

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE YEME
TUTUMLARI İLE SUÇLULUK VE UTANÇ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Songül OĞUR

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı**

MAYIS, 2023

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE YEME
TUTUMLARI İLE SUÇLULUK VE UTANÇ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Songül OĞUR
(Y2112.480019)

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN

MAYIS, 2023

ONAY FORMU

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Borderline Kişilik Özellikleri ve Yeme Tutumları ile Suçluluk ve Utanç Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim (17/05/2023).

Songül OĞUR

ÖNSÖZ

Çalışmamın her aşamasında, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerini benden esirgemeyen, engin klinik tecrübeleri ile destek veren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet Ertan TEZCAN'a teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte yoluma ışık tutan, anlayışını ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen, psikolojik olarak destekleriyle yürüdüğüm bu yolda adımlarımı daha sağlam atmam için bana her zaman bir yol haritası olan, saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Haydeh FARAJI'ye minnetlerimi sunarım. Lisans ve yüksek lisans sürecimden bugüne kadar hayatım boyunca destekleriyle güçlendiğim, üzerimde büyük emekleri olan başta Dr. Öğr. Üyesi Engin EKER olmak üzere Doç. Dr. Üyesi Şahide Güliz KOLBURAN, Dr. Öğr. Üyesi Hakan İŞÖZEN, Dr. Öğr. Üyesi Elif Özge ERBAY, Dr. Öğr. Üyesi Hande TASA, Doç. Dr. Mesut YAVUZ ve İstanbul Aydın Üniversitesi Psikoloji ve Klinik Psikoloji bölümündeki tüm hocalarıma hem akademik olarak hem de bireysel olarak bana olan emeklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tüm hayatım boyunca bana her daim güvenen, sevgisi ve maddi manevi destekleriyle her zaman yanı başımda olan, bana karanlık görünen yollara ışık tutan, bedeni dünyada olmasa da ruhu her zaman benim ile olan biricik babam Mehmet OĞUR'a, tüm eğitim öğretim hayatım boyunca desteğini bir gün bile esirgemedi bana her daim güvenen canım annem Muhbet OĞUR'a ve düşeceğimi hissettiğimde beni her seferinde daha sağlam kaldıran, başra biricik kardeşlerim Seda OĞUR, Azad OĞUR ve ağabeylerime, ablalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Zorlu yollardan geçtiğim vakit önüme her daim ışık hüzmelerini seren, gökyüzünden bulutları toplayıp hayatıma katan biricik kardeşim Beyza SOHTORİKOĞLU'na, bu süreçte manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim canım arkadaşım Sena SAYLAM'a, tez sürecim boyunca kahrımı çeken, her pes ettiğimde yanımda olan canım arkadaşlarım Burcu ÖZTÜRK, Batuhan PUSMAZ ve Bedran Alin ERTUĞRUL'a teşekkürlerimi sunarım.

El ele çıktığımız bu yolda lisans ve yüksek lisans süreci boyunca hem dostluğunu hem de bilgi birikimini bana sunan kardeşlerim, meslektaşlarım Yasemin Gamze SAYILGAN ve Zeynep Yentürk'e teşekkürlerimi sunarım. İyi ki varsınız.

Mayıs, 2023

Songül OĞUR

BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE YEME TUTUMLARI İLE SUÇLULUK VE UTANÇ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışmanın amacı borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırma İstanbul'da üniversite okuyan 18-24 yaş arası 213 kadın (%53.1) ve 187 erkek (%46.8) öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında "Sosyo-Demografik Bilgi Formu", "Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)", "Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS)" ve "Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)" kullanılmıştır. İstatiksel analizler SPSS 25 programına aktarılmıştır. Elde edilen verilere dönük olarak analizde "Pearson Korelasyon Analizi", "Bağımsız Gruplar T-Testi" ve "Anova" kullanılmıştır. PROCESS 3.5 ile aracı rol analizleri yapılmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda borderline kişilik özellikleri ve utanç değişkenlerinin birbiriyle anlamlı düzeyde ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumlarının arasındaki ilişkide utancın kısmi aracı rolü saptanmıştır. Utanç ile borderline kişilik özelliklerinden duygulanımda kararsızlık, kendilik imgesi, boşluk duygusu ve yoğun öfke değişkenlerinin arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Bulimiya ve yeme meşguliyeti ile borderline kişilik özellikleri dürtüsellik alt değişkenleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur.

Borderline kişilik ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu, borderline kişilik özelliklerine daha yatkın olduğu elde edilmiştir. Dürtüsellik alt ölçeğinden alınan puanlar kıyaslandığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Borderline kişilik ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında bekâr olanların, evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip

olduğu görülmektedir. Dürtüsellik, kendilik imgesi, boşluk duygusu alt ölçeklerinden elde edilen puanların algılanan gelir düzeyine göre anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yüksek düzeyde aylık geliri olanların aldığı puanların düşük ve orta düzeyde aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yeme tutumu leğinden elde edilen puanların algılanan gelir düzeyine göre anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik zellikleri, Yeme Tutumları, Suçluluk, Utanç

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN BORDERLINE PERSONALITY TRAITS AND EATING ATTITUDES AND GUILT AND SHAME

ABSTRACT

This study aims to examine the relationship between borderline personality traits and eating attitudes, and guilt and shame. The research was carried out among 213 female (53.1%) and 187 male (46.8%) undergraduate students aged between 18-24, studying in Istanbul. "Socio-Demographic Information Form", "Borderline Personality Questionnaire (BPQ)", "Offence-Related Shame and Guilt Scale (ORSGS)" and "Eating Attitude Test Short Form (EAT-26)" were used within the scope of the study. Statistical analyses were transferred to the SPSS 25 program. "Pearson Correlation Analysis", "Independent Groups T-Test" and "ANOVA" were used in the analysis of the data obtained. PROCESS 3.5 was used for mediator role analysis.

At the end of the study, it was seen that the subscales of borderline personality traits, shame variables were significantly related to each other. Borderline personality traits and eating attitudes, have been found to have a semi-intermediate role in their relationship with shame. A significant positive relationship was found between shame and borderline personality traits, and ambivalence emotion, self-image, sense of emptiness and intense anger. A significant positive relationship was found between shame and borderline personality traits as affective indecision, self-image, sense of emptiness and intense anger. Moreover, a significant positive relationship was found between bulimia and the preoccupation with food along with impulsivity sub-variables of the borderline personality traits.

The results of the research showed that women were more likely than men to exhibit borderline personality traits and had a higher mean when the means of the borderline personality questionnaire and its subscales were compared. When the scores from the impulsivity subscale were compared, it was seen that men had

a higher mean than women. When scores from the borderline personality questionnaire and its subscales were compared over the marital status variable, it was seen that singles have a greater mean than married ones. It was also found that there were substantial differences between the scores on the impulsivity, self-image, and emptiness subscales based on perceived income level variable. Moreover, it was seen that the scores of those with high level income, on a monthly basis, were higher than those with low and medium level income. The research revealed that the results of the eating attitude test varied considerably depending on the perceived income level.

Keywords: Borderline Personality Traits, Eating Attitudes, Guilt, Shame

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ	1
A. Araştırmanın Konusu.....	1
B. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	3
C. Araştırmanın Hipotezleri	3
D. Araştırmanın Sayıltıları	4
E. Araştırmanın Sınırlıkları.....	4
F. Temel Kavramlar	5
II. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	7
A. Borderline Kişilik Özellikleri	7
1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihiçesi	11
2. Borderline Kişilik Bozukluğunda Epidemiyoloji ve Komorbidite	12
3. Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri	12
4. Borderline Kişilik Bozukluğu Etiyolojisi	13

a. Biyolojik Risk Faktörleri	14
b. Psikososyal Risk Faktörleri	14
c. Genetik Faktörler	15
d. Çocukluk Çağı Travmaları	15
B. Yeme Tutumları	15
1. Yeme Bozuklukları	16
2. Anoreksiya Nervoza (AN)	18
3. Bulimiya Nervoza (BN)	19
4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	20
5. Yeme Bozukluğunun Psikanalitik Çerçeve Değerlendirilmesi.....	21
a. Psikanalitik Kuram	21
b. Kendilik Psikolojisi	23
C. Suçluluk ve Utanç	26
1. Suçluluk ve Utancın Gelişimi	29
2. Suçluluk ve Utanç: Benzerlikler- Farklılıklar	33
3. Suçluluk ve Utanç Duygusunu Etkileyen Faktörler.....	35
III. YÖNTEM.....	39
A. Araştırmanın Modeli.....	39
B. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	41
C. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	39
1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	40
2. Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ).....	40
3. Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26).....	40
4. Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS).....	41
D. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	42
IV. BULGULAR.....	45

V. TARTIŞMA	59
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
VII.KAYNAKÇA	75
EKLER.....	105
ÖZGEÇMİŞ.....	121

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt.	: Aktaran
AN	: Anoreksiya Nervoza
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BKÖ	: Borderline Kişilik Ölçeği
BKÖ	: Borderline Kişilik Özelliği
BN	: Bulimia Nervoza
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
HUS	: Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği
Vd.	: Ve Diğerleri
YB	: Yeme Bozukluğu
YTT-26	: Yeme Tutum Testi Kısa Formu

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.	Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	45
Çizelge 2.	. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	45
Çizelge 3.	Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler	46
Çizelge 4.	.Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri.....	46
Çizelge 5.	Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği Arasındaki İlişki.....	47
Çizelge 6.	Borderline Kişilik Ölçeğinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordamasında Utanç Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar	51
Çizelge 7.	Cinsiyete Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması	52
Çizelge 8.	Medeni Duruma Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması	53
Çizelge 9.	Çalışma Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması	54
Çizelge 10.	Bilinen Ruhsal Bir Bozukluğa Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması	55
Çizelge 11.	Algılanan Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Borderline Kişilik Ölçeğinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordamasında Utaç Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları.....	51
----------	---	----

I. GİRİŞ

A. Araştırmanın Konusu

Borderline kişilik bozukluğu (BKB); bireyin benliğinde, kişilerarası ilişkilerinde, duygulanımında, davranımında ve bilişsel süreçlerinde düzensizlikle belirli bir bozukluktur (Faraji, 2021). DSM-5 kriterlerine göre; genç erişkinlikte başlayan dengesiz benlik algısı, diğer insanları değersizleştiren ya da idealleştiren kişiler arası ilişkiler, bozulmuş öz imge geçmişi, cinsellik, madde kullanımı ve kendine zarar verme ya da tekrarlayan intihar eğilimleri, yoğun öfke krizleri ve şiddetli dürtüsellik ile işaretlenen kişilik bozukluğudur (APA, 2013). Borderline kişilik özelliklerine sahip kişiler sıklıkla kronik boşluk duygularından, can sıkıntısından ve sahip oldukları kimliklerin tutarlı muhakemesinin yokluğundan şikayetçidirler (Gunderson, 2007; Faraji ve Tezcan, 2022). Borderline kişilik örgütlenmesinde ise borderline kişilik bozukluğunu tanımlayan bu özellikler daha az düzeyde görülmekte, özelliklerin düzeyinde ve/veya yaygınlığında artış görülmesi bireyi borderline kişilik örüntüsünden borderline kişilik bozukluğuna doğru yaklaştırmaktadır (Faraji ve Güler, 2021). Borderline kişilik özellikleri olan kişiler için en temel mesele terk edilme riskine karşın ilişki kurma çabasıdır. Diğer insanlara karşı temel güven duyguları kırılğan olup, reddedilme duyarlılıkları yüksek olmasından dolayı yoğun bir şekilde anksiyete yaşamaktadırlar (Gunderson ve ark., 2018). Bunun sonucunda da ağır bir suçluluk duygusuna kapılmaktadırlar (Hopwood vd., 2012). Borderline kişilik bozukluğundan, söz konusu kişilik özelliklerinin düzeyi, katılığı, yaygınlığı artıp kişinin iş ve sosyal yaşamında bozulmaya yol açmaları durumunda söz edilirken ciddi işlevsel bozulmanın olmaması halinde kişilik özelliğinden söz edilmektedir (Faraji ve Güler, 2021).

Özellikle utanç ve suçluluğun borderline kişilik bozukluğu için merkezi bir yer tuttuğu klinik deneyim ve araştırmalarda gösterilmiştir (Linehan, 1993; Crowe, 2004; Faraji ve Özarabacı, 2022). Utanç ve suçluluk, kişilerarası bir

durumda içsel olarak atfedilen bir eksiklik veya ihlalin ardından gelen olumsuz duygusal durumlardır (Tangney vd., 2011). Utanç duygusu genellikle kişinin kendisini küçük, değersiz ve açıkta görmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (Rüsch vd., 2007; Göttlich vd., 2020). Polivy ve Herman (2002) tarafından tanımlanan duygulanım düzenleme modeli, olumsuz duygulanımı hafifletmede yeme tutumlarının işlevini aydınlatmaktadır. Bu tutumlar ikincil olarak giderek daha fazla öğrenilen ve otomatik hale gelen uyumsuz başa çıkma araçlarını güçlendirmektedir. Suçluluk ve utanç gibi olumsuz duygulanımlar yeme tutumları üzerinde sıklıkla aşırı yemede olduğu gibi bir tetikleyici haline gelebilmektedir (Carden vd., 2020).

Borderline kişilik özelliklerine sahip kişiler çoğu davranışlarında kronik utanç ve suçluluk yaşamaktadırlar (Cameron vd., 2021). Utanç duyguları genel ve istenmeyendir. Kişinin benlik algısını kusurlu, yetersiz ya da kötü olarak değerlendirilmesi durumudur. Suçluluk ise kişinin davranışı ve bunun olumsuz değerlendirilmesiyle ilgilidir (Jovev ve Jackson, 2004). Hem utanç hem de suçluluk, istenmeyen ya da rahatsız edici duygusal durumlar olarak deneyimlenebilir ve birçok ruhsal bozukluk yanında yeme bozukluklarıyla yakından ilişkilidir (Carden vd., 2020). Yeme bozukluğu olan bireyler duygularını daha az değerlendirmektedir (Svaldi vd., 2010; Danner vd., 2014). Bu açıdan utanç ve suçluluk, benliğin değerlendirilmesine yanıt olarak ortaya çıkan özbilinçli, 'ahlaki' duygular olarak sınıflandırılması mümkündür. Borderline kişilik özelliklerine sahip bireyler limitli düzeyde suçluluk duygusuna erişebilmektedirler. Ancak daha ilkel bir duygu olan utanma duygusu belirgin bir şekilde hissedilmektedir (Gunderson, 2007; Doyle vd., 2022).

Bu çalışmanın amacı, borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesidir. BKB'deki dürtüsellik, olumsuz duygusal zamanlarda ortaya çıkmaktadır (Klonsky, 2008; Faraji ve Tezcan, 2022). Yeme bozuklukları temelde dürtüsel davranışlara dayanmaktadır (Sneed vd., 2012). Borderline kişilik özellikleri ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında, borderline kişilik özelliklerinde, dürtüsel olan anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozuklukları görülmektedir (Sansone ve Sansone, 2013). Kişi bu yaşadıklarından sonra utanç ve suçluluk duygularına kapılabilmektedir (Sart, 2008). Çalışmada

demografik özelliklerden olan cinsiyet değişkeni bakımından borderline kişilik özelliklerinin ve yeme tutumlarında farklılıkların incelenmesi amaçlanmaktadır. Borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine yapılacak çalışmadan elde edilecek bulguların borderline özellikler gösteren bireylerin yeme tutumlarının düzenlenmesine yönelik psikoterapötik müdahalelerde yararlı olabileceği düşünülmektedir.

B. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada, borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Borderline kişilik özelliklerinde, suçluluk ve utanç davranışları ve yeme tutumlarında bozulmalar iki önemli ayırıcı faktör olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde borderline kişilik özellikleri, yeme tutumları, suçluluk ve utanç ile ilgili ayrı ayrı çalışmalar olsa da üç kavramın ilişkisinin incelenmesi kısıtlıdır. Araştırma sonucunda elde edilecek sonuçların hem konu ile ilgili literatürdeki bilgi eksikliğini gidereceği hem de klinik alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerine önemli bir bilimsel veri olacağı düşünülmektedir.

C. Araştırmanın Hipotezleri

Mevcut çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

H1: Borderline kişilik özellikleri ile yeme tutumları arasında pozitif bir ilişki vardır.

H2: Borderline kişilik özellikleri ile utanç ve suçluluk arasında pozitif bir ilişki vardır.

H3: Yeme tutumları ile utanç ve suçluluk arasında pozitif bir ilişki vardır.

H4: Borderline kişilik özelliklerinin yeme tutumuyla ilişkisinde utanç ve suçluluğun aracı rolü vardır.

H5: Sosyo-Demografik değişkenlere göre borderline kişilik özellikleri, yeme tutumları, suçluluk ve utanç düzeylerinde anlamlı farklılık vardır.

D. Araştırmanın Sayıtları

1. Araştırmada “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, “Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)”, “Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS)”ve “Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)” kullanılmıştır. Katılımcıların bu form ve ölçekleri dürüst ve içtenlikle yanıtladığı kabul edilmektedir.

2. Kullanılan ölçeklerin, ölçülmesi istenilen değişkenleri ölçer özellikte olduğu,

3. Ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir olduğu,

4. Araştırmanın katılımcılarının evreni temsil edeceği ve genel görüş ve düşüncelerini tam olarak yansıtacağı varsayılmıştır.

E. Araştırmanın Sınırlıkları

1. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde lisans eğitimi alan, 18-24 yaş arası, 213 kadın, 187 erkek yetişkin katılımcılar ile sınırlıdır.

2. Araştırma verileri uygulama yapılan grup ile sınırlıdır.

3. Araştırmada öğrencilerin borderline kişilik bozukluğu kriterine ilişkin veriler “Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)”nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

4. Araştırmada öğrencilerin hatayla ilişkili utanç ve suçluluklarına ilişkin veriler “Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS)”nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

5. Araştırmada öğrencilerin yeme tutumlarına ilişkin veriler “Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)”nin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.

6. Araştırmada öğrencilerin sosyo-demografik bilgileri “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”ndaki bilgiler ile sınırlıdır.

F. Temel Kavramlar

Borderline kişilik bozukluğu: Borderline kişilik bozukluğu, benlik algısında, kişiler arası ilişkilerde ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin mevcut olduğu bir kişilik bozukluğudur (Volkan, 2015).

Yeme tutumu: Yeme tutumları ve davranışlarında gerçekleşen olumsuz gidişat yeme bozukluklarını oluşturan temel yapılarıdır (Navarro-Haro vd., 2015). Yapılan araştırmalar yeme tutum ve davranışlarını etkileyen birçok psikolojik, kültürel ve sosyal faktör olduğunu göstermektedir (Alpaslan vd., 2015).

Yeme bozuklukları: Yeme ve bedene odaklı bilişlerde bozulma, problemlili yeme davranışları ve yetersiz öz-denetimi içeren bir tanı grubudur (Cook-Cottone, 2015).

Anoreksiya nervoza: Bireylerin yaşamsal ve fiziksel özellikleri çerçevesinde almaları gereken enerji ve besin miktarının çok altında beslenmeleri ve kilolarını normalin çok altında tutma gereksinimleri ve yoğun bir kilo alma endişesi ile belirlenen bir bozukluktur (Rienecke, 2017).

Bulimia nervoza: Kısa bir süre içerisinde çok miktarda yemek yeme, ardından pişmanlık duyduğu için aşırı telafi edici davranışlar sergileme (Örn. yoğun egzersiz, kusma, diüretik ve laktasif kullanımı) ve bu döngünün en az haftada bir olmak şartıyla tekrar etmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (APA, 2013).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB): DSM 5'e sonradan eklenen TYB bulimia nervozada görüldüğü gibi tıkanırcasına yeme atakları olmakta ancak telafi davranışlarının görülmediği bir tablodur (APA, 2013).

Utanç: İstenmeyen bir olaydan sonra kişinin kendisine karşı yaşadığı içselleştirilmiş olumsuz etkiyi göstermektedir. Utanç duygusu bireyi yıkıcı bir duruma getiren ve kendisini olumsuz değerlendirmesine sebep olan ve acı veren bir duygudur (Dearing vd., 2005).

Suçluluk: Belirli bir davranış ya da ihlal ile ilgili bir kaygı yüzünden ahlaki bir yanlışlık duygusu sebebiyle kişinin bu duruma sebep olan davranışları için kendini sorumlu tutması ve pişmanlık duymasıdır (Tangney vd., 2011).

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

A. Borderline Kişilik Özellikleri

Borderline kişilik bozukluğu (BKB); kişilik işleyişinde önemli bozulmaların yaşandığı, tutarsız benlik algısı, yoğun öfke krizleri, kendine zarar verme, gerçek ya da hayali terk ile aşırı uğraşla belirlenen bir bozukluktur. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin yalnızlığa karşı toleransları oldukça düşük, içsel boşluk ve sıklıkla can sıkıntısı duygusundan yakındıkları gözlenmektedir (Faraji, 2021). Borderline kişilik bozukluğu genç erişkinlik çağında başlayan, duygulanımda ve benlik algısında tutarsızlık, ötekiler ile olan ilişkilerde aksamalar, belirgin bir şekilde dürtüsellik olduğu bir kişilik örüntüsüdür (Hopwood vd., 2012). Borderline kişilik örgütlenmesi borderline kişilik bozukluğunu tanımlayan bu özellikler, daha az düzeyde görülmekte, özelliklerin düzeyinde yahut yaygınlığında artış görülmesi bireyi borderline kişilik örüntüsünden borderline kişilik bozukluğuna doğru yaklaştırmaktadır (Faraji ve Güler, 2021).

Borderline kişilik bozukluğu, bireyin dengeli ilişki kurma yeterliliğini olumsuz etkilemektedir. Bu bireyler, romantik partnerleri ve yakın çevresindeki bireyler tarafından terk edileceği düşüncesinden kaçınmak için uygunsuz davranışlara başvururlar (Volkan, 2015). Ayrılık korkusunun yarattığı benlik algısı, kaygı, duygu ve düşüncelerinde ciddi yıkımlara yol açmaktadır. Gerçek bir ayrılık sorunuyla karşılaşma durumunda olmasalar dahi ya da yaptıkları planlarda değişiklikler olması durumunda yoğun bir şekilde terk edilme korkusu yaşamaktadırlar. Hissedilen bu korkunun sonucunda, şiddet ve öfkeye başvurabilmektedirler (Gunderson, 1984, akt. Ceyhun, 1994). Terk edilme duygusu, kendilerinin 'kötü' biri olduğu inancına yol açabilmektedir. Bunun sonucunda bireylerin, ötekilerin kendilerini bırakıp gitmelerini engellemek için intihar girişimlerinde bulunmasına sık rastlanmaktadır (Sadock vd., 2015). Öte yandan, engel olunamayan boşluk hissi diğerleriyle dengeli ilişki kurmalarını zorlaştırmakla birlikte umutsuzluk ve yalnızlık duygularını beraberinde

getirmektedir. Bu duygular düşük öz saygıyı ve olumsuz benlik algısını yansıtabilmektedir (Klonsky, 2008). BKB olan bireyler, içinde buldukları çevre ile tutarsız ilişkiler yaşayabilmektedir. Tutarsız, kararsız ve yoğun ilişkiler kurdukları bu kişileri yüceltebilmektedirler (Rockland, 2016). Başlangıçta karşısındaki bireylerle sık sık zaman geçirme arzusunda, hayatlarındaki kişilere karşı aşırı bir şekilde özenli davranma ve idealleştirme davranışları sergilemektedirler. Fakat sonrasında bu kişileri ani bir biçimde değersizleştirmektedirler (akt. Ceyhun, 1994).

BKB tanısı alan bireylerde davranışsal ve duygusal dengesizlik mevcuttur. Borderline kişilik bozukluğu görülen bireyler duygusal fenotip bakımından kararsızdırlar. Ayrıca, depresyon, öfke gibi disforik duygulara eğilim göstermektedirler. BKB olan kişilerde öfke patlamaları zarar görme riskini de beraberinde getirmekle birlikte, fiziksel saldırganlık gibi davranış problemlerine dönüşebilmektedir (Lieb, 2004). Kernberg (1967), borderline kişilik örgütlenmesindeki bu dengesizliği “kimlik bozukluğu” olarak tanımlamaktadır. Yaşanılan bu kimlik karmaşası çocukluğun erken dönemlerinde başlayan bağlanma stiliyle ilişkili olup, ilk olarak DSM-III’te yer almıştır. Borderline kişilik bozukluğu patolojisinde aşırı öfke bebeklik dönemindeki aşırı yoğun ilgi ya da hayal kırıklığından kaynaklanmaktadır (Kernberg, 1967).

Dürtüsellüğün aşırı bir şekilde hâkim olduğu BKB’ de genellikle davranışlarının sonucunu düşünmeden hareket etmektedirler. BKB'deki dürtüsellik, olumsuz duygusal zamanlarda ortaya çıkmaktadır (Gunderson vd., 2018). BKB'li kişiler olumsuz durumlarla başa çıkabilmek için aşırı bir şekilde cinsel ilişkiler, dürtüsel para harcama, madde kötüye kullanımı, tıknırcasına yeme, pervasız araba sürme, tekrarlayan intihar girişimleri ve kendine zarar verme gibi davranışlara yönelebilmektedirler (Lieb, 2004). Kendilerine zarar verme davranışı, hayatlarındaki kişilerin kendilerinin olumsuz davranışları sonucunda bırakılma, terk edilme ya da karşısındaki kişilere gözdağı vermek için yaptıkları dürtüsel eylemlerdir (Faraji ve Güler, 2021). Borderline kişilik yapısına sahip kişiler ilişki içerisinde oldukları bireylerin yeterince verici olmadıklarını ve kendilerini önemsemedikleri düşünebilmektedirler. BKB olan bireyler ötekiler ile ancak kendi ihtiyaçlarının karşılanmasından emin oldukları zaman onlarla empati kurabilmekte ve sağlıklı bir ilişki yaşayabilmektedirler. Diğerleri ile olan

ilişkilerinde aniden aksamalar olduğunda ötekileri bir anda acımasız ve kötü bir kişi olarak tanımlayabilmektedirler (Gunderson, 1984, akt. Köroğlu, 2007). Gelişimsel dönemde yaşadıkları olumsuzluklar BKB kişilerin intihar riskini arttırmaktadır. Borderline kişilik bozukluğunda intihar davranışı görülen yetişkin hastalarda %40 ile %76'sı çocuklukta cinsel istismar hikayesi olduğu; %25 ile %73'ü çocukluk dönemlerinde fiziksel istismara maruz bırakıldıkları klinik gözlemlerden elde edilmiştir (Zanarini, 2000).

Borderline kişilik yapılanması üzerine önemli katkıları bulunan Kernberg, nesne ilişkilerinin içselleştirilmesini, bebek ve annenin erken zamanlardaki ilişkisine dayandırmaktadır. Erken çocuklukta nesne ilişkilerinin gelişimi ruhsal gelişimin temelini oluşturmakta ve bu içselleşmiş nesne ilişkileri yaşamın sonraki aşamalarında aktarım ve çatışmalar için önemlidir (Kernberg, 2004). Kernberg (1985), borderline kişilik bozukluğu üzerine gerçekleştirmiş olduğu incelemeler sonrasında daha net açıklamalar ortaya koymaktadır. Psikotik yapılanmayı nevrotik yapılanmaya göre sıklıkla yaşayan bireylerde “borderline kişilik örgütlenmesi” tanımını ifade etmektedir. Bunlara ek olarak diğer kişilik bozukluklarında da borderline örgütlenmenin görülebilme ihtimaline açıklık getirmektedir. Borderline kişilik yapılanması nispeten nevrotik örgütlenmenin az, savunma düzeneklerin aktif, kimlik dağınıklığının fazla, yetersiz ego mekanizması, gerçekliği değerlendirme ve iç görü becerisinde sorunların olduğu örgütlenme biçimidir (Kernberg, 1972). Nesne yatırımının saldırgan ya da libidinal içgüdüsel gereksinimlerin neticesinde ortaya çıktığını ve bebeğin ilk nesne ile (anne) kurduğu ilişkinin önceliğini belirtmektedir. Kernberg (1967) nesne ilişkilerini içselleştirme süreçlerini dört aşamada incelemektedir ve bu aşamalardan birinde bir fiksasyon olduğu takdirde patolojinin ortaya çıkacağını vurgulamaktadır. Üçüncü evre olan (6 ve 18 ay arası) nesne ve kendilik tasarımları arasındaki farklılığın yapıldığı evrede borderline kişilik özellikleri olan vakaların bu evreyi geçmekte güçlük yaşadıklarını belirtmektedir. Kernberg (1972), “iyi” ve “kötü” nesne ve kendilik imgelerinin birbirinden ilkel bölmeyle ayrıldığı bu evrede hala bütünleşmiş bir kendilik oluşmadığını düşünmektedir.

Nesne ve kendilik imgelerinin ayrılmış olması nedeniyle benlik sınırları tutarsızlık göstermese de süperegonun (üstbenlik) bütünleşmesi tam olarak

oluşmamış haldedir ve bu evrede saplanmanın borderline kişilik örüntüsüne neden olabileceği düşünülmektedir (Clarkin, vd., 2012).

Borderline kişilik bozukluğu, psikozdan nesne ve kendilik temsilleri olarak ayrılmakta ve çoğu alanda ego sınırları bütünlüğünü koruyabilmektedir. Fakat ego sınırlarının bütünlüğü, yansıtılmalı özdeşim ve idealleştirilmiş nesne ile özdeşleşme olduğu durumlarda sekteye uğramaktadır. Saldırgan ve libidinal dürtülerin bütünleşememiş olması, borderline bireylerde ilkel duygularının aniden meydana çıkması ve duygu belirtilerinden yoksun olmaları biçiminde etkilerini göstermektedir. Bu bütünleşememe durumu sebebiyle BKB olan kişilerin endişe, suçluluk gibi duygulara yatkınlıkları bulunmamaktadır (Kernberg, 1985). Ayrıca bütünleştirilemeyen iyi ve kötü nesnelere süperegonun bütünleşmesi bakımından da olumsuz gidişata sebep olabilmektedir. Süperegonun bütünleşmesinde oluşan sorunlar sebebiyle oral agresif ve libidinal kaynaklardan doyum sağlayan iyi ve kötü tarafların yasaklayıcı ve arzulanıcı yönleri dış nesne olarak konumlandırılan bakım verenlere yansıtılmaktadır (Kernberg, 1985, akt. Volkan, 2015). Yasaklayıcı tarafın baskın biçimde yansıtılması ebeveyn imgelerinin temel içselleştirilmesini negatif olarak etkilemektedir. Bunun neticesinde önemli bakım verenlerin değersizleştirilmesi gerçekleşmektedir. Süperego oluşumu için hassas kaynaklardan herhangi birinin içselleştirilmesi başarısızlığa uğrayabilmektedir (Jacobson, 1953).

