



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA SAVUNMALARIN VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ BİPOLAR BOZUKLUĞUN PRODROMAL BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. NUR DERYA AŞKAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA SAVUNMALARIN VE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARININ BİPOLAR BOZUKLUĞUN PRODROMAL BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR. NUR DERYA AŞKAR
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Filiz İZCİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk servisten itibaren birlikte çalışma şansı bulduğum, bu süreçte değerli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici, yardımcı ve destek olan, hem mesleki hem insani ilişkiler konusunda bana çok şeyler katan, tez çalışmam boyunca hiçbir zaman emeğini esirgemeyen, tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı ve mutlu hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Filiz İzci'ye öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum, öğrencileri olduğum için şanslı hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Prof. Dr. Medine Yazıcı, Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül, Doç. Dr. Filiz Kulacaoğlu, Doç. Dr. Hikmet Ekin Güngör, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Başak Ünübol, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Murat Yalçın, Doç. Dr. Hatice Kaya, Doç. Dr. Batuhan Ayık, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran Durmuş, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar, bir önceki başhekimimiz Prof. Dr. Rabia Bilici ve başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara' ya;

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Füsun Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Rahşan Karacı başta olmak üzere nöroloji uzmanları ve sevgili nöroloji uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak, Uzm. Dr. Cemre Yaşöz, Uzm. Dr. Oğuz Bilal Karakuş, Uzm. Dr. İpek Süzer Gamlı ve değerli çocuk psikiyatrisi uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma;

Tez ve asistanlık sürecimde bana ellerinden gelen desteği sağlayan, hem çömez hem kıdemli olarak birlikte çalışmaktan her daim keyif aldığım, çok sevgili uzmanlarım Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Yasemin Kurtuluş Çallı ve Uzm. Dr. Yağmur Sever Fidan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, hepsi birbirinden yardımsever başta Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş,

Uzm. Dr. Ege Sipahi, Uzm. Dr. Ekin Revşan Parlak, Uzm. Dr. Özge Yükselay Öksüz, Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Ferda Can Güngör, Uzm. Dr. Diğdem Göverti olmak üzere hastanemizin diğer değerli tüm uzman doktorlarına;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog, hemşire ekibi, sağlık personeli, sağlık memuru ve güvenlik görevlilerine;

Asistanlığım süresince çokça güzel anılar biriktirdiğim, Erenköy'ü evim yapan, yanımda oldukları için çok şanslı hissettiğim, desteklerini hiç esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Hilal Kolsuz, Dr. Merve Sinem Cesur ve Uzm. Dr. Dicle Dilay Demir başta olmak üzere; birlikte çalışma fırsatı yakalayabildiğim için çok mutlu olduğum, çalışma hayatımı güzelleştiren Uzm. Dr. Çise Cemaller Akgök, Dr. Mustafa Tunç Karaytuğ, Uzm. Dr. Aylin Evecen Karaytuğ, Dr. Barış Mekselina Özacar, Dr. Galip Küçük, Dr. Yiğitcan Aktan ve birlikte çalıştığım, hastanemizi "Bizimköy" yapan, isimlerini buraya sığdıramadığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Bu süreçte her anımda yanımda olan, karşılıksız sevgileriyle daima kendimi şanslı hissettiğim sevgili patili dostlarım Miyu, Hera, Naruto ve Hinata'ya;

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, maddi ve manevi desteğini hiç esirgemeyen, bana her zaman inanan ve cesaret veren, hep yanımda olan ve evladı olmaktan gurur duyduğum canım annem Dürdane Kurt'a; canım kardeşim Mehmet Deniz Kurt'a ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Şerif Yiğit Aşkar'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Nur Derya Aşkar

İstanbul-2024

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

TEŞEKKÜR……..iv

İÇİNDEKİLER……vi

KISALTMALAR……..vii

TABLO LİSTESİ……..ix

ÖZET ……..……..x

ABSTRACT……..……xi

1. GİRİŞ VE AMAÇ……...……1

2. GENEL BİLGİLER……...……4

2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu (Sınırda Kişilik Bozukluğu)…….……...4

2.1.1. Tarihçe ……..6

2.1.2. Tanım ve Sınıflandırma…….……....7

2.1.3. Epidemiyoloji……8

2.1.4. Eş Tanılar……..9

2.1.5. Etiyolojik faktörler……9

2.1.5.1. Genetik faktörler……..10

2.1.5.2. Biyolojik faktörler……...10

2.1.5.3. Psikososyal faktörler……11

2.1.5.4. Psikanalitik Görüşler……12

2.1.6. Klinik Görünüm……13

2.1.7. Prognoz……...15

2.1.8. Ayırıcı Tanı ……...15

2.1.9. Tedavi …….……..17

2.2. Savunma Mekanizmaları…….....20

2.2.1. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması…….……..……...21

2.3. Başa Çıkma Tutumları……23

2.4. Kişilik Bozukluklarında Savunma Mekanizmaları ve Başa Çıkma Tutumları……24

2.5. Bipolar Bozukluk ve Prodromal Dönem…….……25

3. YÖNTEM VE GEREÇLER…….27

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi …….27
3.2. Değerlendirme Ölçekleri…….28
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu…….……..28
3.2.2. Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği (BPBTÖ)……28
3.2.3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)……28
3.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R).. ……..29
3.2.5. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)……. ……29
3.2.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).…….30
3.2.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)……..……..30
3.2.8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).……..…….30
3.2.9. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)…….……31
3.2.10. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5-CV)……31
3.3. İstatistiksel Değerlendirme……..……..…31
4. BULGULAR……32
4.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri……..…..……32
4.2. Grupların BPBTO Şiddet ve Sıklık Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……..…….36
4.3. Grupların COPE-R Toplam Puanı ve Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……..…….37
4.4. Grupların SBT-40 Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması…….38
4.5. Grupların BKE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……..…….39
4.6. BKB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler……..……...39
4.7. BB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler…….……...42
5. **TARTIŞMA……44**
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İncelenmesi……..……..45
5.2. Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması……46
5.3. Gruplarda Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi…....……49
5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları……52
6. SONUÇLAR……53
KAYNAKLAR…….……54
EKLER……68

KISALTMALAR

BKB: Borderline Kişilik Bozukluğu

BB: Bipolar Bozukluk

BPBTÖ: Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği

SBT-40: Savunma Biçimleri Testi

COPE-R: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

BKE: Borderline Kişilik Envanteri

DSM-II: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-2

DSM- III: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-3

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

SCID-5-CV: DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 2. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

Tablo 3. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

Tablo 4. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

Tablo 5. Grupların BPBTO Şiddet ve Sıklık alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 6. Grupların COPE-R toplam puanı ve Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 7. Grupların SBT-40 Matur, Nevrotik ve İmmatur Savunma alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8. Grupların BKE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 9. BKB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

Tablo 10. BB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

ÖZET

Amaç: Borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanılı hastalarda; savunma mekanizmalarının ve başa çıkma tutumlarının, bipolar bozukluğun prodromal belirtileriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya çalışma grubu olarak SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniği ve psikoterapi merkezine Mayıs 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 75 BKB tanılı hasta dahil edildi. Kontrol grubu olarak SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran remisyonda olan BB tanılı 75 gönüllü dahil edildi.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmenin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmış ve tanıları kesinleştirilmiştir. SCID-5 CV ile komorbid psikiyatrik tanı alan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik veri formu ve Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği (BPBTÖ), Borderline Kişilik Envanteri (BKE), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R), Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) uygulanmıştır. Gruplar savunma mekanizmaları, başa çıkma tutumları, bipolar prodromal belirtiler ve borderline kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan her iki hasta grubunda da BPBTÖ, BKE, COPE-R, SBT-40 alt boyut puanları arasında farklı düzeylerde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.00$). BKB tanılı grupta BB tanılı gruba göre, BPBTÖ Şiddet ve Sıklık puanları ile İmmatür Savunma ve BKE puanları ortalaması istatiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmamızda COPE-R alt ölçek puanlarından Yaklaşım ve Uyum Sağlama borderline hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük ($p<0,001$) bulunurken, Kendine

Ceza puanı borderline hasta grubunda istatiksel anlamlı olarak daha yüksek ($p<0,001$) saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmalarımıza göre çalışmamız, BKB'de karşılaşılan bipolar prodromal dönem belirtilerinin başa çıkma tutumları ve savunma mekanizmaları gibi uyum süreçleriyle ilişkisinin incelendiği ilk çalışmadır. Sonuçlar kesitsel olarak değerlendirilen savunma mekanizmaları ve başa çıkma tutumları ile bipolar prodromal dönem belirtilerinin aynı yönlü ilişki içinde olduğunu gösterdi. Benzer şekilde hastalarda borderline kişilik özellikleri arttıkça bipolar prodromal dönem belirtilerinin görülme sıklığı ve şiddetinde de artış olacağı görüldü. Bulgularımız savunma mekanizmaları ve başa çıkma tutumlarının her iki bozuklukta da hastalık belirtileriyle yakın ilişki içinde olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişkinin daha iyi anlaşılması, erken tedavi müdahaleleri ve daha iyi bir hastalık seyri için hastalarda prospektif çalışmalarla birlikte daha fazla örneklemli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, Prodromal Belirtiler, Savunma Mekanizmaları, Başa Çıkma Tutumları

ABSTRACT

Objective: In this study, we aimed to investigate the relationship between defense mechanisms and coping strategies and the prodromal symptoms of bipolar disorder in patients diagnosed with borderline personality disorder (BPD).

Materials and Methods: Our study is a cross-sectional study. A total of 75 patients diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD), who presented to the psychiatry outpatient clinic and psychotherapy center of Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital between May 2023 and November 2023, were included after being informed about the study and voluntarily agreeing to participate. As the control group, 75 volunteers diagnosed with Bipolar Disorder (BD) in remission, who presented to the psychiatry outpatient clinics of Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital, were included.

Following the informed consent process, all patients who agreed to participate by signing the consent form underwent psychiatric interviews based on DSM-5 diagnostic criteria to confirm their diagnoses. Patients with comorbid psychiatric diagnoses based on SCID-5 CV were excluded from the study. Participants were administered a socio-demographic and clinical data form, Bipolar Prodrome Symptom Screening Scale (BPSSS), Borderline Personality Inventory (BPI), Coping Styles Assessment Scale (COPE-R), and Defense Mechanisms Test (DMT-40). Groups were compared in terms of defense mechanisms, coping strategies, bipolar prodromal symptoms, and borderline personality traits.

Results: A positive correlation was found between the sub-scale scores of BPBTÖ, BKE, COPE-R, and SBT-40 in both patient groups ($p < 0.001$). In the group diagnosed with Borderline Personality Disorder, BPBTÖ Severity and Frequency scores, Immature Defense and BKE scores were statistically significantly higher compared to the group diagnosed with Bipolar Disorder ($p <$

0.001). In our study, Approach and Adaptation scores from the COPE-R sub-scales were found to be significantly lower in the borderline patient group ($p < 0.001$), while Self-Punishment scores were found to be significantly higher ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on our literature review, this study was the first one to examine the relationship between coping attitudes and defense mechanisms, typical adaptive processes, and the prodromal symptoms of bipolar disorder encountered in borderline personality disorder. The results showed that defense mechanisms and coping attitudes evaluated cross-sectionally were positively associated with bipolar prodromal symptoms. Similarly, an increase in borderline personality traits corresponded to increased frequency and severity of bipolar prodromal symptoms in patients. Our findings suggest a close relationship between defense mechanisms, coping attitudes, and symptomatology in both disorders. Understanding this relationship better requires further prospective studies and larger sample size research for early therapeutic interventions and improved disease outcomes.

Key Words: Borderline Personality Disorder, Bipolar Disorder, Prodromal Symptoms, Defense Mechanisms, Coping Strategie

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), genellikle erken erişkinlikte başlayarak işlevsellikte önemli oranda bozulmaya ve strese yol açan; kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygularda değişkenlik, tutarsızlık ve belirgin bir dürtüsellik ile karakterizedir.

BKB'nin diğer kişilik bozukluklarına kıyasla daha çok çalışılmış olması önemli oranda dikkat çektiğini göstermektedir. Araştırmalara göre bu hastaların mortalite ve morbidite oranları genel popülasyona göre giderek yükselmektedir. BKB hem klinik ortamlarda hem de genel popülasyonda sık gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda BKB'nin nokta prevelansı %1,4, yaşam boyu prevelansı %5,9 olarak bulunmuştur. Klinik başvurusu yapanlardaki sıklığıysa; birinci basamak sağlık merkezlerinde %6,4, psikiyatriye ayaktan başvuranlarda %9,3, yatan hastalarda ise %20 olarak saptanmıştır (1,2). Bu oranlar BKB tanılı kişilerin yalnızca psikiyatri kliniklerine değil birinci basamak sağlık merkezlerine de sık başvuru yaptıklarını düşündürmektedir (3).

BKB'nin diğer ruhsal hastalıklarla olan ilişkisi, bu bozukluğun 1980 yılında DSM-III'e kabul edilmesinden bu yana tartışmalı bir konu olmuştur. Duygudurum bozuklukları, borderline kişilik bozukluğunu fenomenolojik olarak açıklayabilecek tanı kategorileri olarak görülmekte ve konuyla ilgili olarak birçok çalışma yapılmaktadır(4).

Literatüre bakıldığında bazı yazarlar, BKB tanısı almış pek çok vakanın, bu tanı yerine BB tanısı almaları durumunda, çok daha etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini savunmaktadırlar. Dolayısıyla bu görüşü savunan araştırmacılar, BKB'nin tanılanabilir bir kişilik tipini temsil etmediğini ve bu bozukluğun aslında bir duygudurum spektrum bozukluğu olduğunu düşünmektedirler(5,6). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve istatistiksel Elkitabı 'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer alan sınıflandırma sistemine göre, duygudurum bozuklukları; major depresif bozukluk, bipolar I, bipolar II, distimi ve siklotimi

olmak üzere 5 ayrı tanı kategorisinden oluşmaktadır. Bazı yazarlar, BB kavramının günümüzde oldukça dar bir kullanıma sahip olduğunu ve bu durumun, belirli hastaların yanlış tanılanmasına sebep olduğunu düşünmektedirler(7)

Akiskal'in görüşüne göre, BKB teşhisi konmuş kişiler, aslında sürekli olarak depresyon ile irritabl hipomani arasında dalgalanan ve siklotimik bir mizaç gösteren, yani bipolar II bozukluğun daha az durağan olan ve 'karanlık' bir versiyonunu yaşayan hastalar olarak, bipolar II kategorisine daha uygun olabilirler. Başka yazarlar ise; bu iki bozukluğun sıklıkla birlikte görülmesini kabul etmekle beraber, her iki bozukluğun birbirlerinden ayrı tanı kategorileri olduğunu ve dolayısıyla DSMIV-TR'deki sınıflandırmanın geçerli olduğu fikrini savunmaktadırlar (4,7)

Benliğin savunma mekanizmaları, bireyin çatışma ve bunalımlarla başa çıkma süreçleridir. Bilinçdışı olarak gerçekleşen bu süreçlerde birey, kullandığı savunmanın veya yaşadığı tehlikenin genellikle farkında değildir (8). Savunma mekanizmaları, kişinin duygusal çatışmalarıyla içsel ve dışsal stres faktörleri arasında bir köprü görevi görür (9). Bu kavramın ve savunma mekanizmalarının psikopatoloji ile ilişkisini anlamak için çeşitli araştırma yöntemleri kullanılmıştır (10). Bond ve ekibi tarafından geliştirilen, son hali Andrews ve ark. tarafından verilen Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), savunmaları immatür, nevrotik ve matur savunmalar şeklinde 3 alt boyutta sınıflandırmıştır (11,12). Kontrollü çalışmalar, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin, sağlıklı kişilere kıyasla matur savunma mekanizmalarını daha az kullandıklarını, ancak immatür savunma mekanizmalarını daha sık kullandıklarını göstermektedir (13,14).

"Başa çıkma tutumları", bireyin stresli durumlarla baş etmek için kullandığı bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin tamamını içerir. Bu tepkiler, stresin kişiye etkilerini en aza indirme çabasını yansıtır. Kişinin stresle başa çıkma tutumunun belirlenmesinde, erken dönem yaşantıları ve ebeveynin tutarlı ve destekleyici bir yaklaşımı etkili olmaktadır (15,16).

Literatürde, BKB ve BB arasındaki ilişkinin çalışıldığı birçok çalışma (4,5,17–22) bulunmakla birlikte, özellikle PubMed ve Google Akademik gözden geçirildiğinde BKB'de savunmaların ve başa çıkma tutumlarının bipolar prodromal belirtiler açısından etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu faktörlerle kişilik bozuklukları arasındaki ilişkinin ele alındığı önceki araştırmalar göz önüne alındığında(12,23–30) çalışmamızın, BKB'nin BB öncülü olup olmadığı veya bipolar spektrum kavramı çerçevesinde, duygudurum bozukluklarının atipik bir formu olarak yeniden tanımlanıp tanımlanamayacağına yönelik tartışmalara katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Araştırmaya hazırlık sürecinde, Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeğinin, daha önce yapılmış olan çalışmalarda sınırlı çeşitlilikte tanı grubundan hastaya uygulandığı görüldü(31–34). Çalışmamızda, BKB tanısı konmuş hastalara bu ölçeğin uygulanması planlanmaktadır. Bu nedenle, ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan kişilerin görüşlerine başvurduğumuz bir değerlendirme sürecinden geçildi; sonuç olarak Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği'nin, BKB tanısı almış hastalara da uygulanabileceği kanısına varıldı. Böylelikle, duygudurum belirti şiddeti ve sıklığının diğer ölçek parametreleriyle ilişkisinin değerlendirilerek klinik pratiğe yardımcı olabilecek verilere ulaşılması amaçlanmıştır.

Çalışmadaki gruplar arasında başa çıkma açısından etkili olabilecek faktörlerden "yaş" ve "cinsiyet" eşleştirmesi yapılacak olup, diğer sosyodemografik veriler açısından da range aralığının geniş tutulmaması planlanmıştır. Bununla birlikte çalışmamızda borderline kişilik özellikleri ile duygudurum belirtileri arasındaki ilişki incelenmek istenmiş olup; bunun için hem borderline hem de bipolar hasta grubunda Borderline Kişilik Envanteri (BKE) ve Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeklerinden (BPBTÖ) elde edilen skorlar arasındaki ilişkinin yönü değerlendirilmek istenmiştir.

Çalışmanın Amaçları: BKB tanılı hastalarda; savunmaların ve başa çıkma tutumlarının, bipolar bozukluğun prodromal belirtileriyle ilişkisini anlamaktır.

Araştırma Hipotezleri:

1) BKB tanılı hastalarda Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği skorları ile Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeğinden elde edilen değerler arasında negatif korelasyon vardır.

2) BKB tanılı hastalarda Savunma Biçimleri Testi skorları ile Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeğinden elde edilen değerler arasında negatif korelasyon vardır.

3) Borderline Kişilik Envanteri (BKE) toplam skorunun artması durumunda Bipolar Prodrom Belirti Ölçek (BPBTÖ) değerleri de artacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu (Sınırda Kişilik Bozukluğu)

BKB genç erişkin dönemde başlayan kişiler arası ilişkilerde, kendilik imgesinde ve duygulanımda değişkenlik ile dürtüselliğin ön planda olduğu bir bozukluktur. BKB tanılı kişilerde yoğun bir duygulanım ve davranış değişkenliği belirgin özellikler olup; bir durumdan diğerine bir tutumdan başka bir tutuma hızlı geçişler olur. Duygulanım değişkenliği klinik görüşmelerde en sık görülen belirtidir ve duygulanım değişkenliğinin BKB'de en duyarlı ve özgül bulgu olduğu düşünülmektedir. (1,9).

BKB belirgin bir benlik duygusu eksikliği, dürtüsellik, terk edilmeye karşı aşırı tepkisellik, duygudurumun aşırı uçlarda dalgalanması, ilişkisel sorunlar, kendine zarar verme ve intihar davranışları ile karakterizedir. Bazen paranoid düşünceler ve dissosiyatif belirtiler de görülebilir (35).

Bu bozukluğa sahip bireylerde, reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık ve terk edilme korkusu belirgin bir şekilde öne çıkar. Yetişkin BKB tanısı olan hastaların kişilerarası ilişkileri, yoğun bir yakınlık ihtiyacı ile eşit derecede yoğun reddedilme veya terk edilme korkularının bir bileşimi olarak tanımlanır (36). Bu kişilerin yaşamlarındaki anlam, önemsedikleri birine bağlılık hissetmelerine bağlıdır, ancak bu bağlılık hissi gerçekçi algılar içermez. Kişilerarası ilişkilerde ilk reddedilme algılandığında, bireyler dış bölünmeye yönelir. Bu durum, içsel bir bölünmeye yol açar, değersiz hissetme ile kötü muamele görmüş hissetme, iyi biri olma ile kötü biri olma arasında gidip gelir. Bu nedenle, "ya hep ya hiç" düşüncesi hakim olabilir ve bu durum kendine zarar verme ve intihar davranışlarının gelişmesine neden olabilir(35).

BKB olan kişiler, gerçek bir ayrılıkla karşı karşıya kaldıklarında veya tasarladıkları durumlarda bazı kaçınılmaz değişiklikler olduğunda bile ortaya çıkan yoğun terk edilme korkuları yaşarlar ve uygun olmayan öfke tepkileri

gösterirler. Bu şekilde "terk edilmelerinin", kendilerinin "kötü" oldukları anlamına geldiğine inanabilirler. Bu terk edilme korkuları, başka insanların yanında olma ihtiyacı ve yalnız kalmaya tahammül edememe ile bağlantılıdır. Terk edilmekten kaçınmak için sergiledikleri beklenmedik davranışlar arasında kendine zarar verme veya intihar girişimleri de bulunabilir(8). Bu bireyler gerektiğinde eşduyum yapabilir ve bir ilişki kurabilirler. Ancak bu kişilerin başkalarına yönelik algıları ani ve keskin değişikliklere uğrayabildiğinden, bir kişiyi başlangıçta büyük bir dayanak olarak görseler bile; bir anda, katı kalpli ve acımasız bir birey olarak görmeye başlayabilirler(8).

