for suicide attempts in patients with mood disorders? A two-year prospective study. *European Psychiatry, 47*, 19-24.

Adıgüzel, G. (2012). *Üniversite Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin Empatik Eğilim, Duyguları İfade Etme ve Öz-Anlayış Açısından İncelenmesi*. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Adler, G. (1989). Uses and limitations of Kohut's self-psychology in the treatment of borderline patients. *Journal of American Psychoanalytical Association, 37*(3), 761-785.

Aguirre, B. (2014). *Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Complete Guide For Families.* 2nd Ed. Fair Winds Press.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Akbağ, M., Sayıner, B. & Sözen D. (2005). Üniversite öğrencilerinde stres düzeyi, denetim odağı ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 21*, 63-64.

Akbulut, E. (2017). *Kişilik Bozuklukları.* DSM-V Tanı Ölçütleri. KTÜ Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği.

Akın, E. (2017). Borderline şiddet değerlendirme ölçeği türkçe versiyonunun (Türkçe Best) geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 1-88.*

Akcan, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif temel belirtiler ve temel psikoterapötik yaklaşımlar. Öztürk, E (ed). *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (20-30). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Akiş, A.D., & Küçükgöncü, S. (2022). Dissosiyasyon ve psikoz: travma perspektifinden bir değerlendirme. Öztürk E, (ed). *Psikotravmatoloji* içinde (129-141). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Aktaş, S., Yeşilçiçek, Ç.K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., & Güney, S. (2009). *Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki.* 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı, Bursa, 459-460.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1*(2), 96-119.

Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20*(4), 395.

Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam Dergisi, 17*(1), 27-33.

Allen, A., &, P.S. (2012). Aggression in borderline personality disorder: Evidence for increased risk and clinical predictors. *Current Psychiatry Reports, 14,* 62–69.

Allen, J.G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders.* Chichester: Wiley.

Algaç-Kutlu, M.A. (2018). Borderline kişilik bozukluğu: bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi, 3*(5), 11□20.

Algur, V. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Fiziksel Saldırganlık, Öfke, Düşmanlık ve Sözel Saldırganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Altun, İ.K., & Atagün, M.İ. (2019). Sınır kişilik bozukluğunda benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü ve duygulanım ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20*(5), 506-514.

Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], (2000). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) (Çev. Ed. Köroğlu E).* 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], (2001*). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR). (E.Köroğlu, Çev.)* Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.(DSM V).* Washington DC, American Psychiatric Association.

Ançel, G., Durmuş, Ö., & Doğaner, G. (2010). Borderline kişilik bozukluğu: tedavi ve hemşirelik bakımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(3), 133-138.

Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research, 9*(3), 279–300.

Anlı, İ., & Bahadır, G. (2012). Kendilik psikolojisine göre narsisistik ve sınır kişilik bozukluğu. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 27*, 1-12

Ansell, E.B., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., & Grilo, C.M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry, 48*(4), 329-336.

Arslan, S.H., Karlıdağ, R., Alparslan, Z.N., Tamam, L., & Ünal, M. (1977). Borderline kişilik bozukluğunda örseleyici çocukluk yaşantıları ve ruhsal bulgular. *Düşünen Adam, 10*(3), 33-39.

Aslan, S.H., & Alparslan, Z.N. (1999). Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 10,* 275-285.

Atabek, İ. (2019). *Bağlanma Kuramı ve Okul Sosyal Hizmeti Teorik Bir Yaklaşım*. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Yalova.

Atak, İ.E. (2012). Sınır işleyiş kavramının sınırları: Rorschach testi ile değerlendirme. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi, 18*(1), 47- 55

Ateş, M.A., Algül, A., Gülsün, M., Geçici, Ö., Özdemir, B., Başoğlu, C., Semiz, Ü.B., Ebrinç, S., & Çetin, M. (2009) Antisosyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 46,* 135-1399.

Ateş, M. (2018). *Yaşlılarda Fiziksel Aktivite ile Depresyon Riskinin İlişkisi.* Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Aydın.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., & Hilgard, E. R. (1995). *Psikolojiye Giriş (Cilt II).* (K. Atakay, M. Atakay, & A. Yavuz, Çev.) İstanbul: Sosyal Yayınları.

Aunola, K., & Nurmi, J.-E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behaviour. *Child Development, 75,* 1144-1159.

Aydın, M. (2010). *Masterson Yaklaşımında Borderline Kişilik Bozukluğuna Gelişimsel Yaklaşım.* İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Bitirme Projesi, İstanbul.

Aydın, B.N. (2016). Sınır kişilik bozukluğunun suç ve şiddet ile ilişkisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Clinical Psychiatry, 19*(1), 37-44.

Ayna, Y.E. (2005). *Suç İşlemiş Çocuklarda Aile Değerlendirme ve Psikopatolojik Bulgular.* Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.

Ayrancı, & Ü., Yenilmez, Ç. (2001). Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2*(2), 87-98.

Aytekin, E. (2015). *Ortaokul öğrencilerinin saldırganlık düzeyinin ebeveyn kabul red algısı ve demografik değişkenlere göre incelenmesi.* Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., ve ark. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history and birth factors in patients with borderline personality disorders and healthy controls. *Psychiatry Research, 139,* 169-179.

Barrett, A.E., & Turner, R.J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction, 101*(1), 109–120.

Barros, D.M., & Serafim, A.P. (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Science International, 179,* 19-22.

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships, 7*(2), 147–178.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226–244.

Baş, U.A., & Kabasakal, Z.T. (2010). İlköğretim okullarında saldırganlık ve şiddet davranışlarının yaygınlığı. *İlköğretim Online, 9*(1), 93-105.

Başar, B. (2021). *Sınırda Kişilik Bozukluğu Özellikleri ve Yeme Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yayımlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Kent Üniversitesi, İstanbul.

Başoglu C., Öner Ö., Ateş, A., Algül, A., Bez, Y., Ebrinç, S., Çetin, M. (2011). Temperament traits and psychopathy in a group of patients with antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 52,* 607-12.

Başoğul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(1), 1-15.

Battle, C.L., Shea, M., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., & Zanarini, M.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders, 18,* 193-211.

Baykız, A.F. (2003). *Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değişkenlerle İlişkisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma.* T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Bayrak, B. (2011). *10-12 Yaşlarındaki Öğrencilerin Saldırganlık Eğilimleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.* Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S., & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders, 141,* 474-479.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders (3rd Ed.).* Guilford Publications.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders.* International Universities Press.

Becker, E.W., & Lesiak, W.J. (1977). Feelings of hostility and personal control as related to depression. *Journal of Clinical Psychology, 33*(3), 654-657.

Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E. ve ark. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect, 16,* 101-18.

Bendicsen, H.K. (2013). *The Transformational Self: Attachment and the End of the Adolescent Phase.* Londra: Karnac Books.

Benjamin, L.S. (1996) *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders.* New York: Guildford Press; 2nd Ed.

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A.M., ve ark. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine, 46*(2), 327-343.

Bernet, C. Z., & Stein, M. B. (1999). Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depression Anxiety, 9,* 169- 74.

Bernstein D. P., Fink, L., Handelsman L, Foote, J., Lovejoy, M. & Wenzel, K., (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1132-1136.

Berry, J. W., Poortinga, Y .H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural Psychology: Research and applications.* Second edition. Cambridge University Press.

Bevilacqua, L., Carli, V., Sarchiapone, M., George, D.K., Goldman, D., Roy, A., & Enoch, M.A. (2012). Interaction between FKBP5 and childhood trauma and risk of aggressive behavior. *Archives of General Psychiatry, 69*(1), 62-70.

Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2022). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(2), 50-59.

Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A. & Stanford, K.(2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic, 66,* 241-258.

Binbay T., Ulaş H., & Alptekin K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye'den katkı yapmak: Nasıl ve neden? *Klinik Psikiyatri Dergisi, 13*(1), 9-15.

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O., & Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek İçin öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(4), 264-81.

Biskin, R.S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., & Zelkowitz, P. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 20*(3), 168-174.

Blackburn, R., & Coid, J. W. (1998). Psychopathy and the dimensions of personality disorders in violent offenders. *Personality and Individual Differences, 25*(1), 129-145.

Bland, A.R., Tudor, G., & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspective Psychiatry Care, 43*, 204-12.

Bland, R.C. (1997) Epidemiology of affective disorder: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 42,* 367-377.

Bleichmar, H.B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *The International Journal of Psychoanalysis, 77,* 935-961.

Bolu, A., Pan, E., Günay, H., Öznur, T., Aydemir, E., & Erdem, M. (2014). Travma sonrası stres bozukluğunda saldırgan davranış ile dissosiyasyon arasındaki ilişki. *Gülhane Tıp Dergisi, 56*, 97-101.

Bond, S. B., & Bond, M. (2004). Attachment styles and violence within couples. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(12), 857–863.

Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S.M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 13*(3): 53-57.

Bornovalova, M.A., Huibregtse, B.M., Hicks, B.M., Keyes, M., McGue, M., Iacon, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. *Journal Of Abnormal Psychology, 122*(1), 180.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol 1.* Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds.* New York: Methuen.

Boysan M, Goldsmith RE, Çavuş H, Kayri M, & Keskin S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: the influence of abuse subtype. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*(1), 83-101.

Boysan, M. (2016). Associations between dissociation and post-traumatic stress response. In: *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders* (831-849). Springer, Cham.

Bozdağ, Y., & Alkar, Ö. (2018). Sınır (borderline) kişilik bozukluğu: Bir vaka çalışması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 5*(2), 43-58.

Bradford, J. W., & Smith, S. M. (1999). Amnesia and homicide: the padola case and a study

of thirty cases. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law, 7,* 219-231.

Bradley, S.J. (1979). The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 136*, 424-426.

Braun, B.G. (1988). The BASK (behavior affect sensation knowledge) model of dissociation. *Dissociation, 1,* 4-23.

Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (46-76). The Guilford Press.

Brenner, C. (1991). A psychoanalytic perspective on depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39*(1), 25-43.

Brewer, M. B. & Crano, W. D. (1994). *Social Psychology.* Minnepolis/St. Paul: West Publishing Company.

Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367–379.

Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: An overview. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(4), 375–388.

Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma:* Theory, *Research, Practice, and Policy, 8*(4), 439-446.

Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment.* New York: Sage Publications.

Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*(12), 1788-1792.

Brothers, D. (2014). Traumatic attachments: Intergenerational trauma, dissociation, and the analytic relationship. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 9*(1), 3-15.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., & Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(4), 337-348.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452.

Bulut, S. (2007). Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3*(28), 139-156.

Buss, A. (1961). *The Psychology of Aggression.* New york: John Wiley.

Butchart, A. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence.* World Health Organization.

Butler, L.D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatry of Clinical North America, 29*(1), 45-62.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* (11. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Cain, N.M., Ansell, E.B., Wright, A.G., Hopwood, C.J., Thomas, K.M., Pinto, A., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Morey, L.C., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., & Grilo, C. M. (2012). Interpersonal pathoplasticity in the course of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 78-86.

Can, İ. Ö., Uyanıker, Z. D., Ulaş, H., Karabağ, G., Cimilli, C., & Salaçin, S. (2013) Travma mağdurlarında ruhsal travma bulguları. *Nöropsikiyatri Arşivi, 50*, 230-236.

Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe A. L. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology, 21,* 1311–1334.

Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(12), 1007-1020.

Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., & Wingenfeld, K. ve ark. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 384-401.

Ceylan, M. E., & Oral, T. (2001) *Duygudurum Bozuklukları. Araştırmada ve Klinik Uygulama'da Biyolojik Psikiyatri.* 4. Cilt 1. Baskı, İstanbul, s.11-21.

Chabert, C. (1999). *Sınır İşleyişler: Hangi Sınırlar,* (Çev. Okçuoğlu, Z., Parman, T.), Psikanaliz Yazıları Baharlık Kitap Dizisi, İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Chagnon, J. Y. (2012). Sınır durumlar: çağdaş Fransız psikanalitik yaklaşımı, (Çev. Mete, L.) *Yanıstma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi, 17*, 9-21.

Chambers, J. A., Power, K. G., & Durham, R. C. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 18,* 587–607.

Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J. & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews, 4*(1), 48-57.

Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*(1), 45-53.

Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health, 2*(1), 35-41.

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, *82*(2), 217-225.

Christian, C. W., Block, R. & Committee on child abuse and neglect; American academy of pediatrics (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics, 123(*5), 1409-11.

Cina, M. (2016). *The Handbook of Forensic Psychopathology and Treatment.* New York: Routledge.

Clay, L. D., Anderson, W. P., & Dixon, W. A. (1993). Relationship between anger and expression and stres in predicting depression. *Journal of Counseling & Development, 72*(1), 91-94.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408.

Cicero, D. C., Epler, A. J., & Sher, K. J. (2009). Are there developmentally limited forms of bipolar disorder? *Journal of Abnormal Psychology, 118,* 431-447.

Çilden, Ş. (1995). *Saldırganlık Davranışının Nöropsikometrik, Biyokimyasal ve Nöroendokrinolojik Göstergelerinin Araştırılması (Kontrollü Bir Çalışma).* GATA Haydarpaşa Psikiyatri Servisi, Uzmanlık Tezi.

Colin, A., & Ross, M.D. (2007). Borderline Personality Disorder and Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 8*(1), 71-80.

