



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
PSK-YL-2010-003**

ÖZEL BİR ÖRNEKLEMDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ YAYGINLIĞI VE ALGILANMASI

Gözde ÖĞRÜK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**

AYDIN-2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde ÖĞRÜK tarafından hazırlanan Özel Bir Örneklemde Kişilik Bozukluklarının Yaygınlığı ve Algılanması başlıklı tez, 31 Ağustos 2010 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

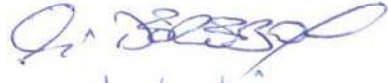
Unvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

ADÜ Tıp Fakültesi



Prof. Dr. Mehmet ESKİN

ADÜ Tıp Fakültesi



Doç. Dr. Tevfik F. ALICI

Muğla Üniv. Fen Edebiyat Fakültesi



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun
..... Sayılı kararıyla / / 2010 tarihinde onaylanmıştır.

Unvanı, Adı Soyadı

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Kişilik bozuklukları, çeşitli kişisel ve kişilerarası sıkıntılara yol açmaktadır. Bununla birlikte psikiyatrik rahatsızlıkların sürdürülmesi, şiddeti ve iyileşmesi sürecini de etkilemektedir. Kişilik bozukluklarına toplum içinde oldukça sık rastlanmasına rağmen yaygınlığına ilişkin çalışmalar sıklıkla klinik örnekleme aittir. Normal örnekleme yapılmış çalışmalar oldukça ise oldukça kısıtlıdır.

Kişilik bozukluklarının diğer kişiler tarafından nasıl algılandığı ise, kişilik bozuklukluğuna sahip kişilerin diğerleriyle ilişkilerinde belirleyici rol oynamaktadır. Bununla birlikte kişilik bozukluklarının ne şekilde algılandığına yönelik olarak yapılmış çalışmalar literatürde oldukça az sayıdadır, yurtiçi literatüründe ise böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu özellikleri açısından yapılan çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Çalışma sürecinde en önemli sıkıntıyı kullanılan ölçme aracının uzunluğundan ötürü kişilerin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi oluşturmuştur. Böyle bir sıkıntıya rağmen çalışma tamamlanmıştır ve bu çalışmanın ileriki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii

İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
EKLER	x
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Kişilik	1
1.1.1. Mizaç	2
1.1.1.2. Karakter	2
1.1.2. Kişilik Kuramları.....	3
1.1.2.1. Yapısal Kuram.....	3
1.1.2.2. Psikanalitik Kuram	4
1.1.2.3. Treyt (Ayrıcı Özellik) Kuramı	12
1.1.2.4. Bilişsel – Sosyal Öğrenme Kuramı	15
1.1.3. Kişilik Bozukluğu.....	15
1.1.3.1. DSM-IV-TR Sınıflaması	16
1.2. Her Bir Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi.....	17
1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	17
1.2.1.1. Tarihçe	17
1.2.1.2. Etiyoloji	18
1.2.1.3. Epidemiyoloji	19
1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	19
1.2.2.1. Tarihçe	19
1.2.2.2. Etiyoloji	21
1.2.2.3 Epidemiyoloji	21

1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	22
1.2.3.1. Tarihçe	22
1.2.3.2. Etiyoloji	22
1.2.3.3. Epidemiyoloji	23
1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	23
1.2.4.1. Tarihçe	23
1.2.4.2. Etiyoloji	24
1.2.4.3. Epidemiyoloji	26
1.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	26
1.2.5.1. Tarihçe	26
1.2.5.2. Etiyoloji	27
1.2.5.3. Epidemiyoloji	28
1.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu	29
1.2.6.1. Tarihçe	29
1.2.6.2. Etiyoloji	29
1.2.6.3. Epidemiyoloji	30
1.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu	30
1.2.7.1. Tarihçe	30
1.2.7.2. Etiyoloji	31
1.2.7.3. Epidemiyoloji	32
1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	33
1.2.8.1. Tarihçe	33
1.2.8.2. Etiyoloji	33
1.2.8.3. Epidemiyoloji	34
1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	34
1.2.9.1. Tarihçe	34
1.2.9.2. Etiyoloji	35
1.2.9.3. Epidemiyoloji	36
1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	36
1.2.10.1. Tarihçe	36
1.2.10.2. Etiyoloji	37
1.2.10.3. Epidemiyoloji	37
1.3. Sosyal Algı	38
1.3.1. İlk İzlenimler	38

1.3.2. Asch'in İzlenim Modeli.....	39
1.3.3. Stereotipler (Kalıp Yargılar).....	40
1.3.4. Etiketleme	41
1.3.5. Kendini Gerçekleştiren Kehanet.....	42
1.3.6. Damgalama / Stigmatizasyon	42
1.3.7. Sosyal Mesafe	43
1.3.8. Algısal Yanlılıklar	44
1.3.8.1. Yansıtma Eğilimi.....	44
1.3.8.2. Hale Etkisi	45
1.3.8.3. Mantıksal Hata.....	45
1.3.8.4. Olumluluk – Olumsuzluk	46
1.3.9. Algıların Doğruluğu	47
1.4. Çekim / Yakınlaşma	48
1.5. Kişilik Bozukluğu'nun Algılanmasına Yönelik Çalışmalar.....	49
1.6. Araştırmanın Amacı	51
2. GEREÇ ve YÖNTEM	53
2.1. Örneklem	53
2.2. Araçlar	53
2.2.1. DIP-Q	53
2.2.2. SCID-II Görüşme Formu.....	54
2.2.3. Kişisel Bilgi Formu	55
2.2.4. Vignette Kartları.....	55
2.3. İşlem Yolu	56
2.4. Veri Analizi	56
3. BULGULAR	58
3.1. Araştırma Örnekleminin Demografik Özellikleri.....	58
3.2. Kişilik Bozukluğu için DIP-Q'dan Alınan Minimum, Maximum, Ortalama Değerler; Standart Sapmalar; Kişilik Bozukluğu Kriter Sayıları ve Kesme Noktaları	59
3.2.1. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu Kriterlerini Karşılama Oranları	59
3.2.2. Kişilik Bozukluklarının Cinsiyete Göre Dağılımı	60
3.3. Alt Ölçeklerin (Vignette Kartları) Güvenirlik Puanları.....	61
3.3.1. Alt Ölçeklerin Toplam Puanları	61
3.4. Katılımcıların Kişilik Bozukluklarında Cinsiyete İlişkin Algıları	62

3.4.1. Katılımcıların Kişilik Bozukluklarında Yaşa İlişkin Algıları.....	62
3.5. Genel Olarak Her Bir Kişilik Bozukluğunun Profili	63
3.5.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	63
3.5.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	64
3.5.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	64
3.5.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	64
3.5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	65
3.5.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu	65
3.5.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu	65
3.5.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	66
3.5.9. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	66
3.5.10. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	67
3.6. Alt Ölçek Yanıtları ile Kişilik Bozuklukları İlişkisi.....	67
4. TARTIŞMA.....	70
4.1. Kişilik Bozukluklarının Yaygınlığına İlişkin Sonuçlar	70
4.2. Vignette Kartlarının Psikometrik Özellikleri	73
4.3. Kişilik Bozukluklarının Katılımcılar Tarafından Değerlendirilmesi.....	73
4.3.1. Genel Değerlendirme.....	73
4.3.2. Cinsiyete Yönelik Değerlendirme	76
4.3.3. Yaşa Yönelik Değerlendirme	77
4.3.4. Kişilik Bozukluklarına Yönelik Genel Değerlendirme	78
4.4. Kişilik Özellikleri ile Kişilik Bozuklukları Algısı Arasındaki İlişki.....	79
5. SONUÇ	80
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	80
ÖZET	82
SUMMARY	83
KAYNAKLAR.....	84
ÖZGEÇMİŞ	93
TEŞEKKÜR.....	94

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA:	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
DIP-Q:	DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire (DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Aracı)
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSM-I:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 1. Baskı)
DSM-II:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 2. Baskı)
DSM-III:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı)
DSM-III-R:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı Revizyonu)
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)
GAF:	Global Assessment of Functioning (Global İşlevselliği Değerlendirme)
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması)
ID:	Impairment & Distress Scalası (İşlevsellikteki Zayıflama ve Subjektif Sıkıntı Ölçeği)
KB:	Kişilik Bozukluğu
n:	Kişi sayısı

