
DÜŞÜNEN ADAM

The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences



Author's Accepted Manuscript

The relationship between perceived stress, dissociative experiences, depressive symptoms and anxiety sensitivity in borderline personality disorder

Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam, Soner Cakmak, Kerim Ugur, Caner Yesiloglu

To appear in: *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*

DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00072

Cite this article as: Demirkol ME, Tamam L, Cakmak S, Ugur K, Yesiloglu C. The relationship between perceived stress, dissociative experiences, depressive symptoms and anxiety sensitivity in borderline personality disorder, *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, DOI: 10.14744/DAJPNS.2020.00072

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted by the *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* editor for publication. As a service to our researchers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting galley proof before it is published in its final citable version. Please note that during the production process, typos or errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers pertaining to the manuscript.

Mehmet Emin Demirkol¹, Lut Tamam¹, Soner Cakmak¹, Kerim Ugur², Caner Yesiloglu¹

¹Cukurova University School of Medicine, Department of Psychiatry, Adana - Turkey

²Malatya Training and Research Hospital, Department of Psychiatry, Malatya - Turkey

Sorumlu Yazar:

Lut Tamam, Cukurova University School of Medicine, Department of Psychiatry, Adana - Turkey

E-mail: ltamam@gmail.com

Tel:+90-322-338-62-04

ABSTRACT**The relationship between perceived stress, dissociative experiences, depressive symptoms and anxiety sensitivity in borderline personality disorder**

Objective: Borderline personality disorder is characterized by impulsive behaviors, inconsistency in interpersonal relationships, difficulty in regulating feelings and thoughts. In these patients, dissociative symptoms, defined as impaired consciousness, memory, and integrity in perception, are often observed and negatively affect the prognosis. This study aims to demonstrate the mediating effects of depressive symptoms and anxiety sensitivity between perceived stress and dissociative experiences in patients with borderline personality disorder.

Methods: Seventy-four patients with borderline personality disorder according to the DSM-5 criteria and 70 healthy controls with no psychiatric disorders were included in the study. Sociodemographic data form, the Beck Depression Inventory, Dissociative Experiences Scale, Perceived Stress Scale, and Anxiety Sensitivity Index were used for data collection.

Results: The total and physical, cognitive, social sub-dimension scores of Anxiety Sensitivity Index, total scores of Dissociative Experiences Scale, the Beck Depression Inventory, and Perceived Stress Scale were higher in the patient group than the control group. There was a positive and statistically significant correlation between anxiety sensitivity, dissociative experiences, depressive symptoms, and perceived stress scores in the patient group. Depressive symptoms and anxiety sensitivity had partial mediating effects in the relationship between perceived stress and dissociative experiences.

Conclusion: Dissociative symptoms lead to worsening of the course in borderline personality disorder. Our study revealed a significant relationship between perceived stress, depressive symptoms, and anxiety sensitivity with dissociative experiences. Therapeutic interventions for anxiety sensitivity and depressive symptoms would be beneficial in the prognosis of borderline personality disorder by preventing or reducing the severity of dissociative experiences.

Keywords: Borderline personality disorder, dissociative experiences, anxiety sensitivity, depressive symptoms, perceived stress

ÖZ**Sınırdaki Kişilik Bozukluğunda Algılanan Stres, Disosiyatif Yaşantılar, Depresif Belirtiler ve Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi**

Amaç: Sınırdaki kişilik bozukluğu, dürtüsel davranışlarda bulunma, kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık, duygu ve düşüncelerini düzenlemekte zorluk ile seyreden bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalarda bilinç, bellek, algılamada bütünlüğün bozulması olarak tanımlanan disosiyatif belirtiler sıklıkla gözlenmekte ve prognozu olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada sınırdaki kişilik bozukluğu tanımlı hastalarda algılanan stres ve disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığının aracı etkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DSM-5 kriterlerine göre sınırdaki kişilik bozukluğu tanımlı 74 hasta ve herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmadığı belirlenen 70 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADI) kullanılmıştır.

Bulgular: Sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireylerde Anksiyete Duyarlılığı İndeksi toplam puanı ve fiziksel, bilişsel, sosyal alt boyutları, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği toplam puanları kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Hasta grupta anksiyete duyarlılığı, disosiyatif yaşantılar, depresif belirtiler, algılanan stres puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Algılanan stres ile disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide depresif belirtilerin ve anksiyete duyarlılığının kısmi aracı etkisi gösterilmiştir.

Sonuç: Sınırdaki kişilik bozukluğu tanımlı bireylerde disosiyatif belirtilerin görülmesi gidişatın kötüleşmesine yol açmaktadır. Çalışmamızda algılanan stres, depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığının disosiyatif yaşantılar ile anlamlı ilişkisi gösterilmiştir. Disosiyatif yaşantıların engellenmesi, şiddetinin azaltılması ve hastalığın daha iyi seyretmesi için anksiyete duyarlılığı ve depresif belirtilere yönelik tedavi yaklaşımlarının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Sınırdaki kişilik bozukluğu, disosiyatif yaşantılar, anksiyete duyarlılığı, depresif belirtiler, algılanan stres