BKB bireyleri aynı zamanda, süperegonun bütünleşmemesinin sonucu ile sosyal yaşamlarında ve ötekiler ile kurmuş olduğu duygusal bağları içselleştirmede zorluk yaşamaktadırlar. Gelişebilen süperego yapıları da çoğunlukla içselleştirilmiş saldırgan dürtülerin hakimiyeti altındadır. BKB olan kişilerin diğerlerini gerçeklik açısından değerlendirme yetenekleri oldukça noksandır ve genellikle bir süreliğine uyum içerisinde oldukları kişilerle yakın olmayan nesne konumunda bağ kurmaktadır (Gunderson, 2007; Faraji ve Tezcan, 2022). BKB kişileri yakın bağ kurdukları kişiler ile arzuladıkları karşılandığı takdirde ilişkilerini sürdürmekte fakat karşısındaki özne tarafından tehdit altında hissettiği zaman paranoid korkuların ortaya çıkmasıyla özneyi yok saymaktadırlar (Akthar, 2009). Bununla birlikte duygusal bağ kurdukları kişilerden kendilerini yetersiz ve aşağı bir konumda görme ve onlara karşı güvensiz hissetme durumları açığa çıkmaktadır. Kimi durumlarda yetersizlik ve güvensizlik hisleri gerçek yaşamları

ile paralellik gösterse de aşağılık hisleri çoğu zaman savunma yapılarını temsil etmektedir (Gunderson vd., 2018).

1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihi

Borderline kavramı psikoloji dünyasına ilk olarak Stern (1938), tarafından ortaya atılmıştır. Stern “sınırdaki” terimini çabuk öfkelenme, depresyon, yansıtma, kaygı, empati ve muhakeme gibi becerilerde nevroz ve psikoz arası düzeydeki noksanlığı tanımlamak için kullanmıştır. Zilborg (1941), BKB’yi çoğunlukla şizofreni tanısını karşılamayan, anormal görünüşte olmayan ama kişiler arası iletişimde tutarsızlık, bir işi devam ettirmede yaşanan güçlük ve gerçek olmayan düşüncelere eğilim gösteren kişilerin hastaneye yatışı gerektirmeyecek durumlar için kullanılan “ambulator şizofreni” olarak adlandırmıştır. Deutch (1942), BKB hastalık grubunu tarif ederken kişinin narsistik özdeşleşmeleri tanımlamak için kurduğu “mış gibi” kavramını tanımlamıştır. Deutch’e göre BKB kişiler davranışlarını ifade ederken çevresindeki bireylere göre hareket eden, duygularını ifade etmekte güçlük ve sürekli boşluk hissi çeken bireyler olduklarını, ilaveten pasif saldırganlık ve nesne ilişkileri yoksunluğu diğer öne çıkan özellikleri olduğunu ifade etmiştir. Schmideberg (1947), BKB kişilerini rutin hayat düzenine uyum sağlayamama, sosyal kurallara aykırı davranma, duygu durum düzensizliği ve sosyal ilişkilerinde dengesizlik özelliklerini “kişilik patolojisi” olarak adlandırmıştır. Polatin ve Hoch (1949), nevroz özellikleri görülen BKB hastalık grubunu tanımlamak için “psödo nevroz” kavramını kullanmaktadırlar.

Kernberg ise (1967), borderline psikopatolojisi adına önemli adımları atarak 1967 yılından itibaren borderline kişilik bozukluğu üzerine çalışmış ve “borderline kişilik örgütlenmesi” terimini kullanarak içselleştirilmiş nesne kendilik tasarımlarının önemi üzerine yoğunlaşmıştır. Psikotik örgütlenme ile nevroz örgütlenme arasında kalan hasta grubunu tanımlamak için “borderline kişilik örgütlenmesi” kavramını kullanmıştır. Borderline kişilik örgütlenmesi, kullandığı savunma mekanizmaları ve kimlik bütünleşmesinden dolayı nevroz örgütlenmeden ayrılırken, gerçeği değerlendirme becerisi (gerçeklik algısı ve gerçeklik hislerinin korunması) ile psikotik örgütlenmeden ayrılmıştır (Kernberg, 1968, akt. Tackett, 2014). Borderline kişilik örgütlenmesi olan hastalarda, zayıf dürtü kontrolü, endişeye karşı düşük tahammül, birincil süreç düşünme eğilimi ve

düşük yüceltme kapasitesi gibi genel ego yetersizliğinin varlığı söz konusudur (Rockland, 2016).

2. Borderline Kişilik Bozukluğunda Epidemiyoloji ve Komorbidite

BKB'nin kesin yaygınlık araştırmaları ispatlanmamakla birlikte borderline kişilik bozukluğu ile ilgili epidemiyoloji araştırmaları sıklıkla erişkin kişilerle gerçekleştirilmiştir. Toplumda görülme yaygınlığının %1-3 olduğu tahmin edilmektedir (Ellison vd., 2018). Bu oran erkeklere nazaran kadınlarda 2 kat daha yaygındır. Bu durumun sebeplerinden birinin erkeklerin kliniğe daha az başvurması olduğu düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Klinikte ayakta görülen hastaların %10, psikiyatri servisinde yatanların %15-22 oranında borderline kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır (Klein vd., 2022). Borderline kişilik bozukluğunun bu yüzdelerle nispeten yaygınlığının daha fazla olduğu fakat kliniğe başvuran sayısının düşük olmasından dolayı yüzdeliği düşürdüğü tahmin edilmektedir (Chanen, 2012). Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre borderline kişilik bozukluğu tanısı görülen kişilerin %20'sinde özkıyım riski, %10' unda ise özkıyım girişimi bulunmaktadır (APA, 2013).

Majör depresyon ve kaygı bozukluklarının borderline kişilik bozukluğu ile komorbiditesi yüksektir ve bu bozukluklara yönelik bir yatkınlık oluşturabileceği gibi tedavi gidişatını da olumsuz etkileyebilmektedir (Mattingley vd., 2022). BKB hastalarının yakınlarında borderline kişilik bozukluğu görülme tahmini genel topluma nazaran 5 kat daha fazla arttığı söz konusu olduğu düşünülmektedir (Tomko ve ark., 2014).

3. Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (DSM-5)

Tanı Ölçütleri

Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik çağında başlayan ve değişik şartlar altında meydana gelen, benlik algısında, kişiler arası ilişkilerde ve belirgin dürtüsellik ve duygulanımda tutarsızlık olduğu yaygın bir örüntü:

1. Hayali ya da gerçek bir terk edilmekten kaçınmak için çılgınca gayret gösterirler. (Not: Beşinci tanı kriterinin kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışı buraya dahil değildir).

2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkileri mevcuttur.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duygusu bulunur.
4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik (örn., para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme) görülür. Beşinci tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışı buraya dahil değildir.
5. Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı görülür.
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı duygulanım değişkenliği vardır. (Örn., yoğun dönemsel disfori, irritabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete).
7. Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme duygusu bulunur.
8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn., sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke, sık sık kavgalara karışma) görülür.
9. Stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif semptomlar vardır.

4. Borderline Kişilik Bozukluğu Etiyolojisi

Borderline kişilik bozukluğu kavramının ilk kullanılmaya başlandığı dönemde çeşitli varsayımlar ortaya konulmaktadır. Bunlardan büyük bir çoğunluğu erken dönem bağlanma ilişkisini odak noktası olarak almaktadır. Biyolojik ve genetik etkenler üzerindeki bazı araştırmalarla birlikte, ağırlıklı yaklaşım borderline kişilik örgütlenmenin nedeni ve oluşum şekli sorularına birincil nesne ilişkileri bulguları içerisinde cevap aranmaktadır (Soloff, 2003). Psikolojik rahatsızlıkların birçoğunda olduğu gibi, borderline örgütlenmenin oluşumunda da biyolojik risk oluşturan etkenler ve psikososyal risk oluşturan

etkenlerin etkileşimi ile klinik tablo oluşmaktadır (Shenoy, 2019). Borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisi hakkındaki teorilerin çoğu, bozukluğun travma ve genetik yatkınlık gibi olumsuz çevresel etmenlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığını ileri sürmektedirler (Gunderson vd., 2018).

a. Biyolojik Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklerin oranlarında borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmiş anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir (Leyton vd., 2001; Soloff vd., 2003). 5083 ikiz çift ve 1285 ikiz olmayan kardeş üzerinde yapılmış çalışmada kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler, duygulanım dengesizliği gibi borderline kişilik bozukluğuyla ilgili özelliklere bakılmıştır. Yapılan araştırmada örseleyici bir yaşam olayı başından geçmiş kişilerin borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin şiddeti ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Distel vd., 2011).

b. Psikososyal Risk Faktörleri

Bağlanma stillerinin tamamı gerek çocuklarda gerekse de erişkin bireylerde özel bazı davranış biçimlerini ortaya koymaktadır. Buradan hareketle borderline kişilik bozukluğu oluşumunu da bağlanma stillerinin etkilediği belirtilmektedir. Borderline kişilik bozukluğunu etkilediği belirlenen bağlanma şekli; kayıtsız-kaçıncı bağlanma şeklidir. Bu bağlanım şeklinin esasında anne-babanın kayıtsız ve kaçınmacı davranış gösterdiği düşünülmektedir. Bu bağlanma şekline sahip çocuklarda endişe ve kafa karışıklığı gözlenmektedir. BKB'li çocuklar erişkin olduklarında özgürlüğe oldukça fazla önem vermekte, yakın ilişkilerden kaçınmakta ve yakın ilişkilerin önem arz etmediğine inanmaktadırlar (Siegel, 1999). BKB olan kişilerin ebeveynleri diğer ebeveynlere göre daha düşük işlevsel düzeyleri olduğu dikkat çekilmektedir. Bu tür ailelerde anne-baba arasında alenen düşmanca tavır ve çatışma olduğunu ve ebeveynlerin kurmuş olduğu bu negatif bağ neticesinde hastanın anne-baba desteği, koruması ve ilgisinde yoksun bırakıldığını ileri sürülmektedir (Widom vd., 2009). Çocuğun sevgi, bakım ve ilgiden mahrum bırakılması, bakım verenden yeterli desteği görememesi, yeterli disiplin anlayışının oluşturulamaması ve bunlara bağlı olarak çocuğun kendilik sınırlarını çizememesi borderline kişilik bozukluğu risk faktörlerindedir (Sakarya ve Çevik, 2007). Haz döneminin tatmin edilmemiş gereksinimleri,

nesnelere dair net bir şekilde ‘iyi’ ve ‘kötü’nün kavramsallaştırılmasına neden olmaktadır (Faraji, 2020; Faraji ve Tezcan, 2022). Gelişim sürecinin bir kısmı olan bu evrenin olumlu bir biçimde sürdürülmesi kişilik gelişiminin ruhsal gidişatına sağlıklı bir taban oluşturmaktadır (Friedman ve Schustack, 2009).

c. Genetik Faktörler

Borderline kişilik bozukluğunun genetik aktarılması ve kalıtımsallığı açısından en az orta seviyede ispata bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada tek yumurta ikizlerinde borderline kişilik bozukluğunun uyum olasılığının çift yumurta ikizlere nispeten daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (Torgersen vd., 2000). BKB’de genetik etki açısından yapılan araştırmada 1500 ikiz katılımcıyla BKB’nin genetik etkileşimi değerlendirilmeye tabii tutulmuştur. Elde edilen veriler sonucunda monozigot ikizlerde BKB rastlanma oranı dizigot ikizlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sadock ve Sadock, 2002). Yapılan bir diğer ikiz araştırmasında ise genel popülasyonda çevresel etmenlerle açıklanabilen BKB’nin varyans oranının, genetik etmenlerle açıklanandan daha fazla olduğu bulunmaktadır (Distel vd., 2008).

d. Çocukluk Çağı Travmaları

Borderline kişilik bozukluğunun oluşumunda erken dönem yaşantısının olumsuz tecrübelerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Widom vd., 2009). Ayrıca bağlanma nesnesi tarafından cinsel istismara uğrayan bireylerde BKB’ye yatkınlığı tetiklenerek travma boyutunu derinleştirmektedir (Derin ve Öztürk, 2018). Borderline kişilik bozukluğu hastalarının hikayesinde sık olarak rastlanan travma çeşitleri; cinsel istismar, fiziksel istismar, sözlü taciz, ihmal edilme, anne-babanın ayrılığı ya da vefatı vb. biçimlerde olabilmektedir (Baryshnikov vd., 2018). BKB olan hastaların çocukluk yaşantılarında aileleri tarafından fiziksel, cinsel ve sözel şiddet gördükleri sonucuna varılmaktadır (Laporte vd., 2011; Kaplan, 2016; Aaltonen vd., 2017).

B. Yeme Tutumları

Yeme tutumu, bireyin doğumundan itibaren çeşitli çevresel (toplumsal ve ailesel) ve bireysel etmenlerin katkısı ile şekillenmektedir. Bu etmenlerin şekillendirdiği “yeme tutumunda” bireyin negatif davranışları, yeme bozuklarının

tanımlamasında rol oynayan temel göstergelerdir (Batıgün ve Utku, 2006). APA'nın kabul ettiği tanıma göre yeme bozuklukları kişinin sağlık durumunun gözlemlenebilecek derecede gündelik hayatına olumsuz etki eden anormal yeme alışkanlıklarını kapsamaktadır. Kişinin yeme tutumunda gelişen anormal davranışlar ilerleyen süreçte bu davranışların yeme bozukluğuna temel oluşturacağına en büyük göstergelerindendir (APA, 2013). Bu anlamda yeme bozuklukları, yeme tutumlarına ilişkin bozuklukları kapsayacak biçimde en geniş hali ile ele alınmaktadır (Toker ve Hoccoğlu, 2009).

1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (YB); bireyin bedenine ve yemeye odaklı bilişlerinde bozulma, problemlili yeme ve yetersiz öz-denetim davranışlarını kapsayan bir tanı grubudur (Cook-Cottone, 2015). Yeme bozukluğu olan bireylerin psikopatolojik geçmişi göz önünde bulundurulduğunda, yeme bozukluğu belirtilerinin önemli ölçüde ergenlik çağlarında başladığı ve yeme alışkanlıklarının bu dönemden itibaren negatif anlamda değiştiği görülmektedir (Wingfield vd., 2011). Cinsiyet faktörü göz önünde bulundurulduğunda ise YB tanısı olan hastaların büyük bir oranını kadınların teşkil ettiği görülmektedir. Kadınların, bu psikiyatrik rahatsızlık ile ilgili kronik şikayetlerinin olduğu ve rahatsızlık belirtilerinin tekrarlayan nitelikte olduğu ortaya konulmaktadır (Fairburn vd., 2000).

Çeşitli sınıflandırmadaki yeme bozuklukları, modern yaşam biçiminin sebep olduğu algı standartları ve günümüz toplumu için oluşturduğu ciddi hayati riskler nedeniyle sıklıkla toplumsal açıdan tartışılmaktadır. Bununla birlikte epidemiyolojik çalışmalar sonucunda yeme bozukluklarının vaka sayısında stabil bir artış gözlemlenmektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Yeme bozukluğu; psikolojik, sosyal ve fiziksel açıdan kişinin sağlıklı bir birey olarak devam edememesine sebep olmaktadır (APA, 2013). Bu üç alanda da yeme bozukluğuna bağlı olarak gelişen semptomları tedavi etme noktasında hızlanma ve tedavi çeşitliliğinin artması söz konusudur. Bununla birlikte günümüzde gelinen noktada hala semptomların tümüyle ortadan kaldırılmış olması söz konusu değildir. Araştırmalarda yer alan vakaların ancak yarısında tam müdahale ve iyileşme mümkün olmuştur (Roehrig ve McLean, 2010). Maner'in çalışmasında verilen istatistiklere göre son 30 yılda anoreksik hastaların %10'u hafif semptomlarla

yaşamını sürdürmektedir. Bu hastaların %40'ı ise iyileşme sürecinde ve %25'i hastalık sürecindedir. Son %25'lik dilim ise bu hastalıktan dolayı hayatını kaybetmiştir (Maner, 2007).

Yeme bozukluğu tanısı konmuş bireylerde yemek yeme alışkanlıkları bilinen genel geçer beslenme alışkanlıklarından farklılık göstermektedir. Kişilerin beden görünüşlerine ve kilolarına dair düşünceleri oldukça kaygılıdır (Koroğlu, 2007). YB semptomları kişinin yemek yeme düzeni ve bedensel özelliklerine dair fazla kaygılı olma hali ve buna bağlı olarak az ya da çok yemek yeme davranış bozuklukları ile saptanabilmektedir (Özmen vd., 2007). Yeme bozukluğuna dair bir tanı koyabilmek adına şu 3 özelliğin kişide bulunup bulunmadığını tespit etmek gerekir: Birincisi yeme alışkanlıklarında davranış bozukluğu gözlemlenmesi, ikincisi psikososyal yahut fiziksel sağlıkta negatif bir etkiye sahip olacak aşırı bedensel rahatsızlık ve/veya fiziksel değişimin görülmesi, üçüncüsü ise diğer bir psikiyatrik bozukluk ya da davranış bozukluğunun kişide gözlemlenmesidir (Dalle Grave, 2011, akt. Yücel vd., 2013).

Yeme bozuklukları, kilo ve vücut şekli ile meşgul olmanın getirdiği sağlıksız tutum ve davranışlarla tanımlanmakta, bireyin kendisini yemek yeme konusunda kontrol etmesi ya da kendini kontrol etmede yaşanan zorluk görülmektedir (Smolak ve Levine, 2015). Anoreksiya nervoza, anormal seviyede düşük vücut ağırlığı, yoğun kilo alma korkusu ve kısıtlı enerji alımı ile tanımlanmaktadır. Bu tanıya sahip olan kişilerin aynı zamanda aşırı kilo ve bedensel görünüme dair yüksek kaygı seviyesi görülmektedir (Bakalar vd., 2015). Bu kişiler vücuda giren besin miktarını kendi istekleri doğrultusunda minimum seviyeye düşürebilir ya da telafi edici bir yöntem olarak anormal düzeyde artırabilmektedirler. Yüksek oranda ve ihtiyaç olmaksızın yapılan besin alımı, bu davranışın tıkinma atakları ile tekrar etmesi, yemek yeme isteğindeki kontrol kaybı, kusma gibi kilo alımını önlemek için telafi edici davranışların gözlemlenmesi ile teşhis edilmektedir (Rienecke, 2017).

Bulimia nervoza ise kısa bir süre içerisinde çok miktarda yemek yeme, sonrasında pişmanlık duyarak aşırı telafi etme davranışları sergileme (örn. kusma, yoğun egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı) ve aynı döngünün en az haftada bir olmak kaydıyla tekrar etmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (APA, 2013; Özyurt

vd., 2017). Anoreksiya nervoza tanılı kişilerde mükemmeliyetçilik ve aşırı kontrolcülük özellikleri baskınken; bulimia nervozalı bireylerde ise daha çok dürtü kontrolünde yaşanan zorluk eşlik etmektedir (Kanel, 2014).

DSM-5'e yeni eklenen tıkinircasına yeme bozukluğunda ise bulimia nervozada olduğu gibi çok kısa bir sürede normalin çok üzerinde yiyecek tüketimi ve yeme davranışı üzerinde kontrolün tamamen kaybedildiği hissi olmakla birlikte bu tanıyı alan hastalarda kusma, laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışlar görülmemektedir (APA, 2013; Grilo, 2002). Tıkinircasına yeme bozukluğu hastaları yemekten keyif alırlarken devamında yoğun bir suçluluk duygusu ve aşırı yemek yemenin verdiği fiziksel rahatsızlıkla karşı karşıya kalmaktadırlar (Bayramoğlu vd., 2020). Yeme alışkanlıklarında görülen, kişinin sağlığına negatif etkisi olan değişimler yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Yeme alışkanlıklarının negatif değişimi ile kendini gösteren yeme bozukluğu ve birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkan kişilik bozuklukları arasındaki korelasyonu inceleyen çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda birçok ortak nokta görülmektedir. Bu bağlamda borderline kişilik bozukluğu gibi kişinin dürtüsel hareket etmesi temel alınan kişilik bozukluklarında, yine dürtüsel hareket etme temeline dayandırılan yeme bozuklukları arasında anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkinircasına yeme alt başlıklarının dürtüsellik açısından ortak noktada bulunduğu görülmektedir (Sansone vd., 2011).

2. Anoreksiya Nervoza (AN)

Eski zamanlardan itibaren bilinen bir hastalık olmasına rağmen anoreksiya vakaları özellikle 17. ve 18. yüzyıldan sonra araştırmalarda yerini almıştır (Halmi, 2003). William W. Gull (1873), tarafından ilk defa isimlendirilen anoreksiya nervoza 'sinirsel iştahsızlık' anlamında kullanılmaktadır (Herpertz-Dahlmann, 2015; Moncrieff-Boyd, 2016). Anoreksiya yani 'iştahsızlık' esasında doğru bir isimlendirme olmadığı, AN kişilerinin yakındığı durum iştah yitimi olmadığı neticesine varılmıştır. Anoreksik kişiler ideallerindeki inceliğe kavuşmak için bilinçli bir şekilde yeme alımını minimum seviyeye getirmekte ya da yeme alımına karşı aşırı bir biçimde, telafi edici davranışlar aramaktadırlar (Bruch, 1982). Anoreksiya nervoza 1960'ların sonlarından beri batı bölgelerinde özellikle üst ve orta düzeydeki toplumlarda daha fazla ortaya çıkmaya başlamıştır

(Polivy ve Herman, 2002). AN vakaları psikiyatrik hastalıklar içerisinde ölüm sayılarının en fazla görüldüğü bozukluktur (Halmi vd., 2003). AN vakaları anormal bir vücut ağırlığında olmayı isteme hali, kilo almaktan aşırı bir şekilde kaygı duyma ve korku yaşama, vücut görünümünde anlamlı oranda bozulma mevcuttur. Kadınlarda bu duruma amenorenin (adet kesilmesi) de eşlik ettiği görülmektedir. 15-29 yaş civarındaki kadınların %3 ile %10'u AN için risk taşımaktadırlar (Lock ve Le Grange, 2015).

Anoreksiya nervoza çoğunlukla ergenlik çağlarında başlayan ve ölüm riski en çok olan yeme bozukluğudur (Cooper ve Fairburn, 2003). Bu kişilerin görünüşleri aşırı oranda zayıftır. AN vakaları genellikle diyetle başlayarak bu sürece girmektedir (Küey, 2008). Anoreksiya nervoza grubu vakalarının en net özelliği; kendi yaşlarına göre belirgin şekilde zayıf olmaları ve kilo almaktan korkmalarıdır. Bu sebeple kilo alımına karşı aşırı direnç göstermektedirler (Keçeli, 2006).

AN'de iki tip vardır. Bunlardan ilki kilo vermek için devamlı egzersiz ve diyet yapma eyleminde bulunan kısıtlayıcı tiptir. İkinci tip ise çok fazla yemek yeme ile birlikte sonrasında yediklerini çıkarma eylemlerini kapsar (Snyder, 2014).

3. Bulimiya Nervoza (BN)

Bulimiya nervoza Antik Romalılar döneminde varlıklı olmanın ve gösterişin bir temsili olarak kabul edilmiş ve bulimik eylem bir hastalık olarak 18. yüzyıldan itibaren ansiklopedilerde yer edinmiştir (Halmi, 2003). Bulimiya nervoza, sık rastlanan ve diğer ruhsal sıkıntıların refakati ile görülen bir psikiyatrik bozukluktur (Stice, 2002). DSM-IV-TR'ye göre bulimiya nervoza teşhisini söyleyebilmek için bireyin tıknırcasına yeme eylemlerinin ve bu sebeple kilolu olmamak için kişinin yaptığı telafi eylemlerinin 3 aylık sürede haftada iki kez gerçekleşmesi ile bu tanı konmaktadır (O'Brien ve Patrick, 2001). Bulimik vakalarda kişinin kendini değerlendirmesi gerçeği yansıtmamaktadır. Beden algısı bozulmuştur. Bulimiya nervoza, diğer iki yeme bozukluğu olan AN ve TYB'den şu gerekçelerle ayrılmaktadır; kişinin standart kilosunu koruması ve bu nedenle amenorenin olmamasıdır (Polivy ve Herman, 2002). BN'nin çıkartma eyleminde yapılan (laksatif/diüritik kullanma, kusma vb.) ve yapılmayan

(egzersiz yapma) biçimde alt tip sınıflandırılması ise yalnızca alınan besinlerin dışı atılmasında seçmiş olduğu prosedürden dolayı ve kavramsal olarak çok bir öneminin olmadığı tahmin edilmektedir (Walsh ve Satir, 2005). DSM'nin sonradan basılmış baskılarında AN-TYB tipinin, AN-Kısıtlama tipinden daha çok BN ile sınıflandırılmasının daha yerinde olacağı düşünülmektedir (Köroğlu, 2007).

Aneroksiyadan farklı olarak bulimiya nervozada kişi normal kabul edilen bir beden ağırlığına hatta kilolu bir vücuda sahip olabilmektedir (Herpertz-Dahlmann, 2015). Bulimiya tanı grubundaki vakalar kendilerini durduramayacak kadar yeme ataklarında eylemler gerçekleştirebilmektedirler (Gürdal, 1999). Ancak bu ataklardan sonra kişi suçluluk duygusuna bürünüp kendisine zarar eylemleri gösterebilmektedir. Örneğin; laktasif kullanma ya da kusma davranışı gibi, ilaveten bulimik hastalar devamlı yemek yeme düşüncesindedirler (Sönmez, 2017). Ayrıca bulimik hastalarda tıpkı AN hastaları gibi kilo almaktan korkmaktadırlar (Herpertz-Dahlmann, 2015). Genellikle genç yaş kadınların kendilerini şişman olarak kabul etmeleri ve diyetle başlamaları ile bu durum başlamaktadır. Bulimik vakalarda 20-24 yaş arası genç kadınlar risk grubundadırlar. Yeme bozukluğu görülmeyen kişilere nazaran genç grupta BN yüzdelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Chen vd., 2009).

4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

TYB, tıkınırcasına yemenin ardından gelen, uygun olmayan telafi edici davranışların ortaya çıkmadığı yeme atakları olarak tanımlanmaktadır (Garfinkel, 2002). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda BN'deki gibi yeme atakları olmakla beraber, TYB'de kişinin yemek yedikten sonra laktasif kullanma ve kusma eylemleri ile yediklerini geri çıkarma girişimleri bulunmamaktadır (Wonderlich vd., 2009). TYB'de kişi olması gerektiğinden daha çok miktarda ve anormal şekilde yeme isteği içerisinde (APA, 2013). Tıkınırcasına yemek yeme alt tipinde; bireyin kontrolünü kaybedecek şekilde çok fazla miktarda besin almasına karşın yediklerini çıkarma eylemi bulunmamaktadır (Yanovski, 2003). Yeme davranışlarında bozukluğa doğru giden süreci tanımlamak için ise sıklıkla "bozulmuş yeme tutumu" kavramı kullanılmaktadır (Attie ve Brooks-Gunn, 1989; Cordero ve Israel 2009; Owens, vd., 2002).

5. Yeme Bozukluğunun Psikanalitik Çerçeve Değerlendirilmesi

Günümüzde benimsenen psikodinamik kuramların yeme bozukluğuna dair kuramsal perspektifi ele alındığında, YB'ye dair görüşlerin ve kuramsal tanımların vaka çalışmalarına dayandığı ve özellikle AN alanındaki çalışmaların daha fazla çeşitliliği olduğu görülmektedir. Literatürün ilk çalışmaları göz önünde bulundurulduğunda yeme bozukluğu alanındaki çalışmaların daha çok 'bilinçdışı' ve 'imgesel' anlamlarla ilişkilendirildiği dikkat çekmektedir (Berenbaum, 1996; Zlotnick vd., 2001; Wolff vd., 2007). Sonraki dönemlerde ise YB çalışmalarının daha çok 'nesne ilişkileri' ve 'aile dinamikleri' çerçevesinde örgütlendiği görülmektedir (Caparrotta ve Ghaffari, 2006; Rosenvinge vd., 2000; Zanarini vd., 2010; Martinussen vd., 2017).

Psikodinamik perspektif ile AN, bireyin kendi çatışmaları, bireyselleşme ve kontrolün sınırlarını belirleme sürecinin sonucunda davranışsal bir dışavurum olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıya sahip olan bireylerin, yaşadıkları psikik çatışma ve sonrasında buna dair çözüm arayışı sırasında sergiledikleri yeme tutumlarındaki değişim ile ilişkilendirilmektedir. Bireyin yaşadığı bu çatışmalar, yeme tutumlarındaki değişim ve semptomlar ile birey tarafından dışa yansıtılmaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Psikodinamik kuramın, AN için bir etki faktörü olarak sorunlu anne-kız ilişkisine odaklandığı görülmektedir. Bu perspektif ile kız çocuğunun anne ile sağlıklı bir ilişki kuramaması sonucunda özellikle kız çocukları kendi kimlikleriyle bağdaşma noktasında sorun yaşamaktadır ve davranışsal olarak AN ile tanımlanan yeme bozukluğu semptomları göstermelerine sebep olmaktadır (Yanovski, 2003). Bu tanıya sahip kişilerin kilo kaybının artmasıyla doğru orantılı olarak ailelerine bağlılıkları/bağımlılıkları da artış göstermektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Bu alandaki birçok çalışmanın ortak noktası olarak incelenen yeme bozukluğu vakalarında aile ve birey bağlarına bakıldığında 'müdahil olma', 'aşırı korumacılık', 'katılık' ve 'çatışma çözümünde yetersizlik' gibi kavramların öne çıktığı görülmektedir (Davison ve Neale, 2004).

a. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramsal çerçeve içerisinde yeme bozukluklarına dair kavramsal tanımlamalar 1930'lu yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Bu tartışmalar,

Freud'un görüşünü temel alan psikanalitik bir bakış ile beslenme davranışındaki negatif tutumları ve kişinin cinsellik algısını odak noktasına almaktadır. Bu çerçevede ilk tanımlamaların ise AN üzerine yapıldığı dikkat çekmektedir (Farrell, 2006). Freud (1923), vaka çalışmalarının sonrasında anoreksiyayı aslında konversiyon histerisinin belirtileri olarak değerlendirmektedir. Psikanalist araştırmaların ilk safhalarında kişinin oral dönemde yaşadığı fiksasyon sonucunda kişide anoreksiya olma ihtimali görülmektedir. Freud, vaka incelemelerinde özellikle ödipal dönemdeki saplanma ve bireyin cinsel dürtüsünün gebe kalma korkusu ile ilişkisi üzerinde durmaktadır. Freud'un kavramsal açıklamaları içerisinde, psikoseksüel evrelerin ilerleyişinde bu evrelerde söz konusu olan haz kaynakları birbirleriyle ilişkilendirilmekte ya da özdeşleştirilmektedir. Bilinç dışında kişinin ağız, vajina ve anüs arasında çeşitli özdeşimler kurduğu düşünülmektedir (Shipton, 2004). Anoreksik bireylerde genital arzuların oral arzularla yer değiştirdiği ve kişinin bilinç dışında vajina ve ağzın yer değiştirdiği varsayılmaktadır. Bu sebeple kişinin yaşadığı genital çatışmaya dair çözüm adına kişinin oral döneminin incelenmesi önem arz etmektedir. Bu açıklamalar ışığında anoreksik bireyin besin alımı bilinç dışı olarak hamile kalma arzusu ile denkleştirilmekte ve diğer yandan bulimik bireyin aç kalmayı tercih etmesi ise gebe kalma fantezisinden kaçınma ile eş değer görülmektedir (Goodsitt, 1983).