Kernberg'in (1967) tanımına göre, BKB olan bireylerin değer yargıları ve işlerine dair görüşleri, tasarıları, cinsel kimlikleri ve seçtikleri arkadaşlar konusunda aniden ortaya çıkan değişiklikler gözlemlenebilir. Bu kişiler, yardım isteyen bir pozisyondan geçmişte yapılanlar için intikam almaya çalışan bir konuma hızla geçebilirler(37,38) Gunderson'a göre, BKB olan bireyler genellikle aşırı iğneleyici ve alaycı olabilir veya sözel patlamalar yaşayabilir. Sıklıkla, sevdikleri kişinin kendilerine yeterince önem vermediğini, kendilerini küçümsediğini veya terk edeceğine yönelik bir eğilimde olduğunu düşündüklerinden öfkeli tepkiler gösterirler. Bu durumun ardından utanç ve suçluluk duyarlar ve sonuç olarak “kötü” olduklarına ilişkin benlik algıları güçlenir. Bu kişiler hedeflerine yaklaştıkları bir dönemde (örneğin, okulu bitirme noktasına geldiklerinde okulu bırakma, ilişkileri yoluna koydukları bir zamanda ilişkiyi sonlandırma gibi) kendilerini sabote etme eğilimindedirler. Bazı durumlarda bu hastalarda, psikoz benzeri belirtiler de ortaya çıkabilir (vücut imgesi çarpıklıkları, halüsinasyonlar gibi) (8,39).

Links ve arkadaşları, BKB tanılı bireylerin genellikle en az iki alanda dürtüsel davranışlar sergileyerek kendilerine zarar verebileceklerini vurgulamaktadırlar. Bu bireyler sorumsuzca para harcama, kumar oynama, uyuşturucu madde kullanımı, tıkınırcasına yemek yeme, güvensiz cinsel ilişkilere girme veya tehlikeli bir şekilde araba kullanma gibi davranışlar sergileyebilecekleri gibi; tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışları veya yaşamı sonlandırma eğilimleri gösterebilirler ya da sıklıkla bu tür davranışları yapacaklarına dair gözdağı verebilirler. Bu tarz davranışları genellikle bırakılıp

gitme veya dışlanma tehdidi aldıklarında veya sorumlulukları arttığında sergilerler (40,41).

2.1.1. Tarihçe

Sınırda (Borderline) kişilik bozukluğu 1980 yılında DSM-III'e eklenmiş bir tanı kategorisi olmakla birlikte, daha önceki literatürde bu bozukluktan farklı terimlerle bahsedilmiştir (42). Sınır kavramı, psikiyatrist Adolf Stern (1938) tarafından ilk kez nevroz ve psikoz arasında kalan sınır vakalarını tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Bu döneme kadar hastalar, nevroz ve psikoz sınıflandırması altında tedavi edilebilirliklerine göre kategorize ediliyordu. Nevroz grubundaki hastalar analiz edilebilir ve tedavi edilebilir olarak kabul edilirken, psikoz grubundaki hastalar analiz edilemez ve tedavi edilemez olarak değerlendiriliyordu(43). Zamanla, psikotik olmayan ancak klasik psikanalizle tedavi edilemeyen bir hasta grubu fark edildi. Stern, bu hastaları tanımlamak için "sınırda nevroz grubu" ifadesini kullanarak, nevrotik gruba uymayan bu hastaları ayırt etti. Sınırda grupta yer alan hastalar, tarihsel olarak “ambulatuvar şizofreni” (Zilboorg), “mış gibi kişilik” (Helene Deutsch), “psödonörotik şizofreni” (Paul Hoch ve Phillip Politan) ve “psikotik karakter bozukluğu” (John Frosch) olarak da adlandırılmıştır (44,45).

1967'de Kernberg, bu alanda yeni ufuklar açan yazısını yayınladı. Bu yazı, o güne kadar BKB tanılı hastalar üzerine yazılmış tüm eserleri sentezleyen ve birleştiren bir nitelik taşıyordu(37). Kernberg' in çalışmaları, BKB’ye yönelik düşünceye temel oluşturarak önemini sürdürmektedir.

Kernberg, borderline hastaların psikoterapisinde, nesne ilişkilerinin niteliği ve üstbenlik bütünleşmesinin derecesinin, tedavinin gidişatını belirleyen en önemli etkenlerden biri olduğunu düşünmüştür(37). Bu hastaların psikanalitik psikoterapide ilkel aktarımlar geliştirmesinin nedeninin, nesne ilişkilerinin yapısal özelliklerinden kaynaklandığını belirtmiştir. Kernberg, o güne kadar ilkel aktarımları nedeniyle psikanaliz için uygun görülmeyen borderline hastaların terapi sürecinde, bu yoğun aktarımlarının ele alınmasının iyileştirici bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu sayede Kernberg, BKB’nin psikoterapi ile başarılı bir şekilde tedavi edilebileceğini ilk öne süren kişi olmuştur (46,47). Bir sendrom olarak borderline kişiliğin özellikleri ise, en iyi olarak Gunderson (1996) tarafından ortaya konmuştur. Gunderson’a göre bu hastaların altı önemli özelliği

bulunmaktadır: azalmış başarı (azalmış iş kapasitesi), dürtüsellik, manipülatif suïsidal tehditler, yüzeysel sosyal uyum, yakın ilişkilerde bozukluklar ile hafif veya kısa psikotik epizodlar (48).

BKB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) sınıflandırma sistemi olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) içinde ilk olarak 1968 yılında DSM-II ile (APA, 1968) "latent tip şizofreni" tanımlaması altında yer almıştır. Ardından, ilk kez DSM-III' te (1980) 2. Eksen bozuklukları kategorisinde yer almıştır ve 10 yıl sonra da, "emosyonel olarak durağan olmayan kişilik bozukluğu" adıyla Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (International Classification of Diseases-ICD) eklenmiştir(49,50)

2.1.2. Tanım ve Sınıflandırma

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskıya Göre BKB Tanı Ölçütleri:

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

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

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

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

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

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

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

7. Süreğen bir boşluk duygusu.

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

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

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1992'de yayınladığı ICD-10 sınıflandırmasına göre ise bu bozukluk "emosyonel olarak durağan olmayan kişilik bozukluğu" tanı kategorisinde yer almakta ve şöyle tanımlanmaktadır: “Kesin olarak fevri ve sonuçlarını düşünmeksizin hareket etme eğilimi ile karakterize olan kişilik bozukluğudur; duygu durum önceden tahmin edilemez ve kaprislidir. Duygu feveranlarını ve davranışsal patlamaları kontrol etmede bir kapasitesizlik bulunmaktadır. Kavgacı davranma ve özellikle fevri davranışları engellendiği zaman başkalarıyla çatışma eğilimi bulunmaktadır. İki tip ayırt edilebilir: fevri (impulsif) tip baskın olarak emosyonel instabilite ve içtepilerin kontrolünün yokluğu ile karakterizedir. Borderline tip ise ilaveten kendilik imgesinde, amaçlarda ve içsel tercihlerde bozulmayla; kronik bir boşluk hissiyle; yoğun ve durağan olmayan kişiler arası ilişkilerle ve intihar teşebbüslerini de içine alacak şekilde kendi kendine zarar verici şekillerde davranma eğilimiyle karakterizedir” (51).

2.1.3. Epidemiyoloji

BKB hem genel populasyonda hem de klinik başvurularında çok sık gözlenmektedir. Klinik başvuru sıklığı; birinci basamak sağlık merkezlerinde %6,4, psikiyatri polikliniğine ayaktan başvurularda %9,3, yatan hastalar arasında ise %20 olarak tespit edilmiştir(52). Amerika’da yapılan çalışmalarda BKB’nin nokta prevalansı %1,4 ve yaşam boyu prevalansı %5,9 olarak saptanmıştır (53).

Klinikte ve toplumda yapılan çalışmalara göre, BKB kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha sık görülmektedir (54). Epidemiyolojik bir araştırmada da BKB'nin toplumda kadınlarda 3 kat daha yaygın olduğu belirlenmiştir (55). Ancak, yaşam boyu prevalansına bakıldığında, kadın ve erkek arasındaki oran çok fazla farklılık göstermez (53,56). Bu çelişki, BKB olan kadınların erkeklere kıyasla daha sık tedavi başvurularının olduğunu göstermektedir. Her iki cinsiyette de hastalarda benzer çocukluk çağı travma hikayelerine ve eşit seviyede psikososyal işlevselliğe sahip oldukları bulunmuştur(57).

BKB’de çocukluk döneminde yaşanılan dramatik ve travmatik olaylar, kişiliğin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu tür olaylar, kişinin öz benliğinin yapısını şekillendirir ve ortaya çıkan tabloyu belirler. Bu hastaların %90'ından fazlasına başka bir psikiyatrik tanı konulmuştur, %40'ına konulan psikiyatrik eş tanı sayısı ise ikiden fazladır. Bu bireylerin ailelerinde de duygudurum bozuklukları ve madde kullanımıyla ilgili problemler sıkça gözlenir. Özellikle annesinde bunun gibi bir bozukluk bulunan bireylerin çocuklarında daha sık görülür (58).

2.1.4. Eş Tanılar

Borderline kişilik bozukluğuna sıklıkla eşlik eden psikiyatrik hastalıklar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımıyla ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, somatoform bozukluklar şeklinde sıralanabilir(59). Epidemiyolojik çalışmalara göre, BKB olan hastalarda %85 oranında en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu ek tanılar cinsiyetler arasında eşlik etme sıklığı açısından farklılıklar göstermektedir. Örneğin erkeklerde madde kullanımına ilişkin bozukluklar, kadınlarda ise yeme bozuklukları daha sık eşlik etmektedir. Kadın ve erkeklerde major depresyonun eş tanı olarak görülme oranı eşittir(56,60).

BKB diğer kişilik bozukluğu tanıları ile de sıkça birliktelik gösterir. Özellikle histriyonik, narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluklarıyla bir arada görülmektedir(61,62).

2.1.5. Etiyolojik Faktörler

Son etiyolojik çalışmalar BKB’yi genetik, biyolojik, davranışsal ve erken dönem yaşantılar üzerinde odaklanarak incelemiştir. Hem kalıtımın hem de çevresel faktörlerin tek başına yetersiz olduğu durumlar bulunmaktadır. Bu nedenle, BKB’nin ortaya çıkışının birçok faktörün karşılıklı etkileşimi sonucunda gerçekleştiği düşünülmektedir (63,64).

2.1.5.1. Genetik Faktörler

Borderline kişilik bozukluğunun kuşaklar arasında sıkça gözlenmesi, araştırmacılara kalıtımın bu durumdaki rolü olabileceğini düşündürmektedir.

Bozukluğun genetik aktarımı ve kalıtımıyla ilgili çalışmaların nadir olması ve yapılan çalışmalarda farklı değerler bildirilmesine rağmen, en azından orta düzeyde kanıtlar mevcuttur. İkiz çalışmalarında BKB konkordansı monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre yüksek bulunmuştur (%36 ve %35'e karşı %19 ve %7) (65,66). Bozukluğun genetik kökenine dair yapılan incelemelerde, tanı ölçütleri arasında en güçlü genetik bağlantılar, affekt disregülasyonu ile sinirlilik/dürtüsellik kriterleri için kurulabilmiştir (67).

2.1.5.2. Biyolojik Faktörler

Araştırmacılar, preklinik çalışmalarda, bu hastalık grubundaki bireylerin kişisel ilişkilerdeki zorlukların temelinde nöropeptid fonksiyonlarındaki değişikliklerin olabileceğini belirtmişlerdir. Oksitosin, vazopressin ve opioidler gibi nöropeptidlerin bir bireyin sosyal davranışları ve yakın ilişkiler üzerindeki etkilerinin olduğu kabul edilmektedir. BKB tanısı konmuş kişilerin uyumsuz davranışları ve diğer insanlarla olan ilişkilerinin, oksitosin etkileşimli sistem tarafından düzenlendiği düşünülmüş; hatta bir araştırmada, bu nöropeptid seviyelerindeki değişimlerin, BKB hastalarında görülen davranışsal sorunlar ve kişilerarası zorluklara sebep olabileceği öne sürülmüştür (68,69).

BKB tanısı almış bireylerde gözlenen yükselmiş Hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks aktivitesi ve düşük periferik oksitosin seviyelerinin, hayatın erken yıllarındaki olumsuz muamele ve güvensiz bağlanma deneyimleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir (70).

Bir çalışmada, BKB teşhisi konmuş bireylerde görülen, terk edilme korkusuna bağlı aşırı tepkiler ve kendilerine zarar verme eğiliminin, endojen opioidlerin (met-enkefalin,beta-endorfin) yetersizliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu tür zarar verici davranışların, vücutta endojen opioid salgısını artırarak bir tür kompansasyon mekanizması oluşturduğu düşünülmektedir (71). Nörotransmitterler ve nörogörüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalarda, bu hastalığa sahip bireyler sağlıklı bireylerle kıyaslandığında serotonin düzeylerinde bozukluklar ve bilateral hipokampus, amigdala ve medial temporal lobun hacimlerinde azalma tespit edilmiştir (72,73). Yine de, bu çalışmalarda gözlemlenen değişikliklerin hastalığın etiyolojik temelleri ile ilgili mi yoksa hastalığın bir sonucu olarak mı ortaya çıktığını belirlemek mümkün değildir.

Yapılan çalışmalarda frontal lobdaki bazı bozuklukların dürtüsel davranışları tetiklediği; özellikle, BKB tanısı almış bireylerin beyinlerinde, frontal alanlarda serotonin seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bireylere serotonin seviyelerini artıran ilaçlar verildiğinde, öfke ve diğer dürtüsel davranışlarda bir azalma gözlemlenmiştir. Bu durum, bozukluğun dürtüsellikle bağlantılı semptomlarının biyolojik kökenli olabileceğine işaret etmektedir. Serotonin sistemindeki bozuklukların, BKB'nin duygudurum dengesizliği, sık intihar girişimleri, kendine zarar verme ve agresif davranışlar gibi semptomlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiş, bu durumun temelinde de ventral prefrontal korteksin dürtü kontrolü ve agresif davranışları baskılayıcı işlevlerinin zarar görmesinin yatıyor olabileceği düşünülmüştür (74). Bu hastalarda görülen dürtüsel davranışların ve duygusal dengesizliğin, dopamin fonksiyonlarındaki düzensizliklerle de bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (75).

2.1.5.3. Psikososyal Faktörler

BKB tanısı konmuş bireyler arasında çocukluk dönemi travmalarının yaygın olduğu belirtilmiştir (42). Ancak, travma ile BKB arasındaki bağlantı açık değildir; her BKB vakasında çocukluk çağı travması görülmeyebilir ve çocukluk döneminde travma yaşayan her birey BKB geliştirmeyebilir. BKB tanısı almış kişilerin geçmişindeki travmalar; cinsel istismar, sözel taciz, ihmal, erken yaşta ebeveyn kaybı veya ayrılığı gibi farklı biçimlerde olabilmektedir. Bir çalışmada hastaların %71'inin fiziksel istismara, %67'sinin cinsel istismara ve %62'sinin aile içi şiddete uğradığı rapor edilmiştir (76).

Farklı kişilik bozukluklarına sahip hastalarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %78'inin çocukluk dönemi travması yaşadığı belirlenmiştir. Bu araştırmada, özellikle BKB tanısı almış olanlar arasında, çocukluk çağındaki travmanın, klinikteki şiddetin bir göstergesi olduğu tespit edilmiştir(77).

Erken çocukluk döneminde, özellikle beş yaşından önce, anneden uzun süreli ayrı kalma, bakım veren kişilerin sık değişimi ve karışık aile yapısının, yetişkinlikte BKB semptomlarının ortaya çıkma ihtimalini artırdığı belirlenmiştir (78).

2.1.5.4. Psikanalitik Görüşler

Kernberg'e göre, BKB olan bireyler, erken dönemlerinde yaşadıkları patolojik nesne ilişkilerini içselleştirmişlerdir. İçselleştirilen erken dönem patolojik nesne ilişkilerinin sürmesi, ilkel savunma mekanizmalarının kullanımıyla olmaktadır (79).

Kernberg, borderline kişilik yapısının kökenini açıklarken Mahler'in gelişimsel kuramını temel almıştır(37). Bu kurama göre yalnızlıkla başa çıkamayan, bağımlı, kaygılı ve terk edilme konusunda aşırı hassas kişilik özellikleri gösteren bu bireylerin çocukluğun ayrılma ve bireyselleşme evresindeyken anne figüründen erken ayrılmasının, bu süreci kesintiye uğrattığı düşünülmektedir (80). Kernberg, kendilik (self) ve nesne (object) tasarımlarını, önemli affektif ve bilişsel yapılar olarak ele aldığı nesne ilişkileri kuramında, ruhsal gelişimi beş döneme ayırır ve BKB'nin; ayrışmış kendilik ve nesne tasarımlarının olduğu üçüncü dönemde geliştiğini, 6-8. aylarda başlayıp, 18-36. aylarda tamamlandığını belirtir (37). Bu dönem, 1952'de Mahler'in açıkladığı ayrılma-bireyselleşme (separation-individuation) sürecine karşılık gelmektedir.

Erken gelişim evrelerinde, çocuk annesini iki zıt biçimde algılar: Bir yandan ihtiyaçlarını karşılayan, onu seven ve her zaman yanında olan sevgi dolu anne; diğer yandan ise ona beklenmedik cezalar veren, terk edici ve ilgisiz, öfke dolu anne. Bu ikilem yoğun kaygı yaratır ve eğer bütünleştirilemezse, nihayetinde bölünmenin gelişmesine sebep olur (81). "Bölme", BKB olan kişiler tarafından sıkça kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Bu durumda, bir birey herhangi bir anda ya tamamen iyi ya da tamamen kötü olarak algılanır ve bu durum kişisel ilişkiler üzerinde olumsuz etkiler yaratır.

2.1.6. Klinik Görünüm

BKB'nin temel özellikleri arasında sürekli bir kriz hissi ve dengesizlik bulunmaktadır. Stresli durumlarda, bu bireylerde psikotik semptomlar ve majör depresyon belirtileri görülebilir. Bu hastalar genellikle manipülatif davranışlar sergileyebilir ve kendilerine zarar verme eğilimindedirler veya daha nadiren başkalarına karşı öfke ile tepki gösterirler. Bu tepkiler sıklıkla eyleme dökme (acting out) mekanizmasının bir parçası olarak ortaya çıkar.

BKB olan hastalar genellikle sürekli duygusal çalkantı ve kriz durumunda olurlar; genellikle bu durumlarla doktora başvururlar. Bu bozukluğun en belirgin

özellikleri arasında, duygusal tepkilerinin şiddeti, duygu durumlarındaki dalgalanmalar ve gösterdikleri semptomların çeşitliliği yer alır. Çökkün bir duygudurumdan kısa bir süre sonra öfkeli ve tartışmacı bir hale gelebilirler ve zaman zaman hiçbir duygusal hissiyatları olmadığını ifade ederek doktora başvurabilirler. Davranışları tahmin edilemez niteliktedir (82).

BKB'nin bir sendrom olarak özellikleri, Gunderson tarafından detaylıca açıklanmıştır. Bu bağlamda, BKB olan bireylerin altı temel özelliği şu şekilde sıralanabilir: dürtüsel davranışlar, manipülatif suisidal tehditler, (sıklıkla) yüzeysel sosyal uyum, azalan başarı düzeyi (iş performansında düşüş), yakın ilişkilerde sorunlar, hafif veya geçici psikotik ataklar (82). Bununla birlikte kişilerarası ilişkilerde, kendilik imgesinde ve duygulanımda görülen değişkenlik ve dürtüsellik gibi bazı temel klinik özellikler, üç boyuttan oluşan bir modelde incelenmiştir (83):

1) İlişkisel bozukluklar: Diğer insanlarla istikrarsız ilişkiler, kimlik sorunları, sürekli bir boşluk hissi.
2) Duygusal dalgalanmalar: Değişken duygular, öfke patlamaları, terkedilme korkusuna bağlı yoğun çabalar.
3) Davranışsal düzensizlik: İmpulsif davranışlar, intihar eğilimleri, kendine zarar verme eğilimi.

Hastalar, gün boyunca duygudurumlarında dalgalanmalar yaşayabilirler ve bu durum, anlık olarak değişiklik gösterebilir ki bu, çevresel etkenlerden büyük ölçüde etkilenir. Depresyon, anksiyete ve irritabilite ile bir arada, zaman zaman disforik epizodlar ve öfke patlamaları yaşarlar (84).

Kendine zarar verme eğilimi ve dürtüsel davranışlar BKB'de yaygındır. Bu tür davranışlar madde bağımlılığı, aşırı yeme, riskli cinsel ilişkiler, sorumsuzca para harcama ve dikkatsiz araç kullanımı gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Hastalar ani kararlar alarak iş değiştirebilir veya bir ilişkiyi hızla sonlandırabilir, bu da kendi potansiyellerini sabote etmelerine yol açabilir (85,86).

BKB olan bireylerin, yakın ilişkilerinde genellikle tutarsız ve çalkantılı duygular yaşadığı görülür. Bir an, bir arkadaş ya da bir romantik partner, mükemmel ve güvenilir olarak algılanırken, başka bir anda aynı kişi zalim, acımasız ve zarar verici olarak değerlendirilebilir. Hastalar, idealize ettikleri kişinin varlığında kendilerini güçlü ve bütün hissedebilirler, ancak bu kişi tarafından kısa bir süre için terk edildiklerinde ya da terk edildiklerini

düşündüklerinde, bu durum ani bir kızgınlık, öfke, depresyon, umutsuzluk ve intihar eğilimine yol açabilir. Bu hastaların diğer insanları tamamen iyi ya da tamamen kötü olarak görmeye eğilimli oldukları görülür; bu duruma fenomenolojik olarak 'bölme' (splitting) adı verilir (87). İnsanları bu denli katı bir şekilde sınıflandırmak, hastayı aşırılıklar arasında gidip gelmeye itebilir.