Ort:	Ortalama
SPSS:	Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
SS:	Standart sapma

ÇİZELGELER

	Sayfa
Çizelge 1. Erikson ve Freud'un dönemleri	10
Çizelge 2. Araştırma örnekleminin demografik özellikleri	58
Çizelge 3. Kişilik bozukluğu için DIP-Q değerleri	59
Çizelge 4. Katılımcıların kişilik bozukluğu kriterlerini karşılama oranları	60
Çizelge 5. Kişilik bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı	60
Çizelge 6. Alt ölçeklerin güvenirlik puanları	61
Çizelge 7. Alt ölçeklerin toplam puanları	61
Çizelge 8. Katılımcıların kişilik bozukluklarında cinsiyete ilişkin algıları	62
Çizelge 9. Katılımcıların kişilik bozukluklarında yaşa ilişkin algıları	63
Çizelge 10. Alt ölçek yanıtları ile kişilik bozukluğu ilişkisi	69
Çizelge 11. Diğer çalışmalarla karşılaştırma bulguları	72

EKLER

	Sayfa
EK-1: Genel bilgi alma formu	95
EK-2: Bilgilendirme formu	96
EK-3: Vignette Kartları	97

1.GİRİŞ

1.1. Kişilik

‘Kişilik’ kavramı, pek çok kuramcı tarafından ele alınmış, farklı biçimlerde tanımlanmış ve üzerinde çalışılmıştır. Farklı kuramsal açılardan ele alınacak olursa, kişiliğe ilişkin pek çok tanım yapılabilir. Örneğin Carl Gustav Jung kişiliği, bilinçli ya da bilinçdışı tüm duygu, düşünce ve davranışları ifade eden bir bütün olarak *psişe (psyche)* kavramı ile tanımlar ve kişiliği bir bütün olarak ele alırken (Geçtan 2005); davranışçı kuramı benimseyen Pavlov ise kişiliği, öğrenilen davranışların bir bütünü olarak yorumlar (Pervin ve John 1997). Allport’un kişilik tanımı ise, kişinin çevresine yönelik uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerinin kişiye özgü dinamik organizasyonu şeklindedir. Hangi kuram olursa olsun kişilikle ilgili tüm tanımlamalarda ruhsal uyuma ve motivasyona odaklanılmıştır, yani ortak nokta işlevselliktir (Svrakic ve Cloninger 2007).

Üzerinde uzlaşmaya varılmış tek bir kişilik tanımı olmamakla birlikte en genel ve yalın anlamıyla *kişilik*; bireyin hem iç hem de dış çevresiyle kurduğu, diğerlerinden farklı, tutarlı ve yapılaşmış ilişki biçimi olarak tanımlanabilir ki bu tanım, içinde pek çok özelliği barındırmaktadır. Buna göre kişilik, bireyi diğerlerinden farklılaştırır; farklı zamanlarda, farklı yerlerde, benzer ortamlarda davranışlarında tutarlılık gösterir; birbiriyle ilişkili pek çok birimden oluşan bir yapıdır ve hem kendisi hem de çevresiyle kurduğu ilişkilerde belirleyici rol oynamaktadır (Cüceloğlu 1992). Kişilik, mizaç gibi doğuştan gelen özelliklerin, yetiştirilme tarzının ve kültürel faktörlerin etkileşimleri ile küçük yaşlardan itibaren şekillenir ve değişime karşı oldukça dirençlidir (Doksat 2003).

Kişiliğin gelişmesinde çevresel özelliklerin mi yoksa genetik etkilerin mi rolü olduğu tartışması uzun yıllar sürmüştür, ancak günümüzde çevresel özelliklerle birlikte kişinin doğuştan getirdiği kalıtsal özelliklerinin her ikisinin de etkili olduğu görüşü yaygın biçimde kabul edilmiştir (Svrakic ve Cloninger 2004). Yapısal açıdan bakılacak olursa mizaç, kişiliğin biyolojik ve kalıtsal yönünü içerirken; karakter ise kişiliğin sosyal ve kültürel boyutunu içermektedir.

1.1.1. Mizaç

Mizaç, kişinin doğuştan getirdiği, kendine özgü ruhsal etkinlik ve davranışsal tepki verme tarzını ifade eder. Mizaca yönelik çalışmalar yapan Thomas ve Chess mizacı, davranışın biçimsel bileşeni şeklinde tanımlamıştır. Buna göre mizaç, güdüden farklılaşır ve davranışın içeriğini yansıtır. Mizaca ilişkin günümüzdeki görüşler mizacın duygusal, güdüselsel ve uyumsal yönlerine de dikkat çekmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Son yıllarda kişilik gelişimi üzerine yapılan araştırmalarda kalıtım ve çevrenin etkisi sıkça tartışılmaktadır. Örnek olarak Thomas ve Chess, 20 süren boylamsal araştırmalarında çocukların mizaçları arasında doğuştan gelen farklılıkların olduğunu bulmuşlardır ve bu temel farklılıkların çevreyi, çevrenin de bunları şekillendirdiğini öne sürmüşlerdir. Şöyle ki, “kolay bebek” olarak nitelendirdikleri uyumlu, sakin bebekler ebeveynlerini olumlu şekilde etkileyerek ebeveynlerinden olumlu yanıtlar alırlar ve böylece aralarında daha güçlü bir bağ (ya da güvenli bağlanma) oluşur. Bu bağ sayesinde olumlu tepkiler alarak olumlu yanıtlar veren bebeğin verdiği bu yanıtlar zamanla kişilik traitlerini oluşturur. Aynı şekilde “zor bebekler” düzensiz uyku ve beslenmeleri, sürekli ağlamaları ve düşük engellenme eşikleri ile ebeveyn ile daha negatif bir bağ kurarlar, ebeveyne olumsuz mesajlar ileterek olumsuz geri bildirim alırlar ve ebeveyn tarafından gelen bu olumsuz tepkiler bebeğin istenmeyen kişilik özelliklerini güçlendirir (Moshman ve ark 1987). Bebek ve anne/bakıcı arasındaki ilişkinin (güvenli bağlanmanın) kurulmasında mizaç önemli bir rol oynar. Bebeklerin temel mizaç özellikleri, ebeveynleri ile aralarındaki ilişkiyi şekillendirir. Diğer bir ifadeyle mizaç, ebeveyn-çocuk arasındaki bağlanma stiline ve dolayısıyla da bebeğin kişiliğinin bir belirleyicisidir.

1.1.1.2. Karakter

Türk Dil Kurumu, *karakteri* bireyin ayırt edici, kendine özgü yapısı, onu başkalarından ayıran temel belirti ve bireyin davranış biçimlerini belirleyen ana özellik olarak tanımlanmaktadır. Burada önemli olan nokta, karakterin bireyin yaşantılarından, sosyal ve kültürel etmenlerden etkilendiği ve bu açıdan şekillendiğidir.

Mizacın tersine karakter treytleri, yaş ve olgunlaşma ile değişmektedir. Karakter, mizaç tarafından düzenlenen algı ve duyguların keskin olanlarını yumuşatarak erken mizacın çevreye adaptasyonunu en uygun hale getirir, böylece ham mizaç özelliklerinin uygunsuz etkisi azaltmış olur. Bu etkileşim sürecinde mizaç, farkında olunamayan düzenler,

karakter ise onun anlamını değiştirir, belirginleştirir. Böylece tüm yaşantının belirginliği ve anlamı hem karaktere hem de mizaca bağlıdır (Svrakic ve ark 2002).

1.1.2. Kişilik Kuramları

Kişiliğin doğasına ve özelliklerine yönelik araştırmalar geçmişten günümüze dek devam etmektedir. Bu araştırmalara bir temel oluşturması açısından her araştırmacının benimsediği farklı kişilik kuramları bulunmaktadır. Bu kuramların bir kısmı kişiliği oluşturan öğeleri sorgularken diğer bir kısmı ise kişilikler arasındaki farklılıkların kaynaklarını araştırmaktadır. Kişilik kuramları ve bu kuramların psikopatolojiyi ele alış biçimleri dört başlık altında toplanacak olursa; Yapısal Kuram, Psikanalitik Kuram, Treyt (Ayrırcı zellik) Kuramı, Bilişsel – Sosyal ğrenme Kuramı şeklindeir.