GİRİŞ

Sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğu (SKB) duygu ve düşünceleri düzenlemekte zorluk, dürtüsel davranışlarda bulunma, kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık ile karakterize bir kişilik bozukluğudur (1). Sıklığı Amerika Birleşik Devletleri'nde normal popülasyonda %2.7, psikiyatrik başvuruda bulunanlar arasında yaklaşık %12 olarak saptanmıştır (2). Ülkemizdeki sıklığı üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %8.5 saptanmıştır (3). SKB tanılı bireylerde sağlıklı popülasyona göre daha sık psikiyatrik hastalık komorbiditesi, özkıyım ve kendine zarar verme girişimi gözlenmektedir (4). SKB etiyojisinde yaygın olarak diatez-stres modeli kabul görmektedir. Bu model mizaç, güvenlik zaafiyetleri ve çocukluk çağı travmalarının kombinasyonundan oluşmaktadır (5). Zanarini (6), SKB tanılı bireylerin %25-73'ünün fiziksel istismara, %40-76'sının cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Sonraki çalışmalarda duygusal ihmalin de SKB belirtilerine yol açabildiği gösterilmiştir (7).

SKB'de klinik bulgular arasında özellikle dürtüsellik, agresyon, duygulanımda labilite önemli yer tutmaktadır (8). Bu bulgular dışında emosyonel hassasiyet ve duyguların bilişsel düzeyde değerlendirilmesi sonrası kaygı veya stres düzeyinin artması da dikkat çekmektedir. Anksiyete duyarlılığı SKB'de semptom şiddetini arttıran bilişsel özelliklerden biridir. Anksiyete duyarlılığı, anksiyeteye ilişki semptomlarının olumsuz somatik, bilişsel, toplumsal sonuçlar yaratacağına dair inançlara neden olan kalıcı bir kişisel farklılıktır. Anksiyete duyarlılığının öğrenilmiş olduğu ifade edilse de kalıtsal geçişi olabileceği de gösterilmiştir. SKB tanısı olanlarda anksiyete duyarlılığının normal popülasyondan daha yüksek olduğu ayrıca anksiyete ve anksiyete duyarlılığının kişilik patolojileri üzerine yapılan boyutsal bir değerlendirmede SKB'nin çekirdek belirtisi olan emosyonel disregülasyon üzerine etkili etiyojik faktörler arasında yer aldığı gösterilmiştir (5). Depresif belirtiler SKB'ye sıklıkla eşlik etmektedir (9) ve yüksek oranda işlevsellik kaybına neden olmaktadır (10).

Disosiyasyon örseleyici bir yaşantı sonrası uyum sağlamak ve başa çıkmak için kullanılan bir savunma tepkisidir. Disosiyatif süreç zekâ, kimlik, bellek, algı, duygu, düşünce içeriği, düşünce yapısı, davranışlar gibi bilişsel işlevlerin bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanmaktadır. Genellikle stres altında ani ve geçici tepkiler olarak gözlenmektedir (11). Stres sonrasında ortaya çıkan disosiyatif belirtiler SKB tanı ölçütlerinden biridir (1). Stilgmayer ve arkadaşları (12) SKB, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk olgularını stres sonrası 48 saat süresince disosiyatif yaşantılar yönünde kıyaslamış ve SKB tanısı olanlarda disosiyatif yaşantıların daha şiddetli olduğunu saptamıştır.

Disosiyatif yaşantılar SKB tanılı bireylerin yaklaşık üçte ikisinde gözlenmekte ve klinik tablonun daha ağır seyretmesine, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya, benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. Klinik önemine rağmen disosiyatif bulguların nasıl oluştuğu net olarak açıklanamamıştır (13). Bu çalışmada SKB tanılı bireylerde disosiyatif belirtilerin stres sonrasında ortaya çıkabileceği varsayımından hareket ederek; bu ilişkide depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığının aracı rolünün gösterilmesi amaçlanmıştır. Bu ilişkinin gösterilmesi, anksiyete duyarlılığı, stres yükü ve depresif belirtilerin tedavi edilmesi ile disosiyatif belirtilerin ortaya çıkmasının ve şiddetlenmesinin önlenilebileceği; böylece hastaların işlevsellik düzeyinin artacağı ve hastalığın daha iyi seyredeceği düşünülmektedir.

YÖNTEM

Çalışmanın etik kurul onayı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi (04.09.2019 tarih ve 32 no'lu karar). Görüşme öncesi tüm katılımcılardan yazılı onam alındı. Çalışma Helsinki Bidirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Psikiyatrik görüşmeler birinci yazar tarafından DSM-5 tanı kriterleri temel alınarak yapıldı. ÇÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine 15.09.2019-15.12.2019 tarihleri arasında başvurmuş SKB tanısıyla sağaltım gören, 18 yaşından büyük, okuma ve yazma bilen 86 hasta ve herhangi bir ruhsal hastalığı olmadığını belirten 75 gönüllü ön değerlendirmeye alındı. Anksiyete duyarlılığı üzerine karıştırıcı etkilerinden dolayı DSM-5'te anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif spektrumda yer alan ruhsal bozukluklar, disosiyatif yaşantılar ile varolanlar karışabileceği için DSM-5'te psikotik bozukluklar grubunda yer alan hastalıklar dışlama ölçütü olarak belirlendi. Yapılan ilk değerlendirme sırasında hasta grubundan dört hasta yaygın anksiyete bozukluğu, beş hasta panik bozukluk, üç hasta obsesif kompulsif bozukluk ek tanısı aldığı için; kontrol grubunda ise iki hasta yaygın anksiyete bozukluğu, bir hasta panik bozukluk, iki hasta obsesif kompulsif bozukluk tanısı ile çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya 74 hasta, 70 sağlıklı kontrol ile devam edildi.

