

# Kişilik bozukluğunda cinsel fiziksel istismar: Menderes kişilik bozukluğu araştırma sonuçları

*Sexual physical abuse in personality disorder: Menderes personality disorder research results*

Hülya Arslantaş<sup>1</sup>, Orkun Erkayıran<sup>2</sup>, Çiğdem Dereboy<sup>3</sup>, Mehmet Eskin<sup>4</sup>, Ferhan Dereboy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın  
<https://orcid.org/0000-0002-3018-2314>

<sup>2</sup>Araş.Gör., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın  
<https://orcid.org/0000-0002-4308-9725>

<sup>3</sup>Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın <https://orcid.org/0000-0001-9105-1513> ,  
<https://orcid.org/0000-0001-8155-2242>

<sup>4</sup>Prof. Dr., Koç Üniversitesi, İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul <https://orcid.org/0000-0001-9916-9268>

## ÖZET

## SUMMARY

**Amaç:** Bu çalışma çocukluk travmasının farklı türleri ile DSM-IV kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın verileri batıda bir ilde bir üniversitenin Psikiyatri kliniğinde ve polikliniğinde 2010-2013 yılları arasında tedavi gören 120 hastadan toplanmıştır. Hastalar hem SCID-II yoluyla DSM-III-R kişilik bozuklukları ölçütleri yönünden, hem de DSM-IV-TR eksen I patolojileri yönünden değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya yaşları 16 ile 63 yıl arasında değişen toplam 120 (80 kadın, 40 erkek) psikiyatri hastası katılmıştır. Katılımcıların %65'i ayaktan, %35'i serviste yatarak tedavi görmekteydi. Psikiyatri hastalarının yaklaşık %32'si cinsel istismara, %70'i ise fiziksel istismara uğradığını bildirmiştir. Sınır kişilik bozukluğu ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu ve sınır kişilik bozukluğu tanıları hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıklarının diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık altı kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır kişilik bozukluğu tanısı alan hastalar arasında fiziksel istismara maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini (Olasılık Oranı; 6,6 kat) ortaya koymaktadır. Sınır kişilik bozukluğu tanıları hastalarda istismar öyküsü olasılığı, diğer kişilik bozukluğu tanıları veya kişilik bozukluğu tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5 kat daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık 3/4'ü kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamıştır. Yaklaşık 1/3'ü herhangi bir yaşta cinsel istismara uğramış olup cinsel fiziksel istismarda en çok tanılanan kişilik bozukluğu türü sınır kişilik bozukluğudur. **Sonuç:** Bu bulgular sonucunda çocukluk dönemi istismar ve ihmallerinin önlenmesinde özellikle okullarda bilgilendirici eğitimler başta olmak üzere koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin rolüne vurgu yapılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Kişilik bozukluğu, cinsel istismar, fiziksel istismar

**Objective:** This study was conducted with the aim of investigating the relationship between different types of childhood trauma and DSM-IV personality disorders. **Method:** The research's data were collected from 120 patients who were treated in a psychiatric clinic and a polyclinic between 2010-2013 at a university in the west. Patients were evaluated for both DSM-III-R personality disorders by SCID-II and DSM-IV-TR axis I pathologies. **Results:** A total of 120 (80 female, 40 male) psychiatric patients aged between 16 and 63 years participated in the study. 65% of the participants were treated from out patient, and 35% of them were hospitalized. Approximately 32% of psychiatric patients reported sexual abuse and 70% physical abuse. It is found that there is a significant relationship between borderline personality disorder and the frequency of sexual abuse and that the probability of borderline personality disorder is approximately six times higher when compared to other patients. The results of an analysis of the relationship between specific personality disorder diagnoses and physical abuse narratives reveal that the rate of physical abuse among patients receiving borderline personality disorder can be reported at a higher rate (Odds ratio: 6.6 times). Borderline personality disorder is approximately 5.5 times more likely to be diagnosed in patients with diagnosed positive abuse than other patients with personality disorder or personality disorder. Approximately 3/4 of the patients participating in the study did not meet the diagnostic criteria for personality disorder. Approximately 1/3 of people with sexual abuse at any age and the most common diagnosis of sexual physical abuse are personality disorder type borderline personality disorder. **Discussion:** As a result of these findings, it is possible to emphasize the role of preventive mental health services, especially informative education in schools, especially in the prevention of childhood abuse and neglect.

**Key Words:** Personality disorder, sexual abuse, physical abuse

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:157-168)

DOI: 10.5505/kpd.2018.44265

Makalenin geliş tarihi: 10.09.2018, Yayına kabul tarihi: 06.01.2019

157

## GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olan (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV) DSM-IV'de kişilik bozukluğu (KB) "Bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal-mesleki işlevsel bozuklukla ortaya koyan biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması" şeklinde tanımlanmıştır (1). Kişilik bozukluklarının patolojisi ile ilgili olarak önceki çalışmalar genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini ileri sürse de (2,3,4), erken çocukluk deneyimlerinin, özellikle de çocukluk istismarının yetişkin kişilik bozukluğuna katkısının önemli olduğu görülmektedir (5,6).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlikteki psikiyatrik durumlarla çocukluk travması (ÇT) ve kişilik bozuklukları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (7,8,9,10,11,12,13,14). Kişilik bozukluğu olan bireylerin; duygusal ve fiziksel ihmalin yanı sıra duygusal ve fiziksel istismar gibi çocukluk istismarlarını da daha fazla bildirdikleri gösterilmiştir (11,15). Tyrka ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada çocukluk kötüye kullanımı ve yetişkin kişilik bozukluğu semptomlarında kötüye kullanım tipinin etkisini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ya da ihmal bildiren yetişkinlerin bildirmeyen yetişkinlere göre daha fazla KB semptomları sundukları bildirilmiştir. Deneklerin %16,5'i ihmal, %15,8'i duygusal istismar, %13,5'i fiziksel istismar ve %10,7'si cinsel istismar bildirmişlerdir (16). Yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu olan bireyler arasında kendine fiziksel zarar verme davranışının sıklığı %21,4, özkiyim girişimi sıklığı ise %10,1 olarak bildirilmiştir. Herhangi bir çocukluk dönemi travması belirten denekler, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif belirtiler göstermekte, daha sık olarak kendine fiziksel olarak zarar vermekte ve özkiyim girişiminde bulunmaktadırlar (17).