1.1.2.1. Yapısal Kuram

Kişiliğe, kişilik gelişimine ve bireysel farklılıklara yönelik çalışmalar iki bin yıldan uzun zaman öncesine, Antikağa dayanmaktadır. Bu dönemde yaşamış olan Hippokrates (M.. 460–357) ve Galenos (M.. 131–201), evrendeki dört temel elementi (su, hava, toprak ve ateş) ve dört farklı vücut sıvısını (kan, sarı safra, siyah safra, balgam), dört farklı kişilik tipiyle bağlantılı olarak “Melankolik”, “Soğukkanlı”, “İyimser” ve “Hırçın” olarak dört grupta sınıflandırmıştır. Burada kişilik tipini belirleyen etmen, bu dört elementin ya da sıvının hangisinin kişide fazla olarak bulunduğuydu. Antik ağda başlayan kişilik ile biyopsikospşyal süreçler ve evre ilişkisi, geçen yüzyılda Allport’un kişilik tanımına kadar sürmüştür (Cornelis ve van Lieshout 2000).

1923 yılında, araştırmacı Davenport, insanları beden yapılarına göre “Slender”, “Medium” ve “Fleshy” olarak ayırmış ve ince, uzun, orta, şişman, etli olan insanların, birbirlerinden farklı kişilik yapısı olduğu tezini ortaya atmıştır. 1927 yılında ise Kretschmer, kafatası yapısının, yüzün, bedenın, kol ve bacakların ölçümünü yaparak insanları “Piknik Tip” (orta boylu, şişman, geniş omuzlu ve yemeği çok seven, dışa dönük kimseler), “Astenik Tip” (ince uzun boylu, omuzları dar ve ie dönük kimseler), “Atletik Tip” (uzun boylu, kaslı bir vcoda sahip, ie dönük kişiler) ve “Displastik Tip” (diğer üç kişilik tipinden hiçbirine dahil olmayanlar) olarak dörde ayırmış ve bu kategorilendirmeye göre atletik tip’i normal kişilik ile; piknik tipi siklotimik kişilik ile ve astenik tipi şizoid kişilik ile ilişkilendirmiştir (Isır 2006).

1940-1942 yıllarında Amerikalı William Sheldon (1897-1977), kafatasını, iskeleti, gövdeyi, kol ve bacakları daha ince ve duyarlı yöntemlerle ölçmüş ve Kretschmer'in sistemini geliştirmiştir. Sheldon, beden yapılarını döl yatağı içindeki embriyoda ilk gelişen katmanlara göre; "Endomorf (özellikle karın bölgesi geniş kişilerdir. Bedenleri yuvarlak, kasları gevşek, saçları seyrek, ciltleri düzgündür. Hareketleri yavaş, uyuşuk, rahatına düşkün ve çabuk duygulanan özelliktedirler), "Mezomorf" (omuzları ve özellikle kasları iyi gelişmiş olup, kolları güçlü, bedenleri dayanıklı, atletik yapıda kişilerdir. Spordan, serüvenden hoşlanan, güçlü görünen, acıya ve sıkıntıya dayanıklı kişilik yapısını yansıtır) ve "Ektomorf (ince, uzun olup, iyi gelişmemiş kas yapısına sahip kişilerdir. İçeride dönük, diğer insanlarla kolay ilişki kuramayan, soyut düşünen kişilik yapısı gösterirler) olarak üç temel tipe ayırmış ve bu beden yapılarının üzerinde, bunlara uygun üç ayrı kişilik yapısının bulunduğunu ileri sürmüştür (Isır 2006; Lelord ve André 2007).

Yapısal Kuram'a göre patoloji, kişinin beden yapısına ve beden sıvılarının vücutta ne miktarda bulunduğuyla bağlıdır. Yani kuram, insanların sadece bedensel özelliklerini sınıflamakla kalmayıp bedensel özellikleri ile psikolojik özellikleri arasında da bir ilişki olduğu iddia etmektedir (Pervin ve John 1997). Ancak kişilik ile beden yapısı arasındaki ilişkiye yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamış olması, kişilik yapılarının bu kadar basite indirgenip dar bir çerçeve içine sokulmaya çalışılması gibi gerekçelerle kuram eleştirilere maruz kalmıştır.

Yapılan tüm eleştirilere rağmen şüphesiz ki kuramın en önemli iki getirisinden biri, bugün ciddi anlamda kabul gören pek çok kuramın oluşmasına ön ayak olmuş olması; bir diğeri ise kişilik özelliklerine fizyolojik etmenlerin etki edebileceği düşüncesini ortaya atmış olmasıdır.

1.1.2.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın başlangıcı, Sigmund Freud (1856-1939) ile olmuştur. 20. yy başlarında şekillenen kuram, kişiliği Yapısal Kuram gibi "dışsal" özellikler açısından değil, "içsel" süreçler açısından ele almaktadır. Buradan hareketle Freud, kişiliği üç temel birimin oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu birimler *id*, *ego* ve *süperego*dur. Kişinin davranışları, bu üç sistemin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

İd, Freud'un "haz ilkesi" adını verdiği ilkeye göre çalışır ve isteklerine anında doyum arar. Doyuma ulaşamaması durumunda gerginlik ortaya çıkar ve *id*, bu gerginliği bir an

önce gidermek için uygun olup olmadığına bakmaksızın çaba sarf eder (Davison ve Neale 2004). Yaşamın ilk günlerinde bebeğin kişilik yapısı idden oluşur. Bu dönemde bebek, sahip olduğu dürtüleri erteleme, kontrol etme ya da düzenleme yeteneğine sahip değildir ve çevresiyle baş edebilmek için bakımını üstlenen kişinin egosuna tamamen bağımlı durumdadır. *Ego*, idden sonra gelişen ruhsal yapıdır. Organizmanın gerçek nesnel dünyayla alışverişe geçme ihtiyacından doğar ve doğumun ardından 6. aydan sonra gelişmeye başlar. *Ego*, kişiliğin bilinçli yönünü temsil eder. Planlama ve karar verme işlemleriyle idin istek ve ihtiyaçlarını gidermek için birtakım yollar bulur, bu yolların uygun olması durumunda işleme koyar. *Ego*, bu düzenleme ve yürütme işlevinin yanında idin, süperegounun ve dış dünyanın birbiriyle çatışma halindeki istekleri arasında bir uzlaşma yolu bulma görevini de yetirir getirir (Freud 1986). Kişiliğin en son gelişen parçası olan *süperego* ise, vicdani yönü temsil eder ve çocukluk süresince gelişir (Davison ve Neale 2004). Anne, babasından öğrendiği değerleri içselleştirerek benimseyen çocuğun süperegosu bu sayede gelişmekte, ve çocuğun anne-babası sanki çocuğun (süperegounun) içine yerleşerek çocuğu denetlemektedir.

Normal koşullarda id, ego ve süperego birbiriyle çatışmaz, egounun hakim olduğu bir ekip olarak birlikte hareket eder, böylece kişilik de bir bütün olarak işler. Ancak uyumun bozulup çatışmanın ortaya çıkması durumunda, kişilik özellikleri bu çatışmada üstün gelen yapıya uygun olarak ortaya çıkar.

Psikanalizde örtük bir kişi yaklaşımı vardır. Buna göre diğer hayvanlar gibi insanlar da içgüdüleriyle yönetilirler ve haz arayışı içerisindeyler. Enerji sistemleri gibi işler; kurar, depolar, serbest bırakır temelde aynı enerjiyi bir biçimden diğerine sokarlar. Davranışların çoğuna kişinin bilinçli bir şekilde farkında olmadığı yönleri karar verir. Sonuçta psikanaliz içgüdülerin tarafındadır ve engellenen içgüdülerin boyutunu azaltmaya çalışır (John ve Pervin 1997).