İşlem

Psikiyatrik görüşme, sosyodemografik veri formunun ve ölçeklerin doldurulması için her katılımcıya 60-90 dakika süre verildi. Katılımcıların anlamadığı öğeler görüşmeci tarafından açıklandı.

Ölçekler

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresif semptomların şiddetini değerlendiren, 21 maddeden oluşan, dörtlü likert tarzında bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puan 0-63 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar depresif semptomların şiddetini gösterir (14). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,80 olarak saptanmıştır (15).

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADİ): Anksiyete duyarlılığını fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyutları ile değerlendiren 18 maddeden oluşan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Somatik yakınmalardan duyulan kaygı fiziksel belirtiler boyutunda, dikkat, düşünce içeriği ve düşünce yapısı hakkında duyulan kaygı bilişsel alt boyutta, toplumsal ortamlarda duyulan kaygı sosyal alt boyutta değerlendirilmektedir. Her maddede sorgulanan durumla ilgili kişilerin şimdiye kadarki deneyimine göre ya da böyle bir durum karşısında hissedeceklerini düşünerek puanlama yapılır (16). Toplam puan arttıkça anksiyete duyarlılığı artar (17). Türkçe validasyon çalışmasında Cronbach alfa değeri bilişsel belirtiler için 0.88, sosyal belirtiler için 0.82, fiziksel belirtiler için 0.89, tüm ölçek için 0.93 olarak bulunmuştur. (18).

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Bireyin son bir ay boyunca yaşadıklarını ne derecede kontrol edilemez, öngörülemesiz olarak algıladığını ölçen, 14 maddeden oluşan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. '0' 'hiç', '4' 'çok sıklıkla' aralığında puanlanmaktadır. Olumlu ifade içeren yedi madde ters puanlanmaktadır. Skor aralığı 0-56 arasında olup artan değerler algılanan stresin arttığını göstermektedir (19). Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.84 bulunmuştur (20).

Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DYÖ): Disosiyatif yaşantıları taramak ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen 28 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular 0-100 arasında puanlanmakta ve puanların aritmetik ortalaması alınarak ölçek skoru hesaplanmaktadır. Yüksek puanlar disosiyatif belirtilerin şiddetinin arttığını göstermektedir (21). Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.91 hesaplanmıştır (22).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde MPLUS 7.4, Jamovi project ve JASP Team programlarından yararlanıldı. Tüm modellerdeki yol katsayıları ve karşılaştırmalardaki anlamlılığın incelenmesinde $p=0.05$ kritik değeri kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma veya ortanca-çeyreklikler arası genişlik şeklinde özetlenirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde şeklinde verildi. Veriler analiz edilmeden önce tek değişkenli normallik ve çoklu bağlantılılık (*multicollinearity*) incelendi. Örneklem büyüklüğünün 50'nin üzerinde olması nedeniyle her bir değişkene ait Kolmogorov-Smirnov istatistiği ile incelendi. Çoklu bağlantılılık için değişkenler arası korelasyon katsayıları ve varyans genişlik faktörü (VIF) değerleri incelendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Ki-Kare testi veya Fisher Exact testi ile değerlendirildi. Kontrol grubu ve SKB tanılı olgulara göre yapılan sayısal değişken karşılaştırmalarında, değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Independent samples t test kullanılırken, normal dağılım göstermediği durumlarda Mann Whitney U testi kullanıldı.

Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki Spearman Rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Disosiyatif yaşantılara etki eden faktörler tek değişkenli ve çoklu regresyon modeli ile incelendi. Çoklu regresyon modelinde disosiyatif yaşantılar üzerine etkili faktörler araştırılırken, ADİ toplam skoru çoklu bağlantılılık sorunu oluşturduğu için ($VIF>10$) modelden çıkarıldı. VIF değerlerinin 10'dan küçük olması da çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (23). Aracı analizi (mediation analysis), bootstrap yöntemi (bootstrap 5000) kullanılarak test edildi. Aracı modellerinde maksimum olabilirlik kestirim yöntemi kullanıldı. İlk olarak temel model yani aracı değişken analize dâhil edilmeden dışsal değişkenin içsel değişkeni anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığı test edildi. Daha sonra aracı değişken modele eklenerek doğrudan ve dolaylı etkiler incelendi. Analizlerdeki içsel değişken (DYÖ), dışsal değişken (algılanan stres) ve aracı değişkenler (depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığı) sürekli değişkenlerdir.

BULGULAR

Tablo 1'de hasta ve kontrol gruplarının demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldı. SKB tanılı bireylerin yaş ortalaması 26.8 ± 7.9 iken, kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 26.5 ± 4.1 idi. Gruplara göre yaş, cinsiyet, eğitim yılı, medeni durum, çalışma durumu, yaşadıkları yer, alkol ve madde kullanım durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi (her biri için $p>0.05$). SKB tanılı bireylerin sigara kullanım durumu ve özkiyım girişim oranları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (her biri için $p<0.001$).

Tablo 1. Gruplara göre bazı demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2'de gruplara göre ADİ toplam ve alt boyutları, DYÖ, BDÖ ve ASÖ puanları karşılaştırıldı. SKB tanılı bireylerin ADİ toplam, fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyut puan ortancaları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (her biri için $p<0.05$). Aynı şekilde SKB grubunda DYÖ, BDÖ, ASÖ ortancalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (her biri için $p<0.05$).