Sonraki dönemlerde, yani 1940'lı yıllara gelindiğinde Freud'un kavramsal çerçevesinin Waller vd., (1940) tarafından desteklenerek bir adım daha öteye taşındığı görülmektedir. Kusmayı, konversiyon histerinin diğer bir görünümü olarak yorumlamaktadırlar. Bu bakımdan, "oral dölleme" görüşünün de katkısı ile AN'de görülen eylemler kişinin cinselliği reddetmesinin bir imgelemi olarak kabul edilmektedir. Bu kuram çerçevesinde kompulsif yeme bozukluğu kişinin oral yoldan hamile kalma fantezilerine işaret ederken, sonrasında bu davranışın getirdiği suçluluk duygusu ise kişinin yemeyi reddetme davranışına sebep olarak gösterilmektedir (Waller vd., 1940). Buna ilave olarak kişinin yaşadığı amenore ise bu kuramsallaştırma içerisinde hamilelik davranışının psikolojik yansıması ya da genital cinselliğin reddi olarak değerlendirilmektedir (Pirim Düşgör, 2007). Bu çerçevede özellikle cinselliğin, cinsel kimliğin ve feminen özelliklerin kişi tarafından kabul edilmemesi gibi kavramların temel alındığı görülmektedir. Oluşturulan bu kavramsal örgü içerisinde yetişkin kadın bedeninin,

menstruasyonların ve cinsel çekiciliğin kişi tarafından kabul edilmemesi AN tipinde yeme bozukluğuna sebep olmaktadır (Green vd., 2009).

Farklı psikanalitik teoriler ve kavramsallaştırmalara bakıldığında oral döneme saplanmanın yeme bozukluğunda temel oluşturduğu görüşüne yaygın olarak rastlanılmaktadır. Bu görüşü destekleyen kuramcılardan Sperling'in (1983) yaklaşımı, çocuğun beslenme ve bedene yiyecek almasının babanın penisiyle birleşmesini temsil ettiğini savunmaktadır (akt. Shipton, 2004). Böylelikle babanın penisi kastre edilmiş ve anne üzerinde tahakküm arzusu dışa vurulmuş olmaktadır. Sperling'e (1983) göre oral döneme saplanmanın etkisi ile kişinin süperego gelişimi zarar görmekte ve buna bağlı olarak gelecek dönemlerde eyleme vurma davranışlarına daha fazla eğilimli olmaktadırlar.

Bulimiya çalışmalarına birçok farklı açıdan katkıda bulunan Schwartz'a (1986) göre ise AN tanısına sahip olan kişiler "birincil sahne uyararı" sebebiyle bu durumu yaşamaktadırlar. Buna göre anne ve baba arasında genital birliktelik olduğunu ilk defa keşfeden çocuk, kusma eylemi ile bu gerçeğliği reddetmektedir. Ödipal dönemde bulunan kız çocuklarının bu gerçeğliği olumsuz tutum ile karşılaması çocuğun cinsel özelliklerini benimsememesi ile sonuçlanabilir (Kaya, 2019). Bu çerçeve içerisinde erkeklerin penislerinin olduğunun farkına varması kastrasyon inkarına sebep olduğu diğer yandan kızların ise penislerinin olmadığının farkına varması kadınsal özellikleri reddetmelerine sebep olduğu savunulmaktadır. Psikanalitik kuramların getirdiği açıklamalara bütüncül olarak bakıldığında kısaca söylenebilir ki kişinin yeme bozukluğu tutumlarını temelde oral dönemdeki deneyimleri belirlemektedir. Bu bakış ağısıyla oral dönemin odak noktasında tutulması, bu dönemde yaşanan bilinç dışı gelişim ve oral hamile kalma fantezilerinin göz önünde bulundurulması dikkat çekmektedir (Schwartz, 1986, akt. Shipton, 2004).

b. Kendilik Psikolojisi

Psikodinamik teorilerden biri olan kendilik psikolojisi ekolü literatüre Heinz Kohut (1971) tarafından kazandırılmıştır. Kohut, bireyin bebeklik döneminden itibaren kendisi ile bütünleşme sürecinin başladığını ve erken dönemdeki deneyimlerin kişinin ileriki dönem yaşantısını etkileyeceğini savunmaktadır ve sağlıklı/sağlıksız bir benlik geliştireceğini belirlemektedir.

Kişinin erken yaşantısında kendisine bakım veren ebeveyn eğer kişinin ihtiyaçlarını bu erken dönem içerisinde tam karşılamadı ise bebeklik döneminden itibaren sekteye uğrayan bir kendilik algısına sahip olacaktır (akt. Erbaş, 2015). Diğer bir deyişle kişinin sağlıklı bir kendilik anlayışını inşa edebilmesi için bebeklik döneminde ihtiyaçlarına doğru şekilde cevap verilmelidir (Herscovici, 2002).

Kohut'a (1971) göre ihtiyaçların gereksinimlerini doğru bir şekilde elde edemeyen bebek, ileriki dönemde yapısal eksiklik nedeniyle çeşitli patolojik savunma yöntemleri geliştirecektir. Kohut, kişiliğin gelişimi, kendilik uyumunun ve değerinin düzenlenmesinde sağlıklı, tutarlı ve gerçek bir kendilik sisteminin önemine vurgu yapmaktadır. Bu şekilde bir kendilik yapılanması oluşmazsa birey yüksek ihtimalle yaşamıyor ya da iradesi dışında yaşıyormuş gibi hissedecek ve bununla birlikte yıkım getiren bir umutsuzluk ve boşluk duygusu ile karşılaşacaktır (Bachar, 1998).

Kuram, yaşamın erken dönemlerindeki tahribatlara ve gelişmemiş psikik yapıya katkısından dolayı psikodinamik çalışmaların YB'ye yönelik açıklamalarını yaygınlaştırmaktadır. Kuramın YB'yi kendilik kusurları çerçevesinde kavramsallaştırdığı görülmektedir. Bu vakaların olgunlaşmamış bir kendilik yapısına sahip oldukları, irade dışı davrandıkları ve umutsuzluk düşüncesinde oldukları açıklanmaktadır. Ergenlik dönemi süresince birey çok fazla duygusal ve fiziksel farklılıklar yaşamaktadır (Burger, 2006). Yetişkinlik döneminde kendi kendine yetebilmenin adımları olan bu farklılıklar bireyde tehditkâr bir algı oluşturmaktadır. Bu sebeple anoreksik vakaların ergenlik zamanından önceki beden şekillerini devam ettirmeye çabaladıkları düşünülmektedir. Bu bakımdan yeme bozukluğu telafi edici bir kendilik şekillenmesi olarak kavramsallaştırılmaktadır. YB'deki belirtiler bireyin kendilik organizasyonu sürdürmesinin bir neticesi olarak görülmektedir (Caporrotta ve Ghaffari, 2006).

Bu teori bağlamında tanı konulan bireylerin ebeveynleri tarafından yanlış anlaşılması nedeniyle ihtiyaçlarının karşılanmaması, erken dönemden itibaren kişinin kendilik algısında sorun yaşaması ve kendilik kavramını bütünüyle yaratamamasına sebep olmaktadır (Geist, 1989, akt. Caporrotta ve Ghaffari,

2006). Geist'e (1989) göre 'kendi' kavramını sağlıklı bir şekilde geliştiremeyen bireyler, bu noktada vücuda besin alma/almama davranışı ile kendinden kalan boşluk hissini doldurmaya ya da kusarak boşluk hissini yönetmeye eğilim göstermektedir. Geist'e (1989) göre yemek yeme eylemi doldurma ve boşaltmaya en yakın davranıştır ve bu yüzden sembolik olarak öznesne (self-object) işlevi görmektedir. Kurama göre yaşamın erken zamanlarında bakım veren birey olan öznesne, kendiliğin bir sonraki adımı olarak algılanmakta; bebek için bir ayna işlevinde konumlanmaktadır. Bebek öznesne cephesinden aynalanan özellikleri içselleştirmektedir. Ayrıca yaşamın erken döneminde bebek ilişki kurduğu nesneyi idealleştirmektedir. Bu sebeple nesnelere idealizasyon ve aynalama görevleri kendilik gelişiminin temelini yaratmaktadır (Navarro-Haro vd., 2015). Bu kuramsal görüşten hareket ederek Sands (1989), gelişimsel süreçte kız çocuklarının hem idealizasyon hem de aynalanma süreçlerinde birtakım dezavantajlarla karşı karşıya geldiğini belirtmektedir (Sands, 1989). Kız çocuklarının göstermeci/teşhirci davranışları (büyüklenmeci, saldırgan gibi) yakın çevresi tarafından önlenmektedir. Sadece fiziksel görünümün bu kadar önemli olması, gelişim çağında olan kız çocuğunun güveninin zedelenmesi söz konusudur. Bu yüzden kişi yaşadığı ambivalansla beraber göstermecilik (aynalanma) gereksinimini de doyurma çabasına gireceği düşünülmektedir. Sands (1991), yaşamın sonraki senelerinde, böyle bir gelişimsel sürecin yeme bozukluğuna sebep olabileceğini vurgulamaktadır. YB vakalarında bakım verenler tarafından gerçekleştirilmesi arzulanan huzur ve rahatlık gibi tecrübeler yemek yeme isteğine yöneltilmekte; besinler kendilik organizasyonunu karşılama fonksiyonuna hizmet etmektedir (Sands, 1991).

Anoreksik kişilerin güvenilir bir içsel öznesne oluşturamadıkları, bu sebeple yetersizlik, etkisizlik ve kontrolsüzlüğü geliştirdikleri bildirilmektedir (Charles, 2006). Anoreksik kişiler kendilerini çok şişkin hissetmekte ve bu sebeple patlayacakmış hissine kapılmaktadırlar. Bulimik kişilerin kendilik değerleri ise farklıdır. Bulimik kişiler ergenlik dönemine; hislerini, kendilik değerini, gerilimlerini düzenleme ve uyum gösterme fonksiyonları açısından daha donanımsız girmektedirler. Bu ihtiyaçlarını gidermek için tıknırcasına yeme işlevinde bulunarak ya da kendilerini kusturarak vücutlarını manipüle etmektedirler (Goodsitt, 1983).

Anoreksik kişilerde duygu düzenleme, gerilimi minimum seviyeye getirme, kendini sakinleştirme gibi becerilerin olgunlaşmaması kişileri bıkkınlık, boşluk hissi ve hedefleri olmayan duyguları ile yalnız bırakmaktadır. Izdırap veren duygulardan arınmak için birey vücut yapısına odaklanmakta ve bazı eylemlere yönelmektedir. Kişi kontrol duygusuyla yönetme becerisi elde ettiğini düşünerek ve sürekli kalori hesaplayarak, kaç kilo olduğunu denetlemektedir. Ötekilerden farklı ve üstün olduğu duygusunu kendisini aç bırakarak elde etmeye çalışmaktadır (Caparrotta ve Ghaffari, 2006). Goodsitt'e (1983) göre anoreksik hastaların ergen grubundaki kişiler bedenlerini, çocukluk dönemlerinin ve arkaik büyülenmeciliklerinin son kalıntısı olarak düşünmektedirler. Kendisini ötekilerden üstün gören bu kişiler hayatın her alanında merkezde olduklarını, her şeyi kusursuz ve kontrolü kendilerinin sağladığını hissetmektedirler. Bu sebeple anoreksik kişiler bedenlerini bütün bunların merkezi olduğunu düşünerek, bedenlerinin mükemmel ve hatasız olmasını arzulayarak denetimi ele almaya çalışmaktadırlar. Bu bağlamda çocukluk döneminden ergenliğe geçişte yaşanan değişimler ile ergen kişinin kırılganlığı ve büyülenmeciliği tehlikeli bir duruma gireceği belirtilmektedir (Sugarman ve Kurash, 1982).

C. Suçluluk ve Utanç

Utanç (shame) ve suçluluk (guilt) kavramları her ne kadar birbirlerinin ikamesi olarak kullanılsa da esasen iki ayrı kavramdır. Bu iki kavrama ilişkin farklı fikirlerin kuramsal açıklamaları bulunsa da kavramların ampirik olarak araştırılması çok eskiye dayanmamaktadır (Tangney, 2002). Suçluluk kavramı; kurallarla yasaklanan, toplumsal ahlaki standartlar çerçevesinde uygun olmayan bir eylem gerçekleştirildiğinde toplumun ve bireyin ahlaki, dini ve şahsi standartlarına karşı olarak sergilediği tutum, davranış ve düşüncelerin ardından kişinin hissettiği pişmanlık duygularıdır (Gevrekci vd., 2017). Bu duygular, bireyin bir kurala uymamasına bağlı olarak, kişinin yakayı ele vermesinin ardından ortaya çıkan cezai yükümlülüğünden bağımsız olarak şahsın kendi kendine uygulamış olduğu içselleştirilmiş ve irade dışı bir ceza ile bağlantılıdır (Budak, 2000). Suçluluk duygusu; doğru olmayan, kötü algılanan bir eylemin gerçekleştirilmesi ile üst benlik normlarına karşı gelme neticesinde doğan cezalandırılma ihtiyacı, değersizlik gibi duygular olarak ifade edilmektedir

(Arkonaç, 1999). Utanç kavramı ise; sıklıganlık, hayal kırıklığı, onurun kırılması, rencide olmak, pişmanlık gibi ifadelere denk görölmekte ve bireyin, içinde bulunduğu çevrenin temel bir yasadını, değeri, örf ve âdetini ihlal ettiği, tutarlılık göstermediğini düşündüğünde yaşadığı hissiyat olarak açıklanmaktadır (Goleman, 2004).

Utanç duygusu, bir hatanın, kusurun ya da hatalı olan bir eylemin farkındalığını kapsarken; suçluluk duygusu ise ahlaki kural ya da dini esasları çiğneyen bir kişinin farkındalığını kapsamaktadır. Suçluluk ve utanç duyguları ahlaki kurallara karşı gelen, hoş olmayan ve olumsuz duygulardır (Shen, 2018). Utanç; kontrol yitimi ve benliğin güçsüz bir değeriendirmesi ve psikopatolojinin farklı biçimleri ile alakalıdır. Bireyin her iki duyguyu da deneyimlemesi olağandır. Bu durumda gözlemlenen temel problem, kişinin yaşadığı duygunun sıklığı, bu duygularla baş etme stratejileri ve çevresi ile yaşadığı etkileşim sonucunda bireyin çevresi tarafından domine edilmesi ile ilişkilidir (Goleman, 2004).

Utanç ve suçluluk duygularının şiddetinin yüksek ya da düşük olmasının birtakım problemlere sebebiyet vermesine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum, utanç ve suçluluk duygularının şiddetine bağlı olarak patolojik veya nevrotik suçluluk duygusu olarak sınıflandırılmaktadır (Klein, 1948). Nevrotik suçluluk kavramı; özgüvenin sarsılması, endişe ve problemleri beraberinde getiren hayali ya da gerçek bir uyumsuzluktan doğan bir duygu olarak açıklanmaktadır. Psikanalistler bu durumun benlik ile üst benliğin uyumsuzluğundan doğduğunu savunmaktadırlar ve altında irade/irade dışı cezalandırılma korkusunu beraberinde getirdiğini ifade etmektedirler (Freud, 1920). Gerçek ya da gerçek olmayan ihlaller sonucunda normal olmayan düzeyde abartılı reaksiyonlar ise patolojik suçluluk kavramı olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; bireyin bulunmadığı bir bölgede olan doğal afetten (yangın, çığ, deprem vb.) kendisinin sebep olduğunu düşünmesi gibi paranoid durumlar içerebilmektedir (Budak, 2000). Suçluluk ve utanç duyguları, bireyin özbilinci sayesinde toplum tarafından kabul görebilmesi için ötekiler ile etkileşimi sonucu öğrenme tecrübelerini içermektedir. Disforik olarak tanımlanan bu iki duygu bireyin kendisi ve kabul görmeyen eylemlerini düzeltebilmesine olanak sağlamaktadır. Birey, etik açıdan ahlaki ve toplumsal statüdeki olumsuz öz

saygısını ve diğerlerinin kendisine karşı olan düşünceleri ve bakış açıları sebebi ile bir kaygıya bürünmektedir (Klass, 1990; Niedenthal vd., 1994, akt. Tangney, 2011).

Utancın bir başka tanımı ise kişinin kendisini eksik, kabahatli görmesi veyahut temelde noksan olduğunu düşünmesi sonucu şahsına ilişkin olumsuz değerlendirmede bulunmasıdır (Göttlich vd., 2020). Utanma duygusu suçluluk duygusu ile sık sık karıştırılmakta ancak merkezinde eylemlerden ziyade ‘ben’ olması bu iki duyguyu farklılaştırmaktadır (Bedford, 2003). Goss ve arkadaşlarına (1994) göre ki türlü utanç duygusu vardır. İlki yaşanan durum sonucunda meydana gelmektedir. İkincisi ise bireysel bir özellik olarak içselleştirme sonucu ortaya çıkmakta ve güçlü bir şekilde yaşanmaktadır (Goss vd., 1994). Kişinin gelişim evresinde sık sık ve yoğun bir şekilde yetersiz olma ve değersiz duygularını yaşaması ikinci durumun yaşanmasına yol açmaktadır (Claesson, 2002). Çocukluk döneminde kişinin cinsel istismara maruz kalması, psikolojik şiddet yaşaması utanma duygusunun içselleştirilmiş bir şekilde ortaya çıkması ile bağlantılıdır. Ayrıca çocuğa yeterince ilgi gösterilmemesi de utanma duygusunu beraberinde getirebilmektedir (Webb vd., 2007).

Utanç ve suçluluk, kişinin hata yapması ya da hata yaptığını düşünmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Shen, 2018). Bu sebeple kişi doğru ve yanlış bilgisine sahip olmalı ve süper ego kavramını geliştirmesi gerektiği düşünülmektedir (Tezcan, 2021). Utanç ve suçluluk duygularının güçlü veya zayıf olması süperregonun ne kadar güçlü olduğuna ilişkin bilgi vermektedir. Ebeveynlerin ve toplumun belirlediği normlar ve değerler çocukluk döneminden itibaren süperegoşu şekillendirmektedir. Süperregonun optimum seviyede olması toplumda bireyin uyum içerisinde yaşaması için gerekli olduğu varsayılmaktadır. Süperregonun gelişmemiş olması ya da fazla gelişmiş olması ise uyumsuzluk durumlarını ortaya çıkarmaktadır. Örnek olarak suçluluk ve utanma duyguları olmaksızın birtakım insanların diğerlerinin canını yakmaları, suça karışmaları, kötü davranışlar sergileme eğilimi göstermeleri söylenebilmektedir (Freud, 1930). Süperregonun yeterince gelişim göstermemesi ve sergilenen olumsuz davranışın kişinin benliği ile uyumu kişilerin utanç ve suçluluk duymamasının sebebidir. Tam tersi olarak bazı bireylerde süperego fazla gelişmiştir ve affedici olmayan bir tutum ile benliği domine edebilmektedir. Bu da kişinin öz saygısını azaltarak

utanma ve suçluluk duygusu ile kendini cezalandırmasına sebebiyet verebilmektedir (akt. Gevrekci ve Çirakoğlu, 2017).

Utancı ve suçluluk duygularının gelişmişlik düzeyi veya gelişmemesinin olumlu ve olumsuz etkileri bulunmaktadır. Süperegounun, utanç ve suçluluk duygularının belirli bir düzeyde (sağlıklı denebilecek seviyede) gelişimi vicdanın ana yapısını oluşturmaktadır. Kabul görülen toplumsal normların ve değerlerin aksine bir eylem bulunulduğunda suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır. Bu da vicdanı harekete geçirerek yapılan hatalı davranışın doğrusunun yapılarak düzeltilmesini hatırlatmasına öncülük etmektedir (Tangney vd., 2011). Utanma duygusu kişinin harekete geçmesini sağlamakta; böylelikle yapılan eylem sonucu bireyin kendine yönelik bir güven elde etmesine yol açmaktadır. Bununla birlikte harekete geçen bireyin bu eylem sonucunda utanç ve suçluluk duyması ihtimali bulunmakta ancak bu duyguların birey üzerinde pozitif bir etki oluşturma potansiyeli de mevcuttur. Özetle sağlıklı düzeyde görülen utanç ve suçluluk, bireyin olumlu anlamda değişimi, affedici olması, olgunlaşması ve yeniliğe açık olması vb. pozitif sonuçlar doğurmaktadır (Dilber, 2013). Utanç ve suçluluk duyguları bireyde bir rahatsızlık hissi uyandırabilmekte fakat utançtaki rahatsızlık başka nedenlerden doğabilmekte ve daha fazla yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Yapılan kötü bir eylem sonucunda birey yapılan eylemin niteliği olan 'kötü' kavramına odaklanırsa suçluluk; eylemi gerçekleştiren özneye odaklanırsa utanç duygusu yaşamaktadır (Broucek, 1991).

1. Suçluluk ve Utancın Gelişimi

Psikodinamik bakışla utanma ve suçluluk duyguları incelendiğinde, Freud'un (1930), oedipus kompleksine bağlı olarak utanma duygusunun saldırgan ve cinsel duyguların bastırılarak önlenmesi sonucu yaşanan gerilimden kaynaklandığını açıklaması dikkat çekmektedir. Freud'e göre id'den kaynaklanan dürtüleri gerçekleştirmek isteyen ego, süperegounun toplumsal ahlaki standartları ile çakışiyorsa suçluluk duygusu ortaya çıkmaktadır (Freud, 1930). Utanma duygusunu reddedilen dürtülere ilişkin bir savunma mekanizması olarak tanımlamakta ve kişinin iç dünyasında yaşadığı karşıt duyguların beraberinde meydana geldiğini savunmaktadır (Levis, 1971). Suçluluk duygusunun ise, içgüdü ve dürtülere bağlı olan alt benliğin (id) arzularını gidermek için ben (ego)

harekete geçmektedir. Bu arzular karşılanırken bireyin sosyal tarafı (süperego) yapılan ile çelişkiye düşerse birey suçluluk duygusu yaşamaktadır (Potter-Efron, 1993). Bu durumun bireylerarası boyutunu nesne ilişkileri kuramı ele almaktadır. Buna göre; kişinin birey olma, bağımsız olma ve yek olma sürecinde yaşadığı olumsuz durumlar utanma duygusunu ortaya çıkarmaktadır (Klein, 1948). Kohut (1971), ise utancı narsistik kişilik ve self değerle ilişkilendirmektedir. Kohut'tan önce yaygın olan görüş utanç duygusunun narsistik gereksinimlere ket vurulması ve bireyin mutlak güç sahibi olmasını kısıtlanması sonucu ortaya çıkması şeklinde olsa da bu görüşü tam olarak geçerli saymamaktadır. Bunun sebebini ise utanma duygusuna sahip kişilerin sağlam ideallerinin olmaması ve bu kişilerin birçoğunun tutkularına göre hareket eden göstermeci tutum sergilemeleri olarak açıklamaktadır. Dolayısıyla, utanma duygusu göstermeciliğin 'ben'e geçmesinden kaynaklanmaktadır. Yaşanan bir hezeyanın hedeflerine ulaşmada başarısız olduklarında güçlü bir utanma duygusunu; daha sonrasında ise başarı sergilemiş kişilerle mukayeseye girip kıskançlık duygusunu yaşamaktadırlar. Yaşanan bu kıskançlık duygusu bireyin kendisine zarar verme boyutuna kadar ulaşabilmektedir (Kohut, 1971; Fedewa vd., 2005).

Erikson (1993), çocuğun güven kavramını 0 ila 1 yaş arasında edindiğini akabinde 1 ila 3 yaş arasında bağımsızlığa ilişkin utanma evresinin başladığını ifade etmektedir. Bu evre utanç duygusunun temelleri atıldığından dolayı oldukça önemlidir. Bu yaş aralıklarında çocuk yavaş yavaş ebeveynlerinden bağımsızlık kazanmaya başlamakta ve yürüme, konuşma, tuvalet gibi ihtiyaçlarını kendi başına yapmayı öğrenmektedir. Bu da çocuğun ebeveynlere olan bağımlılığını azaltmaktadır. Aynı zamanda kendi başına bir şeyler yapmaya başlayan çocuk kendi seçimlerine ilişkin basit de olsa karar alma sürecini dahil olduğu için irade becerisi de gelişmeye başlamaktadır (Erikson, 1993). Fiziksel olarak başkasının yardımı olmaksızın birtakım eylemleri gerçekleştirebilen çocuk kendi başına yaptıklarından keyif almakta ve bundan dolayı yardım almak istememektedir (Broucek, 1991). Bu kritik dönemde ortaya çıkan bir problemin çocuğun yetişkinlik dönemine etki etmesi, şüphe ve utanç olarak ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Tutma ve bırakma eylemi bu evrede bebek için büyük bir anlam ifade etmekte ve kendi ile ötekiler ayrımını yapması anlamına gelmektedir (Geçtan, 2000). Aynı zamanda bu birbirine iki zıt eylemin birden fazla anlam

ifade etmesi ile ebeveynlerin normal düzeyin üzerinde terbiye etme eyleminde bulunması çocukta yenilgi duygusu oluşturabilmektedir. Bunun sonucunda ise utanma ve kuşku duyguları açığa çıkmaktadır. Ebeveynlerin koruma içgüdüsünü fazlalaştırıp, çocuktan her şeyin mükemmel olmasını beklemesi tavrından uzak durması durumunda çocuk sağlıklı bir şekilde kendisinden bekleneni karşılamaktadır (Erikson, 1984).

Kendi başına güvenle eylemlerini gerçekleştiren çocuk utanç, şüphe gibi duyguların tam aksine bağımsızlık kazanmaktadır. Çocuğun eylemde bulunduğu esnada ebeveynleri tarafından kısıtlayıcı olarak fazla müdahale söz konusu ise çocuk kendi yeteneklerine dair kuşkuya düşmektedir. Yaptığı eylemden ötürü ceza formunda bir geri dönüş alması durumunda ise çocuğun kendine olan güven duygusu zedelenmekte ve tek başına eyleme geçmekten şüphe duymaktadır. İleriki dönemlerde dışarıdan onay alma ihtiyacı duymakta, başkalarının tepkilerinden ötürü çekingenlik gösterebilmekte ve utanç duygusu hissedebilmektedir (Ferguson ve Stegge, 1998). Bununla birlikte bazı ebeveynlerin çocuğun dışkısına verdikleri olumsuz tepki ya da kısıtlama çocukta utanma ve öfke duygularına sebebiyet verebilmektedir. Utanma duygusunun çocukluktan itibaren içselleştirilmesi çocuğun bir birey olarak kendinden ve seçimlerinden kuşku duymasına yol açmaktadır (Winnicott, 2013). Bu sebepten ötürü çocuklara eylemleri için özgürlük tanımak ve hata yapmalarına izin vermek gelişimleri açısından önemlidir. Çocuğun kendisini yaptığı eylemlerle tanımlaması bir şeyleri başarabilmesine olan inancını ve özerklik duygusunu geliştirmektedir. Ebeveynlerin çocuklarından aşırı beklentileri olması çocuk üzerinde baskı oluşturmakta, bağımsızlık kazanmalarına engel teşkil etmekte ve utanma duygusunu ortaya çıkarmaktadır (Geçtan, 2000).

Erikson'a (1993) göre üç (3) ila altı (6) yaş aralığı atılganlığa ilişkin suçluluk hissetme evresidir. Bu dönem Erikson tarafından infantik-genital; Freud (1923), tarafından ise fallik dönem olarak adlandırılmaktadır. Bunun sebebi ise her iki araştırmacının bu dönemin cinsiyet bakımından içe alma ve girme eylemini sembolize etmesini öne sürmeleridir. Çocuğun dış dünya ve çevresi ile etkileşime geçmesi, toplum ile karşılaşması, motor ve dil becerilerinin gelişmesi girişkenliğini arttırmaktadır (Erikson, 1993). Çocuğun kendi inisiyatifi ile eyleme geçmesi bu dönemde başlamakta ve eğer buna yönelik eylemleri ebeveynleri

tarafından desteklenirse çocuğun olumlu anlamda gelişim sergileyeceği düşünülmektedir. Çocuk yeme, engellenme gibi tam tersi bir tepki ile karşılaşırca suçluluk duygusu ortaya çıkabilmektedir. Hali hazırda çocuğun yetişkin bireylere göre fiziken küçük olması kendisinin zayıf kalacağını düşünmesine yol açabilmektedir. Ayrıca çocuğa kendini yetersiz hissettirecek cümleler sarf etmek (“Neden bu şekilde davrandın?”, “Bunu yapamazsın.”, “Beceremezsin.” vb.) çocuğun yetersizlik hissini artırmaktadır (Leith ve Baumeister, 1998).

Merak duygusunun beraberinde çevresi ile ilgili keşfe çıkan çocuk ebeveynlerini ve yaşadığı çevreyi sorgulamaya başlamaktadır (Benetti-McQuoid ve Bursik, 2005). Bu sorgulama ve merak evdeki otorite olan ebeveynler ve okuldaki otorite olan öğretmenler tarafından hoş karşılanmadığında ve ceza olarak karşılık bulduğunda çocukta suçluluk hissi ortaya çıkabilmektedir. Bu durum sonucunda çocuğun bir birey olarak ileriki yaşamına olumsuz etki etmekte ve yaratıcılığına ket vurabilmektedir (Bee vd., 2009). Üst benliğin gelişmesi ile çocuğun egoya ilişkin dürtüleri ve anne-babanın talepleri arasında çelişki oluşmaya başlayacaktır (Elison vd., 2014). Burada kastedilen çocuğa yüzde yüz özgürlük ve serbestlik vermek değildir. Bu durumda birtakım sorunlar oluşturacağı için başkalarının özgürlüğünün ihlalini çocuğun özgürlüğüne bir sınır olarak getirmek gerekmektedir. Özellikle bu dönemde çocuğun benmerkezci olması başkalarının hakkını ihlal etmesine ve dilediği gibi hareket etme eğilimine sahip olmasına yol açabilmektedir. Bu sebeple, benliğin talepleri ve çevrenin talepleri arasında dengenin sağlanması suçluluk duygusunun yaşanmaması açısından önemlidir (Erikson, 1984).

Utanma duygusu ego ve ego ideali; suçluluk duygusunun ise benlik ve üst benlik arasında yaşanan bir çatışmadan ileri geldiği ifade edilmektedir. Bu sebeple, utanmaya neden olan durumun ego ve ego ideali ya da gerçekte olan ve beklenen arasında bulunan fark olduğu belirtilmektedir. Ortaya çıkan fark ise öz değeri olduğundan düşük görerek kendisini değersiz hissetme duygularına sebep olmaktadır (Piers ve Singer, 1953). Üst benliğin koyduğu kuralların çiğnenmesi durumunda suçluluk duygusunun; benliğin isteklerinin gerçekleştirilmediği durumda ise utanma duygusunun oluştuğunu ileri sürülmektedir. Utanma, ebeveynlerin koymuş olduğu ideal olanı gerçekleştirilememesi sonucunda yalnız kalma korkusu ve bilinçdışı tehlike iken, suçluluk daha çok ebeveynlerin

kurallarına uymamaktan kaynaklı doğacak olan cezai yaptırım korkusu ile ilgilidir (Abe, 2004; Parman, 2022).

Utanma duygusu yüceltici duygulara sahip benlik ile gerçek benlik arasındaki çelişkinin kabulü sonucu yaşanmaktadır (Broucek, 1991). Buna paralel olarak Lewis (1992), utanç duygusunun kişinin hedeflerini gerçekleştirmediğinin farkına varması durumunda öz değerinin zedelenmesi sonucu oluştuğunu belirtmektedir. Suçluluk duygusunu bilişsel açıdan açıklayan Budak (2000), ahlaki ve toplumsal kuralların ya da legal düzenlemelerin çiğnenmesi sonucu ortaya çıkan rahatsızlık hissi uyandıran mevcut bilişsel şemalardan kaynaklandığını belirtmektedir. Utanma ise kendini bu şemaları referans alarak olumsuz şekilde değerlendiren bireyin yaşadığı bir duygu olarak açığa çıkmaktadır (Kourt, 2011).