Collins, N.L., Schetter, D., Lobel, M., & Susan, C.M. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcome and postpartum depression. *Journal of Personality and Psychology, 65,* 1243-1258.

Comer, D. R. (1995). A model of socialloafing in realworkgroups. *Human Relations, 48*(6), 647-667.

Comtois, K. A., Cowley, D. S., Dunner, D. L., & Roy-Byrne, P. P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(11), 752-758.

Cougle, Jesse R., Zvolensky, Michael J., Hawkins, & Kirsten, A. (2012). Delineating a relationship between problematic anger and cigarette smoking: A population-based study. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(1), 297-301.

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, 67*, 993-1002

Cristea, I. A., Gentili, C., & Cotet, C. D. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 319-328.

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

Cyranowski, J.M., Frank, E., Winter, E. ve ark. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychology of Medicine, 34*(4), 659-669.

Çalık, K. Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3*(1), 142-162.

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). 'Majör depresif bozukluk' tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine, 6*(1), 51-66.

Çelik, O. (2014). *Rorschach Testi Lerner Savunma Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çepelioğullar, N. (2018). Öfke atakları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 2*(4), 381-388.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin, 138*(3), 550–-88.

Daley, S.E., Burge, D., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 451-460.

De Moore G.M., Robertson, A.R. (1996). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study. *British Journal of Psychiatry, 169,* 489-94.

Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A.L. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment?. *Archieves of Womens Mental Health*, *22*, 119-122.

Demir, Ş.S. (2021). *Majör Depresyon ile Bipolar Depresyonun Ayrımında Nörotransmitter ve Yıkım Ürünleri Düzeylerinin İncelenmesi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.

Demirkapı, E.Ş. (2013) *Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi.* Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Demirtaş-Madran, H. A. (2012). Buss-Perry saldırganlık ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 24*(2): 1-6.

Deniz, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenirliği ve cezai sorumluluk. *Adli Tıp Bülteni, 22*(2), 124-129.

Deniz, D. (2017). Suç davranışına etki eden psikopatolojik süreçler. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 3*(2), 1-8.

Deniz, M. E. (2006). Ergenlerde bağlanma stilleri ile çocukluk istismarları ve suçluluk-utanç arasındaki ilişki. *Eurasian Journal of Educational Research, 22,* 89-99.

Derin, G. (2018). *Kuşaklararası Eksende Psikotarih Temelli Çocuk Yetiştirme Stillerinin Travma, Bağlanma ve Dissosiyasyon Açısından İncelenmesi.* İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Derin, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda (borderline) kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3*(3), 29-41.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020a). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 6*(2), 181- 214.

Derin, G., & Öztürk, E. (2020b). Ruhsal travmanın aktarımında psikotarihsel dinamikler. E. Öztürk, (Ed.). *Psikotarih* içinde (22-32). Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.

deMause, L. (1998). On writing childhood history. *The Journal of Psychohistory, 16*(2), 135.

Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of men and women. *Violence and Victims, 17*(6), 107-119.

Dettmeyer, R.B., Schutz, H.F. & Verhoff, M.A. (2014). Forensic psychopathology. *Forensic Medicine,* 451-458.

Didonna, F., Rossi, R., Ferrari, C., Iani, L., Pedrini, L., Rossi, N., & Lanfredi, M. (2019). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive–compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *92*(1), 112-130.

Dierkhising, C. B., Ko, S. J., Woods-Jaeger, B., Briggs, E. C., Lee, R., & Pynoos, R. S. (2013). Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the national child traumatic stress network. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 202-74.

Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescent as reaction to trauma-an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry, 59,* 79–91.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martinez-Tabos, A., ve ark. (2014). Dissociative identity disorder: an empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 402-17.

Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., Williams, M., & Chambers, R. (2016). Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(2), 223-236.

Doren N. V. & Soto J. A. (2020). Paying the price for anger: Do women bear greater costs? *International Journal of Psychology*, 56(3), 331-337.

Dorji, N., Dunne, M., & Deb, S. (2020). Adverse childhood experiences: association with physical and mental health conditions among older adults in Bhutan. *Public Health, 182*, 173-178.

Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 2*(1), 47–60.

Durmuş, E., & Gürgan, U. (2005). Lise öğrencilerinin şiddet ve saldırganlık eğilimleri. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 3*(3), 253-269.

Edwards, D. W., Scott, C. L., Yarvis, R. M., Paizis, C. L., & Panizzon, M. S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder and spousal violence. *Violence and Victims, 18*(1), 3-14.

Efilti, E. (2006). *Orta Öğretim Kurumlarında Okuyan Öğrencilerin Saldırganlık, Denetim Odağı ve Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi.* Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.

Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy, 41*, 587–598.

Eltan, S. (2019). *Psychometric Properties of The Cumulative Trauma Scale: Evaluation of The Validity and Reliability in A Turkish Sample.* Middle East Technical University. The Graduate School of Social Sciences. A Thesis Submitted. Ankara.

Eltan, S., & Karancı, A.N. (2022). Birikimli travma ölçeği kısa formu: Psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikoloji Dergisi, 6*(1), 69-93.

Emil Öğünç, N. & Eren, N. (2012). Borderline kişilik bozukluğu gösteren hastalarda psikodinamik grup psikoterapi sürecinin nesne ilişkileri üzerine etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3*(1), 30-37.

Emil Öğünç, N., Eren, N., Şahin, D., Temiz, E., & Saydam, M.B. (2018). Borderline kişilik bozukluğunun MMPI profil özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9*(3), 161-169.

Englebert, J. (2017). Ubiquite et situation: Pour une consideration topologique de la limite. *Le Cercle Hermeneutique, 28,* 107-113.

Erdem, M., Özdemir, B., Çelik, C., Balıkçı, A., Türker, T., & Özmenler, K.N. (2010) Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının şiddet suçu niteliğine göre mizaç ve karakter özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 13*(3), 113-118.

Erdemir, N. (2012). *Farklı Tür Liselerde Öğrenim Gören Öğrencilerin İnternet Kullanım Durumları ile Saldırganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Erdoğan, A., Tufan, E., Karaman, M. G., Atabek, M.S., Koparan, C., Özdemir, E., Çetiner, A. B., Yurteri, N., Öztürk, Ü., Kurçer, M. A., & Ankaralı, H. (2011). Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*, 55-61.

Erdoğan, B. (2017). *Yetişkinlerde Mutluluğun Merhamet ve Saldırganlıkla İlişkisinin İncelenmesi.* Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Erol, A., Toprak, G., & Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 13*(1), 48-57.

Erözkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal Journal of Educational Research, 4*(5), 1071-1079.

Ersan, E., & Abay, E. (2001). Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum Dizisi, 6,* 277-82.

Evren, C., Çınar, O., Evren, B., & Çelik, S. (2012). Relationship of self-mutilative behaviors with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. *Psychiatry Research, 200*(1), 20-25.

Fagin L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment, 10,* 93-99.

Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post-traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect, 20*, 953-961.

Faraji, H. (2020). *Borderline Kişilik Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Ruhsal İşleyişin Rorschach Testindeki Görünümü.* Doğuş Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Faraji, H. (2021). Borderline kişilik bozukluğunun ergenlik döneminde belirlenmesine dair bir değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 18*(43), 7139-7166.

Faraji, H., & Tezcan, A. E. (2021). *Ergen.* Ankara: Eğiten Kitap.

Faravelli, C., & Incerpi, G. (1985) Epidemiology of affective disorders in Florence: Preliminary results. *Acta Psychiatry of Scandinavica, 72*, 331-333.

Fava, M., Anderson, K., & Rosenbaum, J. F. (1990). Anger attacks: Possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*(7), 867-870.

Fein, G., Price, M., & Cardenas, V.A. (2018). Borderline personality disorder symptoms in treatment-naive actively drinking alcoholics. *Alcohol, 68*(3), 81-89.

Fekadu, A., Alem, A., Medhin, G., Shibre, T. Cleare, A., Prince, M., & Kebede, D. (2007). Utility of the concept of minor depressive disorder: Evidence from a large rural

community sample in a developing country setting. *Journal of Affective Disorders, 104*(1-3), 111-118.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect, 31,* 479-502.

Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 25–35.

Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M. & Gerber A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 22-31.

Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1129–1146.

Fonagy, P. (2016a). *Attachment and Borderline Personality Disorder.* American Psychoanalytic Association.

Fonagy, P. (2016b). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide.* Oxford , UK, Oxford University Press.

Fossati A. (2012). Adult attachment in the clinical management of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 18,* 159-171.

Frankel, A. S., & Dalenberg, C. (2006). The forensic evaluation of dissociation and persons diagnosed with dissociative identity disorder: Searching for convergence. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(1), 169-184.

Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia.* London: Hogart Press.

Freyd, J., DePrince, A. P., & Gleaves, D. H. (2007). The state of betrayal trauma theory: reply to McNally-conceptual issues, and future directions. *Memory, 15,* 295-311.

Freyd, J., & Birell, P. (2013). Why we fool ourselves we aren't being fooled. *The Criminologist, 38*(5), 60-61.

Freyd, J. (1996). *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse.* Harvard University Press.

Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzalez, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *10*(4), 274-284.

Galione, J., & Zimmerman, M. (2010). A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders, 24,* 763-772.

Gardner, D. L., Lucas, P. B., & Cowdry, R. W. (1990). CSF Metabolites in borderline personality disorder compared with nor-mal controls. *Biological Psychiatry, 28*(3), 247-254.

Gardner, K. J., Archer, J., & Jackson, S. (2012). Does maladaptive coping mediate the relationship between borderline personality traits and reactive and proactive aggression? *Aggressive Behavior, 38*(5), 403-413.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40,* 1659-1669.

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, M. ve ark. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry. 186*, 121-125.

Geçtan, E. (2015). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar.* Metis Yayıncılık: İstanbul.

Geniş-Evirgen, N. (2017). *Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Bağlanma ve Benlik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Karabük

George, D., & Mallery, P. (2003). *Frequencies in: SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 11.0 Update.* Pearson Ed.

Gerra, G., Angioni, L., Zaimovic, A., ve ark. (2004). Substance use among high-school students: relationships with temperament personality traits and parental care perception. *Substance Use and Misuse, 39,* 345-367.

Gillikin, C., Habib, L., Evces, M., Bradley, B., Ressler, K.J., & Sanders J. (2016). Trauma exposure and PTSD symptoms associate with violence in inner city civilians. *Journal of Psychiatric Research*, *83*, 1-7.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self‐harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1417-1425.

Gnass, I., Ritschel, M., Andrich, S, ve ark., (2018). Assessment of patient-reported outcomes after polytrauma: protocol for a systematic review. *British Medical Journal Open, 8.*

Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships, 16*(3), 365–384.

Goldberg, R. L., Mann, L. S., Wise, T. N., & Segall, E. A. (1985). Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. *Hillside Journal of Clinizal Psychiatry, 7,* 134-140.

Goldberg, J. F., Perlis, R. H., Bowden, C. L., Thase, M. E., Miklowitz, D.J., Marangell, L.B., Calabrese, J.R., Nierenberg, A.A., & Sachs, G.S. (2009). Manic symptoms during depressive episodes in 1380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *American Journal of Psychiatiy, 166,* 173-181.

Goldberger, L. (1983). *The Concept and Mechanisms of Denial: a Selective Overview.* In: Breznitz S, ed. The Denial of Stress. 1st ed. New York: International Universities Presss; p.83-95.

Goldman, L., & Hagga, D. A. F. (1995). Depression and the experience and expression of anger in marital and other relationships. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 183*(8), 505-509.

Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., Goldberg, S., Koenigsberg, H., Siever, L., & New, A. (2010). Parental viewpoint of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders, 24,* 204-216.

Goodwin, R. D., Jacobi, F., Bittner, A. & Wittchen, H. U. (2006). Epidemiology of Mood Disorders. In D. J. Kupfer, A. F. Schatzberg& D. J. Stein (Eds.). *The American*

*Psychiatric Publishing Textbook of Mood Disorders* (33-54). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Gorcey, M., Santiago, J. M., & McCall-Perez, F. (1986). Psychological consequences for women sexually abused in childhood. *Social Psychiatry, 21*(3), 129-133.

Gölge, Z. B. (2005). Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi, 42* (1-2-3-4), 19-28.

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., & Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545.

Graybar, S.R., & Boutulier, L.R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 39*(2), 152-162.

Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM IV disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*(2), 113-123.

Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 271-286.

Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral study of Ego Functions.* New York: Basic Books.

Grossman, F. K., Spinazzola, J., Zucker, M., & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework. *American Journal of Ortopsychiatry, 87*(1), 86-93.

Guile, J.M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Riviere, S.G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescence Health Medical Therapy, 9,* 199–210.

Gül, A., Gül, H., Özen, N.E., & Battal, S. (2016). Çocukluk çağı travmaları zemininde depresyon anksiyete ve dissosiyasyon semptomları ilişkisinin araştırılması. *Journal of Mood Disorders,* 6(3), 107-115.

Gülay, H. (2009). Okul öncesi dönemde akran ilişkileri. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12*(22), 82-93.

Günay, G. (2011). *Şiddet İçerikli Online Bilgisayar Oyunlarının İlköğretim Öğrencilerinin Saldırganlık Tepkileri Üzerindeki Etkisi.* Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale.