Tablo 2. Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 3'te SKB tanılı olguların eğitim durumu, ADİ, DYÖ, ASÖ, BDÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Olguların eğitim yılı arttıkça DYÖ puanlarının azaldığı görüldü ($p=0,022$). ADİ total puanı ile DYÖ, BDÖ ve ASÖ arasında anlamlı düzeyde aynı yönlü bir ilişki olduğu görüldü (her biri için $p<0.05$). Diğer yandan DYÖ puanları arttıkça ADİ fiziksel, bilişsel ve sosyal alt boyut puanları ile

birlikte BDÖ ve ASÖ puanlarının da arttığı görüldü (her biri için $p<0.05$). Son olarak hastaların BDÖ puanları ile ASÖ puanları arasında aynı yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0.001$).

Tablo 3. SKB tanılı olguların ölçek puanları ve eğitim yılı arasındaki ilişki

Tablo 4'te SKB tanılı olguların disosiyatif yaşantıları üzerine etkili faktörler araştırıldı. Tek değişkenli sonuçlar incelendiğinde, eğitim yılı, ADİ fiziksel, ADİ bilişsel, ADİ sosyal alt boyutları, BDÖ ve ASÖ puanlarının disosiyatif yaşantıları etkilediği gözlemlendi (her biri için $p<0.05$). Çoklu lineer regresyon modeli incelendiğinde ise, eğitim yılı, ADİ bilişsel alt boyutu, BDÖ ve ASÖ puanlarının disosiyatif yaşantıları etkilediği görüldü (her biri için $p<0.05$). Çoklu modelde açıklanan varyans %72.2 idi.

Tablo 4. SKB tanılı olguların disosiyatif yaşantıları üzerine etkili faktörler

SKB tanılı olgularda algılanan stres düzeyi ile disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide depresif belirtilerin aracı rolünün incelendiği aracı analizi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır. Aracı analizinin standartlaştırılmış yol katsayıları ve standart hatalarını içeren yol diyagramı Şekil 1'de sunulmuştur. Tablo 5'e göre depresif belirtiler eklenmeden incelenen temel modelde (Model I) algılanan stresin disosiyatif yaşantıları pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.469$, $p<0.001$, $R^2=0.22$). Depresif belirtiler eklendiği aracı analizinde (Model II) algılanan stresin depresif belirtileri ($\beta=0.463$, $p<0.001$) ve depresif belirtilerin disosiyatif yaşantıları ($\beta=0.676$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Ayrıca algılanan stres ile disosiyatif yaşantılar arasındaki doğrudan etki ($\beta=0.156$, $p=0.033$); algılanan stres, depresif belirtiler ve disosiyatif yaşantılar yolundaki dolaylı etkininin ($\beta=0.313$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Model disosiyatif yaşantılardaki varyansın %58'ini ve depresif belirtilerdeki varyansın %21'ini açıklamaktadır.

Özetle Tablo 5'e göre depresif belirtilerin (aracı değişken) eklendiği aracı analizinde hem doğrudan etkinin ($p=0.033$) hem de dolaylı etkinin ($p<0.001$) anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sebeple depresif belirtilerin, algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerine etkisinde kısmi aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir.

Tablo 5. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rolü

Şekil 1. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rolünü gösteren yol diyagramı

Algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolünün incelendiği aracı analizi sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır. Aracı analizinin standartlaştırılmış yol katsayıları ve standart hatalarını içeren yol diyagramı Şekil 2'de sunulmuştur. Tablo 6'ya göre anksiyete duyarlılığı eklenmeden incelenen temel modelde (Model I) algılanan stresin disosiyatif yaşantıları pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur ($\beta=0.469$, $p<0.001$, $R^2=0.22$). Anksiyete duyarlılığının eklendiği aracı analizinde (Model II) algılanan stresin anksiyete duyarlılığını ($\beta=0.266$, $p=0.016$) ve anksiyete duyarlılığının disosiyatif yaşantıları ($\beta=0.617$, $p<0.001$) pozitif yönde anlamlı bir şekilde yordadığı görülmüştür. Ayrıca algılanan stres ile disosiyatif yaşantılar arasındaki doğrudan etki ($\beta=0.305$, $p<0.001$); algılanan stres, anksiyete duyarlılığı ve disosiyatif yaşantılar yolundaki dolaylı etkininin ($\beta=0.164$, $p=0.018$) pozitif yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Model

disosiyatif yaşantılardaki varyansın %57'sini ve anksiyete duyarlılığındaki varyansın %7'sini açıklamaktadır.

Özetle Tablo 6'ya göre anksiyete duyarlılığının (aracı değişken) eklendiği aracı analizinde hem doğrudan etkinin ($p<0.001$) hem de dolaylı etkinin ($p=0.018$) anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sebeple anksiyete duyarlılığının, algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerine etkisinde aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir.

Tablo 6. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolü

Şekil 2. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolünü gösteren yol diyagramı

TARTIŞMA

Disosiyatif belirtiler SKB, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi gibi birçok psikiyatrik rahatsızlıkta görülür ve klinik tabloyu olumsuz etkiler (24). SKB'de genellikle stres sonrasında görülen disosiyatif yaşantılarının nedenini bulmak ve düzeltmek tedavinin ilk basamağı olabilir. Çalışmamızda elde edilen en önemli sonuç SKB tanısı olan bireylerde algılanan stres düzeyi ile disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide depresif belirtilerin ve anksiyete duyarlılığının aracı etkilerinin gösterilmesidir.