2. Suçluluk ve Utanç: Benzerlikler- Farklılıklar

Utanç ve suçluluk duyguları temelde aynı duygunun değişik taraflarını ortaya çıkardığı için birbirinin ikamesi şeklinde kullanılsa da literatürde genellikle birbirinde farklı iki duygu olarak ele alınmaktadır (Wicker vd., 1983; Niedenthal vd., 1994; Tangney, 1996). İlgili alanda çalışan uzmanlar suçluluk ve utanç duygularının fenomenolojik olarak birbirinden farklı olduğunu dolayısıyla tedavi yöntemi olarak farklılık gösterdiğini ifade etseler de konu ile ilgili yapılan araştırmaların niceliği artmakta ve bu tartışma aynı şekilde kalmaya devam etmektedir (Tangney, 1996). Ahlaki kurallara uygun davranış sergilenmesi veya sergilenmemesine göre yapılan bir diğer ayırmada ise ahlaki normlara uymayan durumların suçluluk; ahlaki olmayan normlara uymayan durumların ise utanç olarak meydana geldiğini savunmaktadır. Fakat bu görüşü destekleyen araştırmalar yeterli düzeyde bulunmamakta, bununla birlikte ayrımı tam olarak açıklayamadığı için eleştirilmektedir (Tangney, 2002).

Suçluluk duygusu bir eylem sonucunda, herhangi bir kuralın ya da normun çiğnenmesi ile ilgili kaygı duyulması ve kişinin kendini ortaya çıkan sonuç ile kendini suçlaması ve sorumlu hissetmesi ile ilişkili iken; utanç duygusu ise bireyin öz değerlendirme sonucunda yetersiz hissetmesi ve başkalarının ya da kendi değerlendirmeleri doğrultusunda kendini olduğundan değersiz görmesine yol açmaktadır (Klass, 1990; Niedenthal vd., 1994; Dorahy ve Clearwater, 2012).

Utanma duygusuna eğilimi yüksek olan bireyler yaşadıkları olumsuz durumları kendilerine mal ederek yetersiz ve beceriksiz oldukları düşüncesi ile kendilerini olumsuzlayarak bu durumdan uzaklaşmak istemektedirler. Suçluluk duygusu yaşayan bireylerde ise pişmanlık duygusu ağır basmakta ve bu bireyler yapılan hatalı davranışı düzeltme hissini verdiği endişeyi taşımaktadırlar (Niedenthal vd., 1994; Baumeister vd., 1994; Tangney, 1996; Lutwak vd., 2003).

Hoffman'ın (2001), odaklandığı nokta utanma ve suçluluk duygularının birey üzerindeki sonuçlarıdır. Utanma duygusu içe kapanık bir tutum sergilenmesine neden olan durumun ya da davranışın yarattığı etkinin telafi edilememesine yönelik eksikliği oluştururken, suçluluk duygusu yanlış davranışı telafi ederek olumlu bir davranış sergilenmesini desteklemektedir. Utanma duygusu herkesin gözü önünde yaşanan bir durumun benlikte yankı bulması ile tecrübelenmekte; suçluluk duygusu diğer insanların olmadığı ve bilmediği durumlarda deneyimlemekte ve yaşanan vicdan acısı ile onarma, telafi etme kaygısını ortaya çıkarmaktadır (Rüsch vd., 2007). Empati sonucu yapılan hatanın fark edilmesi ve onarımı, telafisine yönelik af dileme eylemine geçilmesi suçluluk duygusuna, hatalı eylemin bireyin kendi iç dünyasındaki duygulara ve benliğine yönelik olması utanç duygusunun bencil olarak nitelendirilmesine yol açmaktadır (Fedewa vd., 2005).

Lazarus (1991) “bilişsel kavramsallaştırma” çerçevesinde yaşanan durum ya da olaydan ziyade bireyin bu olayı değerlendirme şeklinin suçluluk ve utanç duygularına sebebiyet verdiğini savunmaktadır. Utanç duygusunu benliğin idealine uygun şekilde yaşayamamaya, suçluluğu ise toplumsal ahlaki normlara ve kriterlere uymama sonucu ile ilişkilendirmektedir (Lazarus, 1991). Bir diğer bilişsel açıklama, suçluluğun dışarıdan kaynaklı ve kontrol dahilinde istem dışı olan bir durumdan doğduğunu düşünme sonucunda; içeriden kaynaklanan ve kişinin kontrolü dışında ortaya çıkan bir durumu kavramada ise utanç duygusunun meydana geldiğini (örneğin; yeteneksiz olmama başarısız olmama sebep oldu) iddia etmektedir (Tracy, 2007). Lewis'in (1992) bu iki duygu arasında yapmış olduğu ayırım birçok araştırmacı üzerinde etkili olmuştur. Bu yaklaşım utancı hem başarısız olma ve yenilme hem de toplumsal ve etik kuralların ihlali olarak görmekte; suçluluğu ise yalnızca etik kurallara aykırı bir tutum sergileme davranışta bulunma olarak değerlendirmektedir. Suçluluk duygusu bireyin eylemi

ile ilişkili olduğu için olumsuz etki yaratan eylem ön plandadır; utanç duygusu bireyin kimliğine yönelik zayıf ve yetersiz yönlerine odaklanmaktadır. Utanç kişinin kaçınması, öz değerini düşük görmesi, acı çekmesi ve pasif tavırlar sergilemesine yol açmaktadır. Suçluluk ise tam tersi olarak bireyin aktif olması ve eyleme odaklanması ile ilgili olduğu için kişi utançtaki kadar acı çekmez ve telafi etmek için endişe duymaz (Lewis, 1992).

Ellison (2014), suçluluk ve utancın arasında bağlantı bulunmasına karşın birbirinden farklı olan duygular olduğunu ifade etmektedir. Rezil olma duygusundan kaynaklanan utanç içsel bir formda görülürken; tam tersi olarak suçluluk dışarıdan tarafsız bir şekilde tasvir edilebilen ya da bilişsel olarak yorumlanabilen bir durum olarak ifade edilmektedir.

Utanç ve suçluluk ile başa çıkma yöntemlerinde de farklılıklardan bahsedilmektedir. Bu noktadaki ayırım “self odaklı savunma mekanizması, diğerlerine odaklanan savunma mekanizması ve haricileştirilen savunma mekanizması” şeklindedir (Elison, 2005). Utanç bireye odaklanmakta ve kişi okları kendine yönlendirerek geri çekilme yöntemine başvurmaktadır. Aynı zamanda haricileştirerek diğerlerini suçlama ve agresyon gösterme eğilimine sahiptir. Suçlulukta ise başa çıkma tarzı olarak bireye odaklanma, yaptığı hatanın neticesinden korkma ve diğerine odaklanma, yaptığı eylemin başkası üzerindeki etkisini görerek üzüntü duyma hissi olarak karşımıza çıkmaktadır (Durualp vd., 2010). Her iki duygu da etik ve ahlak normları ile ilişkili ve benliğe ilişkin duygulardır. Ayrıca, her iki duygunun da kişi üzerinde olumsuz etki yaratan ve başka bireylerle etkileşim sonucu yaşanan duygular olduğu ifade edilmekte ve bu duyguların şiddetini artıran durumlar benzemektedir (Tangney, 2002).

3. Suçluluk ve Utanç Duygusunu Etkileyen Faktörler

Psikanalitik kuram bastırdığımız suçluluk duygusunun farklı formlarda ve çeşitli yollarla kendini gösterebileceğini ileri sürmektedir. Nefret etme, sevmeye duyguları ve bunların arasındaki rekabet çocukluk döneminden başlamaktadır (Klein, 1948, akt. Demir, 2022). Anne-baba ile çocuk arasındaki ilişki bu mücadelenin devamlılık şeklinde önemli bir yere sahiptir. Çocuk, kardeşini anne-babasından kıskanır ve kendisine rakip olarak görmektedir. Kıskançlık ve nefretle beraber aynı zamanda sevgiyi de barındıran bu durum suçluluk duygusunun

temelinin çocukluktan geldiğini savunmaktadır (Klein, 2002). Klein (1933), bireyde var olan saldırma, yıkma istekleri ve dürtüleri kişinin utanma duygusunun kaynağını oluşturduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda bireyin kıskançlık duygusunun olması ve kendini kötü biri olarak görmesi de bu duyguyu oluşturmaktadır. Bunun sebebi ise kıskançlık duygusunun etik ve dini olarak günah olması ve açığa çıkarılmaması gereken bir duygu olmasıdır (Kilborne, 2014).

Utanç, suçluluk ve kıskançlık gibi duygular çocukluk döneminde bireyin maruz kaldığı olumsuz anne-baba tutumu ve tepkileri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Böylelikle erken yaşta çocuğun kendini ve çevresini keşfetme isteği ve merak duygusu ebeveyn tarafından engellenmişse çocuk kendini kötü, beceriksiz hisseder ve bu durum utanma ve suçluluk gibi duyguların oluşmasına sebebiyet verebilmektedir (Elison vd., 2014). Suçlu hissetme duygusu altında yatan bir diğer önemli neden ise cinsellik ve cinselliğe dair hatıralardır. Özellikle ergenlik döneminde bireyler hissettikleri cinsel isteklerden ve uyarılma dürtülerinden ötürü kendini suçlu hissedebilmektedir. Taciz veya tecavüze uğramış kişiler ise travmatize oldukları bu duruma kendilerinin sebep olduklarını düşünmekte, bunu durduramadığı için suçlu hissetme ve utanma duygularını deneyimlemektedirler. Bununla birlikte, fiziksel olarak kendilerini akranlarından ileri ya da geri seviyede görenler bedenlerinden utanabilmektedirler (Maltz vd., 1997, akt. Taşan, 2022).

Freud'a (1930), göre suçluluk duygusu fallik dönemde id ile süperego arasındaki çatışma sonucu ortaya çıkmaktadır. Süperego çocukluktan itibaren egonun bir parçası şeklinde ebeveyn, çevre, toplumun oluşturduğu kurallar, yargılar ve normlar etrafında şekillenen bir yapıdır. Süperego, pregenital dönemde gelişmektedir (Öztürk, 2005). Ebeveynin ve toplumsal değer yargılarının içselleştirilmesi sonucu oluşmaktadır. Bu değer yargılarının ihlal edildiği noktada ise en yoğun hissedilen duygu suçluluk duygusudur (Demir, 2012).

Borderline kişilik bozukluğunda pregenital dönemde yaşanan sorunlardan kaynaklanan yerleşmiş ve tamamlanmış bir süperegonun olmaması ve içselleştirilmiş yargıların yoğun bölünme ile bütünleşmesi engellenmektedir. Bu

nedenle birey zaman zaman suçluluk duygusunu yaşayabilmektedir. Ancak daha ilkel bir duygu olan utanma duygusu daha belirgin hissedilmektedir (Kernberg, 1967). Çocuk 1 (bir) yaşına geldiğinde iyi-kötü, doğru-yanlış ayrımını kendisini besleyen ve ihtiyaçlarını karşılayanlara göre yapmaktadır. Çocuğa göre karnını doyuran ve ihtiyaçlarını giderenler iyi, tam tersi olanlar ise kötüdür. 2 (iki) yaşına geldiğinde ise etrafındaki değer yargılarını algılayan çocuk bunları bu evrede içselleştiremez. Ebeveynleri ya da kendisi için önemli olan başka otorite figürlerinin beğendiği ve beğenmediği, onayladığı ve onaylamadığı eylemlerin ayrımını yapabilmekte ve aksi durumda cezalandırılacağına farkına varmaktadır (Öz, 2004). Yapabileceği eylemlerin kısıtlandığının farkına varan çocuk yasaklı eylemleri gerçekleştirdiğinde korkma, suçluluk duyma ve utanma duygularını yaşamaktadır. Utanma ve suçluluk duyma süperego gelişiminin ilk adımlarını oluşturmaktadır. Küçüklükten itibaren çocuğun farkına vardığı iyi olan yahut olmayan, doğru olan yahut olmayan davranışlar bir birey olarak kişinin eylem ve davranışlarını regüle etmektedir. Kişinin aldığı terbiye ve eğitim yapılmaması gereken bir davranışta bulunduğu anda utanma ve suçluluk duyma durumlarını yaşamasına sebep olmaktadır (Söylemez, 2018). Utanma duygusu bireyin kendini yargılaması örneğin; fiziksel yönden kendini beğenmemesi ya da kusurlu bulması sebebi ile oluşabilmektedir. Cinsel taciz ya da istismar durumlarında kişi kendini iğrençlik, kirlilik kavramları ile ilişkilendirmektedir. Kendini değerlendiren birey yeteneksiz ve yetersiz olduğunu düşünerek bu durumdan utanç hissine kapılabilmektedir. Birey başkalarından gizlediği hislerinin ve düşüncelerinin bilinmesi durumunda da utanç duyabilmektedir (Gerrig ve Zimbardo, 2013). Erken yaşlarda anne-babasından ayrılan ya da kopukluk yaşayan çocuklar ileride bunun sebebinin kendinde olduğunu düşünebilir ve kendini suçlayıp sebep olduğunu düşündüğü bu durumdan utanabilmektedirler (Elevli, 2012).

Utanma ve suçluluk duyguları egonun direkt olarak tehdide maruz kaldığı veya ani hayati krizlerin yaşandığı durumlarda ortaya çıkabilmektedir. İlk duruma örnek olarak aşırı kilo, madde kullanımı ve hareketsizlik gibi sağlığa zarar verebilecek eylemler; ikinci duruma örnek olarak ise engelli bebeğin doğumu, hayati tehlikeye sahip hastalık verilebilir. Taciz ya da tecavüze uğramış kişiler travma sonrasında utanma ve suçluluk duyabilmektedirler (Girard vd., 2014). Yakınını kaybetmiş biri kaybettiği kişi ile yaşadığı bir sorunu çözememiş ise bu

durumdan dolayı suçluluk ve pişmanlık duyabilmektedir (Farmer ve Andrews, 2009). Freud (1923), suçluluğa daha fazla ağırlık vererek id'den gelen dürtüler ile egonun harekete geçme isteği ve bunun süperegö tarafından bastırılmasından doğan depresyon, mazoşizm ve karamsarlık şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Freud'un (1923), aksine ileriki dönem araştırmacıları utanma duygusuna ağırlık vermiş ve bu duygunun şizofreni, depresyon, bipolar, narsisizmin temelinde yatan bir etken olduğuna dikkat çekmektedirler (Velotti vd., 2014).

III. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve veri analiz teknikleri ile ilgili yöntem kısmı ele alınmıştır.

A. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma ilişkisel tarama modelinde kesitsel bir araştırmadır. İlişkisel tarama modeli iki ya da daha fazla sayıdaki değişken arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir yöntemdir (Karasar, 2014).

B. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni İstanbul ilinde üniversitelerde öğrenim gören lisans öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem grubunu, 18-24 yaş arası toplam 400 kişi oluşturmaktadır. Örneklem grubu 18-24 yaş arası 213 kadın (%53.1) 187 erkek (%46.8) öğrenciden oluşmaktadır. Katılımcılara, çalışma ile ilgili bilgilendirme yapıp, bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Araştırmanın maliyeti öğrenci tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın örnekleme “kolayda örnekleme” yöntemiyle seçilmiştir. Kolayda örnekleme, ana kütle içerisinde seçilecek örnek kesimin araştırmacı tarafından belirlendiği tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir (Kurtuluş vd., 2012). Araştırmaya katılan öğrenciler gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Araştırma, yüz yüze ve Google Form üzerinden katılımcılarla paylaşılmıştır.

C. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Kullanılan veri toplama araçları; Sosyo-demografik Bilgi Formu, Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ), Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS), Yeme Tutum Testi Kısa Formu'dur (YTT-26).

1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırma için gerekli olan bilgileri içeren soru ve formlar araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, ekonomik düzey, eğitim düzeyi, algılanan gelir düzeyi ve ruhsal bozukluk tanısı ile ilgili bilgileri elde etmeye yönelik sorular sosyo-demografik bilgi formunu kapsamaktadır.

2. Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)

Borderline kişilik ölçeği, Poreh ve arkadaşlarının geliştirdiği bir ölçektir. DSM-IV tarafından tanımlanan her bir borderline kişilik bozukluk kriteri için ayrı alt ölçek içeren ve temelde bireyin kendini değerlendirmesini sağlayan bir ölçektir. Ölçek içerisinde toplamda 80 madde ve 9 alt boyut mevcuttur (Poreh vd., 2006). Borderline Kişilik Ölçeği geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısı çalışmasında alt boyut ve toplam Cronbach α değerlerini sırasıyla; Dürtüsellik 0.53, Duygulanımda kararsızlık 0.68, Terk edilme 0.46, İlişkiler 0.65, Kendilik-İmgesi 0.65, İntihar/kendini yaralama davranışı 0.68, Boşluk duygusu 0.63, Yoğun öfke 0.81, Psikoz benzeri durumlar 0.65, toplam değer 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik sonuçlarına bakıldığında Dürtüsellik boyutu için 0.504, Duygulanımda Kararsızlık boyutu için 0.774, Terk edilme boyutu için 0.398, İlişkiler boyutu için 0.683, Kendilik imgesi boyutu için 0.718, intihar/ Kendini Yaralama Davranışı boyutu için 0.484, Boşluk Duygusu boyutu için 0.734, Yoğun Öfke boyutu için 0.739, Psikoz Benzeri Durumlar boyutu için 0.623 ve tüm maddeler için 0.672 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın artması borderline kişilik özelliklerinin de arttığına işaret etmektedir (Ceylan, 2017). Mevcut çalışma için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı, toplam puan için .94, dürtüsellik için .71, duygulanımda kararsızlık için .74, terk edilme için .73, ilişkiler için .75, kendilik imgesi için .81, intihar kendini yaralama davranışı için .81, boşluk duygusu için .77, yoğun öfke için .83, psikoz benzeri durumlar için .70 olarak saptanmıştır.

3. Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)

Yeme Tutum Testi Kısa Formu 11-70 yaş arasındaki tüm bireylere yapılabilmektedir. YTT-26'nın çıkış noktası olan Yeme Tutum Testi-40 Garner ve arkadaşları tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Testin Cronbach alpha

katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Formun Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından 745 kişilik normal bir örnekleme 24 balerine uygulanarak faktör analizi ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. İlerleyen yıllarda YTT-26’nın yapı ve kapsam geçerliliği yapılmıştır. YTT-26 altı basamaklı likert tipi bir ölçektir. Test için kesme değer 20 puandır. Ölçekten alınan puan arttıkça yeme tutum bozukluğu varlığı daha belirgin bir hale gelmektedir. Ölçeğin diyet yapma davranışı, bulmiya ve yeme meşguliyeti, yemeyi kontrol davranışı olmak üzere 3 tane alt skoru bulunmaktadır. Bu alt skorlardan diyet yapma skoru 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,26 soruların; bulmiya ve yeme meşguliyeti skoru 3,4,9,18,21 ve 25.soruların; yemeyi kontrol kontrol davranış soru ise 2,5,8,13,15,19,20. soruların puanlarının toplanmasıyla bulunmaktadır. Puan sonuçları 20 ve üzeri ‘sağlıksız ve anormal yeme davranışı’ veya 20’nin altı ‘normal yeme davranışı’ olarak değerlendirilir (Savaşır ve Erol, 1989). Mevcut çalışma için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı, yeme tutumu testi için .93, diyet yapma alt ölçeği için .90, bulmiya ve yeme meşguliyeti alt ölçeği için .91, yemeyi kontrol alt ölçeği için .73 olarak saptanmıştır.

4. Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS)

Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği Wright ve Gudjonsson (2007) tarafından geliştirilmiş, Sarıçam vd. tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır.7’li likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir (1=Hiç uygun değil-7=tamamen uygun). Ölçeğin suçluluk ve utanç olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Alt ölçeklerin her biri ayrı toplam puan elde etmektedir. (1.,4.,7.,9., ve 10. Maddeler suçluluk alt boyutu;2.,3.,5.,6., ve 8. maddeler utanç alt boyutu) Likert tipi bir derecelendirme sunduğu için utanç alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5’tir. Suçluluk alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 7’tir. Bununla birlikte ölçekten toplam puan da elde edilebilmektedir. Ters madde bulunmayan Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği’nin utanç ve suçluluk boyutlarından alınan puanlar yükseldikçe bireyin ilgili boyuta ait özelliklere yüksek düzeyde sahip olduğunu göstermektedir (Sarıçam vd., 2012). Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik incelemesine bakıldığında cronbach α iç tutarlılık

güvenirlilik katsayıları ölçeğin bütünü için .80, utanç alt ölçeği için .78, suçluluk alt ölçeği için .70 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği için ölçek 21 gün ara ile aynı gruptan 71 kişiye tekrar uygulandığında, iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin utanç alt ölçeği için .80, suçluluk alt ölçeği için .78 olarak bulunmuştur (Sarıçam vd.,2012). Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Uyum indeksleri incelenerek iki boyutlu modelin iyi uyum verdiği görülmüştür. Uyum geçerliği için ise utanç boyutu ile sorumluluk duygusu ölçeğinin duygu alt boyutu arasında pozitif ($r = .69$) ve davranış boyutu arasında pozitif ($r = .31$); suçluluk boyutu ile duygu alt boyutu arasında pozitif ($r = .28$) ve davranış alt boyutu arasında pozitif ($r = .67$) ilişki olduğu; yine ölçeğin bütünü ile Suçluluk-Utanç Ölçeğinin suçluluk alt ölçeği arasında pozitif ($r = .56$) ilişki ve utanç alt ölçeği ile pozitif ($r = .59$) ilişki olduğu saptanmıştır. Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgular, Türkçe'ye uyarlanan 10 maddelik ölçeğin bireylerin hatayla ilişkili utanç ve suçluluk düzeylerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçmek amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir (Sarıçam vd.,2012). Mevcut çalışma için iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha katsayısı, suçluluk alt ölçeği için .74, utanç alt ölçeği için .88 olarak saptanmıştır.

D. Verilerin İstatiksel Analizi

Veri analizine başlamadan toplanan veriler uygun formata getirilip SPSS 25 programına aktarılmıştır. Sonraki aşama olan normal dağılım varsayımı değerlendirilmeye alınmıştır. Bu varsayımı değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarına bakılmıştır ve bu iki katsayının $-2 +2$ değer aralığı içinde olması normal dağılım varsayımının gerçekleştiğini belirtmektedir (Hahs Vaughn ve Lomax, 2020). Bu değerlendirmeden sonra parametrik testlerin kullanılarak analizlere devam edilmiştir.

Parametrik test grubunda olan ve değişkenler arası ilişkiyi test eden Pearson Korelasyon Analizi, gruplar arası anlamlı farkı saptamak için Bağımsız Gruplar T-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Aracı rol analizi için PROCESS 3.5 kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı için değer aralığı; $0.000^*-0.300$ arası zayıf, $0.301-0.700$ arası orta, $0.701-1.000$ arası yüksek derecede ilişki olarak

tanımlanmaktadır. Tüm çalışma kapsamında referans alınan güven aralığı %95, p değeri 0.05'tir.

IV. BULGULAR

Çizelge 1. Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

	Basıklık	Çarpıklık
Borderline Kişilik Ölçeği	-0,135	0,600
Dürtüsellik	1,765	1,299
Duygulanımda Kararsızlık	-0,956	0,075
Terk Edilme	0,405	0,879
İlişkiler	-0,673	0,524
Kendilik İmgesi	0,302	1,068
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	1,540	1,553
Boşluk Duygusu	-0,683	0,525
Yoğun Öfke	-1,202	0,313
Psikoz Benzeri Durumlar	-0,967	0,258
Yeme Tutumu Ölçeği	1,786	1,598
Diyet Yapma	0,472	1,196
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	1,198	1,503
Yemeyi Kontrol	0,005	0,915
Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği		
Suçluluk	-0,845	0,091
Utanç	-0,817	0,532

Çizelge 2. . Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	213	53.3
	Erkek	187	46.8
	Toplam	400	100.0
Medeni Durumu	Bekar	382	95.5
	Evli	18	4.5
	Toplam	400	100.0
Eğitim Düzeyi	Lisans	400	100.0
	Toplam	400	100.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	112	28.0
	Çalışmıyor	288	72.0
	Toplam	400	100.0
Aylık Gelir	Düşük	184	46.0
	Orta	191	47.8
	Yüksek	25	6.3
	Toplam	400	100.0
Ruhsal Bir Hastalık	Evet	38	9.5
	Hayır	362	90.5
	Toplam	400	100.0

Katılımcıların %53,3'ü kadın, %46,8'i erkek, %95,5'i bekâr, %4,5'i evlidir. %100'ü lisans mezunu, %28,0'ı çalışmakta, %72,0'ı ise çalışmamaktadır, %46'sı düşük, %47,8'i orta, %6,2'si yüksek aylık gelire sahiptir. %9,5'i bilinen bir ruhsal hastalığa sahip, %90,5'i bilinen bir ruhsal bozukluğa sahip değildir.

Çizelge 3. Katılımcıların Yaşlarına Ait Tanımlayıcı Değerler

	n	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Yaş	400	18	24	21	2

Çalışmaya katılanların yaşlarının ortalaması ($\bar{X}=21$, $SS=2$), minimum yaş 18, maksimum yaş 24'tür.

Çizelge 4. .Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Tanımlayıcı Değerleri

	n	Min	Maks	\bar{X}	Ss.
Borderline Kişilik Ölçeği	400	2	70	26.86	14.90
Dürtüsellik	400	0	8	1.81	1.70
Duygulanımda Kararsızlık	400	0	10	4.60	2.56
Terk Edilme	400	0	10	3.13	2.32
İlişkiler	400	0	8	3.20	2.32
Kendilik İmgesi	400	0	9	2.35	2.45
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	400	0	7	1.17	1.71
Boşluk Duygusu	400	0	10	3.96	2.69
Yoğun Öfke	400	0	10	4.08	2.97
Psikoz Benzeri Durumlar	400	0	7	2.57	1.98
Yeme Tutumu Ölçeği	400	4	75	19.99	17.23
Diyet Yapma	400	0	36	9.30	9.61
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	400	0	18	3.44	5.04
Yemeyi Kontrol	400	0	21	7.26	5.04
Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği	400				
Suçluluk	400	5	35	20.03	7.48
Utanç	400	5	35	16.99	8.74

Borderline Kişilik Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=26,86$ $SS=14,90$), Dürtüsellik ortalaması ($\bar{X}=1,81$ $SS=1,70$), Duygulanımda Kararsızlık ortalaması ($\bar{X}=4,60$ $SS=2,56$), Terk Edilme ortalaması ($\bar{X}=3,13$ $SS=2,32$), İlişkiler ortalaması ($\bar{X}=3,20$ $SS=2,32$), Kendilik İmgesi ortalaması ($\bar{X}=2,35$ $SS=2,45$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ortalaması ($\bar{X}=1,17$ $SS=1,71$), Boşluk Duygusu ortalaması ($\bar{X}=3,96$ $SS=2,69$), Yoğun Öfke ortalaması ($\bar{X}=4,08$ $SS=2,97$), Psikoz Benzeri Durumlar ortalaması ($\bar{X}=2,57$ $SS=1,98$), Yeme Tutumu Ölçeği ortalaması ($\bar{X}=19,99$ $SS=17,23$) Diyet Yapma ortalaması ($\bar{X}=9,30$ $SS=9,61$), Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ortalaması ($\bar{X}=3,44$ $SS=5,04$), Yemeyi Kontrol ortalaması ($\bar{X}=7,26$ $SS=5,04$), Suçluluk ortalaması ($\bar{X}=20,03$ $SS=7,48$), Utanç ortalaması ($\bar{X}=16,99$ $SS=8,74$)'tür.

Çizelge 5. Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği Arasındaki İlişki

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Borderline Kişilik Ölçeği	1															
2-Dürtüsellik	.474**	1														
3-Duygulanımda Kararsızlık	.801**	.261**	1													
4-Terk Edilme	.796**	.378**	.559**	1												
5-İlişkiler	.718**	.222**	.510**	.636**	1											
6-Kendilik İmgesi	.755**	.212**	.543**	.528**	.470**	1										
7-İntihar Kendini Yaralama Davranışı	.701**	.428**	.451**	.547**	.419**	.528**	1									
8-Boşluk Duygusu	.823**	.242**	.649**	.587**	.545**	.759**	.484**	1								
9-Yoğun Öfke	.744**	.336**	.588**	.489**	.429**	.426**	.523**	.500**	1							
10-Psikoz Benzeri Durumlar	.534**	.203**	.435**	.372**	.307**	.269**	.233**	.355**	.315**	1						
11-Yeme Tutumu Ölçeği	.266**	.260**	.248**	.233**	.187**	.147**	.169**	.205**	.095	.213**	1					
12-Diyet Yapma	.286**	.245**	.270**	.235**	.215**	.180**	.186**	.266**	.099*	.175**	.935**	1				
13-Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	.292**	.307**	.287**	.223**	.166**	.176**	.182**	.221**	.144**	.214**	.879**	.756**	1			
14-Yemeyi Kontrol	.070	.115*	.046	.127*	.061	-.016	.043	-.027	-.009	.180**	.755**	.534**	.564**	1		
15-Suçluluk	.154**	-.024	.153**	.083	.154**	.162**	.030	.172**	.154**	.011	-.144**	-.096	-.149**	-.161**	1	
16-Utanç	.404**	.124*	.307**	.296**	.276**	.443**	.224**	.394**	.324**	.102*	.245**	.221**	.194**	.127**	.659**	1

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ Uygulanan testin ismi: Pearson Korelasyon Testi

Yeme Tutumu Ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.266$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.286$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Borderline Kişilik Özelliği ($r=.292$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.154$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.404$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Dürtüsellik ($r=.260$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Dürtüsellik ($r=.245$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Dürtüsellik ($r=.307$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Dürtüsellik ($r=.115$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Dürtüsellik ($r=.124$, $p<0.05$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.248$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.270$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.287$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.153$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.307$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Terk Edilme ($r=.233$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Terk Edilme ($r=.235$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Terk Edilme ($r=.223$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Terk Edilme ($r=.127$, $p<0.05$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki,

Utanç ile Terk Edilme ($r=.296$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile İlişkiler ($r=.187$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile İlişkiler ($r=.215$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile İlişkiler ($r=.166$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile İlişkiler ($r=.154$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile İlişkiler ($r=.276$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Kendilik İmgesi ($r=.147$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Kendilik İmgesi ($r=.180$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Kendilik İmgesi ($r=.176$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile Kendilik İmgesi ($r=.162$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Kendilik İmgesi ($r=.443$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=.169$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=.186$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=.182$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=.224$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Boşluk Duygusu ($r=.205$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Boşluk Duygusu ($r=.266$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Boşluk Duygusu ($r=.221$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile Boşluk Duygusu ($r=.172$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında

düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Boşluk Duygusu ($r=.394$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki vardır.

Diyet Yapma ile Yoğun Öfke ($r=.099$, $p<0.05$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Yoğun Öfke ($r=.144$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Suçluluk ile Yoğun Öfke ($r=.154$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Yoğun Öfke ($r=.324$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında orta seviye ve pozitif ilişki vardır.