Geçmiş çalışmalar; çekingen kişilik bozukluğu (18), sınır kişilik bozukluğu (19,20,21) ve antisosyal kişilik bozukluğu (22) gibi kişilik bozukluklarının değişik türlerine katkı sağlayan travmatik çocukluk deneyimlerinin rolünden söz etmişlerdir. Hem

paranoid hem de antisosyal kişilik bozukluklarının yordayıcıları olarak çocukluk cinsel ve fiziksel istismarlarının altı çizilmiştir (12). Çocukluk çağı istismarlarının her üç küme kişilik bozukluğundaki etkileri farklı olup B küme kişilik bozukluklarında en önemli etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (23).

Martín-Blanco ve ark. (2014) sınır kişilik bozukluğu (SKB) tanılı hastalarda yapmış oldukları bir çalışmada örneklemin yaklaşık %70'inin bazı istismar formlarını ya da ihmalini bildirdiklerini belirtmişlerdir (24). Sınır kişilik bozukluğu olgularında çocukluk çağı cinsel fiziksel istismarı çok yaygın olarak bildirilmektedir. Sınır kişilik bozukluğu olgularının %30 ile %90'ının çocuklukta bazı travmatik olay türlerini deneyimledikleri belirtilmektedir (13,15,25,26). Özellikle SKB'deki çocukluk istismarı üzerine yapılan retrospektif çalışmalar cinsel istismarı %40 ve %71 arasında (13,25), fiziksel istismarı %25 ile %73 arasında (25,27) ve duygusal istismarı %13 ile %76 arasında (13,28) belirtmektedir. Çocukluk travması SKB gelişiminde rol alan ana çevresel faktör olarak düşünülmektedir. Bu bulgular çocukluk duygusal istismarı ve ihmalinin kişilik bozukluklarında rol oynadığını ve sınır kişilik bozukluğu olan hastaların klinik ağırlık indeksleri ile ilişkilendirildiğini ortaya koymaktadır.

Kişilik bozuklukları için risk faktörlerini tanımlamak, önleyici müdahaleleri geliştirmede önemli katkı sağlayacaktır. Bu çalışma ile kişilik bozukluklarının ürettiği önemli psikiyatrik sorunların yanı sıra, önceki çalışmalardaki sınırlılıklar göz önüne alınarak, retrospektif bildirimlerdeki çocukluk travmasının farklı türleri (cinsel istismar, fiziksel istismar) ile DSM-IV kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın sorusu; çocukluk istismarının farklı türleri farklı kişilik bozuklukları ile ilişkili midir?

Araştırmanın hipotezleri ise;

Ho: Psikiyatri hastalarının genel kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark yoktur.

H1: Psikiyatri hastalarının genel kişilik bozukluğu

tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark vardır.

Ho: Psikiyatri hastalarının SCID II spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark yoktur.

H1: Psikiyatri hastalarının SCID II spesifik kişilik bozukluğu tanıları ile cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama sıklıkları arasında fark vardır.

olarak belirlenmiştir.

## YÖNTEM

### Prosedür

Tıp Fakültesi Etik Kurulundan alınan onayın (2010/042) ardından, psikiyatri kliniğinde ayaktan veya yatarak tedavi gören ve tedavi için başvuran ardışık hastalardan bilgilendirilmiş onam formu ve öz bildirim ölçeklerini okuyup anlayıp doldurabilecek olanlar araştırmaya katılmaya davet edilmiştir. Düşük eğitim veya zeka düzeyi, psikotik veya nörokognitif bozukluğu nedeniyle işbirliği yapamayacak olan hastalar çalışmaya alınmamışlardır. Yazılı onam vererek çalışmaya alınan 120 hastanın Ekim 2010 ve Kasım 2011 ayları arasında ilk tanınasal değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri 2010-2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

İlk tanınasal değerlendirme aşamasında her katılımcı bir veya iki klinisyen tarafından hem Ruhsal Bozuklukların Tanınasal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-III-R (29) Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (30) SCID-II yoluyla DSM-III-R KB tanı ölçütleri yönünden, hem de DSM-IV-TR (31) eksen I patolojileri yönünden değerlendirilmiştir. Hastaların bireysel klinisyen değerlendirmelerinin tamamlanması ve verilerin ön analizlerinin gerçekleştirilmesinin ardından, her bir katılımcının tek tek topluca değerlendirildiği uzmanlar panelinin toplantılarına geçilmiştir. Psikiyatrik tanıların geçerliğini sınamak için "altın standart" ların yokluğu nedeniyle, bunun yerini tutmak üzere LEAD (Longitudinal, Expert, All Data) prosedürünün izlenmesi önerilmektedir

(32). Panel toplantılarında bu öneriyle uyarlı biçimde, her bir hastanın kliniğimizde tedavisi süresince birikmiş olan tüm uzunlamasına psikososyal/demografik/klinik veriye dayanarak katılımcıda genel anlamda KB olup olmadığının uzmanların ortak görüşleriyle belirlenmesi amaçlanmıştır. 2012 yılında gerçekleştirilen bu toplantılara üç uzman katılmıştır. Biri psikiyatri profesörü (FD) ve ikisi klinik psikoloji profesörü (ÇD ve ME) olan uzmanların, o tarihte toplam klinik deneyimleri 82 yılı bulmaktaydı. Yanı sıra bu toplantılara, hastalarını sunmak ve gerekli bilgileri vermek üzere, bireysel derecelendirmeleri yapan klinisyenlerden üçü (ÖYY, ED ve EŞ), araştırmada koordinatör görevi yapan ve güvenilirlik derecelendirmelerine katılan bir psikiyatri asistanı (ÇKD) ve servis sorumlu hemşiresi (PŞ) katılmıştır. Verilecek kararların verimliliğini arttırmak amacıyla, gözden geçirilen hastaya ilişkin gözlem ve bilgilerin tanıya yönelik doğurgularının neler olduğuna ilişkin görüşler toplantıya katılan klinisyenler arasında açıkça tartışılmıştır (33). Bu tartışmalar o tarihte yürürlükteki DSM-IV-TR günümüzde DSM-V (34) genel KB tanı ölçütleri göz önüne alınarak, uzmanlar paneli her bir katılımcıda KB var veya yok konusunda görüş birliğine varana dek sürmüştür. Çalışmada her bir katılımcı için hangi kişilik bozukluğu ölçütlerinden kaç tanesinin karşılandığı veri dosyasına girilmiş, böylelikle kişilik bozukluğu tipleri için ayrı ayrı ölçüt puanları elde edilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Anket formu: Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, algılanan sosyo ekonomik durumu, yatan/ayaktan hasta olup olmadığı ve yaşamları boyunca yapmış oldukları intihar girişimlerini sorgulayan sekiz sorudan oluşan bir formdur.

DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II): Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla Spitzer ve ark. (35) tarafından geliştirilmiş olup dilimize çevirisi Sorias ve ark. (30), güvenilirlik çalışması ise Coşkunol ve ark. (36) tarafından yapılmıştır. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı

ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermekte ve klinik görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı klinisyen tarafından değerlendirilmektedir.

İstismar Öyküsü Taramaya Yönelik Anket Formu: Drossmann ve ark. (37) tarafından geliştirilen form hem cinsel hemde fiziksel istismarı, hem 13 yaş öncesi hemde 14 yaş sonrası dönem olarak sorgulamakta ve iki bölümden oluşmaktadır. 13 yaş öncesi ve 14 yaş sonrası döneme ilişkin olarak cinsel istismarı sorgulayan bölümde altışar, fiziksel istismarı sorgulayan bölümde ise birer soru bulunmaktadır. Her bir soru evet hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Daha önce formun dilimize çevirisi yapılarak bir tez çalışmasında kullanılmıştır (38).

### İstatistik Analizler

Tanı alma/almama veya istismara uğrama/uğramama oranları yüzdeler olarak hesaplanmış ve verilmiştir. Değerlendirmeciler arası tutarlılık Kappa istatistiği ile incelenmiştir. KB tanısına ilişkin değişkenlerle istismara ilişkin değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığı ki-kare analiziyle, ilişkinin derecesi ise olasılık oranı aracılığıyla incelenmiştir. Tüm analizler sosyal bilimler için istatistik paket programı olan SPSS 17 yardımıyla gerçekleştirilmiştir (39).

### BULGULAR

#### *Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri*

Araştırmaya yaşları 16 ile 63 yıl arasında değişen (Ort=35,7, SS=12,5) 80 (%66,7) kadın ve 40 (%33,3) erkek psikiyatri hastası katılmıştır. Katılımcıların 78'i (%65) ayaktan, 42'si (%35) serviste yatarak tedavi görmekteydi. Bekar olanların sayısı 51 (%42,5), evli olanların 53 (%44,2), ayrı, boşanmış veya dul olanların 16 (%13,3) olarak belirlenmiştir. Çalışma durumu açısından bakıldığında, 39 (%32,5) hasta çalışıyor, 31 (%25,8) hasta ev hanımı, 26 (%21,7) hasta öğrenci, 13 (%10,8) hasta işsiz ve 11 (%9,2) hasta

emekli idi. Katılımcıların örgün eğitim görme süresinin 3 ile 22 yıl (Medyan=5 yıl) arasında değiştiği belirlenmiştir. Kendi öznel değerlendirmelerine göre, katılımcıların %27,1'inin sosyoekonomik düzeyi yüksek (n=30) veya çok yüksek (n=2), %60,2'sinin orta (n=71) ve %12,7'sinin düşük (n=9) veya çok düşük (n=6) olarak bulunmuştur.

Yaşamı boyunca hiç intihar girişiminde bulunmadığını bildiren katılımcı sayısı 99 (%82,5), en az bir intihar girişiminde bulunmuş olanların sayısı 21 (%17,5) olarak bulunmuştur. DSM-IV eksen I tanılarına göre gruplandığında, 70 katılımcı (%59,8) duygudurum bozukluğu, 47 katılımcı (%40,2) anksiyete bozukluğu ve 7 katılımcı (%6,0) somatoform bozukluk tanısı almıştır.

#### *Katılımcıların kişilik bozukluğu tanıları*

Uzmanlar panelinin değerlendirmesine göre çalışmaya katılan hastaların 80'i (%66,7) genel KB tanı ölçütlerini karşılamakta idi. Klinisyenlerin SCID-II ile yaptıkları bireysel değerlendirmelere göre de katılımcıların 81'inde (%67,5) en az bir DSM-III-R KB tanısı söz konusuydu. Kappa istatistiğinin 0,68 olarak hesaplanması, iki tanılama yöntemi arasındaki uyuşmanın iyi düzeyde olduğunu göstermekte dolayısıyla klinisyen tanılarının uzman tanıları karşısındaki geçerliğini desteklemektedir.

#### *Cinsel istismar ve kişilik bozukluğu ilişkisi*

Katılımcıların 38'i (%31,7) herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Uzmanlar panelinden genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismarın yaşına ve türlerine göre karşılaştırma sonuçları Tablo 1'de özetlenmiş olup, tablodaki veriler hiçbir karşılaştırmada iki grup arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığını göstermektedir (Tablo 1).

Klinisyenlerin SCID-II uygulayarak koydukları spesifik KB tanıları ile cinsel istismar öyküsü verme arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonuçları incelendiğinde, sadece sınır KB ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu

**Tablo 1:** Genel kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının pozitif cinsel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