SKB gelişiminde travmatik erken yaşam olaylarının, majör depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların etiyolojisinde ise stresli yaşam olaylarının ve kişilerarası çatışmaların etkili olabileceği gösterilmiştir (25). Bu nedenle algılanan stresin SKB ve depresyon arasında transdiagnostik bir faktör olduğu düşünülebilir. Yaşam kalitesini ve işlevselliği ciddi düzeyde etkileyen depresif bozukluk SKB tanılı olgularda en sık gözlenen komorbid psikiyatrik bozukluktur. Depresyon ve SKB'nin birlikte görüldüğü vakalarda her iki hastalığın da tek başına görüldüğü vakalara göre hastalık şiddetinin, öfke, hostilite ve kendine zarar verme davranışının arttığı belirtilmiştir (26). Depresif belirtilerin diğer ruhsal durumlar üzerine aracı rolü geçmiş çalışmalarda gösterilmiştir (27). Bu verilerden yola çıkarak oluşturduğumuz modelde (Şekil 1) SKB tanılı bireylerde stres sonrasında deneyimlenen disosiyatif yaşantılarda depresif belirtilerin kısmi aracı rolü gösterilmiştir. Elde ettiğimiz bulgular algılanan stres düzeyi değişirse bile SKB tanılı bireylerde depresif belirtilerin tedavi edilerek disosiyatif yaşantıların kontrol altına alınabileceğini göstermektedir.

Lilienfeld ve Penna (28) anksiyete duyarlılığının SKB'ye ait kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık, terk edilmeye duyarlılık, kimlik karmaşası gibi olumsuz klinik özelliklerin ortaya çıkmasına bir yatkınlık oluşturabileceğini öne sürmüştür. Bounoua ve arkadaşları (29) sınırdaki kişilik özellikleri ile çocukluk çağı duygusal istismarı arasında anksiyete duyarlılığının aracı rolünü göstermişlerdir. Anksiyete duyarlılığının ayrıca inatçı ağrı ve duygusal yeme davranışı gibi psikolojik kavramlar arasında aracı etkisi gösterilmiştir (30). Oluşturduğumuz modelde (Şekil 2) SKB tanılı bireylerde stres sonrasında deneyimlenen disosiyatif yaşantılarda anksiyete duyarlılığının kısmi aracı rolü gösterilmiştir. Bu veriler algılanan stres düzeyinin artmış olduğu durumlarda anksiyete duyarlılığının disosiyatif yaşantıları şiddetlendireceğini göstermektedir.

Disosiyasyon genel olarak bilişsel bir kaçınma olarak kabul edilir. Hatalı-yanlış anılara ve hayal kurmaya (fanteziye) yatkınlık, dikkat dağınıklığı, bilişsel çarpıtmalar ve uykuya ilgili bozukluklar disosiyasyon ile ilişkilendirilmektedir (31). Bu bilgiler ışığında anksiyete duyarlılığı bilişsel alt boyutunun ve düşük eğitim seviyesinin, anksiyete duyarlılığının sosyal ve fiziksel alt boyutlarına göre

disosiyasyon üzerine daha etkili olduğu yönünde elde ettiğimiz bulgular tutarlı görünmektedir. SKB tanılı olgularda farmakoterapiye ek veya alternatif olarak psikoterapi yaklaşımlarının önemi vurgulanmaktadır (32). Disosiyatif belirtiler psikoterapi sürecini kişinin duyguları, düşünceleri ve anılarından uzaklaşmasına yol açarak olumsuz etkilemektedir (33). Çalışmamız SKB tanılı bireylerde disosiyatif yaşantıların anksiyete duyarlılığı ve depresif belirtiler ile ilişkisini ortaya çıkarmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar SKB tanılı bireylerde depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığına müdahale ederek psikoterapötik yöntemlerin etkinliğinin artmasına yardımcı olacaktır.

Algılanan stres genel olarak olumsuz bir yaşam olayı karşısında hissedilen duygusal baskı olarak tanımlanmaktadır. SKB tanılı bireylerde azalmış stres toleransının disosiyatif belirtilerin gözlenmesinde etkili olabileceği ayrıca stres toleransı düşük olanların yaşadıkları semptomları ezici ve katlanılmaz gördükleri bu nedenle anksiyeteye daha duyarlı oldukları saptanmıştır (34). Anksiyete duyarlılığı arttıkça dürtüsellik, emosyonel hassasiyet, kişilerarası ilişkilerde tutarsızlığın artacağı ayrıca gösterilmiştir (29). Çalışmamızda SKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollere göre algıladıkları stres düzeyinin ve anksiyete duyarlılığının daha yüksek olduğunu belirledik. Ayrıca mevcut literatürle uyumlu olarak algılanan stres düzeyi, depresif belirtiler, disosiyatif yaşantılar ve anksiyete duyarlılığı arasında aynı yönlü, anlamlı korelasyon saptadık. Bu veriler SKB tanılı bireylerde algılanan stres düzeyi arttıkça disosiyatif, depresif semptomların ve anksiyete duyarlılığının artacağını göstermektedir.

