

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

**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÇOCUK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE**  
**FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**DR. FATMA COŞKUN**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA, 2020**



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

**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÇOCUK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE  
FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**DR. FATMA COŞKUN**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: DOÇ. DR. ÖMER FARUK AKÇA**

**KONYA, 2020**

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının tamamlanmasında ve değerlendirilmesinde büyük katkı sağlayan, her zaman bilgi ve tecrübelerini bize aktarmaktan çekinmeyen, çalışkanlığı ile bize örnek olan tez danışmanım sayın Doç. Dr.Ömer Faruk Akça' ya;

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ayhan Bilgiç' e ve Öğr. Üyesi Dr. Semih Erden'e;

Erişkin psikiyatri rotasyonum sırasında eğitimime katkıda bulunan başta birlikte birebir çalışma imkanı bulduğum Prof. Dr. Nazmiye Kaya ve Prof. Dr. Mehmet Ak olmak üzere erişkin psikiyatrisi kliniğinde görev yapan tüm hocalarıma, Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında klinik ve akademik tecrübelerini paylaşarak eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Hüseyin Çaksen'e;

Tezime hasta toplama aşamasında çok büyük emekleri olan, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım asistan arkadaşlarım Çağla, Hülya, Hurşit ve Dilek'e, tüm psikologlarımıza, sekreterlerimize ve personelimize;

Tez çalışmama katılan bütün çocuklara ve ailelerine;

Maddi ve manevi olarak kendilerini aşarak eğitimime katkı sunan, psikolojik dayanıklılığımın, hayata karşı pozitif bakış açımın temellerini atan, içten sevgi ve desteklerini her an yanımda hissettiğim annem Hacer Gedik, babam Mehmet Ali Gedik'e, hayatımın her döneminde en yakın arkadaşlarım, hayatımın kara kutuları kardeşlerim Sıddıka Gedik Depreli ve Muhammet Yusuf Gedik' e

Yetersiz prefrontal korteks işlevlerimi özveri ile tamamlayan, hayatımın birçok alanında bana rehberlik eden, sevgisini ve desteğini daima yanımda hissettiğim sevgili eşim Ramazan Coşkun'a, en büyük motivasyon kaynağım, doğumuyla içimdeki dönüşümü tetikleyen, tüm çalışmalarım boyunca beni sabırla bekleyen canım kızım Nil Coşkun'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Şubat 2020

Dr. Fatma Coşkun

**ÖZET**  
**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÇOCUK ÖLÇEĞİ TÜRKÇE**  
**FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**  
**FATMA COŞKUN, UZMANLIK TEZİ, KONYA 2020**

**Amaç:** Bu çalışmada, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği- BKÖÇÖ Türkçe Formunun geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısının incelenmesi amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmaya çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran 12-18 yaş aralığında 168 hasta ve ortaokul ve lise düzeyinde iki okuldan alınan 12-18 yaş aralığında 181 ergen dahil edilmiştir. Tüm katılımcılardan araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formunu, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği (BKÖÇÖ), Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form (KİÖ-KF), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve DSM-V Kişilik Envanteri-Kısa Form (DKE-KF) ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Ayrıca klinik grubundaki katılımcılara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG- ŞY-T) uygulanmıştır. Klinik grubundaki katılımcıların ebeveynlerinden çocuklarının yaşam kalitesini belirlemek üzere Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ) doldurmaları istenmiştir. İlk değerlendirilmelerin yapılmasından beş ay sonra klinik grubu katılımcılarından rastgele seçilen 41 katılımcıya BKÖÇÖ tekrar uygulanmıştır.

**Bulgular:** Yapılan ölçüte dayalı geçerlik analizlerinin sonucuna göre; BKÖÇÖ her iki grupta, KİÖ-KF borderline alt öçeği, DKE-KF borderline ile ilişkili kişilik görünümleri ve KSE ile pozitif yönde, klinik grubunda ÇYKÖ ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca ölçek klinik grubunda ÇDŞG- ŞY-T'ye göre toplam tanı ve semptom sayısı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. BKÖÇÖ'nün yapı geçerliğini değerlendirmek için yapılan faktör analizinde; her iki grupta hem keşfedici hem de doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. BKÖÇÖ' nün Cronbach  $\alpha$  değeri klinik grubunda 0.84, kontrol grubunda 0.79 bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği korelasyon katsayısı 0.724 olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Yapılan istatistiksel analizler sonucunda BKÖÇÖ' nün Türk toplumu ergenlerinde geçerli ve güvenilir olduğu ve ülkemizde kullanıma sunulabileceği saptanmıştır. BKÖÇÖ'nün ergenlerde borderline kişilik bozukluğu ile ilgili yeni yapılacak çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Borderline Kişilik Bozukluğu, geçerlik, güvenilirlik, ergen, ölçek



## ABSTRACT

### THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF BORDERLINE PERSONALITY FEATURES SCALE FOR CHILDREN-BPFSFC TURKISH FORM

**Objective:** The aim of this study was to investigate the validity, reliability, and factor structure of the Borderline Personality Features Scale for Children Turkish Form.

**Methods:** The study included 168 patients aged 12-18 years who were admitted to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic and 181 adolescents aged 12-18 years from two schools at secondary and high school levels. All participants were asked to fill the sociodemographic data form prepared by the researchers, and the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFSFC), Personality Belief Questionnaire- Short Form (PBQ-SF), Brief Symptom Inventory (BSI) and Personality Inventory for DSM-V (PID-5) scales. In addition, The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children -Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) was administered to the participants in the clinical group. Parents of the participants in the clinical group were asked to complete a Pediatric Quality of Life Inventory (PEDsQL) to determine the quality of life of their children. BPFSFC were re-administered to 41 randomly selected participants from the clinical group five months after the initial assessments.

**Results:** According to the results of criterion-related validation; BPFSFC was positively correlated with PBQ-BF borderline subscale, PID-5 borderline related facets and BSI in both groups and was negatively correlated with the PedsQL in the clinical group. Also scale was positively correlated with the number of diagnoses and psychiatric symptoms according to KSADS-PL in the clinical group. In the factor analysis conducted to evaluate the construct validity of the BPFSFC; according to both exploratory and confirmatory factor analysis results in both groups, a single factor structure was obtained. The Cronbach's  $\alpha$  value of the scale was 0.84 in the clinical group and 0.79 in the control group. The test-retest reliability correlation coefficient of the scale was 0.724.

**Conclusion:** As a result of the statistical analysis, we have found that the BPFSFC is valid and reliable scale to evaluate borderline personality features in Turkish adolescents and

could be use in our country. It is thought that the BPFSC will contribute to the new studies on borderline personality disorder in adolescents.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, validity, reliability, adolescence, scale





## **İÇİNDEKİLER**

<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1.KİŞİLİK BOZUKLUĞU.....	3
2.2.BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU.....	7
2.2.1. Tanım ve Sınıflandırma.....	7
2.2.2. Tarihçe.....	9
2.2.3.Epidemiyoloji ve Komorbidite.....	11
2.2.3.Etyoloji.....	12
2.2.4.Prognoz.....	19
2.3.ÖLÇEK GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ.....	20
2.3.1.Güvenirlik ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler.....	20
2.3.2.Geçerlik ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler.....	23
2.4.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	27
<b>3.YÖNTEM VE ARAÇLAR</b> .....	<b>28</b>
3.1. ÖRNEKLEM.....	28
3.2.YÖNTEM.....	29
3.3.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
3.4.ETİK.....	32
3.5.VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
<b>4.BULGULAR</b> .....	<b>34</b>
<b>5.TARTIŞMA</b> .....	<b>71</b>
<b>6.SONUÇ</b> .....	<b>85</b>
<b>7.KAYNAKLAR</b> .....	<b>86</b>
<b>8.EKLER</b>	

## **TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ**

**Tablo 1.** Klinik ve Kontrol Grubu Cinsiyet Dağılımları

**Tablo 2.** Klinik ve Kontrol Grubu Demografik Özellikleri

**Tablo 3.** Klinik ve Kontrol Grubu Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri

**Tablo 4.** Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 5.** Klinik ve Kontrol Grubu Cinsiyete Göre BKÖÇÖ Total Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.** Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ Madde Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo7.** BKÖÇÖ Klinik Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi

**Tablo 8.** BKÖÇÖ Kontrol Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi

**Tablo 9.** Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 10.** Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 11.** Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 12.** Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 13.** Klinik Grubu Toplam BKÖÇÖ Puanı ile ÇDŞG- ŞY-T' e Göre Toplam Tanı ve Semptom Sayısı Arasındaki İlişkinin Araştırılması

**Tablo 14.** Klinik Grubu BKÖÇÖ Toplam Puanları İle YKÖ Toplam, Alt Ölçek Puanları ve ÇYKÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Araştırılması

**Tablo 15.** BKÖÇÖ ile DKE-KF İlişkinin Araştırılması

**Tablo 16.** BKÖÇÖ'nün Klinik Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi

**Tablo 17.** BKÖÇÖ'nün Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi

**Tablo 18.** Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Total Puanları

**Tablo 19.** BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Klinik Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi

**Tablo 20.** BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Kontrol Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi

**Tablo 21.** Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 22.** Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 23.** BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu ile DKE-KF İlişkisinin Araştırılması

**Tablo 24.** Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddekik Formu Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 25.** Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddekik Formu Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 26.** Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Toplam Puanı ile ÇDŞG- ŞY-T' e Göre Toplam Tanı ve Semptom Sayısı Arasındaki İlişkinin Araştırılması

**Tablo 27.** Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Toplam Puanı İle ÇYKÖ Toplam, Alt Ölçek Puanları ve ÇYKÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Araştırılması

**Tablo 28.** BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Klinik Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi

**Tablo 29.** BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi

**Tablo 30.** BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Klinik Grubu Madde Düzeyinde Doğrulayıcı Faktör Analizi

**Tablo 31.** BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Doğrulayıcı Faktör Analizi

**Şekil 1.** Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Diyagramı

**Şekil 2.** Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Diyagramı

## KISALTMA VE SİMGELER DİZİNİ

**ACC:** Anterior Cingulate Cortex

**APA:** American Psychiatric Association

**BKB:** Borderline Kişilik Bozukluğu

**BKÖÇÖ:** Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-Kısa form

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

Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu

**ÇYKÖ:** Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

**DKE-KF:** DSM 5 Kişilik Envanteri-Kısa formu

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı)

**ESEM:** Keşfedici Yapısal Eşitlik Modellemesi

**HPA:** Hipotalamopituiter Aks

**ICD:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**IRT:** Madde Cevap Kuramı

**KB:** Kişilik Bozukluğu

**KİÖ-KF:** Kişilik İnanç Ölçeği- Kısa Form

**KSE:** Kısa Semptom Envanteri

**KSE-RCI:** Kısa Semptom Envanteri- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

**SCID:** Structured Clinical Interview for DSM

**OFC:** Orbital Frontal Cortex

**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

**5-HTT:** Serotonin Taşıyıcı Geni

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**TLI:** Tucker- Lewis İndeksi

**CFI:** Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

**RMSEA:** Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü





## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), kişilerarası ilişkilerde, kendilik imgesinde, duygulanımda dengesizlik ile seyreden dürtüsel belirtilerin olduğu ciddi bir psikiyatrik bozukluktur (APA 2013). İlk belirtileri çocukluk ve ergenlik döneminde başlar ve erişkinlik döneminde belirgin işlev kaybına neden olur. BKB genel popülasyonun yaklaşık % 1-3'ünde görülür (Leichsenring 2011, Lenzenweger 2008). BKB'li bireyler sıklıkla kendine zarar verme ve intihar etme davranışı, kumar oynama, kompulsif alışveriş, madde veya alkol kullanımı, aşırı yeme ve dikkatsiz araç kullanma gibi riskli eylemlerle meşgul olurlar (APA 2000, 2013, Leichsenring 2011). Bu tür dürtüsel, kendine zarar verici davranışların psikiyatrik hastaneye yatış ve / veya hapsedilmeye yol açabileceği göz önüne alındığında, psikiyatri kliniklerinde BKB oranı yaklaşık % 20'dir ve cezaevlerinde oran daha da yüksektir (APA 2000, 2013, Leichsenring 2011).

Yetişkin BKB ile ilgili önemli maliyetler göz önüne alındığında, ergenlikte erken teşhis ve müdahaleye yardımcı olmak için borderline özelliklerini ve bozukluğunu inceleyen araştırmalarda bir artış olmuştur (Sharp 2007, Skodol 2002, Zanarini 2004). Ergenlik dönemi BKB teşhisini destekleyen iyi kanıtlar mevcuttur (Bondurant 2004, Chanen 2012, Miller 2008, Sharp 2007) ve Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının V. Baskısı (DSM-V; APA 2013), ergenlerde BKB tanısına izin vermektedir. Borderline kişiliğin latent özellikler gösterdiği süre boyunca semptomların değerlendirilmesi, yalnızca klinik olarak anlamlı semptomatoloji düzeyleri sergileyen bireylerin değil, aynı zamanda risk altında sayılabilecek kişilerin de tespit edilmesini sağlar (Sharp 2014). Psikopatolojiyi anlamaya yönelik boyutsal yaklaşımlar, psikiyatrik hastalıklardaki homotipik ve heterotipik sürekliliği vurgulamakta ve çocuklar ergenlik döneminden erişkinliğe geçiş dönemi boyunca olgunlaşırken psikopatoloji ile ilgili tüm gelişimsel yörüngelerin tanımlanmasına katkı sunmaktadır (Sharp 2014).

BKB'nin erken teşhisi ve tedavisi, ergenlerde kişilik patolojisinin dikkatli ve doğru bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır. Hem zaman tasarrufu sağlayan hem de düşük maliyetli olan geçerli ve güvenilir ölçekler klinik değerlendirmeyi faydalı bir şekilde tamamlayabilir. Tüm bunlara rağmen ergenlerde kişilik bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilecek ölçeklere yönelik halen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (Sharp 2012). Ülkemizde ise bu yaş döneminde geçerli olduğu gösterilen değerlendirme aracı bulunmamaktadır.

Çocuklarda borderline kişilik özelliklerini spesifik olarak değerlendirmek için Borderline Personality Features Scale for Children-BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Formu-BKÖÇÖ) geliştirilmiştir (Crick 2005). Ölçeğin orijinal formu 24 maddeliktir (Crick 2005). BPFSC ölçeğinden yararlanılarak ölçeğin 11 maddelik kısa formu aynı değerlendirme özelliğine sahip daha kısa ve pratik bir formunu oluşturmak amacıyla BPFSC-11 (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği- Kısa Form) geliştirilmiştir (Sharp 2014).

Bu araştırmada Borderline Personality Features Scale for Children- Short Form-BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Formu-Kısa Form-BKÖÇÖ) ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması ve ülkemizde kullanıma sunulması amaçlanmaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Kişilik; insanların psikolojik tepkilerindeki farklılıkları belirleyen, yaşanan an, içinde bulunulan sosyal ortam ve sahip olunan biyolojik durum ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir (Taymur 2012, Berens 1999). Kişilik bozukluğu (KB) ise; bu psikolojik özellikler ve eğilimlerde kalıcı ve süreklilik gösteren biçimde beklenen normların dışına çıkılmasıdır (Taymur 2012).

Geçmişten günümüze kadar kişilik kavramı ve kişilik bozukluklarını anlamaya yönelik çeşitli tanımlamalar ve kuramlar oluşturulmuştur. Kişilik kavramına yönelik daha öncesinde birçok tanımlama geliştirilmiş olmasına rağmen ilk kapsamlı kişilik kuramının Freud tarafından geliştirildiği düşünülmektedir (İnanç 2011). Freud geliştirdiği psikoseksüel gelişim kuramına göre; kişiliğin id, ego ve süpereo olmak üzere üç temel bileşenden oluştuğunu öne sürmüştür (Özdemir 2012). İd; doğuştan sahip olunan tüm dürtülerin (cinsellik, saldırganlık vs) kaynağıdır ve kişiliğin biyolojik yönünü oluşturmaktadır (Özdemir 2012). Süpereo; bireyin toplumun onayladığı değer yargılarına göre davranmasını sağlayan kişiliğin ahlaki yönünü oluşturan parçasıdır (Özdemir 2012). Ego ise id ve süpereo arasında bir denge ve uyum olmasını sağlayan, kişiliğin düzenleyici parçasıdır. Freud'a göre bu üç bölüm dinamik bir şekilde etkileşerek kişiliği oluşturmakta ve kişilik gelişimi ilk altı yıl içinde tamamlanmaktadır (Özdemir 2012).

İnsan yaşamını sekiz ayrı gelişim dönemine ayırarak inceleyen Erickson; bireyin cinsel gelişiminden ziyade sosyal gelişimine vurgu yapmakta ve kişiliğin gelişiminin yaşam boyunca sürdüğünü ifade etmektedir (Taymur 2012). Erickson'un geliştirdiği psikososyal gelişim kuramına göre bireyin doğuştan getirdiği biyolojik özellikleri ve çevresindeki insanlarla etkileşimi birlikte epigenetik olarak kişilik gelişimini etkilemektedir (Leary 1957). Tanımladığı sekiz gelişim döneminde birey çeşitli kriz dönemleri yaşamakta ve bu kriz dönemleriyle uygun bir şekilde başa çıkabilmesiyle sağlıklı bir kişilik gelişimine sahip olmaktadır. (Leary 1957).

Kendilik psikolojisi kuramını geliştiren Kohut'a göre insan doğuştan itibaren henüz gelişmemiş bir kendilik yapısına sahiptir ve kendilik nesnelere adını verdiği çevresindeki kişilerle ilişkileri sonucunda sağlıklı bir kişilik yapısını geliştirmektedir (Kirsner 2001). İlk zamanlarda kendisine ait parçalanmış, dağınık imajları olan çocuk çevresindeki insanlarla olan ilişkileri doğrultusunda bu parçaları birleştirip bütüncül bir kendilik imajı oluşturabilir

(Kirsner 2001, Baker 1987). İnsanlarla olan ilişkilerindeki optimal hayal kırıkları ile çocuk, kendilik nesnelere kendisi için yaptıklarını, yani kaybettiği nesne işlevlerini kendisi yaparak kendilik yapısının oluşmasına katkı sunar (Taşkıntuna 2011). Kendilik ve kendilik nesnelere bütünleştirilmesi sonucu sağlıklı bir kişilik yapısı geliştirilmiş olur (Taşkıntuna 2011).

Kişilik kavramı ve gelişimi üzerine yapılan araştırmalarla birlikte yıllar içerisinde kişilik özelliklerine yönelik sınıflama ve tanımlamalar da geliştirilmiştir. Bireylerin kişilik özelliklerindeki farklılıkların dünya üzerinde kullanılan tüm dillerde kodlanmış olabileceğine ve bunun da konuşma dilinde sözcükler şeklinde görülebileceğine yönelik düşünceler, dilin bireylerin kişilik özelliklerinin tanımlanmasında kullanılmasını başlatmıştır (Tatar 2014). Kişilik özelliklerini tanımlayan tüm sözcükler listelenmiş ve istatistiksel olarak faktör analizi yapılmış ve beş faktör yapısı elde edilmiştir (Tatar 2014). Kişilik özelliklerinin faktöryel yapısı ile ilgili yapılan araştırmalarda Catel kişiliğinin 16 farklı boyutunu, Eysenk ise iki farklı boyutunu tanımlamıştır (Taymur 2012). Costa ve McCrae ise bu çalışmaları genişleterek kişiliğinin beş faktör modelini geliştirmişlerdir (McCrae 1989). Tanımlanan bu beş faktör; uyumluluk, sorumluluk, deneyime açıklık, dışadönüklük ve duygusal dengelikten oluşmaktadır (McCrae 1989). Bu model; kişilik özelliklerine boyutsal bir yaklaşım sunmakta, patolojik kişilik özelliklerinin normal kişilik özelliklerinin aşırı ve abartılmış varyasyonları olduğunu öne sürmektedir (Taymur 2012).

Cloninger ve arkadaşları; kişilik gelişimi ve yapısı ile ilgili geliştirdikleri psikobiyolojik kurama göre ise kişiliğinin dört farklı mizaç ve üç farklı karakter boyutunu içeren bir model tanımlamışlardır (Cloninger 1987, Cloninger 1993). Kişiliğinin duygusal yönünü oluşturan mizacın dört boyutu; zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme ve yenilik arayışıdır (Cloninger 1987, Cloninger 1993). Bu dört boyutun kültürel farklılıklardan etkilenmeyeceği ve yaşam boyunca orta derecede stabil olduğu ifade edilmiştir (Cloninger 1987, Cloninger 1993). Kişiliğinin kavramsal yönünü oluşturan karakterin üç farklı boyutu ise; kendini yönetme, kendini aşma ve işbirliği yapma olarak tanımlanmıştır (Cloninger 1987, Cloninger 1993).

Sosyal hizmet uzmanları, psikiyatristler, psikologlar ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yaygın olarak kullanılan, kişilik bozukluğu kavramı ise tanı olarak ilk defa DSM-III' te eksen II psikiyatrik bozukluklar kategorisinde yerini almıştır (Porter 2014). O günden bugüne kadar kişilik bozuklukları tanımlanmasında ve tiplerinde

majör ve minör birçok değişiklik yapılmıştır (Porter 2014). Son yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El kitabının V. Baskısında (DSM-V), kişilik bozuklukları için tanı kriterleri ve sayısı bir önceki baskı olan DSM-IV-TR ile aynı kalmış ve kişilik bozuklukları 3 ayrı kümede, 10 farklı patolojik kişilik tipi olarak tanımlanmıştır (Porter 2014).

#### DSM-5'e Göre Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri (APA 2014)

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü. Bu örüntü, aşağıdakilerden iki (ya da daha çok) alanda kendini gösterir:

1. Biliş (kendini, diğer insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları).
2. Duygulanım (duygusal tepkilerin aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu).
3. Kişiler arası işlevsellik.
4. Dürtü denetimi.

B. Süregiden, esneklikten yoksun bu örüntü, çok değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Süregiden bu örüntü, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye yol açar.

D. Bu örüntü kalıcı ve uzun sürelidir ve başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik dönemine uzanır.

E. Süregiden bu örüntü, başka bir ruhsal bozukluğun bir görünümü olarak ya da başka bir ruhsal bozukluğun bir sonucu olarak daha iyi açıklanamaz.

F. Süregiden bu örüntü, bir maddenin (örn., kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn., kafasını çarpma) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

DSM 5'te kişilik bozuklukları A, B ve C olmak üzere üç kümede toplanmıştır.

- A Kümesi'nde Kuşkucu (Paranoid) Kişilik Bozukluğu, Şizoid Kişilik Bozukluğu ve Şizotipal Kişilik Bozukluğu;
- B Kümesi'nde Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu, Histrionik Kişilik Bozukluğu ve Narsistik Kişilik Bozukluğu;
- C Kümesi'nde Çekingen Kişilik Bozukluğu, Bağımlı Kişilik Bozukluğu ve Takıntılı-Zorlantılı (Obsesif-Kompulsif) Kişilik Bozukluğu bulunmaktadır (APA 2014).

DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozukluğu Çalışma Grubu, kişilik bozukluklarının tanı ve sınıflandırılması için alternatif bir model önermiştir (APA 2012). Fakat mevcut klinik uygulama sürekliliğinin korunmak istenmesi ve önerilen modelin araştırma bulgularının yeterli olmadığının düşünülmesi sonucu kişilik bozuklukları tanı kriterleri DSM-V' te aynı kalmış ve önerilen alternatif model DSM-V' in 3. bölümü olan ileri araştırmalar gerektiren durumların sınıflandırıldığı bölümde yer almıştır ( APA, 2013). Alternatif model kişiliği patolojik özellikler ve görünümlerden oluşan boyutsal bir yapı içinde ele almaktadır (Anderson 2014). Bu modele göre kişilik bozuklukları için; terslik/geçimsizlik (antagonizm), psikotiklik, disinhibisyon, olumsuz duygulanım ve mesafelilik (detachment) olmak üzere 5 ayrı patolojik kişilik özelliği (trait) ve bu kişilik özellikleri kümelerinin altında 25 ayrı kişilik görünümünden bahsedilmiştir (APA 2011). Alternatif model kişilik bozukluklarına boyutsal bir yaklaşım sunarak, mevcut kategorik yaklaşımdaki yüksek komorbidite oranlarına çözüm getirmekte, hiçbir kişilik bozukluğu tanı kategorisine uymayan atipik kişilik patolojilerinin tanımlanmasına izin vermektedir (Porter 2014).

Alternatif modele göre, bir birey Antisosyal KB, Borderline KB, Narsistik KB, Çekingen KB, Şizotipal KB, Obsesif Kompulsif KB ve Patolojik Özellekle Tanımlanmış (Personality Disorder-Trait Specified) KB tanı kategorilerine dahil edilebilir (Anderson 2014). Bu kişilik bozukluğu kategorileri, kısmen, DSM-IV-TR kişilik bozukluğu modeli ile DSM-5 alternatif modeli arasındaki sürekliliği sağlamak için, bu modele dahil edilmiştir (Anderson 2014). Her kişilik bozukluğu için, DSM-V 3.Bölümünde patolojik kişilik özellikleri ve görünümleri tanımlanmıştır ( APA 2013). Bununla birlikte; bir birey kendilik ve kişilerarası ilişkiler işlevselliğinde bozulma gösteriyor, ancak herhangi bir kişilik bozukluğu tanı kategorisine uymuyorsa Patolojik Kişilik Özelliği ile tanımlanmış (Personality Disorder-Trait Specified) KB tanı kategorisine dahil edilebilir ( Anderson 2014).

Alternatif modelin sunduğu önemli değişimler (Porter 2014) aşağıda özetlenmiştir :

1. Bağımlı KB, Paranoid KB, Şizoid KB, Histrionik KB olmak üzere dört KB kategorisi; direk olarak bu tanı kategorilerine odaklanan ampirik çalışmaların yetersizliği ve tanı kriterlerinin çoğunun alternatif modelde tanımlanan patolojik kişilik özellikleri ile tanımlanabilecek kadar basit olmaları gerekçesiyle kaldırılmıştır.

2. Kişilik bozukluklarının kategorizasyonuna ciddi bir eleştiri getirilerek tanı kategorileri arasında net sınırlar olmadığı ifade edilmiş ve kişilik bozukluklarına boyutsal bir kavram getirilmiştir.
3. Kişilik İşlevselliği Düzeyi Ölçeği (LPFS) tanıtılarak, kendilik ve kişiler arası işlevsellikteki bozulmanın şiddetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
4. Patolojik kişilik özellikleri ve görünümleri tanıtılmıştır (5 patolojik kişilik özelliği kümesi, 25 ayrı kişilik görünümü ( facet) ).
5. KB' nin kalıcı ve yaşamboyu sürekli olma kriteri katı bulunarak kaldırılmış ve KB'nin remisyona girme eğilimi vurgulanmıştır.
6. Eksen I psikiyatrik bozukluklarının dışlanma gerekliliği kaldırılmıştır.
7. Antisosyal KB tanısı için öncesinde davranım bozukluğu tanısı olması gereksinimi ortadan kaldırılmıştır.
8. Patolojik Özellekle Tanımlanmış KB (Personality Disorder-Trait Specified) tanısı getirilmiştir.

## **2.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU**

### **2.2.1. Tanım ve Sınıflandırma**

Borderline kişilik bozukluğu; duygusal (kronik terk edilme korkusu, duygusal dengesizlik, yoğun ve uygunsuz öfke), kendilik imajı ve dikkat (disosiyatif deneyimler), bilişsel (çarpık düşünceler ve algılar), kişiler arası ilişkiler ( gerginlik ve değişkenlik) ve davranışsal (dürtüsellik ve kendine zarar verici davranışlar) alanlarında yaygın bozulmalarla karakterize bir örüntüdür (APA 2000, APA 2013, Leichsenring 2011).

Borderline kişilik bozukluğu, DSM-5'e (APA 2013) göre aşağıdaki tanı ölçütlerinden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve farklı biçimlerde ortaya çıkan kişilerarası ilişkilerde, benlik imgesinde ve duygulanımda kararsızlık ve dürtüsellik ile kendini gösteren bir örüntüdür:

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 kapsamayınız),
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü,
3. Kimlik karmaşası: belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik durumu,

4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn., para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkanırcasına yeme) (Not: beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayınız),
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları,
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn., yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren 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. Stresle ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

BKB ICD-10'da (World Health Organization, 1992) ise “Özgül Kişilik Bozuklukları” kategorisi içinde “Duygusal Açıdan Dengesiz Kişilik Bozukluğu” adıyla, “borderline” ve “dürtüsel” olmak üzere iki tip olarak sınıflandırılmıştır. Duygusal dengesizliklerle birlikte, dürtüsel hareket etme eğilimlerinin olduğu, başkaları tarafından engellenme ya da eleştirilme durumunda yoğun öfke patlamalarının sıklıkla şiddete veya “davranışsal patlamalara” neden olduğu bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 1992). Bu kişilik bozukluğunun her iki tipi de dürtüsellik ve öz kontrol eksikliği temasını paylaşmaktadır.

**Dürtüsel tip:** Duygusal dengesizlik ve dürtü kontrolü eksikliğinin baskın olduğu, özellikle başkalarının eleştirilerine yanıt olarak, öfke patlamaları veya tehdit edici davranışların yaygın olduğu tip olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 1992).