İstismar Türü		Kişilik Bozukluğu				$\chi^2$	P	OO	(%95 GA)
		Yok (n=40)		Var (n=80)					
		n	%	n	%				
Cinsel İstismar	≤13 yaş	1	3,0	11	14,5	3,08*	0,10	5,41	0,67-43,80
	≥14 yaş	3	8,6	10	12,7	0,40*	0,75	1,55	0,39-6,00
	Her yaş	2	6,5	13	17,3	2,14*	0,22	3,04	0,64-14,36
Hastaya cinsel organların gösterilmesi	≤13 yaş	1	3,0	9	12,0	2,19*	0,27	4,36	0,53-35,95
	≥14 yaş	6	17,1	13	16,5	0,00**	1,00	0,95	0,33-2,76
	Her yaş	4	12,9	17	22,7	0,77**	0,37	1,97	0,61-6,44
Hasta ile cinsel ilişkiye kalkışılması	≤13 yaş	2	6,1	11	14,5	1,56*	0,34	2,62	0,55-12,56
	≥14 yaş	5	14,3	15	19,0	0,12**	0,73	1,41	0,47-4,23
	Her yaş	4	12,9	18	24,0	1,04**	0,31	2,13	0,66-6,91
Hastanın cinsel organlarına dokunulması	≤13 yaş	1	2,9	6	8,0	0,99*	0,43	2,87	0,33-24,81
	≥14 yaş	4	11,8	10	12,7	0,02**	1,00	1,09	0,32-3,74
	Her yaş	3	9,7	11	14,9	0,51*	0,75	1,63	0,42-6,30
Tacizcinin kendi cinsel organlarına dokundurtması	≤13 yaş	1	2,9	10	13,2	2,72*	0,16	5,00	0,61-40,73
	≥14 yaş	7	20,0	17	21,5	0,00**	1,00	1,09	0,41-2,94
	Her yaş	5	15,6	18	24,0	0,50**	0,47	1,71	0,57-5,08
Tacizcinin hastayı cinsel ilişkiye zorlaması	≤13 yaş	1	3,1	5	6,6	0,51*	0,66	2,18	0,25-19,50
	≥14 yaş	1	2,9	6	7,6	0,88*	0,67	2,71	0,31-23,43
	Her yaş	1	3,3	8	10,7	1,47*	0,44	3,46	0,41-28,96
Başka türlü istismar	≤13 yaş	3	7,5	18	22,5	3,18	0,07	3,58	0,99-12,99
	≥14 yaş	7	17,5	24	30,0	1,57	0,21	2,02	0,79-5,20
	Her yaş	8	20,0	30	37,5	3,10**	0,08	2,40	0,98-5,89

\*Fisher exact test \*\*Yates

göze çarpmaktadır. Bulgularımıza göre sınır KB tanılı hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıkları diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık yedi kat daha yüksektir (Tablo 2).

#### Fiziksel istismar ve kişilik bozukluğu ilişkisi

Uzmanlar panelince KB genel tanı ölçütlerini karşıladığı konusunda görüş birliğine varılan 80 hastanın 59'u (%73,8) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını belirtirken, KB tanısı almayan 40 hastanın 29'u (%72,5) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Fiziksel istismarın şiddeti ve maruziyet yaşına göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur (Tablo 3).

Klinisyenlerin SCID-II spesifik KB tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır KB tanısı alan hastalar arasında fiziksel şiddete maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini

(OO; 6,6 kat), paranoid hastalar arasında ise istatistiksel anlamlılığa yakın olabileceğini (OO; 3,8 kat) ortaya koymaktadır (Tablo 4).

#### Genel olarak cinsel ve/veya fiziksel istismar ile kişilik bozukluğu ilişkisi

Herhangi bir yaşta cinsel ve/veya fiziksel istismara maruz kalmış olma oranları, uzmanlar paneline göre KB olan 80 hasta arasında 59 (%73,8), KB olmayan 40 hasta arasında ise 27 (%67,5) bulunmuş olup iki grup arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır ( $\chi^2=0,51$ ;  $p=0,47$ ). Öte yandan spesifik KB tanıları ile genel anlamda istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analiz sonuçları, sadece sınır KB için anlamlı düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir. Buna göre, sınır KB tanılı hastalarda istismar öyküsü olasılığı, diğer KB tanılı veya KB tanısız hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5 kat daha yüksektir ( $\chi^2=4,74$ ;  $p=0,03$ ) (Tablo 5).

**Tablo 2:** SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının cinsel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu		Cinsel İstismar				$\chi^2$	P	OO	(%95 GA)
		Yok (n=82)		Var (n=38)					
		n	%	n	%				
Çekingen KB	Yok	73	68,9	33	31,1	0,12*	0,76	1,23	0,38 - 3,95
	Var	9	64,3	5	35,7				
Bağımlı KB	Yok	81	69,8	35	30,2	3,59*	0,09	6,94	0,69 - 69,09
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	75	66,4	38	33,6	3,46*	0,09	0,66	0,58 - 0,76
	Var	7	100,0	0	0,0				
Pasif Agresif KB	Yok	76	70,4	32	29,6	2,07*	0,19	2,38	0,71 - 7,92
	Var	6	50,0	6	50,0				
Kaçırgan KB	Yok	77	67,5	37	32,5	0,66*	0,66	0,42	0,05 - 3,69
	Var	5	83,3	1	16,7				
Paranoid KB	Yok	68	70,1	29	29,9	0,37**	0,54	1,51	0,59 - 3,87
	Var	14	60,9	9	39,1				
Şizotipal KB	Yok	81	69,8	35	30,2	3,60*	0,09	6,94	0,70 - 69,09
	Var	1	25,0	3	75,0				
Şizoid KB	Yok	81	69,2	36	30,8	1,74*	0,24	4,50	0,40 - 51,24
	Var	1	33,3	2	66,7				
Histrionik KB	Yok	58	68,2	27	31,8	0,00**	1,00	0,99	0,42 - 2,30
	Var	24	68,6	11	31,4				
Narsistik KB	Yok	69	67,6	33	32,4	0,01**	0,91	0,80	0,27 - 2,44
	Var	13	72,2	5	27,8				
Sınır KB	Yok	74	77,1	22	22,9	15,02**	0,00	6,73	2,54 - 17,80
	Var	8	33,3	16	66,7				
Antisosyal KB	Yok	79	68,1	37	31,9	0,09*	1,00	0,71	0,07 - 7,08
	Var	3	75,0	1	25,0				

\*Fisher Exact test \*\*Yates

## TARTIŞMA

Katılımcıların 38'i (%31,7) herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismara uğramanın yaşı ve türüne göre karşılaştırma sonuçları incelendiğinde hiçbir karşılaştırmada iki grup arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Bierer ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada olguların %78'inin bazı çocukluk travma formlarını karşıladığını ve bir çoğunun istismar ve ihmal bildirdiğini (12), Arslan ve ark. (1997) ise hastaların 26'sında (%72,2) örseleyici çocukluk yaşantısı öyküsü olduğunu bulmuşlardır (40). Zhang ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada duygusal ihmal için ortalama skorun tüm kişilik bozukluğu gruplarında aynı olduğunu ve duygusal ihmalin anlamlı olarak kişilik bozukluğu olmayan gruptan yüksek olduğunu bulmuşlardır (23). Grilo ve Masheb (2002) hastaların %82'sinin bazı çocukluk istismarı formlarını bildirdiğini ve %30'unun en az bir kişilik bozukluğu kriterini karşıladığını, duygusal istismarın C küme kişilik bozukluklarının tümü ile özellikle de çekingen/kaçırgan kişilik bozukluğu ile anlamlı olarak ilişkilendirildiğini bildirmişlerdir

(41). Yaptığımız çalışmada hastaların yaklaşık 1/3'ü herhangi bir yaşta cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek bildirildiği görülmektedir. Bunun nedeni çalışmamızda araştırmada kullanılan soruların cinsel istismarı açıkça sorgulamasından ve cinsel istismarın da istismar türleri içindeki en ağır formlarından biri olmasından dolayı bildirim daha az olmuş olabilir. Genel KB tanısı alan ve almayan hasta gruplarının cinsel istismara uğramanın yaşı ve türü açısından aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmamasının nedeni ise bütün hastaların psikiyatri polikliniğine ya da kliniğine başvurmuş olmaları nedeni ile zaten fiziksel ve cinsel istismar açısından risk grubunu oluşturuyor olmaları olabilir.