SKB tanılı bireylerde sıklıkla depresif, anksiyöz belirtiler ve alkol, madde kullanımı gözlenmektedir. Çalışmamızda SKB tanılı bireylerin BDÖ puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğunu saptadık. Geçmiş çalışmalarda stres toleransı azaldıkça kendine zarar verme davranışı, alkol veya madde kullanımı, terk edilmeye duyarlılığın arttığı gösterilmiştir (34). SKB tanılı bireyler kendi kendini tedavi etme amacıyla alkol ve diğer maddeleri hissettikleri öfkeyi yatıştırmak için kullanabilmektedir, bu nedenle alkol, madde kullanımı normal popülasyondan yüksektir (35). Çalışmamızda SKB grubunda algılanan stres puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve özkıyım girişimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Alkol ve madde kullanım oranlarının hasta ve kontrol grupta benzer saptanması, katılımcıların sosyokültürel özellikleri ve alkol kullanımını gizleme eğiliminden kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde yapılan ve SKB tanılı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada hastaların %77'sinin evlenmediği, üçte birinin yalnız yaşadığı, %46'sının çalışmadığı, %85'inin özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır (36). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde hastaların %73'ünün bekar olduğu, %55.4'ünün çalışmadığı, %64.8'inin en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Bu veriler SKB'nin diğer birçok ruhsal bozukluk gibi kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğini olumsuz etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında hasta ve sağlıklı grupta yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme yöntemlerinin kullanılmamış olması, dürtüsellik ve özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verici girişimlerin değerlendirilmemiş olması, çalışmaya dahil edilen popülasyonun çoğunlukla kadın ve genç yaş grubunda olması, sosyodemografik değişkenlerin kovaryans değişkeni olarak aracı analizlere dahil edilmemesi sayılabilir. Ayrıca genellikle boylamsal süreçte neden-sonuç ilişkisini değerlendirmek için kullanılan aracı analizinin kesitsel desende kullanılması bir diğer kısıtlılıktır. Maxwell ve Cole (37) bu kısıtlılığı aşabilmek için farklı modellerin sınanmasını önermiştir. Bu nedenle çalışmamızda hem depresif belirtilerin hem de anksiyete duyarlılığının aracı olduğu modeller incelenmiştir. Disosiyatif yaşantılar sırasında hipokampus, amigdala, insula, anterior singulat korteks gibi beyin bölgelerinde hipoaktivasyon, prefrontal kortekste ise aktivite artışı olmaktadır (31). Gelecekte SKB tanılı bireylerde yapılacak uzun dönem takip çalışmalarında disosiyatif belirtilerin

şiddetinin sadece öznel ölçeklerle değil fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile desteklenmesi bu konunun aydınlatılmasında faydalı olacaktır.

Sonuç olarak disosiyatif yaşantılar SKB tanılı bireylerde klinik tabloyu ve işlevselliği olumsuz etkilemekte ve birçok olguda kronikleşmektedir (38). Çalışmamızda SKB’de depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığının algılanan stres düzeyi ve disosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkide aracı rolü gösterilmiştir. Bu aracı rolün gösterilmesi anksiyete duyarlılığı ve depresif belirtilerin düzeltilerek disosiyatif yaşantıların ortaya çıkmadan engellenmesine yardımcı olabilir. Bu bilgiler ışığında SKB tanılı bireylerin klinik takiplerinde depresif belirtiler ve anksiyete duyarlılığının da yol gösterici olacağı tahmin edilmektedir.

Acknowledgements: None to declare

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed., Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
2. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41(4):561-573.
3. Şar V, Akyuz G, Kugu N, Öztürk E. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1583-1590.
4. Crowell, SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending linehan’s theory. *Psychol Bull* 2009; 135(3):495–510.
5. Gratz KL, Tull MT, Gunderson JG. Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *J Psychiatr Res* 2008; 42(7):550–559.
6. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23(1):89–101.
7. Sturrock, BA, Francis A, Carr S. Avoidance of affect mediates the effect of invalidating childhood environments on borderline personality symptomatology in a non-clinical sample. *Clinical Psychologist* 2009; 13(2):41–51.
8. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51:936–950.
9. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. Axis I and Axis II disorders in suicide attempters. *J Clin Psy* 2002; 5:22-27. (Turkish)
10. Taş Hİ, Altınbaş K. Comparison of the Emotion Regulation and Temperament Characteristics Between Depressive Patients With and Without Mixed Features. *Arch Neuropsychiatry* 2019 (in press) <https://doi.org/10.29399/npa.23610>
11. Saddock BJ, Saddock VA. *Clinical Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Translation Editor) Eleventh ed., Ankara: Gunes Kitabevi Ltd. Sti., 2005, 451-465. (Turkish)
12. Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, Behm R, Mohse M, Lammers CH, Angheliescu IG, Schmahl C, Schlotz W, Kleindienst N, Bohus M. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117(2):139-147.
13. Korzekwa MI, Dell PF, Pain C. Dissociation and borderline personality disorder. An update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11:82-88