Freud, insan organizmasının (fiziksel ve duygusal) herhangi bir tehlikeye karşı kendini koruma ve yaşamını sürdürme amacıyla sürekli çaba gösterdiğini düşünmektedir ve insan, yaşamını sürdürebilmek için uyum sağlamak gerekliliğindedir. Bu amaçla organizmanın tüm davranışlarının uyum sağlamaya yönelik bir amacı olduğunu ifade etmiştir. Buradan hareketle anksiyete de, bireyi tehlikelere karşı uyarma, gerekli uyumu sağlama ve böylece yaşamı devam ettirebilmeye yarar (Geçtan 2005). Bu noktada anksiyetenin bireyin yaşamını sürdürebilmesindeki önemi açıktır. Fakat anksiyete nitelik

olarak arttığında ve bununla birlikte gerçek dışı bir hal almaya başladığında kişinin uyumunu bozarak normaldışı davranışlara yol açmaktadır.

Anksiyete karşısında ego, gerilimi azaltmak ve böylece kişiliği dağılmaktan korumak için için savunma mekanizmalarının devreye girmesini sağlar. *Savunma mekanizmaları*, uyumdan çok varolan durumda yaşanan anksiyeteyi engelleme amacıyla işler. Bu amaçla ya ağlama gibi onarma tepkileri gösterir ya da kişinin bilinçli biçimde onaylayamayacağı duygularıyla yüzleşmemek için oluşturduğu düşünce yapıları halinde kendini gösterir (Freud 1986).

Psikanalitik kuram, savunma örüntülerinin dört dörtlük değerlendirilebilmesi için kişinin bütün kişilik yapısının anlaşılabilmesi gerektiğini belirtmektedir. Yüzeysel olarak benzer davranışların oldukça farklı psikolojik belirleyicileri ve işlevleri olabilmektedir (Weinberger 1998).

Freud, kişilik gelişimini *psikoseksüel gelişim basamakları* adını verdiği çeşitli dönemler şeklinde açıklamaktadır. Buna göre yeni doğan bebek, bu dört dönemi sırayla geçer ve kişilik gelişimi tamamlanır. Her bir dönemde bedenin farklı bir bölgesi çocuk için doyum sağlayıcı olmaktadır. İlk dönem *oral dönem*dir. Doğumdan 1,5yaş civarına kadar bebeğin idden gelen istekleri beslenme, emme, ısırma gibi ağız faaliyetleri ile doyurulur. 1,5-3yaş civarı *anal dönem*de çocuğun başlıca haz kaynağını dışkısını tutma ya da salıverme davranışı oluşturur. Yaklaşık 6yaşına kadar süren *fallik dönem*de çocuk cinsel uyarılmalardan zevk alır. Fallik dönemin ardından yaklaşık 13yaşına kadar süren *gizil (latent) dönem* gelir. Bu dönemde çocuğun cinsel dürtüleri gizlidir. En son dönem *genital dönem*dir. Genç yetişkiye kadar süren bu dönemde ise heteroseksüel ilgiler baskındır (Davison ve Neale 2004).

Psikanalitik kurama göre psikotolojinin ortaya çıkışı, kişiliği oluşturan id-ego-süperego yapıları arasındaki çatışma ile başlar. Çatışma olasılıklar, egoya karşı id; ego ve ide karşı süperego; ego ve süperegoya karşı id; ego ve ide karşı dış dünya şeklinde olabilir. Bu çatışmaların hangisi olursa olsun sonuçta zayıflayan her zaman ego olmaktadır. Egonun işleyişinde bozulma olduğunda ortaya çıkan anksiyete ise kişinin gerçekle arasındaki bağların zayıfladığının bir göstergesidir.

Yalnızca bu üç yapı arasındaki süreç değil, gelişim basamaklarının uygun biçimde tamamlanamaması da psikopatolojiye yol açan bir etkindir. Bu basamaklardan herhangi

birinde yeterli doyum sağlayamamak da, aşırı doyum sağlamak da kişide patolojik kişilik özelliklere yol açar. Sırayla bu basamaklar ve ilişkili kişilik özellikleri ele alınacak olursa: *oral kişilik* tipik olarak pasif, bağımlı, itaatkar özellikler taşır. *Anal kişilik* düzenli olma, cimrilik, inatçılık gibi kişilik özelliklerine sahiptir. Freud, çocukluk döneminde enürezis nedeniyle aşağılanan hastalarının yaşamda kolay yoldan başarılı olma hırsı taşıdığını, ilk denemede bunu gerçekleştiremediği takdirde yılgınlığa düştüğünü belirtmiş ve bu özellikleri de *ürethral (urethral) kişilik* ile bağdaştırmıştır. Fallik dönemde ödipal kompleksin tatmin edici bir şekilde sonlandırılmaması sonucunda kişinin yetişkin dönemde nevroz geliştirmesi beklenir, bu nedenle bu dönemin çözülmesi kritiktir. Fallik dönemin başarıyla tamamlanamaması, beraberinde ben merkezli ve egoist olan *fallik kişilik* özelliklerini getirir. Aynı zamanda Freud, eşcinsellerin de fallik kişiliğin bir türü olduğunu iddia etmiştir (Rychlak 1981).

Normal gelişim süreci, her bir basamağın başarılı bir şekilde tamamlanmasıyla olur. Ancak herhangi bir nedenden ötürü bir basamakta yeterli doyum sağlayamama ya da aşırı doyum sağlama ile kişi, bu basamakta saplanır kalır, bu da patolojiye yol açar.

Freud, normaldışı düşünce ve davranışların normal davranışlarda geçerli olan mekanizmaların abartılmış biçimleri olduğu görüşünü savunmuştur. Bu durumda bozuk davranışlar, gerçekte kişinin içsel çatışmalarından kurtulabilmek için gösterdiği yetersiz çabaların belirtileridir. Bu görüş, normal ve normaldışı davranışlarda aynı psikolojik etkenlerin geçerli olduğunu ve arada yalnızca bir derece farkı olduğunu da ortaya koymakla, ruhsal hastalıkların ürkütücü ve anlaşılmaz olarak değerlendirilmesine son vermiş ve yirminci yüzyıl psikiyatrisinin temelini oluşturmuştur (Geçtan 2005).

Aslında Freud'un görüşü, belirtilerden çok etiyolojiye dayanmaktadır. Onun için önemli olan patolojinin ne olduğu değil, neden oluştuğudur (Brenner 1998). Bu nedenle geçmiş yaşantılar, tedavi sürecinde belki de en değerli bilgi kaynağıydı. Geçmiş yaşantılar nasıl ki kişilik gelişimini olumsuz yönde etkiliyor ve psikopatolojiye yol açabiliyorsa, bunun tam tersi, destekleyici etkileri de olabilmektedir. Skodol ve ark (2007) yaptıkları çalışmada, belli kişilik bozuklukları için, çocukluk ve ergenlik döneminde olumlu yaşantıları bulunan kişilerde prognozun daha iyi olduğunu bulmuştur. Yani geçmiş yaşantıların olumsuz olması patolojiye yol açarken, olumlu olması patolojinin ortadan kalkmasına yardımcı olmaktadır.

Freud'un düşünceleri tüm dünyada etki bulmuştur ve hala yaygın biçimde yararlanılmaktadır. Geliştirdiği sistem, psikoterapi anlamında bir ilktir ve kullandığı yöntemler (serbest çağrışım, hipnoz, rüya yorumları gibi) günümüzde halen geçerliliğini korumakta ve kullanılmaktadır.

Geliştiği dönemin özellikleri göz önüne alındığında, Freud'un kuramına ilişkin yapılan eleştiriler en fazla cinselliğe, özellikle de çocuk cinselliğine, verdiği öneme ilişkindir. Çünkü böyle bir yaklaşım o dönem için ne sosyal ne de dinsel değerlerle bağdaşmamaktadır. Diğer taraftan gelişim kuramında kültür farklılıklarına yeterince önem vermemiş olması ve geliştirdiği klinik kavramların deneysel yoldan doğrulanabilirliğinin mümkün olmaması (Geçtan 2005); kullanılan terim ve tekniklerin subjektif olması; kişinin seçimleri, ilgileri ve ihtiyaçları, diğerlerinden farkı gibi öznel yaşantılarını göz ardı etmesi (Prochaska ve Norcross 2003); kuramının ortaya çıkmasına zemin hazırlayan örnekleme nevrotik hastaların oluşturuyor olması; ve her şeyi açıklayan, gücü sınırsız bir kuram özelliği taşıması diğer eleştiri nedenlerini oluşturmaktadır.