Klinisyenlerin SCID-II uygulayarak koydukları spesifik KB tanıları ile cinsel istismar öyküsü verme arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonuçları incelendiğinde, sadece SKB ile cinsel istismar sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu göze çarpmaktadır. Bulgularımıza göre SKB tanılı hastaların cinsel istismar öyküsü verme olasılıkları diğer hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık yedi kat daha yüksektir. Sınır kişilik bozukluğu etyolo-

**Tablo 3:** Genel kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının fiziksel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

İstismar Türü	Kişilik Bozukluğu						$\chi^2$	P	OO	(%95 GA)
	Yok (n=40)		Var (n=80)							
	n	%	n	%						
<b>Fiziksel İstismar</b>										
≤13 yaş	Hastaya vurma, tekmeleme, dövme	Yok	13	32,5	30	37,5	0,11*	0,73	0,80	0,36 – 1,78
		Var	27	67,5	50	62,5				
	Hastanın yaşamını ciddi tehdit etme	Yok	27	67,5	56	70,0	0,00*	0,94	0,89	0,39 – 2,01
		Var	13	32,5	24	30,0				
	Her yaş	Yok	13	32,5	27	33,8	0,00*	1,00	0,94	0,42 – 2,12
		Var	27	67,5	53	66,3				
14 yaş	Hastaya vurma, tekmeleme, dövme	Yok	17	42,5	34	42,5	0,00*	1,00	1,00	0,46 – 2,15
		Var	23	57,5	46	57,5				
	Hastanın yaşamını ciddi tehdit etme	Yok	24	60,0	47	58,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,28
		Var	16	40,0	33	41,3				
	Her yaş	Yok	16	40,0	31	38,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,29
		Var	24	60,0	49	61,3				
Fiziksel istismara maruziyet (Genel olarak)	≤13 yaş	Yok	13	32,5	27	33,8	0,00*	1,00	0,94	0,42 – 2,12
		Var	27	67,5	53	66,3				
	≥14 yaş	Yok	16	40,0	31	38,8	0,00*	1,00	1,05	0,48 – 2,29
		Var	24	60,0	49	61,3				
	Her yaş	Yok	11	27,5	21	26,3	0,00*	1,00	1,06	0,45 – 2,50
		Var	29	72,5	59	73,8				

\*Yates

jisinde çocukluk istismarlarının rolüne odaklanan çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır (40,41,42,43,44,45,46,47,48,49). Bu çalışmalar hem cinsel hem de fiziksel istismarın sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından yaygın olarak bildirildiklerini bulgulamışlardır. Bazı çalışmalar %10 ile %73 arasında sınır kişilik bozukluğu olan hastanın bir ebeveyn ya da yetişkin bakım verici tarafından fiziksel istismara uğradıklarını (40,41,42,43,44,45,46,47,48,49), bazılarıda %10 ile %33'ünün tam zamanlı bir bakım verici ile enest ilişkileri olduğunu bildirmişlerdir (41,42,43,44,45,46,47,48,49). Bakım verici olmayanlar tarafından çocukluk cinsel istismarının prevalansını araştıran çalışmalar, sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tarafından bildirilen bütün oranların %16 ile %71 arasında bir aralıkta olduğunu bildirmişlerdir (41,43,44,45,46,47,48,50). Bütün ilişkili çalışmalar yakın-komşu karşılaştırma olgularından anlamlı olarak yüksek yüzdede sınır kişilik bozukluğu hastasının çocukluk cinsel istismar öyküsü bildirdiklerini bulmuşlardır (41,45,48,49). Zanarini ve ark. (1997) yapmış oldukları çalışmada sınır kişilik bozukluğu hastalarının %91'inin bazı çocukluk istismarı türlerini, %92'sinde bazı çocukluk ihmal türlerini

bildirdiğini, sınır kişilik bozukluğu olan hastaların bakım verici tarafından duygusal ve fiziksel istismara uğrama ve bakım verici olmayan biri tarafından cinsel istismara uğrama bildirimlerinin diğer kişilik bozukluğu hastalarından anlamlı olarak daha olası olduğunu bulmuşlardır (51). Bu son sonuçlar bazılarınca cinsel istismarın sınır kişilik bozukluğunun gelişiminde temel etyolojik faktör olduğu şeklinde yorumlanmıştır (52).

Uzmanlar panelince KB genel tanı ölçütlerini karşıladığı konusunda görüş birliğine varılan 80 hastanın 59'u (%73,8) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını belirtirken, KB tanısı almayan 40 hastanın 29'u (%72,5) herhangi bir yaşta fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir. Fiziksel istismar şiddeti ve maruziyet yaşına göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmaların sonuçları gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Bir çalışmada (53), çocukluk istismarı yüksek olan bireyler çocukluk istismarı düşük olan bireylere oranla daha fazla kişilik bozukluğu semptomu bildirmiş olup histriyonik, narsisistik ve bağımlı kişilik bozuklukları hariç bütün kişilik bozuklukları alt ölçekleri için çocukluk istismarı anlamlı bulunmuştur. Başka bir çalışmada (16),