**Borderline tip:** Bazı duygusal açıdan dengesizlik özellikleriyle birlikte; kendilik imajı, amaçlar ve içsel tercihler (cinsel dahil) konusunda belirsizlikler veya rahatsızlıkların olduğu tip olarak tanımlanmıştır. Genellikle kronik boşluk hissi vardır. Yoğun ve dengesiz ilişkilere dahil olma eğilimi, tekrarlanan duygusal krizlere neden olabilir ve terk edilme, intihar girişimi veya kendine zarar verme eylemlerini önleme yönündeki aşırı çabalarla ilişkilidir (World Health Organization, 1992).

Kişilik bozukluklarının belirtilerinin çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı konusunda uzun süredir olan genel görüşe rağmen, 18 yaşından önce BKB teşhisi halen tartışmalıdır (Chanen 2008). Dünyanın dört bir yanındaki ortamlarda, klinisyenler hala dört

temel kaygı nedeniyle ergenlerde BKB teşhisi konusunda tereddüt etmektedirler: Birincisi, BKB tansının ergenlikte geçerli olmadığı düşünülmesidir (Kaess 2014). İkincisi, BKB'nin duygusal açıdan dengesizlik veya olumsuz kendilik imajı gibi tipik özelliklerinin, ergenler arasında normal olmasıdır (Kaess 2014). Üçüncüsü, kişilik gelişiminin hala devam ediyor olması ve bunun tanıyı engellediği görüşüdür (Kaess 2014). Dördüncü ve muhtemelen en önemlisi, klinisyenlerin hastalarını damgalamaktan ve karamsar tutumlardan korumak istemesidir (Kaess 2014). Bununla birlikte, son on yılda yapılan araştırmalar ilk 3 varsayımı onaylamamıştır ve edinilen bilgiler dördüncü durumu etkileme potansiyeline sahiptir (Kaess 2014).

Ergenlikte BKB'nin hem tanısını hem de tedavisini destekleyen kanıtlar artmaktadır. BKB' nin erişkinlikte olduğu kadar ergenlikte de güvenilir ve geçerli olduğu (Miller 2008), ergenlikte erişkinliğe kıyaslandığında benzer bir stabilite gösterdiği (Chanen 2004) ve yaygın olan ruhsal bozuklukların üzerinde artan bir geçerliliği olduğu bulunmuştur (Chanen 2007, Kaess 2013). En önemlisi, erken müdahale de dahil olmak üzere bozukluğa özgü tedavi yararlıdır (Chanen 2013). Bu nedenle, Amerikan ulusal tedavi kılavuz ilkeleri (National Health and Medical Research Council 2012, National Collaborating Centre for Mental Health 2009), DSM-V' in 2. Bölümü (APA 2013) ve ICD-11'in kişilik bozukluğu sınıflandırması ergenlerde BKB tanısının geçerliliğini doğrulamıştır (Tyrer 2011).

### **2.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihçesi**

Borderline kişilik bozukluğu ilk olarak 75 yıl önce tanımlanmıştır. (Stern 1938, Sharp 2014). Stern gözlemlediği bir hasta grubunun normal psikoterapiden fayda görmediğini ve psikozlarla nevrozları ayıran tanılama sisteminin bu hastaları tanımlamakta yetersiz kaldığını fark etti.

Hasta grubu, 1950'lerin başlarında Robert Knight'ın (Knight 1953, Knight 1954) yaptığı birçok etkili çalışmanın bir sonucu olarak, daha yaygın olarak tanındı. Knight tanımlanan borderline hasta grubunu nevroz ve psikoz ile eşit derecede ilişkili olacak şekilde genişletti. Knight'dan sonra, ne psikotik ne de nevrozik olmayan sıkıntılı hastaları ifade etmek için borderline terimi bir miktar daha ilgi gördü, ancak bu terim öncelikle hastane ortamında çalışan psikanalistler topluluğu içinde kaldı (Gunderson 2008).

“Borderline” terimi, 1960'ların sonlarındaki gelişmelere kadar kayda değer bir ilerleme olmadan, atipik, klinik olarak sorunlu vakalar için kullanılmıştır (Gunderson 2008). Bu noktada, üç bağımsız araştırmanın sonuçlarının bir araya getirilmesi, borderline tanısı

hakkındaki soruları güçlendirmiştir. Bu araştırmaların ilki Otto Kernberg'den (Kernberg 1967) geldi. Nispeten genç olmasına rağmen, Kernberg, borderline yapısının psikanalitik perspektifini ele aldı (Gunderson 2008). Borderline kişilik organizasyonunu, psikotik kişilik organizasyonuna sahip hastalardan ve nevrotik kişilik organizasyonuna sahip daha sağlıklı hastalardan farklılaştırmak için üç kişilik organizasyon şeklinden biri olarak tanımladı (Kernberg 1967). Borderline kişilik organizasyonu, başarısız veya zayıf kimlik oluşumu, ilkel savunmalar (bölünme ve yansıtımlı özdeşim) ve strese maruz kalma durumunda geçici olarak gerçeği değerlendirme yetisinin kaybı olarak tanımladı (Kernberg 1967). Kernberg'in şeması, nesne ilişkilerini ego psikolojisi ve içgüdüler ile bütünleştirme ve temel sınıflandırma sistemine bir gerekçe ve düzenleme sağlamış olması sayesinde psikanalitik topluluk içinde kavramsal bir ilerleme oluşturmuştur (Gunderson 2008).

İkinci çığır açıcı gelişme Freud' un kişisel psikoanalizinden geçmiş olan Roy Grincker ve arkadaşlarının borderline hastalar ile yaptıkları çalışmalardan elde edilmiştir (Grincker 1968). Grincker ve ark. 1968'de "Borderline Sendromu" tanımlanmasından sonra deneysel araştırmalara dayanan ilk tanı kriterlerini sunmuşlardır (Grincker 1968). Bunlar; ilişki kurmada yaşanan güçlükler, yalnızlığa bağlı depresyon, kendilik kimliğinde bozukluklar ve öfke duygusunun hakimiyeti olmak üzere dört kriterdir (Grincker 1968).

Borderline tanı kategorisinin gelişimine katkı sağlayacak 3. önemli araştırma Kety ve arkadaşlarının şizofreni hastalarının yakın akrabalarında yaptığı genetik araştırmalar sonucunda elde edilmiştir (Kety 1968). Kety ve arkadaşları şizofreni hastalarının akrabalarında beklenilenden daha yüksek oranda borderline (atipik) şizofreni tanımlamışlardır. Bu bireylerin daha sonra kişilik bozukluğu olduğu gösterilmiş olmasına rağmen (Gunderson 1983), bu çalışma hem borderline tanısına yönelik araştırmalara olan ilgiyi artırmış hem de borderline tanısı ile ilgili araştırmalar genetik etyoloji ve hastalığın biyolojik tedavisi alanlarına yönelmiştir (Gunderson 1983).

Bu üç bağımsız çalışmanın ardından Gunderson ve ark. 1969 yılında borderline hastalar ile ilgili çalışmalar yapmaya başladılar (Gunderson 2008). Singer ve Gunderson 1975 yılında borderline hastalarla ilgili bir derleme yayınladı ve psikiyatri camiası tarafından yoğun ilgi gördü (Gunderson 1975). 1980 yılında ise BKB teşhisi, ciddi tartışmalara rağmen, DSM-III resmi sınıflandırma sistemine girdi (APA, 1980).

Borderline tanısı, 1960'lardan bu yana bir çok büyük değerişime uğramıştır (Gunderson 1994). Bu tanı yıllar içinde önce bir kişilik organizasyonu, sonra bir sendrom; şimdi bir bozukluk olarak düşünölmektedir (Gunderson 2008). Tanıdaki bu değerişim süreci,



psikiyatrinin psikanalitik bir paradigmadan, etiyoloji ve tedaviye yönelik ampirik ve farmakolojik temelleri olan bir alan haline gelmesine bağlanmaktadır.

BKB ile ilgili araştırmalar, yıllar içerisinde tanının, nevroz ve psikoz arasında “sınır” da olan bir durumdan, belirgin semptomlarla ilişkili olan bir kişilik bozukluğu olarak yeniden tanımlanmasına yol açmıştır (Paris 2014).

BKB klinik ortamlarda en sık kullanılan tanılardan biridir (Munk-Jørgensen 2010, Pedersen 2014, Widiger 1991). Yine de, BKB'nin tanı kategorisi halen tartışma konusudur. Önemli tartışmalardan bazıları BKB'nin bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılması, BKB tanısının bir parçası olarak disosiyatif veya psikotik semptomların dahil edilmesi ve BKB'nin şizotipal kişilik bozukluğundan ve şizofreniden ayrılması ile ilgilidir (Zandersen 2018). Bu tartışmalar yalnızca araştırmalar için değil aynı zamanda BKB ve şizofreni spektrum bozuklukları için tedavi seçiminin genellikle oldukça farklı olduğu klinik uygulamalar için de önemli sonuçlara sahiptir.

### **2.2.3. Epidemiyoloji ve Komorbidite:**

Son iki dekaddır KB epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı artış göstermiştir (Johnson 2008). Çeşitli araştırmalar, genel popülasyondaki mevcut KB prevalansı ile ilgili veriler sağlamıştır; kullanılan tanı prosedürlerine ve değerlendirilen KB aralığına bağlı olarak, yetişkin popülasyonda prevalansın yaklaşık % 7-15 arasında olduğu bildirilmektedir (Torgersen 2001). SCID-II kullanılarak yapılan bir prevalans çalışmasında KB' nin nokta prevalansının % 12.7-14.6 arasında, BKB'nin ise % 0.9-2.6 arasında olduğu bildirilmiştir (Johnson 2008). Aynı çalışmada kümülatif prevalans oranları ise KB için % 28.2, BKB için % 5.5 bulunmuştur. Psikiyatri kliniklerine başvuran hastalar arasında ise BKB % 11, erişkin psikiyatri servislerinde yatan hastalarda % 20, çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde ise oran % 32-49 bulunmuştur (Swartz 1990, Burket 1995, Grilo 1996). Black ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada cezaevlerinde bulunan kişilerde BKB yaygınlığının yaklaşık % 29.5 olduğunu bildirmişlerdir (Black 2007).

ABD' de Grant ve arkadaşlarının büyük bir örneklem grubunda yaptıkları toplum tabanlı çalışmada BKB' nin yaşam boyu yaygınlığı % 5.9 bulunmuştur (Grant 2008). Klinik ortamlarda tanı alanların yaklaşık % 75'i kadın olmasına rağmen Grant ve arkadaşlarının yaptıkları prevalans çalışmasında cinsiyetler arasında farklılık bulunmamıştır (Swartz 1990, Bateman 2013). Bu durumun muhtemel nedeninin

erkeklerin klinik başvurularının daha az olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bateman 2013).

Çocuk ve ergenlerde erişkinlere kıyasla daha az sayıda BKB'ye yönelik prevalans çalışması bulunmaktadır. Bernstein ve arkadaşlarının 1993 yılında 9-19 yaş aralığında 733 çocuk ve ergenle yaptığı bir toplum tabanlı prevalans çalışmasında şiddetli olmayan BKB prevalansı % 7.8, şiddetli BKB prevalansı %3 bulunmuştur (Bernstein 1993).

Zanarini ve arkadaşlarının DSM-IV kriterlerine göre 11 yaş prepubertal çocuklarla yaptıkları prevalans çalışmasında BKB oranı % 3.2 bulunmuştur (Zanarini 2011a). Cinsiyetler arasında klinik olarak önemli düzeyde anlamlı farklılık bulunamamıştır (Zanarini 2011a).

BKB sıklıkla eksen I ve eksen II psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir (Ceylan 2017). Çeşitli çalışmalarda BKB'ye en sık eşlik eden eksen I bozukluklar; majör depresif bozukluk (% 35-85), distimik bozukluk (% 25-65), bipolar bozukluk (% 1-15), yaygın kaygı bozukluğu (%10), panik bozukluk (%30-50), agorafobi (% 10-35), sosyal fobi (% 25-50), travma sonrası stres bozukluğu (% 35-55), obsesif kompulsif bozukluk (% 15-25), alkol ve madde kullanımı (% 20-65), bulimia (% 25-40), yeme bozuklukları (% 30-50),dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (% 16-38), disosiyatif semptomlar (% 76 ) olarak bildirilmektedir (Krawitz 2003, Zanarini 2004a, Korzekwa 2009).

BKB'ye en sık eşlik eden eksen II bozukluklar ise; kaçınan kişilik bozukluğu (% 35-45), bağımlı kişilik bozukluğu (% 30-40), paranoid kişilik bozukluğu (% 20-30), antisosyal kişilik bozukluğu (% 15-25) olarak bildirilmektedir (Zanarini 1998, Zanarini 2004b).

BKB'si olan hastalarda intihar düşünceleri de çok yaygındır. Yapılan eski çalışmalarda BKB'li hastalar arasında intihar oranının % 10 olduğu (Paris 2001, Sone 1990) ve 25 yıllık takipte genel popülasyona göre intihar oranının 50 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (APA 2001). Zanarini ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada 10 yıllık takipte (Zanarini 2010) intihar oranlarının % 4 olduğu 16 yıllık takipte bu oranın % 4.5'a yükseldiği bulunmuştur (Zanarini 2012).

### **2.2.3.Etyoloji:**

BKB etyolojisine yönelik biyolojik, psikososyal, çevresel faktörler ve çeşitli kuramlar tanımlanmıştır.

#### **2.2.3.1.Biyolojik Faktörler:**

### **2.2.3.1.1.Genetik Faktörler:**

Yapılan çeşitli aile çalışmalarında bozukluğun etyolojisindeki genetik faktörlere ilişkin bulgular elde edilmiştir (Goodman 2014). BKB etyolojisine yönelik 92 monozigotik, 129 dizigotik ikizle yapılan bir çalışmada BKB' nin büyük ölçüde kalıtsal olduğu, BKB' deki varyansın % 69'unun genetik faktörlerle açıklanabileceği belirtilmiştir (Torgersen 2000). Norveç 'te kişilik bozukluklarının gelişimindeki genetik ve çevresel faktörle ilgili 2.894 ikizle yapılan başka bir çalışmada dürtüsel agresyon ve duygulanımda dengesizlik özelliklerinin kalıtsallığı ile ilgili önemli veriler elde edilmiştir (Kendler 2008). 542 ikizi içeren daha yeni bir web tabanlı kohort çalışmasında (Kendler 2011), BKB' nin kalıtsal oranı % 60 olarak bulunmuştur.

BKB'nin etyolojisinde yer alan spesifik genler üzerine yapılan araştırmalar çok erken bir aşamadır ve serotonin sisteminin rolünü vurgulamaktadır. Bir vaka-kontrol çalışmasında, BKB hastalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında serotonin taşıyıcı (5-HTT) genin VNTR markerının ve S-10 haplotipinin tekrar sayısının daha yüksek ve LA-12 haplotipinin tekrar sayısının daha düşük olduğu bildirilmiştir. (Ni 2006). Serotonin biyosentezinde hız sınırlayıcı bir enzim olan triptofan hidroksilaz BKB' deki dürtüsel agresyon ve intihar girişimi ilişkilendirilmiştir (Goodman 2014, Perez- Rodriguez 2010).

Hankin ve arkadaşlarının toplum örnekleminde ergenlerle yaptıkları iki bağımsız çalışmada depresyonun karıştırıcı etkileri kontrol edildiğinde de devam eden, 5-HTTLPR geninin kısa aleli ile BKB özellikleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Hankin 2011). Bu umut verici veriler başlangıç niteliğinde olmasına rağmen, serotonin taşıyıcısı geni ve BKB'nin gelişimi arasında ilişkiler olduğunu düşündürmektedir (Goodman 2014).

### **2.2.3.1.2.Nörobiyolojik Faktörler:**

Sosyal biliş ve mentalizasyon; kendisi ve başkalarına ait duygu, düşünce ve amaçları ve sosyal ipuçlarını okuyabilme ve sosyal ilişkileri sürdürmek için çok önemlidir (Eisenberg 1987). Hipermentalizasyonla karakterize anormal sosyal biliş (Dziobek 2006, Dziobek 2011, Sharp 2011) BKB'nin temel bir özelliğidir ve tedavisinde etkinlik gösteren psikoterapötik müdahalelerin temel hedefidir. (Bateman 2010, Leichsenring 2011, Lis 2013, Mak 2013, New 2008, Stoffers 2012). Oksitosin, frontolimbik modülasyonla muhtemel bir sosyal biliş ve mentalizasyon düzenleyicisidir (Bartz 2011, Bos 2012, Guastella 2012, Meyer-Lindenberg 2011). Oksitosin tarafından düzenlenen bağlanmayla ilişkili sistemlerdeki anormalliklerin, BKB'de yaygın olarak algılanan reddedilme ve

kaybetmeye karşı dürtüsel agresif tepkilerle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Stanley 2010).

Sosyal bağlanma ile ilişkilerinden dolayı, endojen opioidler son zamanlarda BKB biyolojisi ile ilgili araştırmaların ilgisini çekmektedir. Endojen opioidlerdeki bir eksikliğin, BKB patolojisinde merkezi rolü olan kişilerarası ilişkilerdeki zorlukların altında yatan mekanizma olabileceği düşünülmüştür (New 2010, Stanley 2010). Dahası, BKB'de yaygın olarak görülen intihar dışı kendine zarar verme davranışı ile ilgili bir teori, bu davranışların endojen opioidlardaki açığı telafi etmek için endojen opioid salgılamayı sağlayan bir yol olduğunu öne sürmektedir (New 2010, Stanley 2010).

Bazı araştırmacılar (Grossman 2003, Lange 2005, Rinne 2002) BKB ve komorbid travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan bireylerde artmış kortizol supresyonu olduğunu bildirmişler ancak yanıtın TSSB ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte, 0.25 mg deksametazon supresyon testi ile yapılan bir araştırmada (Carrasco 2007), TSSB'si olmayan BKB'li bireylerde artmış kortizol supresyonu bulunmuş, bunun da BKB'de HPA ekseninin feedback inhibisyonu ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Walter ve arkadaşlarının yaptıkları küçük bir pilot çalışmada, psikososyal stres sonrası sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında BKB'de gecikmiş kortizol yanıtı olduğu saptanmıştır (Walter 2008).

#### **2.2.3.1.3.Nörogörüntüleme Çalışmaları:**

Son on yılda, BKB'nin biyolojik etyolojisi ile ilgili literatürün çoğu, endokrin parametrelerden beyin yapısının ve işleyişinin nörogörüntüleme çalışmaları yoluyla gösterilmesi şeklinde gelişme göstermiştir. (Goodman 2014).Yapılan çalışmalar BKB'li hastalarda rostral (Hazlett 2007) ve subgenual cingulate kortekste (Minzenberg 2008) sağlıklı kontrollere kıyasla gri madde hacminin azaldığını ve beyaz madde hacminin arttığını göstermektedir. BKB'deki fMRI çalışmaları belirli uyarıcı tiplerine, örneğin “çözülmemiş” yaşam olaylarına (Schmahl 2006), duygusal yüzlere (Donegan 2003), pozitif ve negatif duygusal resimlere (Hazlett 2012) artmış amigdala aktivitesini göstermiştir.

BKB'de fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından bazıları uyarana yanıt olarak ACC aktivasyonunun azaldığını göstermektedir (Schmahl 2006). Duygusal dengesizlik özelliklerinin belirgin olduğu BKB ve dürtüsel agresif BKB hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmalarda (Soloff 2003, New 2002, Siever 1999) serotonine yanıt olarak ACC ve OFC'de metabolik aktivitenin azaldığı ve istirahat metabolizmasında

OFC ile ventral ACC arasındaki bağlantının azaldığı gösterilmiştir (New 2007).Yayınlanan bir vaka bildiriminde; ACC ve OFC lezyonlarının olduğu bir şizensefali hastasında (da Rocha 2008) belirgin BKB semptomlarının görülmesi, bu iki beyin bölgesi arasındaki bağlantıların BKB gelişimindeki rolünü desteklemektedir.

BKB'de azalmış 5-HT fonksiyonuna dair periferik, postmortem, görüntüleme ve antidepresan tedavi çalışmaları dahil olmak üzere birçok perspektiften önemli kanıtlar vardır (Sharp 2014). BKB'deki serotonerjik anormalliklerin mekanizması, yakın zamanda moleküler nörogörüntüleme çalışmaları ile incelenmiştir (Goodman 2014). Yapılan bir PET çalışmasında BKB'li erkeklerde medial frontal gyrus, ACC, superior temporal gyrus ve korpus striatumda; BKB'li kadınlarda ise sağ ACC ve superior temporal gyrusta kontrollere göre 5-HT sentezi daha düşük bulunmuştur. (Leyton 2001).

### **2.2.3.2.Psikososyal Faktörler:**

#### **2.2.3.2.1.Psikanalitik Kuram:**

Psikanalitik nesne ilişkileri kuramcıları (Klein 1957, Jacobson 1964, Kernberg1980); kişilik gelişiminin anlaşılmasında içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin (algı ve bellek depolaması) baskın rol oynadığını vurgulamaktadırlar (Clarkin 2007). Erken çocukluk döneminde içselleştirilen nesne ilişkileri, gelişen psişik yapının temelini oluşturur. Bilinçdışı çatışmaların ve hastaların psikodinamik terapi esnasında terapistte gösterdiği transferans (aktarım) reaksiyonlarının nedeninin büyük ölçüde içselleştirilmiş nesne ilişkileri olduğu düşünülmektedir (Kernberg, 2004). Nesne ilişkileri teorisyenleri, nesne ilişkilerinin içselleştirilmesini şekillendiren anne-bebek etkileşimi hakkında hipotezler üretmiştir. Klein'ın (Klein1940, Klein 1946), geliştirdiği nesne ilişkileri teorisi göre; yaşam içgüdü, besleyici, verici, yatıştırıcı ve duygusal olarak destekleyici bir anne varlığında bebek tarafından tatmin edici hissedilebilir. Bu tatmin edici deneyimler, libidoya yatırım yapan temsiller olarak içselleştirilir ve çevreye, dış insanlara yansıtılır. Buna karşılık, ölüm içgüdü, yok olma (annihilation) ve kötülük görme (perseküsyon) korkusuyla sonuçlanmaktadır. Bu korkular iki tür savunmanın gelişmesine neden olur; paranoid-şizoid pozisyon ve depresif pozisyon. Paranoid-şizoid pozisyon, hayatta kalmak için bölünme (splitting) savunma mekanizmasının kullanımına neden olur. Depresif pozisyon bebeğin annenin hem iyi (memnuniyet verici) hem de kötü (sinir bozucu) olduğunu fark etmesi ve bölünme savunma mekanizmasını kullanmasının azalmasıyla ortaya çıkan daha sonraki bir gelişmedir (Clarkin 2007). Fairbairn (Fairbairn 1954), heyecan verici (libidinal) ve sinir bozucu (antilibidinal) yönlerin bastırıldığını öne sürerek

bu teori üzerinde durmuştur. Sullivan (Sullivan 1953) için, psişik yaşam, başkalarıyla etkileşimden ve bu deneyimin içselleştirilmesinden doğar. Sağlıklı bir benlik duygusu, başkalarının değerlendirme ve kabulünden elde edilir. Jacobson (Jacobson 1971), kişinin kendisi ve diğer kişilerle ilgili temsillerinin entegre edilip içselleştirilmesinin önemli rolünü vurgulamıştır. Ona göre, ayrılma-bireyselleşme aşamasında (ilk ve ikinci yılların sonraki kısımları), kendi ve başkalarının “iyi” ve “kötü” temsillerinin farklılaşması vardır. Optimal gelişim koşulları altında, kendi ve kendisi için önemli diğer kişilerin entegre edilmiş temsilleri gelişir. Bir iç ahlak sisteminin veya süperegonun geliştirilmesi, diğer kişilerin cezalandırıcı ve yasaklayıcı olarak içselleştirilmelerinin ardından kendi ve diğerlerinin ideal temsillerinin ve son olarak ahlaki değer sistemlerinin ve yasakların daha gerçekçi bir içselleştirilmesiyle başılır (Clarkin 2007). Eğer bu dönemde iyi ve kötü nesne tasarımları birleştirilip, nesne sürekliliği oluşturulamazsa, çocuğun bu döneme takılıp kalması borderline kişilik organizasyonunun oluşmasına neden olabilir (Kernberg 1972, Ceylan 2017).

Çocukları bebeklik döneminden itibaren gözlemleyerek anne ile olan ilişkilerini inceleyen Mahler ise çocukların anneye bağımlı bir yapıdan özerk, ayrı bir birey olarak gelişmesini sağlayan süreci 4 ayrı döneme ayırarak göstermiştir (Mahler 1975). Mahler ve arkadaşları normal gelişim dönemlerinin basamaklarını; otistik dönem, simbiyotik dönem, ayrılma-bireyselleşme dönemi ve bireyliğin sağlanmasında ve duygusal nesne sürekliliğinin başlangıcı olarak tanımlamışlardır. Mahler’ e göre ayrılma-bireyselleşme döneminin alt dönemlerinden biri olan yeniden yakınlaşma krizi döneminde; çocuk bir önceki dönemdeki anneye ilgisizliğinden farklı olarak her an annenin nerede olduğu ile ilgili bir merak içindedir ve yeni öğrendiği şeyleri anneye paylaşmak ve anneyi memnun etmek ister (Mahler 1975). Çocuk bu dönemde ambivalan bir tutum içerisindedir. Kendisi ve annesi arasındaki sınırları fark etmesi, kendi isteklerinin zaman zaman anneninkilerle çakışmadığını fark etmesi çocukta anneden ayrı olma düşüncesi ile birlikte bir acı hissi yaratır. Bir yandan bireyselleşmek için kendisi birşeyler yapmak isterken bir yandan anneden yardım bekler. Bir yandan anneye yaklaşmak isterken, onu kaybetme korkusu anneye karşı öfke duymasına neden olur. Annenin imajı çocuk tarafından “iyi” ve “kötü” olarak ikiye ayrılmış durumdadır. Annelik tasarımının iyi ve kötü imajlarının birleştirilmesi, intrapsişik olarak ulaşılabilir bir anne imajının oluşturulması ile bu dönem başarılı bir şekilde çözülebilir (Mahler 1975). Bu dönemde annenin duygusal olarak ulaşılabilir olmaması, davranışlarında tutarlı olmaması ve çocuğun ambivalansına sert tepki göstermesinin ileriki

dönemlerde borderline psikopatolojinin gelişmesine neden olabileceği öne sürülmüştür (Ceylan 2017).

#### **2.2.3.2.2.Bowlby'nin Bağlanma (*Attachment*) Teorisi:**

Bowlby' nin geliştirdiği bağlanma teorisine göre bebekler birincil bakımverenleriyle göz, ten teması, ses yoluyla bir bağ kurup birlikte bir bütün oluştururlar (Bowlby1988). Bebek bu yakınlaşmayla, birincil bakımverenle duygusal bir bağ oluşturur. Eğer bağlanma uygun bir şekilde gelişirse bu “güvenli bağlanma” olarak adlandırılır ve bu bağlanma ile bebek hayatının ileri dönemlerinde sosyal ve psikolojik açıdan uyumlu bir birey olarak gelişir. Birincil bakım verenle çocuk arasında yeterli ve doyurucu bir ilişki gerçekleşmezse bu ikili arasında “güvensiz bağlanma” oluşmasına neden olur. Güvensiz bağlanma oluşan çocuklarda bakımverenin içsel tasarımı tam oluşmadığından bu çocuklar çevreye karşı daha güvensiz, daha kaygılı ve kendilerini sakinleştirme becerileri daha zayıf olur (Kutlu 2018). Erken dönemdeki bu bağlanma sorunları borderline hastalardaki psikopatolojinin gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (Gunderson 1996). Bu kişilerde görülen yalnızlığa tahammül edememe, bağımlı olunan kişinin yakınlığının sürekli kontrol edilmesi, terkedilme endişesi gibi belirtiler bakımvereniyle güvenli bir bağlanma geliştirememiş küçük bir çocuğun abartılı davranışlarına benzetilmektedir (Gunderson 1996, Kutlu 2018).

#### **2.2.3.2.3.Bilişsel Davranışçı Kuram:**

Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği bilişsel davranışçı kurama göre BKB etyolojisinde “ya hep ya hiç” tarzı bir bilişsel çarpıtma rol oynamaktadır (Beck 1990). Bu bilişsel çarpıtma ile birlikte üç temel şemanın bu hastalarda bozukluğun gelişmesine neden olduğunu düşünülmektedir (Ceylan 2017). Bunlar; kendilerini başkaları kabul görmeyen biri olarak görme, güçsüz ve savunmasız olduklarına inanç ve dünyayı kötü ve güvenilmez bir yer olarak düşünme şeklindedir (Beck 1990). Bu hastalar; kendileri ve çevrelerine yönelik bu inançlarından dolayı derin bir reddedilme ve kabullenilmeme korkusu yaşamakta ve insan ilişkilerinden uzak durmaktadırlar (Ceylan 2017). Sosyal ilişkilerdeki bu güçlük hastalara yaşanan hayatın anlamsız olduğunu düşündürmekte ve yetersizlik hislerinden dolayı çaresizlik hissetmektedirler. Kendilerine yönelik yetersizlik duygusu “ya hep ya hiç” tarzı düşünce tarzıyla desteklenmekte, yaptıkları faaliyetlerde süreklilik sağlayamamaktadırlar. Bundan dolayı tutarlı bir kimlik algısı oluşmamaktadır (Beck 1990).