Gunderson, J. G, & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry, 13,* 1-10.

Gunderson, J.G. & Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry, 148,* 967-975.

Gunderson, JG, & Berkowitz C. (2003). *A BPD Brief: An Introduction to Borderline Personality Disorder Diagnosis, Origins, Course, and Treatment.* New York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorders.

Gunderson, J. G. (1996). The borderline patien's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry, 153,* 752-758.

Gülnar, D., Sunay, D., & Çaylan, A. (2010). Postpartum depresyon ile ilişkili risk faktörleri. *Turkish Clinics Journal of Gynecology and Obstetrics, 20*(3), 141-148.

Gureje, O., Kola, O. L., & Afolabi, E. (2007). Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan study of ageing: A community-based survey. *Lancet, 370,* 957-964.

Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H., & Ormrod, R. (2010). The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*(10), 734–741.

Hamilton, S. P., Fyer, A. J., Durner, M., Heiman, G. A., Ada, B. L., Hodge, S. E., Knowles, J.A., & Weissman, M. M. (2003). Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 100*(5), 2550-2555.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*(3), 690–694.

Hankin, B.L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cogntive Therapy Research, 29* (6), 645-671.

Hasta, D. & Güler, M. E. (2013). Saldırganlık: Kişilerarası ilişki tarzları ve empati açısından bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4*(1), 64-104.

Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., Osawai, Y., Utsumi, K., Ishikawa, Y., ve ark. (2010). Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *British Medical Journal of Psychiatry, 10,* 109-116.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511–524.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemerof, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33,* 693-710.

Helgeland, M. I., & Torgerson, S. (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 138-147.

Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S., ve ark. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research, 35,* 307-312.

Herman, J. L., Perry, J. C. Van Der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146*(4), 490-495.

Hien, D., Cohen, L., & Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review, 25*(6), 813–823.

Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis In The Relief of Pain.* 1st ed. Los Altos, CA: William Kauffman.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi, 7*(23), 3-13.

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891-898.

Hoffman, L. W. (1987). The value of children to parents and childrearing patterns. *Social Behaviour, 2*(3), 123-141.

Holma, K. M., Haukka, J., Suominen, K., Valtonen, H. M., Mantere, O., Melartin, T.K., ve ark. (2015). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders, 16*(6), 652–61.

Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 424-432.

Hornor, G. (2011). Childhood trauma exposure and toxic stress: what the PNP nedds to know. *Journal of Pediatric Health Care, 29*(2), 191-198.

Hou, J., Yu, L., Fang, X., & Epstein, N. (2016). The intergenerational transmission of domestic violence: The role that gender plays in attribution and consequent intimate partner violence. *Journal of Family Studies, 22*(2), 121-139.

Howe, D. (2005). Child Abuse and Neglect: Attachment, development and intervention. *British Journal of Social Work, 35*(7). 1-10.

Hsieh, H. F., Zimmerman, M. A., Xue, Y., Bauermeister, J. A., Caldwell, C. H., Wang, Z. & Hou, Y. (2014). Stress, active coping, and problem behaviors among chinese adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(4), 364-376.

Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40,* 21–33.

Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annuals of General Psychiatry*, *13*(1), 1-13.

Irmak, F. (2021). *Üniversiteli Gençlerde Öfke ve Saldırganlık Davranışının Borderline Kişilik Yapılandırılmasıyla İlişkisi.* İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Irmak, T. (2008). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler.* Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

Işık E., Işık U., & Taner Y. (2013), *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar.* Ankara: Ziraat Gurup Matbaacılık.

İslam, İ. (2009). *Karmaşık Dissosiyatif Bozukluk ve Majör Depresyonun Aleksitimi, Bilişsel İçgörü, Kişilerarası Bağlanma ve İntihar Eğilimi Açısından Karşılaştırılması.* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

İşler, A. (2007). Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi, 15*(1), 1-6.

Janet, P. (1997). *The Major Symptoms of Hysteria.* 2nd . ed. New York: Macmillan.

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & Van Os J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(1), 38-45.

Joanne L, & Davis P. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 63-79.

Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *Lancet, 6* (364), 462-470.

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A.E., & Oldham, J.M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(5), 410-413.

Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(2), 164-175.

Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782-793.

Kahraman, H. (2018). Klinik bir olgu olarak yalnızlık: yalnızlık ve psikolojik bozukluklar. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 5*(2), 1-24.

Kahveci, G. (2019). *Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi.* Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Diyarbakır.

Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 27,* 457-465.

Karal, E., & Atak, H. (2022). Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2*(1), 82-103.

Kamaradova, D, Prasko J., Brunovsky, M., ve ark. (2013). Whataredemographic and EEG differences between responding and non-responding panic disorder patients. *Neuroendocrinology Letters, 34*, 162–171.

Kapçı, E.G., & Küçüker, S. (2006). Ana babaya bağlanma ölçeği: Türk üniversite öğrencilerinde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(4), 286-295.

Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J.G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R.P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on nonsuicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive Psychiatry, 71*, 86–94.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Labruna, V. (1999) Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry, 38*, 1214-1222.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Journal of Clinical Psychiatry,* 9th Ed. Williams and Wilkins, Baltimore. s.150-158.

Karabulut İ. (2013). *Doğum Sonu Birinci ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon ile İlişkisi.* Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya.

Karal, E. (2022). Çocukluk çağı ruhsal travmaları üzerine kavramsal bir çalışma. *Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(*1), 82-103.

Karakayalı, V. (2020). *Ergenlerde Anne Baba Tutumlarının Farklı Saldırganlık Türleriyle İlişkisinin İncelenmesi.* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Samsun

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45*(2): 65-74.

Karanci, A., Isikli, S., Aker, A. T., Gul, E. I., Erkan, B. B., Ozkol, H., & Guzel, H. Y. (2012). Personality, posttraumatic stress and trauma type: Factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal of Psychotraumatology, 3,* 1-14.

Karaoğlu-Açıkgöz, B. (2016). *Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Arasındaki İlişkide Ontolojik İyi-Oluşun Aracılık Etkisi: Bir Yapısal Eşitlik Modellemesi Çalışması.* İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Karataş, Z., Yavuzer, Y., & Gündoğdu, R. (2019). Beliren yetişkinlikte saldırganlık: Kişisel ve ailesel risk faktörleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 15*(1), 61-85.

Kay J., & Tasman A. (2006). *Essentials of Psychiatry.* Chichester: John Wiley & Sons, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England. 789- 814.

Kaya, B., & Kaya, M. (2007). 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 10*(6), 3-10.

Kellogg, N. D., & Hoffman, T. J. (1997). Child sexual revictimization by multiple perpetrators. *Child Abuse & Neglect, 21*(10), 953–964.

Keltner, N. L., Schwecke, L. H., & Bostrom, C. E. (2007). *Psychiatric Nursing.* Mosby, Elsevier. 469-79.

Kempe, H. C., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1961). Chapter 5: The Battered-Child Syndrome. In book: *A 50 Year Legacy to the Field of Child Abuse and Neglect.*

Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry, 180,* 110–115.

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*(10), 953–959.

Kernberg, O.F. (1975). *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm.* (Çev. Atakay, M.) 4. Baskı, Metis Yayıncılık: İstanbul. 2016. (İlk basım 1999).

Kesebir, S., Özdoğan Kavzoğlu, S., & Üstündağ, M.F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3*(2), 321-342.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994) Lifetime and 12-month prevalences of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the national comorbidity survey. *Archieves of Genetic Psychiatry, 51*(1), 8-19.

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61*(5), 4–14.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.

Kılıç, K. M. (2019). Ergenlerde dijital oyun bağımlılığı, zorbalık bilişleri ve empati düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Elementary Education Online, 18*(2), 549-562.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 51,* 706–716.

Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology, 2*, 1–14.

Kira, I.A. (2010). Etiology and treatment of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures. *Traumatology. 16*(4), 128-141.

Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Özkan, B., & Mohanesh, J. (2008). Measuring cumulative trauma dose, types and profiles using a development-based taxonomy of trauma, traumatology. *Traumatology, 14*(2), 62–87.

Kira, I.A., Shuwiekh, H. A. M., Rice, K. G., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Sous, M. S. F., Alhuwailah, A., Baali, S. B. A., Azdaou, C., Oliemat, E. A., & Jamil, H. J. (2020a). The effects of COVID-19 and collective identity trauma (intersectional discrimination) on social status and well-being. *American Psychological Association, 27*(1), 29-39.

Kira, I.A., Shuwiekh, H. A. M., Rice, K. G., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Sous, M. S. F., Alhuwailah, A., Baali, S. B. A., Azdaou, C., Oliemat, E. A., & Jamil, H. J. (2020b). Measuring COVID-19 as traumatic stress: initial psychometrics and validation. *Journal of Loss and Trauma. 26*(3), 220-237.

Kira, I.A., Smith, I., Lewandowski, L., & Templin, T. (2010). The effects of gender discrimination on refugee torture survivors: A cross-cultural traumatology perspective. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 16*(5), 299-306.

Khosravi, M. (2020). Child maltreatment-related dissociation and its core mediation schemas in patients with borderline personality disorder. *Bio Medical Center Psychiatry*, *20*(1), 1-9.

Khoury, J. E., Zona, K., Bertha, E., Choi-Kain, L., Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (2020). Disorganized attachment interactions among young adults with borderline personality disorder, other diagnoses, and no diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *34*(6), 764-784.

Kocar, Y. (2007). *İsnat Yeteneği, İsnat Yeteneğini Kaldıran veya Azaltan Nedenler.* Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi

Kohut, H. (1971). *Kendiliğin çözümlenmesi.* (Çev. Atbaşoğlu, C., Büyükkal, B., İşcan, C.). İstanbul: Metis Yayınları.

Kolb, B. & Gibb, R. (2011). Brain plasticity and behavior in the developing brain. *Journal of Canadian Academy of Child Adolescence Psychiatry, 20*(4), 265-276.

Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1897-1907.

Koptur A., & Emü T. G. (2017). Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33*(3), 153-163.

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma and Dissociation, 10*(3), 346-67.

Köroğlu, E., & Bayraktar, S. (2010). *Kişilik Bozuklukları.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2. Baskı. 7-155.

Köseoğlu, S. A. (2004). Ebeveyn tutumları ve saldırganlık, *Polis Bilimleri Dergisi, 6*(3-4), 131-150.

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G., & Neale, J. (2017). *Anormal Psikolojisi/Psikopatoloji.* İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.

Kröber, H. L., & Lau, S. (2000) Bad or mad? Personality disorders andlegal responsibility-the German situation. *Behavioral Science and Law, 18*(5), 679-90.

Kul-Uçtu, A., & Karahan, N. (2016). Toplumsal cinsiyet algısı ve şiddet eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 5*(8), 2882-2905.

Kuzucu, Y., & Özdemir, Y. (2013). Ergen ruh sağlığının anne ve baba katılımı açısından yordanması. *Eğitim ve Bilim, 38*(168), 96-112.

Kuzucu, Y. (2008). *Küçükler İçin Büyüklere Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Küçük, A., & Çetinkaya, S. (2019). İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı ve intihar ilişkisi; tanı, borderline kişilik bozukluğu ve mizaç ve karakter özelliklerinin rolü. *Çukurova Medical Journal, 44*(2), 360-368.

Küey, L., & Güleç, C. (1993). *Depresyonun Epidemiyolojisi.* Depresyon monografileri serisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Laçin, S. (2021). *Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Hastalardaki Psikotik Semptomların Çocukluk Çağı Travmaları ve Dissosiyatif Semptomlar ile İlişkisinin İncelenmesi.* Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Lanktree, C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., ve ark. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 621-625.

Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1973) The language of psychoanalysis: translated by Donald Nicholson-Smith. *The Language of Psychoanalysis 94,* 1-497.

Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., Van Os, J., & Myin□Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(1), 28–35.

Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., et al. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous Mental Disease, 178,* 242-246

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet, 377,* 74–84.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 62*(6), 553-564.

Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 395–403.

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based Responsiveness* (p. 377–401). Oxford University Press.

Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, *46*(4), 717-730.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*(9432), 453-461.

Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(4), 349-356.

Lima, A. R., Mello, M. F., & Mari, J. D. (2010). The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry, 23*(4), 383-387

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford.

Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost-Effectiveness of Psychotherapy: A Guide for Practitioners, Researchers, and Policymakers* (pp. 291-305). New York: Oxford University Press.

Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 2*(1), 14–20.

Liotti G. (2004).Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory Reseach Practice Train, 41*(4), 472-486.

Loeb, T., Joseph, N., Wyatt, G., Zhang, M., Chin, D., Thames, A., & Aswad, Y. (2017). Predictors of somatic symptom severity: The role of cumulative history of trauma and adversity in a diverse community sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(5), 491–498.

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13* (3), 159–174.

Loranger, A. W., & Tulis, E. H. (1985). Family history of alcoholism in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 42*(2), 153–157.

Luecken, L. J. (2000). Parental caring and loss during childhood and adult cortisol responses to stress. *Psychology & Health, 15*(6), 841–851.

Luutonen, S. (2007). Anger and depression-Theoretical and clinical considerations. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(4), 246-251.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from ınfancy to adulthood. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (p. 666–697). The Guilford Press.

Lymburner, J. A., & Roesch, R. (1999). Insanity defense: five years of research (1993-1997). *International Journal of Law Psychiatry, 22*(3-4), 213-240.

Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion, 6*(4), 647-655.

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: Ameta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychiatry, 175*(1), 37-46.

Lysaker, P. H., George, S., Chaudoin-Patzoldt, K. A., Pec, O., Bob, P., Leonhardt, B. L., Vohs, J. L., James, A. V., Wickett, A., Buck, K. D., & Dimaggio. G. (2017). Contrasting metacognitive, social cognitive and alexithymia profiles in adults with borderline personality disorder, schizophrenia and substance use disorder. *Psychiatry Research, 257*, 393-399.

MacIntosh, H. G, & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psycholgy, 56,* 227–241.

MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1878–1883.

Madran, H. A. D. (2012). Buss-Perry saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, *24*(2), 1-6.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for ıdentifying ınfants as disorganized/disoriented during the ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment In The Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (p. 121–160). The University of Chicago Press.

Malone, J. C. (2014). Did John B. Watson really "found" behaviorism?. *Behavioral Analysis*, 37(1), 1–12.

Maner, F., Kayatekin, Z., Abay, E., Saygılı, S., Şener, İ. (1991). Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam Dergisi, 4*(1), 6-13.

Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders*, 6(3), 278–291.

Mancke, F., Herpertz, S. C., Kleindienst, N., & Bertsch, K. (2017). Emotion dysregulation and trait anger sequentially mediate the association between borderline personality disorder and aggression. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 256–272.

Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S., & Bumin, M. A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12,* 251-9.

Marneros, A. (2006) Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry, 5*(4), 119-122.

May, J.M., Richardi, T.M., & Barth, K.S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician, 6*(2), 62-67.

McCoy, M. L. & Keen, S. M. (2014). *Child Abuse and Neglect.* 2nd ed. Psychology Press.

McKinnon, M. C., Boyd, J. E., Frewen, P. A., Lanius, U. F., Jetly, R., Richardson, J. D., & Lanius, R. A. (2016). A review of the relation between dissociation, memory, executive functioning and social cognition in military members and civilians with neuropsychiatric conditions. *Neuropsychologia, 90,* 210-234.

McCutcheon, V. V., Sartor, C. E., Pommer, N. E., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Madden, P. F., & Heath, A. C. (2010). Age at trauma exposure and PTSD risk in young adult women. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 811–814.

McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik Tanı: Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. (Çev. Kalem, E.) 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

McWilliams, N., & Kalem, E. (2010). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak.* İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Meadow, R. (1989). Munchausen by proxy. *British Medical Journal, 299*, 248-250.

Meares, R. A. (2012). *Dissociation Model of Borderline Personality Disorder (Norton Series on Interpersonal Neurobiology).* New York: Norton.

Mendelli, L., Petrelli, C., Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry, 30*(6), 665-680.

Menon, P., Chaudhari, B., Saldanha, D., Devabhaktuni, S., & Bhattacharya, L. (2016). Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Industrial Psychology Journal, 25,* 101-106.

Mesa-Gresa, P., & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiology of child abuse: The 'cycle of violence'. *Review Neurology, 52* (8), 489–503.

Meyer, C., & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 35,* 229-233.

Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1092–1106.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*(2), 77-102.

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172.

Millender, E. I., & Lowe, J. (2017). Cumulative trauma among Mayas living in Southeast Florida. *Journal of Immigrant and Minority Health, 19*(3), 598–605.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life.* 2nd Ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2004.

Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*, 341–348.

Mitchell, S. A. & Black, M. J. (2012). *Freud ve Sonrası: Modern Psikanalitik Düşüncenin Tarihi.* İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Molina-Serrano, A., Linotte, S., Amat, M., Souery, D., & Barreto, M. (2008). Dissociation in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *Journal of Trauma and Dissociation, 9,* 411–421.

Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health, 91,* 753–760.

Monte, F. L., & Englebert, J. (2018). Borderline personality disorder and lived time. *L'Evolution Psychiatrique, 83*(4), 37-45.

Monti, M. R., & D'Agostino, A. (2016). Abnormal bodily experience in borderline personality disorder: Clinical issues and psychopathological perspectives. *Clinical Neuropsychiatry, 13*(3), 37–42.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Degenhardt, L., Borschmann, R., & Patton, G.C. (2015). Substance use in adulthood following adolescent self-harm: A population-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 131*(1), 61–68.

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adoles cence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet, 379*(9812), 236–243.

Moscarello, R. (1990). Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*(1), 25-30.

Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, C., Vidaver, R., Auciello, P., & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consultation in Clinical Psychology, 66*(3), 493-9.

Muller, R. T., Lemieux, K. E., & Sicoli, L. A. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence, 16*(2), 151–169.

Muşdal-Çelebi, B. & Polat, A. (2019). Çocukluk çağı travmatik yaşantıların, yetişkin bağlanma stillerinin ve psikolojik iyi oluşun evlilik doyumu üzerindeki etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5* (1) , 29-34.

Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd J. H., Burke, J. D., & Kramer M. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980- 1982. *Archieves Genetic Psychiatry, 41,* 959-970.

Myers, D. G. (1978). Polarizing effect of social comparison. *Journal of Experimental Social Psychology, 14,* 554-563.

Myhr, G., Sookman, D., Pinard, G., ve ark. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109,* 447-456.

Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141-151.

Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: Gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues of Mental Health Nursing, 19,* 97-112.

Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K.K., et al. (2002). Association between self‐reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry, 59*(2), 139–145.

Nelson, S, Baldwin, N, & Taylor, J. (2012) Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative literature review. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 19*(3), 211-20.

Nemiah, J. C. (1981). Dissociative Disorders. (Ed. Freedman, A.M., Kaplan, H.I.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 456-471.

Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P., et. al. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of Personality Disorders, 23*(6), 541–554.

Newhill, C. E., Eack, S. M., Mulvey, E. P., et, al (2012). A growth curve analysis of emotion dysregulation as a mediator for violence in individuals with and without borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 452–467.

Ni, X., Chan, D., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2009). Serotonin genes and gene–gene interactions in borderline personality disorder in a matched casecontrol study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 33*(1), 128-133.

Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: Ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41,* 402-409.

Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archieves Genetic Psychiatry, 68*(10), 1058–64.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long‐term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta‐analysis. *Public Library of Science Medicine, 9*(11), 1-31.

Nysaeter, T. E., & Nordahl, H. M. (2012). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: How does it look at 2-year f ollow-up? *Nordic Journal of Psychiatry, 66*(3), 209-214.

Ociskova, M., Prasko, J., Kamaradova, D., Grambal, A., Latalova, K., & Sigmundova, Z. (2014). Relationship between ınternalized stigma and treatment efficacy in mixed neurotic spectrum and depressive disorders. *Neurology Endocrinology Letters, 35,* 711–717.

Ohayon, M. M. (2007). Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of Psychiatry Research, 41*, 207-213.

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 20-26.

Oltulular, M. (2020). *Borderline Kişilik Bozukluğu ve Yalan.* Üsküdar Üniversitesi, Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Oral, G. (1999). *Adli Psikiyatri*. İçinde: Z. Sosyal, C. Çakalır, (Ed.), Adli Tıp, 3, 1377‐1572.

Oral, G., & Atamer, A. (2004). Psikolojik kuramlar ve agresyon üzerine bir derleme. *Adli Psikiyatri Dergisi, 1*(1), 43-57.

Oral, T. Ç. (2010). *İki Uçlu Duygulanım Bozukluklarında Şiddet Davranışı ve Cezai Sorumluluk.* İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Orcutt, H. K., Garcia, M., & Pickett, S.M. (2005). Female-perpetrated ıntimate partner violence and romantic attachment style in a college student sample. *Violence and Victims, 20*(3), 287-302.

Oruçlular, Y. (2016). Sınırda kişilik bozukluğunun nedeni ve sonucu olarak kişilerarası travma: Gözden geçirmeye dayalı bir model önerisi. *Türk Psikoloji Yazıları, 19*(37), 76-88.

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abdallah, T.A., Guelfi, J.D., & Rouillon, F. (2007). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *Encephale, 34*(5), 452-458.

Önder, Y. (2006). Sınır kişilik bozukluğu hastası: Psikodinamik perspektiften tanı, kuram ve tedavi üzerine bir güncelleme. *Türk Psikoloji Bülteni, 12*(38), 68.

Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., İkiışık, H., & Karavuş, M. (2009). Marmara depreminden altı yıl sonra Sapanca'da travma sonrası stres ve anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi. *Yeni Symposium, 47*(4), 164-177.

Özakkaş, T., & Çorak, A. (2013). *Kernberg, Kohut, Masterson'a Göre Nesne İlişkileri.* Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 115. Istanbul: Psikoterapi Enstitüsü.

Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., & Zileli, L. (2002). Sınır kişilik organizasyonu temelinde narsisistik kişilik bozukluğu ve yapay bozukluk: psikanalitik psikoterapi süreci. *Türkiye Psikiyatri Dergisi, 13*(2), 152-160.

Özdemir, O., Boysan, M., Guzel-Ozdemir, P., Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research, 228,* 598–605.

Özden, S. Y. (2015). Adli psikiyatri açısından önemli akıl hastalıkları. *Adli Psikiyatri, 2,* 121-145.

Özer, B. (2021). *Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Depresyon Arasındaki İlişkide Affetmemenin ve Sürekli Öfkenin Rolü.* Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.

Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics, 8*(2), 10-20.

Özdemir, H., & Rezaki, M. (2007). Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(1), 13-21.

Özmen, S.K. (2004). Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 37*, 27-39.

Öztun., H., Bilge, Y., & Bilge, Y. (2015). Kişilik bozuklukları ile gelir ve cinsiyet değişkenlerinin ilişkisinin incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi, 8*(1), 63-82.

Öztürk, E. (2003). *Travma Kökenli Dissosiyatif Bozukluk Vakalarının Ailelerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı.* Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.

Öztürk, E. (2016). Psikotarih açısından çocuk yetiştirme tarzları ve çocuk istismarı. Aşıcıoğlu F., & Ziyalar, N, (eds). *Adli Sosyal Bilimler* içinde (24-34). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk E. (2017). *Travma ve Dissosiyasyon.* 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, E. (2018a). Travma merkezli alyans model terapi: Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. E. Öztürk, (Ed.), *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* içinde (31-38). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2020a). *Travma ve Dissosiyasyon: Psikotravmatoloji Temel Kitabı. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri.* 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi.

Öztürk, E. (2020b). Psikotarih, Travma ve Dissosiyasyon: Çocukluk Çağı Travmaları, Savaşlar ve Dissosiyasyonun Anamnezi. Öztürk E, editör. *Psikotarih* içinde (1-21). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2021). Trauma based alliance model therapy. *Medicine Science, 10*(2), 631-50.

Öztürk, E. (2022a). Modern psikotravmatoloji ve dissosiyasyon teorileri. Öztürk E, editör. *Psikotravmatoloji* içinde (41-69). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2022b). Dissoanaliz ve psikotoplumsal bilinç alyansı kuramı: İnkar travması ve dissosiyatif yansıtımlı kimlik geçişi. Öztürk E, editör. *Psikotravmatoloji* içinde (1-40). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.

Öztürk, E. (2022c). Dissoanalysis as a modern psychotraumatology theory: Denial trauma and mass dissociation versus dissociative revolution and psychocommunal therapy. *Medicine Science, 11*(3), 1359-85.

Öztürk, E. (2022d). Dysfunctional generations versus natural and guiding parenting style: Intergenerational transmission of trauma and intergenerational transfer of psychopathology as dissociogenic agents. *Medicine Science, 11*(4), 886-904.

Öztürk, E., & Derin, G. (2018). Dissosiyatif bozukluklar ve sınırda kişilik bozukluğunda ruhsal travma. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 3*(3), 29-41.

Öztürk, E., & Derin, G. (2020). Psikotravmatoloji. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 6*(1), 181-214.

Öztürk, E., & Derin, G. (2021a). *Adli Psikotravmatoloji ve Adli Psikopatoloji.* Conference: 3rd International TURAZ ACADEMY Forensic Sciences, Forensic Medicine, an Pathology Congress. At: Azerbaycan, p.258-262.

Öztürk, E., & Derin, G. (2021b). Dissosiyatif bozukluklarda kendine zarar verme davranışları ve intihar eğilimleri: Travma perspektifinden psikoterapötik bir değerlendirme. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 7*(1), 9 31.

Öztürk, E., & Derin, G. (2022). *Psikotoplumsal Dönüşüm: Kuşaklararası Gelişim ve Kuşaklararası Fosilleşime.* Conference: 3. Türk Adli Bilimler Kongres,, 14. Adli Tıp Çalıştayı "Güncel Uygulamalar": Antalya.

Öztürk, E., Derin, G., & Ateş, A. (2019). *Adli Psikiyatri ve Dissosiyatif Bozukluklar.* Conference: 2. Türk Adli Bilimler Kongresi ve 10. Adli Tıp Çalıştayı 11 Nisan, 2019, Kaş/Antalya.

Öztürk, E., & Şar, V. (2006). The “apparently normal” family: A contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice, 4*(3-4), 287-303.

Öztürk, M. O., & Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* Yenilenmiş Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 337-427.

Painuly, N., Grover, S., Gupta, N., & Mattoo, S. K. (2011). Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: Implications for their construct? *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 65*(2), 165-174.

Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach.* American Psychiatric Association.

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal, 172*(12), 1579-83.

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Associatiğon Journal, 172,*1579- 1583.

Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 277–290.

Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42* (6), 482–7.

Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2002) Family adversity, positive peer relationships and children's externalizing behavior: A longutitunal perspective on risk and resilience. child development relationship between problem behaviors and academic achievement in adolescents: the unique role of attention problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10,* 233-240.

Pfohl, B., Blum, N., John, D. S., Mccormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the borderline evaluation of severity over time (Best): Self-rated scale

to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*(3):281-293.

Polat, A., & Balıkçı, C. (2008). İntihar girişimi nedeniyle İskenderun devlet hastanesi acil servise gelen ve krize müdahale birimine yönlendirilen olguların değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 16*(3), 1-10.

Poulin, F., & Boivin, M. (2000). Reactive and proactive aggression: Evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment*, 12(2), 115–122.

Prasko, J., Grambal, A., Kasalova, P., Kamardova, D., Ociskova, M., Holubova, M., Vrbova, K., Sigmundova, Z., Latalova, K., Slepecky, M., et al. (2016). Impact of dissociation on treatment of depressive and anxiety spectrum disorders with and without personality disorders. *Neuropsychiatrical Diseases Treatment, 12,* 2659–2676.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective,* The Guilford Press, New York.

Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Lansford, J. E., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., et al. (2012). Agreement in mother and father acceptance-rejection, warmth, and hostility/rejection/ neglect of children across nine countries. *Cross-Cultural Research, 46*(3) 191–223.

Ray, W. J. (2018). *Abnormal psychology.* 2nd Ed. Sage Publications.

Rees, C. (2012). Children's attachments. *Pediatrics and Child Health, 22*(5), 186-192.

Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., & Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental

disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites. *Archieves Genetic Psychiatry, 45*, 977-986.

Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association, 12*(2), 92–98.

Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8*(2), 223–255.

Rich, C. L., Warstradt, G. M., Nemiroff, R. A., ve ark. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle. *American Journal of Psychiatry, 148,* 524-527.

Rihmer, Z. & Angst, J. (2007). *Duygudurum Bozuklukları Epidemiyoloji.* (H. Aydın ve A. Bozkurt, Çev.) (8. baskı). Ankara: Öncü Basımevi.

Risler, E., Kintzle, S., & Nackerud, L. (2015). Haiti and the earthquake: examining the experience of psychological stress and trauma. *Research on Social Work Practice*, *25*(2), 251–256.

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 132*(1), 1-25.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295.

Rodante, D. E., Grendas, L. N., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Rojas, S. M., ... & Daray, F. M. (2019). Predictors of short-and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *140*(2), 158-168.

Rosenbaum, M. (1990). The role of depression in couples involved in murder-suicide and homicide. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1036-1039.

Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 75–91.

Ross, C. A., & Halpern, N. (2009). *Trauma Model Therapy: A Treatment Aproach For Trauma, Dissociation and Complex Comorbidity.* Greenleaf Book Group.

Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 24,* 607-617.

Ross-Gower, J., Waller, G., Tyson, M., & Elliott, P. (1998). Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *British Journal of C!inical Psychology, 3*(3), 313-326.

Rudy, D. & Grusec, J. E. (2001). Correlates of authoritarian parenting in individualist and collectivist cultures and implications for understanding the transmission of values. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 32*(2), 202–212.

Rutter, M., & Maughan, B. (1997). Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 11* (1), 4–18.

Sakarya, D., & Çevik, A. (2007). Sınırda (borderline) kişilik bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of International Medical Science, 3,* 40-46.

Sanders, B., & Giolas, M. H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *The American Journal of Psychiatry, 148*(1), 50–54.

Sansone, R. A., Chu, J., & Wiederman, M. W. (2006). Domestic violence and borderline personality symptomatology among women in an inpatient psychiatric setting. *Traumatology, 12*(4), 314-319.

Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2012). The relationship between illegal-behaviors and borderline personality symptoms among internal medicine outpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53*(2), 176–180.

Sansone, R. A., Reddington, A., Sky, K., & Wiederman, M. W. (2007). Borderline personality symptomatology and history of domestic violence among women in an internal medicine setting. *Violence and Victims, 22*(1), 120-126.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in Clinical Neuroscience, 9*(3), 23-26.

Sansone, R. A., Songer, D. A. & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 117-120.

Sarıcan, E. S. (2019). *Doğumda Kanguru Bakımının Sadece Anne Sütü ile Beslenme Durumuna ve Bebeğin Büyüme-Gelişmesine Etkisinin Bağlanma Kuramına Göre İncelenmesi.* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir

Savaş, H., Çakıcı, M., & Uygur, N. (1999). Bir Olgu Dolayısıyla İnfantisit ve Filisit'in Psikiyatrik Yönü. *Adli Tıp Bülteni, 4*(2), 74-77.

Scalabrini, A., Cavicchioli, M., Fossati, A., & Maffei, C. (2016). The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(4), 522-543.

Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 122*(3), 193-198.

Schmidt, A. (2019). Kernberg ve Kohut'un narsisistik kişilik bozukluğu kuramlarının karşılaştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 30*(2), 137-141.

Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. P*ersonality Disorders, 5* (3), 278–288.

Scott, G., Ross, C. A., Dorahy, M.J ., Read, J., & Schafer, I. (2019). Childhood trauma in psychotic and dissociative disorders. In: Dorahy MJ, Moskowitz A, Schafer I, eds. *Psychosis, Dissociation and Trauma Evolving Perspectives On Severe Psychopathology*. (143-159). 2nd ed. NJ: John Wiley & Son Ltd..

Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM‐IV mental disorders in young adults. *Archives of General Psychiatry, 67*(7), 712–719.

Scott, L. N., & Pilkonis, P. A. (2015). Next steps in research on aggression in borderline personality disorder: Commentary on "aggression in borderline personality

disorder-a multidimensional model." *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 296–297.

Scott, L. N., Wright, A. G. C., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Pilkonis, P. A., & Stepp, S. D. (2017). Borderline personality disorder symptoms and aggression: a within-person process model. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 429–440.

Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M. et al. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress.* U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Washington, DC.

Setia, M. S. (2016). Methodology series module 2: Case-control Studies. *Indian Journal of Dermatology, 61*(2), 146-51.

Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderso, J. G., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Bender, D. S., & Zanarini, M. C. (2004). Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time. *Journal of Abnormal Psychology, 113,* 499– 508.

Shearer SL. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1324-1328.

Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 381–395.

Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology, 12*(1), 47–62.

Siegel, D. (2012). *The Developing Mind, Second Edition: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are.* New York: Guilford Press.

Silvers, J. A., Buhle, J. T. & Ochsner, K.N. (2014). *The Neuroscience of Emotion Regulation: Basic Mechanisms and Their Role in Development, Aging and Psychopathology.* New York: Oxford University Press.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (2006). The long‐term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect, 20*(8), 709–723.

Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, *8*(10), 755-762.

Simons, K. J., Paternite, C. E., & Shore, C. (2001). Quality of parent/adolescent attachment and aggression in young adolescents. *The Journal of Early Adolescence, 21*(2), 182–203.

Sinnamon, G. C. B. (2014). *Psychopathology and Criminal Behavior* (chapter 11). In: Petherick W. Ed. *Applied Crime Analysis: A Social Science Approach to Understanding Crime, Criminals, and Victims.* 1st ed, Academic Press, 242-244.

Skodol, A.E., & Bender, D.S. (2003). Why are aomen diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly, 74*(4), 349-360.

Soenens, B. & Beyers, W. (2012). The cross-cultural significance of control and autonomy in parent-adolescent relationships. *Journal of Adolescence, 35,* 243–248.

Sofuoğlu, Ş., & Pur-Karabulut, İ. G. (2019). Gelişimsel travmaya okul ortamında bağlanma odaklı terapötik müdahale. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi, 7*(2), 606-638.

Sokero, T. P., Rytsala, H. J., Melartin, T. & Lesleka, U. S. (2003). Suicidal ideation and attemps among psychiatric patients with major depression disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64*(9), 1094-100.

Soloff, P. H., Meltzer, C. C., & Becker, C. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 123*(3), 153-163.

Sonu, S., Post, S., & Feinglass, J. (2019). Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Preventive Medicine, 123,* 163-170.

Söderholm, J. J., Socada, J. L., Rosenström, T., Ekelund, J., & Isometsä, E. T. (2020). Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients—A comparative study. *Frontiers in Psychiatry, 11,* 290**.**

Stefansson, J. G., Lindal, E., Björnsson, J. K., & Guomundsdottir, A. (1991) Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland 1931. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 142-149.

Steinberg, M. (1994). *Interviewer's Guide To the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D).* Published online.

Stepp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *Journal of Interpersonal Violence, 27*, 103-124.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly, 7,* 467-489.

Stinson, F. S., Dawson, D. A., Golstein, R. B., Chou S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W.J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(7), 1033-1045.

Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment.* New York: W.W Norton & Co.

Stone, M. H. (2007). Violent crimes and their relationship to personality disorders. *Personality and Mental Health, 1,* 138-153.

Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50*(2), 121–127.

Sullivan, M. D., & Youngner, S. J. (1994). Depression, competence, and the right to refuse lifesaving medical treatment. *The American Journal of Psychiatry, 151*(7), 971-8.

Sümer, N., Oruçlular, Y., & Çapar, T. (2015). Bağlanma ve bağımlılık: Kuramsal çerçeve ve derleme çalışması. *Bağımlılık Dergisi, 16*(4), 192-209.

Sütçü Y., Çelik, M., Kabakçı, E., & Uluşahin, A. (2005). Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında psikopatoloji ve kişilik örüntüleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(4), 229-236.

Stefanis, C. N., & Stefais, N. C. (1999). Diyagnosis. In Mario Maj Ed, *Evidence and Experiance*. John Wiley and Sons, 1–52.

Svrakic, D.M., & Cloninger, C.R. (2007). *Kişilik Bozuklukları*. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev. Aydın, H., Bozkurt, A.). 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2063-2104.

Şahiner, Ü. M., Yurdakök, K., Kavak, U. S., & Çetin, İ. (2001). Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi, 22*(1), 276-85.

Şalcıoğlu, E. (2003). *Travma sonrası stres bozukluğu: Ampirik bulgular. Psikolojik Travma ve Sonuçları.* İstanbul: 5US, 65-78.

Şar, V. (2006). The scope of dissociative disorders: An international perspective. *Psychiatry Clincal North America, 29*(1), 227-244.

Şar, V. (2009a). *Ruhsal Gelişim. Psikiyatri Ders Kitapları Serisi.* 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları;. p.53-54.

Şar, V. (2009b). Dissosiyatif kimlik bozukluğu: bir güncelleme. *Psike Dergi, 2*, 11□22.

Şar, V. (2011). *Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview.* Epidemiology Research International 2011.

Şar, V. (2015). Dissociative depression is resistant to treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, 3*(2).

Şar, V., Akyüz, G. Kuğu, N., Öztürk, E., & Ertem Vehid, H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(10), 1583-1590.

Şar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., & Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma and Dissociation, 14*(4), 423- 438.

Şar, V., Alioğlu, F., & Akyüz, G. (2014). Experiences of posession and paranormal phenomena among women in the general population: Are they related to traumatic stress and dissociation? *Journal of Trauma and Dissociation, 15*(3), 303-318.

Şar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Yargıç, I. L., Tutkun, H., Bakım, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 119–36.

Şar, V., & Öztürk, E. (2013). Stimulus deprivation and overstimulation as dissociogenic agents in postmodern oppressive societies. *Journal of Trauma and Dissociation, 14*(2), 198-212.

Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science, 32*(4), 1054- 1063.

Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., et al. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 41*(3), 216-222.

Şimşek, S., & Önder, F.C. (2011). Ergenlerde davranış problemlerinin, anne-babadan ve öğretmenlerden algılanan duygusal istismar açısından incelenmesi. *İlköğretim Online, 10* (3) , 1123-1137 .

Tackett, K. K. (2002). The health effects of child abuse: four pathways by which buse can influence health. *Child Abuse Neglect, 6*(7), 715-730.

Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi, 35*, 82-86.

Taylor, D., & Richardson, P. (2005). *The Psychoanalytic/Psychodynamic Approach to Depressive Disorders.* Oxford textbook of psychotherapy, 127-136.

Taymur, İ., & Boratav, R. C. (2013) İçselleştirme, içealım, içeatım ve özdeşim. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5*(3), 330-342.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Polcari, A., & McGreenery, C.E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 993–1000.

Tekin, M. (2021). Borderline kişilik bozukluğunun nedensellik ve psikolojik kuramlar açısından değerlendirilmesine dair bir gözden geçirme. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi, 07*(04), 100-105

Tektaş, D. (2021). *Hatay Örnekleminde Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Şiddete Yönelik Tutum, Şiddet Eğilimi ve Saldırganlık Üzerine Etkisi.* Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*(1), 10–20.

Tıraşçı, Y. & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi, 34*(1), 70-74.

Tiryaki, A. & Baran, G. (2017). Bir çocuk istismarı türü olarak munchausen by proxy sendromu. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(1), 107-124.