**Tablo 4:** SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve olmayan psikiyatri hastalarının fiziksel istismar öyküleri oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu	Fiziksel İstismar				$\chi^2$	P	OO	(%95 GA)	
	Yok (n=38)		Var (n=82)						
	n	%	n	%					
Çekingen KB	Yok	33	31,1	73	68,9	0,12*	0,76	0,81	0,25 - 2,62
	Var	5	35,7	9	64,3				
Bağımlı KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	36	31,9	77	68,1	0,03*	1,00	1,17	0,22 - 6,32
	Var	2	28,6	5	71,4				
Pasif Agresif KB	Yok	34	31,5	74	68,5	0,02*	1,00	0,92	0,26 - 3,26
	Var	4	33,3	8	66,7				
Kaçınan KB	Yok	36	31,6	78	68,4	0,01*	1,00	0,92	0,16 - 5,27
	Var	2	33,3	4	66,7				
Paranoid KB	Yok	35	36,1	62	63,9	3,56**	0,06	3,76	1,04 - 13,57
	Var	3	13,0	20	87,0				
Şizotipal KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				
Şizoid KB	Yok	38	32,5	79	67,5	1,43*	0,55	0,68	0,60 - 0,77
	Var	0	0,0	3	100,0				
Histriyonik KB	Yok	23	27,1	62	72,9	2,18**	0,14	0,50	0,22 - 1,13
	Var	15	42,9	20	57,1				
Narsistik KB	Yok	30	29,4	72	70,6	0,98**	0,32	0,52	0,19 - 1,45
	Var	8	44,4	10	55,6				
Sınır KB	Yok	36	37,5	60	62,5	6,30**	0,01	6,60	1,47 - 29,74
	Var	2	8,3	22	91,7				
Antisosyal KB	Yok	37	31,9	79	68,1	0,09*	1,00	1,41	0,14 - 13,97
	Var	1	25,0	3	75,0				

\*Fisher Exact test \*\*Yates

fiziksel ya da cinsel istismar bildiren katılımcılar, duygusal istismar ya da duygusal ihmal bildiren kontrollerden daha fazla kişilik bozukluğu semptomu göstermişlerdir. Fiziksel kötüye kullanım (KK), duygusal KK ve ihmal oranları da KB olanlarda KB olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Fiziksel ve duygusal KK ve ihmal oranları KB ve kişilik özelliği olan gruplarda KB olmayan gruba göre daha yüksektir (54). Yaptığımız çalışmada genel KB tanısı konan ve konmayan hasta gruplarının fiziksel istismara uğramanın yaşı ve türüne göre aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmamasının nedeni Türk kültürünün özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Kültürümüzde ağaç yaşken eğilir, kızını dövmeyen dizini döver, eti senin kemiği benim, büyüktür döverde severde gibi fiziksel şiddeti onaylayıcı yaklaşımlar bu bulgunun nedenini açıklayıcı olabilir.

Klinisyenlerin SCID-II spesifik KB tanıları ile fiziksel istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analizlerin sonuçları sınır ve paranoid KB

tanısı konan hastalar arasında fiziksel istismara maruziyetin görece daha yüksek oranlarda bildirilebileceğini (OO sırasıyla; 6,6 ve 3,8 kat) ortaya koymaktadır. Bierer ve ark. (2003) yapmış oldukları çalışmada A kümeyi içeren spesifik tanıları arasından paranoid bozukluk tek başına cinsel, fiziksel ve duygusal istismarca yordandırmıştır (12). İlişkili çalışmaların çoğu SKB hastaları tarafından çocuklukta fiziksel istismar öyküsü bildirildiğini bulsa da, sadece iki çalışma böyle bir öykünün SKB hastalarını diğer kişilik bozukluğu türlerinden ayırdığını bulmuştur (43,45). Zhang ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada en güçlü pozitif ilişkiyi B küme kişilik bozuklukları ve çocukluk travma anketi skorları arasında bulmuşlardır. B küme kişilik bozukluklarının fiziksel ihmal dışında bütün çocukluk travma faktörleri ile pozitif ilişkisi olduğu bildirilmektedir (23). Aynı çalışmada çocukluk istismarının diğer türlerinin kontrolüne rağmen, A küme kişilik bozukluğu ile duygusal istismar arasında pozitif ilişki bildirildiği bulunmuştur. C küme kişilik bozuklukları erken



**Tablo 5:** SCID-II Spesifik kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan psikiyatri hastalarının cinsel ve/veya fiziksel istismar öyküsü oranları açısından karşılaştırılması

Kişilik Bozukluğu	Cinsel ve/veya Fiziksel İstismar				$\chi^2$	P	OO	(%95 GA)	
	Yok (n=34)		Var (n=86)						
	n	%	n	%					
Çekingen KB	Yok	31	29,2	75	70,8	0,37*	0,76	1,52	0,40 - 5,81
	Var	3	21,4	11	78,6				
Bağımlı KB	Yok	33	28,4	83	71,6	0,02*	1,00	1,19	0,12 - 11,88
	Var	1	25,0	3	75,0				
Obsesif Kompulsif KB	Yok	32	28,3	81	71,7	0,00*	1,00	0,99	0,18 - 5,35
	Var	2	28,6	5	71,4				
Pasif Agresif KB	Yok	31	28,7	77	71,3	0,07*	1,00	1,21	0,31 - 4,76
	Var	3	25,0	9	75,0				
Kaçıngan KB	Yok	32	28,1	82	71,9	0,08*	1,00	0,78	0,14 - 4,47
	Var	2	33,3	4	66,7				
Paranoid KB	Yok	31	32,0	66	68,0	2,41**	0,12	3,13	0,87 - 11,33
	Var	3	13,0	20	87,0				
Şizotipal KB	Yok	34	29,3	82	70,7	1,64*	0,58	0,71	0,63 - 0,80
	Var	0	0,0	4	100,0				
Şizoid KB	Yok	34	29,1	83	70,9	1,22*	0,56	0,71	0,63 - 0,80
	Var	0	0,0	3	100,0				
Histriyonik KB	Yok	20	23,5	65	76,5	2,55**	0,11	0,46	0,20 - 1,07
	Var	14	40,0	21	60,0				
Narsistik KB	Yok	27	26,5	75	73,5	0,63**	0,42	0,57	0,20 - 1,61
	Var	7	38,9	11	61,1				
Sınır KB	Yok	32	33,3	64	66,7	4,74**	0,03	5,50	1,22 - 24,86
	Var	2	8,3	22	91,7				
Antisosyal KB	Yok	33	28,4	83	71,6	0,02*	1,00	1,19	0,12 - 11,88
	Var	1	25,0	3	75,0				

\*Fisher Exact test \*\*Yates

yaşam deneyimleri ile ilişkili görünmemektedir. Çekingen kişilik bozukluğu ve duygusal istismar, fiziksel istismar ve duygusal ihmal arasında zayıf ilişki olduğu, en güçlü pozitif ilişkinin sınır KB ve duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal arasında olduğu bildirilmiştir. Özellikle total çocukluk travma anketi skorları sınır kişilik bozukluğu ile kişilik bozukluklarının diğer türlerine oranla daha fazla ilişkilendirilmiştir (23).