Tüm bu eleştiriler aslında pek çok yeni kurama ve günümüzdeki psikiyatrik düşüncenin oluşumuna ön ayak olmuştur. Bir zamanlar Freud'un düşüncelerini benimseyerek onun yolundan gidenler daha sonra karşı çıktıkları noktalardan yola çıkarak yeni kuramlar oluşturmuşlardır. Yeni Freudcular ya da Neo-Freudian'ler adı verilen bu grubun temsilcilerini Alfred Adler, Carl Jung, Anna Freud ve Karen Horney oluşturmuştur.

Erik Erikson, gelişimi tanımlarken psikoseksüel basamaklardan çok psikososyal basamaklara önem vermiştir. Erikson'un ardından kişilik gelişiminde obje ilişkileri yaklaşımı ile Melanie Klein ve Otto Kernberg önem kazanmıştır. Daha sonraları John Bowlby ve Mary Ainsworth ise bağlanma çalışmalarıyla kişilik gelişimine katkı sağlamışlardır.

Freud'un kuramında kültürel ve sosyal etkilerin göz ardı edilmesini eleştiren Alfred Adler (1870-1937), Bireysel Psikoloji kuramında kişiliğin parçalanamaz bir bütün olduğu düşüncesinden hareketle insan yaşamında mükemmele ulaşmak için bir çaba bulunduğunu, bireyin kendi kaderini belirleme yeterliliğinin olduğunu ve insanın sosyal sistemin bir parçası olduğunu savunmuştur.

Adler'in psikopatolojiyi ele alışı, kişinin bebeklikten itibaren getirdiği *aşağılık duygusunun*, onu daha ileriye götürdüğünü, ancak herhangi bir nedenle bu duygunun

üstesinden gelinememesi halinde bu duygunun yerini *aşağılık kompleksi*'nin alarak kişide patolojik hale geleceği şeklindedir. Organ eksikliği, çocuklukta ihmal edilme veya aşırı şımartılma, çocukluk döneminde geçirilen hastalıklar, doğum sırası, ebeveynin çocuğa karşı olumsuz tutumu gibi içsel ve dışsal pek çok faktör kişinin yoğun bir eksiklik duygusu yaşamasına ve kişinin bu eksiklik duygusunu gidermeye çalışırken uyumsuz davranışlar geliştirmesine, dolayısıyla patolojiye, neden olacağını belirtmiştir (Adler 1927).

Jung (1875-1961) ise Analitik Psikoloji ile *ırksal (ortak) bilinçdışı* ve *kişisel bilinçdışı* kavramlarını ortaya atmıştır. Buna göre kişisel bilinçdışı kişiye özgüdür, bilince hiç ulaşmamış ya da ulaştıktan sonra çatışma yarattığı için bastırılmış ve geri gönderilmiş yaşantıları içerir. İrksal bilinçdışı, insanlık tarihi boyunca biriktirilen ortak deneyimler, evrim ve kalıtımı içerir, tüm insanlarda ortaktır. Örneğin pek çok kişi hayatında hiç yılanla karşılaşmamış olmasına rağmen yilandan korkar. İşte bu, yılan korkusunun kuşaklar boyu aktarılmasıyla oluşan ırksal bilinçdışının bir imgesidir. Jung, yaşamda pek çok alanda rastlanılan bu ortak zihinsel imgelerin hepsi için *arketip* terimini kullanmıştır (Jung 2003).

Jung, kişiliğe ilişkin olarak içedönüklük ve dışadönüklük kavramlarından bahseden ilk kuramcıdır. Normal kişilik özellikleri için bu iki özelliğin dengede olması gerektiğini düşünmüştür (Mohl ve Weiner 2000). Jung' un içedönüklük-dışadönüklük kavramları, Hans Eysenck'in, Mausley Kişilik Envanteri'ni geliştirmesine imkan sağlamıştır (Geçtan 1997).

Kişilik gelişiminin ancak orta yaşlara doğru tamamlandığını savunan Jung, kişiliğin çocukluk döneminde belirlendiğini savunan Freud'dan bu noktada ayrılır.

Jung'un psikopatolojiye bakışı ise bireyselleşme ve bütünleşme üzerinedir. Buna göre kişi, kişiliğinin tüm parçalarını uyumlu bir bütün haline getirme ve kendini gerçekleştirme çabası içindedir. Örnek olarak kişinin, toplumun onayını almak amacıyla dış dünyaya taktığı maskeyi ifade eden *persona* arketipi çok fazla vurgulandığında kişinin benliğine ilişkin algıları kaybolarak kişinin kendine yabancılaşması ve kim olduğundan şüpheye düşmesi ve sonuç olarak patolojik bir hal alması söz konusu olabilir (Jung 2003; Pervin ve John 1997).

Bütüncü Yaklaşım'ın öncüsü Karen Horney (1885-1952) ise kişilik gelişiminde biyolojik etmenlerle birlikte psikososyal yaşantıların birlikte etkili olduğunu savunur. Ona göre davranışların belirleyicileri, insanın yaşamı boyunca geliştirdiği algılar, duygular,

düşünceler, yargılar, değerler, amaçlar ve bunların birbirleriyle olan etkileşimleridir. Çocukluk yaşantıları ve yetişkin yaşam arasında doğrudan ve yalın bir ilişki kurma imkanı sınırlıdır çünkü aradan geçen sürede başka olaylar yaşanır ve kişi, yeni davranış örüntüleri geliştirir. Bu nedenle davranışın, yaşanmakta olan zamandaki ortaya çıkış biçimi anlam ve önem taşır (Horney 1999). Bununla birlikte o da Freud gibi kişiliğin ilk çocukluk döneminde geliştiğini savunur ancak bunun yanında kişilik katı değildir, yaşam boyunca değişebilir. Bozuk davranışların kökeninde aile içi ilişkilerdeki sorunlar ve sosyokültürel etmenlerin birleşimi yatmaktadır (Geçtan 2005).

Horney, patolojiyi büyük oranda psikososyal yaşantılara bağlar. Buna göre çocuk, kendini çaresiz, savunmasız ve dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılamasının sonucunda narsisizm, mükemmeliyetçilik, mazoşizm gibi birtakım eğilimler geliştirir. Bu eğilimler içgüdüsel değil, çocuğun “tehlikeli” olan dış dünyayla baş edebilme çabasıdır.

Horney, kuramında kültürel özelliklere fazlasıyla önem vermiştir. Böylece kültürün patoloji üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmuş olur. Normaldışı kavramını tanımlarken hangi tür davranışların nevrotik olarak nitelendirilebileceğinin iki kültür, iki toplumsal sınıf arasında hatta kadından erkeğe değişebileceğini düşünür (Geçtan 2005).

Psikososyal basamakların kişilik özellikleri üzerindeki etkisini inceleyen Erik Erikson (1902–1994), Freud’dan farklı olarak sekiz basamak belirlemiştir (Bknz. Çizelge 1).

Erikson’a göre, sonraki bütün kişilik gelişimi ve uyumu daha önceki gelişimden ve uyumdan oluşmaktadır. Buna göre ilk yaşantılar, kişinin gelecekteki kimliğini geliştirir ya da tehlikeye sokar. Her aşama, kendine özgü bunalımları içerir ve bu aşamaların başarıyla atlatılması, bir sonraki basamağa geçebilmek için gereklidir.

Çizelge 1. Erikson ve Freud’un dönemleri

<i>ERIKSON’ın DÖNEMİ</i>	<i>FREUD’un DÖNEMİ</i>	<i>YAŞ</i>
Güvene karşı Güvensizlik	Oral Dönem	Doğum - 1,5 yaş
Özerkliğe karşı Utanç ve Kuşku	Anal Dönem	1,5yaş - 3yaş
Girişkenliğe karşı Suçluluk	Fallik Dönem	3yaş – 6yaş

Çizelge 1. Devam

Çalışkanlığa karşı Aşağılık Hissi	Gizil (Örtülü) Dönem	6yaş – 11yaş
Kimliğe karşı Rol Karmaşası	Genital Dönem	Ergenlik
Yakınlığa karşı Yalıtılmışlık		Genç Yetişkinlik
Üretkenliğe karşı Durgunluk		Yetişkinlik
Bütünlüğe karşı Umutsuzluk		Yaşlılık

*Kaynak: Gander ve Gardiner, 2004.