BKB tanısı almış kişilerin yaklaşık %40-50'sinin kısa dönem psikotik veya disosiyatif semptomlar gösterdiği bilinmektedir. Aynı zamanda, bu hastalarda çeşitli nöropsikolojik fonksiyonlarda bozulmalar görülmektedir (38). BKB tanılı hastaların sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir meta-analizde, hastalarda dikkat, bilişsel adaptasyon, öğrenme ve hafıza, planlama, hızlı bilgi işleme ve görsel-mekansal yeteneklerinde zayıflıklar olduğu belirlenmiştir (88).

BKB hastalarında intihar tehditleri, eylemleri ve girişimleri oldukça yaygındır. Hastaların yaklaşık %75'inin en az bir kez kendine zarar verme davranışında bulunduğu bildirilmiştir (89). Retrospektif çalışmalar, BKB hastalarının yaklaşık %8-12'sinin intihar girişiminde bulunduğunu ortaya koymaktadır (90,91). Hastaların yıllarca devam eden suisidal tehditleri ve tıbbi açıdan hafif olarak değerlendirilebilecek girişimleri nedeniyle riskin değerlendirilmesi zor olabilir (73). Ayrıca bu hastaların kendilerine zarar verme davranışları kendini kesme, yakma, kendine vurma veya tıbbi tedaviye uyum göstermeme gibi şekillerde intihar amacı taşımadan da gerçekleşebilir (92).

2.1.7. Prognoz

BKB genellikle ergenlik veya erken erişkinlikte başlar ve gidişatı büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Tipik olarak, erken erişkinlikte gözlenen süreğen değişimlerle birlikte, duygusal ve dürtüsel kontrolde önemli kayıplar ve genel sağlık ile akıl sağlığı hizmetlerinin aşırı kullanımı ile karakterizedir. Retrospektif çalışmalar BKB'nin genellikle kronik ve ömür boyu süren bir seyri olduğunu (93) ortaya koyarken, prospektif araştırmalar remisyonun mümkün olduğunu belirtmiştir. Bu hastaların %45'inde remisyon görülebileceği gözlemlenmiştir (94–97). Kısa sürede remisyona ulaşmada etkili olan faktörler şu şekilde belirtilmiştir: 25 yaşın altında olmak, önceki dönemlere kıyasla iş veya okulda daha iyi performans sergilemek, cinsel istismar öyküsünün bulunmaması, ailede madde kullanım bozukluğu olmaması, nörotik bir yapıya sahip olmamak, kolay uyum sağlayabilme ve yakın ilişkilere meyilli olma (98).

Psikososyal işlevlerdeki iyileşmenin, diğer semptomlara kıyasla daha yavaş olduğu bilinmektedir (69,70). Bununla birlikte remisyondaki hastalarda rekürrens oranı yüksektir. BKB tanılı 275 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %34'ünde rekürrens tespit edilmiştir (52).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

1) Bipolar bozuklık (BB): Bipolar I, bipolar II, siklotimik bozukluk gibi duygudurum bozukluklarında görülen ruh halindeki değişiklikler BKB'dekine benzer şekilde ortaya çıkabilir. Farklılaşan temel nokta, bipolar bozukluktaki depresif veya eleve ruh hallerinin süresinin, BKB'deki labil afektif durumlardan daha uzun olmasıdır. Bununla birlikte duygudurum bozuklukları çevresel etkenlere BKB'ye kıyasla daha az duyarlıdır; zira BKB'de afektif dalgalanmalar, algılanan hayal kırıklığı ya da reddedilmeye hızlı bir tepki olarak ortaya çıkar.
2) Major depresif bozukluk: Major depresyonda disfori 2 hafta boyunca neredeyse her gün, günün tamamında olacak şekilde kendini gösterirken, BKB'de afektif durumlar gün içerisinde dalgalanmalarla kendini gösterir. Bununla birlikte majör depresyonda BKB'den farklı olarak nörovejetatif semptomlar görülür.
3) Süreğen depresyon bozukluğu (Distimik bozukluk): Süreğen uyku ve enerji sorunları gibi vejetatif belirtiler distiminin bir parçası iken, BKB'de süreğen olarak görülmemektedir.
4) Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB): Travmatik yaşantılar BKB hastalarında sık görülür; ancak travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayları yeniden yaşantılama, hissizlik, kaçınmalar ve hipervijilans gibi belirtilerle görülürken bu belirtiler BKB'nin özellikleri arasında yer almaz. Ayrıca TSSB belirtileri çevresel etkenlerle tetiklenirken, BKB belirtileri çoğunlukla genel stresörler ve frustrasyonlarla tetiklenir.
5) Disosiyatif bozukluklar: Hem BKB Hem de disosiyatif kimlik bozukluğunda kimlik karmaşası sık görülür. Disosiyatif kimlik bozukluğunda, birden fazla farklı kimlik ve bunlara özgü davranış kalıpları mevcutken, BKB'deki kimlik karmaşasında kişinin kendilik algısı dengesizdir, hedefleri ve değer yargıları sürekli değişkenlik gösterir.

BKB diğer kişilik bozuklukları ile benzer özelliklere sahiptir (99). Özellikle B grubu kişilik bozuklukları ile sıkça karıştırılabilir.

6) Antisosyal kişilik bozukluğu: Bu hastalar BKB hastalarına kıyasla duygusal açıdan daha istikrarlı ancak daha agresif olma eğilimindedirler. Antisosyal kişilik bozukluğunda, manipülatif davranışlar genellikle güç elde etme ile bağlantılıyken, BKB'de manipülasyonlar daha çok bakım verenin dikkatini çekme amacı taşır.
7) Narsistik kişilik bozukluğu: Narsisistik kişilik bozukluğunda büyüklenmeci bir benlik algısı ve nispeten daha stabil bir kişilik yapısı bulunurken, BKB'de yaygın olarak görülen kendine zarar verme eğilimi, dürtüsel davranışlar ve terk edilme korkusu bulunmaz.
8) Histriyonik kişilik bozukluğu: Duygusal dalgalanmalar, ilgi çekme amaçlı manipülatif tutum ve davranışlar hem histriyonik kişilikte hem de BKB'de sık görülmektedir. Bu iki bozukluk BKB'deki kendine zarar verme eğilimi, sürekli bir boşluk hissi ve ilişkilerde yaşanan öfke patlamaları gibi belirtilerle birbirinden ayrılmaktadır.
9) Şizotipal kişilik bozukluğu: Şizotipal kişilik bozukluğu ve BKB, ilişkilerde zorluklar yaşaması ve psikoz benzeri belirtiler göstermeleri açısından birbirlerine benzerler. Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip bireyler genellikle duygusal olarak daha stabil ve daha az dürtüseldir, ilişkilerindeki zorluklar genellikle sıra dışı, garip düşünce ve davranış biçimlerinden kaynaklanır. Öte yandan, BKB'deki psikoz benzeri epizodlar genellikle kısa süreli ve geçicidir, bu bozukluktaki ilişki sorunları çoğunlukla duygusal dalgalanmalar ve öfke patlamalarından kaynaklanır.
10) Paranoid kişilik bozukluğu: Her iki bozuklukta da öfke tepkileri, şüpheci tutumlar ve paranoya yaygındır. Ancak paranoid kişilik bozukluğunda daha ağır ve yıkıcı şüphecilik ve stabil bir benlik algısı vardır.
11) Bağımlı kişilik bozukluğu: Bağımlı kişilikler daha stabil ilişkiler yürütme eğilimindedirler. Terk edilme endişesi ve aşırı bakım ihtiyacı, bağımlı kişilik bozukluğuna sahip bireyleri ilişkilerde daha uysal ve itaatkâr kılar, ancak BKB olanlar genellikle bu duruma öfkeli tepkiler gösterir ve içsel bir boşluk hissi yaşar.

2.1.9. Tedavi

BKB tedavisinde ilk adım genellikle psikoeğitimdir. Bu süreçte, hastanın mevcut durumu, tedavi amaçları, önerilen tedavi yöntemi ve bu yöntemin sınırları hakkında açık ve anlaşılır bir çerçeve belirlenmesi önem taşır. Bu yaklaşım, hasta ile doktor arasında bir iş birliği oluşturmaya yardımcı olur. Hastanın semptomlarına yönelik hazırlanan farmakolojik tedavi ve bu tedaviyi destekleyip tamamlayacak psikoterapi yaklaşımlarıyla kapsamlı bir tedavi planı oluşturulur.

BKB'nin çeşitli semptomları ve sıkça eşlik eden diğer hastalıklar göz önüne alındığında, tedavi planının hastanın özel gereksinimlerine uygun ve esnek olması gerekmektedir (100).

BKB'de ilk sıra tedavi psikoterapidir. Farmakoterapi ise, psikoterapinin etkinliğini artırmak amacıyla, BKB'nin belirli semptomları hedef alınarak uygulanır (101).

BKB'yi tedavi etmek için geliştirilmiş ve uygulanmış bir dizi terapi yöntemi bulunmaktadır. Bunlar bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranışçı terapi, şema odaklı terapi, aktarım odaklı terapi ve zihinselleştirme odaklı terapiler şeklinde sıralanabilir (102). Bu terapi yöntemleri bazı ortak öğeler içerir, ancak her birinin kendi kapsamlı yaklaşımında farklı vurgular bulunur. Bu terapilerde, aktif ve müdahaleci yaklaşımlar esastır. Terapiler, hastanın ilişki kurma stilleri ve işlevselliğine odaklanarak, duygusal istikrarın sağlanması ve duygusal düzenleme becerilerinin öğretilmesini amaçlar. Bununla birlikte hastalara yaşadıkları ilişkisel zorlukların kendi duyguları ve düşüncelerinden kaynaklandığını anlatarak, onlara bu şekilde farkındalık kazandırmayı hedefler. Farklı psikoterapi yöntemlerinin üstünlüğüne dair net bir kanıt olmasa da klinik deneyimler tedavinin uzun süreli olmasını desteklemektedir.

Diyalektik davranış terapisi ve psikanalitik/psikodinamik terapinin, BKB tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır (100,103). Diyalektik davranışçı terapi (DDT), Bilişsel davranışçı terapi'nin (BDT) daha geliştirilmiş bir versiyonudur ve özellikle intihar girişimleri ve tehlikeli davranışlara odaklanır. DDT uygulanan BKB tanılı hastalarla yapılan meta-analiz çalışmaları, öfke nöbetleri ve parasuisidal davranışların azaldığını bildirmiştir (102).

Literatürde zihinselleştirme temelli psikoterapi ve aktarım odaklı psikoterapi uygulamalarının etkili olduğu belirtilmektedir (104). Zihinselleştirme temelli terapi, bilişsel teknikleri de içeren bir psikodinamik psikoterapi şeklidir.

Bu terapide, hastanın her durumda kendi zihinsel süreçlerini anlaması ve hem kendine hem de başkalarına yönelik alternatif perspektifler oluşturabilmesi hedeflenir (105).

Aktarım odaklı terapi, hastanın terapist ile olan ilişkisinden kaynaklanan duyguların ve aktarımların yorumlanmasına dayanan bir psikodinamik psikoterapi türüdür. Bu terapi, hastanın bu duyguları keşfetmesine ve onlarla yüzleşmesine yardımcı olarak, hastanın dış dünyaya ilişkin yanılgılarını düzeltmeyi amaçlar. Bir çalışmada 104 BKB hastasına bir yıl süren aktarım odaklı terapi uygulanmış ve sonuçta psikososyal işlevselliğin arttığı, intihar girişimlerinin ve hastaneye yatışların azaldığı görülmüştür (106).

Şema odaklı terapi ise bilişsel davranışçı terapi ve psikodinamik tekniklerin entegrasyonuyla, kişinin uyumsuz şemalarını değiştirmeyi hedefler. Şemalar, bireyin kendisi ve çevresindekiler hakkında sahip olduğu algıları içeren, dünyayı algılama ve organize etme şekilleridir. Klinik çalışmalar, şema odaklı terapinin BKB olan hastalarda etkili olduğunu ortaya koymuştur (107,108).

Bir derlemede 28 randomize çalışmanın meta-analizinin incelenmiş, 1804 BKB tanılı hastaya çeşitli psikoterapiler yapıldığı ve BKB belirti ve davranışlarında azalma olduğu tespit edilmiştir (106). Klinik bulgular, zihinselleştirme temelli ve şema odaklı terapi teknikleriyle desteklenen diyalektik davranışçı terapinin en etkili sonuçları verdiğini göstermektedir.

BKB tedavisinde ilaçlar ise psikoterapilerin etkinliğini artırmak için kullanılabilir. Duygusal dengesizlik, kontrolsüz öfke, kendine ya da başkalarına zarar verme davranışları, dürtüsellik, paranoya, kimlik bunalımı ve çözülme gibi semptomların hafifletilmesi amacıyla ilaç tedavisi önerilebilir (109–112). Ancak, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), BKB için spesifik bir ilaç tedavisini onaylamamıştır. Öte yandan, NICE (National Institute for Clinical Excellence) yönergelerinde, BKB tanısı alan hastalarda eş zamanlı ciddi bir psikiyatrik bozukluk varsa, farmakoterapinin kullanılmasının gerektiği ifade edilmiştir.

BKB'de sıklıkla kullanılan ilaçlar arasında antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler ve antidepresanlar bulunmaktadır (87,100,113). Literatüre göre duygulanımdaki değişkenlik, dürtüsellik, kişilerarası problemler ve işlevselliğin düzelmesi için duygudurum düzenleyiciler (valproat, topiramat, lamotrijin) kullanılabilir. Aynı şekilde dürtüsel davranışlar, agresif tutumlar, kişilerarası ilişki sorunları, kontrolsüz öfke reaksiyonları, algı problemleri için antipsikotikler

(olanzapin, aripiprazol, haloperidol, ketiapin) ve duygulanımdaki dengesizlik için antidepresanlar (fluoksetin, amitriptilin gibi) kullanılabilir (100,113).

Klinik uygulamalarda, farmakoterapinin dürtü kontrol bozukluğu, duygusal dengesizlik ve bilişsel-algısal semptomlar gibi üç ana belirti grubunda etkili olduğu gözlenmiştir. Duygusal dengesizliğin tedavisinde genellikle ilk tercih edilen ilaçlar selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) olup, araştırmalarda bu ilaçlar arasında en sık fluoksetinin kullanıldığı ve yüksek dozda tercih edildiği belirtilmiştir. Fluoksetin, bu hasta grubunda özellikle dürtüsellik, öfke ve davranışsal sorunlar üzerinde olumlu etkiler göstermektedir (114). İkinci aşama olarak, affektif stabiliteyi artırmak amacıyla duygudurum dengeleyicileri (lityum, valproat, karbamazepin) tedaviye dahil etmek uygun olabilir. Eşlik eden dürtü kontrol ve davranış bozukluğu varsa, ilk tercih edilen ilaçlar yine SSRI'lar olacaktır. Şiddetli davranış bozuklukları varsa, SSRI tedavisine düşük doz antipsikotik ve gerek duyulursa lityum veya diğer duygudurum dengeleyiciler eklenebilir. Bilişsel ve algısal belirtilerin varlığında ise, tedaviye düşük doz antipsikotiklerle başlanmalı ve gerekirse doz artırılmalıdır. Bu hasta grubunda, majör depresyon eş tanısı dışında elektrokonvulsif tedavi (EKT) kullanımı önerilmemektedir (100).

2.2. Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizmaları kavramı ilk kez Sigmund Freud tarafından 1894'te "Savunmaların Nöropsikozu"" adlı çalışmasıyla tanımlandı. Freud 1896'da bu konu üzerine daha fazla detay veren "Savunmaların Nöropsikozu Üzerine İleri Açıklamalar" isimli eserini yayımladı. Bu dönemden sonra Freud'un ilgi alanları değişse de, psikanalitik formülasyonlarında uzun yıllar boyunca, represyonu "savunma" ile neredeyse aynı anlamda kullanmıştır. Yaklaşık 30 yıl sonra ise 1926'da, "İnhibisyon, Semptomlar ve Anksiyete" adlı eseriyle bireyin psikolojik dengeyi korumasının egonun temel görevlerinden biri olduğunu vurgulamıştır.

Freud'un ilk düşüncelerine göre savunma mekanizmaları, özellikle bastırma, kaygı verici tepkilere sebep oluyordu. Freud yapısal teoriye geçildikten sonra bu görüşlerini yeniden şekillendirerek savunma mekanizmalarını, bireylerin irrasyonel korkulardan kaçınmak için kullandıkları yöntemler olarak tanımladı ve bastırmanın kaygıya bir reaksiyon olduğunu belirtti. Bu yeni yaklaşımla,

psikopatolojiyi, savunma işlevlerinin başarısız olduğu bir durum olarak değerlendirmeye başladı (115).

Freud'a göre ego; biliş, bellek, öğrenme, duygu düzenleme, stres ve savunma mekanizmaları gibi çeşitli işlevleri yönlendiren bir zihinsel yapıydı ve savunma mekanizmaları da gerçeği değerlendirme, yargılama, biliş, ego işlevleri, psikopatoloji ve uyum süreçlerinde önemli roller oynuyordu (116–118).

Ego savunma mekanizmaları üzerine ilk kapsamlı ve sistematik inceleme, Anna Freud tarafından gerçekleştirilmiştir. "Ego ve Savunma Mekanizmaları" adlı kitabında, her bireyin, normal veya nevrotik olsun, kendine özgü savunma mekanizmaları repertuarını çeşitli derecelerde kullandığını öne sürmüştür. A. Freud'un açıklamasıyla savunma mekanizmaları, egonun istenmeyen ve kaygı verici durumları uzaklaştırma işlevine ek olarak; duygular, dürtüsel davranışlar ve içgüdüsel arzuları denetleyen psikolojik süreçlerdir (119).

Ego gelişimi ve psikopatolojinin savunma mekanizmaları ile olan yakın ilişkisi ilk defa, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM) üçüncü revize edilmiş versiyonunda dikkate alınmıştır. DSM-IV'te ise; savunma mekanizmaları, bireyleri iç ve dış tehlikeler veya sıkıntılara karşı koruyan, ancak çoğunlukla kişilerin bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, savunma mekanizmalarının bilinçdışı doğasını ve bireyin psikolojik dengeyi koruma çabasını vurgular.

2.2.1. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması

Savunma mekanizmaları, çeşitli yollarla sınıflandırılmıştır. Bunlar arasında, bu mekanizmaların ortaya çıktıkları gelişimsel dönemlere, ilişkili oldukları psikopatolojilerin doğasına ve basit mekanizmalar veya karmaşık mekanizmaların kombinasyonları olup olmamalarına göre yapılan sınıflandırmalar bulunmaktadır (120).

Anna Freud, savunma mekanizmalarını "bastırma, gerileme, karşıt-tepki kurma, yalıtma, yapıp bozma, yansıtma, içe atım, kendine yöneltme, yüceleştirme, yer değiştirme" şeklinde özetlemiştir. Melanie Klein ise "Birkaç Şizoid Savunma Düzeneği" isimli makalesinde "bölme, yansıtmalı özdeşim ve yansıtma" kavramlarını eklemiştir.

Kernberg ise, düşük seviyeli savunma mekanizmalarının üst düzey olanlardan ayrılması konusunda önemli katkılarda bulunmuş olup (121), savunma düzeneklerini kişilik örgütlenmesine göre belirli bir hiyerarşik düzende sınıflandırmıştır. Bu sınıflamaya göre, gerçeklikten tamamen kopuk ve kimlik bütünlüğünden yoksun olan psikotik kişilik örgütlenmesi ile gerçeklik algısını kısmen koruyan ancak kimlik karmaşası yaşayan borderline kişilik örgütlenmesi, genellikle immatür savunma mekanizmalarına başvurur. Buna karşın, gerçeklik algısı sağlam ve kimlik bütünlüğüne sahip olan nevrotik kişilik yapıları, matur savunma mekanizmalarını kullanma eğilimindedir (122,123).

Başarılı savunma mekanizmaları, aynı zamanda adaptif özellikler gösterir ve genellikle bilişsel olarak daha karmaşık yapıdadır. Bu nedenle, sıklıkla savunma mekanizmalarının sınıflandırılmasında maturite ve adaptiflik terimleri birbirinin yerine kullanılır (12). Genel olarak, savunma mekanizmaları; anksiyeteyi etkili bir şekilde yönetenler (matur/adaptif), etkili olmakla birlikte bazı problemler yaratanlar (nevrotik) ve etkisiz veya bireye ek zorluklar çıkaranlar (immatur/maladaptif) olarak ayrılır Farklı şartlar altında her savunma hem matur hem immatur özellikler gösterebilir; en olgun savunma mekanizmasının bile esneklikten yoksun bir şekilde kullanılması, onu immatur bir savunma haline getirebilir (25–27,124).

İmmatur savunma mekanizmaları yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar, nesnenin algılanmasında çarpıtmalar yaparak anksiyeteyi azaltır, bu çarpıtmaların şiddetine göre bilinçli farkındalık hiç oluşmayabilir, böylece immatur savunmalar çoğunlukla eylemsizlik ya da uygun olmayan eylemlere yol açabilir. Öte yandan, nevrotik savunmalar tehlikeyi kabul eder ancak tehlikenin yönetimi, anlamı ve kişi üzerindeki etkisi ciddi şekilde çarpıtılır. Nevrotik savunmaların kullanılması genellikle anksiyeteyi azaltmada etkili olmakla birlikte, matur savunmalara kıyasla daha olumsuz sonuçlara veya daha az etkili çözümlere yol açabilir. Matur savunmalar ise hayatın daha ileri dönemlerinde ortaya çıkar ve tehlikeyle etkili bir şekilde başa çıkarak anksiyeteyi doğrudan sınırlandırma işlevi görürler. Bu sınırlandırma çoğunlukla, büyük çarpıtmalar yerine, küçük bir modifikasyon veya dönüşüm yoluyla gerçekleştirilir. Matur savunmalar, gerçeklik algısının korunmasını içerir ve genellikle yapıcı davranışlarla sonuçlanır (25–28,124,125).