Linehan'ın biyososyal öğrenme kuramı; BKB'nin Biyososyal Gelişim Modeline bir temel oluşturmaktadır (Winsper 2018). Linehan kuramında; BKB'nin temel olarak biyolojik yatkınlıklar ile yetersiz bir çevre arasındaki uyumsuz işlemlerden kaynaklanan duygusal bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür (Linehan 1993). Dürtüsellik, duygu düzenleme güçlüğü için yatkınlığı artırıcı bir özellik olarak tanımlanmaktadır. Gelişen bu dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü sorunları çevresel risk faktörleriyle desteklenmektedir (Örneğin, yüksek riskli bir ortamda, tutarsız ebeveynlik tarzı karşısında dürtüsel bir çocuk aşırı duygularını engelleyemez). Zamanla, uyumsuz işlemler olumsuz sosyal ve bilişsel sonuçlara katkıda bulunur ve orta ergenlik dönemi ile birlikte birey bir dizi uyumsuz baş etme stratejisi geliştirir. Bu uyumsuz özellikler BKB için riski daha da artırmakta ve çevreden daha olumsuz tepkiler almasına neden olmakta ve sağlıklı sosyal gelişmeyi bozmaktadır (Winsper 2018).

### **2.2.3.3.Çevresel Faktörler:**

BKB, genetik faktörlerle ve olumsuz yaşam deneyimlerinin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. Kalıtsal faktörler duyarlılığı artırıp bireyleri olumsuz yaşam deneyimlerine karşı yatkınlaştırabilir (Gunderson 2018). Olumsuz çocukluk deneyimleri klinik ve toplum örneklerinde BKB ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Çocukluk çağı travması BKB için en önemli çevresel risk faktörüdür (Hengartner 2013). BKB'ye özgü olmasa da, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal de dahil olmak üzere çocuklukta kötü muamele, ileriye dönük toplum çalışmalarında çocuklarda BKB riskini önemli ölçüde arttırdığı bildirilmiştir (Johnson 1999). Tutarsız ebeveynlik tarzı, annenin aşırı müdahaleci olması, itici ebeveyn davranışları ve ebeveynin duygusal katılımının yetersiz olması BKB'nin gelişimi ile de ilişkilidir, ancak BKB' ye spesifik değildir (Johnson 2006). Ek olarak, 5 yaşından önce çocukların annelerinden ayrılması yetişkinlikte BKB gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur (Crawford 2009). Kötü muamele görmüş çocukların kişilik özellikleri incelendiğinde, yüksek nevrozizm, uyumluluk azlığı, sorumluluk duygusunun yeterince gelişmemesi ve yeni yaşam deneyimlerine açık olmama gözlemlenmiştir (Rogosch 2004). Bunlar süregelen olma eğilimindedir ve BKB'li yetişkinlerin kişilik özelliklerine benzerdir.

Fiziksel istismar veya ihmali olan çocuklarla yapılan prospektif bir çalışmada 30 yıl sonrsında bu kişilerde BKB riskinin arttığı bildirilmiştir (Widom 2009).Retrospektif olarak BKB' li kişilerde yapılan bir çalışmada; çocukluk çağı ihmali % 92, fiziksel istismarı % 59, uzun süreli çocukluk çağı ayrılıkları % 29 bulunmuştur (Laporte 1996, Zanarini 1997). Cinsel istismar, BKB tanısı ile ilişkilendirilse de tanı için mutlak gerekli ya da yeterli



değildir. Örneğin; olguların % 30-70' inde istismar öyküsü yoktur veya cinsel istismara uğrayan kişilerin büyük çoğunluğu BKB geliştirmez. İstismar veya ihmalin olduğu bir ortamda yetiştirilmek, psikolojik gelişimimiz üzerinde derin bir etkiye neden olacak, yetişkinliğe güvenli bağlanma, psikolojik beceriler, iyi bir özgüven ile girme şansımızı azaltacaktır (Bateman 2013).

Bazı kritik gelişim dönemleri kişilik patolojisinin oluşumunda rol almaktadır. Ayrılma veya yetersiz ebeveynlik becerileri nedeniyle yaşamın erken dönemlerinde birincil bakımverene güvensiz bağlanma gelişmesi muhtemelen duygu düzenleme ve öz denetim mekanizmalarında bozulmalara yol açmaktadır (Fonagy 2008). Çocuktaki yüksek stres reaktivitesi de sorunlu bağlanmalara katkıda bulunabilir. Anneler ve çocuklar arasındaki güvensiz bağlanma, prospektif bir toplum çalışmasında genç erişkinlerde borderline semptomlarını öngörücü bulunmuştur (Stepp 2017). Ergenlikte, istikrarlı bir kimliğin ve benlik duygusunun gelişimi çok önemlidir ve geciktiğinde veya engellendiğinde kişilik patolojisine yol açabilir.

#### **2.2.4.Prognoz:**

BKB' nin uzun süreli seyri hakkında çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan birçoğu, orta şiddette BKB olan hastaların, tanı aldıktan ortalama 14-16 yıl sonra oldukça iyi fonksiyonu olduğunu bulmuştur (Zanarini 2006). Uzun vadede iyi bir sonuçla ilişkili çok sayıda faktör tanımlanmıştır. Bunlar; yüksek IQ, farklı yeteneklerin olması veya kadınlarda fiziksel olarak çekici olma, boşanmış ebeveyn ve narsisistik özelliklerin olmamasıdır ve tanı sırasında fiziksel olarak kendine zarar verme davranışlarının olmaması olarak bulunmuştur (Zanarini 2006). Uzun vadede kötü prognozla ilişkili faktörler ise; duygusal dengesizlik, kronik disfori, ilk tedavi sırasında daha genç yaşta olma, hastanede yatış süresinin uzunluğu, antisosyal davranış, madde kötüye kullanımı, ebeyn istismarı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve anne ile problemlili ilişkiler olarak belirtilmiştir (Zanarini 2006).

Zanarini ve arkadaşlarının yaptıkları (Zanarini 2003c) naturalistik bir izlem çalışmasında, ABD'de hastaneye yatırılan BKB' li hastaları takip etmişlerdir. 8 yıllık takipte % 68 ve 10 yıllık takipte başlangıçta BKB tanısı alan kişilerin % 86'sı sürekli bir remisyona girmiştir (4 yıldan fazla bir süredir tanı kriterlerini karşılamamıştır) (Zanarini 2004c, Zanarini 2006, Zanarini 2008, Zanarini 2010, Zanarini 2011b). Relaps oranları, duygudurum bozuklukları ve şizofreni gibi diğer ana psikiyatrik bozukluklara kıyasla

düşüktü. Remisyona girdikten sonraki 8 yılda % 33'lük bir relaps oranı vardı. Bu sonuçlar, birkaç dekad önceki prognoz hakkındaki görüşlerden çok daha iyimserdir (Bateman 2013).

### **2.3. ÖLÇEK GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ:**

Bir özelliğin miktarını, sıralamasını ve derecesini tanımlamak için gerekli kısıtlamalar ve kuralları değerlendirmeye yarayan araçlara “ölçek”denir (Karakoç 2014). Ölçekler hem değerlendirme için kolaylık sağlarlar hem de değerlendirmenin niteliğini artırır. Elde edilen sonuçların daha objektif değerlendirilmesini sağladıkları için bilimsel çalışmaların daha nitelikli yapılabilmesi için duyarlı ve de özgül ölçeklere ihtiyaç vardır (Karakoç 2014).

Herhangi bir alanda bir ölçek geliştirilmek istendiğinde var olan bir ölçeğin farklı bir dile çevrilip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak o dil ve kültüre uyarlaması yapılabilir ya da yeni bir ölçek geliştirilebilir (Deniz 2007). Zaman ve maliyet tasarrufu sağlanması, kültürler arası karşılaştırılacak özelliklerde ortak bir ölçüm aracı gereksinimini karşılaması, yaşanan bölgede ölçüm yapılacak alanla ilgili ölçek geliştirilmesi konusunda yeterli uzman olmaması ve yeni ölçek geliştirmenin risklerine karşılık iyi tanınan bir ölçeğe güven duyulma ihtimalinin fazla olması nedenleri ile ölçek uyarlama çalışmaları sık tercih edilmektedir (Deniz 2007).

Bir ölçeğin başka bir dilden uyarlanabilmesi için ilkönce asıl ölçek sahibinden izin alınmalı, sonrasında her iki dili de iyi bilen çevirmenler tarafından ölçek o dile çevrilmelidir (Deniz 2007). Çeviri bir dilden diğerine çevirme ya da çeviri yapıldıktan sonra tekrar asıl dile çevirme şeklinde yapılabilir (Deniz 2007). Çeviri aşamasından sonra o dil için uyarlamalar yapılmalı ve sonrasında geçerlik ve güvenilirlik aşamalarına geçilmelidir (Karakoç 2014).

#### **2.3.1. Güvenirlik ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler:**

Güvenirlik; bir ölçme aracının değerlendirdiği özelliği tekrarlayan ölçümlerde kararlı, duyarlı ve tutarlı bir şekilde ölçme derecesidir (Tavşancıl 2002, Arıkan 2011). Ölçek maddelerine verilen yanıtların aynı ve/veya farklı zamanlarda tutarlı ve değişmez olması o ölçeğin güvenilirliğini göstermektedir (Hergüner 2010). Ölçekle yapılan değerlendirmelerde hata oranının az olması ölçeğin güvenilirliğinin fazla, hata oranının fazla olması ise güvenilirliğinin düşük olduğunu gösterir (Hergüner 2010). Güvenirliği düşük olan bir ölçek ise yanlılığa ve hatalı sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Karakoç 2014). Bir ölçeğin güvenilirlik düzeyi güvenilirlik analizleri sonucu elde edilen güvenilirlik katsayısı (r) ile belirlenir (Hergüner 2010). Güvenirlik katsayısı 0.00-+1.00 arasında bir değerle ifade

edilir ve r değeri 0'a yaklaştıkça hata ihtimali artarken, 1'e yaklaştıkça hata ihtimali azalır (Hergüner 2010). Tarama ölçeklerinin güvenilirliği için r değerinin en az 0.80, tanısal değerlendirme ölçeklerinin ise en az 0.90 olması gerekir (Hergüner 2010).

**a) Test-yeniden test güvenirligi (test-retest reliability):**

Bir ölçek aynı örneklem grubuna, sağlanabilecek oranda eşit şartlarda, iki kez uygulanır ve ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirilir (Karakoç 2014). Bu şekilde ölçeğin zaman içerisinde ölçtüğü özelliği istikrarlı bir şekilde ölçebilme özelliği değerlendirilmiş olur (Hergüner 2010). İki ölçüm puanları arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin test-yeniden test güvenirligini gösterir( Ercan 2004). Bu noktada iki ölçüm arasındaki süre önemlidir. Süre; ölçek maddelerinin hatırlanmasına neden olacak kadar kısa ya da ölçülecek özellikte önemli değişmeler oluşturacak kadar uzun olmamalıdır (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2005). Uygun sürenin yaklaşık olarak dört hafta olduğu belirtilmektedir (Karakoç 2014). Veri türüne göre de uygun bir korelasyon katsayısı hesaplama yöntemi kullanılır (Büyüköztürk 2005). Ölçümü yapılan özellik sık değişen ya da oluşturulan ölçek oran ölçeği ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanır (Tavşancıl 2002). İki değişken arasındaki ilişkinin yönü ve derecesi korelasyon katsayıları ile değerlendirilir (Karakoç 2014). Değer +1 'e ne kadar yakınsa ilişki o kadar iyidir. En az 0.70 ve üzerindeki değerler ölçekteki kararlılığın göstergesidir (Karakoç 2014).

**b) Eşdeğer (paralel) ölçek güvenirligi ( alternative- form reliability):**

Zorluk şiddeti ve içerikleri aynı olan madde ve sorulardan oluşan ölçekler iki eşdeğer (paralel) form haline getirilebilir (Tavşancıl 2002, Ercan 2004). Ölçümlerin eşdeğer kabul edilebilmesi için hem aynı değişkeni ölçmesi hemde standart sapma ve ortalamalarının aynı olması gerekir (Tavşancıl 2002). Ölçümün kararlılığını olumsuz etkilememesi için eşdeğer formların mümkünse ya aynı anda ya da kararlılığı etkilemeyecek ve de örneklem grubunun sıkılmasına neden olmayacak süre içerisinde ardışık uygulanmalıdır (Ercan 2004). Eşdeğer formlar arasındaki korelasyon güvenirlilik katsayısıdır (Tavşancıl 2002, Ercan 2004). Dil açısından eşdeğerlilik de eşdeğer formlar yöntemi ile değerlendirilir (Tavşancıl 2002).

**c) İç Tutarlılık (Internal Consistency):**

Ölçeğin ölçüm yaptığı alanda yalnızca istenilen kavramları ölçüp ölçmediği, ölçek maddelerinin kendi aralarında ne oranda homojen olduklarını değerlendiren bir güvenirlilik

ölçütüdür (Karakoç 2014). İç tutarlılık; ölçek maddelerinin eş ağırlıkta, aynı kavramı ölçmek amacıyla bir bütün içinde bağımsız ve homojen olarak bulunduğu hipotezine dayanmaktadır (Karakoç 2014).

- ❖ **Yarıya Bölme Yöntemi (Split-Half Method):** Bu yöntemde ölçek maddeleri iki eşit parçaya bölünür ve her iki bölüm aynı anda örneklem grubuna uygulanır (Ercan 2004). İki bölüm arasındaki korelasyon güvenilirliği gösterir (Ercan 2004). Eğer ölçek alt boyutlardan oluşmuş ise her alt boyut kendi içinde bütün olarak düşünülür (Ercan 2004). Spearman –Brown formülü ölçeğin bütünüün güvenilirlik katsayısının hesaplanmasında kullanılır (Tavşancıl 2002).
- ❖ **Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları:** Ölçekteki her maddenin homojen dağılmış olduğu ve aynı değişkeni ölçtüğü hipotezine dayanmaktadır (Ercan 2004). Ölçekteki bütün maddeler arasındaki tutarlılığı verir ve iç tutarlılık katsayısı olarak isimlendirilir (Ercan 2004). Ölçeğin KR-20 ve KR-21 güvenilirlik katsayıları yüksek ise bu ölçeğin tesadüfi hatalarının az olduğu ve ölçeğin tek boyutlu olduğunu göstermektedir (Karakoç 2014). Bu yöntemin uygulanabilmesi için ölçek maddelerinin dikotom (örn; evet/ hayır, var/ yok) olması gerekmektedir (Ercan 2004). İstenen özelliği taşıyan ölçek maddelerine 1, taşımayan ya da cevaplanmamış ölçek maddelerine 0 puan verilerek hesaplanır (Ercan 2004).
- ❖ **Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:** Cronbach tarafından 1951 yılında geliştirilen yöntem ölçek maddeleri likert tarzı bir yapıda olduğunda kullanılabileceği düşünülen bir yöntemdir (Ercan 2004). Ama bazı araştırmacılara göre dikotom tarzı maddeleri olan ölçekler için de kullanılabilir (Bademci 2006). Ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile Cronbach alfa katsayısı elde edilir (Ercan 2004). Katsayının en az 0.70 ve üzerinde olması istenir (Karakoç 2014).

#### **d)Puanlama Tutarlılığı:**

- ❖ **Gözlemciler Arası Tutarlılık (Inter-observer Consistency):** Aynı durumu, aynı ölçekle, bağımsız olarak birden çok gözlemcinin ölçmeye çalıştığı zamanlarda kullanılan güvenilirlik yöntemidir (Karakoç 2014). Gözlemciler arasındaki uyumu hesaplamak için Cronbach alfa, t testi, korelasyon, özel varyans çözümlenmeleri uygulanabilir (Öksüz 2005). % 70 ve üzeri güvenilirlik oranı istenmektedir (Öksüz 2005). Kappa katsayısı tutarlılık oranının tesadüfi olarak yüksek çıkma durumunu

belirlemek için kullanılır (Tavşancıl 2002). Katsayı 0 ise uyumsuzluğu, -1 ise ters uyumu, +1'e ne kadar yakınsa uyumun o kadar iyi olduğunu gösterir (Öksüz 2005).

- ❖ **Gözlemciler İçi Tutarlılık (Intra-observer Consistency):** Birden fazla ölçümün aynı gözlemci tarafından değerlendirildiği durumlarda ölçümler arası tutarlılığı belirlemek için kullanılan yöntemdir (Öksüz 2005).

### 2.3.2. Geçerlik ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

Geçerlik; herhangi bir ölçme aracının, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, ölçülmesi amaçlanan özelliği, amaca uygun, o amaç için uygun bir şekilde ve uygun bir grupta doğru bir şekilde ölçebilmesidir (Ercan 2004). Bir ölçme aracının güvenilir olması, geçerli sayılabılmasının ön koşuludur( Hergüner 2010). Geçerlik düzeyi; -1.00 ile +1.00 arasında bir değer alan geçerlik katsayısının hesaplanması ile belirlenir ve katsayı ne kadar yüksek ise ölçeğin geçerliği o kadar iyi demektir (Ercan 2004). Geçerliği düşük olan bir ölçek daha fazla katılımcıya ihtiyaç duymakta, anlamlı sonuçlar çıkmasını zorlaştırmakta ve istatistiksel testlerin değerinin düşmesine neden olmaktadır (Karakoç 2014).

#### a) Yorumsal Geçerlik (Translation Validity):

Ölçek yapısının işlevsellik derecesini gösterir.

- ❖ **Yüzeysel Geçerlik (Görünüş Geçerliği) (Face Validity):** Ölçekle değerlendirilen özelliklerin ölçülmesi planlanan konu ile ne kadar ilgili olduğunu değerlendiren bir yöntemdir (Tavşancıl 2002). Bu geçerlik türünün teknik geçerlik türlerinden biri olarak değerlendirilemeyeceğini düşünenler bulunmaktadır (Tavşancıl 2002).
- ❖ **İçerik (Kapsam) Geçerliği (Content Validity):** Konu hakkında uzman kişilerin görüşü alınarak ölçekteki her bir maddenin ayrı ayrı ve de ölçeğin bir bütün olarak amaçlanan değerlendirmeye ne kadar hizmet ettiğinin belirlenmesidir (Tavşancıl 2002). Uzman kişiler ile ölçeği geliştirenler arasında ortak kavram kullanımının olması farklı ölçütlere dayanarak değerlendirme yapılmasını önler. Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için çeşitli teknikler kullanılmaktadır (Tavşancıl 2002). Bunlardan biri de Davis tekniğidir (Karakoç 2014). Bu teknikte dörtlü bir derecelendirme kullanılarak ölçek maddeleri için; “uygun değil”, “ciddi olarak gözden geçirilmeli”, “hafifçe gözden geçirilmeli”, “uygun” şeklinde değerlendirilir (Karakoç 2014). Kapsam geçerlik indeksi; maddeyi “uygun” ve “hafifçe gözden geçirilmeli” olarak değerlendiren uzman sayısının, toplam uzman sayısına bölünerek elde edilir (Karakoç 2014). En az 0.80 ve üzeri değerler kabul edilebilir olarak düşünülmektedir (Taşkın 2010). Diğer bir teknik ise aynı özellikleri ölçtüğü

bilinen başka bir ölçekle geliştirilen ölçeğin korelasyonunun hesaplanmasıdır (Tavşancıl 2002).

**b) Ölçüte Dayalı Geçerlik (Criterion-Related Validation):** Ölçek puanlarının belirlenmiş dış ölçütlerle ilişkisini değerlendiren yöntemdir (Karakoç 2014). Yordama ve eş zaman (concurrent validity) geçerliği olmak üzere iki çeşidi vardır (Karakoç 2014). Eş zaman (concurrent validity) geçerliğinde aynı ya da yakın zamanda yapılan değerlendirmelerle ölçülen davranış ya da ilişkili başka bir davranış için geliştirilen ölçekten alınan puanla başka ölçeklerden alınan puanların korelasyonu yapılır (Büyüköztürk 2005). Yordama geçerliği (predictive validity) ise; ölçek maddelerinin dikotom olduğu durumlarda ölçekten alınan puanların ilerideki bir davranışı ne derece predikte ettiğini değerlendirir (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2005).

**c)Yapı Geçerliği (Construct Validity):** Bir ölçeğin değerlendirdiği özelliklerin yapısını ve kavramını ne oranda doğru ölçebildiğini gösterir (Hergüner 2010). Ölçek maddelerinin ölçülmesi istenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü, ölçekten elde edilen sonucun ne ile bağlantılı olduğunun belirlenmesini sağlar (Tavşancıl 2002, Büyüköztürk 2005). Yapı geçerliğini değerlendirmek için çeşitli yöntemler bulunmakla birlikte en sık olarak faktör analizi, yapısal eşitlik modellemesi ve benzer ölçek geçerliği kullanılmaktadır (Karakoç 2014).

❖ **Faktör Analizi (Factor Analysis):** Geliştirilmekte olan ölçeğe, ölçeği dolduranların verdiği cevaplar içinde belli bir düzen olup olmadığını değerlendiren ve değişkenlerin birkaç başlık altında toplanmasını sağlayan bir yapı geçerliği yöntemidir (Tavşancıl 2002). Örneklem grubunun ölçek maddelerine verdiği cevaplar puanlandırılıp faktör analizi uygulanır (Karakoç 2014). Sonrasında analizin sonucuna göre belirli maddeler çıkartılıp eklenir ve analiz tekrarlanır (Karakoç 2014). Ölçüm yapılan alanda uygun değerlendirmeyi sağlayacak düzeyde madde sayısı sağlanıncaya kadar analiz tekrarlanır (Karakoç 2014). Faktör analizi yöntemi; ölçeğin geliştirilmesinde kullanılan bütün değişkenlerin ve bunların lineer kombinasyonlarının normal dağıldığı hipotezine dayanmaktadır (Karakoç 2014). Örneklem büyüklüğünün değişkenler ararsındaki ilişkileri değerlendirmeyi sağlayabilecek derecede büyük olması istenmektedir (Büyüköztürk 2002). Bu konuda tam bir fikir birliği olmamasına rağmen; en azından değişken sayısının beş ya da on katı kadar örneklem sayısının olması gerektiği belirtilmektedir (Tavşancıl

2002, Büyüköztürk 2002). Değişken çiftleri arasındaki ilişkinin doğrusal olmadığı durumlarda faktör analizinin değeri azalmaktadır (Büyüköztürk 2002).

- ❖ **Yapısal Eşitlik Modellemesi (Structural Equation Modeling):** Ölçeğin kapsadığı yapılar arasındaki ilişki ve bunun yönünün değerlendirildiği yapı geçerliliği tekniğidir (Tavşancıl 2002). Analiz sonucu beklenenin aksine olumsuz bir sonuçla karşılaşırsa; ölçek tasarımının hipotezi değerlendirmede yetersiz olduğu, hipotezin kavramla ilgili öne sürdüğü ilişkinin doğru olmadığı ya da ölçeğin mevcut kavramsal yapıyı ölçemediği düşünülebilir (Şencan 2005).
- ❖ **Benzer Ölçek Geçerliği (Convergent and Discriminant Validity):** Ölçeğin ölçtüğü alanla ilgili belirli bir boyutun aynı alanı değerlendiren başka bir ölçekteki aynı boyutla korelasyonunu inceleyen yöntemdir (Yılmaz 2011).

### **2.2.3. Borderline Kişilik Bozukluğunda Kullanılan Ölçekler:**

Bu bölümde BKB değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler bulunmaktadır. Ölçeklerden Borderline Kişilik Ölçeği' nin Ceylan ve arkadaşları tarafından (Ceylan 2017), Borderline Kişilik Envanteri' nin Aydemir ve arkadaşları tarafından (Aydemir 2006) ve Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği' nin de Akın ve arkadaşları tarafından (Akın 2017) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu üç ölçek de erişkinlerde BKB değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bizim bilgimize göre şu an için ergenlerde BKB değerlendirilmesi için Türkçe' ye çevrilip geçerlik ve güvenirliği yapılan bir ölçek bulunmamaktadır.

#### **Borderline Kişilik Envanteri (BKE):**

Evet/ Hayır şeklinde toplam 53 maddelik sorudan oluşan ölçek Leichsenrig tarafından geliştirilmiştir (Leichsenrig 1999). Gerçeği değerlendirme bozukluğu, yakınlaşmaktan korkma, kimlik karmaşası ve ilkel savunmalar olmak üzere dört alt bölümden oluşmaktadır. Kesme puanı 15/16'dır. Ölçek Kernberg' in yapısal kişilik organizasyonu kuramına dayanmaktadır. Aydemir ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir 2006). Ölçeğin yalnızca borderline kişilik bozukluğu grubunun Cronbach alfa değeri 0.84, tüm çalışma grubunun ise 0.92 olarak belirlenmiştir (Aydemir 2006).

#### **Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği (Türkçe BEST):**

Üç alt ölçek ve toplam 15 maddeden oluşan ölçek Pfhol ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Pfhol 2009). Ölçeğin alt bölümleri Duygu ve Düşünceler, Davranışlar Olumsuz, Davranışlar Olumlu şeklindedir. Ölçekteki her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçek borderline kişilikteki şiddeti ve değişimi ölçmektedir. 2017 yılında Akın ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Akın 2017). Ölçeğin; Düşünceler ve Duygular, Olumsuz Davranışlar ve Olumlu Davranışlar alt ölçeklerinin Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.80, 0.65 ve 0.67 olarak bulunurken, bütün ölçek için ise iç tutarlılık katsayısı 0.75'dir (Akın 2017).

#### **Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ):**

Poreh ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek toplam 80 madde ve 9 alt ölçekten oluşmaktadır (Poreh 2006). Ölçek DSM-IV kriterlerine göre geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin alt ölçekleri; dürtüsellik, duygulanımda kararsızlık, terk edilme, ilişkiler, kendilik-imesi, intihar-kendini yaralama davranışı, boşluk duygusu, yoğun öfke, psikoz benzeri durumlar şeklindedir. 2017 yılında Ceylan ve arkadaşları tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ceylan 2017). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach  $\alpha$  değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır (Ceylan 2017).

#### **Borderline Kişilik Bozukluğu İnançlar Ölçeği (The Borderline Personality Disorder Beliefs Scale) (BPDBS):**

Kişilik İnanç Ölçeği kullanılarak Butler ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek toplam 14 maddeden oluşmaktadır (Butler 2002). Bu 14 madde özellikle; bağımlılık, çaresizlik, güvensizlik, reddedilme / terk edilme korkuları, duygusal kontrolü kaybetme korkusu ve histrionik davranış özelliklerini içermektedir (Butler 2002). Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değeri 0.89 olarak bulunmuştur (Butler 2002).

#### **Zanarini Borderline Derecelendirme Ölçeği (The Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder) (ZAN-BPD):**

Toplam 9 madde 4 alt boyuttan oluşan ölçek 5'li likert tarzı bir yapısı olan ve borderline semptomlardaki değişimi hızlı bir şekilde gösteren ölçek Zanarini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Zanarini 2003a). Ölçeğin alt boyutları; duygusal, bilişsel,



dürtüsellik ve kişiler arası ilişkiler şeklindedir. Ölçeğin Cronbach  $\alpha$  ile hesaplanan iç tutarlılığı 0.85 olarak bulunmuştur (Zanarini 2003a).

### **Borderline Kişiler için Tanı Görüşmesi (The Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R):**

Zanarini ve arkadaşları tarafından geliştirilen, toplam 4 alt boyuttan oluşan, 186 maddelik, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Uygulaması yaklaşık 45 dakika- 1 saat kadar sürmektedir. Ölçeğin alt boyutları; duygusal, bilişsel, dürtüsellik ve kişiler arası ilişkiler şeklindedir (Zanarini 1989b).

### **McLean Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği (The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder) (MSI-BPD):**

Zanarini ve arkadaşları tarafından geliştirilen, toplam 10 maddelik doğru/ yanlış tarzında doldurulan bir ölçektir (Zanarini 2003b). Ölçeğin kesme puanı 7 olarak tanımlanmıştır. Ölçeğin kısa ve güvenilirliğinin yüksek olması sık tercih edilmesini sağlamaktadır.

**Çocukluk Dönemi Borderline Kişilik Bozukluğu Görüşmesi (Childhood Interview for Borderline Personality Disorder (CIBPD)):** BKB'yi değerlendirmek için çocuklar ve ergenlerde kullanılmak üzere geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Zanarini 2003d). Görüşme; Kişilik Bozuklukları için Tanısal Görüşme Formunun Borderline modülünden uyarlanmıştır. BKB semptomlarını yansıtan toplam 9 kriter, semptom yoksa "0", semptom muhtemelen mevcutsa "1" veya kesin olarak mevcut semptomlar için "2" kullanılarak derecelendirilir. BKB'nin tam teşhisi için "2" ile puanlanmış en az 5 kriter gereklidir (Zanarini 2003d).

## **2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

Bu çalışmanın araştırılması hedeflenen hipotezleri şunlardır:

- 1.Borderline Personality Features Scale for Children- Short Form- BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-BKÖÇÖ) ölçeğinin Türkçe formunun Türk toplumu ergenlerinde geçerli ve güvenilir ve ülkemizde kullanıma sunulabilir.
2. Klinik grubu toplam BKÖÇÖ puanı kontrol grubundan daha fazladır.
3. BKÖÇÖ ile DKE-KF, KIÖ-KF, KSE arasında pozitif yönde, ÇYKÖ arasında negatif yönde korelasyon bulunmaktadır.