Psikopatoloji ise gelişim dönemlerinde başarılı biçimde tamamlanamayan basamakların ileride kişilik örüntülerine olumsuz yönde yansısıyla ortaya çıkar. Örnek olarak birinci basamakta güven duygusunu geliştiremeyen çocuk, yaşamının ilerleyen dönemlerinde paranoid özellikler taşır (Geçtan 1997).

Melanie Klein (1882-1960), kişilik gelişimine *nesne ilişkileri* kavramını kazandırarak farklı bir bakış açısı oluşturmuştur. Buna göre Klein, bebeğin bakım veren kişi ile kurduğu ilişkinin, kişinin daha sonraki ilişkileri ve kişilik özellikleri üzerinde etkili olduğunu söylemektedir. Otto Kernberg (1928-) ise özellikle borderline ve narsistik kişilik bozukluklarına yönelik önemli katkılarda bulunmuştur.

Kernberg, psikopatolojiye yönelik olarak bölme (splitting) savunma mekanizması ile ilişkili olarak çalışmıştır. Yaşamın ilk yıllarında bebeğin, duygusal dünyasını sürdürebilmesi için oldukça gerekli olan bu mekanizma, onun iyiyi kötüden, sevgiyi nefretten ayırmasını sağlar. Ancak bu, bebek için bir savunma mekanizması niteliği kazandığında ego yetersizliğinin temel nedeni haline gelerek patolojiye yol açar (Geçtan 1997).

Bağlanma Kuramı'nı oluşturan John Bowlby (1907–1990), çocuğun temel bakıcısı ile kurduğu ilişkiye bağlı olarak hem kendisi hem de çevresi hakkında birtakım inançlar ve zihinsel modeller geliştirdiğini ve bu modellerin, çocuğun sonraki yaşantılarındaki ilişkilerine yön vereceğini savunur. Bu kurama göre Bowlby dört bağlanma türü tanımlamıştır, bunlar: *güvenli bağlanma (secure attachment)*, çocuğun hem kendine hem de başkalarına ilişkin algısının olumlu olduğu; *saplantılı bağlanma (preoccupied attachment)*, çocuğun kendine ilişkin algısının olumsuz, diğerlerine yönelik algısının olumlu olduğu; *korkulu bağlanma (fearful attachment)*, çocuğun hem kendine hem de diğerlerine

ilişkin algısının olumsuz olduğu; *kayıtsız bağlanma (dismissing attachment)*, çocuğun kendini olumlu ancak diğerlerini olumsuz algıladığı, bununla birlikte yakın ilişkilerden kaçınma tarzının olduğu bağlanma biçimini ifade etmektedir (Soygüt 2004).

Belirli nörolojik hasarla doğanlar dışında her bebek, kişilik gelişimine ilişkin kişisel bir dizi potansiyel yollarına sadık kalır. Özellikle hangi yoldan ilerleyeceği, karşılaştığı çevre, özellikle de ebeveyn ya da ebeveyn rolünü üstlenmiş kişiler tarafından belirlenir. Bunların bebeğe nasıl davrandıkları ve tepki verme tarzları belirleyicidir. Ebeveyni duyarlı ve hassas çocukların sağlıklı bir gelişim yolu izlemeleri olası iken; ebeveynin duyarsız, tepkisiz, ihmalkar ve reddedici olması ise çocuğu sağlığının bozulmasına yatkın hale getirir. Buna rağmen, sonraki gelişimin yönü psikanalitik kuramdaki gibi saplanmaz, çocuğa yönelik davranışlardaki değişiklikler çocuğun gelişimsel yolunu daha uygun bir yöne olabileceği gibi, daha uygun olmayan bir yöne de kaydırabilir. Gelişimsel değişim kapasitesi ilerleyen yaşla azalmakla birlikte değişim, yaşam döngüsü boyunca devam eder, bu nedenle iyi ya da kötü değişimler her zaman olasıdır (Bowlby 1988). Bu bakış açısı ile Bowlby, bağlanma kuramında gelişim basamaklarına saplanma olmaması ve değişimin ilerleyen yaşla birlikte azalsa da devam etmesi yönlerinden Freud'un psikanalitik kuramından farklılaşmaktadır.

Bowlby'nin psikopatoloji yaklaşımı bağlanma sürecinde yaşanan sorunlarla ilişkilidir. Erken dönem bağlanma yaşantıları, kişilik gelişiminin ve yetişkinlikteki ilişki tarzlarının temelini oluşturmaktadır. Buradan hareketle güvenli bağlanan kişilerin benlik saygısı yüksek, ilişki tarzları karşılıklı ve duyum sağlayıcı; saplantılı bağlanan kişilerin, benlik algısı olumsuz, ilişki kurma tarzı ise yapışkan ve karşı tarafı bunaltıcı; korkulu bağlanan kişilerin benlik algısı olumsuz, ilişki tarzında diğerlerine güvensiz ve çekingen; kayıtsız bağlanan kişilerinse benlik algısı olumsuzdur ve kişi yakın ilişkilerden uzak durma çabası içinde olacaktır (Bowlby 1988; Soygüt 2004).

1.1.2.3. Treyt (Ayrırcı Özellik) Kuramı

Bireyler, kişilik özellikleri açısından büyük oranda farklılaşırlar. Öncülüğünü Gordon Allport'un (1897–1967) yaptığı treyt kuramı, çok geniş bir perspektifte bireysel farklılıkların kişilik özelliklerinden nasıl etkilendiği ve kişilerin birbirlerinden nasıl farklılaştıkları üzerinde durur. Allport, her şeyden önce, bireyin tek, eşsiz olduğunu inanmıştır. Treyt kuramı, kişiliğin ilk çocukluk yıllarından bu yana nasıl geliştiğini değil,

gelişmiş olan yetişkin kişiliklerinin birbirlerinden nasıl farklılaştığı üzerinde çalışmıştır (Morris 2002).

İnsanlarda bulunan birtakım özellikleri doğrudan gözlemek mümkün değildir ancak kişinin davranış biçimlerine bakarak bir özellik çıkartılabilir. Bunun için toptan biçimde tanımlayıcı olmaya çalışmak yerine, davranışı treyt dizilerinin oluşturduğu bir yapı olarak görebilmeyi önerir. Buna göre her birey, tüm kişilikleri oluşturan genel özelliklere az ya da çok sahiptir. Örnek olarak insanların zeka ya da atılganlık özellikleriyle çalışırken onları tamamen zeki, zeki değil ya da atılgan, atılgan değil olarak hatalı olacaktır. Bunun yerine onların bu özelliklerini bir ölçek üzerinde puanlar gibi derecelendirmek daha doğru olacaktır (Rychlak 1981).

Bu bağlamdan yola çıkan Allport, kişinin birçok durumda nasıl davrandığına ilişkin özelliklere *treyt* adını vermiştir. Treytlerin, kişiliğin temel birimleri olduğuna inanan Allport, bunların zaman içinde ve çeşitli durumlarda genellenmiş kişilik yatkınlarını sunduklarını belirtmiştir. Treytler “sıklık”, “yoğunluk” ve “durumların dizi genişliği (ranjı)” olmak üzere üç özellikte tanımlanabilir. Örnek olarak oldukça güvenilir bir insan, her zaman ve her durumda oldukça güvenilirdir. Yani özellik yalnızca o duruma ve o ana özgü değildir (Pervin ve John 1997).

Allport’un psikopatolojiye bakışı, savunma mekanizmaları temellidir. Ona göre çocukluğun sonlanması ile birlikte birey gerginlik yaşar ve bunu azaltmak amacıyla savunma mekanizmalarını kullanır. Bu mekanizmaların aşırı kullanımı ise kişide patolojiye yol açmaktadır.