Tikkanen, R., Holi, M., Lindberg, N., Tiihonen, J., & Virkkunen, M. (2009). Recidivistic offending and mortality in alcoholic violent offenders: a prospective follow-up study. *Psychiatrical Research, 168*(1), 18–25.

To, P., Eboreime, E., & Agyapong, V. I. O. (2021). The impact of wildfires on mental health: A scoping review. *Behavioral Sciences*, *11*(9), 126.

Tomko, R.L., Trull, T.J., Wood, P.K., & Sher, K.J. (2013). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders, 28*(5), 1-17.

Towswend, M. C. (2004). *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 647-661.

Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz kuramı ve özellikleri. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7*, 275-285.

Türkçapar, M.H., & Işık, B. (2000). Borderline kişilik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası, 4*, 44-9.

Tütüncü, S. (2020). Derleme: Köken aile tutumlarının psikopatoloji üzerine etkisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi, 1*(1), 49-56.

Uehara, T., Sato, T., Sakado, K., ve ark. (1998). Parental bonding instrument and the inventory to diagnose depression lifetime version in a volunteer sample of Japanese workers. *Depression Anxiety, 8,* 65-70.

UNICEF (2010). *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu.*

Uscinska, M., Nicolo, G., Polla Mattiot, A., & Bellino, S. (2019). Borderline personality disorder and childhood trauma: The posited mechanisms of symptoms expression, *Psychological Trauma, 2*(2), 1-11.

Uytun, M. Ç., Durmuş, R., & Öztop, D. B. (2014). Dissosiyatif bozuklukta tanı ve ayırıcı tanı: olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri, 17*, 41-48.

Ünal, S., & Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1*(1), 41-48.

Vachon, D. D, Krueger, R. F., Rogosch, F., Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry, 72*(11):1135-1142.

Vahip, I. (2002). Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: Farklı bir açıdan bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi, 13,* 312-319.

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(11- 12), 906-14.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta‐analysis of patient‐control, prospective‐and cross‐sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661–671.

Varcarolis, E. M. (2004). *Manual of Psychiatric Nursing Care Plans: Diagnoses, Clinical Tools, and Psychopharmacology.* 2nd ed. New York: Saunders.

Vaughn, M. G., Christopher, P. S. W., DeLisi, M. & Larson, M. (2014). Deliberate self-harm and the nexus of violence, victimization, and mental health problems in the United States. *Psychiatry Research 225*(3), 588-95.

Vega, A. W., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., & Caraveo Anduaga, J. (1998) Lifetime prevalence of DSM-III-R psyhatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archieves Genetic Psychiatry, 55*(9), 771-778.

Videbeck, S. L. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 414-451.

Violato, C., & Arato, J. (2004). Childhood attachment and adolescent suicide: a stepwise discriminant analysis in a case comparison study. *Individual Differences Research, 2,* 162-168.

Volkan, V. (1976). *Primitive Internalized Object Relations.* International Universities Press, Inc, New York.

Wager, N. (2013). Sexual revictimization: Double betrayal and the risk associated with dissociative amnesia. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(7), 878-899.

Walsh, F. (1977). *The Family of the Borderline Patient.* New York: Jason Aronson.

Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(5), 478-481.

Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry, 194*(05), 392-398.

Weiss, R. P.(2000). The Wave of the Brain, *Training & Development,* 21-24.

White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I . (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 11*(1), 8-19.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders, 23*(5), 433-446.

Willinger, U., Heiden, A. M., Meszaros, K. ve ark. (2002). Schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 36,* 663-668.

Wolf, E.J., Logue, M.W., Morrison, F.G., Wilcox, E.S., Stone, A., Schichman, S.A., & Miller, M.W. (2019). Posttraumatic psychopathology and the pace of the epigenetic clock: a longitudinal investigation. *Psychological Medicine, 49*(5), 791.

World Helth Organization (2002). *Defining Sexual Health:Report of a Technical Consultation on Sexual Health.* Genava: World Health Organization.

Wright, M. O., Crawford, E. & Del Castillo, D. (2009) Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect, 33*, 59-68.

Wyatt, G. E., Axelrod, J., Chin, D., Vargas Carmona, J. & Burns Loeb, T. (2000). Examining patterns of vulnerability to domestic violence among African American women. *Violence Against Women, 6*, 495-515.

Yakın, D. (2014). Bağımlı kişilik örüntüsü ve terapötik iş birliği: Şema odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulaması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 1*(2), 1-13.

Yargıç, L. I., Tutkun, H., & Şar, V. (1995). The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation, 8*, 10-13.

Yavuz, Ö. (2021). *Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik Belirtiler ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkide Psikolojik Dayanıklılık ve Özyeterliliğin Aracı Rolü.* İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Yavuzer, H. (1996). *Ana-Baba ve Çocuk: Ailede Çocuk Eğitimi.* Remzi Kitabevi.

Yayla, Y. (2007). *2001-2005 Yılları Arasında Şanlıurfa Adliyesindeki Ceza Mahkemelerine Yansıyan Davalarda Ceza Sorumluluğu Kavramının İncelenmesi.* İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Şanlıurfa.

Yazıcı, K., & Yazıcı, A. E. (2010). Dürtüselliğin nöroanotomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*, 254-280.

Yen, S. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 190,* 510-518.

Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L.C. (2003). Axis I and Axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(3), 375-381.

Yenidünya, A. (2017). *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ile Risk ve Koruyucu Faktörlerin, Genç Yetişkinlikteki Yalnızlık Stilleri ile İlişkisi.* Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldırım, A. (2015) *Hokeycilerin İletişim Becerileri ve Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi.* Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Yıldırım, E. C. (2020). *Fibromiyalji Hastalarında Travmatik Olay Deneyimi, Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı ile Aleksitimi ve Travmatik Stres Belirtileri Arasındaki İlişki.* İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yıldız, M. (2014). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı DSM-5'in Türkçe çevirisi üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(3), 218-221.

Yılmaz-Özsalih, A. (2021). *Birinci Basamakta Postpartum Depresyon Riski ve İlişkili, Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Trabzon.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A Practitioner's Guide.* Guilford press.

Yücel, D. (2014). *Çocukluk çağı istismar yaşantılarının genç yetişkinlik dönemindeki bağlanma süreçleri, psikopatolojik semptomlar, ilişki yeterlilikleri ve aşk tutumları ile ilişkilerinin incelenmesi.* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Yücel, M. T. (1987). Cezai sorumluluk ve akıl hastası suçlular. *Adli Psikiyatri, 78*(4), 24-29.

Yüksel, İ. (2003). İşsizliğin psikososyal sonuçlarının incelenmesi (Ankara Örneği). C.Ü. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 4*(2), 21-38

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1733-1739.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 827-832

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 929-935.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 169,* 476-483.

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154,* 1101–1106.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*(1), 10–18.

Zanarini, M. C., Temes, C. M., Ivey, A. M., Cohn, D. M., & Conkey, L. C., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., 2017. The 10-year course of adult aggression toward others in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Psychiatry Research, 252,* 134–138.

Zanarini, M.C. (2008). Reasons for change in borderline personality disorder (and Other Axis II Disorders). *The Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 505-515.

Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 40*(4), 245– 252.

Zittel-Conklin, C., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry,162* (5), 867-875.

Zorlu, Z. (2021). *Bipolar Bozukluk Tip I Tanılı Ebeveyn Çocuklarında Psikopatoloji, Travma, Dissosiyasyon Sıklığı ve İlişkisi.* İstanbul Üniversitesi, Tıp fakültesi, Uzmanlık, Tezi, İstanbul.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk M., Kora, M. & Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2*(2), 69-78.

Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1995). The five-factor model of personality in borderline and nonborderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 40,* 523-526.

# 8. EKLER

## EK 8.1. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### ONAM FORMU

Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresyon Tanısı Alan Yetişkin Bireylerdeki Kümülatif Travmaların Adli Psikopatoloji Açısından Değerlendirilmesi-DOKTORA TEZ ÇALIŞMASININ AYDNLATILMIŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMUDUR.

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak tarafımdan yürütülmektedir. Araştırma borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanısı alan yetişkin bireylerdeki kümülatif travmaların adli psikopatoloji açısından değerlendirilmesi üzerine kuruludur.

Çalışmaya katılmakta gönüllülük esastır. Size yöneltilecek ölçek ve soru formlarında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Sizinle yapacağım bir görüşme ile ölçekleri araştırmacı eşliğinde doldurmanız istenmektedir. Tüm ölçeklerin doldurulması yaklaşık 1 saat alacaktır. Ölçekler doldurulduktan sonra bir zarfa konulacak ve sadece araştırmacı tarafından verilerin değerlendirilmesi için kullanılacaktır. Alınan bilgilerle size bir tanı konmayacak veya bir tedavi sunulmayacaktır. Bu veriler ve araştırma sonuçları, toplu olarak bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bu çalışmanın önemi, borderline kişilik bozukluğu ve depresyon tanısı alan yetişkin bireylerdeki kümülatif travmaların adli psikopatoloji açısından değerlendirilmesidir.

Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Araştırmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmamak veya araştırmadan çekilmek size bir sorumluluk yüklemeyecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bu araştırmaya kendi isteğimle, gönüllü olarak katılıyorum ve soruları cevaplamaya başladıktan sonra istediğim zaman katılmaktan vazgeçebileceğim hakkında bilgilendirildim.

Bana anlatılan bu araştırmaya, herhangi bir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Katılımcı Araştırmacı

Onay

## EK 8.2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Katılımcı No:

Adı ve Soyadının Baş Harfleri

**1. Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek

**2. Yaş:** ……..

**3. Medeni Durum:** ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış /Dul

**4. Eğitim Düzeyi:** ( ) Eğitimsiz ( ) Okur-Yazar ( ) İlkokul – 5 yıl

( ) İlköğretim – 8 yıl ( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri

**5. Halen Yaşadığı Yer:** ( ) Büyükşehir ( ) İl ( ) İlçe ( ) Kasaba ( ) Köy

**6. Halen Kim(ler)le Yaşamaktadır:** ( ) Yalnız yaşıyor ( ) 1. derece aileyle ( ) 2/3. derece aileyle ( ) Arkadaşlarıyla ( ) Diğer (belirtiniz) ……

**7. Meslek ve Gelir Durumu:**

**7a.** Güncel mesleki durum:

( ) Çalışmıyor ( ) Düzenli bir işi var ( ) Düzensiz bir işi var

**7b.** Ailenin aylık gelir düzeyi algısı

( ) yüksek ( ) orta ( ) düşük

**8. Siz dahil kaç kardeşsiniz?.....**

**9. Siz kaçıncı çocuksunuz?.....**

**10. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?**
( ) Evet ( ) Hayır
Evetse size söylenilen tanı(ları)yı belirtiniz…….

Tanı.....

Eştanı.....

**11. Psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı?**
( ) Evet ( ) Hayır

Evetse ilacı belirtiniz…….

**12. Üstteki soruya yanıtınız hayır ise, daha önce psikiyatrik ilaç kullandınız mı?**
( ) Evet ( ) Hayır

Evetse ilacı belirtiniz.....

**13. Eğer şu anda ya da daha önce psikiyatrik ilaç tedavisi görüdüyseniz, tedaviniz nasıl ilerlemiştir?**
( ) İlaç etkisi olumlu ( ) İlaç etkili olumsuz

**14. Daha önce 2 hafta ya da daha uzun süreli sürekli olarak işlevselliğinizi bozacak derecede yoğun çökkünlük hali (depresif) ya da ilgi kaybı ve zevk alamama hissettiğiniz bir döneminiz oldu mu?**
( ) Evet ( ) Hayır

Evetse belirtiniz.....

**15. Ailenizde ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören biri:**
( )Var ( )Yok

**16. Ailenizde ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören biri varsa:**
( )Siz ( )Anneniz ( )Babanız ( )Kardeşiniz ( )Dede ( )Anneanne/Babaanne
( )Amca, Hala, Dayı, Teyze ( )Diğer

**17. Ailenizde ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören biri varsa**

Ruhsal bozukluğun tanısını belirtiniz.....

**18. Sürekli tedavi gerektiren bedensel bir hastalığınız:**
( )Var ( )Yok

Böyle bir hastalığınız varsa belirtiniz.....

**19. Sigara kullanımınız**

( ) Hiç ( ) 1-2 kez ( ) Ayda bir kaç kez ( ) Haftada birkaç kez ( ) Her gün

**20. Alkol Kullanımınız**

( ) Hiç ( ) 1-2 kez ( ) Ayda bir kaç kez ( ) Haftada birkaç kez ( ) Her gün

**21. Uyuşturucu/ Uyarıcı Madde kullanımınız**

( ) Hiç ( ) 1-2 kez ( ) Ayda bir kaç kez ( ) Haftada birkaç kez ( ) Her gün

Evet ise;

Hangi madde?.....

Kaç yaşından beri?.....