14. Beck AT, Steer RA. Internal consistencies of the original and revised Beck depression inventory. *J Clin Psychol* 1984; 40(6):1365–1367.
15. Hisli N. A study on the validity of Beck depression inventory. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118–122.
16. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24(1):1–8.
17. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, Abramowitz JS, Holaway RM, Sandin B, Stewart SH, Coles M, Eng W, Daly ES, Arrindell WA, Bouvard M, Cardenas SJ. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess* 2007; 19(2):176–188.
18. Mantar A, Yemez B, Alkın T. The validity and reliability of the Turkish Version of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Turk Psikiyatri Derg* 2010; 21(3):225- 234. (Turkish)
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983; 24:385-396.
20. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. The adaptation of the Perceived Stress Scale Into Turkish. *New/Yeni Symposium Journal* 2013; 51(3):132-140. (Turkish)
21. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 727-735.
22. Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E. Turkish validation of Dissociative Experiences Scale. 33th National Psychiatry Congress, Presentation Book, 1997, 55-64. (Turkish)
23. Thompson CG, Kim RS, Aloe AM, Becker BJ. Extracting the variance inflation factor and other multicollinearity diagnostics from typical regression results. *Basic Appl Soc Psych* 2017; 39(2):81-90.
24. Tekin M, Tekin A. Effects of dissociative symptoms on clinical course of anxiety disorders. *Current Approaches in Psychiatry* 2014; 6(3):330-339.
25. Moritz S, Schilling L, Wingenfeld K, Köther U, Wittekind C, Terfehr K, Spitzer C. Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiat* 2011; 42:349-354.
26. Köhling J, Ehrenthal JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 37:13-25.
27. Demirkol ME, Tamam L, Namli Z, Karaytuğ MO, Uğur K. Association of Psychache and Alexithymia With Suicide in Patients With Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2019; 207(8):668–674.
28. Lilienfeld SO, Penna S. Anxiety sensitivity: Relations to psychopathy, DSM-IV personality disorder features, and personality traits. *J Anxiety Disord* 2001; 15(5):367-393.
29. Bounoua N, Felton JF, Long K, Stadnik RD, Loya JM, Macpherson L, Lejuez CW. Childhood emotional abuse and borderline personality features: The role of anxiety sensitivity among adolescents. *Personal Ment Health* 2015; 9:87–95.
30. Janke EA, Jones E, Hopkins CM, Ruggieri M, Hruska A. Catastrophizing and anxiety sensitivity mediate the relationship between persistent pain and emotional eating. *Appetite* 2016; 103:64–71.
31. Kleindienst N, Priebe K, Görg N, Dyer A, Steil R, Lyssenko L, Winter D, Schmahl C, Bohus, M. State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2016; 7(1):30375.

32. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(4):319–328.
33. Şahin M. Integrative Psychotherapy. *Eurasian Journal of Research in Social and Economics* 2019; 6(8):147-165.
34. Keough ME, Riccardi JC, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther* 2010; 41:567–574.
35. Evren C, Cınar, O, Evren B, Celik S. History of suicide attempt in male substance-dependent inpatients and relationship to borderline personality features, anger, hostility and aggression. *Psychiatry Res* 2011; 190(1):126–131.
36. Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Ergün BM, Noyan CO, Çetin M. Sınır kişilik bozukluğu hastalarında vücut dismorfik bozukluğu, travma ve disosiyasyon: Bir ön çalışma. *Klinik Psikofarmakol Bulteni* 2005; 15:65-70.
37. Maxwell SE, Cole DA. Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychol Methods* 2007; 12(1):23-44.
38. Ross CA. Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Dissociation* 2007; 8(1):71–80.

Tablo 1. Gruplara göre bazı demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	Grup			<i>p</i>
	Kontrol	Borderline	Sd	
Yaş	26.5 ± 4.1	26.8 ± 7.9	142	0.245**
Cinsiyet				
Kadın	47 (67.1)	50 (67.6)	1	0.999*
Erkek	23 (32.9)	24 (32.4)		
Eğitim Yılı	12 [9 – 15]	12 [9 – 14]	-	0.442**
Medeni Durum				
Bekar	50 (71.4)	54 (73)	1	0.984*
Evli	20 (28.6)	20 (27)		

Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	33 (47.1)	41 (55.4)	1	0.410*
Çalışıyor	37 (52.9)	33 (44.6)		
Yaşadığı Yer				
İl merkezi	51 (72.9)	58 (78.4)	1	0.563*
İl merkezinden küçük	19 (27.1)	16 (21.6)		
Sigara kullanımı	6 (8.6)	52 (70.3)	1	<0.001*
Alkol kullanımı	5 (7.1)	12 (16.2)	1	0.153*
Madde kullanımı	0 (0)	2 (2.7)	1	0.497***
Özkıym girişimi	0 (0)	48 (64.9)	1	<0.001*

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama standart sapma ve medyan [çeyreklikler arası genişlik] şeklinde verildi. SKB: Sınırdaki kişilik bozukluğu, Sd: Serbestlik derecesi. Koyu olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05).

* Pearson Ki-kare testi, ** Mann-Whitney U test, *** Fisher Exact test.

Tablo 2. Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Grup		p*
	Kontrol	SKB	
Anksiyete duyarlılığı indeksi	4 [2–9]	35 [24–44]	<0.001

Fiziksel	1 [0–4]	10.5 [6–18]	<0.001
Bilişsel	2 [1–4]	14 [7–21]	<0.001
Sosyal	2 [1–5]	13 [6–16]	<0.001
Disosiyatif yaşantılar ölçeği	5 [3–9]	39 [27–52]	<0.001
Beck depresyon ölçeği	2 [1–4]	35.5 [20–43]	<0.001
Algılanan stres ölçeği	20.5 [16–23]	38 [34–44]	<0.001

*Mann-Whitney U test. SKB: Sınırdaki kişilik bozukluğu. Tanımlayıcı istatistikler ortanca [Çeyreklikler arası genişlik] şeklinde özetlendi.