Allport’un kuramı, sonraki kuramcılar tarafından çok fazla geliştirilmemiş olmakla birlikte, Eysenck ve Cattell treyt kavramından yola çıkarak farklı kuramlar oluşturmuştur. Bunun yanında Allport’un yeterli sayıda çalışma yapmamış olması, kuramının geçerliliğine ilişkin önemli bir eleştiri noktasıdır (Pervin ve John 1997).

Allport’un treyt kavramından yola çıkan Raymond Cattell (1905–1998), kişiliğe yönelik boyutsal sınıflandırmanın öncülerindendir. Kişilik özellikleri olarak adlandırılabilen dört bin beş yüz sıfat belirlemiş, ardından faktör analizi yoluyla ilişkili sıfatları gruplandırarak bu sayıyı on altıya düşürmüştür. Daha sonra bu listeye yedi özellik daha ekleyerek kişiliği, bu özelliklerin özel bir karışımından oluşmuş benzersiz bir yapı olarak tanımlamıştır (Lelord ve André 2007; Morris 2002).

Cattell, kişilik gelişiminde genetik ve kalıtsal etkilerin önemini göz önünde bulundurmuştur.

Cattell'in de psikopatolojiyi ele alışının altında çatışmalar yatar. Ancak bu çatışmalar açlık, cinsellik gibi biyolojik güdülerle kariyer, benlik gibi kültürel güdüler arasında olmaktadır (Duke ve Nowicki 1989).

Kişiliğin psikolojik faktörlerle biyolojik faktörlerin birleşimi sonucu geliştiği görüşüne dayanan Cloninger, psikobiyojik kuramını kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak amacıyla geliştirmiştir (Arkar 2005; Arkar 2008). Cloninger'in mizaç boyutu, duygulara dayalı beceri ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerini ifade ederken; karakter boyutu ise, kavramsal öğrenmeye dayanan simgeleştirme ve soyutlaştırma süreçlerini ifade eder. Buna göre kuram, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca kısmen durağan ve kültürel etkiler karşısında değişmedikleri düşünülen dört *mizaç boyutu* (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ile üç *karakter boyutunu* (kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (Cloninger 1986).

Psikobiyojik kurama göre karakter ve mizaç özellikleri, kişilik bozukluklarının temel ve ayırt edici özelliklerini belirlemektedir. İyi gelişmemiş karakter özellikleri, özellikle de kendini yönetme ve işbirliği yapma, kişilik bozukluklarının tüm alt tiplerinde bulunmakta ve kişilik bozukluklarını yordamada kullanılmaktadır (Svrakic ve Cloninger 2004).

Cloninger ve arkadaşları, Cloninger'in psikobiyojik kişilik kuramına dayalı olarak, kişiliğin yedi boyutunu ölçen, Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI)'ni geliştirmişlerdir. Dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendiren envanterin uluslar arası çalışmalarda kullanımı, son yıllarda oldukça yaygınlaşmıştır (Arkar ve ark 2005).

Treyt psikologları, en çok kişilik gelişimi hakkında çalışmamaları açısından eleştirilmiştir. Ancak kişilik gelişiminde psikolojik faktörlerin yanında gen-çevre etkileşimi de göz önünde bulundurmuş olmaları, bugünkü “kalıtım mı çevre mi” sorusunun başlangıcını oluşturmuştur.

1.1.2.4. Bilişsel – Sosyal Öğrenme Kuramı

Bilişsel-sosyal öğrenme kuramcıları, kişinin kendi beklenti ve değerlerini, davranışlarını yönlendirecek biçimde örgütlediğine inanırlar. Bu tür kişisel standartların tamamı, kişinin kendi yaşam öyküsünden oluştuğu için her bireyde ona özgü bir şekilde olmaktadır. Davranışları bilişler, öğrenme, (pekiştirme, ceza ve model alma da dahil olmak üzere) geçmiş deneyimler ve yakın çevrenin etkileşiminin bir ürünü olarak görürler.

Bandura (1925 -) insan davranışlarının ödül ve ceza gibi faktörler sonucunda ortaya çıkabileceğini ancak tüm kişiliği açıklarken bunların yetersiz kalacağını, bunun yanında düşünceler, tercihler ve beklentiler gibi içsel etmenlerin de belirleyici olduğu görüşünü savunmuştur.

Kişilikle çevre arasında karşılıklı bir etkileşim olduğunu savunan Bandura, kişinin bir ortamda gerçekleştirdiği davranışa ilişkin tepkinin, aynı kişinin daha sonraki davranışlarını etkilediğini belirtmiştir. Örneğin şımarık tepkiler gösteren bir çocuk, bu tepkisi sonucunda aldığı geribildirimlerle göre ilerleyen dönemlerde aynı davranışı sürdürür, tekrarlamaz ya da başka bir ortamda sürdürür (Morris 2002). Bandura'ya göre kişilik, gözlem ve pekiştirme yoluyla öğrenilen bireysel standartlar, durumlar ve davranışsal sonuçların sürekli etkileşiminden doğmaktadır.

Bilişsel kuramcı Aaron T. Beck (1921 -) ise kişilik gelişimini şemalar yoluyla ele almaktadır. Kişinin erken dönemde kendine, diğerlerine ve dış dünyaya ilişkin geliştirdiği inançlar ve bu inançlar doğrultusunda oluşturduğu davranışlar kişilik yapısını oluşturmaktadır. Psikopatoloji de kişinin gerçekle bağdaşmayan, uyumsuz bilişlerinden kaynaklanmaktadır. Ancak burada önemli olan, olayın kendisi değil, kişinin o olayı nasıl algıladığı ve yorumladığıdır (Beck 2001).

1.1.3. Kişilik Bozukluğu

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanımına göre kişilik bozukluğu, kişinin içinde bulunduğu kültürden önemli derecede sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Bu örüntü yaygındır, esneklik göstermez, ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı hale gelir ve işlevsellikte bozulma ile birlikte sıkıntıya neden olur. Kişilik özellikleri, ancak esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda ve işlevsellikte belirgin bir bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden olduğunda kişilik bozukluklarını oluşturur (APA 1994).

Akıl hastası olmayan, ancak ahlaki davranış ya da karakter açısından problemli bireylerin varlığı tarih boyunca dikkat çekmiş, bu kişiler için “mantıklı delilik” ya da “ahlaki delilik” gibi tanımlar yapılmıştır. Tarihsel açıdan en fazla ilgi çeken kişilik bozukluğu, önceleri “psikopati” ya da “sosyopati” olarak tanımlanan, günümüzdeki tanımı ile “antisosyal kişilik bozukluğu” dur. Diğer KB türleri ise çok daha sonraları, çoğunlukla da psikanaliz ile ortaya çıkmış, günümüzdeki önemine ise 1980 yılında DSM-III sınıflama sisteminin, kişilik bozuklukları için ayrı bir eksen oluşturması sonucunda kavuşmuştur (Sorias 2007).

1.1.3.1. DSM-IV-TR Sınıflaması

APA tarafından yayınlanan DSM-IV-TR’de sınıflandırılan kişilik bozuklukları paranoid, şizoid, şizotipal, histrionik, narsistik, borderline, antisosyal, obsesif-kompulsif, çekingen ve bağımlıdır. DSM-III-R’de yer alan Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu ve Kendini Çelmeleyen Kişilik Bozukluğu, DSM-IV’den çıkarılmış ve onun ardından gelen DSM-IV-TR’de de yer almamıştır.

DSM’de kişilik bozuklukları tanımlayıcı özelliklerinin benzerliklerine göre üç kümeye toplanmıştır. Paranoid, Şizoid ve Şizotipal kişilik bozukluklarının oluşturduğu A Küme temelde tuhaf, ilgisiz özellikleri içerirken; Antisosyal, Borderline, Histrionik ve Narsistik kişilik bozukluklarının oluşturduğu B Küme özellikleri dramatik, dürtüsel, tutarsız olmayı içerir; Çekingen, Bağımlı ve Obsesif Kompulsif kişilik bozukluklarının oluşturduğu C Küme ise anksiyöz ve korkulu kişilik özelliklerini içinde yoğun biçimde barındırmaktadır.