**22. kendinize zarar verdiğiniz oldu mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**23. Üstteki soruya yanıtınız evet ise, hangi şekilde bu girişimi gerçekleştirdiniz?**

( ) Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ve/ya çizme

( ) Sigara ya da diğer yollarla yakma

( ) Saçlarınızı yolma

( ) Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma

( ) Diğer……

**24. Ailenizdeki bireylerin (anne/baba/kardeşler) bu zamana kadar kendilerine zarar verdikleri oldu mu?**
( ) Evet ( ) Hayır

**25. Kendinizin dışında başka kimselere zarar verdiniz mi?**
( ) Evet ( ) Hayır

**26. Yukarıdaki sorunun yanıtı evet ise;**

( ) Bir başka kişinin kollarını ya da vücudunun diğer yerlerini kesme ve/ya çizme

( ) Bir başka kişiyi sigara ya da diğer yollarla yakma

( ) Bir başka kişinin saçlarını yolma

( ) Bir başka kişinin başını, yumruğunu ya da diğer beden parçalarını şiddetle sert yerlere vurma

( ) Diğer……

**27. Aile üyelerinden birine yukarıdaki zarar verme davranışlarından bir ya da bir kaçını uyguladınız mı?**
( ) Evet ( ) Hayır

**28. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?**
( ) Evet ( ) Hayır

**29. Üstteki soruya yanıtınız evet ise, hangi şekilde bu girişimi gerçekleştirdiniz?**

( ) İlaç veya kimyasal herhangi bir madde alarak

( ) Kesici veya delici bir alet ile

( ) Yüksekten atlama

( ) Kendini asmaya çalışma

( ) Araba ya da tren gibi araçların önüne

( ) Diğer.....

**Cevabınız "evet" ise**
Kaç kez intihar giriiminiz oldu?:…….....

**30. Ailenizdeki bireylerin(anne/baba/kardeşler) bu zamana kadar hiç intihar girişimi**

**oldu mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**31. Size zarar vemiş olan kişiler hayatınızdan uzun zaman önce çıkmış olmasına rağmen o kişilere karşı hala takıntılı (saplantılı) olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**32. Gelecekte size zarar vereceği hakkında önemli ipuçlarına sahip olduğunuz kişiler ile iletişim halinde kalmak için hiç çaba sarfettiniz mi?**

( ) Evet ( ) Hayır

**33. Size karşı yıkıcı tutumları olan ve zarar veren kişilere yardım ederken gereğinden fazla çaba harcağınızı düşünüyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**34. Sizin ilginiz ve davranışlarınızdan açık bir şekilde faydalanan kişiler tarafından beğenilmek (sevilmek) adına onlarla iletişim kurmaya devam ediyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**35. Size zarar verebilecek kişi ile ona güvenmemenize, beğenmememenize ya da önemsememenize rağmen onunla iletişim halinde kalmaya devam eder misiniz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**36. Sağlıksız ve yıkıcı doğadaki ilişkilerinizi bitirmekte zorlanır mısınız?**

( ) Evet ( ) Hayır

**37. Umursanmadığınızdan emin olduğunuz kişiler tarafından anlaşılmak ve onların ilgisini çekmek için yoğun düzeyde çaba gösterir misiniz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**38. Sizi aldatmış bir kişiye karşı sadakatiniz azalsa bile devam eder mi?**

( ) Evet ( ) Hayır

**39. Genellikle güven vermeyen insanları mı kendinize çektiğinizi düşünüyorsunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**40. Kendinizi ilişkinizdeki bazı dinmaikleri gizlerken, savunurken ya da sürekli bazı şeyleri açıklamaya çalışırken bulur musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**41. İlişkilerinizde kimse için faydalı olmayan ve sürekli tekrarlayan yıkıcı nitelikte kavgalarınız olur mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**42. Başınıza gelmiş bir durum ile ilgili etrafınızdaki insanlar sizin adınıza dehşete kapılıp üzüntülerini ifade etmelerine rağmen sizin kendiniz adına dehşete kapılmadığınız ya da durumu önemsemediğiniz olur mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**43. Size karşı gösterilen yıkıcı bir tutum veya davranış karşısında hiçbir şey yapamayacağınıza dair olan olumsuz inancınız sebebiyle kendinizi sıkışmış/çaresiz hissettiğiniz olur mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**44. Başkasının yetenekleri, karizması, cazibesi ya da diğer insanlara olan destekleri o kişinin yıkıcı, istismarcı ve aşağılayan karakteristiklerini görmezden gelmenize sebep olur mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**45. Kendinizi, size ciddi anlamda zarar veren eski bir ilişkinizi yoğun bir düzeyde özlerken ve eski sevgilinizi düşünürken bulur musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**46. Karşılaştığınız kötü muameleyi/istismarı gizlemeniz için sıradışı/abartılı tutum ve davranışlar gösterir misiniz?**

( ) Evet ( ) Hayır

## EK 8.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI KÖTÜYE KULLANIM VE İHMAL SORU FORMU

**ÇÇKKİSF**

**1. Çocukluğunuzda veya gençliğinizde (18 yaşından önce) aile içinde aşırı bir şekilde dövüldünüz mü?**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise,

Kim tarafından?

Kaç yaşındayken yapıldı?

Yapan kişi o sırada kaç yaşındaydı?

Kaç kez oldu?

1) Bir kez, 2) Birkaç kez, 3) Sık olarak, 4) Çok sık, sürekli

Açıklama:

**2. Çocukluğunuzda veya gençliğinizde (18 yaşınızdan önce) sizi sürekli olarak aşağılayan, tehdit edici sözler söyleyen veya küçük düşürücü yorumlar yapan herhangi bir kişi var mıydı?**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise,

Kim tarafından?

Kaç yaşındayken yapıldı?

Yapan kişi o sırada kaç yaşındaydı?

Açıklama:

**3. Çocukluğunuzda veya gençliğinizde (18 yaşınızdan önce) fiziksel olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin, beslenme, güvenlik, eğitim veya tıbbi bakımınızın sağlanmaması veya evden kovulma, eve kabul edilmeme gibi.**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise açıklama:

**4. Çocukluğunuzda veya gençliğinizde (18 yaşınızdan önce) duygusal olarak ihmal edildiğinizi düşünüyor musunuz? Örneğin, sevgi, destek, ilgi görememe gibi.**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise açıklama:

**5. Çocukluğunuzda veya gençliğinizde (18 yaşınızdan önce) size izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan veya dokunan bir yabancı oldu mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise,

Kim tarafından?

Kaç yaşındayken yapıldı?

Yapan kişi o sırada kaç yaşındaydı?

Kaç kez oldu? (1) Bir kez, (2) Birkaç kez, (3) Sık olarak, (4) Çok sık, sürekli

Açıklama:

**6. Çocukluğunuzda ya da gençliğinizde (18 yaşınızdan önce) aile bireylerinizden veya diğer akrabalarınızdan size cinsel bir yaklaşımda bulunan oldu mu? Örneğin, okşama, cinsel organlarını gösterme, sizin cinsel organlarınızı görmeye çalışma, cinsel organlarınızı uyarma, cinsel uyarma, cinsel ilişki gibi.**

( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise,

Kim tarafından?

Kaç yaşındayken yapıldı?

Yapan kişi o sırada kaç yaşındaydı?

Kaç kez oldu? 1) Bir kez 2) Birkaç kez, 3) Sık olarak, 4) Çok sık, sürekli

Açıklama:

**7. İntihar girişiminde bulundunuz mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**Eğer intihar girişiminde bulunduysanız hangi şekilde olduğunu daire içine alarak belirtiniz.**

1. İlaç alarak

2. Kesici bir alet ile

3. Yüksekten atlama

4. Kendini asmaya çalışma

5. Diğer (belirtiniz).....

**8. Vücudunuza isteyerek zarar verdiğiniz olur mu?**

( ) Evet ( ) Hayır

**Cevabınız evet ise hangi yollarla olduğunu daire içine alarak belirtiniz.**

1. Kollarınızı ya da vücudunuzun diğer yerlerini kesme ve/ya çizme

2. Sigara ya da diğer yollarla yakma

3. Saçlarınızı yolma

4. Başınızı, yumruğunuzu ya da diğer beden parçalarınızı şiddetle sert yerlere vurma

5. Diğer (belirtiniz) ……

## EK 8.4. KÜMÜLATİF TRAVMA ÖLÇEĞİ

### KTÖ

**Yönerge:** Birçok kişi hayatında farklı olaylar ve durumlar yaşamıştır. Aşağıdaki sorularda size belirli olaylarla ilgili sorular sorulmaktadır. Lütfen her olay için, eğer sizin yaşamınızda olduysa kaç kere olduğunu ve size olumlu veya olumsuz ne kadar etkilediğini verilen 1'den 7'ye kadar olan ölçekte uygun yeri işaretleyerek belirtiniz.

1. Hayatımda deprem, kasırga veya sel gibi doğal afetlere şahit oldum ya da bizzat yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

2. Yaşamımı tehdit eden bir kaza yaşadım, örn. trafik kazası.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

3. Savaşa veya çatışmaya katıldım veya maruz kaldım, veya teröre maruz kaldım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

4. Ebeveynlerimin, yakın bir arkadaşımın veya sevdiğim birinin ani ölümünü yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

5. Sevdiklerimin, örneğin ebeveynlerimin veya yakın arkadaşlarımın, ölümcül veya kalıcı hasar bırakan bir olay yaşamasına şahit oldum.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

6. Yaşamımı tehdit eden bir hastalık ya da kalıcı hasar bırakan bir olay yaşadım. (örneğin kanser, felç, ciddi kronik hastalık veya ciddi yaralanma).

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

7. Silahlı bir soygun yaşadım (soygun ya da saldırı).

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

8. Bir tanıdığın ya da bir yabancının şiddetli bir saldırıya uğramasına şahit oldum (örneğin: silahla vurulma, terör saldırısında yaralanma veya hayatını kaybetme, bıçaklanma, şiddetli dövülme).

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

9. Öldürülmek veya ciddi olarak zarara uğratılmakla tehdit edildim.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

10. Bana bakım veren biri, örneğin ebeveynim tarafından fiziksel tacize uğradım, yaralanmama sebep olacak derecede itildim veya dövüldüm.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

11. Bana bakım veren birinin ya da ebeveynimin, bakım veren başka birine ya da diğer ebeveynime vurduğunu, canını acıttığını ya da ölümle tehdit ettiğini duydum veya gördüm.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

12. Benden yaşça büyük biri tarafından cinsel ilişkiye yönlendirildim.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

13. Bir veya birden fazla kişi tarafından tecavüze veya cinsel tacize uğradım veya istenmeyen cinsel ilişkiye maruz kaldım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

14. Hapse girdim ve/veya işkence gördüm.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

15. Ben küçükken annem beni terk etti veya birbirimizden ayrı kaldık.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | 7 |

16. Ben küçükken babam beni terk etti veya birbirimizden ayrı kaldık.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

17. Etnik kimliğim, ırkım, kültürüm, dinim veya ulusal kökenimden dolayı başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları ile aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

18. Ebeveynlerim boşandı veya ayrıldı.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

19. Irkımın tarihçesinde baskı görme, ayrımcılığa uğrama veya soykırımla tehdit edilme bulunmaktadır.

Hiçbir zaman( ) Biraz ( ) Kısmen( ) Orta düzeyde( ) Çok fazla( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

20. Görünürde küçük ama tekrarlayan veya hiç kesilmeyen sorunlar veya kronik stres yüzünden sinir krizi geçirdim veya geçirmek üzere gibi hissettim (örneğin kontrolümü kaybedecekmiş gibi).

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

21. Ebeveynlerimden veya kardeşlerimden en az biri savaşa veya çatışmaya katıldı veya işkence gördü.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

22. Okulda sıklıkla başarısızlıklar yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

23. Köy, şehir veya ülkemdeki yakın çevremden uzaklaştırıldım ve yer değiştirmeye zorlandım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

24. Daha güçlü kişi veya kişiler tarafından fiziksel saldırıya uğradım, dövüldüm ve yaralandım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

25. Bana bakım veren biri/ebeveyn tarafından cinsel ilişkide bulunmaya yönlendirildim.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

26. Toplumsal cinsiyetimden (kız/kadın veya oğlan/adam) dolayı toplumda; başkalarının olumsuz tutumları, kalıp yargıları veya davranışları sebebiyle ya da kurumlar tarafından (aile üyeleri dışında) aşağılandım, haklarım reddedildi, ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

27. İlişkilerimde ciddi reddedilme veya başarısızlık yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

28. Eş veya evlat kaybı yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

29. İşime son verildi, işten atıldım veya iş yaşamımda başarısızlığa uğradım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

30. Tekrar evlendim.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

31. Düşük gelirli ve birçok zorluk yaşayan bir ailenin üyesi oldum.

Hiçbir zaman yoksul değildi( ) Biraz yoksuldu( ) Gerçekten yoksuldu( )
Çok yoksuldu( ) Son derece yoksuldu( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

32. Toplumsal cinsiyetimden: erkek veya kız olmamdan dolayı bazı aile üyelerim (örn., ebeveynler, kardeşler) tarafından aşağılandım, tehdit edildim veya ayrımcılığa uğradım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

33. Başka bir kişiye zarar vermek zorunda kaldım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

34. Şiddet ve yasa dışı olayların sık olduğu bir mahallede yaşadım.