4. BKÖÇÖ ile klinik grubu psikiyatrik tanı ve semptom sayısı arasında korelasyon bulunmaktadır.

### **3. YÖNTEM VE ARAÇLAR**

#### **3.1. ÖRNEKLEM**

Araştırma için klinik örneklemeden ve yerel popülasyondan katılımcılar dahil edilmiştir. Klinik grubu Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran 12-18 yaş aralığındaki 168 hastadan, kontrol grubu ise (İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınarak belirlenen) ortaokul ve lise düzeyinde iki okuldan alınan 12-18 yaş aralığında 181 katılımcıdan oluşturulmuştur. Katılımcıların araştırmaya katılımları gönüllülük esasına göre gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubunda bulunanlar arasında o sırada psikiyatrik bir rahatsızlığı olan veya son 6 ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik tedavi almış olanlar çalışmaya alınmamıştır. Katılımcılar için belirlenen araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri aşağıda yer almaktadır:

#### **Klinik Grubu İşleme Kriterleri:**

1. 12-18 yaş aralığında olması
2. Hastanın ebeveyniyle birlikte kliniğe başvurması
3. Ebeveyn ve hastanın araştırmaya katılım için yazılı onam vermesi

#### **Klinik Grubu Dışlama Kriterleri:**

1. Mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların varlığı
2. Major fiziksel veya nörolojik hastalık varlığı

#### **Kontrol Grubu İşleme Kriterleri:**

1. 12-18 yaş aralığında olması
2. Katılımcının araştırmaya katılım için yazılı onam vermesi

#### **Kontrol Grubu Dışlama Kriterleri:**

1. Major fiziksel veya nörolojik hastalık varlığı
2. O sırada bilinen bir psikiyatrik bir rahatsızlığının olması veya son 6 ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik tedavi almış olması

### 3.2. YÖNTEM

Necmettin Erbakan Üniversitesi (NEÜ) Meram Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran 12-18 yaş aralığındaki 168 hasta ve ortaokul ve lise düzeyinde iki okuldan alınan 12-18 yaş aralığında 181 katılımcıya (Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınarak belirlenen) çalışma hakkında bilgilendirilme yapıldıktan sonra çalışmaya katılanlardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Tüm katılımcılardan Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-BKÖÇÖ, Kişilik İnanç Ölçeği- Kısa Form, Kısa Semptom Envanteri ve DSM-V Kişilik Envanteri-Kısa formu (DKE-KF) ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Ayrıca klinik grubundaki katılımcılara “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması” (ÇDŞG- ŞY-T) uygulanarak DSM-V'e göre psikiyatrik tanıları belirlenmiş ve her tanı için eşik altı/eşik üstü belirti sayıları kaydedilmiştir. Klinik grubundaki katılımcıların ebeveynlerinden çocuklarının yaşam kalitesini belirlemek üzere “Çocuklar için Yaşam Kalitesi” ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan her iki grubun sosyodemografik ve klinik grubunun klinik özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bir veri formuna klinisyen tarafından kaydedilmiştir. İlk değerlendirilmelerin yapılmasından beş ay sonra klinik grubu katılımcılarından rastgele seçilen 41 katılımcıya Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-BKÖÇÖ tekrar uygulanmıştır.

**Ölçeğin Çeviri ve Uyarlama Süreci:** Çalışmanın ilk aşaması olarak Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-BKÖÇÖ 'nün orijinal dili olan İngilizceden çeviri ve uyarlaması yapılmıştır. Bir ölçeğin başka bir dilden uyarlanabilmesi için ilkönce asıl ölçek sahibinden izin alınmalı, sonrasında her iki dili de iyi bilen çevirmenler tarafından ölçek o dile çevrilmelidir. Çeviri bir dilden diğerine çevirme ya da çeviri yapıldıktan sonra tekrar asıl dile çevirme şeklinde yapılabilir. Bizim çalışmamızda ölçek sahibi Prof. Dr. Carla Sharp' tan izin alınmış, sonrasında çeviri ve uyarlama sürecine geçilmiştir. İlk olarak iyi düzeyde İngilizce bilen bir çocuk ve ergen psikiyatrisi öğretim üyesi ölçeğin maddelerini Türkçeye çevirmiş, daha sonrasında yine iyi düzeyde İngilizce bilen başka bir çocuk ve ergen psikiyatrisi öğretim üyesi ölçeği tekrar İngilizceye çevirmiştir. Ölçeğin orijinal formunu geliştiren Prof. Dr. Carla Sharp ölçeğin re-translate formunu gözden geçirmiş ve uygun olduğunu bildirmiştir.

### **3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

#### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:**

Araştırmacılar tarafından geliştirilen veri formu ile tüm katılımcıların çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, anne-baba yaşı, anne-baba eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, sadece klinik grubu için; klinik tanısı, kullandığı ilaçlar ve dozları, eskiden kullanılan ilaçlar, klinikte toplam takip süresi gibi özellikler belirlenmiştir.

#### **3.3.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG- ŞY-T):**

ÇDŞG-ŞY, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur ( Kaufman 1997). ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler 2004).

#### **3.3.3. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ):**

2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Varni 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır. Maddeler 0-100 arası puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 0:100, nadiren olarak işaretlenmişse 1:75, bazen olarak işaretlenmişse 2:50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 3:25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 4:0 puan almaktadır. Puanlar toplanıp doldurulan madde sayısına bölünerek toplam puan elde edilmektedir. Çocuk (8-12 yaş) ve Ergen (13-18) formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakın Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Çakın-Memik 2007, Çakın- Memik 2008).

**3.3.4. Kişilik İnanç Ölçeği- Kısa Form:** Ölçeğin orijinal formundan yararlanılarak daha pratik ve kolay uygulama sağlamak amacıyla kısa formu Butler ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiştir (Butler 2007). Kişinin kendisi, diğer insanlar ve dünyayla ilgili temel inançlarını belirlemeye dönük ifadelerden oluşmaktadır. Ölçek formundaki her soru DSM'deki her bir kişilik bozukluğuna karşılık gelen çekingen, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, narsisistik, histrionik, şizoid ve paranoid tutumlar ve inançlarla ilgilidir. Dokuz kişilik tipine ait toplam 65 madde içerir. Denekler her bir maddedeki ifadeleri okuduktan sonra bunun kendilerine ne kadar uyduğunu sıfır (hiç inanmıyorum) ile dört (tamamıyla inanıyorum) arasında işaretlerler. Ölçek kişilik bozukluğu olan bireylerin hem değerlendirilmesinde hem de tedavisinde kullanılabilecek niteliktedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Taymur ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Taymur 2011).

**3.3.5. Kısa Semptom Envanteri:** Derogatis ve ark. tarafından geliştirilen ölçek anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite olmak üzere 5 alt boyut ve 53 maddeden oluşmaktadır (Derogatis 1992). 5'li likert tipte hazırlanmıştır. Ölçekten alınabilecek puan 0-212 arasında değişmektedir. Her bir soru için; hiç yok, biraz var, orta derecede var, epey var, çok fazla var tarzında düzenlenen cevap anahtarı 0-4 arasında puanlandırılmaktadır. Alınan puanların yüksekliği semptomların sıklığını göstermektedir. Test MMPI ile de korelasyon göstermektedir (Şahin 1994). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve ark. tarafından yapılmıştır (Şahin 1994).

**3.3.6. DSM-V Kişilik Envanteri-Kısa Formu (DKE-KF):** Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan DSM 5 Kişilik Envanteri, DSM V'in 3. bölümde B kriterleri olarak tanımlanan kişilik özelliklerini değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Orijinal formu 220 sorudan oluşan DSM-V Kişilik Envanteri, patolojik olabilecek 5 ana özellik ve bunlara bağlı olan 25 ayrı kişilik özelliklerini ölçmektedir.(Thimm 2016) Daha sonra kullanım kolaylığı amacıyla 220 maddelik ölçekten elde edilen 100 maddelik kısa formu oluşturulmuştur (Maples 2015). Kısa formun da uzun formda ölçülen kişilik özelliklerini değerlendirebildiği bildirilmiştir. Ölçekteki terslik/ geçimsizlik, disinhibisyon, olumsuz duygulanım patolojik kişilik özellikleri ve duygulanımda dengesizlik, depresiflik, dürtüsellik, hostilite, kaygınlık, ayrılma güvensizliği, risk alma patolojik kişilik özellikleri alt görünümü (facet) toplam puanları BKB' yi değerlendirmektedir. Bizim çalışmamızda

da BKÖÇÖ ile DKE-KF ölçeği borderline ilişkili facetlerin toplam puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

**3.3.7. Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği- BKÖÇÖ:** Çocuklarda borderline kişilik özelliklerini spesifik olarak değerlendirmek için Borderline Personality Features Scale for Children-BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Formu-BKÖÇÖ) geliştirilmiştir (Crick 2005). Ölçeğin orijinal formu 24 maddeliktir. Duygulanımda dengesizlik, kendine zarar verici davranışlar, kişiler arası ilişkilerde olumsuzluklar, kimlik problemleri olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. BPFSC ölçeğinden yararlanılarak uygulama kolaylığı sağlamak için ölçeğin 11 maddelik kısa formu BPFSC-11 (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği) geliştirilmiştir (Sharp 2014). Ölçek 5’li likert tarzda bir yapıya sahiptir. Yapılan faktör analizlerinde ölçeğin tek boyuta sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeğin sensivitesi 0.740, spesifitesi 0.714 olarak bulunmuş ve ideal kesme puanı 34 olarak belirlenmiştir.

#### **3.4. ETİK**

Araştırma uygulanmasına başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihazı Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır. Araştırmanın örnekleme alınan bireylere ve ebeveynlerine, değerlendirme ölçekleri uygulanmadan önce araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak anlatılmış ardından yazılı onamları alınmıştır.

#### **3.5. VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRMESİ**

Bu araştırmada elde edilen verilerden doğrulayıcı faktör analizi verileri Amos 18 ile diğer veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) veri tabanı programına aktararak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen veriler, aritmetik ortalama±standart sapma; sayımla elde edilen veriler ise sayı (%) olarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin analizleri ki-kare testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenler Student T testi ile, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Psikometrik ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson veya Spearman korelasyon testi yapılmıştır. Türkçe BPFSC-11 ölçeğinin geçerlik, güvenilirlik ve faktör analizi çalışmasında yapı ve ölçüt bağımlı geçerliği incelemek için keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçüt bağımlı geçerliğini incelemek üzere Türkçe BPFSC-11, Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu ve DSM-

V Kişilik Envanteri-Kısa formu ile korelasyonuna bakılmış ve korelasyon analizleri Pearson korelasyon testi ile incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlığı Cronbach Alfa yöntemiyle değerlendirilmiş ve test-tekrar test yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin faktör yapısını irdeleyebilmek için doğrulayıcı ve keşfedici faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Keşfedici faktör analizinde önce Kaiser normalizasyonlu oblimin dönüştürmesine göre Temel Eksen Faktör Analizi (Principal Axis Analysis) uygulanmıştır. Ölçeğin ortogonal faktör yapısını sınaması ve gelecekteki çalışmalarda kullanılmak için faktör yapısı ayrıca Kaiser normalizasyonlu varimax dönüştürmesine göre Temel Bileşenler Faktör Analizi (Principal Component Analysis) ile incelenmiştir. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi model uyumunun kabul edilebilir sayılması için RMSEA değerinin 0.05'in altında, CFI değerinin 0.95'in üzerinde olması koşulu aranmıştır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 168 klinik grubu (69 erkek, 99 kız) ve 181 kontrol grubu (87 erkek, 94 kız) olmak üzere toplam 349 ergen dahil edilmiştir. Cinsiyet bakımından her iki grup için yapılan analizlerde gruplar arası anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $\chi^2 = 1.725$ ;  $p = 0,189$ ). Klinik ve kontrol grubunun cinsiyet özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

<b>Tablo 1. Klinik ve Kontrol Grubu Cinsiyet Dağılımları</b>				
<b>Cinsiyet</b>	<b>Klinik Grubu (n:168)</b>	<b>Kontrol (n:181)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Kız	99 (% 58.9)	94 (% 51.9)	1.725	0,189
Erkek	69 (% 41.1)	87 (% 48.1)		
Pearson Ki-Kare Testi, n= olgu sayısı				

Katılımcıların ortalama yaşları klinik grubunda  $15.26 \pm 1.49$ , kontrol grubunda  $14.93 \pm 1.59$  olarak saptanmış olup gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $t = 1.948$ ,  $p = 0,052$ ). Anne ( $t = 0.484$ ,  $p = 0.628$ ), baba yaş ( $t = 0.396$ ,  $p = 0.692$ ) ortalamaları arasında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.



<b>Tablo 2. Klinik ve Kontrol Grubu Demografik Özellikleri</b>						
	<b>Klinik</b>		<b>Kontrol</b>		<b>İstatistiksel Analiz</b>	
	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Yaş	15.26	1.49	14.93	1.59	1.948	0.052
Anne Yaş	41.17	5.75	40.86	6.00	0.484	0.628
Baba Yaş	45.10	6.70	44.82	5.96	0.396	0.692
Bağımsız Örneklem t testi; Ort: Ortalama, SS: Standart sapma						

Hem anne ( $t=-4.981$ ,  $p<0.001$ ) hem baba eğitim ( $t=-8.053$ ,  $p<0.001$ ) düzeyinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Anne ve baba eğitim düzeyleri klinik grubuna kıyasla kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Klinik ve kontrol grubu anne ve baba eğitim düzeyleri Tablo 3' te gösterilmiştir.

<b>Tablo3. Klinik ve Kontrol Grubu Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri</b>								
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Yükseklisans	Doktora
Anne Eğitim	Klinik	%58.1	%13.1	%14.4	%2.5	%11.2	%0.6	%0.0
	Kontrol	%28.3	%18.3	%27.2	%2.2	%21.7	%2.2	%0.0
Baba Eğitim	Klinik	%44.7	%15.1	%20.8	%3.1	%14.5	%1.9	%0.0
	Kontrol	%12.8	%12.8	%21.2	%7.3	%36.3	%8.4	%1.1
Pearson ki kare testi								

Klinik ve kontrol grubunun BKÖÇÖ total puanları Tablo 4.'te gösterilmiştir. Klinik grubunun BKÖÇÖ total puanı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $t=6.302$ ,  $p<0.001$ ).

<b>Tablo 4.Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total Puanlarının Karşılaştırılması</b>						
	<b>Klinik</b>		<b>Kontrol</b>		<b>İstatiksel Analiz</b>	
	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
BKÖÇÖ	36.83	8.03	31.86	6.74	6.302	<0.001
Bağımsız örneklem t testi; Ort: Ortalama, SS: Standart sapma						

Klinik ve kontrol grubunun BKÖÇÖ total puanlarının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 5.'te verilmiştir. Klinik grubunda BKÖÇÖ total puanları kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $t=-3.572$ ,  $p<0.001$ ). Kontrol grubunda ise BKÖÇÖ total puanları açısından cinsiyetlere göre anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $t=-1.168$ ,  $p=0.244$ ).

<b>Tablo 5.Klinik ve Kontrol Grubu Cinsiyete Göre BKÖÇÖ Total Puanlarının Karşılaştırılması</b>						
	<b>Erkek</b>		<b>Kız</b>		<b>İstatiksel Analiz</b>	
	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
BKÖÇÖ- Klinik	34.26	8.18	38.61	7.45	-3.572	<0.001
BKÖÇÖ- Kontrol	31.35	6.73	32.52	6.75	-1.168	0.244
Bağımsız örneklem t testi; Ort: Ortalama, SS: Standart sapma						

Klinik ve kontrol grubu BKÖÇÖ madde puanları ortalamaları ve standart sapmaları tablo 6.'da verilmiştir.

**Tablo 6.Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ Madde Puanlarının Karşılaştırılması**

	Klinik		Kontrol	
	Ort	SS	Ort	SS
Çok yalnız hissedirim.( BKÖÇÖ-1)	3.08	1.24	2.49	1.08
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	3.54	1.07	3.27	1.05
Benim duygularım çok güçlü. Örneğin, kızgın olduğumda gerçekten ama gerçekten çok kızgın, mutlu olduğumda ise gerçekten ama gerçekten çok mutlu olurum ( BKÖÇÖ-3).	3.95	1.07	3.71	1.07
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	3.48	1.23	2.85	1.13
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	2.84	1.18	2.39	0.97
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar ( BKÖÇÖ-6).	3.30	1.24	2.71	1.02
Kızmak, üzölmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	3.77	1.11	3.33	1.11
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	2.93	1.26	2.57	1.12
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	3.18	1.46	2.60	1.27
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	3.69	1.19	3.21	1.07
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	3.01	1.19	2.70	1.11

Klinik ve kontrol grubu BKÖÇÖ maddeleri arası iç tutarlılığı saptamak için yapılan güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach  $\alpha$  değerleri klinik grubu için 0.82, kontrol grubu için 0.77 bulunmuştur.

BKÖÇÖ güvenilirliğini değerlendirmek için toplamda 41 katılımcıya retest uygulanmış ve Pearson Korelasyon analizi ile BKÖÇÖ total puanı test- retest sonuçları değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısı 0.724 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak test-retest sonuçları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Klinik grubu BKÖÇÖ maddeleri arası korelasyon analizi sonuçları Tablo 7.'de, kontrol grubu BKÖÇÖ maddeleri arası korelasyon analizi sonuçları ise Tablo 8.'de verilmiştir.

**Tablo 7. BKÖÇÖ Klinik Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	BKÖÇÖ- 1	BKÖÇÖ- 2	BKÖÇÖ- 3	BKÖÇÖ- 4	BKÖÇÖ- 5	BKÖÇÖ- 6	BKÖÇÖ- 7	BKÖÇÖ- 8	BKÖÇÖ- 9	BKÖÇÖ- 10	BKÖÇÖ- 11
BKÖÇÖ Total												
BKÖÇÖ- 1	r=0.697 p<0.001											
BKÖÇÖ- 2	r=0.504 p<0.001	r=0.288 p<0.001										
BKÖÇÖ- 3	r=0.232 p=0,002	r=0.002 p=0.978	r=0.251 p<0.001									
BKÖÇÖ- 4	r=0.627 p<0.001	r=0.552 p<0.001	r=0.190 p=0.014	r=0.000 p=0.996								
BKÖÇÖ- 5	r=0.642 p<0.001	r=0.403 p<0.001	r=0.151 p=0.050	r=0.058 p=0.455	r=0.371 p<0.001							
BKÖÇÖ- 6	r=0.728 p<0.001	r=0.538 p<0.001	r=0.320 p<0.001	r=0.024 p=0.753	r=0.421 p<0.001	r=0.427 p<0.001						
BKÖÇÖ- 7	r=0.733 p<0.001	r=0.488 p<0.001	r=0.301 p<0.001	r=0.140 p=0.069	r=0.411 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.448 p<0.001					
BKÖÇÖ- 8	r=0.565 p<0.001	r=0.263 p=0.001	r=0.139 p=0.073	r=0.075 p=0.331	r=0.301 p<0.001	r=0.402 p<0.001	r=0.373 p<0.001	r=0.277 p<0.001				
BKÖÇÖ- 9	r=0.662 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.335 p<0.001	r=0.039 p=0.611	r=0.318 p<0.001	r=0.360 p<0.001	r=0.407 p<0.001	r=0.413 p<0.001	r=0.262 p=0.001			
BKÖÇÖ- 10	r=0.637 p<0.001	r=0.337 p<0.001	r=0.214 p=0.005	r=0.037 p=0.633	r=0.348 p<0.001	r=0.393 p<0.001	r=0.377 p<0.001	r=0.665 p<0.001	r=0.239 p=0.002	r=0.331 p<0.001		
BKÖÇÖ- 11	r=0.554 p<0.001	r=0.222 p=0.004	r=0.233 p=0.002	r=0.055 p=0.482	r=0.185 p=0.016	r=0.251 p=0.001	r=0.433 p<0.001	r=0.327 p<0.001	r=0.351 p<0.001	r=0.308 p<0.001	r=0.283 p<0.001	

**Tablo 8. BKÖÇÖ Kontrol Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	BKÖÇÖ- 1	BKÖÇÖ- 2	BKÖÇÖ- 3	BKÖÇÖ- 4	BKÖÇÖ- 5	BKÖÇÖ- 6	BKÖÇÖ- 7	BKÖÇÖ- 8	BKÖÇÖ- 9	BKÖÇÖ- 10	BKÖÇÖ- 11
BKÖÇÖ Total												
BKÖÇÖ- 1	r=0.587 p<0.001											
BKÖÇÖ- 2	r=0.523 p<0.001	r=0.243 p=0.001										
BKÖÇÖ- 3	r=0.310 p<0.001	r=0.057 p=0.441	r=0.009 p=0.900									
BKÖÇÖ- 4	r=0.607 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.334 p<0.001	r=-0.012 p=0.866								
BKÖÇÖ- 5	r=0.534 p<0.001	r=0.207 p=0.005	r=0.181 p=0.014	r=0.074 p=0.316	r=0.341 p<0.001							
BKÖÇÖ- 6	r=0.582 p<0.001	r=0.387 p<0.001	r=0.308 p<0.001	r=0.213 p=0.004	r=0.231 p=0.002	r=0.166 p=0.024						
BKÖÇÖ- 7	r=0.656 p<0.001	r=0.331 p<0.001	r=0.242 p=0.001	r=0.198 p=0.007	r=0.247 p=0.001	r=0.286 p<0.001	r=0.445 p<0.001					
BKÖÇÖ- 8	r=0.607 p<0.001	r=0.196 p=0.08	r=0.249 p=0.001	r=0.121 p=0.103	r=0.289 p<0.001	r=0.351 p<0.001	r=0.178 p=0.015	r=0.291 p<0.001				
BKÖÇÖ- 9	r=0.639 p<0.001	r=0.348 p<0.001	r=0.347 p<0.001	r=0.087 p=0.241	r=0.310 p<0.001	r=0.226 p=0.002	r=0.243 p=0.001	r=0.266 p<0.001	r=0.447 p<0.001			
BKÖÇÖ- 10	r=0.654 p<0.001	r=0.304 p<0.001	r=0.184 p=0.012	r=0.141 p=0.056	r=0.349 p<0.001	r=0.364 p<0.001	r=0.188 p=0.011	r=0.487 p<0.001	r=0.416 p<0.001	r=0.398 p<0.001		
BKÖÇÖ- 11	r=0.425 p<0.001	r=0.127 p=0.087	r=0.121 p=0.101	r=0.048 p=0.516	r=0.213 p=0.004	r=0.157 p=0.034	r=0.261 p<0.001	r=0.238 p=0.001	r=0.148 p=0.045	r=0.125 p=0.092	r=0.171 p=0.021	

Klinik grubu BKÖÇÖ total puanları ile KİÖ (Kişilik İnanç Ölçeği) alt ölçek puanları arasında ve KİÖ alt ölçek puanlarının kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 9.'da verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KİÖ borderline alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0.616$ ,  $p<0.001$ ). BKÖÇÖ

total puanı ile KIÖ diğer alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KIÖ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 9. Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	KIÖ- Borderline	KIÖ- Antisosyal	KIÖ- Histiryonik	KIÖ- Narsistik	KIÖ- Kaçingan	KIÖ- Paranoid	KIÖ- Çekingen	KIÖ- Pasif agresif	KIÖ- Obsesif Kompulsif	KIÖ- Şizoid
BKÖÇÖ Total											
KIÖ- Borderline	r=0.616 p<0.001										
KIÖ- Antisosyal	r=0.450 p<0.001	r=0.422 p<0.001									
KIÖ- Histiryonik	r=0.529 p<0.001	r=0.511 p<0.001	r=0.488 p<0.001								
KIÖ- Narsistik	r=0.356 p<0.001	r=0.329 p<0.001	r=0.651 p<0.001	r=0.530 p<0.001							
KIÖ- Kaçingan	r=0.534 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.474 p<0.001	r=0.385 p<0.001	r=0.415 p<0.001						
KIÖ- Paranoid	r=0.572 p<0.001	r=0.634 p<0.001	r=0.651 p<0.001	r=0.440 p<0.001	r=0.473 p<0.001	r=0.601 p<0.001					
KIÖ- Çekingen	r=0.554 p<0.001	r=0.747 p<0.001	r=0.289 p<0.001	r=0.602 p<0.001	r=0.335 p<0.001	r=0.430 p<0.001	r=0.372 p<0.001				
KIÖ-Pasif agresif	r=0.486 p<0.001	r=0.444 p<0.001	r=0.678 p<0.001	r=0.469 p<0.001	r=0.663 p<0.001	r=0.515 p<0.001	r=0.606 p<0.001	r=0.334 p<0.001			
KIÖ- Obsesif Kompulsif	r=0.321 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.421 p<0.001	r=0.334 p<0.001	r=0.501 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.539 p<0.001	r=0.328 p<0.001	r=0.407 p<0.001		
KIÖ- Şizoid	r=0.378 p<0.001	r=0.426 p<0.001	r=0.549 p<0.001	r=0.313 p<0.001	r=0.530 p<0.001	r=0.614 p<0.001	r=0.587 p<0.001	r=0.196 p=0.011	r=0.652 p<0.001	r=0.432 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi



Kontrol grubu BKÖÇÖ total puanları ile KIÖ alt ölçek puanları arasında ve KIÖ alt ölçeklerinin kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 10.'da verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KIÖ borderline alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0.439$ ,  $p<0.001$ ). BKÖÇÖ total puanı ile KIÖ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KIÖ alt ölçek puanları kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 10. Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KİÖ Alt Ölçek Puanları ve KİÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	KİÖ- Borderline	KİÖ- Antisosyal	KİÖ- Histiryonik	KİÖ- Narsistik	KİÖ- Kaçınan	KİÖ- Paranoid	KİÖ- Çekingen	KİÖ- Pasif agresif	KİÖ- Obsesif Kompulsif	KİÖ- Şizoid
BKÖÇÖ Total											
KİÖ- Borderline	r=0.439 p<0.001										
KİÖ- Antisosyal	r=0.390 p<0.001	r=0.630 p<0.001									
KİÖ- Histiryonik	r=0.305 p<0.001	r=0.586 p<0.001	r=0.692 p<0.001								
KİÖ- Narsistik	r=0.301 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.697 p<0.001	r=0.604 p<0.001							
KİÖ- Kaçınan	r=0.401 p<0.001	r=0.703 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.512 p<0.001	r=0.528 p<0.001						
KİÖ- Paranoid	r=0.449 p<0.001	r=0.644 p<0.001	r=0.755 p<0.001	r=0.554 p<0.001	r=0.545 p<0.001	r=0.676 p<0.001					
KİÖ- Çekingen	r=0.358 p<0.001	r=0.809 p<0.001	r=0.532 p<0.001	r=0.681 p<0.001	r=0.463 p<0.001	r=0.576 p<0.001	r=0.494 p<0.001				
KİÖ-Pasif agresif	r=0.446 p<0.001	r=0.502 p<0.001	r=0.707 p<0.001	r=0.498 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.597 p<0.001	r=0.678 p<0.001	r=0.344 p<0.001			
KİÖ- Obsesif Kompulsif	r=0.154 p=0.037	r=0.550 p<0.001	r=0.691 p<0.001	r=0.545 p<0.001	r=0.592 p<0.001	r=0.568 p<0.001	r=0.628 p<0.001	r=0.427 p<0.001	r=0.567 p<0.001		
KİÖ-Şizoid	r=0.302 p<0.001	r=0.513 p<0.001	r=0.651 p<0.001	r=0.350 p<0.001	r=0.519 p<0.001	r=0.579 p<0.001	r=0.631 p<0.001	r=0.223 p=0.002	r=0.690 p<0.001	r=0.574 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi

Hem klinik hem de kontrol grubunda BKÖÇÖ ile DSM-V Kişilik Envanteri Kısa Formu borderline ile ilişkili kişilik görünülerinin toplam puanı (duygulanımda

dengesizlik, depresiflik, dürtüsellik, hostilete, kaygınlık, ayrılma güvensizliği, risk alma) toplam puanı arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile araştırılmış ve sonuçları Tablo 11.'de verilmiştir. İki ölçek arasında hem klinik ( $r=0.745$ ,  $p<0.001$ ) hem kontrol grubunda ( $r=0.697$ ,  $p<0.001$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

<b>Tablo 11. BKÖÇÖ ile DKE-KF İlişkisinin Araştırılması</b>		
	DKE-KF(DSM-V) Borderline ile İlişkili Kişilik Görünümlerinin Total Puanı	
	Klinik	Kontrol
BKÖÇÖ Total Puanı	$r=0.745$ $p<0.001$	$r=0.697$ $p<0.001$
Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı		