Herhangi bir yaşta cinsel ve/veya fiziksel istismara maruz kalmış olma oranları, uzmanlar paneline göre KB olan 80 hasta arasında 59 (%73,8), KB olmayan 40 hasta arasında ise 27 (%67,5) bulunmuş olup iki grup arasındaki fark anlamlı düzeye ulaşmamaktadır. Spesifik KB tanıları ile genel anlamda istismar öyküsü arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik analiz sonuçları, sadece sınır KB için anlamlı düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir. Buna göre, sınır KB tanılı hastalarda pozitif istismar öyküsü olasılığı, diğer KB tanılı veya KB tanısız hastalarla karşılaştırıldığında yaklaşık 5,5

kat daha yüksektir. Johnson ve ark. (1999) yapmış oldukları çalışmada yaş, ebeveyn eğitimi ve ebeveynsel psikiyatrik bozukluklar istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra; çocuk istismarı ya da ihmali yaşayan insanların istismara ya da ihmale maruz kalmayanlara oranla erken yetişkinlik döneminde KB tanısı konması ihtimalinin 4 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir (55). Diğer çocukluk istismarları istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra; çocukluk fiziksel istismarı, cinsel istismarı ve ihmalinin her biri, erken yetişkinlik döneminde artan kişilik bozukluğu semptom düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur. 12 kategori olan DSM-IV KB semptomlarının 10 tanesi çocukluk istismarı ya da ihmali ile, farklı türlerdeki çocukluk istismarlarında erken yetişkinlik dönemindeki spesifik KB semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Huang ve ark. (2012) 203 ayaktan tedavi gören SKB hastasını, diğer kişilik bozukluklarına sahip 109 ayaktan tedavi gören hastayı, eksen II tanısı olmayan 70 ayaktan tedavi gören hastayı "Çocukluk Bakım ve İstismar Deneyimi Anketi" nin Çince versiyonu ile

değerlendirmişlerdir (56). SKB'li hastalar diğer karşılaştırma gruplarından önemli ölçüde fazla fiziksel, duygusal ve cinsel istismar bildirmiş olup, 4 tür çocukluk deneyimini SKB'nin önemli yordayıcıları olarak bildirmişlerdir. Bunlar; anne tarafından ihmal, baba tarafından gösterilen antipati (nefret), cinsel istismar ve anne tarafından fiziksel istismardır. Battle ve ark. (2004) sınır, şizotipal, çekingen veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanıları ya da kişilik bozukluğunun eşlik etmediği majör depresyon bozukluğu tanısı bulunan toplam 600 hasta arasında, kendi bildirdikleri istismar ve ihmal deneyimleri öyküsünü değerlendirmişler, kişilik bozukluğu olan bireylerdeki çocukluk istismarı oranını %73, çocuk ihmali oranını ise %82 olarak bildirmişlerdir (15). Sınır kişilik bozukluğu diğer KB'lerden daha tutarlı bir şekilde çocukluk istismarı ve ihmali ile ilişkilendirilmiştir. Sınır kişilik bozukluğunun etkisi kontrol edildiğinde diğer kişilik bozukluğu tanıları istismarın spesifik türleri ile ilişkilendirilmiştir. Shearer ve ark. (1990) sınırda kişilik bozukluğu olan kadın hastalarda çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımını %25 ve cinsel kötüye kullanımını %58,3 olarak bulurken (48), Ogata ve ark. (1990) sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda fiziksel kötüye kullanımı % 41,6, cinsel kötüye kullanımı %71 olarak bulmuşlardır (44). Zhang ve ark. (2012) B kümenin de içinde olduğu özel kişilik bozukluklarındaki travmatik çocukluk deneyimlerini daha fazla geçerli kılmak için, B küme kişilik bozukluğu olan hastalardan oluşan 162 olgu üzerinde yapmış oldukları çalışmada B küme kişilik bozukluklarını 4 alt türüne bölmüş olup cinsel istismar bildirimleri hariç, 4 grup arasında çocukluk travmatik deneyimleri öyküsü öz-bildirimleri arasında anlamlı farklılıklar bulmuşlardır (23). Sınır kişilik bozukluğu grubunda, ortalama duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal skoru ve total çocukluk travma anketi skoru diğer B küme kişilik bozukluklarındakinden daha yüksek bulunmuştur. Waxman ve ark. (2014) yapmış oldukları çalışmada sınır ve şizotipal kişilik bozukluklarını çok güçlü şekilde cinsel istismarla ilişkilendirmişlerdir. Fiziksel istismar; antisosyal, sınır ve şizotipal kişilik bozuklukları ile, duygusal istismar; sınır, narsistik ve şizotipal kişilik bozuklukları ile, fiziksel ihmal; sınır, narsistik, paranoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Antisosyal, çekingen, sınır, narsistik, paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu riski çoklu istismar türlerine maruz kalındığı zaman daha fazla artış göstermektedir (57). Bazı çalışma

bulgularında fiziksel istismarın antisosyal kişilik bozukluğunu, duygusal istismarın ise sınır ve paranoid kişilik bozukluklarını yordadığı bildirilmiştir (10,11,12). Bazı araştırmacılarda çocukluk dönemindeki cinsel istismarın alkol sorunlarına, travma sonrası stres bozukluğuna (58), sınırda kişilik bozukluğuna ve disosiyatif semptomlara (59,60) yol açtığını belirtmişlerdir.

## SONUÇ

Çalışmanın sonucuna göre, sınır kişilik bozukluğu görülme olasılığı cinsel istismar bildiren hastalarda yaklaşık 7 kat, fiziksel istismar bildirenlerde yaklaşık 6,5 kat, cinsel ve/veya fiziksel istismar bildirenlerde ise yaklaşık 5,5 kat daha fazladır. Bu nedenle psikiyatrik hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısının araştırılması önemlidir. Bulgular, birlikte bulduklarında bile istismar ve ihmalin tüm formlarının değerlendirilmesinin önemini altını çizerek ve risk grubundaki çocuklarda kişilik patolojisini önlemek için müdahalelerin gelişimine bilgi sağlayabilir.