Yeme Tutumu Ölçeği ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.213$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Diyet Yapma ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.175$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.214$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Yemeyi Kontrol ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.180$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.102$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

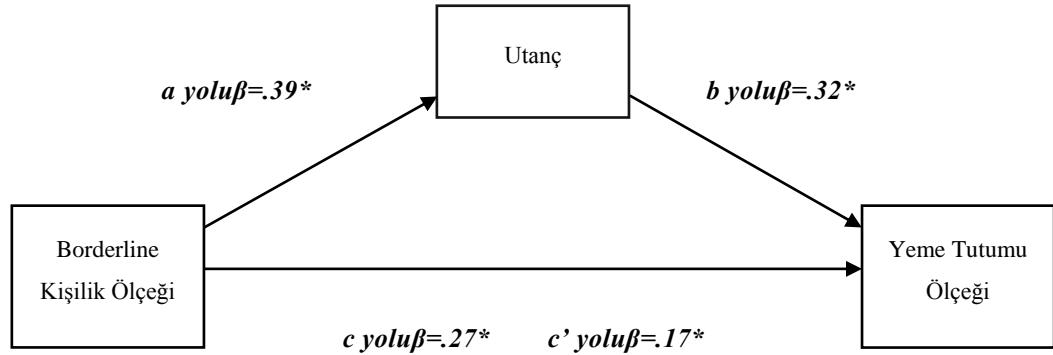
Suçluluk ile Yeme Tutumu Ölçeği ($r=-.144$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve negatif ilişki, Suçluluk ile Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ($r=-.149$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve negatif ilişki, Suçluluk ile Yemeyi Kontrol ($r=-.161$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve negatif ilişki vardır.

Utanç ile Yeme Tutumu Ölçeği ($r=.245$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Diyet Yapma ($r=.221$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki Utanç ile Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti ($r=.194$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki, Utanç ile Yemeyi Kontrol ($r=.127$, $p<0.01$) değişkenlerinin birbiriyle arasında düşük seviye ve pozitif ilişki vardır.

Çizelge 6. Borderline Kişilik Ölçeğinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordamasında Utanç Aracı Rolüne İlişkin Sonuçlar

Model	R	R ²	B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	.29	.07	11.74	1.72		6.84	0.000	8.37	15.12
1			0.31	0.06	0.27	5.50	0.000	0.20	0.42
Borderline Kişilik Ölçeği (Sabit)	.36	.12	7.81	1.84		4.24	0.000	4.19	11.43
2			0.19	0.06	0.17	3.29	0.001	0.08	0.31
Borderline Kişilik Ölçeği			0.46	0.09	0.26	5.03	0.000	0.28	0.64
Utanç									
Direkt Olmayan			0.12	0.03				0.05	0.18
Toplam Etki (Aracı)									

* $p < 0.05$ Kullanılan test: PROCESS 3.5



* $p < 0.05$

Şekil 1. Borderline Kişilik Ölçeğinin Yeme Tutumu Ölçeğini Yordamasında Utanç Aracı Rolüne İlişkin Beta Katsayıları

Çizelge 6 ve Şekil 1 sonuçlarını değerlendirdiğimizde, ilk modelde borderline kişilik ölçeği bağımsız değişkeninin yeme tutumu ölçeği bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %0,7'sini açıkladığı görülmüştür. Modele ikinci aşamada utanç bağımsız değişkeni katılmıştır. Utanç bağımsız değişkeninin yeme tutumu ölçeği bağımlı değişkeni puanındaki varyansın %5'ini açıkladığı görülmüştür. Borderline kişilik ölçeği ve utanç bağımsız değişkenleri yeme tutumu ölçeği bağımlı değişkeninde puanındaki varyansın %12'sini açıkladığı bulgulara göre saptanmıştır. İkinci aşamada utanç bağımsız değişkeni değişkeninin eklenmesiyle borderline kişilik ölçeği bağımsız değişkeninin beta değeri .27'den .17'ye yükselmiştir. Sonrasında beta değerindeki bu düşüşü kontrol etmek için Bootstrapping analizinden 5000 yeniden örneklem seçeneği ve %95 güven aralığı seçenekleri uygulanmış ve çıkan sonuçta alt sınır ve üst sınırın

0 'ı içermediği saptanmıştır. Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, kısmi aracılığın olduğu bulgulara göre saptanmıştır.

Çizelge 7. Cinsiyete Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Kadın	213	28.68	16.52	2.68	389.964	0.008*
	Erkek	187	24.78	12.53			
Dürtüsellik	Kadın	213	1.62	1.53	-2.36	361.249	0.019*
	Erkek	187	2.02	1.86			
Duygulanımda Kararsızlık	Kadın	213	5.12	2.65	4.43	398	0.000*
	Erkek	187	4.01	2.33			
Terk Edilme	Kadın	213	3.34	2.57	1.98	391.352	0.049*
	Erkek	187	2.89	1.97			
İlişkiler	Kadın	213	3.40	2.60	1.94	388.007	0.053
	Erkek	187	2.96	1.94			
Kendilik İmgesi	Kadın	213	2.54	2.61	1.70	397.788	0.090
	Erkek	187	2.13	2.24			
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Kadın	213	1.43	1.89	3.40	389.430	0.001*
	Erkek	187	0.87	1.42			
Boşluk Duygusu	Kadın	213	4.18	2.91	1.74	396.135	0.082
	Erkek	187	3.72	2.39			
Yoğun Öfke	Kadın	213	4.46	3.03	2.77	398	0.006*
	Erkek	187	3.65	2.85			
Psikoz Benzeri Durumlar	Kadın	213	2.59	2.06	0.24	398	0.814
	Erkek	187	2.54	1.89			
Yeme Tutumu Ölçeği	Kadın	213	20.46	16.41	0.58	398	0.561
	Erkek	187	19.45	18.14			
Diyet Yapma	Kadın	213	9.99	9.49	1.53	398	0.128
	Erkek	187	8.52	9.71			
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Kadın	213	3.34	4.89	-0.41	398	0.682
	Erkek	187	3.55	5.21			
Yemeyi Kontrol	Kadın	213	7.14	4.92	-0.50	398	0.616
	Erkek	187	7.39	5.19			
Suçluluk	Kadın	213	21.13	7.23	3.16	398	0.002*
	Erkek	187	18.78	7.59			
Utanç	Kadın	213	17.91	9.23	2.28	397.973	0.023*
	Erkek	187	15.95	8.04			

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu, Psikoz Benzeri Durumlar, Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol alt boyutu cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($t(389.964)=2.68$, $p < 0.05$), Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(398)=4.43$, $p < 0.05$), Terk Edilme alt ölçeğinden ($t(391.352)=1.98$, $p < 0.05$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden ($t(389.430)=3.40$, $p < 0.05$), Yoğun Öfke alt ölçeğinden ($t(398)=2.77$, $p < 0.05$),

Suçluluk alt ölçeğinden ($t(398)=3.16, p<0.05$), Utanç alt ölçeğinden ($t(397.973)=2.28, p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Dürtüsellik alt ölçeğinden ($t(361.249)=-2.36, p<0.05$) aldıkları puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 8. Medeni Duruma Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Bekar	382	27.19	14.95	2.09	398	0.037*
	Evli	18	19.72	12.09			
Dürtüsellik	Bekar	382	1.81	1.71	0.35	398	0.725
	Evli	18	1.67	1.57			
Duygulanımda Kararsızlık	Bekar	382	4.70	2.54	3.61	398	0.000*
	Evli	18	2.50	2.23			
Terk Edilme	Bekar	382	3.17	2.31	1.70	398	0.090
	Evli	18	2.22	2.26			
İlişkiler	Bekar	382	3.23	2.33	1.10	398	0.274
	Evli	18	2.61	2.17			
Kendilik İmgesi	Bekar	382	2.43	2.47	7.49	33.427	0.000*
	Evli	18	0.67	0.84			
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Bekar	382	1.17	1.73	0.14	398	0.886
	Evli	18	1.11	1.28			
Boşluk Duygusu	Bekar	382	4.00	2.70	1.38	398	0.169
	Evli	18	3.11	2.37			
Yoğun Öfke	Bekar	382	4.12	2.99	1.01	398	0.311
	Evli	18	3.39	2.40			
Psikoz Benzeri Durumlar	Bekar	382	2.57	1.96	0.26	398	0.792
	Evli	18	2.44	2.43			
Yeme Tutumu Ölçeği	Bekar	382	19.98	17.13	-0.07	398	0.942
	Evli	18	20.28	19.73			
Diyet Yapma	Bekar	382	9.32	9.63	0.21	398	0.833
	Evli	18	8.83	9.42			
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Bekar	382	3.45	4.99	0.33	398	0.744
	Evli	18	3.06	6.14			
Yemeyi Kontrol	Bekar	382	7.20	4.99	-0.98	398	0.330
	Evli	18	8.39	6.16			
Suçluluk	Bekar	382	20.10	7.46	0.82	398	0.411
	Evli	18	18.61	7.98			
Utanç	Bekar	382	17.20	8.76	2.19	398	0.029*
	Evli	18	12.61	7.26			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Dürtüsellik, Terk Edilme, İlişkiler, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar, Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Suçluluk alt boyutu medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($t(398)=2.09$, $p<0.05$), Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(398)=3.61$, $p<0.05$), Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($t(33.427)=7.49$, $p<0.05$), Utanç alt ölçeğinden ($t(398)=2.19$, $p<0.05$) aldıkları puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında bekâr olanların, evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 9. Çalışma Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Çalışıyor	112	26.50	15.29	-0.30	398	0.765
	Çalışmıyor	288	27.00	14.77			
Dürtüsellik	Çalışıyor	112	2.14	1.89	2.49	398	0.013*
	Çalışmıyor	288	1.67	1.61			
Duygulanımda Kararsızlık	Çalışıyor	112	4.27	2.52	-1.63	398	0.104
	Çalışmıyor	288	4.73	2.57			
Terk Edilme	Çalışıyor	112	3.11	2.57	-0.11	398	0.913
	Çalışmıyor	288	3.14	2.22			
İlişkiler	Çalışıyor	112	3.04	2.32	-0.82	398	0.413
	Çalışmıyor	288	3.26	2.33			
Kendilik İmgesi	Çalışıyor	112	2.18	2.46	-0.86	398	0.390
	Çalışmıyor	288	2.41	2.45			
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Çalışıyor	112	1.49	1.88	2.23	179.052	0.027*
	Çalışmıyor	288	1.04	1.62			
Boşluk Duygusu	Çalışıyor	112	3.66	2.57	-1.40	398	0.162
	Çalışmıyor	288	4.08	2.73			
Yoğun Öfke	Çalışıyor	112	4.09	2.84	0.03	214.159	0.977
	Çalışmıyor	288	4.08	3.02			
Psikoz Benzeri Durumlar	Çalışıyor	112	2.52	1.95	-0.30	398	0.767
	Çalışmıyor	288	2.58	1.99			
Yeme Tutumu Ölçeği	Çalışıyor	112	21.25	18.17	0.91	398	0.362
	Çalışmıyor	288	19.50	16.85			
Diyet Yapma	Çalışıyor	112	9.88	10.06	0.75	398	0.456
	Çalışmıyor	288	9.08	9.44			
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Çalışıyor	112	3.73	4.98	0.74	398	0.463
	Çalışmıyor	288	3.32	5.06			
Yemeyi Kontrol	Çalışıyor	112	7.64	5.22	0.96	398	0.338
	Çalışmıyor	288	7.10	4.97			
Suçluluk	Çalışıyor	112	20.24	6.85	0.37	226.578	0.711
	Çalışmıyor	288	19.95	7.73			
Utanç	Çalışıyor	112	17.09	8.51	0.14	398	0.890
	Çalışmıyor	288	16.95	8.84			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Borderline Kişilik Ölçeği, Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar, Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Suçluluk, Utanç alt boyutu çalışma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Dürtüsellik alt ölçeğinden ($t(398)=2.49, p<0.05$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden ($t(179.052)=2.23, p<0.05$) aldıkları puanlar çalışma durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında çalışanların, çalışmayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 10. Bilinen Ruhsal Bir Bozukluğa Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	t	Sd.	p																																																																																																																																																																																
Borderline Kişilik Ölçeği	Evet	38	46.37	15.42	9.36	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	24.81	13.29				Dürtüsellik	Evet	38	2.82	2.44	2.77	40.311	0.009*	Hayır	362	1.70	1.58	Duygulanımda Kararsızlık	Evet	38	7.26	2.30	7.13	398	0.000*	Hayır	362	4.32	2.43	Terk Edilme	Evet	38	5.66	2.80	5.98	41.450	0.000*	Hayır	362	2.86	2.09	İlişkiler	Evet	38	5.08	2.35	5.43	398	0.000*	Hayır	362	3.00	2.23	Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*	Hayır	362	2.04	2.21	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*
Dürtüsellik	Evet	38	2.82	2.44	2.77	40.311	0.009*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	1.70	1.58				Duygulanımda Kararsızlık	Evet	38	7.26	2.30	7.13	398	0.000*	Hayır	362	4.32	2.43	Terk Edilme	Evet	38	5.66	2.80	5.98	41.450	0.000*	Hayır	362	2.86	2.09	İlişkiler	Evet	38	5.08	2.35	5.43	398	0.000*	Hayır	362	3.00	2.23	Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*	Hayır	362	2.04	2.21	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48								
Duygulanımda Kararsızlık	Evet	38	7.26	2.30	7.13	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	4.32	2.43				Terk Edilme	Evet	38	5.66	2.80	5.98	41.450	0.000*	Hayır	362	2.86	2.09	İlişkiler	Evet	38	5.08	2.35	5.43	398	0.000*	Hayır	362	3.00	2.23	Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*	Hayır	362	2.04	2.21	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																				
Terk Edilme	Evet	38	5.66	2.80	5.98	41.450	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	2.86	2.09				İlişkiler	Evet	38	5.08	2.35	5.43	398	0.000*	Hayır	362	3.00	2.23	Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*	Hayır	362	2.04	2.21	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																
İlişkiler	Evet	38	5.08	2.35	5.43	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	3.00	2.23				Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*	Hayır	362	2.04	2.21	İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																												
Kendilik İmgesi	Evet	38	5.29	2.71	7.15	42.300	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	2.04	2.21				İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*	Hayır	362	0.93	1.44	Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																								
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Evet	38	3.45	2.31	6.59	40.081	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	0.93	1.44				Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*	Hayır	362	3.70	2.55	Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																				
Boşluk Duygusu	Evet	38	6.47	2.68	6.34	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	3.70	2.55				Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*	Hayır	362	3.82	2.85	Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																
Yoğun Öfke	Evet	38	6.55	2.95	5.59	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	3.82	2.85				Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*	Hayır	362	2.44	1.92	Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																												
Psikoz Benzeri Durumlar	Evet	38	3.79	2.18	4.09	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	2.44	1.92				Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825	Hayır	362	19.93	17.50	Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																								
Yeme Tutumu Ölçeği	Evet	38	20.58	14.60	0.22	398	0.825																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	19.93	17.50				Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715	Hayır	362	9.24	9.70	Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																				
Diyet Yapma	Evet	38	9.84	8.82	0.37	398	0.715																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	9.24	9.70				Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578	Hayır	362	3.39	5.05	Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																																
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Evet	38	3.87	4.94	0.56	398	0.578																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	3.39	5.05				Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620	Hayır	362	7.30	5.10	Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																																												
Yemeyi Kontrol	Evet	38	6.87	4.47	-0.50	398	0.620																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	7.30	5.10				Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134	Hayır	362	19.85	7.47	Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																																																								
Suçluluk	Evet	38	21.76	7.49	1.50	398	0.134																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	19.85	7.47				Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																																																																				
Utanç	Evet	38	22.66	9.20	4.29	398	0.000*																																																																																																																																																																																
	Hayır	362	16.40	8.48																																																																																																																																																																																			

* $p<0.05$ Kullanılan Test: Bağımsız Örneklem T-Testi

Yeme Tutumu Ölçeği, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Suçlulukalt boyutubilinen ruhsal bir hastalık durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Borderline Kişilik Ölçeğinden ($t(398)=9.36, p<0.05$), Dürtüsellik alt ölçeğinden ($t(40.311)=2.77, p<0.05$), Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden ($t(398)=7.13, p<0.05$), Terk Edilme alt ölçeğinden ($t(41.450)=5.98, p<0.05$), İlişkiler alt ölçeğinden ($t(398)=5.43, p<0.05$), Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($t(42.300)=7.15, p<0.05$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden ($t(40.081)=6.59, p<0.05$), Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($t(398)=6.34, p<0.05$), Yoğun Öfke alt ölçeğinden ($t(398)=5.59, p<0.05$), Psikoz Benzeri Durumlar alt ölçeğinden ($t(398)=4.09, p<0.05$), Utanç alt ölçeğinden ($t(398)=4.29, p<0.05$) aldıkları puanlar bilinen ruhsal bir hastalık durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ölçeklerden alınan ortalama puanların arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ortalamalar karşılaştırıldığında evet diyenlerin, hayır diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Çizelge 11. Algılanan Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Borderline Kişilik Ölçeği	Düşük	184	27.04	16.04	G.Arası	136.36	2	68.18	0.31	0.736
	Orta	191	26.97	14.11	G.İçi	88426.52	397	222.74		
	Yüksek	25	24.60	12.08	Toplam	88562.88	399			
	Toplam	400	26.86	14.90						
Dürtüsellik	Düşük	184	1.77	1.72	G.Arası	38.86	2	19.43	6.89	0.001*
	Orta	191	1.68	1.61	G.İçi	1119.93	397	2.82		
	Yüksek	25	3.00	1.96	Toplam	1158.79	399			
	Toplam	400	1.81	1.70						
Duygulanımda Kararsızlık	Düşük	184	4.54	2.72	G.Arası	18.50	2	9.25	1.41	0.245
	Orta	191	4.76	2.44	G.İçi	2603.30	397	6.56		
	Yüksek	25	3.88	2.22	Toplam	2621.80	399			
	Toplam	400	4.60	2.56						
Terk Edilme	Düşük	184	3.17	2.49	G.Arası	1.39	2	0.69	0.13	0.879
	Orta	191	3.07	2.16	G.İçi	2141.11	397	5.39		
	Yüksek	25	3.24	2.30	Toplam	2142.50	399			
	Toplam	400	3.13	2.32						
İlişkiler	Düşük	184	3.05	2.40	G.Arası	7.96	2	3.98	0.74	0.480
	Orta	191	3.34	2.25	G.İçi	2145.44	397	5.40		
	Yüksek	25	3.20	2.35	Toplam	2153.40	399			
	Toplam	400	3.20	2.32						

Çizelge 11. (devamı) Algılanan Aylık Gelir Durumuna Göre Borderline Kişilik Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği, Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeğinin Karşılaştırılması

		n	\bar{X}	Ss.	Var. K.	K.T	Sd.	K.O	F	p
Kendilik İmgesi	Düşük	184	2.72	2.45	G.Arası	70.16	2	35.08	6.00	0.003*
	Orta	191	2.15	2.50	G.İçi	2320.54	397	5.85		
	Yüksek	25	1.12	1.17	Toplam	2390.70	399			
	Toplam	400	2.35	2.45						
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	Düşük	184	1.12	1.67	G.Arası	3.83	2	1.92	0.65	0.520
	Orta	191	1.25	1.79	G.İçi	1161.95	397	2.93		
	Yüksek	25	0.88	1.42	Toplam	1165.78	399			
	Toplam	400	1.17	1.71						
Boşluk Duygusu	Düşük	184	4.09	2.66	G.Arası	47.12	2	23.56	3.30	0.038*
	Orta	191	4.02	2.78	G.İçi	2835.32	397	7.14		
	Yüksek	25	2.64	1.78	Toplam	2882.44	399			
	Toplam	400	3.96	2.69						
Yoğun Öfke	Düşük	184	3.92	3.09	G.Arası	9.46	2	4.73	0.54	0.586
	Orta	191	4.24	2.84	G.İçi	3504.82	397	8.83		
	Yüksek	25	4.04	3.01	Toplam	3514.28	399			
	Toplam	400	4.08	2.97						
Psikoz Benzeri Durumlar	Düşük	184	2.66	2.08	G.Arası	3.67	2	1.84	0.47	0.627
	Orta	191	2.47	1.91	G.İçi	1560.64	397	3.93		
	Yüksek	25	2.60	1.78	Toplam	1564.31	399			
	Toplam	400	2.57	1.98						
Yeme Tutumu Ölçeği	Düşük	184	20.37	18.18	G.Arası	1900.98	2	950.49	3.24	0.040*
	Orta	191	18.61	15.79	G.İçi	116518.98	397	293.50		
	Yüksek	25	27.76	18.95	Toplam	118419.96	399			
	Toplam	400	19.99	17.23						
Diyet Yapma	Düşük	184	9.66	10.07	G.Arası	533.93	2	266.97	2.92	0.055
	Orta	191	8.45	8.81	G.İçi	36318.07	397	91.48		
	Yüksek	25	13.16	11.23	Toplam	36852.00	399			
	Toplam	400	9.30	9.61						
Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti	Düşük	184	3.47	5.22	G.Arası	91.81	2	45.90	1.82	0.164
	Orta	191	3.17	4.83	G.İçi	10032.50	397	25.27		
	Yüksek	25	5.20	4.99	Toplam	10124.31	399			
	Toplam	400	3.44	5.04						
Yemeyi Kontrol	Düşük	184	7.24	5.22	G.Arası	128.53	2	64.27	2.55	0.080
	Orta	191	6.99	4.69	G.İçi	10021.46	397	25.24		
	Yüksek	25	9.40	6.01	Toplam	10149.99	399			
	Toplam	400	7.26	5.04						
Suçluluk	Düşük	184	20.23	7.58	G.Arası	95.21	2	47.60	0.85	0.429
	Orta	191	20.08	7.37	G.İçi	22256.43	397	56.06		
	Yüksek	25	18.16	7.74	Toplam	22351.64	399			
	Toplam	400	20.03	7.48						
Utanç	Düşük	184	17.37	8.80	G.Arası	58.92	2	29.46	0.38	0.681
	Orta	191	16.59	8.58	G.İçi	30404.06	397	76.58		
	Yüksek	25	17.28	9.63	Toplam	30462.98	399			
	Toplam	400	16.99	8.74						

* $p < 0.05$ Kullanılan Test: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Borderline Kişilik Ölçeği, Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar, Diyet Yapma, Bulimiya ve Yeme Meşguliyeti, Yemeyi Kontrol, Suçluluk, Utançalt ölçeğinden elde edilen puanları algılanan aylık gelir düzeyine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Dürtüsellik alt ölçeğinden ($F(2.397)=6.89, p<0.05$) elde edilen puanları aylık gelir düzeyine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, yüksek düzeyde algılanan aylık geliri olanların aldığı puanların düşük ve orta düzeyde algılanan aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kendilik İmgesi alt ölçeğinden ($F(2.397)=6.00, p<0.05$) elde edilen puanları algılanan aylık gelir düzeyine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Uygulanan Levene's testinden sonra grupların varyanslarının homojen dağılmadığı bilgisine ulaşılmıştır ($p<0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlanmadığında yapılan Games-Howell testi bulguları sonuçlarına göre, düşük düzeyde algılanan aylık geliri olanların aldığı puanların yüksek düzeyde algılanan aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Boşluk Duygusu alt ölçeğinden ($F(2.397)=3.30, p<0.05$) elde edilen puanları algılanan aylık gelir düzeyine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, düşük ve orta düzeyde algılanan aylık geliri olanların aldığı puanların yüksek düzeyde algılanan aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yeme Tutumu Ölçeğinden ($F(2.397)=3.24, p<0.05$) elde edilen puanları algılanan aylık gelir düzeyine göre kıyasladığımızda ortalamalar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grup varyans dağılımlarının homojen olduğuna Levene's testi ile karar verilmiştir ($p>0.05$). Post hoc testinin varyans homojenliği sağlandığında yapılan Tukey testi bulguları sonuçlarına göre, yüksek düzeyde algılanan aylık geliri olanların aldığı puanların orta düzeyde aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

V.TARTIŞMA

Bu çalışmada, borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda utanç ile borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki belirlenmiş ve borderline kişilik özellikleri ile utanç duygusunun yeme tutumlarını yordadığı görülmüştür. Borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumunun arasındaki ilişkide utançın kısmi aracı rolü saptanmıştır.

BKB'ye kuramsal bir çerçeve sunan bazı teorisyen ve araştırmacılar utancı BKB'de merkezi bir duygu olarak tartışmışlardır (Linehan, 1993; Rüşch vd., 2007; Rizvi vd., 2011; Schoenleber ve Berenbaum, 2012; Faraji ve Özarabacı, 2022). Rüşch vd., (2007), yetişkin BKB hastalarının hem açık hem de örtük utanç ölçümlerinde sağlıklı kontrollerden ya da sosyal fobisi olan hastalardan daha yüksek puan aldığını bulmuşlardır. Gratz ve ark., (2010), çalışması, yetişkin BKB hastalarının olumsuz değerlendirmeye, kişilik bozukluğu olmayan bir klinik gruba göre utançta daha fazla artışla tepki verdiğini öne sürmüşlerdir. Hawes ve ark. (2013), çocuklarda ya da ergenlerde BKB semptomları ile ilişkili olarak utancı inceleyen çalışmalarında, BKB özelliklerinin kimlik bozukluğu bileşeninin, utanmaya meyilli benlik kavramının örtük bir ölçümü ile ilişkili olduğunu, ancak bunun sadece kadınlar arasında (10-14 yaş) olduğunu bulmuşlardır. Schoenleber ve Berenbaum (2012), çalışmalarında lisans öğrencilerinde BKB semptomlarının utanç eğilimi ile pozitif ilişkili olmasına rağmen, suçluluk eğilimi ile negatif ilişkili olduğunu ve BKB ile ilişkilerinde utanç ve suçluluk arasındaki ayrımları desteklediğini belirtmişlerdir. Bunlara ek olarak Schoenleber ve Berenbaum (2012) daha yüksek BKB semptomları olan öğrencilerin yüksek düzeyde utançtan kaçınma, yani utancı özellikle acı verici ve dayanılmaz olarak deneyimlediklerini bulmuşlardır. Faraji ve Özarabacı (2022), araştırmalarında BKB özelliklerinden; duygusal dengesizlik, terk edilme korkusu, ilişkiler, benlik algısı, boşluk ve yoğun korku arttıkça utanç duygusunun da arttığını belirtmişlerdir. Lekgabe ve ark. (2021), yeme bozukluğu semptomlarının şiddetinin, özellikle BKB

özelliklerinin ciddiyeti ile yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Kaess ve ark. (2013), yaptıkları araştırmaya göre, borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerin yeme bozukluklarında anlamlı sonuçlar aldıklarını belirtmişlerdir.

Mevcut çalışmada, bulimiya ve yeme meşguliyeti ile BKÖ dürtüsellik alt değişkenleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Dürtüsellik temel bir borderline kişilik özelliği olmakla birlikte, duygu düzenleme güçlüğü belirtilerinden biridir (Faraji ve Tezcan, 2022). Godt (2008), kişilik bozukluğu semptomları için klinik olarak teşhis edilmiş yeme bozukluğu olan 545 hastayı değerlendirmiştir. Mevcut çalışmanın sonucunu destekler şekilde yeme bozukluğu teşhisi konan bireylerin %30'unun kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını ve %6.2'sinin BKB için tanı kriterlerini karşıladığını görülmüştür. Sloan ve ark. (2017) BKB ve yeme bozuklukları hastaları tarafından ruminasyon, bastırma ve kaçınma dâhil olmak üzere duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının, bu bozuklukların temelinde duygu düzenlemenin önemli rolünü ortaya koymaktadır. Bu bağlamda araştırmacılar (Berenbaum, 1996; Zlotnick vd., 2001; Wolff vd., 2007) yani duyguları tanıyamama ve ifade edememe gibi duygu düzenleme güçlüğü belirtilerinin, olumsuz duyguların düzenlenmesini önleyerek BKB ve yeme bozuklukları gibi birçok psikopatolojide rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. Cassin ve von Ranson'ın (2005) araştırmasına göre mevcut çalışmanın sonucunu destekler şekilde yeme bozuklukları ve BKB tanısı alan bireylerin, dürtüsellik ölçümlerinde yüksek puan aldıklarını bildirmişlerdir. Steward ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı araştırma sonuçları da mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Çalışmalarında anoreksiya-nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda bulunan aşırı yeme davranışı, duygusal durumlar ve dürtüsellik özellikleri tarafından yönlendirildiği sonucuna ulaşmışlardır (Steward vd., 2017). Ambwani (2009), gıda tüketimi sonrası duygulardaki değişiklikleri inceleyen bir çalışma yürütmüştür. Sonuçlar, üzücü bir video izledikten sonra, daha yüksek düzeyde borderline kişilik özelliklerine sahip olan kadınların, daha düşük düzeyde borderline kişilik özelliğine sahip kadınlara kıyasla, olumsuz duygulanımda da daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Mevcut çalışmanın sonuçları ile uyumlu şekilde borderline kişilik özelliklerinde daha yüksek puan alan grup için, yemek yeme üzüntü duygularını önemli ölçüde azaltmış ve bu azalma tüketilen yiyecek miktarı arttıkça

yükselmiştir. Ayrıca, daha fazla miktarda yiyecek tüketmenin, özellikle üzüntüyü hafifletmede önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Chen ve ark. (2009), BKB'si olan ve mevcut bir yeme bozukluğu olan bireylerin, ek bir yeme bozukluğu tanısı olmayanlara göre hem intihara yönelik hem de intihara yönelik olmayan kendine zarar verme riskinin çok daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. BKB ya da yeme bozuklukları teşhisi konan bireyler bazı ortak risk faktörünü paylaşmaktadırlar. Her iki grubun da bazı genetik yatkınlıklar gösterdiği, istismara uğrama ya da ihmal edilme olasılıklarının (fiziksel, cinsel ve duygusal dâhil), madde bağımlılığı riskinin, duygudurum, anksiyete bozuklukları ve dürtüsellik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Haley vd., 2010; Steward vd., 2017). Bu bilgiler ışığında yiyecek alımını kısıtlayan anoreksiya nervozalı bireylerin dürtüselliklerinin tam tersi olan orantısız öz kontrolü deneyimleme eğiliminde oldukları görülürken, aşırı yeme davranışının daha yüksek dürtüsellikle ilişkili olduğu görülmektedir. BKB'li dürtüsellik puanı yüksek olan bireylerin, eylemleriyle ilişkili olası sonuçları düşünmeden düzensiz yeme davranışı gösterme eğiliminde olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, utanç ile duygulanımda kararsızlık değişkenleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. BKB, duygulanım düzenlemesinde, dürtü kontrolünde, kendilik imajında, bilişte ve kişilerarası ilişkilerde yaygın bir kararsızlık modeli ile belirlidir (APA, 2013). İntihar, kendine zarar verme ya da madde kötüye kullanımı gibi sık sık kendine zarar verme ve dürtüsel davranışlar, bozukluğun ciddiyetini ve komorbiditesini şiddetlendirmektedir (Lieb vd., 2004). Mevcut çalışmanın sonuçları ile uyumlu şekilde Schoenleber ve Berenbaum, (2012). BKB olan yetişkinlerin hem utanç hem de öfkeyi düzenlemede zorluk yaşadıklarını ve bu duyguların klinik olarak ve aynı zamanda işlevsel olarak ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Bu nedenle, utanç, BKB'li kişilerde bildirilen olumsuz benlik temsilleri ve benlik kavramları ile yakından ilişkili olan benliğin olumsuz değerlendirilmesini içermektedir (Jovev ve Jackson, 2004). Bu bilgiler ışığında duygulanımda kararsızlık yaşayan bireyler mevcut duygusal duruma utanç duygusunun da eklenmesiyle birlikte içsel olarak olumsuz öz denetim süreci yaşıyor olabilirler.