Savunma mekanizmalarını inceleyen araştırmacılar ve teorisyenler arasında, bu mekanizmaların sınıflandırılması konusunda genel bir uzlaşı veya standart bir sistem bulunmamaktadır. Savunmaların anlamını ve psikopatolojiyle ilişkisini analiz ederken, klinik çalışmalarda sık başvurulan yöntemler; projektif testler, özbildirim testleri ve gözlemci değerlendirmesine dayalı testlerdir (126). Erken dönem savunma mekanizmalarının araştırıldığı çalışmalarda en yaygın kullanılan yöntemlerden biri gözlemci değerlendirme testleridir (126). Bunlardan bazıları Vaillant'ın kısa öykülerden faydalandığı görüşmeye dayalı yöntem(127) ve Perry ile Cooper tarafından kullanılan, gözlemci değerlendirmelerine dayalı Savunma Mekanizmaları Değerlendirme ölçekleridir (128). Vaillant, savunma mekanizmalarını en az adaptiften en çok adaptife doğru psikotik, immatür, nevrotik ve olgun olarak kategorize etmiştir (129). Daha sonra Bond ve arkadaşları, Vaillant'ın görüşmeye dayalı yöntemine paralel bir şekilde, Savunma Biçimleri Testi'ni geliştirmişlerdir. Bu test, 26 farklı savunma mekanizmasını değerlendiren 88 maddeden oluşur. Daha sonra, Andrews ve çalışma arkadaşları bu testi revize ederek, 40 maddelik bir versiyonunu (SBT- 40) oluşturmuşlardır (11,12).

Savunma Biçimleri Testi (SBT-40), global çapta bu alanda yapılan pek çok çalışmada tercih edilmiştir. Bu ölçekte 20 farklı savunma mekanizması immatur, nevrotik ve olgun olmak üzere üç kategori altında gruplandırılmıştır. İmmatur savunmalar arasında "yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkâr, yer değiştirme, disosiyasyon, bölünme, rasyonalizasyon, bedenselleştirme" yer alırken; nevrotik savunmalar "yaptığını bozma, psödoaltruizm, idealleştirme, karşıt tepki oluşturma" olarak sıralanmıştır. Olgun savunma mekanizmaları ise "yüceltme, mizah, beklenti ve baskılama" olarak tanımlanmıştır (10).

2.3. Başa Çıkma Tutumları

Başa çıkma tutumları, stres yaratan faktörlerin veya olayların olumsuz etkilerini azaltma veya tamamen yok etme amacıyla bireylerin sergilediği bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak ifade edilmektedir. Folkman'ın tanımına göre başa çıkma, stresin neden olduğu iç ve dış talepleri yönetmek veya hafifletmek için gösterilen bilişsel ve davranışsal çabaları içerir (130). Stres ile başa çıkma

arasında süregelen bir etkileşim olduğu, stresin doğrudan başa çıkma eylemlerine yol açtığı ve bireylerin tercih ettiği başa çıkma yöntemlerinin stresin yoğunluğu ile ilişkili olduğu bilinmektedir (15,131). Stresle başa çıkma tutumları bireye özgüdür ve yaş, cinsiyet, kültürel arka plan, sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilenir. Bu tutumlar, stresli durumlara uyum sağlamada ve algılanan tehdit ya da sorunları hafifletip çözmede etkin bir rol oynar; aynı zamanda bireyin çevresel, biyolojik ve bilişsel etkenlere karşı korunması ile işlevselliğin sürdürülmesi için kritik bir öneme sahiptir (130).

Başa çıkma tutumları farklı araştırmacılar tarafından çeşitli yöntemlerle sınıflandırılmıştır. Lazarus tarafından yapılan sınıflandırmada, başa çıkma stratejileri temel olarak problem odaklı ve duygu odaklı olarak iki ana gruba ayrılmaktadır. Problem odaklı başa çıkma tutumları, bireyin stres yaratan duruma karşı proaktif bir tutum sergileyerek, bu durumun giderilmesi veya etkisinin azaltılması için bilişsel ve davranışsal yöntemleri içerirken; duygu odaklı başa çıkma tutumları, stresin tetiklediği duygusal tepkileri hedef alır, bu duyguların değişik şekilde yorumlanmasıyla olumsuz duygusal reaksiyonların minimize edilmesi amaçlanır (132). Duygu odaklı tutumlar genellikle ciddi psikopatolojiler ve işlevsellikteki bozulmalarla ilişkilendirilmiştir; çeşitli örneklem grupları üzerinde yapılan çalışmalarda bunların anksiyete ve depresyon seviyeleriyle bağlantılı olduğu ifade edilmiştir (133–135).

Başa çıkma tutumları aktif ve pasif tutumlar olarak da kategorize edilmektedir. Aktif başa çıkma tutumları doğrudan stresin kaynağını direkt hedef alarak bu stres faktörünü ortadan kaldırmayı amaçlar. Buna karşın, pasif (kaçınmacı -avoidant) başa çıkma tutumlarında, stres kaynağından kaçınma veya ondan uzaklaşma temel yaklaşımdır. Aktif başa çıkma tutumları, stres kaynağına veya bireyin bu konudaki düşüncelerine müdahale ederek bu durumu değiştirmeye yönelik davranışsal ya da psikolojik tepkileri içerirken; pasif tutumlar ise, bireyleri stresli olayları tam olarak ele almaktan kaçındıran faaliyetlere (örneğin alkol kullanımı) ya da zihinsel durumlara (örneğin geri çekilme) yönlendirir (24,136). Genellikle aktif baş etme yöntemleri, hem davranışsal hem de duygusal olarak, stresli durumlarla baş etmek için daha etkili bir yol olarak değerlendirilirken, pasif baş etme stratejileri genellikle psikolojik risk faktörleri veya zorlu yaşam koşullarına karşı olumsuz tepkilerin bir göstergesi olarak kabul edilir (131). Aktif başa çıkma stratejileri genellikle uyuma

yönelik olan (adaptif) olarak tanımlanırken, pasif (kaçınmacı) yöntemler uyuma yönelik olmayan (maladaptif) olarak nitelendirilmektedir (137).

Carver ve arkadaşları başa çıkma tutumlarını "problem odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan" yöntemler olarak üç ana kategoride 15 alt gruba ayırarak sınıflamıştır (23).

Yapılan çalışmalarda, aynı stresli durumda farklı başa çıkma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı görülmektedir (138–140). Folkman ve Lazarus (1980) stresli durumlarla başa çıkma sürecinde, problem ve duygu odaklı yaklaşımların %98 oranında bir arada kullanıldığı belirlemiştir (141). Bu bulgular ve çalışmalarda kullanılan farklı sınıflamalar, araştırmacıların başa çıkmayı karmaşık bir süreç olarak değerlendirdiğini düşündürmektedir.

2.4. Kişilik Bozukluklarında Savunma Mekanizmaları ve Başa Çıkma Tutumları

Kişilik bozukluklarının temel özellikleri arasında esnek olmayan ve işlevsiz başa çıkma stratejileri bulunmaktadır. Düzensiz başa çıkma stratejilerinin, kişilik bozukluklarını normal kişilik işlevinden ayıran kriterler arasında olması beklenir (142–145) Ancak, DSM ve Eksen II bozukluklarıyla başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceleyen deneysel araştırmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Mevcut az sayıdaki çalışmaların bulguları, kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirilen genel başa çıkma modelinin; aktif ve problem odaklı başa çıkma ile sosyal destek arama yönlerinde eksikliklerin yanı sıra davranışsal pasiflik, zihinsel uzaklaşma ve duyguların kontrolsüz salınımının artmasıyla karakterize olduğunu göstermektedir (144–146).

Bireylerin sıklıkla başvurduğu başa çıkma stratejisinin bilinçdışı tercihi, psikodinamik teorilerde "üst belirlenmiş" olarak tanımlanır. Psikanalitik yaklaşımda her bireyin savunma mekanizmalarına entegre halde başa çıkma yöntemlerine sahip olduğu kabul edilir. Kişinin temel savunma mekanizmalarının belirlenmesinde; 1) yapısal mizaç, 2) erken çocukluk dönemi deneyimleri, 3) ebeveynler tarafından aktarılan veya öğretilen savunma stratejileri, 4) belirli savunma mekanizmalarının kullanımına bağlı pekiştirici deneyimler gibi çok boyutlu faktörler etkili olmaktadır(115).

Literatüre bakıldığında savunma mekanizmaları ile kişilik bozuklukları arasındaki teorik ilişkinin uzun yıllardır tartışılmakta olduğu, ancak bu konuda

çok az araştırma yapılmış olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde farklı kişilik bozuklukları ile belirli savunma mekanizmaları arasında ilişki bulunsa da, genel olarak kişilik bozukluklarının immatür savunma mekanizmalarıyla güçlü bir ilişkisi olduğu ortaya çıkmaktadır (147). Yapılan çalışmalar, kişilik bozukluklarının etiyolojisi, değerlendirilmesi ve tedavisinde savunma mekanizmalarının önemli olduğunu göstermektedir (148–150). Hangi savunmanın hangi bozukluklarda ön plana çıktığı konusunda hala bir fikir birliğine varılamamış olsa da; bölme ve yansıtmalı özdeşim gibi ilkel savunmaların BKB'de sıklıkla kullanıldığı, hastaların kendilik temsillerindeki dengesizliğin de intihara yatkınlığın da temelinde yer aldığı literatürde genel kabul gören bir gerçektir (151).

2.5. Bipolar Bozukluk ve Prodromal Dönem

BB, hastaların yaşamında tekrar eden evrelerle ilerleyen ve başlangıçta psikososyal ile bilişsel yeteneklerin korunmuş olduğu görülse de, zaman içinde önemli derecede işlevsel kayıplara yol açabilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (152). İlk semptomlar genellikle 18 yaşından önce görülmekle birlikte hastaların sağlık hizmetlerine başvurması ortalama 24 yaşında gerçekleşmektedir (153,154). Hastalık sürecinin progresif olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, erken tanı ve tedavinin başlatılması, hastalığın seyri açısından kritik öneme sahiptir. Prodromal evrede tanı koyma amacıyla çeşitli kriterler öne sürülmüş olsa da, riskli bireylerin sağlık merkezlerine başvurularının kısıtlı olması nedeniyle, kriterlerden ziyade tarama araçlarının kullanımının daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

Prodromal belirtiler sıklıkla index affektif dönemden önce ortaya çıkar. Bu belirtiler arasında, hastalığın başlangıcının en güçlü belirleyicileri depresif semptomlar, anksiyete, uyku bozuklukları ve eşik altı hipomanik semptomlar bulunmaktadır. Bu prodromal belirtilerin tanımlanması, BB'nin ilerlemesini önleyebilecek veya geciktirebilecek erken müdahale stratejilerinin uygulanmasında önemlidir. Bu, hastalığın toplam süresini azaltabilir ve tekrarlayan duygudurum ataklarının nöroplastisiteye olumsuz etkilerini hafifletebilir (155). Bununla birlikte, uygun tedavi olmadan geçen süreyi azaltmak için erken müdahalenin planlanması özellikle önemlidir. Bozukluğun prodromal fazının başlangıcı ile uygun tedavinin başlaması arasındaki zaman

aralığı, “tedavi edilmemiş hastalık süresi” olarak adlandırılır ve bu, hastalığın kötü bir seyrine, düşük remisyon ve sosyal işlevsellik düzeyine, daha yüksek nüks oranlarına ve intihar girişimlerine ilişkilendirilmiştir (156,157).

Bipolar bozukluğun seyrine erken dönemde, yani ilk tam manik/hipomanik dönemden önceki prodromal faza müdahale etmek, hastalığın yükünü azaltabilir. Bu stratejinin, bipolar bozukluğun şiddetini geciktirme, azaltma ve hatta tam gelişmiş bozukluğu önleme potansiyeli vardır. Hastalığın başlangıcından önceki klinik özellikler belirlenebilmektedir. Genel olarak, mevcut retrospektif ve ileriye dönük çalışmalar, olası prodromal semptomların bir modelini ortaya koymaktadır. Bunlar arasında duygudurum değişimi/ruh hali değişimleri/siklotimik özellikler, depresif ruh hali, yarışan düşünceler, sinirlilik ve fiziksel ajitasyon en sık bildirilenlerdir. Bipolar bozukluktan önceki prodromal dönemde çok sayıda farklı semptom mevcut olabileceğinden, kişilik özellikleri gibi uzak ve daha kalıcı semptomlar ile depresif ve manik/hipomanik semptomlar dahil, daha yakın zamanda ortaya çıkan veya kötüleşen klinik semptomları içeren bir grup özelliğin yakalanması, ilerideki hastalık yükünü azaltabilir (158).

Bu konuda literatür hala eksiktir ve genellikle çelişkili sonuçlar sunar. Gelecekte hastalığı geliştirebilecek kişilerde, tam bir bozukluk başlangıcından önce tedaviye başlamanın faydası konusunda geniş tartışmalar bulunmaktadır. Eşik altı bipolar semptomların tedavisi için olası seçenekler arasında farmakolojik tedavi, psikososyal müdahale ve nutrasötik müdahale bulunmaktadır.

Yüksek risk altındaki popülasyona önleyici psikofarmakolojik ilaçların uygulanması için kesin kılavuzlar bulunmamaktadır (159–161). Her farmakolojik tedavi, bazı durumlarda faydaları aşan advers olaylar ve risklerle ilişkilidir. Risk altındaki popülasyonlarda farmakolojik yaklaşımların genellikle gerçek etkisizlik gösterdiği bildirilmektedir (162). Bununla birlikte, BB’nin tedavisinde kullanılan bazı bileşikler, klinik uygulamada belirtilen semptomların yönetimi için yaygın olarak kullanılmaktadır (163).

Psikoterapi, gerçek bir duygudurum epizodu göstermemiş bireylerde en uygun müdahale olarak kabul edilir, çünkü minimal advers etkilere sahiptir. Psikoterapiler, bipolar bozukluğun patogenezinde yer alan amygdala, insula ve anterior singulat gibi birçok beyin bölgesinde etkilidir (164).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya çalışma grubu olarak SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniği ve psikoterapi merkezine Mayıs 2023-Kasım 2023 tarihleri arasında başvuran, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 75 BKB hastası dahil edildi. Kontrol grubu olarak SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniklerine ayaktan başvuran BB tanısı ile takipli, yaş ve cinsiyet açısından örneklem grubuna benzer özellikte 75 gönüllü dahil edildi.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmenin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmış ve tanıları kesinleştirilmiştir. SCID-5 CV ile komorbid psikiyatrik tanı alan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya uygun olan hastalara sosyodemografik ve klinik veri formu ile klinik ölçekler uygulanmıştır.

Araştırmamız SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.05.2023 tarih ve 40 karar numarası ile onay almıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Çalışma grubu için:

1) DSM-5'e göre BKB tanısı alması
2) Okuryazar olması
3) 18 – 65 yaş arasında olması
4) Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

Kontrol grubu için:

1) DSM-5'e göre BB tanısı almış olması
2) Katılımcının en az son 3 aydır ötimik dönemde olması (HDDÖ'den≤ 8 puan ve YMDÖ'den≤ 6 puan almış olması gerekmektedir.)
3) Okuryazar olması
4) 18 – 65 yaş arasında olması

5) Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

<u>Dışlama Ölçütleri</u>

Çalışma grubu için:

1. SCID-5'e göre, depresyon ve anksiyete bozukluğu haricinde başka bir ruhsal bozukluğunun olması
2. Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre skoru ≥16 (hafif düzeyin üzerinde) olanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'ne göre skoru >16 (hafif düzeyin üzerinde) olanlar
3. Gebe veya emziren kadın olması
4. Nörolojik bilişsel fonksiyon kaybına neden olan hastalıkların varlığı

Kontrol grubu için:

1. Bipolar bozukluk haricinde bir psikiyatrik tanısının olması
2. Gebe veya emziren kadın olması
3. Nörolojik bilişsel fonksiyon kaybına neden olan hastalıkların varlığı

3.2. Değerlendirme Ölçekleri

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılacak olan kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından hazırlanmış olan veri toplama formudur.

3.2.2. Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği (BPBTÖ):

Correll ve Ark. (2014) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Aydemir ve Ark. (2018) tarafından yapılmıştır (31). Son bir yıl içinde duygudurum belirtilerini şiddet ve sıklık açısından ayrı ayrı 14 sorulu 6'lı Likert tipi değerlendirme sağlayan bir özbildirim ölçeğidir. Risk yaratması ve tanıya yatkınlığı araştırması açısından sorgulama, ağırlıklı olarak mani belirtilerine odaklanmaktadır. Diğer ölçeklere kıyasla irritabilite belirtisine önem verilmiştir. Maddelerin her biri 0-5 arasında puanlanmaktadır ve en yüksek puan 70 olarak belirlenmiştir. Ölçek şiddet ve sıklık alanlarında ayrı ayrı puanlama sağladığından iki adet toplam puan sunmaktadır.

3.2.3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40):

Testin 40 maddelik formu, bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Andrews, Singh ve

Bond (Andrews, Singh et al. 1993) tarafından geliştirilen testte her bir madde '1' (Bana hiç uygun değil) ile '9' (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekteki maksimum puan 360, minimum puan ise 40'dır. Bu ölçekteki 20 savunma immatür, nevrotik ve olgun savunmalar olarak 3 boyutta toplanmaktadır. İmmatür savunmalar yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, disosiyasyon, bölünme, mantıksallaştırma, bedenselleştirme; nevrotik savunmalar yapma-bozma, yapay özgecilik, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme; olgun savunmalar ise yüceleştirme, mizah, beklenti ve baskılamadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz tarafından yapılmıştır (10).

3.2.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R):

Carver ve Ark. tarafından 60 madde, 15 alt boyut olmak üzere 1989 yılında geliştirilmiştir. Ersanlı ve Dicle tarafından "Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza" isimleri ile 5 alt boyut, 32 madde olmak üzere 2015 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (165). Uyarlanan ölçekte maddeler "Asla Böyle Yapmam" için 1, "Çok Az Böyle Yaparım" için 2, "Böyle Yaparım" için 3, "Çoğunlukla Böyle Yaparım" için 4 olarak puanlanır. Uyarlanan ölçekte olumsuz madde bulunmamaktadır. Uyarlanan ölçekte elde edilebilecek maksimum puan 128, minimum puan 40'tır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması başa çıkma tutum düzeyinin yüksek olduğunu, puanın düşük olması başa çıkma tutum düzeyinin düşük olduğunu ifade etmektedir.

3.2.5. Borderline Kişilik Envanteri (BKE):

Leichsenring tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Leichsenring 1999), 53 maddeden oluşan ve doğru-yanlış biçiminde yanıtlanan bir envanterdir. Bu maddelerden son iki tanesi diğer maddelere bağlıdır ve psikopatoloji alkol ya da madde kullanımıyla ilişkilidir, maksimum puan 51, minimum puan 0'dır. Kernberg'in yapısal kişilik organizasyonu kuramına dayanan BKE, temel olarak kimlik karmaşası, ilkel savunma düzenekleri ve gerçeği değerlendirmede bozulma belirti kümelerinden oluşmaktadır. Geçerlilik analizine bakıldığında kesme puanı 15/16 olarak hesaplanmıştır, borderline psikopatolojinin ağırlığı bu puanı etkilemektedir. Geçerlilik güvenilirlik çalışması 2006 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (166).

3.2.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Beck ve Ark. (1988) tarafından, 21 maddeden oluşan ve maddelerin 0-3 arasında puanlandığı bir öz bildirim ölçeği olarak tanımlanmıştır. Anksiyete düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir. 0-7 puan çok hafif, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26- 63 puan şiddetli anksiyete düzeyini göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Ulusoy ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır (167).

3.2.7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Beck ve Ark. (1961) tarafından, 21 maddeden oluşan ve maddelerin 0-3 arasında puanlandığı bir öz bildirim ölçeği olarak tanımlanmıştır. Depresyon düzeyini ölçmede kullanılan bir ölçektir. Ölçekten alınan 0-9 puan normal, 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta, 30-63 puan şiddetli depresyon düzeyini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (168).

3.2.8. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

1986 yılında Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. Hamilton tarafından 17 itemli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı itemler eklenerek 21 ve 24 itemli ölçekler oluşturulmuştur. Depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt basamaklardan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (169).

3.2.9. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Manik epizodun şiddetini ölçmek amacıyla Young ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 11 maddelik ölçeğin 7 maddesi beşli Likert tipinde, diğer 4 maddesi ise dokuzlu Likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 44'tür. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (169). Türkçe sürümünün çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

3.2.10. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5-CV):

DSM-5 tanılarını koymak için oluşturulan DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), yarı yapılandırılmış bir değerlendirme formudur. Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise yalnızca araştırıcı sorularıyla yer almaktadır. Duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, diğer bozukluklar için araştırıcı sorular ve uyum bozuklukları olmak üzere toplam 10 modülden oluşmaktadır. Bu görüşmenin uygulaması DSM-5 sınıflandırmasını ve tanı ölçütlerini bilen klinisyenler veya eğitim görmüş ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılabilmektedir. SCID-5'in Türk toplumu için geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlama çalışması 2019 senesinde Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (170).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp. programı yardımıyla gerçekleştirilecektir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenecektir. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca, IQR değerler kullanılacaktır. Kategorik değişkenler Ki Kare Testi ile karşılaştırılacaktır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann Whitney U Testi kullanılacaktır. Normal dağılım gösteren (parametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Bağımsız T Testi kullanılacaktır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılacaktır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilecektir.

4. BULGULAR

4.1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 30,18 ± 9,90 idi. Bipolar hasta grubunun yaş ortalaması 35,64±9,34, Borderline hasta grubunun yaş ortalaması 24,73±7,06 olarak saptandı. Yaş açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ve bipolar hastalar istatiksel olarak daha yüksek yaşa sahipti ($t=8,063$, $p<0,001$) .