Klinik grubu BKÖÇÖ total puanları ile KSE alt ölçek puanları arasında ve KSE alt ölçeklerinin kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 12.'de verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KSE alt ölçek puanları kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 12. Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	KSE- RCI	KSE- Hostilite	KSE- Somatizasyon	KSE- Obsesif Kompulsif	KSE- Kişilerarası Alınganlık	KSE- Depresyon	KSE- Anksiyete	KSE- Fobik Anksiyete	KSE- Paranoid Düşünceler	KSE- psikotizm
BKÖÇÖ Total											
KSE-RCI	r=0.749 p<0.001										
KSE- Hostilite	r=0.581 p<0.001	r=0.736 p<0.001									
KSE- Somatizasyon	r=0.473 p<0.001	r=0.763 p<0.001	r=0.488 p<0.001								
KSE-Obsesif Kompulsif	r=0.569 p<0.001	r=0.801 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.573 p<0.001							
KSE- Kişilerarası Alınganlık	r=0.665 p<0.001	r=0.840 p<0.001	r=0.496 p<0.001	r=0.531 p<0.001	r=0.632 p<0.001						
KSE- Depresyon	r=0.698 p<0.001	r=0.903 p<0.001	r=0.571 p<0.001	r=0.627 p<0.001	r=0.696 p<0.001	r=0.814 p<0.001					
KSE- Anksiyete	r=0.664 p<0.001	r=0.907 p<0.001	r=0.655 p<0.001	r=0.675 p<0.001	r=0.721 p<0.001	r=0.723 p<0.001	r=0.790 p<0.001				
KSE-Fobik Anksiyete	r=0.554 p<0.001	r=0.777 p<0.001	r=0.567 p<0.001	r=0.561 p<0.001	r=0.601 p<0.001	r=0.594 p<0.001	r=0.625 p<0.001	r=0.703 p<0.001			
KSE- Paranoid Düşünceler	r=0.718 p<0.001	r=0.817 p<0.001	r=0.609 p<0.001	r=0.522 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.750 p<0.001	r=0.720 p<0.001	r=0.699 p<0.001	r=0.611 p<0.001		
KSE- psikotizm	r=0.671 p<0.001	r=0.859 p<0.001	r=0.559 p<0.001	r=0.576 p<0.001	r=0.628 p<0.001	r=0.775 p<0.001	r=0.779 p<0.001	r=0.742 p<0.001	r=0.630 p<0.001	r=0.731 p<0.001	
Pearson Korelasyon Analizi											

Kontrol grubu BKÖÇÖ total puanları ile KSE alt ölçek puanları arasında ve KSE alt ölçeklerinin kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 13.'de

verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KSE alt ölçek puanları kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 13. Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total	KSE- RCI	KSE- Hostilite	KSE- Somatizasyon	KSE- Obsesif Kompulsif	KSE- Kişilerarası Alınganlık	KSE- Depresyon	KSE- Anksiyete	KSE- Fobik Anksiyete	KSE- Paranoid Düşünceler	KSE- psikotizm
BKÖÇÖ Total											
KSE-RCI	r=0.670 p<0.001										
KSE- Hostilite	r=0.603 p<0.001	r=0.800 p<0.001									
KSE- Somatizasyon	r=0.505 p<0.001	r=0.828 p<0.001	r=0.556 p<0.001								
KSE-Obsesif Kompulsif	r=0.569 p<0.001	r=0.838 p<0.001	r=0.609 p<0.001	r=0.648 p<0.001							
KSE- Kişilerarası Alınganlık	r=0.528 p<0.001	r=0.804 p<0.001	r=0.592 p<0.001	r=0.594 p<0.001	r=0.629 p<0.001						
KSE- Depresyon	r=0.700 p<0.001	r=0.887 p<0.001	r=0.680 p<0.001	r=0.671 p<0.001	r=0.698 p<0.001	r=0.761 p<0.001					
KSE- Anksiyete	r=0.562 p<0.001	r=0.900 p<0.001	r=0.697 p<0.001	r=0.738 p<0.001	r=0.737 p<0.001	r=0.713 p<0.001	r=0.769 p<0.001				
KSE-Fobik Anksiyete	r=0.376 p<0.001	r=0.763 p<0.001	r=0.503 p<0.001	r=0.636 p<0.001	r=0.591 p<0.001	r=0.583 p<0.001	r=0.603 p<0.001	r=0.692 p<0.001			
KSE- Paranoid Düşünceler	r=0.626 p<0.001	r=0.836 p<0.001	r=0.681 p<0.001	r=0.618 p<0.001	r=0.701 p<0.001	r=0.624 p<0.001	r=0.729 p<0.001	r=0.685 p<0.001	r=0.586 p<0.001		
KSE- psikotizm	r=0.559 p<0.001	r=0.889 p<0.001	r=0.700 p<0.001	r=0.734 p<0.001	r=0.709 p<0.001	r=0.652 p<0.001	r=0.765 p<0.001	r=0.768 p<0.001	r=0.690 p<0.001	r=0.728 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi; RCI: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

Klinik grubundaki katılımcıların toplam BKÖÇÖ puanları ile ÇDŞG- ŞY-T klinik görüşme çizelgesinden aldıkları DSM-V 'e göre toplam tanı ve semptom sayısı arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçları Tablo 14.'te verilmiştir. BKÖÇÖ toplam puanı hem toplam tanı hem de semptom sayısı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ( $r=0.245, p=0.001$ ;  $r=0.295, p<0.001$ ).

<b>Tablo 14. Klinik Grubu Toplam BKÖÇÖ Puanı ile ÇDŞG- ŞY-T' e Göre Toplam Tanı ve Semptom Sayısı Arasındaki İlişkinin Araştırılması</b>		
	<b>Toplam Tanı Sayısı</b>	<b>Toplam Semptom Sayısı</b>
BKÖÇÖ Toplam Puanı	$r= 0.245$ $p=0.001$	$r= 0.295$ $p<0.001$
Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı		

Klinik grubu toplam BKÖÇÖ puanları ile ÇYKÖ (Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği) toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 15'te verilmiştir. BKÖÇÖ toplam puanı ile ÇYKÖ toplam ( $r=0.317, p<0.001$ ), ÇYKÖ-duygusal ( $r=0.354, p<0.001$ ), ÇYKÖ-sosyal ( $r=0.233, p=0.02$ ) ÇYKÖ-fiziksel ( $r=0.197, p=0.01$ ), ÇYKÖ-okul ( $r=0.184, p=0.017$ ) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÇYKÖ toplam puanı ile ÇYKÖ alt ölçek puanları ve ÇYKÖ alt ölçek puanlarının kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur.

**Tablo 15. Klinik Grubu BKÖÇÖ Toplam Puanları İle YKÖ Toplam, Alt Ölçek Puanları ve ÇYKÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

	BKÖÇÖ- Total	YKÖ-Toplam	YKÖ-Fiziksel	YKÖ-Duygusal	YKÖ-Sosyal	YKÖ-Okul
BKÖÇÖ- Total						
ÇYKÖ- Toplam	r=-0.317 p<0.001					
ÇYKÖ- Fiziksel	r=-0.197 p=0.010	r=0.805 p<0.001				
ÇYKÖ- Duygusal	r=-0.354 p<0.001	r=0.769 p<0.001	r=0.494 p<0.001			
ÇYKÖ- Sosyal	r=-0.233 p=0.002	r=0.663 p<0.001	r=0.330 p<0.001	r=0.379 p<0.001		
ÇYKÖ- Okul	r=-0.184 p=0.017	r=0.724 p<0.001	r=0.398 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.365 p<0.001	
Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı						

BKÖÇÖ'nün klinik grubunda madde düzeyinde keşfedici faktör analizi uygunluğuna bakmak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testlerinin sonuçlarına bakılmıştır. BKÖÇÖ'nün KMO değeri 0.847 bulunmuştur. KMO değerinin 1'e yaklaşıyor olması verilerin Faktör analizi yapmaya uygun olduğunu ortaya koymuştur. Bartlett Küresellik testi sonucu elde edilen değer ( $\chi^2=527,551$   $\chi^2/df=9.591$ ,  $p<0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. KMO ve Bartlett testi sonuçlarına göre Keşfedici Faktör analizini yapmaya uygun bulunmuştur.

BKÖÇÖ'nün klinik grubunda madde düzeyinde faktör yapısını açıklamak için veriler ilk etapta döndürülmemiş temel bileşenler analizi yapılmıştır. Kaise Normalizasyon ile Varimax döndürme tekniğine dayalı temel bileşenler analizi uygulanarak analiz tekrarlanmış ve 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. 1. faktör toplam varyansın % 36.167'sini, 2. faktör % 12.602'sini açıklamaktadır. Bu iki faktör ise toplam varyansın % 48.769'unu açıklamaktadır. BKÖÇÖ'nün madde düzeyinde keşfedici faktör analizine ait bulgular Tablo 16'da gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, madde 1,4,5,6,7,8,9,10 ve 11'in 1. faktör altında, madde 2 ve 3'ün 2. faktör altında toplandığı görülmektedir.

<b>Tablo 16. BKÖÇÖ'nün Klinik Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi</b>		
	Faktör 1	Faktör 2
Çok yalnız hissedirim.( BKÖÇÖ-1)	0.725	
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	0.468	0.586
Benim duygularım çok güçlü. Örneğin, kızgın olduğumda gerçekten ama gerçekten çok kızgın, mutlu olduğumda ise gerçekten ama gerçekten çok mutlu olurum ( BKÖÇÖ-3).		0.820
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.646	
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.654	
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar ( BKÖÇÖ-6).	0.748	
Kızmak, üzülme ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	0.757	
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.543	
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.652	
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.663	
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	0.537	

BKÖÇÖ'nün kontrol grubunda madde düzeyinde keşfedici faktör analizi uygunluğuna bakmak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testlerinin sonuçlarına bakılmıştır. BKÖÇÖ'nün KMO değeri 0.809 bulunmuştur. KMO değerinin 1'e yaklaşıyor olması verilerin Faktör analizi yapmaya uygun olduğunu ortaya koymuştur. Bartlett Küresellik testi sonucu elde edilen değer ( $\chi^2=409,057$ ,  $\chi^2/df=7.437$ ,  $p<0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. KMO ve Bartlett testi sonuçlarına göre Keşfedici Faktör analizini yapmaya uygun bulunmuştur.

BKÖÇÖ'nün kontrol grubunda madde düzeyinde faktör yapısını açıklamak için veriler ilk etapta döndürülmemiş temel bileşenler analizi yapılmıştır. Kaise Normalizasyon ile Varimax döndürme tekniğine dayalı temel bileşenler analizi uygulanarak analiz tekrarlanmış ve 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. 1. faktör toplam varyansın % 22.361'ini, 2. faktör % 19.958'ini, 3. faktör % 10.588'ini açıklamaktadır. Bu üç faktör ise toplam



varyansın % 52.857'sini açıklamaktadır. BKÖÇÖ' nün madde düzeyinde açıklayıcı faktör analizine ait bulgular Tablo 17'de gösterilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre, madde 4,5,8,9 ve 10 1. faktör altında, madde 1,2,4,6,7,11'in 2. faktör altında, madde 3'ün 3. faktör altında toplandığı görülmektedir.

<b>Tablo 17. BKÖÇÖ'nün Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi</b>			
	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.655		
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.766		
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.613		
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.736		
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.475	0.451	
Çok yalnız hissederim.( BKÖÇÖ-1)		0.636	
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).		0.542	
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar ( BKÖÇÖ-6).		0.801	
Kızmak, üzölmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).		0.522	
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).		0.484	
Benim duygularım çok güçlü. Örneğin, kızgın olduğumda gerçekten ama gerçekten çok kızgın, mutlu olduğumda ise gerçekten ama gerçekten çok mutlu olurum ( BKÖÇÖ-3).			0.803

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda BKÖÇÖ' nün 3. maddesinin diğer maddelerle korelasyonunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmaması ve keşfedici faktör analizlerinde ölçeğin orijinal formuna uygun şekilde diğer tüm maddelerle birlikte tek faktör altında toplanmaması sonucu 3. maddenin ölçeğin Türkçe formuna uygun olmadığı düşünülmüş ve ölçekten çıkarılarak istatistiksel analizler kalan 10 maddeye tekrar uygulanmıştır. Tablo 18'de ölçeğin 10 maddelik formunun toplam puanlarının klinik ve kontrol grubunda karşılaştırılması gösterilmiştir.

**Tablo 18. Klinik ve Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Total Puanları**

	<b>Klinik</b>		<b>Kontrol</b>	
	<b>Ort</b>	<b>SS</b>	<b>Ort</b>	<b>SS</b>
<b>BKÖÇÖ</b>	33.8	7.85	29.1	6.48

Bağımsız örneklem t testi; Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun maddeler arası iç tutarlılığını saptamak için yapılan güvenilirlik analizi sonucuna göre Cronbach  $\alpha$  değerleri klinik grubu için 0.84, kontrol grubu için 0.79 bulunmuştur.

Klinik grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu maddeleri arası korelasyon analizi sonuçları Tablo 19.'da, kontrol grubu BKÖÇÖ maddeleri arası korelasyon analizi sonuçları ise Tablo 20.'de verilmiştir.

**Tablo 19. BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Klinik Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3. Madde Hariç)	BKÖÇÖ- 1	BKÖÇÖ- 2	BKÖÇÖ- 4	BKÖÇÖ- 5	BKÖÇÖ- 6	BKÖÇÖ- 7	BKÖÇÖ- 8	BKÖÇÖ- 9	BKÖÇÖ- 10	BKÖÇÖ -11
BKÖÇÖ Total (3. Madde Hariç)											
BKÖÇÖ- 1	r=0.713 p<0.001										
BKÖÇÖ- 2	r=0.481 p<0.001	r=0.288 p<0.001									
BKÖÇÖ- 4	r=0.641 p<0.001	r=0.552 p<0.001	r=0.190 p=0.014								
BKÖÇÖ- 5	r=0.649 p<0.001	r=0.403 p<0.001	r=0.151 p=0.050	r=0.371 p<0.001							
BKÖÇÖ- 6	r=0.742 p<0.001	r=0.538 p<0.001	r=0.320 p<0.001	r=0.421 p<0.001	r=0.427 p<0.001						
BKÖÇÖ- 7	r=0.730 p<0.001	r=0.488 p<0.001	r=0.301 p<0.001	r=0.411 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.448 p<0.001					
BKÖÇÖ- 8	r=0.568 p<0.001	r=0.263 p=0.001	r=0.139 p=0.073	r=0.301 p<0.001	r=0.402 p<0.001	r=0.373 p<0.001	r=0.277 p<0.001				
BKÖÇÖ- 9	r=0.672 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.335 p<0.001	r=0.318 p<0.001	r=0.360 p<0.001	r=0.407 p<0.001	r=0.413 p<0.001	r=0.262 p=0.001			
BKÖÇÖ- 10	r=0.647 p<0.001	r=0.337 p<0.001	r=0.214 p=0.005	r=0.348 p<0.001	r=0.393 p<0.001	r=0.377 p<0.001	r=0.665 p<0.001	r=0.239 p=0.002	r=0.331 p<0.001		
BKÖÇÖ- 11	r=0.559 p<0.001	r=0.222 p=0.004	r=0.233 p=0.002	r=0.185 p=0.016	r=0.251 p=0.001	r=0.433 p<0.001	r=0.327 p<0.001	r=0.351 p<0.001	r=0.308 p<0.001	r=0.283 p<0.001	

**Tablo 20. BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Kontrol Grubu Maddeler Arası Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3. Madde Hariç)	BKÖÇÖ- 1	BKÖÇÖ- 2	BKÖÇÖ- 4	BKÖÇÖ- 5	BKÖÇÖ- 6	BKÖÇÖ- 7	BKÖÇÖ- 8	BKÖÇÖ- 9	BKÖÇÖ- 10	BKÖÇÖ- -11
BKÖÇÖ Total (3. Madde Hariç)											
BKÖÇÖ- 1	r=0.601 p<0.001										
BKÖÇÖ- 2	r=0.542 p<0.001	r=0.243 p=0.001									
BKÖÇÖ- 4	r=0.633 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.334 p<0.001								
BKÖÇÖ- 5	r=0.542 p<0.001	r=0.207 p=0.005	r=0.181 p=0.014	r=0.341 p<0.001							
BKÖÇÖ- 6	r=0.570 p<0.001	r=0.387 p<0.001	r=0.308 p<0.001	r=0.231 p=0.002	r=0.166 p=0.024						
BKÖÇÖ- 7	r=0.648 p<0.001	r=0.331 p<0.001	r=0.242 p=0.001	r=0.247 p=0.001	r=0.286 p<0.001	r=0.445 p<0.001					
BKÖÇÖ- 8	r=0.611 p<0.001	r=0.196 p=0.08	r=0.249 p=0.001	r=0.289 p<0.001	r=0.351 p<0.001	r=0.178 p=0.015	r=0.291 p<0.001				
BKÖÇÖ- 9	r=0.649 p<0.001	r=0.348 p<0.001	r=0.347 p<0.001	r=0.310 p<0.001	r=0.226 p=0.002	r=0.243 p=0.001	r=0.266 p<0.001	r=0.447 p<0.001			
BKÖÇÖ- 10	r=0.656 p<0.001	r=0.304 p<0.001	r=0.184 p=0.012	r=0.349 p<0.001	r=0.364 p<0.001	r=0.188 p=0.011	r=0.487 p<0.001	r=0.416 p<0.001	r=0.398 p<0.001		
BKÖÇÖ- 11	r=0.434 p<0.001	r=0.127 p=0.087	r=0.121 p=0.101	r=0.213 p=0.004	r=0.157 p=0.034	r=0.261 p<0.001	r=0.238 p=0.001	r=0.148 p=0.045	r=0.125 p=0.092	r=0.171 p=0.021	

Klinik grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ (Kişilik İnanç Ölçeği) alt ölçek puanları arasında ve KIÖ alt ölçek puanlarının kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 21.'de verilmiştir. BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ borderline alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0.631$ ,  $p<0.001$ ). BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ diğer alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KIÖ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 21. Klinik Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3.madde hariç )	KIÖ- Kaçınan	KIÖ- Çekingen	KIÖ- Pasif Agresif	KIÖ- Obsesif Kompulsif	KIÖ- Antisosyal	KIÖ- Narsistik	KIÖ- Histiryonik	KIÖ- Şizoid	KIÖ- Paranoid	KIÖ- Borderline
BKÖÇÖ Total (3.madde hariç )											
KIÖ- Kaçınan	r=0.529 p<0.001										
KIÖ- Çekingen	r=0.572 p<0.001	r=0.430 p<0.001									
KIÖ-Pasif agresif	r=0.472 p<0.001	r=0.515 p<0.001	r=0.334 p<0.001								
KIÖ- Obsesif Kompulsif	r=0.303 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.328 p<0.001	r=0.407 p<0.001							
KIÖ- Antisosyal	r=0.435 p<0.001	r=0.474 p<0.001	r=0.289 p<0.001	r=0.678 p<0.001	r=0.421 p<0.001						
KIÖ- Narsistik	r=0.346 p<0.001	r=0.415 p<0.001	r=0.335 p<0.001	r=0.663 p<0.001	r=0.501 p<0.001	r=0.651 p<0.001					
KIÖ- Histiryonik	r=0.535 p<0.001	r=0.385 p<0.001	r=0.602 p<0.001	r=0.469 p<0.001	r=0.334 p<0.001	r=0.488 p<0.001	r=0.530 p<0.001				
KIÖ- Şizoid	r=0.374 p<0.001	r=0.614 p<0.001	r=0.196 p=0.011	r=0.652 p<0.001	r=0.432 p<0.001	r=0.549 p<0.001	r=0.530 p<0.001	r=0.313 p<0.001			
KIÖ- Paranoid	r=0.567 p<0.001	r=0.601 p<0.001	r=0.372 p<0.001	r=0.606 p<0.001	r=0.539 p<0.001	r=0.651 p<0.001	r=0.473 p<0.001	r=0.440 p<0.001	r=0.587 p<0.001		
KIÖ- Borderline	r=0.631 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.747 p<0.001	r=0.444 p<0.001	r=0.401 p<0.001	r=0.422 p<0.001	r=0.329 p<0.001	r=0.511 p=0.011	r=0.426 p<0.001	r=0.634 p<0.001	
Pearson Korelasyon Analizi											

Kontrol grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ (Kişilik İnanç Ölçeği) alt ölçek puanları arasında ve KIÖ alt ölçek puanlarının kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 22.'de verilmiştir. BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ borderline alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0.444$ ,  $p<0.001$ ). BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ diğer alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KIÖ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 22. Kontrol Grubu BKÖÇÖ Total puanı ile KIÖ Alt Ölçek Puanları ve KIÖ Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3.madde hariç )	KIÖ- Kaçınan	KIÖ- Çekingen	KIÖ- Pasif Agresif	KIÖ- Obsesif Kompulsif	KIÖ- Antisosyal	KIÖ- Narsistik	KIÖ- Histiryonik	KIÖ- Şizoid	KIÖ- Paranoid	KIÖ- Borderline
BKÖÇÖ Total (3.madde hariç )											
KIÖ- Kaçınan	r=0.382 p<0.001										
KIÖ- Çekingen	r=0.366 p<0.001	r=0.576 p<0.001									
KIÖ-Pasif agresif	r=0.437 p<0.001	r=0.597 p<0.001	r=0.344 p<0.001								
KIÖ- Obsesif Kompulsif	r=0.146 p<0.001	r=0.568 p<0.001	r=0.427 p<0.001	r=0.567 p<0.001							
KIÖ- Antisosyal	r=0.389 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.532 p<0.001	r=0.707 p<0.001	r=0.691 p<0.001						
KIÖ- Narsistik	r=0.286 p<0.001	r=0.528 p<0.001	r=0.463 p<0.001	r=0.610 p<0.001	r=0.592 p<0.001	r=0.697 p<0.001					
KIÖ- Histiryonik	r=0.312 p<0.001	r=0.512 p<0.001	r=0.681 p<0.001	r=0.498 p<0.001	r=0.545 p<0.001	r=0.692 p<0.001	r=0.604 p<0.001				
KIÖ- Şizoid	r=0.295 p<0.001	r=0.579 p<0.001	r=0.223 p=0.011	r=0.690 p<0.001	r=0.574 p<0.001	r=0.651 p<0.001	r=0.519 p<0.001	r=0.350 p<0.001			
KIÖ- Paranoid	r=0.446 p<0.001	r=0.676 p<0.001	r=0.494 p<0.001	r=0.678 p<0.001	r=0.628 p<0.001	r=0.755 p<0.001	r=0.545 p<0.001	r=0.554 p<0.001	r=0.631 p<0.001		
KIÖ- Borderline	r=0.444 p<0.001	r=0.703 p<0.001	r=0.809 p<0.001	r=0.502 p<0.001	r=0.550 p<0.001	r=0.630 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.586 p=0.011	r=0.513 p<0.001	r=0.644 p<0.001	
Pearson Korelasyon Analizi											



Hem klinik hem de kontrol grubunda BKÖÇÖ 10 maddelik formu toplam puanı ile DSM-V Kişilik Envanteri Kısa Formu borderline ile ilişkili kişilik görünümünün toplam puanı (duygulanımda dengesizlik, depresiflik, dürtüsellik, hostilite, kaygınlık, ayrılma güvensizliği, risk alma) arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile araştırılmış ve sonuçları Tablo 23.'de verilmiştir. İki ölçek arasında hem klinik ( $r=0.755$ ,  $p<0.001$ ) hem kontrol grubunda ( $r=0.686$ ,  $p<0.001$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

<b>Tablo 23. BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu ile DKE-KF İlişkisinin Araştırılması</b>		
	DKE-KF(DSM-V) Borderline ile İlişkili Kişilik Görünümlerinin Toplam Puanı	
	Klinik	Kontrol
BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Total Puanı (3. Madde Hariç)	$r=0.755$ $p<0.001$	$r=0.686$ $p<0.001$
Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı		

Klinik grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında ve KSE alt ölçeklerinin kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 24.'de verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KSE alt ölçek puanları kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 24. Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3.madde hariç)	KSE- Somatizasyon	KSE- Obsesif Kompulsif	KSE- Kişilerarası Alınganlık	KSE- Depresyon	KSE- Anksiyete	KSE- Hosilite	KSE- Fobik Anksiyete	KSE- Paranoid Düşünceler	KSE- Psikotizm	KSE- RCI
BKÖÇÖ Total (3.madde hariç)											
KSE- Somatizasyon	r=0.483 p<0.001										
KSE- Obsesif Kompulsif	r=0.570 p<0.001	r=0.573 p<0.001									
KSE- Kişilerarası Alınganlık	r=0.685 p<0.001	r=0.531 p<0.001	r=0.632 p<0.001								
KSE- Depresyon	r=0.724 p<0.001	r=0.627 p<0.001	r=0.696 p<0.001	r=0.814 p<0.001							
KSE- Anksiyete	r=0.668 p<0.001	r=0.675 p<0.001	r=0.721 p<0.001	r=0.723 p<0.001	r=0.790 p<0.001						
KSE- Hostilite	r=0.567 p<0.001	r=0.488 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.496 p<0.001	r=0.571 p<0.001	r=0.655 p<0.001					
KSE-Fobik Anksiyete	r=0.571 p<0.001	r=0.561 p<0.001	r=0.601 p<0.001	r=0.594 p<0.001	r=0.625 p<0.001	r=0.703 p<0.001	r=0.567 p<0.001				
KSE- Paranoid Düşünceler	r=0.721 p<0.001	r=0.522 p<0.001	r=0.536 p<0.001	r=0.750 p<0.001	r=0.720 p<0.001	r=0.699 p<0.001	r=0.609 p<0.001	r=0.611 p<0.001			
KSE- psikotizm	r=0.689 p<0.001	r=0.576 p<0.001	r=0.628 p<0.001	r=0.775 p<0.001	r=0.779 p<0.001	r=0.742 p<0.001	r=0.559 p<0.001	r=0.630 p<0.001	r=0.731 p<0.001		
KSE-RCI	r=0.761 p<0.001	r=0.763 p<0.001	r=0.801 p<0.001	r=0.840 p<0.001	r=0.903 p<0.001	r=0.907 p<0.001	r=0.736 p<0.001	r=0.777 p<0.001	r=0.817 p<0.001	r=0.859 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi

Kontrol grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında ve KSE alt ölçeklerini kendi aralarındaki Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 25.'de verilmiştir. BKÖÇÖ total puanı ile KSE alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). KSE alt ölçek puanları kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).



**Tablo 25. Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Total puanı ile KSE Alt Ölçek Puanları ve KSE Alt Ölçek Puanları Kendi Aralarındaki Korelasyon Analizi**

	BKÖÇÖ Total (3.madde hariç)	KSE- Somatizasyon	KSE- Obsesif Kompulsif	KSE- Kişilerarası Alınganlık	KSE- Depresyon	KSE- Anksiyete	KSE- Hosilite	KSE- Fobik Anksiyete	KSE- Paranoid Düşünceler	KSE- Psikotizm	KSE- RCI
BKÖÇÖ Total (3.madde hariç)											
KSE- Somatizasyon	r=0.497 p<0.001										
KSE- Obsesif Kompulsif	r=0.572 p<0.001	r=0.648 p<0.001									
KSE- Kişilerarası Alınganlık	r=0.534 p<0.001	r=0.594 p<0.001	r=0.629 p<0.001								
KSE- Depresyon	r=0.695 p<0.001	r=0.671 p<0.001	r=0.698 p<0.001	r=0.761 p<0.001							
KSE- Anksiyete	r=0.562 p<0.001	r=0.738 p<0.001	r=0.737 p<0.001	r=0.713 p<0.001	r=0.769 p<0.001						
KSE- Hostilite	r=0.587 p<0.001	r=0.556 p<0.001	r=0.609 p<0.001	r=0.592 p<0.001	r=0.680 p<0.001	r=0.697 p<0.001					
KSE-Fobik Anksiyete	r=0.387 p<0.001	r=0.636 p<0.001	r=0.591 p<0.001	r=0.583 p<0.001	r=0.603 p<0.001	r=0.692 p<0.001	r=0.503 p<0.001				
KSE- Paranoid Düşünceler	r=0.623 p<0.001	r=0.618 p<0.001	r=0.701 p<0.001	r=0.624 p<0.001	r=0.729 p<0.001	r=0.685 p<0.001	r=0.681 p<0.001	r=0.586 p<0.001			
KSE- psikotizm	r=0.567 p<0.001	r=0.734 p<0.001	r=0.709 p<0.001	r=0.652 p<0.001	r=0.765 p<0.001	r=0.768 p<0.001	r=0.700 p<0.001	r=0.690 p<0.001	r=0.728 p<0.001		
KSE-RCI	r=0.668 p<0.001	r=0.828 p<0.001	r=0.838 p<0.001	r=0.804 p<0.001	r=0.887 p<0.001	r=0.900 p<0.001	r=0.800 p<0.001	r=0.763 p<0.001	r=0.836 p<0.001	r=0.889 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi

Klinik grubundaki katılımcıların BKÖÇÖ 10 maddelik formu toplam puanları ile ÇDŞG- ŞY-T klinik görüşme çizelgesinden aldıkları DSM-V 'e göre toplam tanı ve semptom sayısı arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçları Tablo 26.'da verilmiştir. BKÖÇÖ toplam puanı hem toplam tanı hem de semptom sayısı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ( $r=0.237, p=0.002$ ;  $r=0.292, p<0.001$ ).

<b>Tablo 26. Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Toplam Puanı ile ÇDŞG- ŞY-T' e Göre Toplam Tanı ve Semptom Sayısı Arasındaki İlişkinin Araştırılması</b>		
	<b>Toplam Tanı Sayısı</b>	<b>Toplam Semptom Sayısı</b>
BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Toplam Puanı (3. Madde Hariç)	$r= 0.237$ $p=0.002$	$r= 0.292$ $p<0.001$
Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı		

Klinik grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu toplam puanları ile ÇYKÖ (Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği) toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş ve sonuçları Tablo 27'de verilmiştir. BKÖÇÖ 10 maddelik formu toplam puanı ile ÇYKÖ toplam ( $r=0.328, p<0.001$ ), ÇYKÖ-duygusal ( $r=0.357, p<0.001$ ), ÇYKÖ-sosyal ( $r=0.243, p=0.002$ ) ÇYKÖ-fiziksel ( $r=0.205, p=0.01$ ), ÇYKÖ-okul ( $r=0.194, p=0.012$ ) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÇYKÖ toplam puanı ile ÇYKÖ alt ölçek puanları ve ÇYKÖ alt ölçek puanlarının kendi aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur.