Bu çalışmada, utanç ile kendilik imgesi değişkenleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Benliğin bütünsel bir devalüasyon algısı ile

belirli yoğun bir olumsuz duygu olarak utançın düzeyi arttıkça, bireyin öz değerlendirmeleri, emosyonel ve bedensel olarak nasıl bir kişi olduğuna dair olumsuz inançları da artmaktadır. Utanç duyguları genellikle kişisel statüde bir düşüş ya da reddedilme duygularının algılandığı sosyal olaylar tarafından tetiklenmektedir (Hejdenberg ve Andrews, 2011). Mevcut çalışmanın sonuçları ile uyumlu şekilde Lekgabe ve vd. (2021), yeme bozukluğu semptomları ile BKB semptomolojisi arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Özellikle, olumsuz kendilik imgesi ve boşluk hissi bildiren bireylerin büyük çoğunluğu kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, beden imajına dair utanç duygusu yaşadıklarını ve kilo ile ilgili memnuniyetsizliklerini bildirmişlerdir. Ayrıca anoreksikler, bulimikler ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde, beden imgelem bozuklukları olduğu için vücut görünüşlerinden, yeme gereksinimlerinden ve açlık hislerinden dolayı utanç duygusuna kapıldıkları görülmüştür (Goss ve Allan, 2009; Faraji ve Fırat, 2022). Bu bağlamda dengesiz kendilik imgesinin bireyin yemek yemede kendisini daha fazla kısıtlama çabası, daha fazla yeme kaygısı ve daha zayıf beden imajına sahip olma istekleri kendilik imgesi ve yeme tutumu ile ilişkili olduğu anlamında değerlendirilebilir.

Bu çalışmada, utanç ile boşluk duygusu değişkenleri arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Birey başkalarından gizlediği hislerinin ve düşüncelerinin bilinmesi durumunda utanç duyabilmektedir (Gerrig ve Zimbardo, 2013). Erken yaşlarda anne-babasından ayrılan veya kopukluk yaşayan çocuklar ileride bunun sebebinin kendinde olduğunu düşünebilmekte ve kendini suçlayıp sebep olduğunu düşündüğü bu durumdan utanabilmektedirler (Elison, 2014). Yeme davranışında ortaya çıkan bozulma, istismarla başa çıkabilmek için bedenin kullanılması ve yeme bozukluklarında görülen bedensel değişimlerle ilişkilendirilmiştir (Andrews, 1995; Gürcan ve Kolburan, 2019). Kent, Waller ve Dagnan (1999), cinsel istismar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, impulsif davranışlar, madde kullanımı, borderline kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, disosiyasyon ve boşluk hissine kapılmaları arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Hoffman'ın (2001), odaklandığı nokta ise utanma ve suçluluk duygularının birey üzerindeki sonuçlarıdır. Duygusal dengesizlik, kronik boşluk duyguları ve uygunsuz öfkenin karakterolojik özelliklerine gelince, tıknırcasına yeme davranışı tam anlamıyla

kişiyi doldurur (örneğin, kronik boşluk duygularına hitap eder), tasfiye etme davranışı, özellikle kendi kendine kusma eylemi ve duygusal tepkileri öfkeyi etkili bir şekilde kontrol altına almaktadır. Bu durum göz önüne alındığında borderline kişilik bozukluğu gibi önceden var olan bir kişilik yapısının dürtüsel yeme patolojisinde kolayca ortaya çıkabileceği oldukça açıktır (Sansone ve Sansone, 2011). Utanç kişinin kaçınması, acı çekmesi ve pasif tavırlar sergilemesine yol açmaktadır. Bu bağlamda çocukluk döneminde yeterince ilgi gösterilmemesi, davranışların fazlaca kontrol edilmesi ve duyguların olduğu gibi kabul edilememesi, bireyde derin bir boşluk hissi oluşturmada ve boşluk hissini doldurulması için yemek yeme aracı olarak kullanılmaktadır (Tunç, 2020). Boşluğa ve kayba tahammül etme yeteneği ve kendi kendini teselli etme kapasitesi hem mevcut hem de önceki duyguları ve duygulanımları tanıma ve ayırt etme yeteneğine bağlıdır (Buhl, 2002). Bulimikler sık sık ruhsal bir boşluk hissi yaşadıklarını söylemekte, kendilerini boşlukta ve sıkıntılı hissetmekte olduklarını bildirmektedirler (Işık, 2009; Faraji ve Fırat, 2022).

Bu çalışmada, utanç ile yoğun öfke değişkenlerinin arasında anlamlı düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur. Erken çocukluk döneminde deneyimlenen utanç, daha sonra utanç duygularının tespit edilememesi, tetiklenmemesi ve başkalarını uzak tutmak için bir araç olarak benimsenen kronik bir öfke durumu ile yer değiştirilebilir (Farmer ve Andrews, 2009). Alternatif olarak, utanç deneyimlerinde örtük olan değersizleştirilme algısı utanç ve saldırganlığı birbirine bağlayan bir zincirin ilk adımını temsil edebilmektedir (Elison vd., 2014). Utanç deneyimleri sürekli öfke ile ilişkilendirilmiş ve bu ilişki eleştirilere karşı öfkeli tepkilerin rolü ile açıklanmıştır (Hejdenberg ve Andrews, 2011). Utanma duygusuna eğilimi yüksek olan bireyler yaşadıkları olumsuz durumları kendilerine mal ederek yetersiz ve beceriksiz oldukları düşüncesi ile kendilerini olumsuzlayarak bu durumdan uzaklaşmak istemektedirler (Ferreira, 2013). Özellikle utanç, öfke ve kaygı gibi olumsuz olarak hissedilen duyguların yeme tutumunda artışlar meydana getirdiği görülmektedir (Korkmaz, 2022). Bulimik hastalar yeme döngüsü içerisindeki tıknırcasına yeme ataklarını yaşadıklarında, aşırı yeme şiddetlerini önceden düşündüklerinden dolayı, yeme öncesi utanç ve kusurluluk duygularını hissederek yeme atakları sonrasında kusma davranışı yaşamaktadırlar (Iacovino, 2014). Yaşadıkları utanç duygusundan sonra bulimik

kişiler kusma, aşırı yeme ve müşil kullanımlarından çekindikleri için bu davranışları saklayabilmektedirler (Robertson vd., 2012; Garofalo vd., 2016). Sansone ve Sansone (2011), yaptıkları araştırmada, BKB özelliklerinin (intihar, dürtüsellik, yoğun öfke) bulimia nervoza, anoreksiya nervoza ve tıknama tipi ile komorbid olduğunu bildirmişlerdir.

Mevcut çalışmada, borderline kişilik ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan ortalamalar karşılaştırıldığında kadınların, erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmayı destekler nitelikte bir araştırmaya göre kadınların, erkeklere göre daha yüksek oranda BKB tanısı aldığı ortaya konmuştur (Silberschmidt vd., 2015). Buna ek olarak yeme tutumunda olumsuz davranışlara eğilimi yüksek olan kadınların, borderline kişilik bozukluğu tanısı ile bağlantılı özelliklerinin daha çeşitli olduğu görülmüştür (Raynal vd., 2016). Carey (2020), çalışmasında BKB ile ilişkili iki temel demografik faktör kadın cinsiyeti ve gelişimsel travma deneyimi olduğunu öne sürmüştür. BKB, ağırlıklı olarak kadınlarda teşhis edilen ve çocukluk döneminde travma ile güçlü bir ilişkisi olan bir bozukluktur. Bugüne kadar, BKB’de bir dizi klinik özellik, cinsiyet farklılıkları açısından incelenmiştir. Sansone ve Sansone, (2011), araştırmalarında cinsiyet açısından herhangi bir farklılık tespit etmese de daha önceki araştırmalar, kadınların erkeklerden daha yüksek bir oranının borderline kişilik bozukluğundan yakındıkları sonucuna varmışlardır. Erkeklere kadınlar kadar sık BKB teşhisi konmadığı yönünde eleştiriler bulunmaktadır. Özellikle erkekler için BKB’nin önemli ölçüde eksik teşhis edilmesinin sebeplerine bakıldığında; örneğin, çocuklukta istismar/intiharı kabul eden bu kişiler toplum tarafından damgalanmaktan çekindikleri için kliniğe daha az başvurumaktadırlar (De Genna vd., 2011; Kling, 2014). Önceki araştırmalar, cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal gibi çocukluk çağı istismarı mağdurlarının, özellikle genetik duyarlılıkla eşleştirildiğinde, borderline kişilik bozukluğu olan bireyler olduğu bulgusu elde edilmiştir (Kulkarni 2017). Araştırmalar, özellikle birleştiğinde en güçlü iki değişkenin, borderline kişilik bozukluğu ile önemli ölçüde ilişkili olduğu tespit edilen ihmal ve cinsel istismar olduğunu göstermiştir (De Genna vd., 2011; Lugboso ve Aubeeluck 2017). Tomko ve arkadaşları (2014) tarafından Alkol ve İlişkili Durumlara İlişkin Ulusal Epidemiyolojik Araştırmaya (NESARC) katılan 34.481 katılımcının verileri analiz edilmiştir. Analiz BKB’li

bireyler arasında genel işlevsellik ve tedavi arayışı hakkında veri sağlamıştır. Bu araştırmada mevcut çalışmanın sonuçları ile uyumlu şekilde cinsiyet dağılımında kadınların daha fazla BKB tanısı aldıkları bulunmuştur. Toplumsal özellikler göz önünde bulundurulduğunda erkeklerin kliniğe daha az başvurması, kadınlarda BKB özelliklerinin daha fazla görülmesindeki sebeplerden biri olabilir. De Genna vd., ve Kling araştırmalarında bu durumun erkeklerin damgalanmaktan çekindikleri için kliniğe daha az başvuru yaptığı şeklinde açıklanmıştır. Bunlara ek olarak kadının toplumsal cinsiyet rolü ve beraberinde getirdiği ruhsal bozukluklar ile BKB nin eş zamanlı görülebilme olasılığı kadınlarda BKB'nin anlamlı ölçüde yüksek çıkmasının sebeplerinden olabilir.

Mevcut çalışmada, dürtüsellik alt ölçeğinden alınan puanlar cinsiyet değişkenini üzerinden kıyaslandığında erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Dürtüsellik, BKB'nin temel bir semptomudur. BKB'de dürtüsellik, hızlı ve plansız hareket olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, anında memnuniyet ve gecikmiş ödüllerin devalüasyon edilmesi tercihi, BKB'deki duygusal sıkıntıyı düzenlediği görünen dürtüsel davranışları daha iyi açıklayabilmektedir (Bhatia vd., 2013). Mevcut çalışmaya uyumlu bir şekilde Swartz ve arkadaşları (2003) araştırmasında borderline kişilik bozukluğu alt boyutlarından dürtüsellik erkeklerde kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Paris (2005), BKB'nin tekrarlayan intihar girişimleri, kendini yaralama, madde kötüye kullanımı, riskli cinsel ilişki, ani ilişki ayrılıkları ve dikkatsiz araba kullanma ya da yeme davranışı dâhil olmak üzere çok çeşitli dürtüsel davranışları ifade ettiğini bildirmiştir. Bu dürtüsel davranışlar esas olarak duygusal stres altında ortaya çıkmaktadır (Sebastian vd., 2013; Krause-Utz vd., 2016). Bu nedenle, BKB'deki dürtüsellik, hatalı çalışan duygu düzenleme mekanizmalarının bir sonucu olarak ya da birincil bir özellik olarak dürtüsellik bir ifadesinden ziyade “duygusal düzensizliğin bir yönü” olarak kavramsallaştırılmıştır (Sebastian vd., 2013). Silberschmidt ve ark. (2015) araştırmalarında BKB'li kadınların erkeklerden daha fazla düşmanlık ve ilişki bozulmasına sahip olduğunu bulmuşlardır. Araştırma bulgularına göre, kadınlar, depresif, endişeli ve somatik semptomlar dahil olmak üzere daha fazla genel semptomatoloji göstermektedirler ve erkekler daha yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğuna ve daha yüksek oranda narsisistik kişilik bozukluğuna doğru

bir eğilime sahiptir. Bu bulgular, BKB'nin normal cinsiyet farklılıklarını azaltabileceği sonucunu desteklemektedir (Silberschmidt vd., 2015).

Mevcut çalışmada, borderline kişilik ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar medeni durum değişkenini üzerinden kıyaslandığında bekâr olanların, evli olanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. BKB, bireyin kendisi ve aile üyeleri için karmaşık ve zorlu bir ruhsal sağlık durumudur (Lawn ve McMahon 2015). BKB'li bireyler ilişkilerde çatışmaya duygusal bir tepki ve duyguları adlandırmada ya da duyguları tam olarak deneyimlemede zorluk çekmektedirler (Aguirre ve Galen 2013). Fruzzetti ve ark., (2009), duygusal düzensizliğin, birinin duygusal deneyimlerinin bazı kısımlarını değiştiremediği ya da kabul edemediğinde ortaya çıktığını iddia etmektedir. İşlevlerini engelleyen olumsuz duygusal uyarılma yaşarlar. BKB olan bireylerin yönetilmesi zor olduğu bildirilmektedir ve duygusal düzensizlik ve dürtüsellik ile ilgili yaygın bir kararsızlık ile belirlenmektedir. Bu düzensizlik, kararsız, yoğun kişilerarası ilişkiler, dengesizlik ve düşük benlik imajı ile belirtilir. (Kaplan ve Saddock 2015). Bu bilgiler ışığında BKB'li bireyler, altta yatan güçlü bir terk edilme korkusunun etkisiyle kendileri ve kişilerarası ilişkilerinde açık bir bozulma ve istikrarsızlık gösterebilmektedirler. Bu korku, BKB'li bireyleri sosyal çevrelerine karşı aşırı duyarlı olmaya ve planlarda kaçınılmaz değişikliklere ya da gerçekçi ayrılıklara karşı tepkisel olmaya itebilmektedir. Terk edilmekten korkup ve yakın çevrelerindeki kişilerin davranışlarını kendilerinin “kötü” olduklarını ima eden reddedilme biçimleri olarak algılayabilirler. Bu “kötü” ve “korkunç” olma duygularının genellikle daha da olumsuz etki yaratan utanç ve suçluluk duygusuyla sonuçlanabileceği düşünülebilir. Terk edilme konusundaki korkuları, yalnız kalmaya karşı hoşgörüsüzlüğe ve sürekli başkalarının yanında olma arzusuna da yol açabilir. Bu nedenle, BKB, başkalarına yönelik yoğun ihtiyaç ve onların onaylanması ile bağlantılıdır, aynı zamanda, başkalarının mesafe yarattığı ya da “onları sevmediği” olarak algılanabilecek herhangi bir davranışa karşı aşırı uyanıklık ve aşırı duyarlılık ve altta yatan güçlü bir terk edilme korkusu ile bağlantılıdır. Bu bağlamda BKB, işlevsel olmayan kişiler arası ilişkilerle ilişkilidir (Stepp vd., 2009). Bu bilgiler ışığında BKB bireylerin kendisi ile ilişki kurması ve kişilerarası ilişkiler içinde bulunması zaman zaman karmaşık ve zorlu bir deneyim olabilmektedir. Bu sebeple evlenmeyi tercih etmemiş olabilirler.

Bekar olan bireylerin daha yüksek BKB özellikleri göstermesi bu şekilde açıklanabilir. Bunlara ek olarak araştırmanın üniversite öğrencileri ile yapılması bekar katılımcı sayısının fazla olması ile de açıklanabilir.

BKB semptomları ayrıca iletişim sorunları, eşlerin davranışlarına yönelik daha olumsuz atıflar ve kişinin eşine karşı saldırganlık dahil olmak üzere romantik ilişkilerdeki zorluklarla da ilişkilidir (Wheinstein vd., 2012). BKB semptomları daha yüksek olan bireyler ve eşleri, daha düşük düzeyde ilişki doyumu bildirmiştir (Stroud vd., 2010). Borderline özellikleri görülen bireylerde artan boşanma riski ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Whisman ve Schonbrun, 2009). Collaborative Longitudinal kişilik bozuklukları çalışmasından elde edilen on yıllık veriler, BKB tanısı konan hastaların “eş/partner” rollerinde önemli bozulmalar bildirdiklerini göstermiştir (Gunderson vd., 2011). BKB ve ilişkileri vurgulayan bu araştırmaya rağmen, BKB'nin evlilik ilişkileri üzerindeki etkisini anlamamızda kritik boşluklar vardır. Araştırmalar BKB semptomlarının evlilikler için olumsuz etki yaptığını gösterse de bu sıkıntının tam olarak ne zaman ortaya çıktığı hakkında açık sorular bırakmaktadır. Bu önemli gelişimsel soruları ele almak için evliliğin en erken evrelerinde başlayan çiftleri değerlendiren ileriye dönük, boylamsal çalışmalara ve başlangıç düzeyine ek olarak zaman içinde işlevdeki değişimi araştıran analiz yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bu bulgular göz önünde bulundurularak araştırma bulgusu evlilik ilişkisinin BKB'li hastaların semptom şiddetini artıran bir etkisi olduğu söylenebilir. Ancak bu çıkarımda sosyokültürel süreçler de düşünülmelidir. Evliliğin bir tür “hasta bakım” işlevinin de bulunduğu bilinmektedir. Ülkemizde psikiyatrik tanı almış bireylerin aileleri tarafından normalleşme ve iyileşme söylemiyle evlendirildiklerine de rastlanmaktadır.

Mevcut çalışmada, dürtüsellik alt ve intihar kendini yaralama davranışı alt ölçeğinden alınan puanlar çalışma durumu değişkeni üzerinden kıyaslandığında çalışanların, çalışmayanlara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme, “bilinçli intihar niyeti olmaksızın vücut dokusunun kasıtlı, doğrudan yok edilmesi ya da değiştirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Chapman vd., 2005). Bu davranış genellikle psikiyatrik durum bağlamında ortaya çıkmakta ve BKB'nin temel bir özelliği olarak kabul edilmektedir. BKB'li olan bireyler, BKB'li olmayan kendine

zarar verenlere kıyasla daha sık şiddetli ve çok yönlü kendini yaralama bildirmektedir. Bu hastalar ayrıca daha yüksek intihar düşüncesi oranları bildirmektedir (Turner vd., 2015). Klonsky (2008), tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında kendine zarar vermenin yedi ana işlevi toplanmıştır. Başlıca işlevleri; duygulanım düzenleme, ayrışmayı önleme, kendini cezalandırma, kişilerarası etki, intihar önleme, kişilerarası sınırlar ve heyecan aramadır. Kişinin içsel duygusal deneyimlerini etkili bir şekilde düzenleyememesini gerektiren duygu düzenleme bozukluğunun, BKB’de temel bir eksiklik olduğu düşünülmektedir ve kendine zarar verme/yaralama davranışı ile yüksek oranda ilişkili olduğu düşünülmektedir (Linehan, 1993). BKB, ölümcüllük yelpazesinde kendine zarar verme dâhil olmak üzere birçok olumsuz sonuçla ilişkilidir. BKB’li bireylerin yaklaşık %65-80’i kendini yaralama davranışında bulunmakta %9’u ise intihar yoluyla ölmektedir (Chapman vd., 2005; Brickman vd., 2014).

BKB’nin işsizlik, sosyal yardımların yaygın kullanımı ve dolayısıyla yüksek toplumsal maliyetlerle ilişkili olduğu görülmektedir (Hengartner vd., 2014; Østby vd., 2014). Ayrıca, Zimmerman ve ark., (2012), borderline kişilik semptomu olan bireylerin, borderline kişilik semptomları olmayan bireylere kıyasla, önemli ölçüde daha yaygın psikiyatrik bozukluklara, psikiyatrik hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına sebep olduğu bilinmektedir. Ten Have ve ark., (2016), minimal borderline kişilik belirtilerinin bile işlevsel bozulma ve işsizlikle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Vlasveld ve ark. (2010) borderline kişilik semptomlarının iş performansını etkilediğini ve olumsuz çalışma koşullarının borderline kişilik semptomları ile bozulmuş iş performansı arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini belirtmektedirler.

BKB’li bireylerin planlama, karar verme ve dürtü kontrolünde zorluklar yaşadıkları bildirilmiştir (Plaisier vd., 2012). Planlama ve karar verme ile ilgili zorluklar stres duygularını ve dürtüselliği artırabileceği öngörülebilir. BKB’li bireylerin daha önce işten çıkarılma ve statü düşürülme riskinin arttığı tespit edilmiştir (Hengartner vd., 2014). Kişilerarası işlev bozukluğu, BKB’nin temel bir özelliğidir (APA, 2013). İşyerinde çatışmalara yol açabileceği öngörülebilir. Bu süreçler borderline kişilik belirtileri olan çalışanların düşük iş arkadaşı desteği yaşamalarına yol açabilir. Vlasveld ve ark., (2013) önerdiği etkileşim modelinde, BKB ve duygudurum bozuklukları sıklıkla birlikte ortaya çıkar ve

psikopatolojinin her iki alanının mesleki işlevsellik üzerindeki etkilerinde nasıl etkileşime girdiğinin araştırılması gerekliliğini de gösterir. BKB'yi göz ardı etmek, örneğin depresyon ve anksiyetenin etkilerinin daha fazla olduğuna dair tahminlere yol açabilir. En düşük devamsızlık ve düşük iş performansı oranlarının kontrol grubunda bulunduğunu, ardından mevcut depresif/anksiyete bozukluğu grubu olmaksızın olası BKB tanısının olduğunu göstermektedir. Mevcut depresif/anksiyete bozukluğu ve olası bir BKB tanısı olmayan ve hem mevcut depresif/anksiyete bozukluğu hem de olası BKB tanısı olan grup, devamsızlık ve bozulmuş iş performansında en yüksek oranları göstermiştir. Sağlıklı kontrol grubuna kıyasla üç alt grupta işe devamsızlık ve iş performansı arasındaki ilişkiler; yalnızca depresyon ve anksiyete grubu hem kısa süreli hem de uzun süreli devamsızlık ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ve BKB tanısı olan grup uzun süreli devamsızlıkla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. İş performansı ile ilgili olarak, olası BKB tanısı olan depresyon ve anksiyete grubu, yalnızca depresyon ve anksiyete grubu ve yalnızca olası BKB tanısı olan grup bozulmuş iş performansı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur.

Mevcut çalışmada, borderline kişilik ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar bilinen ruhsal bir hastalık durumu değişkenini üzerinden kıyaslandığında ruhsal bir hastalık durumuna 'Evet' diyenlerin, ruhsal bir hastalık durumuna 'Hayır' diyenlere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. BKB, yüksek oranda polimorfik semptom ve bulguları olan karmaşık bir klinik durumdur. Mevcut çalışmanın sonuçlarını destekler şekilde BKB'si olmayan majör depresif bozukluğu (MDB) olan hastalarla karşılaştırıldığında, MDB ve BKB'si olan hastalarda psikososyal komorbidite de fazladır (Bellino vd., 2005). Duică ve ark., (2022), BKB'nin en yaygın olarak majör depresif bozukluk ve distimi ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde BKB'li hastalar arasında komorbid patolojinin yüksek prevalansı yaygın olarak kabul edilmektedir (Lewis vd., 2012).

Mevcut çalışmanın sonucunu destekler şekilde Tomko vd., (2014) ve Westphal vd., (2013). BKB tanısı olan kişilerin duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve diğer kişilik bozuklukları gibi çok sayıda birlikte ortaya çıkan psikiyatrik bozukluğa sahip olma olasılığının

yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalar çoğunlukla bipolar bozuklukta BKB'nin yaygın olduğunu göstermiştir, meta-analizler bipolar bozukluğu olan beş kişiden birinin de BKB'ye sahip olacağını düşündürmektedir (Fornaro vd., 2016; Frías vd., 2016). BKB ve bipolar bozukluğunun birlikte ortaya çıkabileceğini ve komorbiditenin daha büyük bir hastalık şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Son zamanlarda, araştırmacılar bipolar bozuklukta eşlik eden BKB'nin tahmin edilenden daha yaygın olduğunu ve yaygın bir klinik senaryoyu temsil ettiğini savunmaktadırlar (Parker vd., 2022). BKB, bipolar bozuklukta daha büyük bir hastalık şiddeti ile de ilişkilendirildiğinden önemli bir yere sahiptir. Çalışmalar, BKB'nin varlığının, örneğin daha fazla sayıda epizod (McDermid vd., 2015), daha yüksek intihar eğilimi (Zimmerman vd., 2014) ve tedaviye daha az olumlu yanıt (Swartz vd., 2005) ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmada, dürtüsellik, kendilik imgesi, boşluk duygusu alt ölçeklerinden elde edilen puanların algılanan aylık gelir durumuna göre anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Algılanan aylık geliri yüksek düzeyde olanların aldığı puanların algılanan aylık geliri düşük ve orta düzeyde olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. BKB, her kişiyi farklı şekilde etkileyen bir dizi potansiyel semptom içeren bir bozukluk olan duygusal duyarlılık olarak da adlandırılır. Kişisel ilişkiler, düşünce kalıpları, dürtüsel davranışlar ve duygusal istikrar üzerinde doğrudan bir etkisi olabilmektedir. Zanarini ve ark., (2006) çok değişkenli analizler yoluyla, iyi bir mesleki kaydın, daha erken bir semptom remisyonunun öngörücülerinden biri olduğunu bulmuştur. Karaklic ve Bungener (2010), BKB'deki 15 yıllık sonuçları araştıran dört retrospektif çalışmayı gözden geçirmiş ve bu tür hastalarda genel işlevselliğin zaman içinde önemli ölçüde iyileştiği sonucunu elde etmişlerdir. İstihdam bağlamında BKB'ye odaklanan çalışmalar, yüksek düzeyde BKB patolojisi olan bireylerde istihdamı inceleyen araştırmaların çoğu, bu bireylerde mesleki ya da mesleki işlevselliğin ne ölçüde bozulduğuna odaklanmaktadır. BKB hastalarının takip çalışmaları genel olarak olumsuz istihdam sonuçları göstermektedir (Sansone ve Sansone, 2002). Bu veriler, BKB özelliklerine sahip bireyler için istikrarlı bir istihdam bulmanın ve sürdürmenin zor, ancak umutsuz olmayan bir olasılık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu bireylerde sağlık ve esenliği geliştirmeyi amaçlayan müdahaleler

için potansiyel bir hedef olmalıdır. Bu bağlamda BKB'li hastalarda istihdam ve gelir düzeyinin (ve statü) işleyişini iyileşmesine katkıda bulunduğu söylenebilir. İş, istihdamın yalnızca göze çarpan bir örneği olduğu geniş bir faaliyet kategorisi olmasına rağmen, istihdamı işsizlikle karşılaştıran araştırmalar, çalışmanın psikososyal faydaları hakkında daha net fikir verebilir. Yeme tutumu ölçeğinden elde edilen puanların aylık gelir durumuna göre anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yüksek düzeyde aylık geliri olanların aldığı puanların orta düzeyde aylık geliri olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yüksek gelirin yeme tutumlarında belirleyici olması sosyo-ekonomik göstergeler bağlamında ele alınabileceği düşünülmektedir. Duran vd. (2016) mevcut çalışma bulgularından farklı olarak aylık gelir ve yeme bozukluğu ile ilgili bir araştırma yapmışlardır. Yapılan araştırmada, anne-babası bir aylık asgari ücretin altında olan öğrencilerde yeme bozukluğu görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Duran vd., 2016).

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumları ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Borderline kişilik özelliklerinde, utanç davranışları ve yeme tutumlarında bozulmalar iki önemli ayırıcı faktör olduğu görülmüştür. Yapılan çalışma sonucunda borderline kişilik özellikleri, utanç değişkenlerinin alt ölçeklerinin birbiriyle anlamlı düzeyde ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Mevcut çalışma bilgileri çerçevesinde BKB'si olan bireylerin dürtüsellik ve olumsuz duygusal deneyimler sonucu utanç yaşadığı ve bunun beraberinde oluşan duygusal yoksunluğu gidermek için olumsuz yeme davranışlarına başvurmuş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmanın literatüre getirdiği en önemli yeni bilgi ise borderline kişilik özellikleri ve yeme tutumu arasındaki ilişkide utancın kısmi aracı etki göstermesidir.

Çalışmanın bulgularıyla borderline kişilik özellikleri, yeme tutumu, utanç ve suçluluk duyguları arasındaki ilişkinin incelenmesinde cinsiyetin, çalışma durumunun ve aylık gelirin etkisi olduğu görülmüştür.

Beklentimizden farklı olarak bordeline kişilk özellikleri incelendiğinde suçluluk ve yeme tutumları arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmanın dikkat çeken sınırlılıklarından biri kullanılan veri toplama araçlarının öz bildirimine dayanmasıdır. Bu da araştırma verilerinin, katılımcıların kendi öz değerlendirmeleri ile sınırlı kalmasına sebep olmaktadır.

Ayrıca ölçüm araçlarının üniversite öğrencilerine uygulanması ve kesitsel veri toplama yönteminin kullanılıyor olması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda uygulanacak ölçekler için örneklem grubu sayısının daha yüksek olmasının sonuçları daha tutarlı hale getirebileceği öngörülmektedir. Ek olarak anketlerin büyük çoğunluğunun Google Form aracılığıyla toplanması katılımcıların anketin çözdükleri ortamların farklı

olmasına sebep olmaktadır. Böylelikle her katılımcı için farklılaşan dış faktörler anketlerin yanıtlanmasına da etki etmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ve eşlik eden yeme bozuklukları tedavisinde, suçluluk ve utanç duygularının fark edilmesi ve kişilere rahatsızlık verebilecek bu duyguların azaltılmasının dikkate alınması önerilmektedir. Bu önerinin terapi ve tedavi sürecini kolaylaştıracadığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra klinisyenlerin, yeme bozukluğu olan danışanlarda öz-bilinçli duyguları değerlendirmesi ve bu etkilerin olası kökenini ve önemini araştırmaları önerilmektedir. İleriki araştırmalarda borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bir grupla çalışma yapılmasının daha kapsamlı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Bu bilgiler ışığında ileriki araştırmalarda sosyokültürel farklılıkları içeren daha geniş Örneklem grubuyla uzunlamasına araştırmalar planlanabilir.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- AGUIRRE, B., & GALEN, G. (2013). **Mindfulness for borderline personality disorder: Relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy**, New Harbinger Publications.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)** Washington, DC: Author.
- AKHTAR, S. (2009). **Compherensive dictionary of psychoanalysis**, London: Karnac Books
- ARKONAÇ, O. (1999). **Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü**, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- BEE, H. L., BOYD, D. R., & GÜNDÜZ, O. (2009). **Çocuk Gelişim Psikolojisi**, Kaknüs Yayınları.
- BROUCEK, F. (1991). **Shame and the self**, New York: Guildford.
- BUDAK, S. (2000) **Psikoloji Sözlüğü**, Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.
- BURGER, J. M. (2014). **Personality**, Cengage Learning.
- CLARKİN, J. F., YEOMANS, F. E. VE KERNBERG, O. F. (2006). **Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations**, London: American Psychiatric Publishing.
- DANİEL, G. (2004). **Duygusal Zekâ**, (Çev.: Banu Seçkin Yüksel), Varlık Yay., 25. Baskı, İstanbul.
- DAVISON, G. C., & NEALE, J. M. (2004). **Anormal psikolojisi** (7. baskı), *İ. Dağ* (Çev. Ed.). Ankara: *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*.
- ERİKSON, E. H. (1993). **Childhood and society**, WW Norton & Company.