Cinsiyet dağılımı açısından bipolar hastaların 14'ü (%18,7), borderline hasta grubunun 3'ü erkekti (%4,0). Cinsiyet açısından bipolar hasta grubunda istatiksel anlamlı olarak fark mevcuttu ($\chi2 = 8,027$, $p = 0,005$).

Bipolar hasta grubundaki katılımcıların ise 30'u bekar (%40,0), 32'si evli (%42,7), 3'ü dul (%4,0) ve 10'u boşanmış/ayrıydı (%13,3). Borderline hasta grubundaki katılımcıların ise 62'si bekar (%82,7), 8'i evliydi (%10,7) ve 5'ü boşanmış/ayrıydı (%6,7). Medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmıştır ($\chi2 = 30,196$, $p < 0,001$).

Eğitim durumu açısından bipolar grubundaki katılımcıların 2'si okuryazar (%2,7), 8'i ilkokul mezunu (%10,7), 4'ü ortaokul mezunu (%5,3), 20'si lise mezunu (%26,7) ve 41'i yüksekokul mezunuydu (%54,7). Borderline hasta grubundaki katılımcıların 1'i okuryazar olmayan (%1,3) , 2'si ilkokul mezunu (%2,7), 5'i ortaokul mezunu (%6,7), 22'si lise mezunu (%29,3) ve 45'i yüksekokul mezunuydu (%60,0). Eğitim süreleri açısından gruplar açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi2= 8,407$, $p=0,135$). (Tablo 1)

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

		BB (n=75)	BKB (n=75)	t/x²	p
Yaş		35,64±9,34	24,73±7,06	8,063	**<0,001**
Cinsiyet				8,027	**0,005**
	Erkek	14 (%18,7)	3 (%4,0)		
	Kadın	61 (%81,3)	72 (%96,0)		
Medeni Durum				30,197	**<0,001**
	Bekar	30 (%40,0)	62 (%82,7)		
	Evli	32 (%42,7)	8 (%10,7)		
	Dul	3 (%4,0)	0 (%0,0)		
	Boşanmış/Ayrı	10 (%13,3)	5 (%6,7)		
Eğitim Durumu				8,407	0,135
	Okur-yazar değil	0 (%0,0)	1 (%1,3)		
	Okur-yazar	2 (%2,7)	0 (%0,0)		
	İlkokul	8 (%10,7)	2 (%2,7)		
	Ortaöğretim	4 (%5,3)	5 (%6,7)		
	Lise	20 (%26,7)	22 (%29,3)		
	Yüksekokul	41 (%54,7)	45 (%60,0)		

Meslek açısından bipolar hasta grubundaki katılımcıların 18'i işsiz (%24,0) , 19'u ev hanımı (%25,3), 27'si memur (%36,0), 5'i tüccar (%6,7), 3'ü emekli (%4,0) ve 3'ü öğrenciydi (%4,0). Borderline hasta grubundaki katılımcıların 16'sı işsiz (%21,3) , 8'i ev hanımı (%10,7), 13'ü memur (%17,3), 4'ü tüccar (%5,3), 1'i emekli (%1,3) ve 33'ü öğrenciydi (%44,0). Meslek açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi 2 = 40.150$, $p < 0,001$).

Tablo 2. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

		BB (n=75)	BKB (n=75)	t/x^2	p
Meslek				40,150	**<0,001**
	İşsiz	18 (%24,0)	16 (%21,3)		
	Ev Hanımı	19 (%25,3)	8 (%10,7)		
	Memur	27 (%36,0)	13 (%17,3)		
	Ticaret	5 (%6,7)	4 (%5,3)		
	Emekli	3 (%4,0)	1 (%1,3)		
	Öğrenci	3 (%4,0)	33 (%44,0)		
Aile psikiyatrik öyküsü				0,000	1,000
	Yok	34 (%45,3)	34 (%45,3)		
	Var	41 (%54,7)	41 (%54,7)		

Ailede psikiyatrik öykü açısından her iki grupta da 41 katılımcıda ailede psikiyatrik öykü mevcuttu (%54,7) ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi2$= 0,000, p=1,000). (Tablo 2)

Sigara kullanımı açısından bipolar hasta grubunda 44 kişide (%58,7) sigara kullanımı mevcutken, borderline hasta grubunda 58 kişi (%77,3) sigara kullanmaktaydı. Sigara kullanımı açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştı ve borderline hasta grubunda daha yüksek sigara kullanımı mevcuttu ($\chi2$ = 6,005, p = 0,022).

Tablo 3. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

		BB (n=75)	BKB (n=75)	t/x²	p
Sigara				6,005	**0,022**
	Yok	31 (%41,3)	17 (%22,7)		
	Var	44 (%58,7)	58 (%77,3)		
Alkol-madde				2,978	0,084
	Yok	66 (%88,0)	58 (%77,3)		
	Var	9 (%12,0)	17 (%22,7)		
Ailede Pam				1,904	0,168
	Yok	62 (%82,7)	55 (%73,3)		
	Var	13 (%17,3)	20 (%26,7)		

Alkol madde kullanımı açısından, bipolar hasta grubunda 9 kişide (%12,0) alkol madde kullanımı mevcutken, borderline hasta grubunda 17 kişi (%22,7) alkol-madde kullanmaktaydı. Alkol-madde kullanımı açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi2 = 2,978$, $p = 0,084$).

Ailede psikoaktif madde kullanımı, bipolar hasta grubunda 13 kişide (%17,3) mevcutken, borderline hasta grubunda 20 kişide (%26,7) mevcuttu. Ailede psikoaktif madde kullanımı açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi2 = 1,904$, $p = 0,168$). (Tablo 3)

İntihar öyküsü, bipolar hasta grubunda 16 kişide (%21,3) mevcutken, borderline hasta grubunda 54 kişide (%72,0) mevcuttu. İntihar açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmıştı ve borderline hasta grubunda daha yüksek intihar öyküsü mevcuttu ($\chi2 = 38,679$, $p < 0,001$).

Ailede intihar öyküsü, bipolar hasta grubunda 18 kişide (%24,0) mevcutken, borderline hasta grubunda 24 kişide (%32,0) mevcuttu. Ailede intihar öyküsü açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi2 = 1,190$, $p = 0,275$).

Tablo 4. Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri devamı

		BB (n=75)	BKB (n=75)	t/x²	p
İntihar				38,679	**<0,001**
	Yok	59 (%78,7)	21 (%28,0)		
	Var	16 (%21,3)	54 (%72,0)		
Ailede İntihar				1,190	0,275
	Yok	57 (%76,0)	51 (%68,0)		
	Var	18 (%24,0)	24 (%32,0)		
Ek tıbbi Hastalık				1,430	0,232
	Yok	52 (%69,3)	45 (%60,0)		
	Var	23 (%30,7)	30 (%40,0)		

Bipolar hasta grubunda 23 kişide (%30,7) ek tıbbı hastalık mevcutken, borderline hasta grubunda 30 kişide (%40,0) mevcuttu. Ek tıbbi hastalık açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi 2$ = 1,430, p = 0,232). (Tablo 4)

4.2. Grupların BPBTÖ Şiddet ve Sıklık Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma grubunun ölçek puanlarına bakıldığında, bipolar hasta grubunda BPBTÖ Şiddet puanı ortalaması 23,22 (12 – 32) bulunurken, borderline hasta grubunda 38,61 (27 – 50) olarak saptanmıştır. BPBTÖ Şiddet puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (z = -5,714, p < 0,001).

BPBTÖ Sıklık puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 19,54 (10 – 25) bulunurken, borderline hasta grubunda 35,93 (24 – 47) olarak saptanmıştır. BPBTÖ Sıklık puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna

göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (z = -6,108, p < 0,001). (Tablo 5)

Tablo 5. Grupların BPBTÖ Şiddet ve Sıklık alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar (n=75)		Borderline (n=75)		t/z test	P
	(ort. / std. sapma)		(ort. / std. sapma)			
BPBTO Şiddet	23,22	(12-32)	38,61	(27-50)	-5,714	**<0,001**
BPBTO Sıklık	19,54	(10-25)	35,93	(24-47)	-6,108	**<0,001**

4.3. Grupların COPE-R Toplam Puanı ve Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

COPE-R puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 84,54 ± 11,65, borderline hasta grubunda 83,49 ± 11,41 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında COPE-R puanı açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 0,559, p = 0,557).

Kendine Yardım puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 16,48 ± 4,51, borderline hasta grubunda 16,60 ± 4,25 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Kendine Yardım puanı açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 0,168, p = 0,867).

Yaklaşım puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 21,26 ± 4,44, borderline hasta grubunda 18,01 ± 5,09 olarak saptanmıştır. Yaklaşım puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (t = 4,167, p <0,001).

Uyum Sağlama puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 21,12 ± 3,97, borderline hasta grubunda 16,74 ± 4,45 olarak saptanmıştır. Uyum Sağlama puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (t = 6,338, p <0,001).

Sakınma puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 11,93 ± 3,45, borderline hasta grubunda 12,49 ± 3,48 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Sakınma puanı açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 0998, p = 0,325).

Kendine Ceza ortalaması bipolar hasta grubunda 13,49 ± 4,85, borderline hasta grubunda 19,66 ± 4,56 olarak saptanmıştır. Kendine Ceza puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (t = 8,021, p <0,001). (Tablo 6)

Tablo 6. Grupların COPE-R toplam puanı ve Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar (n=75)		Borderline (n=75)		t/z test	p
	(ort. / std. sapma)		(ort. / std. sapma)			
COPE-R	84,54	11,65	83,49	11,41	0,559	0,557
Kendine Yardım	16,48	4,51	16,60	4,25	0,168	0,867
Yaklaşım	21,26	4,44	18,01	5,09	4,167	**<0,001**
Uyum Sağlama	21,12	3,97	16,74	4,45	6,338	**<0,001**
Sakınma	11,93	3,45	12,49	3,48	0,998	0,325
Kendine Ceza	13,49	4,85	19,66	4,56	8,021	**<0,001**

4.4. Grupların SBT-40 Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Matur Savunma puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 43,08 ± 11,90, borderline hasta grubunda 41,72 ± 11,14 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Matur Savunma puanı açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 0,722, p = 0,421).

Nevrotik Savunma puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 41,84 ± 14,31, borderline hasta grubunda 42,68 ± 11,49 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında Nevrotik Savunma puanı açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (t = 0,396, p = 0,692).

İmmatur Savunma puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 91,44 ± 35,29, borderline hasta grubunda 122,61 ± 30,62 olarak saptanmıştır. İmmatur Savunma puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (t = 5,777, p <0,001). (Tablo 7)

Tablo 7. Grupların SBT-40 Matur, Nevrotik ve İmmatur Savunma alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Bipolar (n=75)		Borderline (n=75)		t/z test	p
	(ort. / std. sapma)		(ort. / std. sapma)			
Matur Savunma	43,08	11,90	41,72	11,14	0,722	0,421
Nevrotik Savunma	41,84	14,31	42,68	11,49	0,396	0,692
İmmatur Savunma	91,44	35,29	122,61	30,62	5,777	**<0,001**

4.5. Grupların BKE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

BKE puanı ortalaması bipolar hasta grubunda 13,53 (7-20), borderline hasta grubunda 26,25 (19-34) olarak saptanmıştır. BKE puanı ortalaması borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($z = -7,200$, $p < 0,001$). (Tablo 8)

Tablo 8. Grupların BKE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Bipolar (n=75)		Borderline (n=75)		t/z test	p
	(ort. / std. sapma)		(ort. / std. sapma)			
BKE	13,53	(7-20)	26,25	(19-34)	-7,200	**<0,001**

4.6. BKB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

Borderline hasta grubunda BPBTÖ Şiddet ile Nevrotik Savunma ve Kendine Ceza puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; COPE-R, Sakınma, Matur ve İmmatur Savunma puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü; BPBTÖ sıklık ve BKE arasında pozitif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla $r=0,311$, $r=0,351$, $r=0,412$, $r=0,474$, $r=0,384$, $r=0,633$, $r=0,775$, $r=0,716$).

BPBTÖ sıklık ile Matur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; Sakınma, İmmatur Savunma ve BKE puanları arasında orta düzeyde

pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla r=0,312 , r=0,433 , r=0,587 , r=0,607).

COPE-R ile Matur Savunma ve BKE puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza ve Nevrotik Savunma puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (BKE hariç $p<0.001$ olup, sırasıyla r=0,303 , r=0,279/ $p<0.05$, r=0,505 , r=0,665, r=0,579 , r=0,447 , r=0,382, r=0,492).

Yaklaşım ile Matur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; Uyum Sağlama puanları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla r=0,341 , r=0,536).

Uyum Sağlama ile Kendine Ceza puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönlü; Matur ve İmmatur Savunma puanları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (Kendine Ceza puanı hariç $p<0.001$ olup, sırasıyla r=-0,268/ $p<0.05$, r=0,407 , r=0,410).

Sakınma ile Kendine Ceza ve Nevrotik Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; İmmatur Savunma ve BKE puanları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla r=0,345 , r=0,342 , r=0,427, r=0,463).

Kendine Ceza ile İmmatur Savunma ve BKE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla r=0,447 , r=0,473).

Matur Savunma ile Nevrotik Savunma ve İmmatur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.05$ olup, sırasıyla r=0,280 , r=0,270).

Nevrotik Savunma ile İmmatur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.05$ olup, r=0,253). İmmatur Savunma ile BKE puanları arasında ise güçlü düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, r=0,769). (Tablo 9)

Tablo 9. BKB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BPBTO Şiddet (1)	1	**0,775****	**0,412****	0,073	0,133	0,089	**0,474****	**0,351****	**0,384****	**0,311****	**0,633****	**0,716****
BPBTO Sıklık (2)	**0,775****	1	0,226	-0,014	0,054	-0,055	**0,433****	0,226	**0,312****	0,077	**0,587****	**0,607****
COPE R (3)	**0,412****	0,226	1	**0,505****	**0,665****	**0,579****	**0,447****	**0,382****	**0,303****	**0,492****	0,156	**0,279***
Kendine Yardım (4)	0,073	-0,014	**0,505****	1	0,117	0,146	0,049	0,028	0,050	0,194	-0,179	-0,094
Yaklaşım (5)	0,133	0,054	**0,665****	0,117	1	**0,536****	-0,043	-0,063	**0,341****	0,192	-0,017	0,055
Uyum Sağlama (6)	0,089	-0,055	**0,579****	0,146	**0,536****	1	0,013	**-0,268***	**0,407****	**0,410****	-0,207	-0,107
Sakınma (7)	**0,474****	**0,433****	**0,447****	0,049	-0,043	0,013	1	**0,345****	0,113	**0,302****	**0,427****	**0,463****
Kendine Ceza (8)	**0,351****	0,226	**0,382****	0,028	-0,063	**-0,268***	**0,345****	1	-0,154	0,199	**0,447****	**0,473****
Matur Savunma (9)	**0,384****	**0,312****	**0,303****	0,050	**0,341****	**0,407****	0,113	-0,154	1	**0,280***	**0,270***	0,212
Nevrotik Savunma (10)	**0,311****	0,077	**0,492****	0,194	0,192	**0,410****	**0,302****	0,199	**0,280***	1	**0,253***	0,160
İmmatur Savunma (11)	**0,633****	**0,587****	0,156	-0,179	-0,017	-0,207	**0,427****	**0,447****	**0,270***	**0,253***	1	**0,769****
BKE (12)	**0,716****	**0,607****	**0,279***	-0,094	0,055	-0,107	**0,463****	**0,473****	0,212	0,160	**0,769****	1

Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır.
*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).
**Korelasyon 0,001 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Bu çalışmada; Bipolar Prodrom Ölçeğinin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin "Şiddet" ve "Sıklık" olarak 2 alt ölçek puanı olup bunlar için 14'er maddeden oluşan tek bir faktör yapısı bulunmaktadır. Çalışmamızda BKB tanılı hastalarda uygulanması için güvenirlilik değerlendirilmesinde ölçek 75 katılımcı üzerinde uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda "Şiddet" alt ölçek puanı için Cronbach alfa değeri $\alpha = 0.864$ olarak, "Sıklık" alt ölçek puanı için Cronbach alfa değeri $\alpha = 0,893$ olarak bulunmuştur, bu da ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

4.7. BB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

BPBTÖ Şiddet ile COPE-R, Kendine Ceza, Matur Savunma, Nevrotik Savunma ve İmmatur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; BKE puanları arasında

orta düzeyde pozitif yönlü; BPBTÖ Sıklık ile arasında pozitif yönlü güçlü ilişki saptanmıştır (COPE-R ve Matur Savunma hariç p<0.001 olup, sırasıyla r=0,280/ p<0.05 , r=0,358 , r=0,253/ p<0.05 , r=0,337 , r=0,305, r=0,604, r=0,851).

BPBTÖ Sıklık ile COPE-R, Kendine Ceza, Matur ve Nevrotik Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; İmmatur Savunma ve BKE ile puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (p<0.001 olup, sırasıyla r=0,307 ,r=0,329 , r=0,236 , r=0,352, r=0,398, r=0,707).

COPE-R ile Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma, Kendine Ceza, Matur Savunma, Nevrotik Savunma ve BKE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (sırasıyla p<0.001 olup, r=0,614 , r=0,616 , r=0,548 , r=0,396, r=0,401 , r=0,478 , r=0,519, r=0,449).

Tablo 10. BB Tanılı Grupta Ölçekler Arası İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
BPBTO Şiddet (1)	1	**0,851****	**0,280***	0,017	0,124	-0,028	0,146	**0,358****	**0,253***	**0,337****	**0,305****	**0,604****
BPBTO Sıklık (2)	**0,851****	1	**0,307****	0,028	0,028	0,099	0,205	**0,329****	**0,236***	**0,352****	**0,398****	**0,707****
COPE R (3)	**0,280***	**0,307****	1	**0,614****	**0,616****	**0,548****	**0,396****	**0,401****	**0,478****	**0,519****	0,217	**0,449****
Kendine Yardım (4)	0,017	0,028	**0,614****	1	**0,520****	**0,251***	-0,059	-0,145	**0,440****	0,173	-0,171	0,055
Yaklaşım (5)	0,124	0,028	**0,616****	**0,520****	1	**0,246***	-0,099	-0,139	**0,513****	0,209	-0,131	0,062
Uyum Sağlama (6)	-0,028	0,099	**0,548****	**0,251***	**0,246***	1	-0,021	0,029	**0,335****	0,080	0,078	-0,003
Sakınma (7)	0,146	0,205	**0,396****	-0,059	-0,099	-0,021	1	**0,358****	-0,001	**0,532****	**0,467****	**0,379****
Kendine Ceza (8)	**0,358****	**0,329****	**0,401****	-0,145	-0,139	0,029	**0,358****	1	0,005	**0,338****	**0,329****	**0,554****
Matur Savunma (9)	**0,253***	**0,236***	**0,478****	**0,440****	**0,513****	**0,335****	-0,001	0,005	1	**0,298****	0,186	0,153
Nevrotik Savunma (10)	**0,337****	**0,352****	**0,519****	0,173	0,209	0,080	**0,532****	**0,338****	**0,298****	1	**0,599****	**0,560****
İmmatur Savunma (11)	**0,305****	**0,398****	0,217	-0,171	-0,131	0,078	**0,467****	**0,329****	0,186	**0,599****	1	**0,588****
BKE (12)	**0,604****	**0,707****	**0,449****	0,055	0,062	-0,003	**0,379****	**0,554****	0,153	**0,560****	**0,588****	1

Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır.
*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).
**Korelasyon 0,001 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

Kendine Yardım ile Uyum Sağlama puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; Yaklaşım ve Matur Savunma ile puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki

saptanmıştır (Uyum Sağlama puanı hariç $p<0.001$ olup, sırasıyla $r=0,251$/ $p<0.05$, $r=0,529$, $r=0,440$).

Yaklaşım ile Uyum Sağlama puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü; Matur Savunma puanları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,246$ / $p<0.05$, $r=0,513$/ $p<0.001$).

Uyum Sağlama ile Matur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($r=0,335$/ $p<0.001$).

Sakınma ile Kendine Ceza, Nevrotik Savunma, İmmatur Savunma ve BKE puanları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla $r=0,358$, $r=0,532$, $r=0,467$, $r=0,379$).

Kendine Ceza ile Nevrotik Savunma ve İmmatur Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki; BKE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, sırasıyla $r=0,338$, $r=0,329$, $r=0,554$).

Matur Savunma ile Nevrotik Savunma puanları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($r=0,298$/ $p<0.001$).

Nevrotik Savunma ile İmmatur Savunma ve BKE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0.001$ olup, $r=0,599$, $r=0,560$).

İmmatur Savunma ile BKE puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($r=0,588$/ $p<0.001$).

5. TARTIŞMA

BKB ve BB, psikiyatri literatüründe uzun yıllardır araştırılan ve klinik açıdan önemli olan iki bozukluktur. İki bozukluk arasındaki ayırıcı tanı zor olabilir çünkü duygudurumda dengesizlik, dürtüsellik gibi eşlik eden semptomları sıklıkla örtüşür, tedavilerinde kullanılan ilaçlar benzerdir ve birlikte görülme sıklıkları yüksektir. Bu nedenle, bu bozuklukların bir spektrumun parçası olabileceği yönünde tartışmalar ortaya çıkmıştır (171,172). Bazı araştırmacılar BKB'nin BB öncülü olabileceğini, yani bazı kişilerde BKB ile başlayan bir sürecin, zamanla bipolar bozukluğa dönüşebileceğini öne sürmüşlerdir (7,173–176). Örtüşen köken ve patogenez bu hipotezi destekleyebilir, ancak mevcut veriler her zaman bu sonucu doğrulamamaktadır (177). Dolayısıyla, daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamız, iki bozukluk arasındaki ilişkiyi ruhsal aygıtın savunma mekanizmaları, stresle başa çıkma tutumları çerçevesinde inceleyerek; BKB'nin BB öncülü olup olamayacağı ve BKB'nin Bipolar Spektrum hastalıkları arasında nerede olduğu konusundaki tartışmalara katkıda bulunmayı amaçlamıştır.