**Tablo 27. Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Toplam Puanı İle ÇYKÖ Toplam, Alt Ölçek Puanları ve ÇYKÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

	BKÖÇÖ- Total (3.Madde Hariç)	YKÖ- Fiziksel	YKÖ- Duygusal	YKÖ- Sosyal	YKÖ- Okul	YKÖ- Total
BKÖÇÖ- Total (3. Madde Hariç)						
ÇYKÖ- Fiziksel	r=-0.205 p=0.008					
ÇYKÖ- Duygusal	r=-0.357 p<0.001	r=0.494 p<0.001				
ÇYKÖ- Sosyal	r=-0.243 p=0.002	r=0.330 p<0.001	r=0.379 p<0.001			
ÇYKÖ- Okul	r=-0.194 p=0.012	r=0.398 p<0.001	r=0.456 p<0.001	r=0.365 p<0.001		
ÇYKÖ- Total	r=-0.328 p<0.001	r=0.805 p<0.001	r=0.769 p<0.001	r=0.663 p<0.001	r=0.724 p<0.001	

Pearson Korelasyon Analizi; r: Korelasyon Katsayısı

BKÖÇÖ'nün 10 maddelik formunun klinik grubunda madde düzeyinde keşfedici faktör analizi uygunluğuna bakmak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testlerinin sonuçlarına bakılmıştır. BKÖÇÖ'nün KMO değeri 0.858 bulunmuştur. KMO değerinin 1'e yaklaşıyor olması verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu ortaya koymuştur. Bartlett Küresellik testi sonucu elde edilen değer ( $\chi^2=512.090$ ,  $\chi^2/df=11.379$ ,  $p<0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. KMO ve Bartlett testi sonuçlarına göre Keşfedici Faktör analizini yapmaya uygun bulunmuştur.

BKÖÇÖ'nün klinik grubunda madde düzeyinde faktör yapısını açıklamak için Principal Component analizi uygulanmıştır ve tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu tek

faktör toplam varyansın % 41.741'ini açıklamaktadır. BKÖÇÖ' nün madde düzeyinde keşfedici faktör analizine ait bulgular Tablo 28'de gösterilmiştir.

<b>Tablo 28. BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Klinik Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi</b>	
	Faktör 1
Çok yalnız hissedirim.( BKÖÇÖ-1)	0.728
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	0.460
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.649
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.654
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğrattır ( BKÖÇÖ-6).	0.750
Kızmak, üzülme ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	0.755
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.542
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.653
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.664
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	0.537

BKÖÇÖ'nün 10 maddelik formunun kontrol grubunda madde düzeyinde keşfedici faktör analizi uygunluğuna bakmak için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Küresellik testlerinin sonuçlarına bakılmıştır. BKÖÇÖ'nün KMO değeri 0.811 bulunmuştur. KMO değerinin 1'e yaklaşıyor olması verilerin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu ortaya koymuştur. Bartlett Küresellik testi sonucu elde edilen değer ( $\chi^2=394.580$ ,  $\chi^2/df=8.768$ ,  $p<0.001$ ) anlamlı bulunmuştur. KMO ve Bartlett testi sonuçlarına göre Keşfedici Faktör analizini yapmaya uygun bulunmuştur.

BKÖÇÖ'nün kontrol grubunda madde düzeyinde faktör yapısını açıklamak için Principal Component analizi uygulanmıştır ve tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu tek faktör toplam varyansın % 35.199' unu açıklamaktadır. BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun madde düzeyinde keşfedici faktör analizine ait bulgular Tablo 29'da gösterilmiştir.

**Tablo 29. BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Keşfedici Faktör Analizi**

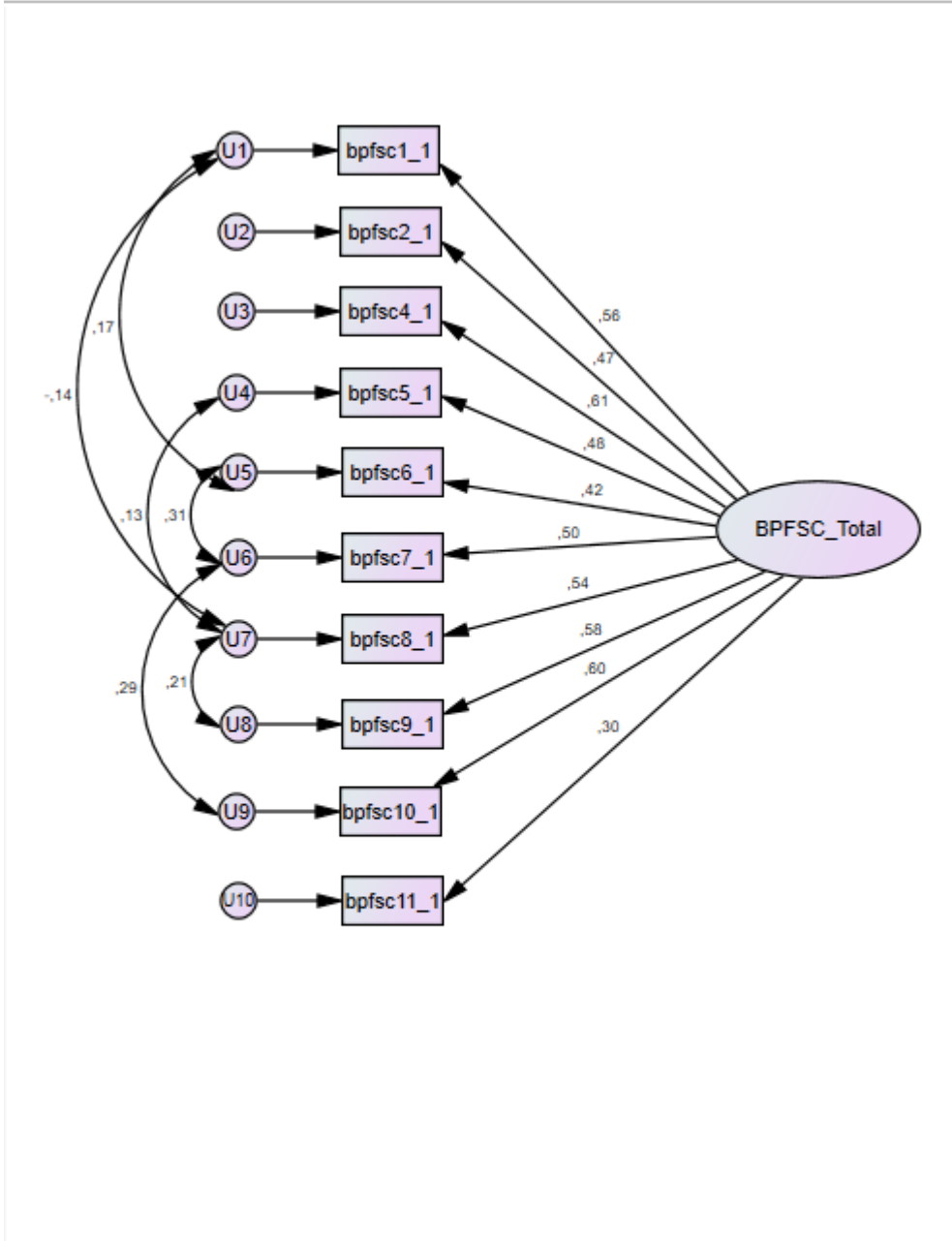
	Faktör 1
Çok yalnız hissederim.( BKÖÇÖ-1)	0.610
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	0.532
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.635
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.552
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar ( BKÖÇÖ-6).	0.566
Kızılmak, üzölmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	0.662
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.615
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.644
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.679
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	0.379

BKÖÇÖ'nün 10 maddelik formunun klinik grubunda doğrulayıcı faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için TLI, CFI, CFI ve RMSEA uyum indexleri kullanılmıştır. Tucker- Lewis İndeksi (TLI) 0 ile 1 arasında değişmektedir ve 1'e yakın olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) örneklem büyüklüğünden daha az etkilenir ve 0 ile 1 arasında değişmektedir ve 1'e yakın olması uyumun iyi olduğunu gösterir. Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), ana kütledeki yaklaşık uyumun bir göstergesidir ve 0.05'ten küçük veya eşit olması iyi uyumun bir göstergesidir. Uyum indexleri değerlendirildiğinde sonuçların doğrulayıcı faktör analizi yapmaya uygun olduğu görölmektedir (TLI =0.959, CFI = 0.974, GFI=0.962, RMSEA = 0.042,  $\chi^2/df=1.324$ ). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun klinik grubunda doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 30' da ve faktör diyagramı Şekil 1.'de gösterilmiştir.



**Tablo 30. BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Klinik Grubu Madde Düzeyinde Doğrulayıcı Faktör Analizi**

	Faktör 1
Çok yalnız hissederim.( BKÖÇÖ-1)	0.564
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	0.469
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.615
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.479
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar ( BKÖÇÖ-6).	0.422
Kızılmak, üzölmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	0.504
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.539
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.579
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.601
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	0.301

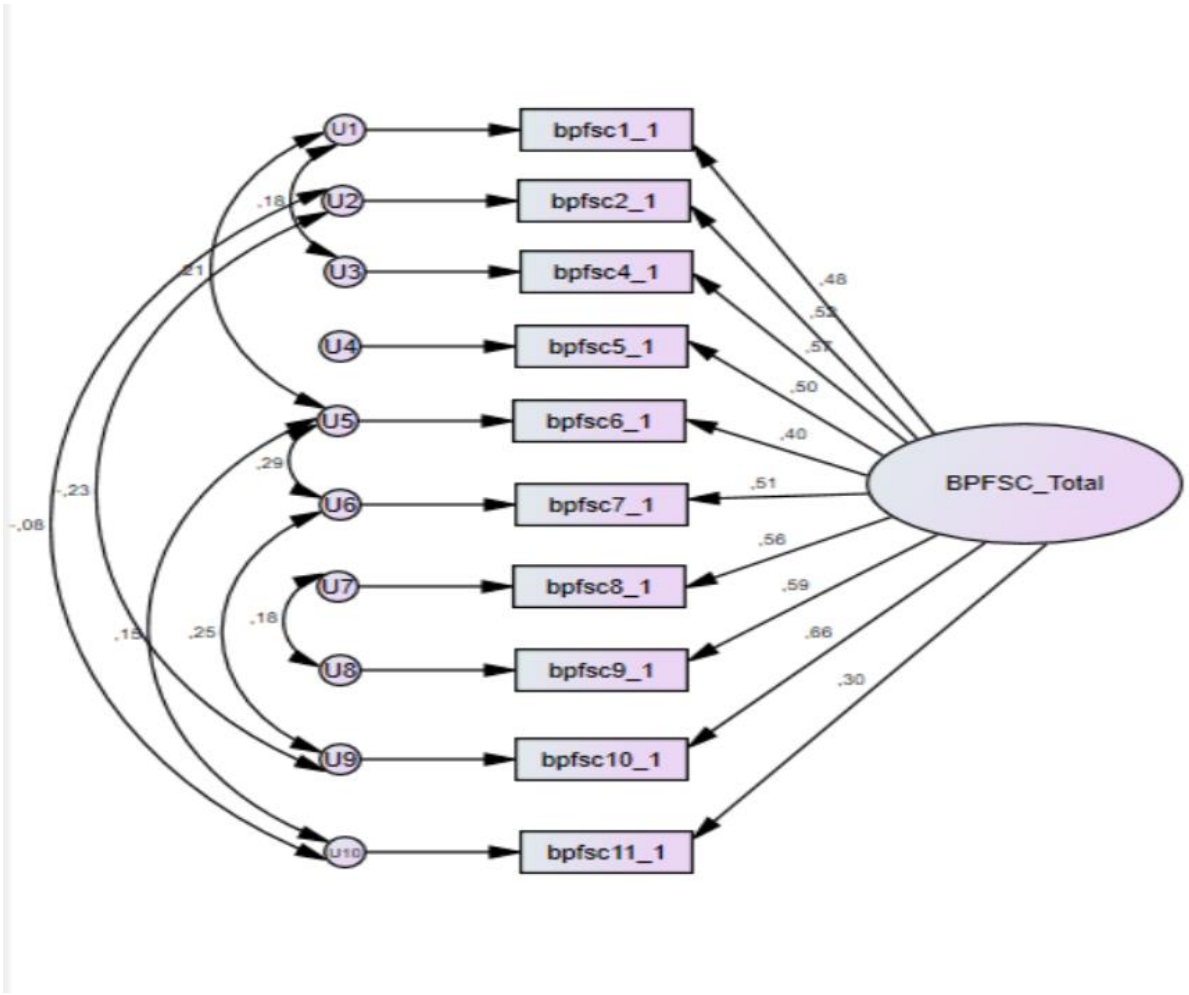


**Şekil 1.Klinik Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Diyagramı**

BKÖÇÖ'nün 10 maddelik formunun kontrol grubunda doğrulayıcı faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için TLI, CFI, GFI ve RMSEA uyum indexleri kullanılmıştır. Uyum indexleri değerlendirildiğinde sonuçların doğrulayıcı faktör analizi yapmaya uygun olduğu görülmektedir (TLI =0.982, CFI = 0.989, GFI=0.967, RMSEA = 0.028,  $\chi^2/df=1.145$ ). Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun kontrol grubunda doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 31' de ve faktör diyagramı Şekil 2.'de gösterilmiştir.

<b>Tablo 31. BKÖÇÖ'nün 10 Maddelik Formunun Kontrol Grubu Madde Düzeyinde Doğrulayıcı Faktör Analizi</b>	
	Faktör 1
Çok yalnız hissedirim.( BKÖÇÖ-1)	0.476
Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim ( BKÖÇÖ-2).	0.515
Benimle ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum ( BKÖÇÖ-4).	0.572
Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım( BKÖÇÖ-5).	0.500
Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğrattır ( BKÖÇÖ-6).	0.398
Kızılmak, üzölmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim ( BKÖÇÖ-7).	0.509
Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer ( BKÖÇÖ-8).	0.559
Önemsediğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim ( BKÖÇÖ-9).	0.586
Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir ( BKÖÇÖ-10).	0.662
Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır ( BKÖÇÖ-11).	0.299



Şekil 2.Kontrol Grubu BKÖÇÖ 10 Maddelik Formu Doğrulayıcı Faktör Analizine Göre Faktör Diyagramı

## 5.TARTIŞMA:

Bu araştırmada Sharp ve ark. (Sharp 2014) tarafından geliştirilen BKÖÇÖ'nün geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısının incelenmesi, BKÖÇÖ total puanı ile diğer ölçekler arasında korelasyon olup olmadığı, kontrol grubuna göre klinik grubunda BKÖÇÖ total puanının farklılık gösterip göstermediği ve BKÖÇÖ total puanı ile klinik tanı ve semptom sayısı arasında ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Ek olarak araştırmanın klinik grubundaki ergenlerde BKÖÇÖ total puanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki de araştırılmıştır. lğin Türkçe uyarlamasının psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde; ilk yapılan istatistiksel analizlerde lğin 3. maddesinin hem diğer ölçek maddeleri hem de toplam ölçek puanı ile korelasyonunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve lğin diğer maddeleri ile birlikte tek bir faktör altında toplanmadığı saptanmıştır. Bu nedenlerle 3. madde çıkarılarak istatistiksel analizler tekrar yapılmıştır. lğin 10 maddelik formu ile yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına göre BKÖÇÖ'nn Türkçe formunun Türk gençlerinde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu ortaya konmuştur. lğin güvenirliğini değerlendirmek için kullanılan iç tutarlılık ve test tekrar test değerlendirmeleri ve geçerliğini değerlendirmek için ölçüt bağıntılı geçerlik ve yapı geçerliği değerlendirmeleri yapılmış ve lğin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Hem lek maddeleri arasında hem lğin çalışmada kullanılan diğer ölçeklerle arasında iyi düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Klinik grubunda kontrol grubuna göre BKÖÇÖ total puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Klinik grubunda BKÖÇÖ total puanı DSM-V'e göre toplam tanı ve semptom sayısı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Klinik grubunda BKÖÇÖ total puanı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Bir lğin geçerliğini değerlendirmek için içerik (kapsam) geçerliği (Content Validity), yapı geçerliği (Construct Validity) ve ölçüte dayalı geçerlik (Criterion-Related Validation) yöntemleri kullanılabilir. BKÖÇÖ'nn kapsam geçerliğini değerlendirmek için, ocuk psikiyatrisi alanında uzman kişiler tarafından lğin Türkçeye uyarlanması ve yeniden gözden geçirilmesi yapılmış, lğin olası eviri hatalarından arındırılması, maddelerin ölçmek istediği alanı ölçebilecek anlaşılır ve anlamlı maddelerden oluşması sağlanmıştır. lte dayalı geçerlik; ölçek puanlarının belirlenmiş diş ölçütlerle ilişkisini değerlendiren yöntemdir (Karakoç 2014). lte dayalı geçerlik yöntemlerinden biri olan eş zaman (concurrent validity) geçerliğinde aynı ya da yakın zamanda yapılan değerlendirmelerle ölçülen davranış ya da ilişkili başka bir davranış için geliştirilen

ölçekten alınan puanla başka ölçeklerden alınan puanların korelasyonu yapılır (Büyüköztürk 2005). Sharp ve arkadaşları BFSFC-11 ölçeğini geliştirirken yaptıkları çalışmada Çocukluk Dönemi Borderline Kişilik Bozukluğu Görüşme Formu (CI-BPD) ve Duygu Düzenlemesinde Güçlükler Ölçeği (DERS) kullanarak BFSFC-11' in dış ölçeklerle ilişkisini değerlendirmişlerdir (Sharp 2014). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda klinik görüşme formu ile ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş ve ölçeğin ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğunu değerlendirmek için geçerli olduğuna karar verilmiştir. Fossati ve arkadaşlarının İtalyan örneklem grubunda yaptıkları çalışmada BKÖÇÖ' nün geçerliğini değerlendirmek için Kişilik Bozukluğu Tanısal Ölçeği- Borderline Kişilik Bozukluğu Ölçeği (Personality Diagnostic Questionnaire-4+ Borderline Personality Disorder (BPD) Scale)' ni kullanmışlardır (Fossati 2016). Geçerlik değerlendirmeleri için yapılan korelasyon analizinde iki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r= 0.64, p<0.001$ ). Çalışmamızda ise BKÖÇÖ eş zaman geçerliğini yordamak için KIÖ-KF, KSE, DKE-KF, ÇYKÖ ölçekleri ve ÇDŞG-ŞY-T görüşme formu kullanılmıştır.

Çalışmamızda klinik grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ-KF borderine alt ölçek puanı ( $r=0.631, p<0.001$ ) ve kontrol grubu BKÖÇÖ total puanı ile KIÖ-KF borderine alt ölçek puanı ( $r=0.444, p<0.001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ek olarak hem klinik hem kontrol grubunda BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile KIÖ-KF diğer tüm alt ölçekleri (antisosyal, histirionik, narsistik, kaçınan, paranoid, çekingen, pasif agresif, obsesif kompulsif, şizoid) arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile DKE-KF borderine ile ilişkili kişilik görünümünün toplam puanı (duygulanımda dengesizlik, depresiflik, dürtüsellik, hostilite, kaygınlık, ayrılma güvensizliği, risk alma) arasında klinik grubunda ( $r=0.755, p<0.001$ ) ve kontrol grubunda ( $r=0.686, p<0.001$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

BKÖÇÖ'nün geçerliğini değerlendirmek için çalışmamızda ek olarak ölçeğin yapı geçerliğine bakılmıştır. Yapı geçerliğini değerlendirmek için birkaç yöntem bulunmasına rağmen bunlardan en sık kullanılanı faktör analizi yöntemidir (Tavşancıl 2002). Faktör analizinde; geliştirilmekte olan ölçeğe, ölçeği dolduranların verdiği cevaplar içinde belli bir düzen olup olmadığı değerlendirilir ve değişkenlerin birkaç başlık altında toplanması sağlanır (Tavşancıl 2002). Çalışmamızda faktör analizi klinik ve kontrol grubuna ayrı ayrı uygulanmıştır. Hem keşfedici hem de doğrulayıcı faktör analizi yöntemi uygulanmıştır.

Klinik grubu keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre 2 faktörlü bir yapı elde edilmiş ve madde 1,4,5,6,7,8,9,10 ve 11'in 1. faktör altında, madde 2 ve 3'ün 2. faktör altında toplanmıştır. Kontrol grubunda ise 3 faktörlü bir yapı elde edilmiş ve madde 4,5,8,9 ve 10 1. faktör altında, madde 1,2,4,6,7,11'in 2. faktör altında, madde 3'ün 3. faktör altında toplanmıştır. 3. madde çıkarılarak klinik ve kontrol grubuna ayrı ayrı keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi tekrar uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda her iki grupta da ölçeğin orijinal formuna benzer şekilde tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Sharp ve arkadaşları 24 maddelik Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği (BFSFC)' ni kullanarak ölçeğin daha kısa ve kullanım kolaylığı sağlayan bir formunu geliştirmek amacıyla BKÖÇÖ' nün 11 maddelik orijinal formunu geliştirmişlerdir (Sharp 2014). Ölçek geliştirilirken Sharp ve arkadaşları tarafından 964 ergenden oluşan bir toplum örnekleminde ölçeğin faktör analizi değerlendirilmiş ve sonrasında 371 psikiyatri kliniğinde yatan hastalardan oluşan klinik örneklem grubunda ölçeğin yapı geçerliği test edilmiştir (Sharp 2014). Ölçeğin 24 maddelik uzun formu duygulanımda dengesizlik, kendine zarar verici davranışlar, kişiler arası ilişkilerde olumsuzluklar, kimlik problemleri olmak üzere dört alt ölçekten oluşan dört faktörlü bir yapıdan oluşmaktadır (Crick 2005). BKÖÇÖ 'nün de 4 faktörlü bir yapıdan oluşacağı hipotez edilerek faktör analizi yapılmış fakat ölçeğin bu 4 faktörlü yapıya uymadığı fark edilmiş ve yapılan farklı istatistiksel yöntemlerle ölçeğin tek fakörlü yapıya daha uygun olduğu belirtilmiştir (Sharp 2014).

Fossati ve arkadaşları BKÖÇÖ ölçeğinin İtalyanca formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Fossati 2016). 805 ergenden oluşan toplum örnekleminde klinik görüşme formu kullanarak yaptıkları çalışmada Fossati ve arkadaşları ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi yöntemini kullanmışlardır. Kızlar ve erkekler için ayrı ayrı ve tüm örneklem grubuna olmak üzere 3 ayrı şekilde faktör analizi yapmışlardır. Fakat ölçeğin orijinal formundaki tek faktörlü yapıyı elde edememişler ve 2 faktörlü bir yapı saptamışlardır (Fossati 2016). Yaptıkları analize göre erkeklerde 1, 2, 5, 6, 7, 10 ve 11. Maddenin 1. faktör altında; 1, 3, 4 ve 8. maddenin 2. faktör altında toplandığını göstermişlerdir. Kızlarda ise 2, 3, 5 ve 9. maddenin 1. faktör altında; 1, 5, 8 ve 11. maddenin 2. faktör altında toplandığını göstermişlerdir. Tüm gruba uygulanan faktör analizinde ise; 2,3,5,6,7,9 ve 10. maddenin 1. faktör altında, 3, 5, 8 ve 11. maddenin 2. faktör altında toplandığını bildirmişlerdir (Fossati 2016).

Fossati ve arkadaşları; Sharp ve arkadaşları tarafından geliştirilen BKÖÇÖ ölçeğinde tek faktörlü yapı elde edilmesine rağmen ölçeğin İtalyanca uyarlamasında iki

faktörlü yapı elde edilmesinin örneklem özellikleri ve faktör analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlerdeki farklılık gibi birkaç metodolojik etkenle açıklanabileceğini bildirmişlerdir (Fossati 2016). Sharp ve arkadaşları ölçeğin faktör analizini değerlendirirken Madde Cevap Kuramı (Item Response Theory) yöntemini kullanmışlardır (Sharp 2014). Fossati ve arkadaşları ise Keşfedici Yapısal Eşitlik Modellemesi (ESEM) yöntemini kullanmışlardır (Fossati 2016). Ölçme eşdeğerliliği değerlendirilirken; ESEM doğrusal fonksiyonları, IRT doğrusal olmayan matematiksel fonksiyonları kullanır (Somer 2009). Bundan dolayı orta puanlarda katılımcıların gerçek puanlarını tahmin ederken iki yöntem yakın sonuçlar verirken; uç puanlar söz konusu olduğunda IRT daha hassas ve daha doğru ölçümlerde bulunmaktadır (Somer 2009). Bunun nedeni doğrusal olmayan fonksiyonların psikolojik değişkenlerin dağılımlarına daha uygun olması ve günlük hayatla ilgili verileri daha iyi temsil etmesidir (Somer 2009). Dolayısıyla IRT regresyon modellerine göre ölçme eşdeğerliğini uç puanlarda daha doğru değerlendirmektedir (Somer 2009). Bu istatistiksel yöntem farkının ölçeğin İtalyanca uyarlamasıyla orijinal formu arasındaki faktöryel farkı açıklayabileceği düşünülmektedir (Fossati 2016). Bizim çalışmamızda da ölçeğin 11 maddelik formu ile yapılan faktör analizi sonuçlarına göre; ölçeğin orijinal formundan farklı olarak klinik grubunda 2, kontrol grubunda 3 faktörlü yapı elde edilmiştir. Ayrıca Cronbach alfa değeri hesaplanırken 3. madde hariç tüm maddelerin alfa değerine olumlu katkısının olduğu, 3. maddenin alfa değerine negatif etkide bulunduğu gözlenmiştir. 3. madde çıkarıldığı takdirde alfa değerinin yükseldiği gözlenmiştir. Bu analizler sonucunda 3. maddenin borderline kişilik özelliklerini ölçmek için uygun bir soru olmadığı düşünülmüş ve ölçekten çıkarılması gerektiği kanaatine varılmıştır. Bu varsayımın doğruluğu 11 maddeli ölçeğin toplam puanının diğer ölçeklerle korelasyon analizlerinden elde edilen sonuçlarının 10 maddeli ölçeğin diğer ölçeklerle korelasyon analizleri ile oldukça benzer sonuçlar vermesi ile kanıtlanmıştır. 3. maddenin borderline kişilik özelliklerini ölçmeye uygun bir soru olmaması bu maddenin diğer maddelere göre daha yüksek puanlı işaretlenmiş olmasından dolayı olabileceği düşünülmüştür. Aynı durum Fossati ve arkadaşlarının İtalyan örneklem grubunda yaptıkları çalışmada da gözlenmiş, 3.madde ergenler tarafından yüksek puanlı işaretlenmiştir (Fossati 2016). 3. maddenin sorusu “Benim duygularım çok güçlü. Örneğin, kızgın olduğumda gerçekten ama gerçekten çok kızgın, mutlu olduğumda ise gerçekten ama gerçekten çok mutlu olurum” şeklindedir. Ergenlik dönemindeki duygusal gelişim ve değişim sürecinin normal bir özelliği olarak duyguların yoğunluğunda artış ve istikrarsızlık



olduğu bilinmektedir (Koç 2004). Ergenlik döneminde duygu yoğunluğunun daha fazla olması bu maddenin yüksek puanlı olarak işaretlenmesinin nedeni olabilir. Çalışmamızda ölçeğin 3. maddesi çıkarılarak yapılan keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre her iki grupta da ölçeğin orijinal formuna benzer şekilde tek faktörlü yapı elde edilmiştir.