- FARAJI, H. & TEZCAN, A.E. (2022). **Borderline Kişilik Bozukluğu**, Ankara: Nobel.
- FERGUSON, T. J., & STEGGE, H. (1998). **Measuring guilt in children: A rose by any other name still has thorns**. In *Guilt and children* (pp. 19-74). Academic Press.
- FREUD, S. (1930). **Civilization and its Discontents**, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 21, 59-145.
- FREUD, S. (1920). **Beyond the pleasure principle**, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, 18, 7-66.
- FRIEDMAN, H. S., & SCHUSTACK, M. W. (2009). **Personality Classic Theories and Modern Research** (4th Ed.). USA: Pearsons.
- FRUZZETTI, A. E., CROOK, W., ERIKSON, K. M., LEE, J. E., & WORRALL, J. M. (2009). **28 EMOTION REGULATION**, General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy, 272.
- GARFINKEL, P. E. (2002). **Classification and diagnosis of eating disorders. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook**, 2, 155-161.
- GEÇTAN, E. (2000). **Psikanaliz ve Sonrası**, İstanbul, Remzi Kitabevi, 9.Baskı.
- GÖRGÜLÜ, Y. (2013). **Yeme bozukluklarında tanı ve sınıflandırma. Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı**, (Eds B Yücel, A Karakoç Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar), 10, 27.
- GERRIG, R. J., & ZİMBARDO, P. G. (2013). **Psikoloji ve yaşam: Psikolojiye giriş** (19. Baskı). G. Sart, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2010), 317-324.
- GUNDERSON, J. G. (1984). **Borderline kişilik bozukluğu** [Çeviri editörü: Ceyhan B] Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Medikomat; 1994.
- HAHS-VAUGHN, D. L., & LOMAX, R. G. (2020). **Statistical Concepts: A First Course**, (1.Baskı). New York: Routledge.

- HERSCOVICI, C. R. (2002). **Eating Disorders in Adolescence**, In F. W. Kaslow, & J. J. Magnavita (Eds.). *Comprehensive Handbook Of Psychotherapy* (133-161). New York: John Wiley & Sons.
- HOFFMAN, M. L. (2001). **Toward a comprehensive empathy-based theory of prosocial moral development**, In A. C. Bohart & D. J. Stipek (Eds.), *Constructive & destructive behavior: Implications for family, school, & society* (pp. 61–86). American Psychological Association.
- JACOBSON, E. (1953). **Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression**.
- KANEL, K. (2014). **A Guide To Crisis İntervention**. Cengage Learning.
- KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (2015). **Kaplan&Sadock’s Synopsis of Psychiatry**, Williams &Wilkins, Baltimore, MD.
- KAPLAN, H. I., & SADOCK, B. J. (2004). **Klinik Psikiyatri**, E Abay (Çev. Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- KARASAR, N. (2014). **Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Kavramlar, Teknikler ve İlkeler** (27. Baskı). Ankara, Nobel Yayınevi.
- KERNBERG, O. F. (1985). **Borderline Conditions and Pathological Narcissism**, Rowman &Littlefield.
- KERNBERG, O. (2004). **Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in The Psychotherapeutic Relationship: New Developments in The Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders**, Nev Haven, CT, Yale University Press.
- KILBORNE, B. (2014). **Utancı Ve Haset**, Çev.:Burçak Erdal. İstanbul, Bilgi Üniveristesi Yayınları,1.Baskı.
- KLASS, E. T. (1990). **Guilt, shame, and embarrassment: Cognitive-behavioral approaches**, *Handbook of social and evaluation anxiety*, 385-414.
- KOHUT, H. (1971). **The Analysis of The Self**, New York: International Universities Press.

- KÖROĞLU, E., BAYRAKTAR, S. (2007). **Kişilik Bozuklukları**, Ankara HYB Basım Yayın.
- KURTULUŞ, K. (2004). **Pazarlama Araştırmaları**, 7. Baskı, Literatür Yayıncılık, İstanbul.
- LAZARUS, R. S. (1991). **Emotion and Adaptation**, Oxford, Oxford University Press.
- LEWIS, H. B. (1971). **Shame and Guilt in Neurosis**, New York: International Universities Press.
- LEWIS, K., (1992) **Shame: The Exposed Self**, New York: The Free Press.
- LINEHAN, M. M. (1993). **Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder**, Guilford Press.
- LOCK, J., & Le Grange, D. (2015). **Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach**, Guilford publications.
- MANER, F., & AYDIN, A. (2007). **Bulimiya Nervozada Psikososyalkültürel Etmenler**, Düşünen Adam, 20(1), 25-37.
- ÖZ, F (2004). **Sağlık Alanında Temel Kavramlar**, Ankara, S.132-155.
- PARMAN, T. (2022). **Utanç ve Suçluluk**, Psikanaliz Defterleri 8 – Çocuk ve Ergen Çalışmaları. YKY.
- POSTACI, Ş. (2022) **Utanç ve Suçluluk**, Psikanaliz Defterleri 8 – Çocuk ve Ergen Çalışmaları, YKY.
- RIZVI, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). **The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder**.
- ROCKLAND, L. H. (2016). **Borderline Hastalar İçin Destekleyici Terapi Psikodinamik Bir Yaklaşım**, İstanbul, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. (2002). **Geriatric Psychiatry. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical**

Psychiatry, 9th ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 1318-1337.

SCHWARTZ, H. (1986). **Never satisfied: A cultural history of diets, fantasies, and fat**, Free Press.

SHIPTON, G. (2004). **Working With Eating Disorders: A Psychoanalytic Approach**, New York: Palgrave Macmillan.

SMOLAK, L., & LEVINE, M. P. (2015). **The Wiley handbook of eating disorders**, John Wiley & Sons.

SNEED J. R., FERTUCK, E. A., KANELLOPOULOS, D. (2012) **Borderline personality disorder**. Sturmey. P., Hersen, M. (Eds.). In: **Handbook of Evidence-based Practice in Clinical Psychology**, Vol. 2. Adult Disorders. New York: John Wiley & Sons Inc.

TANGNEY, J. P., RONDA L. (2002). **Dearing Shame and Guilt**, New York, The Guilford Press.

TEZCAN, A. T. (2021). **Kendini Gizleyen İnsan**, İstanbul: Nemesis Kitap, 67-68.

TOKER, D. E., & HOCAOĞLU, Ç. (2009). **Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme**, Düşünen Adam, 22(1-4), 36-42.

TRACY, J. L., ROBINS, R. W., & TANGNEY, J. P. (Eds.). (2007). **The self-conscious emotions: Theory and research**, Guilford Press.

VOLKAN, V. (2015). **6 Adımda Borderline Kişilik Organizasyonunun Tedavisi**, Ankara, Pusula Yayınevi.

WINNICOTT, D. W. (2013). **Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis** (Vol. 7). Routledge.

ZİLBOORG, G., & HENRY, G. W. (1941). **A history of medical psychology**.

MAKALELER

ABE, J. A. (2004). Shame, guilt, and personality judgment. **Journal of Research in Personality**, 38(2), 85-104.

- AALTONEN, K. I., ROSENSTRÖM, T., BARYSHNIKOV, I., KARPOV, B., MELARTIN, T., SUOMINEN, K., ... & ISOMETSÄ, E. (2017). Mediating role of borderline personality disorder traits in the effects of childhood maltreatment on suicidal behaviour among mood disorder patients. **European psychiatry**, *44*, 53-60.
- ATTİE, I., & BROOKS-GUNN, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. **Developmental psychology**, *25*(1), 70.
- ALPASLAN, A. H., KOÇAK, U., AVCI, K., & TAŞ, H. U. (2015). The Association Between Internet Addiction and Disordered Eating Attitudes Among Turkish High School Students. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, *20*(4), 441-448.
- ANDREWS, R., DIEDERICH, J., & TICKLE, A. B. (1995). Survey and critique of techniques for extracting rules from trained artificial neural networks. **Knowledge-based systems**, *8*(6), 373-389.
- BARYSHNIKOV, I., AALTONEN, K., SUVISAARI, J., KOIVISTO, M., HEIKKINEN, M., JOFFE, G., & ISOMETSÄ, E. (2018). Features of borderline personality disorder as a mediator of the relation between childhood traumatic experiences and psychosis-like experiences in patients with mood disorder. **European Psychiatry**, *49*, 9-15.
- BACHAR, E. (1998). The Contributions of Self Psychology To the Treatment of Anorexia and Bulimia. **American Journal of Psychotherapy**, *52*, 147-165.
- BATIGÜN, A. D., & UTKU, Ç. (2006). Bir Grup Gençte Yeme Tutumu ve Öfke Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **Türk Psikoloji Dergisi**, *21*(57), 65-78.
- BAUMEISTER, R. F., STILLWELL, A. M., & HEATHERTON, T. F. (1994). Guilt: an interpersonal approach. **Psychological bulletin**, *115*(2), 243.

- BAYRAMOĞLU, A. T., TURNA, K., & HOROZ, N. (2020). Üniversitesinde Öğrencilerinde Tikinircasına Yeme Bozukluğu. **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 9(3), 157-162.
- BEDFORD, O., HWANG, K. K. (2003). Guilt And Shame in Chinese Culture: A Cross-Cultural Framework From The Perspective Of Morality And Identity. **Journal For The Theory Of Social Behaviour**, 33(2).
- BELLİ, H., URAL, C., & AKBUDAK, M. (2012). Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment. **Journal Of Clinical Medicine Research**, 4(5), 301–308.
- BELLINO, S., PATRIA, L., PARADISO, E., DI LORENZO, R., ZANON, C., ZIZZA, M., & BOGETTO, F. (2005). Major Depression in Patients With Borderline Personality Disorder: A Clinical Investigation. *Canadian Journal Of Psychiatry*. **Revue Canadienne De Psychiatrie**, 50(4), 234-238.
- BENETTI-MCQUOID, J., & BURSIK, K. (2005). Individual Differences in Experiences of and Responses to Guilt and Shame: Examining the Lenses of Gender and Gender Role. **Sex roles**, 53.
- BERENBAUM, H. (1996). Childhood Abuse, Alexithymia and Personality Disorder. **Journal of Psychosomatic Research**. 41(6), 585-595.
- BHATIA, V., DAVILA, J., EUBANKS-CARTER, C., & BURCKELL, L. A. (2013). Appraisals of Daily Romantic Relationship Experiences in Individuals With Borderline Personality Disorder Features. **Journal of Family Psychology**, 27, 518–524.
- BRICKMAN, L. J., AMMERMAN, B. A., LOOK, A. E., BERMAN, M. E., & MCCLOSKEY, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. **Borderline personality disorder and emotion dysregulation**, 1(1), 1-8.
- BRUCH, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. **The American Journal of Psychiatry**.

- BUHL, C. (2002). Eating disorders as manifestations of developmental disorders: language and the capacity for abstract thinking in psychotherapy of eating disorders. **European Eating Disorders Review**, *10*(2), 138-145.
- CAMERON, A. Y., BENZ, M., & REED, K. P. (2021). The role of guilt and shame in psychosocial functioning in a sample of women with borderline personality disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, *209*(1), 13-16.
- CAPARROTTA, L., & GHAFFARI, K. (2006). A Historical Overview of The Psychodynamic Contributions to The Understanding of Eating Disorders. **Psychoanalytic Psychotherapy**, *20*(3), 175-196.
- CARDEN, L. J., SAINI, P., SEDDON, C., WATKINS, M., & TAYLOR, P. J. (2020). Shame and the Psychosis Continuum: A Systematic Review of the Literature. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, *93*(1), 160-186.
- CASSIN, S., VON RANSON, K. (2005). Personality and Eating Disorders: A Decade in Review. **Clinical Psychology Review**, *25*, 895-916.
- CHANEN AM, KAESS M. (2012). Developmental Pathways To Borderline Personality Disorder. **Current Psychiatry Reports**. *14*(1):45–53.
- CHEN, E. Y., BROWN, M. Z., HARNED, M. S., & LINEHAN, M. M. (2009). A Comparison of Borderline Personality Disorder With and Without Eating Disorders. **Psychiatry Research**, *170*(1), 86-90.
- CHAPMAN, A. L., SPECHT, M. W., & CELLUCCI, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? **Suicide and Life-Threatening Behavior**, *35*(4), 388-399.
- CHARLES M. (2006). Silent Scream: The Cost of Crucifixion--Working With A Patient With An Eating Disorder. **J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry**. *34*(2):261-85.
- CLAESSON, K., & SOHLBERG, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection:

Replicated findings. **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, 9(4), 277-284.

COOK-COTTONE, C. P. (2015). Incorporating Positive Body Image into The Treatment Of Eating Disorders: A Model For Attunement and Mindful Self-Care. **Body Image**, 14, 158–167.

COOPER, Z., & FAIRBURN, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 34(S1), S89-S95.

CORDERO, E. D., & ISRAEL, T. (2009). Parents as protective factors in eating problems of college women. **Eating Disorders**, 17(2), 146-161.

CROWE, M. (2004). Never Good Enough–Part 1: Shame Or Borderline Personality Disorder?. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 11(3), 327-334.

DALLE GRAVE, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. **European Journal of Internal Medicine**, 22(2), 153-160.

DANNER, U.N., STERNHEIM, L., EVERS, C. (2014). The Importance of Distinguishing Between The Different Eating Disorder (Sub) Types When Assessing Emotion Regulation Strategies. **Psychiatry Research**. 2014;215(3), 727-32.

DALEY, S. E., BURGE, D., & HAMMEN, C. (2000). Borderline Personality Disorder Symptoms As Predictors of 4-Year Romantic Relationship Dysfunction in Young Women: Addressing Issues of Specificity. **Journal Of Abnormal Psychology**, 109, 451–460.

DE GENNA, N., ve ULRÍKE, F. (2015). Phenomenology of Borderline Personality Disorder: The Role Of Race and Socioeconomic Status. **Journal Of Nervous and Mental Disorders**. 201(12) 1027-1034.

DEARING, R.L., STUEWIG, J. and TANGNEY, J.P. (2005). On the Importance of Distinguishing Shame From Guilt: Relations to Problematic Alcohol and Drug Use. **Addictive Behaviors**, 30:Pp .1392-1404.

- DERİN, G., & ÖZTÜRK, E. (2018). Dissosiyatif Bozukluklar Ve Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğunda Ruhsal Travma. **Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, 3(3), 29-42.
- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. **The Psychoanalytic Quarterly**, 11(3), 301-321.
- DISTEL, M. A., MIDDELDORP, C. M., TRULL, T. J., DEROM, C. A., WILLEMSSEN, G., & BOOMSMA, D. I. (2011). Life Events and Borderline Personality Features: The Influence of Gene-Environment Interaction and Gene-Environment Correlation. **Psychological Medicine**, 41(4), 849.
- DISNEY, K. L., WEINSTEIN, Y., & OLTMANN, T. F. (2012). Personality Disorder Symptoms Are Differentially Related To Divorce Frequency. **Journal of Family Psychology**, 26, 959-965.
- DISTEL, M. A., TRULL, T. J., DEROM, C. A., THIÉRY, E. W., GRIMMER, M. A., MARTÍN, N. G., ... & BOOMSMA, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. **Psychological medicine**, 38(9), 1219-1229.
- DORAHY, M. J., & CLEARWATER, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. **Journal of child sexual abuse**, 21(2), 155-175.
- DOYLE, J. N., CORMIER, L. A., & HYMERS, M. J. (2022). Shame-proneness mediates relations between borderline personality disorder symptom severity and domains of sexuality in undergraduate women. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, 31(2), 207-216.
- DUICĂ, L., ANTONESCU, E., TOTAN, M., BOȚA, G., SÎLIȘTEANU, S.C. (2022). Borderline Personality Disorder "Discouraged Type": A Case Report. **Medicina**, 58, 162.
- DURUALP, E., KARA, F. N., YILMAZ, V., & ALABEYOĞLU, K. (2010). Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin

görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 63(2), 55-63.

ELISON, J. (2005). Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. **New Ideas in Psychology**, 23(1), 5-32.

ELISON, J., GAROFALO, C., & VELOTTI, P. (2014). Shame and Aggression: Theoretical Considerations. **Aggression and Violent Behavior**, 19(4), 447-453.

ELLISON, W. D., ROSENSTEIN, L. K., MORGAN, T. A., & ZIMMERMAN, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. **Psychiatric Clinics**, 41(4), 561-573. *Psychiatric Clinics of North America*.

ERIKSON, E. H. (1984). Reflections on the last stage—and the first. **The psychoanalytic study of the child**, 39(1), 155-165.

FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., & SHAFRAN, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy For Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. **Behaviour Research and Therapy**, 41(5), 509–528.

FARAJI, H. (2021). Borderline Kişilik Bozukluğunun Ergenlik Döneminde Belirlenmesine Dair Bir Değerlendirme. **OPUS International Journal of Society Researches**, 18(43), 7139-7166.

FARAJI, H., & GÜLER, K. (2021). ‘Borderline Personality Features and Jealousy Traits in University Students. **Aydın İnsan ve Toplum Dergisi**, 7, 137-153.

FARAJI, H., & ÖZARABACI, T. (2022). The Relationships Between Borderline Personality Traits, Offence-Related Feelings of Shame and Guilt and Attitudes Towards Violence. **Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (15), 291-308.

FARAJI, H., FIRAT, B. (2022). Yeme Bozuklukları ve Duygular. **Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. 2(1), 153-174.

FARRELL, C., SHAFRAN, R., & LEE, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. **European Eating**

Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 14(5), 289-300.

- FARMER, E., & ANDREWS, B. (2009). Shameless yet angry: shame and its relationship to anger in male young offenders and undergraduate controls. **Journal of Forensic Psychiatry & Psychology**, 20, 48–65.
- FEDEWA, B. A., BURNS, L. R., & GOMEZ, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. **Personality and individual differences**, 38(7), 1609-1619.
- FERREIRA, C., PINTO-GOUVEIA, J., & DUARTE, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. **Eating behaviors**, 14(2), 207-210.
- FORNARO, M., ORSOLINI, L., MARINI, S., DE BERARDIS, D., PERNA, G., VALCHERA, A., GANANÇ A, L., SOLMI, M., VERONESE, N., & STUBBS, B. (2016). The Prevalence and Predictors Of Bipolar and Borderline Personality Disorders Comorbidity: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal Of Affective Disorders**, 195, 105-118.
- FRÍAS, Á., BALTASAR, I., & BİRMAHER, B. (2016). Comorbidity Between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: Prevalence, Explanatory Theories and Clinical Impact. **Journal of Affective Disorders**, 202, 210-219.
- GAROFALO, C., HOLDEN, C. J., ZEIGLER-HILL, V., & VELOTTI, P. (2016). Understanding The Connection Between Self-Esteem and Aggression: The Mediating Role of Emotion Dysregulation. **Aggressive Behavior**, 42, 3-15.
- GEİST, R. A. (1989). Self psychological reflections on the origins of eating disorders. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis**, 17(1), 5-27.
- GEVREKCİ, A. Ö., & ÇIRAKOĞLU, O. C. (2017). Suçluluk ve utanç duyguları üzerine kavramsal, nöropsikolojik ve psikopatolojik bir derleme. **Türk Psikoloji Yazıları**, 89-105.

- GİRARD, J. M., COHN, J. F., MAHOOR, M. H., MAVADATİ, S. M., HAMMAL, Z., & ROSENWALD, D. P. (2014). Nonverbal social withdrawal in depression: Evidence from manual and automatic analyses. **Image and vision computing**, 32(10), 641-647.
- GODT, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. **European Eating Disorders Review**, 16,94-99.
- GOODSITT, A. (1983). Self-Regulatory Disturbances in Eating Disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 2(3), 51-60.
- GOSS, K., & ALLAN, S. (2009). Shame, Pride and Eating Disorders. **Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice**, 16(4), 303-316.
- GOSS, K., GİLBERT, P., & ALLAN, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. **Personality and Individual differences**, 17(5), 713-717.
- GÖTTLICH, M., WESTERMAIR, A. L., BEYER, F., BUßMANN, M. L., SCHWEIGER, U., & KRÄMER, U. M. (2020). Neural Basis of Shame and Guilt Experience in Women With Borderline Personality Disorder. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 270, 979-992.
- GÜRCAN, N., & KOLBURAN, Ş. G. (2019). Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Yeme Tutumlarının Yaşam Doyumu ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi. **Aydın İnsan ve Toplum Dergisi**, 5(1), 9-28.
- GÜRDAL, A. (1999). Yeme bozuklukları ve tedavisi. **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 9(1), 21-27.
- GRATZ, K. L., ROSENTHAL, M. Z., TULL, M. T., LEJUEZ, C. W., & GUNDERSON, J. G. (2010). An Experimental Investigation of Emotional Reactivity and Delayed Emotional Recovery in Borderline Personality Disorder: The Role of Shame. **Comprehensive Psychiatry**, 51(3), 275–285.
- GREEN, M. A., SCOTT, N. A., CROSS, S. E., LIAO, K. Y. H., HALLENGREN, J. J., DAVIDS, C. M., ... & JEPSON, A. J. (2009). Eating disorder

behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. **Journal of clinical psychology**, 65(9), 989-999.

GUNDERSON, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. **American Journal of Psychiatry**, 164(11), 1637–1640.

GUNDERSON, J. G., HERPERTZ, S. C., SKODOL, A. E., TORGERSEN, S., & ZANARINI, M. C. (2018). Borderline personality disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, 4(1), 1-20.

GUNDERSON, J. G., WEINBERG, I., DAVERSA, M. T., KUEPPENBENDER, K. D., ZANARINI, M. C., SHEA, M. T., ... & DYCK, I. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. **American Journal of Psychiatry**, 163(7), 1173-1178.

HALEY, C., HEDBERG, K., LEMAN, R. (2010). Disordered Eating and Unhealthy Weight Loss Practices: Which Adolescents Are At Highest Risk? **Journal of Adolescent Health**, 47,102-105.

HALMÍ, K. A., SUNDAY, S. R., KLUMP, K. L., STROBER, M., LECKMAN, J. F., FÍCHTER, M., ... & KAYE, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. **International Journal of Eating Disorders**, 33(3), 308-319.

HAWES, D. J., HELYER, R., HERLIANTO, E. C., & WILLING, J. (2013). Borderline Personality Features and Implicit Shame-Prone Self-Concept In Middle Childhood and Early Adolescence. **Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child and Adolescent Psychology**, American Psychological Association, Division 53, 42(3), 302–308.

HEJDENBERG, J., & ANDREWS, B. (2011). The Relationship Between Shame and Different Types Of Anger: A Theory-Based Investigation. **Personality and Individual Differences**, 50, 1278-1282.

- HENGARTNER, M. P., MÜLLER, M., RODGERS, S., RÖSSLER, W., & AJDACIC-GROSS, V. (2014). Occupational Functioning and Work Impairment in Association with Personality Disorder Trait-Scores. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 49(2), 327–335.
- HERPERTZ-DAHLMANN, Beate. (2015). "Adolescent Eating Disorders: Update On Definitions, Symptomatology, Epidemiology, And Comorbidity." **Child And Adolescent Psychiatric Clinics** 24.(1), 177-196.
- HERZOG DB, EDDY KT (2007). Diagnosis, Epidemiology and Clinical Course of Eating Disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. **Arlington, American Psychiatric Publishing.**
- HOCH, P., & POLATIN, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. **Psychiatric Quarterly**, 23, 248-276.
- HOPWOOD, C. J., THOMAS, K. M., MARKON, K. E., WRIGHT, A. G., & KRUEGER, R. F. (2012). Dsm-5 Personality Traits and DSM-IV Personality Disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, 121(2), 424.
- IACOVINO, J. M., POWERS, A. D., & OLTMANN, T. F. (2014). Impulsivity mediates the association between borderline personality pathology and body mass index. **Personality and individual differences**, 56, 100-104.
- JOVEV, M., & JACKSON, H. J. (2004). Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. **Journal of Personality Disorders**, 18(5), 467–478.
- KAESS, M., PARZER, P., MATTERN, M., PLENER, P. L., BIFULCO, A., RESCH, F., & BRUNNER, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. **Psychiatry research**, 206(2-3), 265-272.

- KAPLAN, C., TARLOW, N., STEWART, J. G., AGUIRRE, B., GALEN, G., AUERBACH, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on nonsuicidal self-injury and suicidality. **Comprehensive Psychiatry**, 71, 86–94.
- KARAKLIC, D., & BUNGENER, C. (2010). Évolution Du Trouble De La Personnalité Borderline: Revue De La Littérature [Course Of Borderline Personality Disorder: Literature Review]. **L'Encephale**, 36(5), 373–379.
- KENT, A., WALLER, G., & DAGNAN, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. **International Journal of Eating Disorders**, 25(2), 159-167.
- KERNBERG, O. (1967). Borderline Personality Organization. **Journal of The American Psychoanalytic Association**, 15(3), 641-685.
- KERNBERG, F.O. (1967). Borderline Personality Organization. **Journal Of The American Psychoanalytic Association**, (15:641-85) Essential Papers On Borderline Disorders, Stone MH (Ed), Ew York: New York University Press 1986, S.279-319.
- KERNBERG, O. F. (1972). Early ego integration and object relations. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 193(1), 233-247.
- KLEIN, D. N., & SCHWARTZ, J. E. (2002). The relation between depressive symptoms and borderline personality disorder features over time in dysthymic disorder. **Journal of Personality Disorders**, 16(6), 523-535.
- KLEIN, M. (1933). The psycho-analysis of children. **The Sociological Review**, 25(3), 296-298.
- KLEIN, M. (1948). A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt. **International Journal of Psycho-Analysis**, 29, 114-123.
- KLEIN, P., FAIRWEATHER, A. K., & LAWN, S. (2022). The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes

and practice in treating people with borderline personality disorder: an integrative review. **Systematic Reviews**, 11(1), 108.

KLING, R. (2014). Borderline Personality Disorder, Language, and Stigma. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*. 16(2), 114–119.

KLONSKY, E. D. (2008). What Is Emptiness? Clarifying The 7th Criterion For Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorders**, 22(4), 418-426.

KORKMAZ, E. (2022). Duygu Odaklı Terapide Yeme Bozukluklarına Kapsamlı Bir Bakış. **Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi**, 4(8), 14-27.

KRAUSE-UTZ, A., CACKOWSKI, S., DAFFNER, S., SOBANSKI, E., PLICHTA, M.M., BOHUS, M., ET AL. (2016). Delay Discounting and Response Disinhibition Under Acute Experimental Stress in Women With Borderline Personality Disorder and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Psychological Medicine**, 46(15), 3137-49.

KULKARNI, J. (2017). Complex PTSD-A Better Description For Borderline Personality Disorder? **Australian Psychiatry**, 25(4), 333-335.

KÜEY, L. (2008). The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, 21(4), 403-411.

LAWN, S., & MCMAHON, J. (2015). Experiences of Family Carers Of People Diagnosed With Borderline Personality Disorder. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 22(4), 234–243.

LEITH, K. P., & BAUMEISTER, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt-prone people are better at perspective taking. **Journal of personality**, 66(1), 1-37.

LEKGABE, E., POGOS, D., SAWYER, S. M., COURT, A., & HUGHES, E. K. (2021). Borderline Personality Disorder Traits in Adolescents With Anorexia Nervosa. **Brain and Behavior**, 11(12), E2443.

- LEWIS, K., CAPUTÌ, P.; GRENYER, B.F.S. (2012). Borderline Personality Disorder Subtypes: A Factor Analysis Of The Dsm-Iv Criteria. **Personality and Mental Health**, 6, 196–206.
- LEYTON, M., OKAZAWA, H., ĐIKSIĆ, M., PARÍS, J., ROSA, P., MZENGEZA, S.,... AND BENKELFAT, A. (2001). Brain Regional α -[11 C]Methyl- 1 -Tryptophan Trapping in Impulsive Subjects With Borderline Personality Disorder. **American Journal of Psychiatry AJP**, 158(5), 775-782.
- LIEB, K., ZANARINI, M.C., SCHMAHL, C., LÌNEHAN, M.M., BOHUS, M. (2004). Borderline Personality Disorder. **Lancet**. 364(9432), 453-461
- LUGBOSO, A., AÌMEE, A. (2017). Nursing Students' Attitudes Towards Patients With Borderline Personality Disorder. **Mental Health Practice**, 20(9), 23-29.
- LUTWAK, N., PANISH, J., & FERRARI, J. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. **Personality and individual differences**, 35(4), 909-916.
- MARTINUSSEN, M., FRIBORG, O., SCHMIERER, P., KAISER, S., ØVERGÅRD, K. T., NEUNHOEFFER, A. L., MARTINSEN, E. W., & ROSENVÌNGE, J. H. (2017). The Comorbidity Of Personality Disorders in Eating Disorders: A Meta-Analysis. **Eating and Weight Disorders: EWD**, 22(2), 201–209.
- MATTINGLEY, S., YOUSSEF, G. J., MANNING, V., GRAEME, L., & HALL, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. **Journal of affective disorders**.
- NAVARRO-HARO, M., WESSMAN, I., BOTELLA, C., GARCIA-PALACÌOS, A. (2015). The Role Of Emotion Regulation Strategies and Dissociation in Non-Suicidal Self-Injury For Women With Borderline Personality Disorder and Comorbid Eating Disorder. **Comprehensive Psychiatry**, 63, 123-130.

- MCDERMID, J., SAREEN, J., EL-GABALAWY, R., PAGURA, J., SPIWAK, R., & ENNS, M. W. (2015). Co-morbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Comprehensive Psychiatry**, 58, 18-28.
- MONCRIEFF-BOYD, J. (2016). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Sir William Gull, 1873. **Advances in Eating Disorders**, 4(1), 112-117.
- NIEDENTHAL, P. M., TANGNEY, J. P., & GAVANSKI, I. (1994). " If only I weren't" versus " If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in conterfactual thinking. **Journal of personality and social psychology**, 67(4), 585.
- O'BRIEN, J., & PATRICK, A. R. (2001). The cost of acute hospitalization for anorexia nervosa and bulimia. **Value in Health**, 4(2), 146-146.
- ØSTBY, K. A., CZAJKOWSKI, N., KNUDSEN, G. P., YSTROM, E., GJERDE, L. C., KENDLER, K. S., ØRSTAVIK, R. E., & REICHBORN-KJENNERUD, T. (2014). Personality Disorders Are Important Risk Factors For Disability Pensioning. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 49(12), 2003–2011.
- OWENS, D., HORROCKS, J., & HOUSE, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. **The British Journal of Psychiatry**, 181(3), 193-199.
- ÖZMEN, D., ÇETİNKAYA, A. Ç., ERGİN, D., ŞEN, N., & ERBAY, P. D. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. **TSK koruyucu hekimlik bülteni**, 6(2), 98-105.
- ÖZYURT, G., ÖZTÜRK, Y. ve PEKCANLAR AKAY, A. (2017). Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi. **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, 24(1), 81-96.