Literatürde başa çıkma tutumları ve savunma mekanizmalarının, psikiyatrik hastalıkların gelişimi ve seyri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu; duygusal regülasyon süreci, psikososyal işlevsellik ve tedavi uyumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (26,178–181).

Bu çalışmada, BKB'de savunma mekanizmaları ve başa çıkma tutumları ile bipolar prodromal dönem belirtilerinin şiddeti ve görülme sıklığı arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Bilgilerimize göre bu bağlantı üzerinden gerçekleştirilen ilk çalışmadır.

Çalışmamıza Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran DSM-5'e göre BKB tanısı alan 75 hasta ve en az 3 aydır remisyonda olan BB tanısı ile takipli 75 hasta alınmıştır. Oluşturulan bu iki grup arasında sosyodemografik ve klinik özellikler, Borderline Kişilik Envanteri (BKE), Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği (BPBTÖ), Savunma Biçimleri Testi 40 (SBT-40), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) puanları karşılaştırılmıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 30,18 ± 9,90 idi. Bipolar hasta grubunun yaş ortalaması 35,64±9,34, Borderline hasta grubunun yaş ortalaması 24,73±7,06 olarak saptandı. Yaş açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ve bu durum kısıtlılıkta belirtilmiştir. Çalışmamızda BKB tanılı hastalar istatiksel olarak daha düşük yaşa sahipti. Bu bulgu, BKB'nin genç erişkinlikte daha yaygın olduğunu ve 30 yaşından sonra tanı konma sıklığının azaldığını belirten çalışmalarla uyumludur (182).

Çalışmamızda cinsiyet dağılımı açısından bipolar hastaların %18,7'si, borderline hasta grubunun %4,0'ü erkekti. Literatürde, yetişkinlerde BKB'nin cinsiyetler arasında fark göstermediği belirtilmiştir. Ancak, yapılan araştırmalar kadın BKB olan bireylerin daha fazla tedavi talebinde bulunduğunu göstermektedir (183,184). Çalışmamızda da hasta grubunda kadın cinsiyet yoğunluktaydı, bu nedenle kontrol grubu seçimi de buna paralel yapılmaya çalışıldı. Bu durum kısıtlılıkta belirtilmiştir.

BKB ve BB'nin evlilik ilişkileri üzerindeki olumsuz etkileri olduğu, bekârlar veya boşanmış olan kişilerde daha sık görüldükleri bildirilmiştir (88,185,186). Çalışmamızda bipolar hasta grubundaki katılımcıların %40'ı bekar, %42,7'si evli, %4'ü dul ve %13,3'ü boşanmış/ayrıydı. Borderline hasta grubundaki katılımcıların ise %82,7'si bekar, %10,7'si evli ve %6,7'si boşanmış/ayrıydı. Medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmıştır. Çalışmamıza katılan BKB tanılı grubun, literatüre paralel olarak daha genç popülasyondan oluşması bekar oranının daha yüksek olmasını sağlamış olabilir.

Literatürde BKB tanılı hastaların meslek edinebilme yetilerindeki düşüklükten bahsedilmektedir (187). Çalışmamızda meslek açısından bipolar hasta grubundaki katılımcıların %24'ü işsiz, %25,3'ü ev hanımı, %36'sı memur, %6,7'si tüccar, %4'ü emekli ve %4'ü öğrenciydi. Borderline hasta grubundaki katılımcıların %21,3'ü işsiz, %10,7'si ev hanımı, %17,3'ü memur, %5,3'ü tüccar, %1,3'ü emekli ve %44'ü öğrenciydi. Meslek açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Borderline grupta öğrenci oranı, bipolar hasta grubundan 10 kat fazla olduğu görülmüştür. Bu duruma gruplar arasındaki yaş farkı sebep olmuş olabilir.

Ülkemizdeki BB hastalarını içeren çalışmaları derleyen bir gözden geçirmede, hastaların eğitim yılı ortalamasının, genellikle büyük şehirlerde yapılan çalışmalardan

dolayı yüksek (10 yılın üzerinde) olduğu belirtilmiştir (188). Bizim çalışmamızda da eğitim durumu açısından BB tanılı katılımcıların %2,7'si okur yazar, %10,7'si ilkokul mezunu, %5,3''ü ortaokul mezunu, %26,7'si lise mezunu ve %54,7's'i yüksekokul mezunuydu. Borderline hasta grubundaki katılımcıların %1,3'ü okuryazar olmayan, %2,7'si ilkokul mezunu, %6,7'si ortaokul mezunu, %29,3'ü lise mezunu ve %60'ı yüksekokul mezunuydu. Çalışmamızda gruplar arasında eğitim süreleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Anlamlı farklılık bulunmaması eğitim sistemindeki değişikliklerle, özellikle 12 yıl zorunlu eğitim uygulamasıyla ve çalışmanın büyük bir şehirde yürütülmesiyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik öykü açısından tüm katılımcıların %54,7'sinde ailede psikiyatrik öykü mevcuttu. Bu durum, literatüre paralel olarak, hem BKB hem de BB için ailesel geçişin ek bir yük getirdiğini göstermektedir (58,189).

Literatüre bakıldığında BB veya BKB olan hastalarda, aşırı uçlardaki duygularla başa çıkabilmek veya self-medikasyon için, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımında artış görülmektedir. Bu hastalarda, özellikle dürtüselliğin madde kullanımında artış ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (86,190,191). Kişilik bozuklukları ve tütün kullanımı arasındaki anlamlı ilişkiyi vurgulayan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada genel popülasyonda sigara içenler arasında, borderline ve bağımlı kişilik bozukluğu gelişme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. (192–194). Çalışmamızda da sigara kullanımı açısından her iki grup arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, literatüre benzer şekilde, kişilik bozukluğu tanılı grupta daha yüksek sigara kullanımı (%77,3) olduğu görülmüştür.

BKB olan bireylerin intihar girişimi riski, yapılan çalışmalarda toplum genelinden daha yüksek bulunmuştur (195,196). Yapılan araştırmalarda, bu hastaların yaklaşık %75'inin yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (87,195). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde BKB tanılı grubun %72,2'sinin geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir.

5.2. Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda BKB tanılı grupta ve remisyonda olan bipolar bozukluk tanılı grupta bipolar prodromal belirtilerin şiddet ve görülme sıklığının değerlendirilmesi için BPBTÖ (Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği) kullanılmıştır. Bipolar bozukluğu gerek sağlıklı gerekse hasta gruplarında tarayarak saptamak amacıyla kullanılan

BPBTÖ, son bir yıl içinde duygudurum belirtilerini şiddet ve sıklık açısından ayrı ayrı 14 sorulu 6'lı Likert tipi değerlendirme sağlayan bir özbildirim ölçeğidir. Risk ve tanıya yatkınlığı araştırmak için kullanılır ve özellikle mani belirtilerine odaklanırken, diğer ölçeklere kıyasla irritabilite belirtisine de önem verir. Her madde 0 ile 5 arasında puanlanır ve maksimum toplam puan 70'tir. Ölçek, şiddet ve sıklık alanlarında ayrı ayrı puanlama yapar, bu nedenle iki farklı toplam puan sunar. Ölçeğin orijinal geliştirilme çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,74 ile 0,89 arasında değişirken sınıf içi korelasyon katsayısı 0,93 ile 0,98 arasında bulunmuştur. Ayrıca, diğer duygudurum ölçekleriyle iyi düzeyde korelasyon göstermiştir (197).

Literatüre bakıldığında BPBTÖ'nin daha önce BKB olan hastalara uygulandığı bir çalışma olmadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızda 75 katılımcı üzerinde, ölçeğin BKB tanılı hastalarda uygulanması için güvenirlilik değerlendirilmesi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda "Şiddet" alt ölçek puanı için Cronbach alfa değeri $\alpha = 0.864$ olarak, "Sıklık" alt ölçek puanı için Cronbach alfa değeri $\alpha = 0,893$ olarak bulunmuştur, bu da ölçeğin BKB tanılı hastalarda da yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Frias ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede BKB'nin BB için bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (176). Bir çalışmada BB ve BKB'nin ayrı bozukluklar olduğu ancak önemli ortak noktalara sahip olduğu sonucuna varılmıştır (198). Başka çalışmalarda ise BKB'li hastalarda duygudurum düzensizliklerinin önemi ve hastalığın bipolar spektrum hastalıklarıyla ilişkisi vurgulanmıştır (5,172,199).

Çalışmamızda BPBTÖ Şiddet puanı ortalaması, borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($z = -5,714$, $p < 0,001$). Benzer şekilde BPBTÖ Sıklık puanı ortalaması da borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre istatiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($z = -6,108$, $p < 0,001$). Çalışmaya alınan BB tanılı hasta grubunun tedavi altında olması ve takiplerine düzenli gelmesi, duygudurum belirtilerinin şiddetini ve sıklığını etkileyerek bu farka neden olmuş olabilir. Öte yandan çoğunlukla herhangi bir tedavi altında olmayan ve tıpkı diğer kişilik bozuklarında olduğu gibi sıklıkla tedavi sürecine uyumda zorluklar yaşayan (200,201) BKB tanılı hasta grubunda, bipolar bozukluk ile örtüşen semptomatoloji, BPBTÖ alt ölçek puanlarına yansımış olabilir.

Çalışmamızda BKE puanı ortalaması borderline hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($z = -7,200$, $p < 0,001$). Karşılaştırma

grubu bipolar bozukluk tanılı hastalardan oluşsa da, bulguların beklenildiği gibi gelmesi ölçeğin güvenilirliğini işaret etmektedir.

Literatürde BKB tanısı olan yetişkinlerin genel popülasyona kıyasla, uyumsuz başa çıkma stratejilerini daha sık sergilediğini, ancak daha yüksek bir başa çıkma esnekliği gösterdiğini tespit eden çalışmalar mevcuttur (202,203). BKB'de intihar ve başa çıkma tutumlarının ilişkisini araştıran bir çalışmada, özellikle Kaçınma gibi potansiyel uyumsuz başa çıkma stratejilerinin, intihar davranışı ve düşünceleriyle arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (204). Bir çalışmada BB tanılı hastalarda, sağlıklı kontrollere göre daha uyumsuz başa çıkma yöntemlerinin tercih edildiği; potansiyel işlevsel başa çıkma stratejileri olan davranışsal başa çıkma stratejilerinin daha az manik ve depresif nüksle ilişkilendirildiği, kaçınma veya duygusal başa çıkma stratejilerinin ise depresif tekrarlarla bağlantılı olduğu bildirilmiş; işlevsel başa çıkma stratejilerini benimseyenlerde daha olumlu klinik sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir (185).

BKB tanısı olan hastaların, BB tanılı ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada ise; özellikle borderline grupta duygulanım düzenlemesinde belirgin bir beceri eksikliği olduğu ve bunun da başa çıkma stratejileriyle yakın ilişki içinde olduğu bildirilmiştir (205). Kişilik bozuklukları, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarının azalması ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının yoğun kullanımıyla ilişkilendirilmiştir (206,207). Bazı çalışmalar ise, stresli yaşam olaylarının hem BKB hem bipolar bozuklukta hastalık seyrini kötüleştirdiğini, dolayısıyla tedavi sürecindeki sonuçları iyileştirmek için uygun başa çıkma stratejilerinin desteklenmesine ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (208,209).

Çalışmamızda her iki grup arasında toplam başa çıkma tutum düzeyi açısından (COPE-R) anlamlı istatistiksel bir fark saptanmamış olup, bu durumun hastalıkların örtüşen semptomatolojisi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Yapılan literatür araştırmasında BKB ve BB tanılı hastaları başa çıkma tutumları açısından karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bulgularımızın genellenebilmesi için gruplar arasında başa çıkma açısından etkisi olabilecek faktörlerin (örn: eğitim süresi, yaş, sosyoekonomik düzey, hastalık süresi) eşleştirildiği prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda COPE-R alt ölçek puanlarından Yaklaşım ve Uyum Sağlama borderline hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük ($p < 0,001$) bulunurken, Kendine Ceza puanı borderline hasta grubunda istatiksel anlamlı olarak

daha yüksek ($p < 0,001$) saptanmıştır. Yaklaşım ve Uyum Sağlama, potansiyel olarak uygun başa çıkma stratejileri olarak tanımlanır ve problem çözme odaklıdır. (165,210,211). Çalışmamızda BKB tanılı grup kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bu işlevsel başa çıkma stratejilerinin, borderline hastalar tarafından daha az kullanıldığı; işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinden olan Kendine Cezanın ise daha fazla kullanıldığı saptanmıştır. Bulgularımız kişilik bozuklukları ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişki bağlamında, literatür bilgisiyle uyumludur.

Savunma mekanizmaları, çatışma ve anksiyete gibi olumsuz duyguların geçici olarak hafifletilmesi veya uyum sağlanması için kullanılır. Bu mekanizmalar, benlik saygısı veya bütünlüğü tehdit eden durumlarda gerilimi azaltabilir. Özellikle immatür savunma mekanizmalarının aşırı ve sürekli kullanımı, kişilik gelişimi için zararlı olabilir ve psikopatolojiye yol açabilir (212). Vaillant, klinik uygulamada hastaların daha iyi anlaşılması için, kişinin savunma tarzının tanı formülasyonuna dahil edilmesi gerektiğini vurgulamış, özellikle kişilik bozuklukları olan bireylerin sınıflandırılması ve tedavisinde, immatür savunma mekanizmalarının klinik olarak değerlendirilmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (180). İlgili literatürde farklı kişilik bozuklukları ile spesifik savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların ortak sonucu kişilik bozukluklarının immatür savunma mekanizmalarıyla güçlü ilişkilerinin olduğu yönündedir (147,148). Çalışmamızda literatüre paralel olarak, BKB tanılı hasta grubunda İmmatur Savunma puanı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır ($t = 5,777$, $p <0,001$).

5.3. Gruplarda Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmamızda BKB tanılı hastalarda bipolar bozukluğun prodromal belirtileri ile başa çıkma tutumları ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Bu bağlamda tüm katılımcılara BPBTÖ, COPE-R, SBT-40 ve BKE uygulanmış olup, gruplar içerisinde ve gruplar arasında ölçek puanları birbiriyle karşılaştırılmıştır. Yapılan literatür araştırmasında, BB için riskli bireylerde başa çıkma tutumları ve savunma mekanizmalarının bipolar prodromal belirtilerle ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

BKB ve BB komorbiditesinin sık olduğu bilinmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluklarıyla birliktelik, daha zorlu bir seyirle ilişkilendirilmektedir. Bu, uzun epizodlar, kısa süreli iyilik hali ve daha erken başlangıç yaşları gibi belirtilerle kendini gösterir. Özellikle BKB ile olan komorbiditede, eşlik

eden madde kötüye kullanımı gibi özelliklerin belirginleştiği bilinmektedir. Bazı araştırmacılar BKB'nin BB için risk faktörü olduğu, hatta BB öncülü olabileceği ileri sürmüştür (18,213–215). Riskli bireylerde bipolar bozukluğun prodromal belirtilerinin saptanması ve erken tedavi müdahaleleri, daha iyi bir hastalık seyriyle ilişkilidir. Çalışmamızda bipolar prodromal belirtilerin değerlendirilmesi için BPBTÖ kullanılmıştır. BPBTÖ, BB açısından risk değerlendirmesi yapmak ve tanıya yatkınlığı değerlendirmek için kullanılan bir özbildirim ölçeğidir. Prodromal belirtileri şiddet ve sıklık açısından değerlendirmeyi sağlar. Literatürde BPBTÖ'nin kullanıldığı az sayıda çalışma olduğu ve bu çalışmalarda da sınırlı çeşitlilikte hasta grubuna uygulandığı görülmüştür (31–34,197). Çalışmamızdan elde edilen veriler, ölçeğin BKB tanılı grupta güvenilir olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, BB risk değerlendirmesi ve tanıya yatkınlığı araştırmak için, ölçeğin farklı tanı gruplarında da uygulanabileceği düşünülmüştür.

Bir gözden geçirme çalışmasında BB ile kişilik bozuklukları eş tanı yaygınlığına bakılmış ve bu eş tanıların BB üzerindeki etkileri incelenmiştir. BB'de kişilik bozukluğu eş tanısı genel popülasyondan anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve komorbid hastalığı olan bireylerin tedavi cevabının daha düşük olduğu bildirilmiştir (216). Bununla birlikte bazı kişilik özelliklerinin psikiyatrik hastalık riskinde artışla ilişkilendirildiği bilinmektedir. Barnett ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, kişilik özelliklerinin bipolar bozuklukta hastalık seyriyle yakın ilişkide olduğu, hatta hastalığı ön görücü bir faktör olduğu bidirilmiştir (217). Bizim çalışmamızda da tüm örneklemde BPBTÖ ve BKE puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu veri, BB ve BKB'nin örtüşen semptomatolojisi düşünüldüğünde, özellikle borderline kişilik özelliklerinin BB için risk faktörü olabileceğini öne süren literatür bilgisiyle uyumlu görünmektedir.

Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, savunmaların işleyişi 290 BKB tanılı hasta ile diğer Eksen 2 tanılı hastalarla prospektif olarak karşılaştırılmış, zamanla değişen savunmalar ile iyileşme arasındaki ilişki incelenmiş ve özellikle BKB'de immatur savunmaların iyileşme süresini en iyi öngören faktör olduğu öne sürülmüştür (218). Carvalho ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada ise savunmalar ve patolojik kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş ve immatur savunma mekanizmalarını kullanma eğiliminde olanların aynı zamanda patolojik kişilik özellikleri sergileme olasılığı en yüksek olan kişiler olduğu gösterilmiştir (219). Bizim çalışmamızda İmmatur Savunma ile BKE puanları arasında pozitif yönlü güçlü ilişki bulunmuştur. Bu bağlamda sonuçlarımız literatür bilgisiyle uyumludur.

Çalışmamızda BKB tanılı grupta, BPBTÖ Şiddet Puanı ile Matur, İmmatur ve Nevrotik Savunma puanları, COPE-R toplam puanı ile alt ölçek puanları olan Sakınma ve Kendine Ceza arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. BPBTÖ sıklık puanı ile ise, Matur ve İmmatur Savunma puanı ve Sakınma puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu veriler BKB tanılı hastalarda görülen bipolar öncülü belirtilerin yarattığı stres ve bu stresle başa çıkmak için kullanılan stratejiler ile savunma mekanizmalarının yakın ilişki içinde olduğunu düşündürmektedir. Bipolar prodromal belirtilerin görülme sıklığı ve şiddeti arttıkça, hastalık kaynaklı stres de artacak ve bireyler bu stresi yatıştırmak için hem bilinçli hem de bilinç dışı süreçlere başvuracaktır. Bu nedenle katılımcılarda kesitsel olarak değerlendirilen savunmaların ve başa çıkma tutumlarının düzeyinin hastalık belirtileriyle pozitif yönlü ilişki içinde olması, klinik açıdan anlamlı görünmektedir. Daha geniş örneklemle ve prospektif olarak yapılacak çalışmalarda savunma ve başa çıkma alt boyutları ile bipolar bozukluğun prodromal belirtileri arasındaki ilişki daha iyi irdelenebilir.

Yapılan literatür araştırmasında savunma mekanizmaları ve başa çıkma tutumlarının bütüncül bir bakış açısıyla incelendiği az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu adaptasyon süreçlerinin ayırt edilmesi bazen zor olabilir; ancak bilindiği gibi başa çıkma bilinçli ve istemli çabaları içerirken, savunma mekanizmaları tamamen bilinç dışı süreçlerle ilgilidir ve ikisi de benzer işlevleri yerine getirir (220). Uyum süreçlerinin istikrarı, savunma işlevlerine bağlı olabilirken, kısa süreli değişimler baş etme kavramlarıyla ilişkilendirilebilir. Bazı çalışmalarda başa çıkma tutumları ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişki incelenmiş ve matur savunmaları kullanma arttıkça, adaptif/problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmanın arttığı bulunmuştur. Bununla birlikte matur savunmaların; immatur ve nevrotik savunmalara kıyasla daha işlevsel olduğu, olayların çarpıtılmasına daha az neden olduğu ve psikopatolojilerle daha az ilişkili olduğu bildirilmiştir (221,222). Bizim çalışmamızda ise literatüre paralel şekilde, Matur Savunma ile COPE-R toplam puanı ve COPE-R alt ölçeklerinden Yaklaşım ve Uyum Sağlama puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

Bunlara ek olarak çalışmamızda BB tanılı grupta, Borderline gruptakine benzer şekilde, BPBTÖ ile SBT-40 alt boyut puanları ve COPE-R toplam puanı arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Bu veri her iki bozukluğun örtüşen semptomları ve uyum süreçleri düşünüldüğünde ortak bir spektrumun parçası olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Ancak elde edilen bulguları genellemek için bu bağlamda daha büyük örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.4. Kısıtlılıklar

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Bunlardan en önemlisi BKB olan bireylerde savunma mekanizmaları ve başa çıkma tutumları gibi uyum süreçlerinin hastalık prognozuyla ilişkisi bağlamında yapılmış çalışma sayısının kısmen sınırlı olmasıdır. Çalışmanın tasarımının kesitsel olması ve BKB'deki uyum süreçleri ile BB'nin hastalık öncesi belirtilerinin dinamik yapısının, analiz ettiğimiz belirtiler ve değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve neden-sonuç ilişkisini belirlememize engel olduğunu vurgulamak önemlidir. Bulgularımızı doğrulamak için daha kapsamlı ve uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmada bir diğer kısıtlılığımız ise hastanemize başvuran ve BKB tanısı alan hastaların çoğunluğunun kadın olmasıdır. Bununla birlikte kullanılan BPBTÖ, COPE-R, SBT-40 ve BKE'nin öz bildirim ölçekleri olması dolayısıyla katılımcıların o anki yanıtlarının birçok faktörden etkilenebilecek olması kısıtlılıklarımız arasındadır. Bu ölçeklerin kullanıldığı, farklı çalışma gruplarında yapılmış daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda BKB tanılı hastalar ile remisyon döneminde olan BB tanılı hastalar sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Medeni durum, meslek, sigara kullanımı, intihar girişimi açısından her iki grup arasında farklılıklar gözlenmiş olup; BKB olan grupta sigara kullanımı ve intihar girişiminin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

2. Borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre, BPBTÖ Şiddet ve Sıklık puanları ve BKE puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

3. Borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre, COPE-R alt ölçeklerinden Yaklaşım ve Uyum Sağlama puanlarının ortalaması anlamlı düzeyde daha düşük bulunurken; Kendine Ceza puanı ortalaması borderline hasta grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır.