Tablo 3. SKB tanılı olguların eğitim yılı ve ölçek puanları arasındaki ilişki

		<i>r</i>	<i>p</i>
Eğitim Yılı	- Disosiyatif yaşantılar ölçeği	-0.266	0.022
Anksiyete duyarlılığı indeksi	- Disosiyatif yaşantılar ölçeği	0.652	<0.001
Anksiyete duyarlılığı indeksi	- Beck depresyon ölçeği	0.586	<0.001
Anksiyete duyarlılığı indeksi	- Algılanan stres ölçeği	0.244	0.036
Fiziksel alt boyut	- Disosiyatif yaşantılar ölçeği	0.586	<0.001
Bilişsel alt boyut	- Disosiyatif yaşantılar ölçeği	0.562	<0.001
Sosyal alt boyut	- Disosiyatif yaşantılar ölçeği	0.407	<0.001
Disosiyatif yaşantılar ölçeği	- Beck depresyon ölçeği	0.749	<0.001
Disosiyatif yaşantılar ölçeği	- Algılanan stres ölçeği	0.433	<0.001
Beck depresyon ölçeği	- Algılanan stres ölçeği	0.381	<0.001

Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. SKB: sınırda kişilik bozukluğu.

Tablo 4. SKB tanılı olguların disosiyatif yaşantıları üzerine etkili faktörler

	Tekli Lineer Regresyon		Çoklu Lineer Regresyon	
	Beta (95%CI)	<i>p</i>	Beta (95%CI)	<i>p</i>
Eğitim yılı	-1.63 [-3.1-0.16]	0.033	-1.52 [-2.44-0.61]	0.002
ADİ Fiziksel	1.70 [1.09-2.30]	<0.001	-0.17 [-0.74-0.40]	0.560
ADİ Bilişsel	1.72 [1.21-2.24]	<0.001	1.00 [0.53-1.47]	<0.001
ADİ Sosyal	1.48 [0.82-2.14]	<0.001	0.19 [-0.3-0.69]	0.442
Beck depresyon ölçeği	1.17 [0.93-1.42]	<0.001	0.78 [0.52-1.05]	<0.001
Algılanan stres ölçeği	1.09 [0.62-1.57]	<0.001	0.37 [0.02-0.71]	0.041

Bağımlı değişken: Disosiyatif yaşantılar ölçeği. R²: 0.722. CI: Confidence Interval. ADİ: Anksiyete duyarlılığı indeksi, SKB: Sınırdaki kişilik bozukluğu.

Tablo 5. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rolü

Model	Yol	Std yol katsayısı (β) (95% CI)	Std hata (S_{β})	P
Model I. Temel model	Stres \square Disosiyatif yaşantılar	0.469 (0.288-0.649)	0.092	<0.001
Model II. Aracı analizi	Stres \square Depresif belirtiler	0.463 (0.257-0.669)	0.105	<0.001
Model II. Aracı analizi	Depresif belirtiler \square Disosiyatif yaşantılar	0.676 (0.544-0.808)	0.067	<0.001
Model II. Aracı analizi (Doğrudan etki)	Stres \square Disosiyatif yaşantılar	0.156 (0.012-0.299)	0.073	0.033
Model II. Aracı analizi (Dolaylı etki)	Stres \square Depresif belirtiler \square Disosiyatif yaşantılar	0.313 (0.177-0.448)	0.069	<0.001

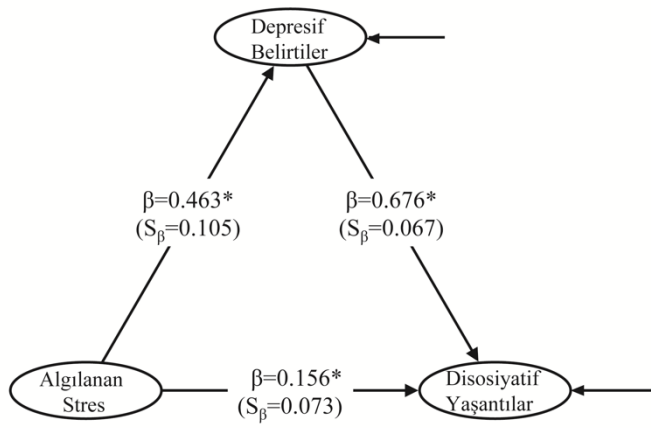
Std: Standart, CI: Confidence Interval

Tablo 6. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolü

Model	Yol	Std yol katsayısı (β) (95% CI)	Std hata (S_{β})	P
Model I. Temel model	Stres \square Disosiyatif yaşantılar	0.469 (0.288-0.649)	0.092	<0.001
Model II. Aracı analizi	Stres \square Anksiyete duyarlılığı	0.266 (0.050-0.482)	0.110	0.016
Model II. Aracı analizi	Anksiyete duyarlılığı \square Disosiyatif yaşantılar	0.617 (0.447-0.787)	0.087	<0.001
Model II. Aracı analizi (Doğrudan etki)	Stres \square Disosiyatif yaşantılar	0.305 (0.161-0.449)	0.074	<0.001
Model II. Aracı analizi (Dolaylı etki)	Stres \square Anksiyete duyarlılığı \square Disosiyatif yaşantılar	0.164 (0.028-0.300)	0.069	0.018

Std: Standart, CI: Confidence Interval.

Şekil 1. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rolünü gösteren yol diyagramı



Şekil 2. SKB tanılı olgularda algılanan stresin disosiyatif yaşantılar üzerindeki etkisinde anksiyete duyarlılığının aracı rolünü gösteren yol diyagramı