- PARIS, J. (2005). The Development Of Impulsivity and Suicidality in Borderline Personality Disorder. **Development and Psychopathology**, (17), 1091-1104.
- PARKER, G., BAYES, A., & SPOELMA, M. J. (2022). Why Might Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder Be Bonded? **Journal Of Psychiatric Research**, 150, 214-218.
- PIERS, G., & SINGER, M. B. (1954). Shame and guilt: A psychoanalytic and a cultural study. **Philosophy and Phenomenological Research**, 15(2).
- POLIVY, J., & HERMAN, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. **Annual Review of Psychology**, 53(1), 187-213.
- POTTER-EFRON, R. T., & EFRON, D. E. (1993). Three models of shame and their relation to the addictive process. **Alcoholism Treatment Quarterly**, 10(1-2), 23-48.
- POREH, A. M., RAWLINGS, D., CLARIDGE, G., FREEMAN, J. L., FAULKNER, C. AND SHELTON, C. (2006). The BPQ: A Scale For The Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. **Journal of Personality Disorders**, 20(3), 247-260.
- PLAISIER, I., DE GRAAF, R., DE BRUIJN, J., SMIT, J., VAN DYCK, R., BEEKMAN, A., & PENNINX, B. (2012). Depressive and Anxiety Disorders On-The-Job: The Importance Of Job Characteristics For Good Work Functioning in Persons With Depressive and Anxiety Disorders. **Psychiatry Research**, 200(2-3), 382–388.
- PLENER, P.L., SCHUMACHER, T.S., MUNZ, L.M., GROSCWITZ, R.C. (2015). The Longitudinal Course Of Non-Suicidal Self-Injury and Deliberate Self-Harm: A Systematic Review Of The Literature. **Borderline Personal Disord Emotional Dysregulation**. 2(1), 2.
- RIENECKE, R. D. (2017). Family-Based Treatment of Eating Disorders in Adolescents: Current Insights. **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, 8, 69-72.
- ROBERTON, T., DAFFERN, M., & BUCKS, R. S. (2012). Emotion Regulation and Aggression. **Aggression and Violent Behavior**, 17, 72-82.

- ROEHRIG, J. P., & MCLEAN, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. **International Journal of Eating Disorders**, 43(7), 671-674.
- ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M., & OSTENSEN, E. (2000). The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: A Meta-Analytic Review of Studies Published Between 1983 and 1998. **Eating and Weight Disorders: EWD**, 5(2), 52-61.
- RUSCH, N., LIEB, K., GÖTTLER, I., HERMANN, C., SCHRAMM, E., RICHTER, H., ... & BOHUS, M. (2007). Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. **American Journal of Psychiatry**, 164(3), 500-508.
- SAKARYA, D., & ÇEVİK, A. S. (2007). Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu. **Türkiye Klinikleri J Int Med Sci**, 3(12), 40-6.
- SANSONE, R. A., GAÏTHER, G. A., & SONGER, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims*, 17(1), 49.
- SANSONE, R. A., & SANSONE, L. A. (2011). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. **Innovations in Clinical Neuroscience**, 8(5), 16-20.
- SANSONE, R. A., CHU, J. W., WIEDERMAN, M. W., & LAM, C. (2011). Eating Disorder Symptoms and Borderline Personality Symptomatology. **Eating and Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia and Obesity**, 16(2), E81-E85.
- SANSONE, R. A., & SANSONE, L. A. (2013). The Relationship Between Borderline Personality and Obesity. **Innovations in Clinical Neuroscience**, 10(4), 36-40.
- SARIÇAM, H., AKIN, A., & ÇARDAK, M. (2012). Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Duygusu Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **Civil Academy Journal of Social Sciences**, 10(1-2), 235-247. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36716.00643>.

- SCHMIDEBERG, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. **American Journal of Psychotherapy**, 1(1), 45-70.
- SCHOENLEBER, M., & BERENBAUM, H. (2012). Shame Regulation in Personality Pathology. **Journal of Abnormal Psychology**, 121(2), 433-446.
- SCHVEY, N. A., SBROCCO, T., STEPHENS, M., BRYANT, E. J., RESS, R., SPIEKER, E. A., ... & TANOFKY-KRAFF, M. (2015). Comparison of overweight and obese military-dependent and civilian adolescent girls with loss-of-control eating. **International Journal of Eating Disorders**, 48(6), 790-794.
- SEBASTIAN, A., JACOB, G., LIEB, K., TÜSCHER, O. (2013). Impulsivity in Borderline Personality Disorder: A Matter Of Disturbed Impulse Control Or A Facet of Emotional Dysregulation? **Current Psychiatry Reports**.15(2)
- SHEN, LIBING. (2018). The Evolution of Shame and Guilt. **PLOS ONE**, 13, 1-11.
- SHENOY, S. K., & PRAHARAJ, S. K. (2019). Borderline personality disorder and its association with bipolar spectrum and binge eating disorder in college students from South India. **Asian journal of psychiatry**, 44, 20-24.
- SIEGEL, J. M., YANCEY, A. K., ANESHENSEL, C. S., & SCHULER, R. (1999). Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. **Journal of adolescent health**, 25(2), 155-165.
- SILBERSCHMIDT, A., LEE, S., ZANARINI, M., & SCHULZ, S. C. (2015). Gender Differences In Borderline Personality Disorder: Results From A Multinational, Clinical Trial Sample. **Journal of Personality Disorders**, 29(6), 828-838. Doi:10.1521/Pedi_2014_28_175
- SMITH, D. J., MUIR, W. J., & BLACKWOOD, D. H. (2004). Is Borderline Personality Disorder Part Of The Bipolar Spectrum? **Harvard Review of Psychiatry**, 12(3), 133-139.
<https://doi.org/10.1080/10673220490472346>

- SNYDER, B. K. (2014). Eating disorders in adolescents and young adult women: Implications for reproductive health. **Contemporary OB/GYN**, 59(3), 51.
- SLOAN, E., HALL, K., MOULDING, R., B, SHAYDEN., MILDRED, H., STAIGER, P. K. (2017). Emotion Regulation As A Transdiagnostic Treatment Construct Across Anxiety, Depression, Substance, Eating and Borderline Personality Disorders: A Systematic Review. **Clinical Psychology Review** 57, 141-163
- SOLOFF, P. H., KELLY, T. M., STROTMAYER, S. J., MALONE, K. M., & MANN, J. J. (2003). Impulsivity, gender, and response to fenfluramine challenge in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 11-24.
- SÖNMEZ, A. Ö. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 9(3), 301-316.
- SÖYLEMEZ, S., KOYUNCU, M., & AMADO, S. (2018). Utanç ve Suçluluk Duygularının Bilişsel Psikoloji Kapsamında Değerlendirilmesi. **Psikoloji Çalışmaları**, C., S., s.259–288.
- STEPP, S. D., PILKONIS, P. A., YAGGI, K. E., MORSE, J. Q., & FESKE, U. (2009). Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. **The Journal of nervous and mental disease**, 197(7), 484.
- STERN, A. (1938). Psychoanalytic Investigation and Therapy in The Borderline Group of Neurosis. **Psychoanalytic Quarterly**, 7, 467.
- STICE, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. **Psychological bulletin**, 128(5), 825.
- STEWARD, T., MESTRE-BACH, G., VINTRO-ALCARAZ, C., AGUERA, Z., JIMENEZ-MURCIA, S., GRANERO, R., & FERNANDEZ-ARANDA, F. (2017). Delay Discounting Of Reward and Impulsivity in Eating Disorders: From Anorexia Nervosa To Binge Eating Disorder. **European Eating Disorders Review**, 25, 601-606. Doi: 10.1002/Erv.2543

- STROUD, C. B., DURBİN, C. E., SAIGAL, S. D., & KNOBLOCH-FEDDERS, L. M. (2010). Normal and abnormal personality traits are associated with marital satisfaction for both men and women: An actor–partner interdependence model analysis. **Journal of Research in Personality**, 44(4), 466-477.
- SUGARMAN, A., & KURASH, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. **International Journal of Eating Disorders**, 1(4), 57-67.
- SWARTZ, H. A., PĪLKONĪS, P. A., FRANK, E., PROĪETTI, J. M., & SCOTT, J. (2005). Acute Treatment Outcomes in Patients With Bipolar I Disorder and Co-Morbid Borderline Personality Disorder Receiving Medication and Psychotherapy. **Bipolar Disorders**, 7(2), 192–197.
- SCHWARTZ, C. A. (2003). Adolescent dating violence and self-efficacy. **Australia: Victoria University**.
- SVALDI, J., CAFFIER, D., TUSCHEN-CAFFIER, B. (2010). Emotion Suppression But Not Reappraisal Increases Desire To Binge in Women With Binge Eating Disorder. **Psychother Psychosomatics**, 79(3), 188–90.
- TAĪ, Y-M., CHĪU, H-W. (2009). Comorbidity Study Of ADHD: Applying Association Rule Mining (ARM) To National Health Insurance Database Of Taiwan. **International Journal of Medical Informatics**, 78(12), E75–83.
- TADIĆ, A., WAGNER, S., HOCH, J., BAŞKAYA, Ö., VON CUBE, R., SKALETZ, C., ... & DAHMEN, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. **Psychopathology**, 42(4), 257-263.
- TANGNEY, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. **Behaviour research and therapy**, 34(9), 741–754.
- TANGNEY, J. P., STUEWIG, J., & HAFEZ, L. (2011). Shame, guilt, and remorse: Implications for offender populations. **Journal of Forensic Psychiatry & Psychology**, 22(5), 706-723.

- TEN HAVE M, VERHEUL R, KAASENBROOD A, VAN DORSSELAER S, TUÏTHOF M, KLEÏNJAN M, DE GRAAF R. (2016). Prevalence Rates of Borderline Personality Disorder Symptoms: A Study Based On The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. **BMC Psychiatry**. 19; 16:249.
- TOMKO, R. L., TRULL, T. J., WOOD, P. K., & SHER, K. J. (2014). Characteristics Of Borderline Personality Disorder in A Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. **Journal of Personality Disorders**, 28(5), 734–750.
- TORGERSEN, S., E. KRINGLEN AND V. CRAMER (2001). "The prevalence of personality disorders in a community sample." **Arch Gen Psychiatry**, 58(6): 590-596.
- TURNER, B.J., DIXON-GORDON, K.L., AUSTIN, S.B., RODRIGUEZ, M.A., ZACHARY ROSENTHAL, M., CHAPMAN, A.L. (2015). Non-Suicidal Self-Injury With and Without Borderline Personality Disorder: Differences in Self-Injury and Diagnostic Comorbidity. **Psychiatry Research**, 230, 28–35. Doi: 10.1016/J.Psychres.2015.07.058
- TUNÇ, P. (2020). Çocukluk Çağı Travması ile Bozulmuş Yeme Tutumları İlişkisinde Ebeveyne Bağlanmanın Düzenleyici Rolünün İncelenmesi. **Turk J Child Adolescent Mental Health**, 27(2), 75-84.
- VLASVELD, M. C., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M., ANEMA, J. R., VAN MECHELEN, W., BEEKMAN, A. T., VAN MARWIJK, H. W., & PENNÏNX, B. W. (2013). The Associations Between Personality Characteristics and Absenteeism: A Cross-Sectional Study in Workers With And Without Depressive and Anxiety Disorders. **Journal Of Occupational Rehabilitation**, 23(3), 309–317.
- YANOVSKI, S. Z. (2003). Binge Eating Disorder and Obesity in 2003: Could Treating An Eating Disorder Have A Positive Effect On The Obesity Epidemic?. **International Journal of Eating Disorders**, 34(S1), S117-S120.

- VELOTTI, P., ELISON, J., & GAROFALO, C. (2014). Shame and Aggression: Different Trajectories and Implications. **Aggression and Violent Behavior**, 19(4), 454-461.
- VLASVELD, M. C., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M., ANEMA, J. R., VAN MECHELEN, W., BEEKMAN, A. T., VAN MARWIJK, H. W., & PENNINX, B. W. (2013). The Associations Between Personality Characteristics and Absenteeism: A Cross-Sectional Study in Workers With And Without Depressive and Anxiety Disorders. **Journal Of Occupational Rehabilitation**, 23(3), 309–317.
- WALLER, J. V., KAUFMAN, N. R., & DEUTSCH, F. (1940). Anorexia Nervosa: A Psychosomatic Entity. **Psychosomatic Medicine**.
- WALSH, B., & SATIR, D. (2005). Classification of eating disorders 2002-2003. **Eating disorders review**. Part, 1.
- WEBB, M., HEISLER, D., CALL, S., CHICKERING, S. A., & COLBURN, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. **Child Abuse & Neglect**, 31(11-12), 1143-1153.
- WEINSTEIN, Y., GLEASON, M. E., & OLTMANN, T. F. (2012). Borderline But Not Antisocial Personality Disorder Symptoms Are Related To Self-Reported Partner Aggression in Late Middle-Age. **Journal Of Abnormal Psychology**, 121, 692–698.
- WESTPHAL, M., OLFSON, M., BRAVOVA, M., GAMEROFF, M.J., GROSS, R., WICKRAMARATNE, P., PILOWSKY, D.J., NEUGEBAUER, R., SHEA, S., LANTIGUA, R., ET AL. (2013). Borderline Personality Disorder, Exposure To Interpersonal Trauma, and Psychiatric Comorbidity in Urban Primary Care Patients. **Psychiatry**. 76(4), 365–80.
- WHISMAN, M. A., & SCHONBRUN, Y. C. (2009). Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: Marital distress, marital violence, and marital disruption. **Journal of personality disorders**, 23(4), 410-415.

- WICKER, F. W., PAYNE, G. C., & MORGAN, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. **Motivation and emotion**, 7, 25-39.
- WIDOM, C. S., CZAJA, S. J., & PARIS, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. **Journal of personality disorders**, 23(5), 433-446.
- WINGFIELD, N., KELLY, N., SERDAR, K., SHIVY, V. A., & MAZZEO, S. E. (2011). College students' perceptions of individuals with anorexia and bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, 44(4), 369-375.
- WOLFF, S., STIGLMAYR, C., BRETZ, H. J., LAMMERS, C. H., & AUCKENTHALER, A. (2007). Emotion Identification and Tension In Female Patients With Borderline Personality Disorder. **The British Journal Of Clinical Psychology**, 46(Pt 3), 347–360.
- WONDERLICH, S. A., GORDON, K. H., MITCHELL, J. E., CROSBY, R. D., & ENGEL, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, 8, 687-705.
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., DUBO, E. D., SICKEL, A. E., TRIKHA, A., LEVIN, A., & REYNOLDS, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. **American Journal of psychiatry**, 155(12), 1733-1739.
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., HENNEN, J., REICH, D. B., & SILK, K. R. (2005). The Mclean Study Of Adult Development (MSAD): Overview and Implications Of The First Six Years of Prospective Follow-Up. **Journal of Personality Disorders**, 19(5), 505–523.
- ZANARINI, M. C., REICHMAN, C. A., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., & FITZMAURICE, G. (2010). The Course of Eating Disorders in Patients With Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. **The International Journal of Eating Disorders**, 43(3), 226–232.

ZIMMERMAN, M., CHELMINSKI, I., YOUNG, D., DALRYMPLE, K., & MARTÍNEZ, J. (2012). Does The Presence of One Feature of Borderline Personality Disorder Have Clinical Significance? Implications For Dimensional Ratings Of Personality Disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 73(1), 8–12.

ZLOTNICK, C., JOHNSON, S. L., MILLER, I. W., PEARLSTEIN, T., & HOWARD, M. (2001). Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of An Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. **American Journal of Psychiatry**, 158(4), 638-640.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

DURAN, S.S., MARTÍNEZ, F.G., CÁRDENAS, S.D. (2016). “Hábitos Y Trastornos Alimenticios Asociados A Factores Sócio-Demográficos, Físicos E Conductuales En Universitarios De Cartagena, Colombia.” *Rev Clín Med Fam [Internet]*. 2011[Cited 2016 Nov 23];4(3), 193-204, <http://Scielo.Ísciii.Es/Pdf/Albacete/V4n3/Original2.Pdf> (Erişim Tarihi: 08 Mart 2022)

TEZLER

AMBWANI, S. (2009). “Mood, Food, Traits, and Restraint: An Experimental Investigation of Negative Affect, Borderline Personality, and Disordered Eating” (Retrieved From Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol.69(10-B), 63-98).

CAREY, E. G. (2020). “Borderline Personality Disorder: How And Why Do Gender And Psychological Trauma Increase The Risk of Diagnosis?” (Doctoral Thesis), University of Cambridge.

CEYLAN, V. (2017). “Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, Güvenirliliği, Faktör Yapısı” (Master's Thesis), Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

- DEMİR, A. (2012). “Akran Zorbalığına Karışan ve Karışmayan İlköğretim Öğrencilerinin Utanç ve Suçluluk Duygularının ve Adil Dünya İnançlarının İncelenmesi” (Master's thesis), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- DİLBİR, Y. (2013). “Ergenlerde Görülen Siber Zorba/Mağdur Yaşantılarının Utanç/Suçluluk Ve İntikam Duyguları Çerçevesinde İncelenmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013, S. 42.
- DÜŞGÖR, B. P. (2007). Anoreksiya Nervoza'da Babalık İşlevinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi.
- ELEVLİ, SAADET (2012). “Ergenlerde İntihar Olasılığının Yordayıcıları: Yalnızlık, Öfke İfade Biçimleri, Suçluluk ve Utanç Duyguları”, (Yüksek Lisans Tezi) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- ERBAŞ, S. (2015). Yeme Tutumlarının Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinde Değerlendirilmesi (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- FARAJI, H. (2020). Borderline Kişilik Bozukluğunda Duygu Düzenleme ve İlk Nesne İlişkileri ile Ruhsal İşleyişin Rorschach Testindeki Görünümü, (Doktora Tezi) Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı.
- IŞIK, B. (2009). Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi), Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- KAYA, F. (2019). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ile beden algısı ilişkisinde irrasyonel inanışlar ve ontolojik iyi oluşun aracılık rollerinin incelenmesi (Master's thesis), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KEÇELİ, F. (2006). Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu, (Uzmanlık Tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

- KOURT R. (2011). 18-24 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Dissosiyatif Yaşantılar ve Suçluluk Utanç Duyguları ile İlişkinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- ÖZTÜRK. Ö. “İstanbul H Tipi Cezaevinde Kalan Ergenlerde Suçluluk-Utanç Duygusunun Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi) Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, 2005, S.48-74.
- SART, C. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre Yordanması, (Master's Thesis), Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TAŞAN, Ö. F. (2022). Ergenlerde İlişkisel Saldırganlık ile Utanç ve Suçluluk Arasındaki İlişkide Ahlaki Çözülmenin Aracı Rolü (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

DİĞER KAYNAKLAR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2013). “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 5th Ed, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- SANDS, S. (1991). “Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view”. In Earlier versions of the chapter were presented at the 12th Annual Conference on the Psychology of the Self, San Francisco, CA, Oct 12-15, 1989, and at the Division 39 (Psychoanalysis) American Psychological Association meeting, New York, NY, Apr 5-8, 1990. The Guilford Press.

EKLER

Ek.1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Ek.2: Borderline Kişilik Ölçeği (BKÖ)

Ek.3: Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26)

Ek.4: Hatayla İlişkili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (HUS)

Ek.5: İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Ek.6: Bilgilendirici Onam Formu

Ek1: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Yaş:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Medeni durumunuz?

Bekar Evli Boşanmış Ayrı yaşıyor

Eğitim düzeyiniz nedir?

İlköğretim Ortaöğretim Lisans Lisansüstü

Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyorum Çalışmıyorum

Algılanan aylık gelirinizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

Düşük Orta Yüksek

Bilinen ruhsal bir bozukluğunuz var mı? (Evet ise lütfen belirtiniz.)

Evet

Hayır

Ek2: Borderline Kişilik Ölçeği (Bkō)

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Lütfen aşağıdaki tüm ifadeler için son iki yıl ve öncesinde *SİZİ EN İYİ TANIMLADIĞINI DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ* en uygun seçeneği işaretleyiniz. Yanıtınız doğru ise D seçeneğini daire içine alınız. Eğer yanıtınız yanlış ise Y seçeneğini daire içine alınız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. Doğru, yanlış, ya da hileli yanıt yoktur! Olabildiğince dürüst yanıtlar vermeye özen gösteriniz ve her bir soruda uzun süre düşünmeden yanıt vermeye dikkat ediniz. Bazen karar vermek sizin için zor olsa bile, lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışınız.

1. İşleri çoğu kez üzerinde fazla düşünmeden yaparım.	D	Y
2. Çoğu kez birdenbire depresif ve anksiyeteli hissederim.	D	Y
3. İnsanlar çoğu kez beni terkederler.	D	Y
4. Arkadaşlarım tarafından nadiren hayal kırıklığına uğrarım.	D	Y
5. Kendimi diğer kişilerden (derece olarak) daha aşağıda hissederim.	D	Y
6. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunmakla tehdit ettiğim oldu.	D	Y
7. Hayatımla ilgili bir şeyler yapmak için becerilerimin var olduğuna inanmıyorum.	D	Y
8. Nadiren diğer insanlara kızarım.	D	Y
9. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	D	Y
10. Uzunca bir süre tanımadığım birisiyle cinsel ilişkide bulunmam.	D	Y
11. Bazen kendimi anksiyeteli ya da gergin hissederim, birkaç saat sonra da üzgün hissederim.	D	Y
12. Bana yakın olan insanlar öldüğünde ya da beni bıraktıklarında, kendimi terk edilmiş hissederim.	D	Y
13. Potansiyel dostlukları çoğu kez abartır, sonra da yürümeyeceklerini anlarım.	D	Y
14. Diğer insanlar gibi olsaydım kendimi iyi hissederdim.	D	Y
15. Kasıtlı olarak kendimi öldürmeye çalışmaksızın, kendime zarar vermeye çalıştım.	D	Y
16. Genel olarak, hayatım çok sıkıcıdır.	D	Y
17. Sık sık fiziksel kavgalar ederim.	D	Y
18. Bazen birilerinin peşimde olduğunu hissine kapılırım.	D	Y
19. Arkadaşlarım duygularımın çok hızlı bir şekilde değiştiğini söylerler.	D	Y
20. Yalnız zaman geçirmekten korkarım.	D	Y
21. Güvenilir görünen insanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
22. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	D	Y
23. Çoğu kez başkalarına sunacak hiçbir şeyim yok gibi hissederim.	D	Y
24. Öfkelendiğimde kendimi kontrol edememe sorunum var.	D	Y

25. Başkalarının zihnini okuyabilirim.	D	Y
26. Kokain, eroin gibi ağır uyuşturucu maddeler denedim	D	Y
27. Duygu durumum gün boyunca mutluluk, öfke, anksiyete ve depresyon arasında sık sık gider gelir.	D	Y
28. Arkadaşımdan ayrıldığımda, onları tekrar göreceğimden eminimdir.	D	Y
29. Arkadaşlarım çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
30. Kendimi bilerek kestim.	D	Y
31. Çoğu kez kendimi yalnız ve terk edilmiş hissedirim.	D	Y
32. Öfkeli olduğumda kendimi kontrol etmede hiç bir zorluk çekmem.	D	Y
33. Bazen başkalarının görmediği ya da duymadığı şeyler görür ve duyarım.	D	Y
34. İlk buluşmada cinsel ilişkide bulunmak benim için alışılmamış değildir.	D	Y
35. Bazen kendimi çok üzgün hissedirim ama bu duygu hızlı bir şekilde geçer.	D	Y
36. İnsanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
37. Keşke bazı arkadaşlarım gibi olabilsem.	D	Y
38. Dikkat çekmek için kendime zarar verdiğim oldu.	D	Y
39. Farklı insanlarla farklı ortamlarda bulunduğumda bazen kim olduğumdan emin olmayacak derecede kendimi farklı hissedirim.	D	Y
40. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.	D	Y
41. Bazen başkalarının ne düşündüğünü gerçekten duyabilirim.	D	Y
42. Canım istediğinde uyuşturucu maddeler kullanırım.	D	Y
43. Nadiren kendimi üzgün ya da anksiyeteli hissedirim.		
44. Beni hiç kimse sevmiyor.	D	Y
45. İnsanlara güvendiğimde, nadiren beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
46. İnsanların beni daha yakından tanıdıklarında, beni sevmeyeceklerini hissediyorum.	D	Y
47. Kolayca öfkelenirim.	D	Y
48. Başkalarının zihinlerini okumak mümkün değildir.	D	Y
49. Bazen kendimi çok mutlu hissediyorum ama bu duygu hızlı bir şekilde değişebiliyor.	D	Y
50. Onlara ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacakları için, başkalarına bağımlı olmaktan zorlanırım.	D	Y
51. Önem verdiğim kişilerle ilişkilerimde inişler ve çıkışlar çok olur.	D	Y
52. Kendim gibi davranmada rahatımdır.	D	Y
53. Asla kendime zarar girişiminde bulunmadım.	D	Y
54. Nadiren yalnızlık hissedirim.	D	Y
55. Çoğu kez önemsiz şeylerin beni öfkeli kıldığı olur.	D	Y
56. Bazen gerçek olanla hayalimde canlandırdığım arasındaki farkı atlarım.	D	Y
57. İçki içtiğim zaman, çok fazla içerim.	D	Y
58. Kendimi huysuz, geçimsiz bir kişi olarak düşünürüm.	D	Y
59. İnsanlar çoğu kez beni terk ettikleri için, onlarla yakın ilişkiler geliştirmede zorluk çekerim.	D	Y
60. Onlara ihtiyacım olduğunda arkadaşlarım her zaman yanımda olurlar.	D	Y
61. Keşke bir başkası olsaydım.		
62. Hayatımın ilginç olmadığını hissediyorum.	D	Y

63. Öfkelendiğim zaman, bazen eşyalara vurup kırabilirim.	D	Y
64. Çoğu kez aşırı hız nedeniyle trafik cezası alırım.	D	Y
65. Çoğu kez duygusal açıdan bir lunapark treninin üzerindeymiş gibi hissederim.	D	Y
66. Ailem tarafından terk edilmiş gibi hissediyorum.	D	Y
67. Kim olduğum konusunda kendimi çok rahat hissediyorum.	D	Y
68. Çoğu kez işleri fazla düşünmeden, dürtüsel olarak yaparım.	D	Y
69. Hayatımın bir amacı yoktur.	D	Y
70. Gelecekte ne yapmak istediğimden emin değilim.	D	Y
71. Bazen o kadar çok yiyorum ki, ya çok sancım oluyor ya da kendimi kusmak için zorlamak zorunda kalıyorum.	D	Y
72. İnsanlar huysuz, geçimsiz bir kişi olduğumu düşünürler.	D	Y
73. Sevdiğim insanlar beni çoğu kez bırakırlar.	D	Y
74. Sosyal durumlarda, çoğu kez başkalarının zihnimden geçenleri sezeceklerini ve onlara sunabileceğim pek bir şey olmadığını farkedeceklerini hissederim.	D	Y
75. Kendime zarar vermeye çalıştığım için hastanede yattığım olmuştur.	D	Y
76. Çoğu kez boşluk duygusu hissederim.	D	Y
77. Başkaları beni çoğu kez öfkelenendirir.	D	Y
78. Değer verdiğim birisinin beni bırakacağını düşünmek beni çoğu kez çılgına çevirir.		
79. Uzun vadeli amaçlarım konusunda kafam karışıktır.	D	Y
80. Başkaları çok çabuk öfkelendiğimi söylerler.		

Ek.3: Yeme Tutum Testi Kısa Formu (Ytt-26)

Açıklama: Bu ölçek profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.

Aşağıdayeralanherifadeiçinsizeuygungelenbirşik kışaretleyiniz.	Dai ma	ÇokS ık	SıkS ık	Baz en	Nadir en	HiçbirZa man
1. Şişmanlamaktanödümkopar.						
2. Acıktığımdayemeyemeye çalışırım.						
3. Kendimisürekliyemekdüşünürkenbulur um.						
4. Yemeyemeyidurduramadığımı hissettiğimzamanlar olur.						
5. Yiyeceğimküçükparçalara bölerim.						
6. Yediğimiyeceklerinkalorisini bilirim.						
7. Ekmek,patates,pirinçgibiyüksek kaloriliyiyeceklerdenkaçınırım.						
8. Başkaları,benimdahafazla yememiterchediyorlargibi gelir.						
9. Yemekyediktensonrakusarım.						
10.Yemekyediktensonraaşırı suçlulukduyarım.						
11.Zayıfolmaarzusuzihnimi meşgul eder.						
12.Egzersizyaptığımdaharcadığım kalorileridüşünürüm.						
13.Başkalarıçokzayıf olduğumu düşünür.						
14.Vücutumdayağ birikeceği(şişmanlayacağım)düşüncesizihnimim eşguleder.						
15.Yemeklerimiyemek başkalarınınkindendahauzsürer.						
16.Şekerliyiyeceklerdenkaçınırım.						
17.Diyet(perhiz) yemekliyerim.						
18.Yaşamımıyiyeceğinkontrolettiğini düşünürüm.						
19.Yiyecekkonusundakendimi denetleyebilirim.						
20.Yemeyemekonusunda başkalarınınbanabaskıyaptığımıhissederim.						

21.Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazlazamanımı alır.						
22.Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.						
23.Diyet yaparım.						
24.Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25.Yemeklerden sonra iğimden kusmak gelir.						
26.Şekerli,yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

Ek.4: Hatayla İlişkili Utanç Ve Suçluluk Ölçeği (Hus)

Aşağıda bulunan ifadeler sizin bir hata yaptıktan veya suç işledikten sonra yaşayabileceğiniz durumları tanımlamaktadır. Lütfen ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip, sizi böyle bir durumda ne kadar doğru biçimde tanımladığına göre en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.

1 2 3 4 5 6 7
Hiç uygun değil —> —> —> —> —> —> **Tamamen uygun**

		1	2	3	4	5	6	7
1	Yaptığım şey karakterime asla uygun değildi.	1	2	3	4	5	6	7
2	Yaptığım şeyi bilen insanların gözüne görünmemeye çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
3	İnsanların ne yaptığımı bildikleri düşüncesine dayanmam.	1	2	3	4	5	6	7
4	İncittiğim ve zarar verdiğim insanları düşünmekten kendimi alıkoyamam.	1	2	3	4	5	6	7
5	Yaptığım şeyden sonra diğer insanlara göre daha değersiz olduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
6	Yaptığım şeyden dolayı insanların benim hakkında ne düşünecekleri konusunda endişelenirim ve bu konuda kendime yardımcı olamam.	1	2	3	4	5	6	7
7	Yaptığım şeyden dolayı kendimi asla affetmeyeceğim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Diğer insanların şu anda beni nasıl gördüklerini ve değerlendirdiklerini düşünmek beni çok rahatsız ediyor.	1	2	3	4	5	6	7
9	Yaptığım şeyden dolayı vicdan azabı yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10	Yaptığım şeyi telafi etmek için elimden gelen her şeyi yapacağım.	1	2	3	4	5	6	7

Ek.5: İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.04.2022-48781



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-48781
Konu : Etik Onayı Hk.

25.04.2022

Sayın SONGÜL OĞUR

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Etik Komisyonu'nun 21.04.2022 tarihli ve 2022/07 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin KAZAN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSF43F2R62 Pin Kodu : 79132

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys/>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Şişliköy , 34295 Küçükçekirce / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Keş Adresi : iau.yazisleri@iau.hsk3.kep.tr

Bilgi için : Hicran DEMİR

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı



Ek.6: Bilgilendirici Onam Formu

Değerli katılımcılar,

Bu araştırma İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında Prof. Dr. Ahmet Ertan Tezcan danışmanlığında Klinik Psikoloji öğrencisi Songül Oğur tarafından yürütülmektedir. Bu çalışma **Borderline Kişilik Özellikleri ve Yeme Tutumları ile Suçluluk ve Utanç Arasındaki İlişkinin İncelenmesini** belirlemek amacıyla yapılacaktır. Ölçeklere vereceğiniz yanıtlar sadece araştırma amacıyla kullanılacak, kişisel bilgileriniz (kimlik, iletişim vb.) bilgileriniz alınmayacaktır. Ölçek yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi yanıtlar araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliğini artıracaktır. Size uygun olan seçeneği işaretlemeniz rica olunur.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Songül OĞUR

ÖZGEÇMİŞ

Ad- Soyad: Songül OĞUR

ÖĞRENİM DURUMU:

Lisans: 2019, İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans: 2023, İstanbul Aydın Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