4. Borderline hasta grubunda bipolar hasta grubuna göre, İmmatur Savunma puanı ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

5. Tüm örneklemde BPBTÖ ve BKE puanları arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur.

6. Tüm örneklemde BPBTÖ puanları ile SBT-40 alt boyut ve COPE-R toplam puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

7. Tüm örneklemde Matur Savunma ile COPE-R toplam puanı ve COPE-R alt ölçek puanlarından Yaklaşım ve Uyum Sağlama puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

8. Tüm örneklemde İmmatur Savunma ile BKE puanları arasında aynı yönlü güçlü ilişki olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Zimmerman M, Multach MD, Dalrymple K, Chelminski I. Clinically useful screen for borderline personality disorder in psychiatric out-patients. Br J Psychiatry. 2017 Feb 1;210(2):165–6.
2. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. Am J Psychiatry. 2000 Mar;157(3):472–3.
3. 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.
4. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. Is Borderline Personality Disorder A Bipolar Spectrum Disorder? Harv Rev Psychiatry. 2004 May-Jun;12(3)
5. Deltito J, Martin L, Riefkohl J, Austria B, Kissilenko A, Corless P, et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? J Affect Disord. 2001;67(1–3):221–8.
6. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv Rev Psychiatry. 2004 May;12(3):133–9.
7. Akiskal HS. Temperament and mood disorders. Harv Ment Health Lett. 2000 Feb;16(8):5-6. PMID: 10637021.
8. Öztürk O, Uluşahin A. Mental Health and Disorders [Ruh Sağlığı ve Bozuklukları]. Nobel Tıp Kitabevleri. 2018;1–788.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 May 22
10. Yılmaz, N., Gençöz, T., & AK, M. Savunma biçimleri testi'nin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi (2007), 18(3), 244-253.
11. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. J Nerv Ment Dis. 1993;181(4):246–56.
12. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. Arch Gen Psychiatry. 1983;40(3):333–8.
13. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. J Nerv Ment Dis. 1997 Feb;185(2):87-94
14. Akkerman K, Lewin TJ, Carr VJ. Long-term changes in defense style among patients recovering from major depression. J Nerv Ment Dis. 1999 Feb;187(2):80-7.
15. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. Journal of personality and social psychology. J Pers Soc Psychol. 1984 Apr;46(4):839-52.
16. Ognibene, T. C., & Collins, N. L. Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. Journal of Social and Personal Relationships 1998; 15(3), 323–345.
17. Ghaemi SN, Dalley S, Catania C, Barroilhet S. Bipolar or borderline: a clinical overview. Acta Psychiatr Scand. Acta Psychiatr Scand. 2014;130(2):99–108.

18. Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. Harv Rev Psychiatry. 2004 May;12(3):140–5.

19. Fornaro M, Orsolini L, Marini S, De Berardis D, Perna G, Valchera A, et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016 May 1; 195:105–18.

20. Casanova Dias M, Kelson M, Gordon-Smith K, Perry A, Craddock N, Jones L, et al. Borderline personality traits are differently associated with postpartum psychosis and postpartum depression episodes in women with bipolar disorder. J Affect Disord. 2023 May 1; 328:81–6.

21. Elliott M, Ragsdale JM. Stress exposure and well-being: correlates of meeting criteria for bipolar disorder, borderline personality disorder, or both. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022 Sep 1;57(9):1885–96.

22. Elliott M, Ragsdale JM. Public stigma toward people with bipolar versus borderline: An experimental study of attributions, treatability, race, and gender. Stigma Health. 2024 Jan 18;

23. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989 Feb;56(2):267-83.

24. Rohde P, Lewinsohn PM, Tilson M, Seeley JR. Dimensionality of coping and its relation to depression. J Pers Soc Psychol. 1990;58(3):499–511.

25. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(5):455–60.

26. Cramer P. Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? J Pers. 1998 Dec 1;66(6):919–46.

27. Davidson K, MacGregor MW. A Critical Appraisal of Self-Report Defense Mechanism Measures. J Pers. 1998 Dec 1;66(6):965–92.

28. Vaillant GE, American Psychiatric Association. Meeting (138th: 1985: Dallas Tex). Vaillant, G. E. (1992). The historical origins of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defense. Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers, 3-28. American Psychiatric Press; 1992. 306 p.

29. Cramer P. Personality, personality disorders, and defense mechanisms. J Pers. 1999;67(3):535–54.

30. Christopher Perry J, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. Psychiatry. 2013 Mar;76(1):32–52.

31. Aydemir Ö, Öztekin S, 2018. Reliability and validity study of the Turkish version of Bipolar Prodrome Symptom Scale. Turk Psikiyatri Derg. 2018 Summer;29(2):116-121.

32. Shao Y, Cheng Y, Gottipati S, Zeng-Treitler Q. Phenotype fingerprinting of bipolar disorder prodrome. Int J Bipolar Disord. 2023 May 18;11(1):19.

33. Sapmaz ŞY, Ermiş Ç, Çaklr B, Öztekin S, Guinart D, Alşen Güney S, et al. Reliability and Validity of the Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale-Full Prospective in Its Turkish Translation. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2022;32(3):178–86.

34. Lee J, Correll CU, Lee TY, Oh S, Kim J, Rhee SJ, et al. Validation of the Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale-Abbreviated Prospective (BPSS-AP) in a clinical sample and healthy controls. J Affect Disord. 2023 Mar 1; 324:463–8.

35. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. J Child Psychol Psychiatry. 2008 Sep;49(9):933–41.

36. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. J Pers Disord. 2008 Feb;22(1):22–41.

37. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641–85.

38. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive features of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1990;147(1):57–63.

39. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaboratıve Longıtudınal Personalıty Dısorders Study (Clps): Overvıew And Implıcatıons. 2005 Oct;19(5):487.

40. Links PS, Ross J, Gunderson JG. Promoting Good Psychiatric Management for Patients With Borderline Personality Disorder. J Clin Psychol. 2015 Aug 1;71(8):753–63.

41. Fossati A, Barratt ES, Carretta I, Leonardi B, Grazioli F, Maffei C. Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. Psychiatry Res. 2004 Feb 15 ;125(2):161–70.

42. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q. 1949 Apr;23(2):248–76.

43. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. Am J Psychiatry. 2009 May;166(5):530.

44. Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. Modern yaşamda kişilik bozuklukları. Çev. Elif Okan Gezmiş, İstanbul, Türkiye İş Bankası Yay 2019, (s 480).

45. Sadock Benjamin James, Sadock Virginia Alcott, Ruiz Pedro. Kaplan & Sadock Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri; 1995. 405 p.

46. Kernberg, O. F., & Atakay, M. Sınır durumlar ve patolojik narsisizm. Metis 2012.

47. Kernberg OF. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. J. Aronson; 1984. 299 p.

48. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. 1996;153(6):752–8.

49. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. 2018 May 24;4.

50. Gunderson JG. Revising The Borderline Diagnosis For DSM-V: An Alternatıve Proposal. 2010 Dec;24(6):694.

51. Çuhadaroğlu F, World Health Organization. ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993. 348 p.

52. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. 2005 Oct;162(10):1911–8.

53. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 2007 Sep 9;62(6):553.

54. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and Narcissistic Personality Disorders. Comprehensive Handbook of Psychopathology. 1993;371–94.

55. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. J Pers Disord. 2010 Aug;24(4):412–26.

56. 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.

57. GELEERD ER. Borderline states in childhood and adolescence. Psychoanal Study Child. 1958; 13:279–95.

58. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Compr Psychiatry. 2003;44(4):284–92.

59. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. Borderline Personality Disorder. Cultural Sociology of Mental Illness: An A-to-Z Guide. 2023 Jun 2.

60. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 1999;40(4):245–52.

61. Stone MH. Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am. 2000;23(1):193–210.

62. Oltmanns, T. F. Case studies in abnormal psychology. John Wiley & Sons (2011).

63. Caspi A, McCray J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science. 2002 Aug 2;297(5582):851–4.

64. Marziali E. Borderline personality disorder: Diagnosis, etiology, and treatment. Smith Coll Stud Soc Work. 1992;62(3):205–27.

65. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. Compr Psychiatry. 2000;41(6):416–25.

66. Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Røysamb E, Tambs K, Torgersen S, et al. The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Arch Gen Psychiatry. 2008 Dec;65(12):1438–46.

67. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. Biol Psychiatry. 2002 Jun 15;51(12):964–8.

68. Herpertz SC, Bertsch K. A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin. Am J Psychiatry. 2015 Sep 1;172(9):840–51.

69. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. Am J Psychiatry. 2010 Jan;167(1):24–39.

70. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann ID, Herpertz SC. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. Horm Behav. 2013 Mar;63(3):424–9.

71. Reeves-Dudley B. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. Arch Psychiatr Nurs. 2017 Feb 1;31(1):83–7.

72. Hansenne M, Pitchot W, Pinto E, Reggers J, Scantamburlo G, Fuchs S, et al. 5-HT1A dysfunction in borderline personality disorder. Psychol Med. 2002;32(5):935–41.

73. Soloff P, Nutche J, Goradia D, Diwadkar V. Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study. Psychiatry Res. 2008 Dec 30;164(3):223–36.

74. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. Depress Anxiety. 2001;14(3):164–76.

75. Grosjean B, Tsai GE. NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. J Psychiatry Neurosci. 2007 Mar;32(2):103-15.

76. Herman JL, Perry JC, Van Der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1989;146(4):490–5.

77. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. CNS Spectr. 2003;8(10).

78. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. Dev Psychopathol. 2009 Aug;21(3):1013–30.

79. Kemberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: Overview and update. International Journal of Psychoanalysis. 2008 Jun;89(3):601–20.

80. Kernberg OF. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. Int J Psychoanal. 1999;80 (Pt 6) (6):1075–91.

81. Ozçürümez G, Tanriverdi N, Zileli L. Narcissistic personality disorder and factitious disorder on a borderline personality organization basis: a psychoanalytic psychotherapy process. Turk Psikiyatri Derg. 2002 Summer;13(2):152-60.

82. Türkçapar, M. H., & Işık, B. Borderline kişilik bozukluğu. Psikiyatri Dünyası (2000), 4(2), 44-49

83. Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. Am J Psychiatry. 2000;157(10):1629–33.

84. Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. J Pers Disord. 2006 Feb;20(1):9–15.

85. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. J Child Psychol Psychiatry. 2011 Feb;52(2):148–55.

86. Wilson ST, Fertuck EA, Kwitel A, Stanley MC, Stanley B. Impulsivity, suicidality and alcohol use disorders in adolescents and young adults with borderline personality disorder. Int J Adolesc Med Health. 2006;18(1):189–96.

87. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan PMM, Bohus PM. Borderline personality disorder. Lancet. 2004 Jul 31;364(9432):453–61.

88. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Bradford Reich R, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1997;154(8):1101–6.

89. Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA. Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. Can J Psychiatry. 1997;42(1):63–9.

90. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry. 2002 Nov;10(6):315–23.

91. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. Nord J Psychiatry. 2005 Sep;59(5):319–24.

92. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. J Pers Disord. 2013;27(6):783–94.

93. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. Pediatrics. 2014;134(4):782–93.

94. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. Am J Psychiatry. 2012 May 1;169(5):476–83.

95. Kleindienst N, Limberger MF, Schmahl C, Steil R, Ebner-Priemer UW, Bohus M. Do improvements after inpatient dialectial behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis. 2008 Nov;196(11):847–51.

96. Skodol AE, Bender DS, Pagano ME, Shea MT, Yen S, Sanislow CA, et al. Positive Childhood Experiences: Resilience and Recovery From Personality Disorder in Early Adulthood. J Clin Psychiatry. 2007;68(7):1102.

97. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. Biol Psychiatry. 2002 Jun 15;51(12):951–63.

98. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 2006;163(5):827–32.

99. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):883–9.

100. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Pub 2001.

101. Paris J. The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. Annu Rev Clin Psychol. 2009 Apr; 5:277–90.

102. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;2012(8).

103. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):20–6.

104. Kernberg OF, Michels R. Borderline Personality Disorder. 2009 May 1 ;166(5):505–8.

105. Allen JG. Treating Attachment Trauma with Plain Old Therapy. Journal of Trauma and Dissociation. 2013;14(4):367–74.

106. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2010 May;196(5):389–95.

107. Blaska B. First person account: what it is like to be treated like a CMI. Schizophr Bull. 1991;17(1):173–6.

108. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2009; 40(2):317–28.

109. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. J Clin Psychiatry. 2010 Jan;71(1):14–25.

110. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. Int Clin Psychopharmacol. 2006 Nov;21(6):345–53.

111. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Pers Disord. 2009 Apr;23(2):156–74.

112. Herpertz S, Zanarini M, Schulz C, Siever L, Lieb K, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. World J Biol Psychiatry. 2007;8(4):212–44.

113. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry. 2001;158(2):295–302.

114. Hori A. Pharmacotherapy for personality disorders. Psychiatry Clin Neurosci. 1998 Feb;52(1):13-9.

115. McWilliams, N., & Kalem, E. Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 2010.

116. Busch FN, Milrod BL, Singer MB. Theory and Technique in Psychodynamic Treatment of Panic Disorder. J Psychother Pract Res. 1999;8(3):234.

117. Shill MA. Signal anxiety, defense, and the pleasure principle. Psychoanalytic Psychology. 2004;21(1):116–33.

118. Cooper SH. Cooper, S. H. Changing notions of defense within psychoanalytic theory. Journal of personality, 66(6), 947-964. J Pers. 1998;66(6):947–64.

119. Freud, A., & Erim, Y. Ben ve savunma mekanizmaları. Metis 2004.

120. Sadock BJ, Gregory Professor of Psychiatry MS, Sadock VA, Ruiz P, Texas H, Philadelphia H, et al. Ruiz, P. Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins. 2000

121. DANACI AE. Odağ, C. (1999). Nevrozlar-1. Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir, 49-60. Meandros Medical And Dental Journal. 2009 Dec 1;10(3):55–8.

122. Kernberg, O. F. Internal world and external reality: Object relations theory applied. (1980).

123. Kernberg OF. Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. J Am Psychoanal Assoc. 1987;35(4):795–819.

124. Andrews G. Anxiety, personality and anxiety disorders. International Review of Psychiatry. 1991;3(2):293–302.

125. Brody LR, Muderrisoglu S, Nakash-Eisikovits O. Emotions, defenses, and gender. The psychodynamics of gender and gender role. 2004 Oct 27;203–49.

126. Skodol AE, Perry JC. Should an axis for defense mechanisms be included in DSM-IV? Compr Psychiatry. 1993;34(2):108–19.

127. Perry JC, Cooper SH. An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette ratings. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(5):444–52.

128. Vaillant GE. Natural history of male psychological health. V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(5):535–45.

129. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. Arch Gen Psychiatry. 1986;43(8):786–94.

130. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. J Pers Soc Psychol. 1986 May;50(5):992–1003.

131. Holahan CJ, Moos RH. Personal and contextual determinants of coping strategies. J Pers Soc Psychol. 1987;52(5):946–55.

132. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company 1984.

133. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. J Pers Soc Psychol. 1988;54(3):466–75.

134. Agargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A., & Kara, H. The psychometric properties of the COPE inventory in Turkish sample: a preliminary research 2005.

135. Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A., & Özgen, F. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. Anatol J Clin Investig 2008; 2(3), 101-5.

136. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical Effects of Thought Suppression. J Pers Soc Psychol. 1987; 53(1):5–13.

137. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of personality and social psychology. 1986;50(3):571-9. J Pers Soc Psychol. 1986;50(3):571–9.

138. Folkman S, Lazarus RS. If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. J Pers Soc Psychol. 1985 Jan;48(1):150–70.

139. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviors: conceptualization and measurement. J Adolesc. 1987;10(2):163–86.

140. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. Am Psychol. 1986 Jul;41(7):813-9.

141. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav. 1980;21(3):219–39.

142. Millon T, Davis R. An evolutionary theory of personality disorders. 1996.

143. Bijttebier P, Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. Pers Individ Dif. 1999 May 1;26(5):847–56.

144. Vollrath M, Torgersen S. Personality types and coping. Pers Individ Dif. 2000;29(2):367–78.

145. Vollrath M, Alnaes R, Torgersen S. Coping and MCMI-II personality disorders. J Pers Disord. 1994;8(1):53–63.

146. Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Katon W, DeWolfe D, Hall G. Coping profiles associated with psychiatric, physical health, work, and family problems. Health Psychol. 1990;9(3):348-76.

147. BİLGE Y. Kişilik Bozuklukları ve Savunma Mekanizmaları. Journal of Turkish Studies. 2019 Oct 17; 13(Volume 13 Issue 10):145–67.

148. Lee YJ, Keum MS, Kim HG, Cheon EJ, Cho YC, Koo BH. Defense Mechanisms and Psychological Characteristics According to Suicide Attempts in Patients with Borderline Personality Disorder. Psychiatry Investig. 2020 Aug 1;17(8):840–9.

149. Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2009 Apr;23(2):113–21.

150. Euler S, Stalujanis E, Allenbach G, Kolly S, de Roten Y, Despland JN, et al. Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy. Psychother Res. 2019 Nov 8;29(8):1074–85.

151. Maltsberger, J. T. Confusions of the body, the self, and others in suicidal states, 1993.

152. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Grassi-Oliveira R, Colom F, et al. Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. Expert Rev Neurother. 2009 Jul;9(7):957–66.

153. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry. 2004 May 1;55(9):875–81.

154. Berk M, Dodd S, Callaly P, Berk L, Fitzgerald P, de Castella AR, et al. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder. J Affect Disord. 2007 Nov;103(1–3):181–6.

155. Del Favero E, Montemagni C, Bozzatello P, Brasso C, Riccardi C, Rocca P. The Management of Prodromal Symptoms of Bipolar Disorder: Available Options and Future Perspectives. Medicina (Kaunas). 2021 Jun 1;57(6).

156. Fuchs J, Steinert T. Patients with a first episode of schizophrenia spectrum psychosis and their pathways to psychiatric hospital care in South Germany. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 May;39(5):375–80.

157. Buoli M, Cesana BM, Fagiolini A, Albert U, Maina G, de Bartolomeis A, et al. Which factors delay treatment in bipolar disorder? A nationwide study focussed on duration of untreated illness. Early Interv Psychiatry. 2021 Oct 1;15(5):1136–45.

158. Zeschel E, Bingmann T, Bechdolf A, Krüger-Oezguerdal S, Correll CU, Leopold K, et al. Temperament and prodromal symptoms prior to first manic/hypomanic episodes: Results from a pilot study. J Affect Disord. 2015 Mar 1; 173:39–44.

159. Post RM, Leverich GS, Kupka RW, Keck PE, McElroy SL, Altshuler LL, et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. J Clin Psychiatry. 2010 Jul;71(7):864–72.

160. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(10):1139–48.

161. Miklowitz DJ, Schneck CD, Walshaw PD, Singh MK, Sullivan AE, Suddath RL, et al. Effects of Family-Focused Therapy vs Enhanced Usual Care for Symptomatic Youths at High Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2020 May 1;77(5):455–63.

162. Leopold K, Bauer M, Bechdolf A, Correll CU, Holtmann M, Juckel G, et al. Efficacy of cognitive-behavioral group therapy in patients at risk for serious mental illness presenting with subthreshold bipolar symptoms: Results from a prespecified interim analysis of a multicenter, randomized, controlled study. Bipolar Disord. 2020 Aug 1;22(5):517–29.

163. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V., Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2018 Mar 1;20(2):97.

164. Hafeman D, Bebko G, Bertocci MA, Fournier JC, Chase HW, Bonar L, et al. Amygdala-prefrontal cortical functional connectivity during implicit emotion processing differentiates youth with bipolar spectrum from youth with externalizing disorders. J Affect Disord. 2017 Jan 15; 208:94–100.

165. Dicle, A. N., & Ersanlı, K. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlama Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. The Journal of Academic Social Science 2019; 16(16), 111-126.

166. Aydemir O, Esen-Danaci A, Deveci A, Taskin EO. Turkish Version of the Borderline Personality Inventory, Reliability and validity, 2016.

167. Avcı, Meral Gümüş. Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. MS thesis. Ege Üniversitesi, 1995.

168. Sahin NH. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1988; 6:118-122.

169. Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dag I, Özbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Compr Psychiatry. 2001;42(2):161–5.

170. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2 Adaptation and Reliability of the Structured. Article in Turkish Journal of Psychiatry, 2019.

171. Durdurak BB, Altaweel N, Upthegrove R, Marwaha S. Understanding the development of bipolar disorder and borderline personality disorder in young people: a meta-review of systematic reviews. Psychol Med. 2022 Dec 30;52(16):3769–82.

172. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv Rev Psychiatry. 2004 May;12(3):133–9.

173. Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC, King D, Lemmi H. The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. Am J Psychiatry. 1985;142(2):192–8.

174. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand. 2004 Dec;110(6):401–7.

175. Akiskal HS. The temperamental borders of affective disorders. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994; 379:32–7.

176. Frías Á, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. J Affect Disord. 2016 Sep 15; 202:210–9.

177. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. Compr Psychiatry. 2007 Mar;48(2):145–54.

178. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. Psychol Bull. 2001;127(1):87–127.

179. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. American Psychologist. 2000;55(1):99–109.

180. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. J Abnorm Psychol. 1994;103(1):44–50.

181. Carver CS, Scheier MF, Weintraub KJ. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. J Pers Soc Psychol. 1989;56(2):267–83.

182. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. J Pers Disord. 2014;28(5):734–50.

183. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007 Sep 15;62(6):553–64.

184. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(6):590–6.

185. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. Bipolar Disord. 2016 Mar 1;18(2):192–9.

186. Grover S, Nehra R, Thakur A. Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. Ind Psychiatry J. 2017;26(2):114.

187. Oldham JM. Personality Disorders: Current Perspectives. JAMA. 1994 Dec 14;272(22):1770–6.

188. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(3):1.

189. Özdemir O, Coşkun S, Mutlu EA, Özdemir G, Atli A, Yilmaz E, et al. Family History in Patients with Bipolar Disorder Brief Report. Arch Neuropsychiatry. 2016; 53:276–9.

190. Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014 Apr 18;111(16):280–6.

191. Levin FR, Hennessy G. Bipolar disorder and substance abuse. Biol Psychiatry. 2004 Nov 15;56(10):738–48.

192. Fakharri A, Jahani A, Sadeghi-Bazargani H, Farahbakhsh M, Mohammadpour Asl A. Personality patterns and Smoking behavior among students in Tabriz, Iran. Electron Physician. 2017 Mar 25;9(3):3950–7.

193. del Río EF, López-Durán A, Martínez Ú, Becoña E. Personality disorders and smoking in Spanish general and clinical population. Psicothema. 2016;28(3):278–83.

194. Piñeiro B, Fernández del Río E, López-Durán A, Martínez Ù, Becoña E. The association between probable personality disorders and smoking cessation and maintenance. Addictive behaviors. 2013 Aug;38(8):2369–73.

195. Prados J, Stenz L, Courtet P, Prada P, Nicastro R, Adouan W, et al. Borderline personality disorder and childhood maltreatment: a genome-wide methylation analysis. Genes Brain Behav. 2015 Feb 1;14(2):177–88.

196. LeGris J, Links PS, Van Reekum R, Tannock R, Toplak M. Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. Psychiatry Res. 2012 Mar 30;196(1):101–8.

197. Correll CU, Olvet DM, Auther AM, Hauser M, Kishimoto T, Carrión RE, et al. The Bipolar Prodrome Symptom Interview and Scale–Prospective (BPSS-P): description and validation in a psychiatric sample and healthy controls. Bipolar Disord. 2014 Aug 1;16(5):505–22.

198. Bassett D. Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. Aust N Z J Psychiatry. 2012 Apr;46(4):327–39.

199. Berrocal C, Ruiz Moreno MA, Rando MA, Benvenuti A, Cassano GB. Borderline personality disorder and mood spectrum. Psychiatry Res. 2008 Jun 30;159(3):300–7.

200. Sansone RA, Bohinc RJ, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and compliance with general health care among internal medicine outpatients. Int J Psychiatry Clin Pract. 2015 Jun 1;19(2):132–6.

201. Karamustafalıoğlu, N., & Karamustafalıoğlu, K. O. Kişilik Bozukluklarında İlaç Tedavileri. Bull Clin Psychopharmacol 2000; 10, 103-108.

202. Chaudhury SR, Galfalvy H, Biggs E, Choo TH, Mann JJ, Stanley B. Affect in response to stressors and coping strategies: an ecological momentary assessment study of borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2017 May 21;4(1).

203. Amerio A, Natale A, Gnecco GB, Lechiara A, Verrina E, Bianchi D, et al. The Role of Gender in Patients with Borderline Personality Disorder: Differences Related to Hopelessness, Alexithymia, Coping Strategies, and Sensory Profile. Medicina 2023, Vol 59, Page 950. 2023 May 15;59(5):950.

204. Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, Labelle R, Belloncle V, Bodeau N, et al. Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry. 2015 Feb 1;60(2 Suppl 1): S46.

205. Kramer U. Observer-rated Coping Associated with Borderline Personality Disorder: An Exploratory Study. Clin Psychol Psychother. 2014 May 1;21(3):242–51.

206. Bijttebier P, Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. Pers Individ Dif. 1999 May 1;26(5):847–56.

207. van Wijk-Herbrink, M., Andrea, H., & Verheul, R. (2011). Cognitive coping and defense styles in patients with personality disorders. Journal of Personality Disorders, 25(5), 634–644.

208. Morrice F, Jones AM, Burgio V, Strauss C, Hayward M. Brief coping strategy enhancement for the treatment of distressing voices in the context of borderline personality disorder: A comparison with outcomes in the context of psychosis. Clin Psychol Psychother. 2022 Mar 1;29(2):567–78.

209. Moon E, Chang JS, Choi S, Ha TH, Cha B, Cho HS, et al. Characteristics of stress-coping behaviors in patients with bipolar disorders. Psychiatry Res. 2014 Aug 15;218(1–2):69–74.

210. Vollrath M, Alnæs R, Torgersen S. Coping in DSM-IV Options Personality Disorders. https://doi.org/101521/pedi1996104335. 2011 Feb 10;10(4):335–44.

211. Watson, D.C., & Sinha, B.K. Stress, Emotion, and Coping Strategies as Predictors of Personality Disorder Pathology. Imagination, Cognition and Personality 2000; 19, 279-294.

212. Cramer P. Seven Pillars of Defense Mechanism Theory. Soc Personal Psychol Compass. 2008 Sep;2(5):1963–81.

213. Coulston CM, Tanious M, Mulder RT, Porter RJ, Malhi GS. Bordering on bipolar: the overlap between borderline personality and bipolarity. Aust N Z J Psychiatry. 2012 Jun;46(6):506–21.

214. Perugi G, Angst J, Azorin JM, Bowden C, Vieta E, Young AH. Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. J Affect Disord. 2013 Jan 10;144(1–2):72–8.

215. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Fakra E, Belzeaux R, Hantouche E, et al. Factors associated with borderline personality disorder in major depressive patients and their relationship to bipolarity. Eur Psychiatry. 2013 Oct;28(8):463–8.

216. Fan AH, Hassell J. Bipolar Disorder and Comorbid Personality Psychopathology: A Review of the Literature. J Clin Psychiatry. 2008 Nov 30;69(11):1957.

217. Barnett JH, Huang J, Perlis RH, Young MM, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, et al. Personality and bipolar disorder: dissecting state and trait associations between mood and personality. Psychol Med. 2011 Aug;41(8):1593–604.

218. Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice G. Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. Am J Psychiatry. 2013 Jan;170(1):111-20.

219. Carvalho L de F, Reis AM, Pianowski G. Investigating Correlations Between Defence Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed). 2019 Oct 1;48(4):232–43.

220. Kramer U. Coping and defence mechanisms: What's the difference?– Second act. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2010 Jun 1;83(2):207–21.

221. Özen Akin G, Onur EKEN F. Başa Çıkma, Savunma Mekanizmaları ve Nedensel Belirsizlik Arasındaki İlişkiler. 2021;25(Özel sayı):416-432

222. Kramer U. Defence and coping in bipolar affective disorder: Stability and change of adaptational processes. British Journal of Clinical Psychology. 2010 Sep 1;49(3):291–306.

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi Dr. Nur Derya AŞKAR ve Prof. Dr. Filiz İZCİ tarafından yürütülmesi planlanan "Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Hastalarda Savunmaların ve Başa Çıkma Tutumlarının Bipolar Bozukluğun Prodromal Belirtileri ile İlişkisi'' isimli bir çalışmada yer almaya davet ediyoruz. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmamızda borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalarda bipolar bozukluğun prodromal belirtilerin görülme sıklığının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurularak, bu hastalarda savunmaların ve başa çıkma tutumlarının bipolar bozukluğun prodromal belirtileri açısından etkisinin nasıl şekillendiğini anlamayı amaçladık.

Araştırmada, araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışmaya katılarak hastalığınız ile ilgili daha fazla veri toplanmasına katkıda bulunabilirsiniz. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz bu formu imzalamanız yeterli olacaktır. Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavisi süren 18-65 yaş aralığında, Borderline KB ve Bipolar bozukluk tanısı olan, dahil etme ve hariç tutma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden en az 150 gönüllü alınması planlanmıştır. Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Kişisel bilgileriniz araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Çalışmanın sonuçlarını öğrenmek istiyorsanız lütfen araştırmacıya formları doldururken bildiriniz. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Herhangi bir zamanda araştırmadan gerekçeli ve gerekçesiz olarak ayrılabilir, daha detaylı bilgi almak isterseniz verilen iletişim kanallarından araştırmacılara ulaşabilirsiniz.

Dr. Nur Derya Aşkar

EK-2: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Tarih:
Prot. No:
Adı – soyadı:

Adres/Telefon:

1. Cinsiyeti: (1) kadın (2) erkek

2. Yaşı:

3. Eğitim durumu: (1) okuryazar değil (2) okuryazar (3) ilkokul (4) ortaokul (5) lise (6) yüksekokul

4. Medeni durumu: (1) bekar (2) evli (3) dul (4) boşanmış/ayrı

5. Mesleği: (1) İşsiz (2) Ev hanımı (3) memur/işçi (4) Ticaret (5) Emekli (6) Öğrenci

6. Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı: (1) Hayır (2) Evet
   Evet ise kim olduğu, biliniyorsa muhtemel teşhis ve/veya ilaçları:.....
   ……

7. Alkol/madde sorunu var mı?: (1) Hayır (2) Evet
   Evet ise ne olduğu, madde cinsi ve kullanım miktarı…….
   ……

8. Sigara kullanıyor mu?: (1) Hayır (2) Evet
   Evet ise: süre/miktar .....

9. Ailede alkol/madde sorunu olan var mı? (1) Hayır (2) Evet
   Evet ise kim olduğu,madde cinsi ve kullanım miktarı.....
   ……

10. İntihar girişimi öyküsü var mı?: (1) Hayır (2) Evet
    Evet ise sayısı ve yöntemi:.....
    .....

11. Ailede İntihar girişimi öyküsü var mı? (1) Hayır (2) Evet
    Evet ise kim olduğu, sayısı ve yöntemi:.....
    ……

12. Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı?: □ Hayır □ Evet
    Evet ise tanısı / tedavisi / süre:.....

EK-3: Borderlıne Kişilik Envanteri (BKE)

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.

1. Sık sık panik nöbetleri geçiririm.	DOĞRU	YANLIŞ
2. Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
4. Çoğu kez başıma iş açacak risklere girerim.	DOĞRU	YANLIŞ
5. Başkaları bana yoğun ilgi gösterdikleri zaman kendimi boğulmuş hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
6. Bazen içimde bana ait olmayan başka bir kişi ortaya çıkar.	DOĞRU	YANLIŞ
7. Gerçekte olmadığı halde acayip şekiller veya görüntüler gördüğüm oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
8. Bazen çevremdeki insanlar ve nesnelerin gerçek olmadığını hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
9. Başkalarına yönelik duygularım bir uçtan bir uca çok hızlı değişir (Ör. Sevgi ve beğeniden nefret ve hayal kırıklığına).	DOĞRU	YANLIŞ
10. Çoğu kez değersizlik ya da umutsuzluk duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
11. Çoğu kez paramı çarçur ederim ya da kumarda kaybederim.	DOĞRU	YANLIŞ
12. Gerçekte kimse olmadığı halde hakkımda konuşan sesler duyduğum oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
13. Eğer 12. maddeye “evet” dediyseniz aşağıdaki cümlelerden sizin için uygun olanını seçiniz: a. Bu sesler benim dışımdan gelmiştir. b. Bu sesler içimden gelmiştir.	DOĞRU	YANLIŞ
14. Yakın ilişkilerde hep incinirim.	DOĞRU	YANLIŞ
15. Bana uymayan biçimde hissettiğim ya da davrandığım oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
16. Bir kukla gibi dışarıdan yönetiliyormuş ve yönlendiriliyormuş gibi hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
17. Herhangi birine fiziksel olarak saldırıda bulunduğum oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
18. Düşüncelerim başkaları tarafından okunuyormuş gibi hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
19. Bazen gerçekte suç işlemediğim halde, sanki işlemişim gibi suçluluk hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
20. Bilerek kendime bedensel zarar verdiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ

21. Bazen gerçekte olmadığı halde insanların ve nesnelerin görünümlerinin değiştiği hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22. Yoğun dini uğraşlarım olmuştur.	DOĞRU	YANLIŞ
23. Duygusal ilişkilerimde çoğunlukla ne tür bir ilişki istediğimden emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
24. Bazen bir kahin gibi gelecekle ilgili özel hislerim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
25. Bir ilişki ilerledikçe kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
26. Gerçekte kimse olmadığı halde bir başka insanın varlığını hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
27. Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veya değişmiş gibi görünür.	DOĞRU	YANLIŞ
28. İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım.	DOĞRU	YANLIŞ
29. Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
30. Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi).	DOĞRU	YANLIŞ
31. Başkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
32. Bazen özel biri olduğumu hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
33. Bazen dağılıyormuşum gibi hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
34. Bazen bana bir şeyin gerçekte mi yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir.	DOĞRU	YANLIŞ
35. Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım.	DOĞRU	YANLIŞ
36. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
37. Bazen bedenim yokmuş ya da bir kısmı eksikmiş hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
38. Çoğu kez kabus görürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
39. Çoğu kez başkaları bana gülüyormuş ya da hakkımda konuşuyormuş hissine kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
40. Çoğu kez insanlar bana düşmanmış gibi gelir.	DOĞRU	YANLIŞ
41. İnsanların kendi düşüncelerini benim zihnime soktuklarını hissettiğim oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
42. Çoğu kez gerçekten ne istediğimi bilmem.	DOĞRU	YANLIŞ
43. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	DOĞRU	YANLIŞ
44. Bazen ciddi bir hastalığım olduğuna inanırım.	DOĞRU	YANLIŞ

45. "Alkol, uyuşturucu ya da hap alışkanlığım vardır". Eğer yanıtınız "evet" ise aşağıdakilerden uygun olanlarını işaretleyiniz. a.Alkol b.Uyuşturucu c.Hap	DOĞRU	YANLIŞ
46. Bazen bir rüyada yaşıyormuş ya da yaşamım bir film şeridi gibi gözümün önünden geçiyormuş	DOĞRU	YANLIŞ
47. Çoğu kez bir şeyler çalarım.	DOĞRU	YANLIŞ
48. Bazen öyle açlık nöbetlerim olur ki önüme gelen her şeyi silip süpürürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
49. Aşağıdaki konularla ilgili sorulan sorularda çoğu kez kendimi rahatsız hissederim. a.Politika b.Din c.Ahlak (iyi-kötü)	DOĞRU	YANLIŞ
50. Bazen aklımdan birilerini öldürme düşüncesi geçer.	DOĞRU	YANLIŞ
51. Yasalarla başımın derde girdiği oldu.	DOĞRU	YANLIŞ
52. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini ilaç etkisi altında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız "evet" ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)	DOĞRU	YANLIŞ
53. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi psikoterapi sırasında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız "evet" ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)	DOĞRU	YANLIŞ

EK-4: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R)

Sevgili Katılımcı

Aşağıdaki ölçek ile insanların kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerini araştırmayı amaçlamaktayız.

Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği ("**Asla Böyle Yapmam**" için **1**'i, **"Çok Az Böyle Yaparım"** için **2**'yi, **"Böyle Yaparım"** için **3**'ü, **"Çoğunlukla Böyle Yaparım"** için **4**'ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir.

İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir. Toplanılan veriler araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Aşağıda verilen maddeleri içtenlikle yanıtlayacağınızı umar, yardımlarınız için teşekkür ederim. Saygılarımla.

		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
1	Duygularımı ifade etmek için zaman ayırırım.	1	2	3	4
2	Duygularımı - hislerimi açığa vurmaya çalışırım.	1	2	3	4
3	Duygularımı başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
4	Arkadaşlarımdan veya akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
5	Ne hissettiğimi birileriyle paylaşırım.	1	2	3	4
6	Bir durumla ilgili daha fazla bilgi almak için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
7	Bütün gücümle yaptığım işe yoğunlaşırım.	1	2	3	4
8	Problemi çözümlemek için farklı yolları denerim.	1	2	3	4
9	Problemin üstesinden gelebilmek için hemen harekete geçerim.	1	2	3	4
10	Bir şeyler yapacağım zaman adım adım ilerlerim.	1	2	3	4
11	Yapacağım işle ilgili bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
12	Adımlarımı düşünerek atarım.	1	2	3	4
13	Yaptığım işe başka şeylerin engel olmasını önlemek için yoğun çaba harcarım.	1	2	3	4
14	Her durumda iyimser olmaya çalışırım.	1	2	3	4

15	Her ne üzerinde çalışırsam çalışayım olumlu duygularla yola çıkarım.	1	2	3	4
16	Bir şeyler kötü gözükse bile yaptığım işe olumlu bakmaya devam ederim.	1	2	3	4
17	Yeni fikirlere çabuk uyum sağlarım.	1	2	3	4
		Asla Böyle Yapmam	Çok Az Böyle Yaparım	Böyle Yaparım	Çoğunlukla Böyle Yaparım
18	Ortaya çıkan durumun gerçekliğini kabullenirim.	1	2	3	4
19	Bir şeyi daha olumlu göstermek için onu başka bir açıdan görmeye çalışırım.	1	2	3	4
20	Önemsediğim başka bir şeyler bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
21	Kendime "bu durumun gerçek olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
22	Ortaya çıkan durum gerçekten olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
23	Ortaya çıkan durumla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemeyi bırakırım.	1	2	3	4
24	İstediğim şeyi almak için girişimde bulunmam.	1	2	3	4
25	Başıma gelen bir işle ilgili başkalarını veya başka bir şeyi suçlarım.	1	2	3	4
26	Her şeyi unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27	Kendimi suçlarım.	1	2	3	4
28	Problemin kaynağı olarak kendimi görürüm.	1	2	3	4
29	Kendimi eleştirir veya azarlarım.	1	2	3	4
30	Bana sorun yaşatan şey zihnimi sürekli meşgul eder.	1	2	3	4
31	Bir problemi takıntı yapıp tekrar tekrar onu yaşarım.	1	2	3	4
32	Problemimi sürekli kara kara düşünürüm.	1	2	3	4

EK-5: Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma).

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim. Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK-6: Bipolar Prodrom Belirti Tarama Ölçeği

Bipolar Prodrom Belirti Ölçeği – Kısaltılmış Tarama – Hasta

Hasta: Tarih: Değerlendirme No:

Aşağıdaki tarama bireysel yaşantılarınızla ile ilişkili olan veya olmayan ifadeler içermektedir. Bu yaşantıların varlığı ve etkisi kadar ne sıklıkta ortaya çıktıklarını da sormaktayız. Lütfen son bir yılı dikkate alın.

Geçtiğimiz yıl içinde:	Şiddet: Yaşantınız gündelik faaliyetleriniz üzerine olumlu ya da olumsuz ne kadar etki yaptı?						Sıklık: Geçtiğimiz yıl içinde yaşantı ne sıklıkta ortaya çıktı?					
Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyun ve geçtiğimiz yıl içinde yaşantınıza en iyi uyan yanıtı daire içine alın. Lütfen bu anketin tüm bölümlerini doldurun.	Hiç	Evet, ama etki yok	Evet, çok az etki	Evet, biraz etki	Evet, çok etki	Evet, aşırı etki	Hiç	Yılda birkaç kez	Yaklaşık ayda bir	Yaklaşık haftada bir	Yaklaşık zamanın yarısında	Hemen her zaman
1. Kendimi alışılmamış biçimde şen, aşırı mutlu, ya da her şeyin tepesinde gibi; ya da gerçekten gülünç veya enayi gibi hissediyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
2. Kendimi özellikle aksi, ters veya asabi, ya da kolayca kızan veya insanlara patlayan biri gibi hissediyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
3. Kendimi başkalarından daha iyi, ya da özellikle kabiliyetli veya yetenekli hissediyordum, ya da aşırı iddialı planlar yapıyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
4. Normalden çok daha az uykuya gereksinim duyduğum ama yine de tam dinlenmiş ve enerjik hissettiğim zamanlar oluyordu (yani gündüz uykusuna gereksinim duymadım ya da ertesi akşam daha erken saatte yatmadım)?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
5. Özellikle konuşkan, çok hızlı veya yüksek sesle konuşan biri oluyordum, ya da konuşmamı bölmek bile zor oluyordu.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
6. Aklıma alışılmamış biçimde kolaylıkla ve hızla fikirler gelip gidiyordu ki konudan konuya atlıyordum veya düşünceler kafamda yarışıyordu.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
7. Çevremdekiler tarafından alışılmamış biçimde dikkatim dağılıyordu, ya da dikkat dağınıklığına bağlı olarak her zaman yaptığım görevleri tamamlamakta daha fazla zamana ihtiyacım oluyordu.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi alışılmamış biçimde enerjik ya da hevesli hissediyordum, işleri daha kolaylıkla ve hızla halledebiliyordum ya da normale göre daha fazla faaliyete katılıyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
9. Kendimi alışılmamış biçimde huzursuz veya kıpır kıpır hissediyordum, rahat biçimde oturamıyordum, ya da gezinme ihtiyacı oluyordu.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
10. Ya olasılıkla tehlikeli olabilecek şeyler yapma dürtüsü hissediyordum ya da riskli faaliyetlere dahil oluyordum veya bilerek içinde yer alıyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
11. Ruh halimde (mutlu, üzgün veya kızgın) bir andan veya bir günden diğerine büyük oranda değişme hissediyordum, ya da belirgin bir neden olmadığı halde ruh halim iniş çıkış gösteriyordu.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
12. Kendimi daha sosyal veya sevimli hissediyordum, arkadaşlarımla telefon veya internet yoluyla daha fazla iletişim kuruyordum ya da alışılmıştan daha baştan çıkarıcı hissediyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
13. Alışılmıştan daha renkli, sıra dışı giyiniyordum ya da daha fazla makyaj yapıyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
14. Alışılmışa göre fark edilir biçimde daha yaratıcı hissediyordum, ya da yaratıcı faaliyetler (örneğin yazma, resim çizme, resim yapma, şarkı söyleme, tiyatro oynama) ile ilişkili üretim ya da etkinliklerde alışılmamış derecede yüksek düzey gösteriyordum.	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5