Bir ölçeğin güvenilirliğini ölçmeye yarayan yöntemlerden biri olan iç tutarlılığın değerlendirilmesi; ölçeğin ölçüm yaptığı alanda yalnızca istenilen kavramları ölçüp ölçmediği, ölçek maddelerinin kendi aralarında ne oranda homojen olduklarını değerlendiren bir güvenilirlik ölçütüdür (Karakoç 2014). Cronbach *a* katsayısının hesaplanması ise; ölçek maddeleri likert tarzı bir yapıda olduğunda kullanılabilen bir iç tutarlılık ölçme yöntemidir (Ercan 2004). Araştırmamızda BKÖÇÖ'nün 10 maddelik formunun güvenilirliğini değerlendirmeye yönelik yapılan iç tutarlılık ölçümü Cronbach *a* değeri klinik grubu için 0.84, kontrol grubu için 0.79 bulunmuştur. Sharp ve ark. tarafından geliştirilen BKÖÇÖ'nün orijinal formunun Amerikan gençlerinde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach *a* değeri 0.85 bulunmuştur (Sharp 2014). BKÖÇÖ'nün 2016 yılında İtalyan gençlerinde İtalyanca uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Fossati 2016). Toplamda 805 toplum örnekleminde alınan gençle yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach *a* değeri 0.78 bulunmuştur (Fossati 2016). Bir ölçeğin güvenilir olarak değerlendirilebilmesi için Cronbach *a* değerinin en az 0.70 olması gerekmektedir (Karakoç 2014). Çalışmamızda hem klinik hem de kontrol grubu için 0.70'in üzerinde değer elde edilmiştir. Çıkarılan sonuca göre ölçeğin Türkçe uyarlamasının iç tutarlılığının iyi, güvenilirliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda BKÖÇÖ'nün iç tutarlılığını değerlendirmek için ek olarak hem klinik hem kontrol grubunda her bir ölçek maddesi puanının toplam ölçek puanı ve diğer madde puanı ile korelasyonlarına bakılmıştır. Genel olarak tüm maddeler hem klinik hem kontrol grubunda BKÖÇÖ total puanı ve diğer maddeler ile anlamlı olarak pozitif yönde ilişkili bulunurken, 3. madde BKÖÇÖ total puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş fakat diğer maddelerin geneli ile ilişkili bulunmamıştır. 3. maddenin sorusu "Benim duygularım çok güçlü. Örneğin, kızgın olduğumda gerçekten ama gerçekten çok kızgın, mutlu olduğumda ise gerçekten ama gerçekten çok mutlu olurum" şeklindedir. Hem klinik hem kontrol grubu ergenlerinin genel olarak bu maddeden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir (bkz. Tablo 6). Bu madde için ergenler genellikle "sıklıkla doğru", "her zaman doğru" seçeneğini tercih etmişlerdir. Fossati ve arkadaşlarının İtalyan ergenleri ile yaptığı

çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş ve 3. madde ergenler tarafından diğer maddelere göre daha yüksek puanlanmıştır (Fossati 2016). Çalışmamızda 3. madde çıkarılarak yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre hem klinik hem kontrol grubunda her bir ölçek maddesi diğer maddelerle ve toplam ölçek puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmeye yönelik diğer bir yöntem test tekrar test yöntemidir (Karakoç 2014). Bir ölçek aynı örneklem grubuna, sağlanabilecek oranda eşit şartlarda, iki kez uygulanır ve ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirilir (Karakoç 2014). Bu şekilde ölçeğin zaman içerisinde ölçtüğü özelliği istikrarlı bir şekilde ölçebilme özelliği değerlendirilmiş olur (Hergüner 2010). İki ölçüm puanları arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin test-yeniden test güvenilirliğini gösterir ( Ercan 2004). Değer +1 'e ne kadar yakınsa ilişki o kadar iyidir. Genel olarak 0.3'ten düşük korelasyonlar zayıf, 0.3–0.5 arasındaki korelasyonlar orta dereceli ve 0.5'ten yüksek korelasyon katsayıları ise güçlü korelasyon olarak kabul edilir (Laerd Statistics, 2013). En az 0.70 ve üzerindeki değerler ölçekteki kararlılığın göstergesidir (Karakoç 2014). Fossati ve arkadaşlarının İtalyan gençlerde yaptıkları BKÖÇÖ geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, toplam 805 katılımcının 471' ine ilk uygulamadan 6 ay sonra tekrar test uygulanmış iki değer arasındaki korelasyon katsayısı 0.50 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=0.50$ ,  $p<0.001$ ). Bizim araştırmamızda BKÖÇÖ ilk uygulamadan yaklaşık 5 ay sonra 41 klinik grubundan katılımcıya tekrar uygulanmış ve Pearson Korelasyon analizi ile BKÖÇÖ total puanı test- retest sonuçları değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısı 0.724 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak test-retest sonuçları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur( $p<0.001$ ).

Çalışmamızda klinik grubununun BKÖÇÖ total puanı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Genel popülasyonda, en geniş randomize toplum tabanlı örneklem seçimi ile yapılan çalışmalara bakıldığında, BKB prevalansı % 0,4 -1,8 arasında değişmektedir (Reich 1989, Samuels 1994, Swartz 1990,Torgersen 2001). Son dönemlerde yapılmış farklı ülkelerdeki toplum tabanlı çalışmalar % 0.7-2.7 arasında oranlar bildirmektedir (Coid 2006, Lenzenweger 2007, Trull 2010, ten Have 2016). Klinik örneklerde, BKB genellikle en yaygın kişilik bozukluğudur (Widiger 1991). 1989 öncesi klinik görüşme ile tanı konulan psikiyatri servisinde yatan hastalarda yapılan çalışmalarında BKB oranları % 15 bulunmuştur (Widiger 1991). Yarı yapılandırılmış görüşmelerle daha yakın zamanda psikiyatri

kliniğinde yatan hastalarla yapılmış çalışmalar % 40-44 prevalans oranları bildirmektedir (Grilo 1998, Marinangeli 2000). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasındaki BKB prevalansı kliniğin sigortalı veya sigortasız hastalara mı yoksa özel popülasyonlara mı hizmet ettiğine bağlı olarak değişmektedir (Korzekwa 2008). Poliklinik örneklemelerinde, BKB oranları % 8 -27 arasında değişmektedir (Korzekwa 2008). Hastaların doldurduğu öz bildirim ölçeklerini kullanan poliklinik çalışmalarında ortalama BKB prevalansı % 27.7-30.3 arasındadır (Reich 1989, Bodlund 1993). Yarı yapılandırılmış görüşme formları ile yapılan çalışmalar, % 9,3-18 prevalans oranları bildirmiştir (Zimmerman 1999a, Alnaes 1988, Oldham 1995, Zimmerman 2005). Korzekwa ve ark. ilk olarak öz bildirim ölçekleri ardından klinik görüşme formu kullanarak klinik örneklem grubunda iki aşamalı olarak yaptıkları prevalans çalışmasında BKB oranını % 22.6 bulmuştur (Korzekwa 2008). Comtois ve ark. 159 kişiden oluşan psikiyatri poliklinik hastalarında yaptıkları çalışmada oranı % 15.1 (Comtois 2016), Zimmerman ve arkadaşları ise yakın zamanda psikiyatri polikliniğine başvuran 3674 kişilik büyük bir örneklem grubunda yaptıkları çalışmada %10.6 bulmuşlardır (Zimmerman 2017).

Ergenlerde erişkinlere oranla daha az prevalans çalışması yapılmıştır (Guilé 2018). Klinik örneklemde yapılan çalışmalarda; klinik tablonun şiddeti ve alınan psikiyatrik tedavinin türü ile BKB prevalansında farklılıklar saptanmıştır (Guilé 2018). Ayaktan tedavi gören ergenlerde oran % 11 (Chanen 2004), hastanede yatan ergenlerde % 19-53 (Sharp 2012, Ha 2014, Becker 2002), intihar girişimi nedeni ile hastanede yatan ergenlerde % 62 (Kanfo 2015) ve intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran ergenlerde % 78 bulunmuştur (Greenfield 2008, Greenfield 2015). Genel popülasyonda BKB prevalans çalışmaları az (Tyrrer 2015), ergenlerde yapılanlar ise daha da azdır (Guilé 2018). Genel popülasyonun çeşitli epidemiyolojik çalışmaları, metodolojik özellikler, örneklem özelliklerinin farklılıkları açısından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. 9-19 yaşları arasında 733 Amerikan ergenle mevcut semptomların sayısına bağlı olarak iki şiddet eşiği belirlenerek yapılan çalışmada; şiddetli BKB için, erkeklerde % 2,8 ve 11-14 yaş arasında kızlarda % 3,8 prevalans oranları bildirilmiştir (Bernstein 1993). Orta dereceli BKB için oranlar erkeklerde % 8,3, kızlarda % 11,5 bulunmuştur (Bernstein 1993). Aynı bölgede daha sonra 14-16 yaş ergenlerle yapılan bir çalışmada, % 0,9 oranında belirgin bir şekilde düşük prevalans gözlenmiştir. (Johnson 2008). Klinik görüşme formu kullanılarak 14 yaş ergenlerle Fransa’ da yapılan bir çalışmada, erkeklerde % 11, kızlarda % 26 prevalans oranları bildirilmiştir (Chabrol 2001). Yakın zamanda 11 yaş 6330 ergenle yapılan

çalışmada erkeklerde % 2.8, kızlarda % 3.6 ve tüm örneklem grubunda % 3.2 prevalans oranları bildirilmiştir (Zanarini 2011a). Son olarak, Hong Kong'daki bir ergen çalışmasında BKB prevalans oranının % 2 olduğu bildirilmiştir (Leung 2009). Sonuç olarak bazı çalışmalar metodolojik ve örneklem özelliklerinden dolayı birbirinden farklı prevalans oranları bildirmesine rağmen; genel olarak literatür değerlendirildiğinde bizim çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu bir şekilde BKB klinik örnekleme toplum örnekleme göre daha sık bulunmaktadır.

Çalışmamızda BKÖÇÖ total puanları açısından erkek ve kızlar karşılaştırıldığında kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, klinik grubunda kızlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Literatürde BKB prevalansında cinsiyet farklılığı ile ilgili bazı çalışmalar bulunmaktadır. Klinik çalışmaların meta-analizi, kadınların BKB'li bireylerin % 76' sını oluşturduğunu göstermiştir (Widiger 1993). Bu sonuçların muhtemelen gerçek bir kadın üstünlüğünden ziyade örneklem özellikleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Skodol 2003). Muhtemel nedenlerden birinin de erkeklerin klinik başvurularının daha az olması olarak düşünülmektedir (Bateman 2013). Epidemiyolojik çalışmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde (Grant 2008, Lenzenweger 2007) veya Norveç'te (Torgersen 2001) BKB prevalansı ile ilgili bir cinsiyet farklılığı bulamamıştır. Coid ve ark. ise Büyük Britanya'da yaptıkları prevalans çalışmasında (Coid 2006) erkeklerde BKB'nin prevalansını daha fazla bulmuşlardır (erkeklerde % 1, kadınlarda % 0,4). Bununla birlikte, klinik ortamlarda kadınların daha fazla görülmesinin bir sonucu olarak, BKB araştırmalarında erkekler yeterince temsil edilememektedir (Silberschmidt 2015). BKB'deki potansiyel cinsiyet farklılıkları ile ilgili önemli sorular halen devam etmektedir (Silberschmidt 2014). Cinsiyet farklılıklarını saptamaya yetecek kadar erkek BKB'li olguları içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Literatür incelendiğinde BKB'ye sıklıkla eksen I ve eksen II bozuklukların eşlik ettiği görülmektedir (Ceylan 2017). BKB' de komorbiditenin bozukluğun prognozunda ve tedavisinde önemli bir rol oynadığı ve intihar riskini arttırdığı bulunmuştur (Links 1998, Zanarini 2004b, Zanarini 2006, Gunderson 2006, Hopwood 2006). Çeşitli çalışmalarda hastaların yaklaşık % 80'inde komorbid olarak eksen II bozukluğu olduğu söylenmektedir (Oldham 1995, Skodol 1995, Zanarini 1998). BKB'li hastaların yaklaşık üçte biri, çoğunlukla paranoid KB (% 30-38) olmak üzere A kümesi KB, özellikle antisosyal (% 20 -

% 25) ve histrionik KB (% 15 -% 25) olmak üzere % 40'ı B kümesi kişilik bozuklukları, bağımlı KB (% 30 -% 50), pasif agresif (% 25) ve kaçınan KB (% 20 -% 40) olmak üzere % 75'i C kümesi KB tanı kriterlerini karşılamaktadır (Zanarini 1998, Grant 2008, Koenigsberg 2002). BKB'ye en sık eşlik eden eksen II bozukluklar; kaçınan kişilik bozukluğu (%35-45), bağımlı kişilik bozukluğu (%30-40), paranoid kişilik bozukluğu (% 20-30), antisosyal kişilik bozukluğu (% 15-25) olarak bildirilmektedir (Zanarini 1998, Zanarini 2004b). Eksen II komorbiditesiyle ilgili olarak, BKB'de remisyonun öngörücülerini inceleyen çalışmalarda, eşzamanlı eksen II bozukluklarının sayısının ve kaçınan, bağımlı, narsistik ve histrionik KB varlığının, prognozun kötü olduğunun göstergeleri olduğu bildirilmiştir (Links 1998, Zanarini 2004b, Zanarini 2006). Takip çalışmaları, BKB ve eksen II komorbiditesinin zamanla ortaya çıkma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Zanarini 2004b, Zanarini 2005, Paris 1987).

Bazı çalışmalar BKB' nin ergenlerde erişkinlere göre daha yüksek eksen II psikiyatrik bozukluk komorbidite oranları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir; ancak bildiğimiz kadarıyla sadece birkaç çalışma, ergenlik dönemi BKB' sinde eksen II bozuklukları komorbiditesini araştırmıştır (Miller 2008). 177 psikiyatrik bozukluğu olan hasta ile DSM-IV eksen II bozukluklar için yapılandırılmış bir klinik görüşme formu kullanarak yaptıkları bir çalışmada Chanen ve ark., BKB için DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan 46 ergende (12 erkek (% 26) ve 34 kız (% 74) ; % 34,8 pasif- agresif, % 30,4 depresif, % 30,4 antisosyal, % 8,7 kaçınan, % 8,7 paranoid, % 2,2 narsistik ve % 2,2 histrionik KB komorbidite oranları bildirmişlerdir (Chanen 2007). Chabrol ve arkadaşlarının DSM-IV Kişilik Bozuklukları için yapılandırılmış bir görüşme formu kullanarak küçük bir BKB hasta grubunda (n = 16; 4 erkek (% 25) ve 12 kadın (% 75); ortalama yaş 17.7 yıl) yaptıkları komorbidite çalışmasında; % 31,2 depresif, % 25 paranoid, % 18,8 bağımlı, % 12,5 antisosyal, % 12,5 kaçınan, % 12,5 histirionik ve % 12,5 pasif-agresif KB' nin BKB' ye eşlik ettiğini tespit etmişlerdir (Chabrol 2002). Becker ve ark. yataklı bir psikiyatri kliniğine ard arda başvuran 138 ergenle (76 erkek (% 55) ve 62 kadın (% 45); yaş ortalaması: 15,5) yaptıkları bir çalışmada ilk olarak ergenlerde KB değerlendirilmiş ve toplamda 68 ergen (% 49) BKB tanı kriterlerini karşılamıştır. BKB ve BKB olmayan ergenlerde DSM-IV kişilik bozukluklarının prevalansı karşılaştırıldığında, şizotipal (% 12), narsistik (% 9), kaçınan (% 12), bağımlı (% 9), obsesif- kompulsif (% 6) ve pasif- agresif (% 29) KB 'nin BKB olan ergenlerde daha sık olduğu tespit edilmiştir (Becker 2000). Bununla birlikte, Bonferroni düzeltmesi uygulandığında, ergenlerde BKB, sadece şizotipal

ve pasif-agresif KB ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (Becker 2000). Antisosyal KB Becker ve arkadaşlarının çalışmasına dahil edilmemiştir. Son olarak Loas ve ark. toplam 85 BKB hastası (11 erkek ve 74 kız; yaş ortalaması:16,3) ile yaptıkları çalışmada % 35,3 obsesif kompulsif, % 22,4 antisosyal, % 21,2 kaçınan, % 11,8 bağımlı ve % 9,4 paranoid KB komorbiditesi saptamışlardır (Loas 2013). Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı cinsiyet farklılığı olmamasına rağmen, erkeklerde (% 45.5), kadınlardan (% 19) daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu bildirilmiştir (Loas 2013). Bizim çalışmamızda da literatürde bildirilenlere paralel olarak, hem klinik hem de kontrol grubunda BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile kişilik bozukluklarını değerlendirmeye yarayan bir ölçek olan KIÖ-KF toplam, KIÖ-KF borderline alt ölçeği ve KIÖ-KF diğer alt ölçekleri toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKÖÇÖ ile kişilik bozukluklarını değerlendirmeye yarayan diğer bir ölçek olan DKE-KF'nin borderline ilişkili kişilik görünümünün total puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun ölçüte dayalı geçerliğini değerlendirmek için ek olarak BKB ile sık ilişkili olduğu bilinen eksen I psikiyatrik bozuklukları değerlendirmeye yarayan KSE ve ÇDŞG- ŞY-T kullanılmıştır. Hem klinik hem kontrol grubunda BKÖÇÖ total puanı ile KSE-RCI ve KSE tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sadece klinik grubuna uygulanan ÇDŞG- ŞY-T' ye göre BKÖÇÖ total puanı ile hem toplam tanı sayısı ( $r= 0.237$ ,  $p=0.002$ ) hem de toplam semptom sayısı ( $r=0.292$ ,  $p<0.001$ ) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; BKB olan hastaların yüksek bir yüzdesinin ayaktan tedavi süresince veya psikiyatri kliniklerinde yatarak takip edildiklerinde eksen I bozuklukları için tanı kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Zanarini 2004). Çok sayıda kesitsel çalışma, bu klinik izlenimi, BKB olan ayaktan ve yatarak tedavi alan hastalarda yüksek oranda eşlik eden duygudurum, anksiyete, madde kullanımı ve yeme bozukluğu oranları bularak belgelemiştir (Zanarini 1989a, Oldham 1995, Zimmerman 1999a, Zanarini 1998, McGlashan 2000). Klinisyenler ayrıca, belirli eş zamanlı koşulların varlığının, BKB olan hastaların semptomatik iyileşmesini engellediğine ve psikososyal uyumlarına da olumsuz yönde etki ettiğine inanmaktadır (Zanarini 2004b). Yapılan çalışmalarda duygudurum bozukluklarının, özellikle unipolar bozuklukların yaygın olduğunu, daha spesifik olarak, BKB olan hastaların % 48-54'ünün, (ortalama olarak % 52) bir psikiyatrik bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığını bulmuştur (Pope 1983, Akiskal 1985, Senol 1997). % 18 -%

40 (ortalama olarak % 29) majör depresyon (Pope 1983, Akiskal 1985, Barasch 1985, Links 1995, Senol 1997), % 14 -% 28 (ortalama % 15) distimik bozukluk ( Pope 1983, Links 1995, Senol 1997) oranları bildirilmiştir. Bipolar spektrum bozuklukları (Pope 1983, Akiskal 1983, Links 1995) % 7-15 (ortalama % 9) olarak daha az oranda bildirilmiştir.

BKB olan hastalarda madde kullanım bozuklukları da yaygın olarak bulunmaktadır (Zanarini 2004). Yapılan çalışmalarda oranlar % 14-56 (ortalama %52) arasında değişmektedir ( Pope 1983, Links 1995, Senol 1997). Anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları ise çok daha az sıklıkla bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, BKB olan hastaların sadece % 7'si anksiyete bozukluğu için ve sadece % 15'i yeme bozukluğu için tanı kriterlerini karşılamaktaydı (Pope 1983). BKB olan hastalarda uzun vadeli, geniş ölçekli, birkaç takip çalışması (ortalama takip süresi 14-16 ) yapılmıştır (Plakun 1985, McGlashan 1986, Stone 1990, Paris 1987, Paris 2001). Yapılan çalışmaların birinde madde bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının izlemde nispeten yaygın olarak olduğu (Stone 1990), bir diğerinde ise BKB olan hastaların % 22'sinin, ilk tanısından itibaren ortalama 27 yıl sonra ikinci bir takipte distimik bozukluk için DSM-IV kriterlerini karşıladığını bildirmiştir (Paris 2001). Zanarini ve arkadaşları yarı yapılandırılmış görüşme formuyla BKB tanısı alan 290 hasta ile eksen I psikiyatrik bozukluk komorbiditesi açısından 6 yıllık takip çalışması yapmışlardır (Zanarini 2004a). Çalışmanın sonuçlarına göre; BKB'si olan hastalar zaman içinde birçok eksen I psikiyatrik bozukluk komorbiditesi oranlarında düşüş yaşasa da, özellikle duygudurum ve anksiyete bozukluğu oranları yüksek kalmıştır. Remisyona giren BKB hastaları tüm komorbid bozukluklarda önemli bir düşüş yaşarken, remisyona girmeyenlerde sabit komorbide oranları bildirilmiştir. Komorbid eksen I bozukluklarının yokluğunun remisyona girme zamanını öngörmek için kullanıldığında, madde kullanım bozukluklarının yokluğu, sırasıyla travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları yokluğundan çok daha güçlü bir öngörücü olduğu bulunmuştur (Zanarini 2004a). Eaton ve ark. 34.653 kişiden oluşan büyük bir toplum örneklemini ile yaptığı çalışmada da BKB hem içe atım hem dışavurum bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Eaton 2010).

Ergen BKB eksen I psikiyatrik bozukluk komorbidite çalışmaları yetişkinlerle kıyaslandığında oldukça azdır. Chanen ve ark. yaptıkları çalışmada BKB'li ergen hastalarda, diğer klinik gruplara göre, komorbid eksen I bozuklukları oranlarını anlamlı derecede yüksek bulmuştur (Chanen 2007). BKB' de en yaygın komorbid bozukluklar

yıkıcı davranış bozuklukları (% 69.6), duygudurum bozuklukları (% 58.7) ve anksiyete bozuklukları (% 45.7) olarak bulunmuştur (Chanen 2007). Kaess ve ark. BKB olan ergen kızlarla yaptıkları küçük örneklemlerle bir çalışmada katılımcıların %16.1 'inde sadece bir tane, % 83.9' unda ise iki veya daha fazla eksen I psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En yaygın eksen I bozukluklar ise duygudurum, yeme, disosiyatif ve madde kullanım bozuklukları olarak belirtilmiştir (Kaess 2013). Ha ve ark.daha önce psikiyatri servisi yatışı olmuş 335 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalar yarı yapılandırılmış görüşme formu ile değerlendirilmiş ve 110 tanesi BKB tanısı almıştır (Ha 2013). BKB tanısı alan ve olmayanlar eksen I psikiyatrik bozukluk komorbiditesi açısından karşılaştırılmıştır. BKB olan hastaların olmayanlara göre eksen I psikiyatrik bozukluk komorbide oranları daha fazla bulunmuştur (Ha 2013). BKB olanlarda ergenlerin kendi bildirimlerine göre % 70.6 duygudurum bozuklukları, % 67.3 anksiyete bozuklukları, % 60.2 dışavurum bozuklukları ve % 11.7 yeme bozuklukları saptanmıştır (Ha 2013). Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde hem klinik hem kontrol grubu BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı eksen I bozuklukları değerlendirmeye yarayan KSE-RCI ve diğer KSE alt ölçek puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca klinik grubuna uygulanan DSM-V'e göre eksen I psikiyatrik bozuklukları değerlendirmeyi sağlayan yarı-yapılandırılmış klinik görüşme formu ÇDŞG- ŞY-T' ye göre katılımcıların aldıkları toplam tanı ve toplam semptom sayısı da katılımcıların BKÖÇÖ 10 maddelik formu total puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Çalışmamızda BKÖÇÖ' nün 10 maddelik formunun ölçüte dayalı geçerliğini değerlendirmek için yaşam kalitesini değerlendirmeyi sağlayan ÇYKÖ klinik grubu ebeveynlerinden çocukları için doldurmaları istenmiştir. BKÖÇÖ 10 maddelik formu toplam puanı ile ÇYKÖ toplam ( $r=0.328$ ,  $p<0.001$ ), ÇYKÖ-duygusal ( $r=0.357$ ,  $p<0.001$ ), ÇYKÖ-sosyal ( $r=0.243$ ,  $p=0.002$ ) ÇYKÖ-fiziksel ( $r=0.205$ ,  $p=0.01$ ), ÇYKÖ-okul ( $r=0.194$ ,  $p=0.012$ ) alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve kendi amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilgili olarak yaşamdaki kendi konumlarını algılamaları olarak tanımlamaktadır (WHO, 1995). Yaşam kalitesi; sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ile ilgili yeni görüşlerle bağlantılı olarak tedavi müdahalelerinin genel sonuçlarının bir göstergesi olarak kullanılmakla birlikte, hastalıkların doğru değerlendirilmesinde ve yönetiminde de önemli bir bileşen haline gelmektedir (IsHak 2011, IsHak 2012, Davidoff 2012). Spitzer ve arkadaşları hastaların



sağlık konusundaki algılarının yaşam kalitesi ile bağlantılı olarak iyileştirilmesinin sağlık hizmetlerinin temel amacı olduğunu belirtmiştir (Spitzer 1995). Ergenler arasında yaşam kalitesi araştırmalarının ana odağı fiziksel hastalıklar olmuştur (Feenstra 2012). Psikiyatrik bozuklukları göz önünde bulunduran çalışmalardan biri, psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerin, psikiyatrik bozukluğu bulunmayan ergenlerden ve hatta fiziksel hastalığı olan ergenlerden daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu bulmuştur (Bastiaansen 2004). BKB fonksiyonlarda ciddi düzeyde bozulma, yoğun tedavi kullanımı ve intihar nedeniyle artmış mortalite ile ilişkilidir (Skodol 2002). Bu olaylar bozuklukta görülen terk edilme korkusu, idealize etme ve değersizleştirme aşırı uçlarda kullanımı, kimlik bozuklukları, dürtüsellik, tekrarlayan intihar davranışı, duygusal dengesizlik, uygunsuz öfke, kronik boşluk hissi ve geçici, strese bağlı paranoid düşünceler veya şiddetli dissosiyatif semptomlarla açıklanabilir (Brodsky 2006). BKB, aynı zamanda, özellikle madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve diğer KB'ler ile de yüksek psikiyatrik komorbidite ile ilişkilidir (Lenzenweger 2007, Zanarini 2003).

Yukarıda belirtilen unsurların tümü, BKB'li bireylerin yaşam kalitesini potansiyel olarak etkileyebilir (IsHak 2013). Örneğin, kişilerarası çatışmalar, uygunsuz öfke, dürtüsellik ve duygusal dengesizlikten kaynaklanan sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmaların yaşam kalitesini etkilemesi olasıdır (IsHak 2013). Sağlıklı akranlarıyla karşılaştırıldığında, BKB'li ergenler, sosyal ilişki sorunları ve düşük akademik performans dahil olmak üzere önemli fonksiyonlarda bozukluklara sahiptir (Kaess 2014). Her ne kadar BKB semptomları zamanla azalma eğiliminde olsa da, erişkin BKB'de fonksiyonel bozulmanın majör depresyondan çok daha istikrarlı ve şiddetli olduğu gösterilmiştir (Gunderson 2011). Ergenlerde yapılan bir çalışmada BKB'nin gelecekteki BKB tanısı, diğer psikiyatrik bozukluklar (özellikle madde kullanımı ve duygudurum bozuklukları), kişilerarası sorunlar ve düşük yaşam kalitesi gibi artmış riskleri 2 dekad sonrasına kadar öngördüğünü bildirmiştir (Cohen 2005, Crawford 2008, Winograd 2008).

Psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda yapılan çalışmalar, BKB'nin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Johnson 2005, Luo 2005, Burstro'm 2001, Burstro'm 2007, Rusch 2007). Cramer ve arkadaşlarının, KB 'de yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada BKB' nin özellikle kendilik imajı ve olumsuz yaşam olayları alanlarında olmak üzere tüm endekslerde daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu

belirtmişlerdir (Cramer 2006). Chen ve arkadaşları da BKB'nin diğer KB'lere kıyasla fiziksel sağlık ve çevresel bağlamda yaşam kalitesinde yüksek oranda bozulmalar gösterdiğini ortaya koymuştur (Chen 2006). Soeteman ve arkadaşlarının çok sayıda psikiyatri hastasıyla yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu tipi yerine KB tanılarının sayısının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Soeteman 208). Cramer ve arkadaşları, BKB' de eşlik eden eksen I ve eksen II bozukluklarının sayısının düşük yaşam kalitesinin güçlü bir yordayıcısı olduğunu ve BKB'de eş tanının “tanısal bir sorun değil, hastalığın şiddetinin uyarısı” olduğu sonucuna varmıştır (Cramer 2006).

Ergenlerde KB yaşam kalitesine etkisi ile ilgili çalışmalar daha az sayıdadır. Feenstra ve arkadaşlarının psikiyatri kliniğine başvuran 131 ergenle yaptıkları çalışmada; toplamda 62 ergen KB tanısı almış ve bu ergenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, KB olan ergenlerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Feenstra 2012). Korsgaard ve arkadaşlarının 14-17 yaş arasındaki 153 ergenle klinik görüşme formu kullanarak yaptıkları çalışmada katılımcıların % 21.6'sında KB saptanmış ve KB tanı kriteri sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur (Korsgaard 2015). Daha fazla KB semptomu olan hastaların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Korsgaard 2015). Bizim bildiğimiz kadarıyla ergenlerde spesifik olarak BKB ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Literatür genel olarak değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda çıkan sonuçla benzer şekilde BKB'nin yaşam kalitesinde düşmeye neden olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ

Çalışmamızda Borderline Personality Features Scale for Children- Short Form- BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Formu-Kısa Form-BKÖÇÖ) ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için ölçüte dayalı geçerlik ve yapı geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. Ölçüte dayalı geçerliği değerlendirmek için KIÖ-KF, KSE, DKE-KF, ÇYKÖ ölçekleri ve ÇDŞG- ŞY-T görüşme formu kullanılmıştır. Yapı geçerliği değerlendirmek için ise faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini yordamak için iç tutarlılık değerlendirilmesi yapılmıştır. Cronbach *a* katsayısının hesaplanması, tes tekrar test yöntemi ve maddeler arası korelasyonun değerlendirilmesi iç tutarlılığın ölçülmesi için kullanılmıştır. BKÖÇÖ toplam puanı ile; KIÖ-KF toplam, KIÖ-KF borderline alt ölçeği , KIÖ-KF diğer kişilik bozuklukları alt ölçek puanları ve DKE-KF borderline ile ilişkili kişilik görünümünün toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKÖÇÖ toplam puanı klinik örneklem grubunda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. BKÖÇÖ toplam puanı klinik örneklem grubunda kızlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. eksen I psikiyatrik bozuklukları değerlendirmeye yarayan KSE toplam, KSE alt ölçek puanları ve ÇDŞG- ŞY-T görüşme formu toplam tanı, toplam semptom sayısı ile BKÖÇÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKÖÇÖ toplam puanı ile ergenlerde yaşam kalitesini değerlendirmeye yarayan ÇYKÖ toplam ve ÇYKÖ alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda ölçeğin Türk toplumu ergenlerinde geçerli ve güvenilir olduğu ve ülkemizde kullanıma sunulabileceği saptanmıştır.