Hiçbir zaman( ) Bir kez( ) İki kez( ) Üç kez( ) Pek Çok kez( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____
- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |

35. Doğumumun zor bir doğum olduğu söylendi.

Hiç zor değil( ) Biraz zor( ) Zor( ) Çok zor( ) Aşırı zor (yaşamımı tehdit eden)( )

- Böyle bir olay yaşadıysanız ilk seferinde kaç yaşındaydınız? _____

- Böyle bir olay yaşadıysanız bu sizi nasıl etkiledi?

| Son derece olumlu 1 | Çok olumlu 2 | Biraz Olumlu 3 | Ne olumlu ne olumsuz 4 | Biraz Olumsuz 5 | Çok olumsuz 6 | Son derece olumsuz 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

## EK 8.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

### ÇÇTÖ

**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. Ailemdekiler 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 duygusun hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırd | 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. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlard 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. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ailemdekiler bana kırıcı yada saldırganca sözle söylerlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten koruma çalışırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordu ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ett oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisi dokunmamı istedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde b yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söyleme tehdit eden birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Çocukluğum 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 olduğu 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 8.6.6. DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

**DES**

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşatıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek: %0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

**SORULAR**

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında,satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanıbaşında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu

durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları ( örneğin nikah ya da mezuniyet töreni ) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da fim seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi ( örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb. ) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını ( örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü ) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler

üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

## EK 8.7. ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

### ABBÖ

Değerli katılımcı, aşağıda, ebeveynlerinizin sizinle ilişkilerine istinaden çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen maddeleri yanıtlandırırken her bir ifadede size en uygun seçeneği cevap kağıdında ilgili ebeveyninizle olan ilişkiniz kapsamında hatırlamaya çalışarak (A) sütununda anneniz, (B) sütününda da babanız adına derecelendirerek işaretleme yapınız.

| A: Anne<br>B: Baba | Tamamen böyleydi | | Kısmen böyleydi | | Böyle değildi | | Hiç böyle değildi | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Benimle naif ve arkadaşça konuşurdu. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 4. Duygusal olarak bana soğuk görünürdü. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 6. Bana karşı sevgi doluydu. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 8. Büyümemi istemezdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 10. Mahremiyetime müdahale ederdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 11. Olan-bitenler üzerine benimle konuşmaktan keyif alırdı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| 12. Genellikle bana karşı | A | B | A | B | A | B | A | B |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| güleryüzlüydü. | | | | | | | | |
| 13. Bana bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 16. İstenmediğimi hissettirirdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 18. Benimle pek fazla konuşmazdı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 19. O'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 20.Yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 21. İstediğim kadar özgürlük tanırdı. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 22. İstediğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 23. Bana karşı aşırı koruyucuydu. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 24. Beni övmezdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |
| 25. İstediğim gibi giyinmeme izin verirdi. | A | B | A | B | A | B | A | B |
| | | | | | | | | |

## EK 7: BUSS-PERRY SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ

| Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise **"Tamamen Katılıyorum"**, genelde doğru ise **Katılıyorum"**, emin değilseniz **"Kararsızım"**, genelde doğru değilse **"Katılmıyorum"**, hiçbir zaman doğru değilse **"Kesinlikle Katılmıyorum"** şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur. | **Kesinlikle Katılmıyorum** | **Katılmıyorum** | **Kararsızım** | **Katılıyorum** | **Tamamen Katılıyorum** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.** Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söylerler | | | | | |
| **2.** Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim | | | | | |
| **3.** Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında "acaba benden ne istiyor" diye düşünürüm | | | | | |
| **4.** Arkadaşlarımın görüşlerine katılmadığım zaman bunu onlara açıkça söylerim | | | | | |
| **5.** Öfkeden deliye döndüğümde birşeyler kırıp dökerim | | | | | |
| **6.** İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam | | | | | |
| **7.** Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez | | | | | |
| **8.** Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum | | | | | |
| **9.** Sakin yapılı biriyimdir | | | | | |
| **10.** Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım | | | | | |
| **11.** Daha önce, tanıdığım insanları tehdit ettiğim oldu | | | | | |
| **12.** Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim | | | | | |
| **13.** Birisi bana sataşırsa kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim | | | | | |
| **14.** İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim | | | | | |
| **15.** Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir | | | | | |
| **16.** Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum | | | | | |
| **17.** Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünürüm | | | | | |
| **18.** Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim | | | | | |
| **19.** Yapmak istediğim birşey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım | | | | | |
| **20.** Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılırım | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **21.** İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim | | | | | |
| **22.** Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm | | | | | |
| **23.** Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum | | | | | |
| **24.** Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum | | | | | |
| **25.** Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum | | | | | |
| **26.** Arkadaşlarımın arkamdan konuştuklarını biliyorum | | | | | |
| **27.** Arkadaşlarım münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler | | | | | |
| **28.** Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki veririm. | | | | | |
| **29.** Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim. | | | | | |

## EK 8.8. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**1-** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**2-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**3-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**4-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**5-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**7-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**12-** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**15-** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**16-** 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**17-** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**18-** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**19-** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

**20-** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**21-** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK 8.9. BORDERLİNE ŞİDDET DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

İlk 12 madde için en yüksek puan (5) bu maddede belirtilen aşırı sıkıntı, ilişkilerde ciddi zorluklar nedeniyle işlerin yapılmasında size engellediği anlamına gelir. En düşük puan olan az (1) ise bunların çok az ya da hiç bir soruna neden olmadığı anlamına gelir. 13-15 arasındaki maddeleri (olumlu davranışlar) sıklık oranına göre yanıtlayınız.

**Her bir sıradaki maddenin ne kadar sıkıntı, ilişkilerde sorunlar ya da işlerin yapılmasında güçlük yarattığını belirten rakamı daire içine alınız:**

### A. DÜŞÜNCE VE DUYGULAR

| | **yok/ çok hafif** | **Hafif** | **Orta derecede** | **Şiddetli** | **Çok şiddetli** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hayatınızdaki önemli birisi sizden bıkmış ve sizi terk etmeyi planlıyor olabilir. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 2. Başkaları hakkındaki düşüncelerinizde tanıdığınız birinin sadık bir dost ya da partner oluşundan aynı kişinin güvenilmez ve incitici olduğuna uzanacak şekilde değişmeler | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 3. Kendinizi nasıl gördüğünüz konusunda aşırı değişiklikler. Kim olduğunuz konusunda güvenli hissetmekten, şeytan olduğunuz ya da var olmadığınıza varan hisler. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 4. Günde birkaç kez aşırı duygudurum dalgalanmaları. Küçük olaylar, duygudurumda büyük dalgalanmalar yol açar. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 5. Kuşkucu (paranoid) hissetmek ya da gerçeklikle bağınızın kopmaya başladığını hissetmek. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 6. Kızgın hissetmek. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 7. Boşluk duygusu hissetmek. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 8. İntihar duyguları hissetmek. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

### B. DAVRANIŞLAR (Olumsuz)

| | yok/ çok hafif | Hafif | Orta derecede | Şiddetli | Çok şiddetli |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Birinin sizi terketmemesi için aşırıya kaçmak. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 10. Kasten kendinize zarar vermek için bir şey yapmak ya da intihar girişiminde bulunmak. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 11. İmpulsif davranış sorunları (intihar girişimi ya da kasten kendine zarar verme davranışını katmaksızın). Ör: aşırı para harcama, riskli cinsel davranışlar, madde kullanımı, dikkatsizce araba kullanma, tıkanırcasına yeme ve diğerleri (buna uyanları daire içine alınız). | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 12. Öfke patlamaları ya da ilişki sorunları, fiziksel kavgalar ve mülklerin yıkımına yol açan öfke ile ilgili sorunlar. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

**Aşağıdaki olumlu davranışları hangi sıklıkla yaptığınızı belirten rakamı daire içine alınız.**

**C. DAVRANIŞLAR (Olumlu)**

| | yok/ çok hafif | Hafif | Orta derecede | Şiddetli | Çok şiddetli |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Kendinize zarar verme ya da çeldirme davranışı hissettiğiniz durumlarda olumlu eylemleri tercih etmek. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 14. Bir şeylerin size duygusal zorluklar çıkaracağını önceden fark edip bunu önlemek için makul adımlar atmak. | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 15. Kabul ettiğiniz terapi planlarını takip etmek (örn: destekleyici terapi, ev ödevleri, randevulara gelmek, ilaç tedaviler vb.) | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |

## EK 8.10. ETİK KURUL ONAYI RESMİ YAZILARI

# 9. ÖZGEÇMİŞ

**İsim:**Aslı Dila AKİŞ
**Ünvan:** Klinik Psikolog, MA

**Eğitim**

| | |
|---|---|
| 2011 – 2012 | Swansea University, Abnormal and Clinical Psychology MSc |
| 2006 – 2010 | University of Virginia (UVA, Amerika, Virginia), Ana dal: Psikoloji, Yan dal: Stüdyo Sanatlari (resim) |
| 2002 – 2006 | Özel İzmir Amerikan Koleji |

**Staj Deneyimlerim**

| | |
|---|---|
| 12.2012 – 02.2013 | Galatasaray Üniversitesi Psikoloji ve Danışmanlık Bölümü |
| 07.2010 – 08.2010 | Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (Gündüz hastanesi, Psikoz ve Duygudurum kliniği, Psikolog stajyer) |
| 05.2009 – 07.2009 | Güzel Günler Polikliniği, Prof. Dr. Yankı Yazgan (Araştırma Asistanı) |
| 06.2008 – 07.2008 | Grup 7 İletişim Danışmanlığı (Halkla ilişkiler) |
| 06. 2006 – 07.2006 | Bizim Kulüp Anaokulu, İzmir (Öğretmen ve Psikolog Asistanı) |

**İş Deneyimlerim**

| | |
|---|---|
| 02.2019- Devam etmekte | Sabahattin Zaim Üniversitesi (Öğretim Görevlisi) |
| 06.2013 – 03.2021 | Prof. Dr. Özkan Pektaş Kliniği (Uzm. Klinik Psikolog) |
| 08.2015- 18.2016 | Balıklı Rum Hastanesi (Uzm. Klinik Psikolog) |
| 06.2013- 08.2015 | Haliç Üniversitesi (Özkan Pektaş'ın Asistanı) |
| 08.2010 - 08.2011 | Güzel Günler Polikliniği, Prof. Dr. Yankı Yazgan (Psikolog, ve Araştırma Asistanı) |
| 09.2006 – 05.2007 | Aramark, Virginia (Halkla ilişkiler Görevlisi) |

**Eğitim ve Seminerler**

| | |
|---|---|
| 09.2010 – 06.2011 | Çift ve Aile Terapisi Eğitimi, Dr. Murat Dokur (70 saat) |
| 20.01.2012 – 22.01.2012 | Farkındalık, Kabullenme ve Gerçekleştirme Terapisi Eğitimi, Swansea |
| 01.2012 – 05.2012 | Bilişsel-Davranışçı Terapi Eğitimi, Swansea |
| 10.2016- 05.2016 | Psikodrama Eğitimi, İstanbul Psikodrama Enstitüsü (70 saat) |
| 01.2017-03.2018 | Yaratıcı Hareket Terapisi, Bilgi Üniversitesi |

**Bilimsel Yayınlar**

***Yapılan Tezler***

Akis, A.D. (2012). Stress levels experienced and coping strategies adapted by mothers of children with autism spectrum disorder. Swanssea University. Abnormal and Clinical Psychology.

***Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler***

Akis, A.D., Öztürk, E. (2021). Narsisizm: duygusal istismar ve "gaslighting" perspektifinden kapsamlı bir değerlendirme. *Artuklu İnsan ve Toplum Bilim Dergisi, 6*(2), 1-31.

***Kitap Bölümleri***

Akis, A.D., İşlek, S., Yüksekoğlu, H. (2021). Çocukluk çağı travmaları ile aile ve ebeveyn pratiklerinin davranışın epigenetik boyutlarına etkisi. Öztürk E, editör. *Aile Psikopatolojisi. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;* 2021. p.133-43.

Akis, A.D., Küçükgöncü, S. (2022). Dissosiyasyon ve psikoz: travma perspektifinden bir değerlendirme. Öztürk E, editör. *Psikotravmatoloji. 1.Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;* 2021. p.129-141.

***Hakemli Kongre/Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar***

Akis, A.D., Karaman, H. (2021). Çocukluk çağı travmaları ile psikotik bozukluklar arasındaki ilişkide travma sonrası stres semptomları ve dissosiyasyonun rolü. *III. Uluslararası TURAZ AKADEMİ Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi, At: Bakü, Azerbaycan, Sözlü Bildiri.*

Akis, A.D. (2021). Göçmenlerin psikolojik ve sosyolojik uyum dinamikleri. *UTAK 2021 III. Uluslararası TURAZ AKADEMİ Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi, At: Bakü, Azerbaycan, Panelist.*

Akis, A.D. (2020). Borderline kişilik bozukluğunun nesne ilişkileri kuramı çerçevesinden değerlendirilmesi. *VI. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi (VI. International Congress on Education and Social Sciences),*At: İstanbul, *Sözlü Bildiri.*

Akis, A.D. (2020). Adli psikopatoloji. *VI. Uluslararası TURKCESS Eğitim ve Sosyal Bilimler Kongresi (VI. International Congress on Education and Social Sciences),*At: İstanbul, *Sözlü Bildiri.*

Ayhan, H., Akis, A.D. (2021). Duygu düzenleme ve psikopatoloji: ilişkisel bir yaklaşım. *UTAK 2021 III. Uluslararası TURAZ AKADEMİ Adli Bilimler, Adli Tıp ve Patoloji Kongresi, At: Bakü, Azerbaycan, Sözlü Bildiri.*