Çocukluk döneminin incelenmesi nedeniyle hatalı veya eksik anımsamayla ilgili durumlar belirtilebilir. Çalışmamızda saptanan cinsel ve/veya fiziksel istismar oranları, hastaların geriye dönük, kendi bildirimlerine dayalı ölçekle değerlendirilmiştir.

---

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Onur Erkayran, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın  
orkuner kayiran@gmail.com

---

Teşekkür: Dr. Asistan Çiğdem Kırıcı Dalloğlu, Klinik Psikolog Özge Yaren Yavuz, Klinik Psikolog Elvan Demirbağ, Klinik Psikolog Esra Şahin, Servis Sorumlu Hemşiresi Pelin Şahin. \*Bu araştırma 29 Haziran-1 Temmuz 2017 tarihleri arasında Aydın'da gerçekleştirilen Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*Menderes kişilik bozukluğu araştırma sonuçlarının bir kısmı "Validation of the DSM-5 Alternative Model Personality Disorder Diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD Validity and Reliability of the Personality Functioning Ratings" adı ile "Journal of Personality Assessment" adlı dergide yayınlanmıştır. \*Bu araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje birimi tarafından TPF11022 proje kodu ile desteklenmiştir. Teşekkür ederiz.

## REFERENCES

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 915 s.
2. Depue RA. Genetic, environmental, and epigenetic factors in the development of personality disturbance. *Dev Psychopathol* 2009;21:1031–63.
3. Jacob CP, Nguyen TT, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Baumann K, Jacob F, Prechtel J, Wittlich M, Herrmann MJ, Gross-Lesch S, Lesch KP, Reif A. A gene-environment investigation on personality traits in two independent clinical sets of adult patients with personality disorder and attention deficit/hyperactive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010;260:317–26.
4. South SC, Krueger RF, Johnson W, Iacono WG. Adolescent personality moderates genetic and environmental influences on relationships with parents. *Journal of Personality and Social Psychology* 2008;94:899–912.
5. Horwitz A V, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospect. *J Health Soc Behav* 2001;42:184–201.
6. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect* 1996;20:7–21.
7. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord* 2007;21:442–7.
8. Pirkola S, Isometsä E, Aro H, Kestilä L, Hämaläinen J, Veijola J, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Childhood adversities as risk factors for adult mental disorders results from the Health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:769–77.
9. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007;7:1–10.
10. Slopen N, Williams DR, Seedat S, Moomal H, Herman A, Stein DJ. Adversities in childhood and adult psychopathology in the south africa stress and health study: Associations with first-onset DSM-IV disorders. *Soc Sci Med* 2010;71:1847–54.
11. Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998;23:855–68.
12. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New A, Silverman J, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr* 2003;8:737–54.
13. Lobbstaël J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J Pers Disord* 2010;24:285–95.
14. Haller DL, Miles DR. Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004;30:269–86.
15. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH, Morey LC. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord* 2004;18:193–211.
16. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research* 2009;165:281–7.
17. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2:69–78.
18. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:510–8.
19. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Vict* 2002;17:49–55.
20. Trull TJ. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *J Abnorm Psychol* 2001;110:471–81.
21. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1068–75.
22. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1994;151:670–4.
23. Zhang T, Chow A, Wang L, Dai Y, Xiao Z. Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Compr Psychiatry* 2012;53:829–36.
24. Martín-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Pérez V, Arranz MJ, Ferraz L, Alvarez E, Pascual JC. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2014;55:311–8.
25. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23:89–101.
26. Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *J Abnorm Psychol* 2013;122:180–94.
27. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, Antonia New MS, Schmeidler J, Silverman JM, Siever LJ. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry* 2003;160:2018–24.
28. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Pers Disord* 2011;25:448–62.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
30. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifime Z. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu Türkçe versiyonu (SCID-II) Kişilik Bozuklukları Formu. Sorias S, editör. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova; 1990.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. baskı. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
32. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 1983;24:399-411.
33. Tschan F, Semmer NK, Gurtner A, Bizzari L, Spychiger M, Breuer M, Marsch SU. Explicit reasoning, confirmation bias, and illusory transactive memory: A simulation study of group medical decision making. *Small Group Research*. 2009;40:271-300.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. baskı. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing; 2013.
35. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. American Psychiatric Association. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1990.
36. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. SCID-II Türkçe versiyonu görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:26-9.
37. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: Review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995;123:782-94.
38. Uygur B. Çocukluk çağı cinsel istismarının klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi; 2005.
39. IBM. SPSS Statistics for Windows. Chicago: International Business Machines Corp.; 2008.
40. Arslan H, Karlıdağ R, Alparlan N, Tamam L, Ünal M. Borderline kişilik bozukluğunda örselleyici çocukluk yaşantıları ve ruhsal bulgular. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 1997;10:33-9.
41. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:183-8.
42. Herman J, Perry J, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:490-5.
43. Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988;33:336-43.
44. Ogata S, Silk K, Goodrich S, Lohr N, Westen D, Hill E. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-13.
45. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994;35:301-5.
46. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:375-80.
47. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M, Schwartz J, Chinman G, Land W, Miyawaki E. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993;34:254-7.
48. Shearer SL, Peters C, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990;147:214-6.
49. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry* 1990;60:55-66.
50. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989;30:18-25.
51. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, vd. Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:1101-6.
52. Herman J, van der Kolk B. Traumatic antecedents of borderline personality disorder, in *Psychological Trauma*. van der Kolk B, editör. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987. 111-126 s.
53. Carr S, Francis AJP. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist* 2009;44:146-55.
54. Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer 1. eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 2005;6:9-18.
55. Johnson J, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:600-6.
56. Huang J, Yang Y, Wu J, Napolitano L, Xi Y, Cui Y. Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2012;26:238-54.
57. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health* 2014;8:30-41.
58. Schetky DH. Incest-related syndromes of adult psychopathology. İçinde: Kluft RP, editör. *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1990. s. 35-54.
59. Chu J, Dill D. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990;147:887-92.
60. Yudkin M. "The Nightmare of Childhood Sexual Abuse: Survivors Speak Out. *Cosmopolitan*. 1992;246-9.