Ülkemizde bizim bildiğimiz kadarıyla ergenlerde borderline kişilik bozukluğunu değerlendirmeye yönelik ölçme aracı bulunmamaktadır. Çalışmamızda geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılan Borderline Personality Features Scale for Children- Short Form- BPFSC (Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği-BKÖÇÖ)'nün ergenlerde borderline kişilik bozukluğu ile ilgili yeni yapılacak çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

- Akın E. Borderline şiddet değerlendirme ölçeği Türkçe versiyonunun (Türkçe BEST) geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep; 2017.
- Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM: Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:41–48
- Alnaes R, Torgersen S. DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:348-55.
- American Psychiatric Association, Committee on Statistics. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (text revision).* Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
- American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.* Washington DC: American Psychiatric Association. 2001.
- American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association DSM-5 Development: Personality Disorders.*2011.
- American Psychiatric Association. *Rationale for the proposed changes to the personality disorders classification in DSM-5.* 2012.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC: Author. 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (5. Baskı).* E. Köroğlu. (Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
- Anderson J, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C. A comparison of the DSM-5 section II and section III personality disorder structures. *Psychiatry Research.* 2014; 216, 363–372.
- Arıkan R. *Araştırma Yöntem ve Teknikleri.* Nobel yayınevi,2011,1. Basım, bölüm 6:93-7.
- Aydemir Ö, Demet MM, Danacı AE, Deveci A, Taşkın EO, Mızrak S. Borderlin kişilik envanterinin Türkçe' ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye' de Psikiyatri Dergisi.* 2006; 8(1),6-10.
- Bademci V. Tartışmayı Sonlandırmak: Cronbach'ın Alfa Katsayısı, İki Değerli Ölçümlenmiş Maddeler ile Kullanılabilir. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2006;13:438-46.
- Baker H, Baker M. Heinz Kohut's self psychology: an overview. *Am J Psychiatry* 1987; 144:1-9.
- Barasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J, Cohen S: Stability and distinctness of borderlin e personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142:1484–1486
- Bartz JA, Zaki J, Bolger N, & Ochsner KN. Social effects of oxytocin in humans: Context and person matter. *Trends in Cognitive Science.* 2011; 15(7), 301–309. doi:10.1016/j.tics.2011.05.002.
- Bastiaansen D, Koot HM, Bongers IL, Varni JW, & Verhulst FC. Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQL 4.0 generic core scales. *Quality of Life Research.* 2004; 13, 489–495.

- Bateman AW, Krawitz R. *Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Guide For Generalist Mental Health Professionals*. 1st ed. Oxford: Great Clarendon Street; 2013.
- Bateman A, & Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9(1), 11–15.
- Beck AT, and Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.1990.
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS, Mcglashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2042–2047.
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS, Mc Glashan TH: Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2011–2016.
- Benet-Martinez V. ve John OP. Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the big five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*.1998; 75 (3), 729-750.
- Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*. 1993;150(8):1237–1243.
- Black DW, Gunter T, Allen J, Blum N, Arndt S, Wenman G et al. Borderline Personality Disorder in male and female offenders newly committed prison. *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48 , 400–405 .
- Bodlund O, Ekselius L, Lindstrom E. Personality traits and disorders among psychiatric outpatients and normal subjects on the basis of the SCID screen questionnaire. *Nord J Psychiatry* 1993;47:425-33.
- Bondurant H, Greenfield B, & Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 2004;13, 53–57.
- Bos PA, Panksepp J, Bluthe RM, & van Honk J. Acute effects of steroid hormones and neuropeptides on human social-emotional behavior: A review of single administration studies. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2012; 33(1), 17–35.
- Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36:313–22.
- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001;55:51–69.
- Burström K, Johannesson M, Rehnberg C. Deteriorating health status in Stockholm 1998–2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2007;16:1547–53.
- Butler AC, Brown GK, Beck AT, & Grisham JR. Assessment of Dysfunctional Beliefs in Borderline Personality Disorder. *Behaviour, Research and Therapy*. 2002;40, 1231-1234.
- Butler AC, Cohen LH, Beck A T The Personality Belief Questionnaire-Short Form: development and preliminary findings. *Cogn Ther Res*. 2007; 31:357-370.
- Büyüköztürk Ş, Faktör analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 2002;32:470-83.
- Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem yayınları, 2005, 5. Baskı, 1-182.

- Ceylan V. Borderline kişilik ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, güvenilirliği, faktör yapısı (Yüksk lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep; 2017.
- Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Callahan S, Mullet E. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can J Psychiatry*. 2001;46(9):847–849.
- Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S, Duconge E, Sztulman H: Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents (in French). *Encephale* 2002; 28: 520–524.
- Chanen AM, Jackson HJ, Mcgorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*. 2004;18(6):526–541.
- Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2): 297–306
- Chanen AM, McCutcheon LK. Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Pers Ment Health*. 2008;2(1):35–41.
- Chanen A. Review: Urgent need for RCT evidence on effectiveness of crisis interventions for borderline personality disorder [Comment]. *Evidence Based Mental Health*. 2012; 15, 94.
- Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry Suppl*. 2013;54:s24–s29
- Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Johnson JG, Berenson K. Relative impact of young adult personality disorders on subsequent quality of life: findings of a communitybased longitudinal study. *J Pers Disord* 2006;20:510–23.
- Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F, Levy KN, & Kernberg OF. An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*. 2007;21(5), 474–499.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44: 573–588.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 975–990.
- Coccaro EF, McCloskey MS, Fitzgerald DA, & Phan KL. Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression. *Biological Psychiatry*. 2007; 62(2), 168–178.
- Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Pers Disord*. 2005;19(5):466–486
- Coid J, Yang M, Tyrer P, et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423–31.
- Comtois KA, Carmel A. Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis. *J Behav Health Serv Res* 2016;43:272–80.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Compr Psychiatry* 2006;47:178–84.
- Crawford TN, Cohen P, First MB, Skodol AE, Johnson JG, Kasen S. Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(6):641–648

- Crawford TN, Cohen PR, ChenH, Anglin DM & Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev. Psychopathol.* 2009; 21, 1013.
- Crick NR, Murray-Close D, & Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology.* 2005; 17, 1051–1070.
- Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri ÖŞ, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007;18: 353-363.
- Çakın-Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi.* 2008;15:87-98 .
- da Rocha FF, Malloy-Diniz L, de Sousa KCA, Prais HAC, Correa H, & Teixeira AL. Borderline personality features possibly related to cingulate and orbitofrontal cortices dysfunction due to schizencephaly. *Clinical Neurology and Neurosurgery.* 2008; 110(4), 396–399.
- Davidoff J, Christensen S, Khalili DN, Nguyen J, IsHak WW. Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Qual Life Res* 2012;21:945–59.
- Deniz Z. Psikometrik Ölçüm Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2007; 40(1):1-16.
- Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI); Administration, scoring and procedures manual-I-II. *Clinical Psychometric Research Inc.*1992.
- DeShong HL, Mullins-Sweatt SN, Miller JD, Widiger TA, & Lynam DR. Development of a short form of the Five-Factor Borderline Inventory. *Assessment.* 2016; 23, 342352.
- Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry.* 2003; 54(11), 1284–1293.
- Dziobek I, Fleck S, Kalbe E, Rogers K, Hassenstab J, Brand M et al. Introducing MASC: A movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2006; 36(5), 623–636.
- Dziobek I, Preissler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, & Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage.* 2011; 57(2), 539–548.
- Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM, Skodol AE, Markon KE, Grant BF, & Hasin DS. Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine.* 2010; 41(05), 1041–1050.
- Eisenberg N, & Miller PA. The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin.* 1987; 101(1), 91–119.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2004;30(3):211-16.
- Fairbairn R. An object relations theory of the personality. New York: Basic Books. 1954.
- Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EMP, Verheul R, Busschbach JJV, & Soeteman DI. The Burden of Disease Among Adolescents with Personality Pathology: Quality of Life and Costs. *Journal of Personality Disorders.* 2012; 26(4), 593–604.
- Fonagy P & Bateman A. The development of borderline personality disorder — a mentalizing model. *J. Pers. Disord.* 2008; 22, 4–21

- Fossati A, Sharp C, Borroni S & Somma A. Psychometric properties of the Borderline Personality Features Scale for Children-11 (BPFSC-11) in a sample of community dwelling Italian adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*. 2016; 35(1), 70–77.
- Golding J, Pembrey M, Jones R & ALSPAC Study Team ALSPAC— the Avon longitudinal study of parents and children. I. Study methodology. *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2001;15, 74–87.
- Goodman M, Perez-Rodriguez MM, Siever L. The Neurobiology of Adolescent-Onset Borderline Personality Disorder. In Sharp, C., Tackett, J. L., Sharp, C., & Tackett, J. L. (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer; 2014.p.113-129.
- Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EC, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-116.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):533-45.
- Greenfield B, Henry M, Weiss M, et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(4):197–201.
- Greenfield B, Henry M, Lis E, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(4):397–406.
- Grilo CM, McGlashen TH, Quinlan DM, Walker ML, Greenfeld D, Edell WS. Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998;155:140-2.
- Grinker R, Werble B, Drye R: *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions*. New York, Basic Books, 1968.
- Grossman R, Yehuda R, New A, Schmeidler J, Silverman J, Mitropoulou V et al. Dexamethasone suppression test findings in subjects with personality disorders: Associations with posttraumatic stress disorder and major depression. *The American Journal of Psychiatry*. 2003; 160(7), 1291–1298.
- Guastella AJ & MacLeod C. A critical review of the influence of oxytocin nasal spray on social cognition in humans: Evidence and future directions. *Hormones and Behavior*. 2012; 61(3), 410–418.
- Guilé J, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:199–210.
- Gunderson JG, Singer M: Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975; 132:1–10.
- Gunderson JG, Siever LJ, Spaulding E: The search for a schizotype: crossing the border again. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 41:15–22.
- Gunderson JG: Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994; 379:12–18.
- Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatr*. 1996; 153, 752-758.



- Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, et al. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):822-6.
- Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder\_A Clinical Guide*. 2008.
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827–837
- Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S & Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018; 4, 18029.
- Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(5):e457–e464.
- Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J, Oppenheimer CW, Badanes LS, Abela JRZ, et al. (2011). Association between 5-HTTLPR and borderline personality disorder traits among youth. *Frontiers in Psychiatry/ Frontiers Research Foundation*, 2, 6.
- Hazlett EA, Speiser LJ, Goodman M, Roy M, Carrizal M, Wynn JK, et al. Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*. 2007;62(3),250–255.
- Hazlett EA, Zhang J, New AS, Zelmanova Y, Goldstein KE, Haznedar MM, et al. Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*. 2012; 72(6), 448–456.
- Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rodgers S, Müller M & Rössler W. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *Eur. Psychiatry*. 2013; 28, 476–482
- Hergüner S, Özbaran B. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Ölçütler ve Ölçekler: Ölçme Araçlarının Kullanımı İle İlgili Temel Kavramlar. *Ankara Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları*:4; 2010. s.1-7.
- Hopwood CJ, Morey LC, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Grilo CM, et al. Hierarchical relationships between borderline, schizotypal, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:430-9.
- IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19:229–39.
- IsHak WW, Brown K, Aye SS, Kahloon M, Mobaraki S, Hanna R. Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14:6–18.
- IsHak WW, Elbau I, Ismail A, Delaloye S, Ha K, Bolotaulo NI, Nashawati R, Cassmassi B, Wang C: Quality of life in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2013, 21 (3): 138-150.
- İnanç BY, Yerlikaya EE. *Kişilik kuramları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. 2011.
- Jacobson E. *The self and the object world*. New York: International Universities Press. 1964.
- Jacobson E. *Depression*. New York: International Universities Press. 1971.
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM & Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1999; 56, 600.

- Johnson JA, Luo N, Shaw JW, Kind P, Coons SJ. Valuations of EQ-5D health states: are the United States and United Kingdom different? *Med Care* 2005;43:221–8.
- Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S. & Brook JS. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2006; 63, 579.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(5):410–413.
- Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F & Brunner R. Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology.* 2013; 46(1), 55–62.
- Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2013;46(1): 55–62
- Kaess M, Brunner R & Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *PEDIATRICS.* 2014; 134(4), 782–793.
- Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2014; 40, 39-49.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; Jul;36(7):980-8.
- Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Roysamb E, Tambs K, Torgersen S et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry.* 2008; 65(12), 1438–1446.
- Kendler KS, Myers J & Reichborn-Kjennerud T. Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: A web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2011; 123(5), 349–359.
- Kernberg O: Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15:641–685, 1967.
- Kernberg OF. Early ego integration and object relations. *Annals N.Y. Acad. Sci.* 1972; 193,233-247.
- Kernberg OF. Internal world and external reality: Object relations theory applied. New York: Jason Aronson. 1980.
- Kernberg OF. Contemporary controversies in psychoanalytic theory, techniques, and their applications. New Haven: Yale University Press. 2004.
- Kety S, Rosenthal D, Wender P, et al: The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics, in *The Transmission of Schizophrenia.* Edited by Rosenthal D, Kety S. New York, Pergamon, 1968, pp 345–362.
- Kirsner D, Strozier CB. Heinz Kohut: The Making of a Psychoanalyst. New York, Straus & Giroux, 2001.
- Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *Int J Psycho-Anal.*1940; 21:125-153.
- Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis.* 1946; 27, 99–110.

- Klein M. *Envy and gratitude*. New York: Basic Books. 1957.
- Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, et al. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S46–S54.
- Knight RP: Borderline states. *Bull Menninger Clin*. 1953; 17:1–12,
- Knight RP: Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient, in *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*. Edited by Knight RP, Freidman CR. New York, International Universities Press, 1954, pp 110–122.
- Koenigsberg H, Harvey P, Mitropolou V, Schmeidler J, New A, Goodman M, et al. Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(5):784-8.
- Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2004;17 (2): 231-256.
- Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, Ulberg R. Personality Disorders and Quality of Life in Adolescent Outpatients. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2015;3(3):180–9.
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L & Webb SP. (Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*. 2008; 49, 380–386.
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Th abane L & Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2009;10 , 346–367 .
- Krawitz R & Watson C. *Borderline personality disorder: a practical guide to treatment* . Oxford : Oxford University Press. 2003.
- Kutlu MA. Borderline Kişilik Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 3 Sayı: 5 Yıl: 2018.
- Lange W, Wulff H, Berea C, Beblo T, Saavedra AS, Mensebach C et al. Dexamethasone suppression test in borderline personality disorder— effects of posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2005; 30(9), 919–923.
- Laporte L. & Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1996; 10 , 247–259.
- Leary T. *Interpersonal Diagnosis of Personality: A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation*. New York, Ronald Press, 1957.
- Leichsenring F . Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *J Pers Assess*. 1999; 73: 45-63.
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS & Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377(9759), 74–84.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007;62:553–64.
- Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 31, 395–403.
- Leyton M, Okazawa H, Diksic M, Paris J, Rosa P, Mzengeza S et al. Brain regional alpha-[11C]methyl-L tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(5), 775–782.

- Leung SW, Leung F. Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *J Pers Disord*. 2009;23(5):494–513.
- Linda V. Berens. *Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery*. Telos Publications, California, 1999.
- Linehan MM. *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. Vol. 51. 1993.
- Links PS, Heslegrave RJ, Mitton JE, Van Reekum R, Patrick J: Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183:582–586.
- Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998; 43:265-70.
- Lis S & Bohus M. Social interaction in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2013; 15(2), 338.
- Loas G, Pham-Scottet A, Cailhol L, Perez-Diaz F, Corcos M, Speranza M. Axis II comorbidity of borderline personality disorder in adolescents. *Psychopathology*. 2013; 46:172–175.
- Luo N, Johnson JA, Shaw JW, Feeny D, Coons SJ. Selfreported health status of the general adult U.S. population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Med Care* 2005;43:1078–86.
- Maja Zandersen, MSc, Mads Gram Henriksen, PhD, and Josef Parnas, Dr. Med. A Recurrent Question: What Is Borderline? *Journal of Personality Disorders*. 2019 Jun;33(3):341-369
- Mak AD & Lam LC. Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2013;26(1),90–96.
- Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Petruzzi C, Daneluzzo E, et al. Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology* 2000; 33:69-74.
- Maples JL, Carter NT, Few LR, Crego C, Gore WL, Samuel DB, Williamson RL, Lynam DR, Widiger TA, Markon KE, Krueger RF, Miller JD. Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychol Assess*. 2015 Dec;27(4):1195-210.
- McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, III: longterm outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:20–30
- McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Zanarini MC, Stout RL: The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:256–264.
- Mccrae RR, Costa PT. Reinterpreting the Myers-Briggs type indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*. 1989; 57, 17-40.
- Meyer-Lindenberg, A., Domes, G., Kirsch, P., & Heinrichs, M. Oxytocin and vasopressin in the human brain: Social neuropeptides for translational medicine. *Nature Reviews Neuroscience*. 2011; 12 (9), 524–538.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM: Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 969–981.

- Minzenberg MJ, Fan J, New AS, Tang CY & Siever LJ. Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2008; 42(9), 727–733.
- Mullins-Sweatt SN, Edmundson M, Sauer-Zavala SE, Lynam DR, Miller JD, Widiger TA. Five-factor measure of borderline personality traits. *J Pers Assess*. 2012;94:475–487.
- Munk-Jørgensen P, Lund MN & Bertelsen A. Use of ICD-10 diagnoses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001– 2007. *World Psychiatry*. 2010; 9(3), 183–184.
- National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management NICE Clinical Guideline*. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council; 2012.
- New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, Goodman M, Reynolds D, Mitropoulou V et al. Blunted prefrontal cortical 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography response to metachlorophenylpiperazine in impulsive aggression. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59(7), 621–629.
- New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, Goodman M, Mitelman SA, Newmark R et al. Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(7),1629–1640.
- New AS, Goodman M, Triebwasser J & Siever LJ. Recent advances in the biological study of personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 31(3), 441–461, vii.
- New AS & Stanley B. An opioid deficit in borderline personality disorder: Self-cutting, substance abuse, and social dysfunction. *American Journal of Psychiatry*. 2010; 167(8), 882–885.
- Ni X, Chan K, Bulgin N, Sicard T, Bismil R, McMains S et al. Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(5), 448–453. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.010.
- Oldham J, Skodol A, Kellman H, Hyler S, Doidge N, Rosnick L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152(4):571-8.
- Öksüz E ve Malhan S. *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi. 2005.
- Özdemir O, Kadak PG, Nasıroğlu MT, Nasıroğlu S. *Kişilik Gelişimi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; Cilt.4, Sayı.4, (566-589).
- Paris J, Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28:530–536.
- Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42:482–487.
- Paris J. A History of Research on Borderline Personality Disorder in Childhood and Adolescence. In Sharp C, Tackett JL, Sharp C & Tackett JL (Eds.), *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*. New York: Springer; 2014.p.9-19.
- Pedersen L & Simonsen E. Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark: A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014; 68(8), 543–548.

- Perez-Rodriguez MM, Weinstein S, NewAS, Bevilacqua L, Yuan Q, Zhou Z et al. Tryptophan-hydroxylase 2 haplotype association with borderline personality disorder and aggression in a sample of patients with personality disorders and healthy controls. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; 44 (15), 1075–1081.
- Pfohl B, Blum N, John DS, McCormick B, Allen J. and Black DW. Reliability and Validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (Best): A Self-Rated Scale to Measure Severity and Change in Persons With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2009; 23(3), 281-293.
- Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP: 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Compr Psychiatry* 1985; 26:448–455
- Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG: The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:23–30.
- Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C and Shelton C. The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. *Journal of Personality Disorders*. 2006; 20(3), 247-260.
- Porter JS & Risler E. The new alternative DSM-5 model for personality disorders: Issues and controversies. *Research on Social Work Practice*. 2014; 24( 1), 50– 56.
- Reich J, Yates W, Nduaguba M. Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:12-6.
- Rinne T, de Kloet ER, Wouters L, Goekoop JG, DeRijk RH & van den Brink W. Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biological Psychiatry*. 2002; 52(11), 1102–1112.
- Rogosch FA & Cicchetti D. Child maltreatment and emergent personality organization: perspectives from the five-factor model. *J. Abnorm. Child Psychol*. 2004; 32, 123–145
- Rusch N, Lieb K, Gottler I, et al. Shame and implicit selfconcept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:500–8.
- Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994;151:1055-62.
- Schmahl C, Bohus M, Esposito F, Treede, RD, Di Salle F, Greffrath W et al. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63(6), 659–667.
- Senol S, Dereboy C, Yuksel N: Borderline disorder in Turkey: a 2- to 4-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32:109–112.
- Sharp C & Bleiberg E. Borderline personality disorder in children and adolescents. In A. Martin & F. Volkmar (Eds.), *Lewis' child and adolescent psychiatry: Comprehensive textbook* (pp. 680–691). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins. 2007.
- Sharp C & Romero C. Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2007; 71, 85–114.
- Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J et al. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011; 50(6), 563 573 e561.
- Sharp C, Green KL, Yaroslavsky I, Venta A, Zanarini MC, Pettit J. The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for

- suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *J Pers Disord.* 2012;26(6):927–938.
- Sharp C, Ha C, Michonski J, Venta A & Carbone C. Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry.* 2012;53, 765–774
- Sharp C, Steinberg L, Temple J, Newlin E. An 11-Item Measure to Assess Borderline Traits in Adolescents: Refinement of the BPFSC Using IRT. *Personal Disord.* 2014; Jan;5(1):70-8.
- Siever LJ, Buchsbaum MS, New AS, Spiegel-Cohen JWT, Hazlett EA et al. d, 1-Fenfluramine response in impulsive personality disorder assessed with [18F] fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Neuropsychopharmacology.* 1999; 20(5), 413-423.
- Silberschmidt A, Lee S, Zanarini M & Schulz SC. Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results From a Multinational, Clinical Trial Sample. *Journal of Personality Disorders.* 2015; 29(6), 828–838.
- Skodol A, Oldham J, Hyler S, Stein D, Hollander E, Gallaher P, et al. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res* 1995;29(5):361-74.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936–50.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 2002; 159, 276–283.
- Skodol A & Bender DS. Why are women diagnosed with borderline more than men? *Psychiatric Quarterly.* 2003; 74(4), 349–360.
- Soloff PH, Meltzer CC, Becker C, Greer PJ, Kelly TM & Constantine D. Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research.* 2003; 123(3), 153–163.
- Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJV. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *J Pers Disord* 2008;22:259–68.
- Somer O, Korkmaz M, Dural S ve Can S. Ölçme eşdeğerliğinin yapısal eşitlik modellemesi ve madde cevap kuramı kapsamında incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi,* Aralık 2009, 24(64), 61-75.
- Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, et al. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995;274:1511–7.
- Stanley B & Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *The American Journal of Psychiatry.* 2010; 167(1), 24–39.
- Stepp SD & Lazarus SA. Identifying a borderline personality disorder prodrome: implications for community screening. *Personal. Ment. Health.* 2017; 11, 195–205
- Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly.* 1938; 7, 467–489.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N & Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012; 8, CD005652.

- Stone M. H. *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York : Guilford Press .1990.
- Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. 1953.
- Sümer N, Lajunen T ve Özkan T. Big five personality traits as the distal predictors of road accident involvement. In G. Underwood, (Ed.). *Traffic and Transport Psychology: Theory and Application* (215-227). London: Elsevier. 2005.
- Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990;4:257-72.
- Şahin NH ve Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994; 9(31), 44-56.
- Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2005, 1.baskı:787-88.
- Taşkın Ç, Akat Ö. *Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme*. Bursa: Ekin Yayınevi, 2010, 2.bölüm:16-26.
- Taşkıntuna N, Özçürümez G. Mükemmeli ararken: bir iç dünya araştırması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011; 14:103-114.
- Tatar A, Bildik T, Saltukoğlu G, Dinçel MG. Klinik olmayan örnekleme Beş Faktör Kişilik Envanteri belirti tarama amaçlı kullanılabilir mi? Ön Çalışma. *FSM İAITBD* 2014; 4:181-199.
- Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel yayınevi, 1.baskı, 2002.
- Taymur İ, Türkçapar M H, Örsel S, Sargın E ve Akkoyunlu S. Kişilik İnanç Ölçeği – Kısa Formunun (KİÖ-KTF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenilirliği. *Klinik psikiyatri*. 2011; 14, 199–209.
- Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4:154-177.
- ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry* 2016;16:249.
- Thimm JC, Jordan S, Bach B. The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychol*. 2016; 7;4:61.
- Torgersen S. Genetics of patients with borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. 2000; 23(1), 1–9.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590–596.
- Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnosis: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord* 2010;24:412–26.
- Tyrer P, Crawford M, Mulder R; ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. *Lancet*. 2011; 377(9780):1814–1815.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385(9969): 717–726.
- Varni JW, Seid M, Rode CA . The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care*.1999; 37:126-139.



- Walter M, Bureau JF, Holmes BM, Bertha EA, Hollander M, Wheelis J et al. Cortisol response to interpersonal stress in young adults with borderline personality disorder: A pilot study. *European Psychiatry*. 2008; 23(3), 201–204.
- Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:1015-21.
- Widiger TA & Trull T. Borderline and narcissistic personality disorders. In P. Sutker & H. Adams, (Eds.), *Comprehensive textbook of psychopathology* (2nd ed., pp. 371–394). New York, NY: Plenum. 1993.
- Widom CS, Czaja SJ & Paris JA prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*. 2009; 23, 433–446 .
- Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(9): 933–941.
- Winsper C. The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*. 2018; 21, 105–110.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization, Geneva. 1992.
- World Health Organization. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Soc Sci Med* 1995;41:1403–9.
- Yılmaz E, Eser E. Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011;11: 386-401.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR: Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1989a; 30:149–156.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR & Chauncey DL. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*. 1989b;3,10-18.
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera RC, Marino MF et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154 , 1101–1106.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V: Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1733–1739.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR & Hennen J. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A Continuous Measure of DSM-IV Borderline Psychopathology. *Journal of Personality Disorders*. 2003a; 17, 233-242.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Personal Disord* 2003b; 17: 568– 73 .
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003c;160:274–83.
- Zanarini MC. *The Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD)*. Belmont, MA: McLean Hospital and Harvard Medical School; 2003d.

- Zanarini MC. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. *American Journal of Psychiatry*. 2004a; 161(11), 2108–2114. doi:10.1176/appi.ajp.161.11.2108.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004b;110:416-20.
- Zanarini MC. Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Current Psychiatry Reports*. 2004c;6 (1), 66–70.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich B, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Personal Disord* 2005;19:505-23.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:827-32.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I & Gunderson JG. The 10 year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008; 117 (3), 177–184 .
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB & Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 122 (2), 103–109.
- Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord*. 2011a;25(5):607–619.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM & Weiss RD. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Addiction*. 2011b; 106 (2), 342–348 .
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich D & Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 2012; 169 , 476–483.
- Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. A recurrent question: what is borderline? *J. Pers. Disord*. 2018;32, 1–29. 10.1521/pedi\_2018\_32\_348.
- Zimmerman M, Mattia JL: Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999a; 40:245–252.
- Zimmerman M, Mattia JI. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999b;156:1570-4.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSMIV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162:1911-8.
- Zimmerman M, Chelminski I, Dalrymple K, et al. Principal diagnoses in psychiatric outpatients with borderline personality disorder: implications for screening recommendations. *Ann Clin Psychiatry* 2017;29:54–60.

## EK-1

### BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ÇOCUK ÖLÇEĞİ

**Yönerge:** Burada sizin kendiniz ve diğer insanlar hakkında ne hissettiğiniz ile ilgili bazı ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu kutucuklara X işareti koyarak belirtiniz.

1. Çok yalnız hissederim.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

2. Bazı insanlara beni ne kadar incittiklerini bildirmek isterim.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

3. Benim ile ilgili önemli bazı şeylerin eksik olduğunu hissediyorum, fakat bunların ne olduğunu bilmiyorum.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

4. Benim için önemli bazı şeyler hakkında kayıtsız kalırım.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

5. Bana yakın olan insanlar beni hayal kırıklığına uğratar.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

6. Kızılmak, üzülmek ya da mutlu olmak gibi farklı duygular arasında gidip gelirim.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

7. Düşünmeden hareket ettiğim için başım belaya girer.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

8. Önemseydiğim insanlar beni terk edecek ve tekrar geri dönmeyecek diye endişelenirim.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

9. Kendim ile ilgili olarak ne hissettiğim çok değişkendir.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

10. Birçok kere, ben ve arkadaşlarım birbirimize gerçekten kötü davranmışızdır.

Hiç Doğru Değil	Neredeyse Hiç Doğru Değil	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
-----------------	---------------------------	-------------	----------------	-----------------