DSM tanı sistemi, patolojileri etiyolojilerinden bağımsız bir biçimde yoğunluk ve sürelerini de dikkate alarak tipik bulgulara göre “var-yok” şeklinde kategorik bir sistemle tanımlar ve bir tanı koyabilmek için belli ölçütlerin bir araya gelmesi gerekmektedir. Bu kategorik sistem, uygulama kolaylığı; hastalarla çalışma ve onlara bilgi verme imkanı sağlama; nesnel karar verme imkanı sağlama ve alanda çalışan uzmanlar için ortak bir dil yaratarak kişilik bozukluğu araştırmalarına önemli ölçüde katkı sağlama gibi avantajları bulunmaktadır (Westen ve ark 2006; Kupfer ve ark 2008; Boztaş ve Arısoy 2010).

Ancak bu avantajlarının yanında, toplam/kesme noktası yöntemine dayanması nedeniyle pek çok açıdan da eleştirilmektedir. Öncelikle, DSM’nin geliştirilmesi aşamasında prototipik olguların değerlendirilerek oluşturulan tanımlayıcı ölçütlerin

etiyojolojiyi göz ardı etmesi nedeniyle yaklaşımın kuramsal olmadığı düşünülmektedir. Ayrıca kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için gereken “uyumsuz tepki örneklerinin yetişkinlikten önce başlamış olması ve yetişkin yaşamda da ısrarla devam etmesi” kriteri de zaman zaman kafa karıştırıcı olabilmektedir. Bu durum, çeşitli ruhsal bozukluklar (uzun süreli depresyon gibi), uzun süreli durumsal koşullar (iş yaşamında belirsizlik gibi) ve diğer tıbbi durumlardan (hipertiroididen kaynaklanan huzursuzluk gibi) kaynaklanan süregiden kişilik değışiklikleri ile kişilik bozuklarını birbirinden ayırt etmeyi zorlaştırmaktadır. Kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için gereken “sosyal ve mesleki alanlardaki işlevsellikte önemli bozulma, belirgin derecede sıkıntıya neden olma” tanımı ise öznel içermesi nedeniyle bulanıktır. İşlevselliğin bozulması ve buna bağlı olarak oluşan stres; düşük benlik saygısı, anksiyete, suçluluk ve depresyonda da görülebilir, bu durum da klinisyeni Eksen I’e yönlendirebilir (Svrakic ve Cloninger 2005).

Tüm bunların yanında, kişilik bozuklukları birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılmaz, birçok kategorinin bazı özellikleri bir arada toplanabilir. Karmaşık, çok yönlü kişilik bozukluğu sendromlarında aynı anda farklı, örtüşmeyen kategorileri yedi ya da dokuz kriterle betimlemeye çalışmak neredeyse imkansızdır. Ayrıca kişilik bozukluğu tanıları arasındaki eşanı oranının da oldukça yüksek olması, araştırmacıların sıklıkla belirli kişilik bozukluğu tanıları koymak yerine Eksen II kümeleri yapmalarına yol açmaktadır (Westen ve ark 2006).

Kategorilerin kendi içinde bile büyük farklılaşmalar görülebilmektedir. Aynı tanıyı alan iki hasta, birbirine hiç benzemeyen, sekiz kriter içinden farklı dördünü karşılayabilir. Ya da “başka türlü adlandırılmayan” yani hiçbir kategoriye uymayan ancak belirgin biçimde kişilik bozukluğu bulunan vakalara da sıklıkla rastlanmaktadır (Sorias 2007).

Yapılan tüm bu eleştiriler, uygulamacıları farklı yönlele, özellikle de boyutsal yaklaşıma doğru itmektedir.

1.2. Her Bir Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi

1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

1.2.1.1. Tarihçe:

1894’te Freud ilk kez yansıtma (projeksiyon) savunma mekanizmasını tanımlamıştır. Adolf Meyer ise, 19.yy’da betimleyici psikiyatri içinde çeşitli isimlerle yer alan benzer vaka öykülerinden hareketle paranoid karakter tanısını dile getirmiştir. DSM-III’te yer alan

üç temel kriter (şüphencilik ve güvensizlik, aşırı duyarlılık ve kısıtlı duygulanım) DSM-III-R'ye eklenerek paranoid kişilik bozukluğu için yedi kriter oluşturulmuştur. Bu kriterlerden dört tanesi tanı koymak için yeterlidir (Perry ve Vaillant 1989).

Paranoid kişilik bozukluğu, ancak güvensizlik ve şüphencilikle açıklanabilir (Parnas ve ark, 2005). Yeterli bir dayanağı olmaksızın, başkaları tarafından sömürüleceği ya da kendisine zarar verileceği inancı; ortada bir neden olmaksızın arkadaşlarının ve/ya eşinin sadakat ve güvenilirliğinden şüphe duyma; sıradan konuşmalardan ve olaylardan kendisini küçük düşürücü ya da tehdit edici anlamlar çıkarma; kendisine yapılan bir davranış karşısında hemen saldırıya geçme ve kin tutma; başkalarına anlatacağından korktuğu için, kendisiyle ilgili konuları kimseye anlatmama paranoid bir kişinin tipik özellikleridir (Geçtan 1997).

Ogden (1986) paranoid kişinin insanlarla ilişkilerinde süreklilik bulunmadığını, bu kişilerin yalnızca yaşanan anı algıladığını; her ilişkiye, kuşkularının gerçekleşeceği beklentisiyle yaklaştığını; dünyanın güvenilmez ve ne yapacağı belli olmayan yabancılarla dolu olduğu inancından kaynaklanan sürekli bir anksiyete yaşadığını belirtmiştir.

1.2.1.2. Etiyoloji:

Evlat edinme çalışmalarının gösterdiği paranoid kişilik bozukluğu ile kronik şizofreni arasındaki biyolojik ilişki, ilgi çekmektedir. Ancak paranoid kişiliğin gelişmesine yatkınlık sağlayan kalıtsal biyolojik özellikler, daha ileri araştırmalara gerek duymaktadır. Ancak çevresel stresörlerin paranoid kişilik bozukluğunun klinik tablosunu tetiklediği bilinmektedir (Perry ve Vaillant 1989). 1985'te yayınlanan bir raporda ise, DSM-III paranoid kişiliğin kronik şizofrenlerin birinci dereceden akrabalarında daha yaygın (% 7,3 / 2,3) olduğu belirtilmiştir (Svrakic ve Cloninger 2004). Benzer şekilde, Coolidge ve ark (2001), 4-15yaş arasındaki 112 tek yumurta ve çift yumurta ikizinin değerlendirildiği çalışmada paranoid özellikler için genetiğin etkisini .50 olarak bulmuştur.

Genetik faktörler oldukça güçlü bir etken olarak görülmekle birlikte yapılan çalışmalar, genetik faktörler dışında erken dönemdeki olumsuz yaşantıların, ihmal ve istismar edilmenin (Grover ve ark 2007); aile içi çatışmaların (Klonsky ve ark 2000); duygusal, fiziksel ve denetimsel (supervision) ihmalin varlığının (Johnson ve ark 2000) paranoid kişilik bozukluğunun yordayıcısı olduğuna işaret etmektedir.

Ayrıca diğer bozukluklarda olduğu gibi bu bozuklukta da rol oynayan işlevsel olmayan bilişlerin (Beck 2008) ve sosyal destek arama azlığı ve kaçınma gibi işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin varlığı söz konusudur (Bijttebier ve Vertommen 1999).

Psikodinamik açıdan Freud'un bir zamanlar ileri sürdüğü, paranoid düşüncenin gizli homoseksüelite ile ilgili olduğu görüşü yerini, kuşkucu tutum ve düşünceye, kişinin iç dünyasının açığa çıkma korkusu ve incinme duygularının neden olduğu görüşüne bırakmıştır (Sorias 2007).

1.2.1.3. Epidemiyoloji:

Yaygınlık oranı kesin olarak bilinmemekle beraber, genel popülasyonda % 0,5 - 2,5; psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda %10 - 30; tedavinin ayaktan sürdürüldüğü psikiyatri kliniklerinde ise % 2 - 10 arasında olduğu düşünülmekte ve erkeklerin daha fazla tanı aldığı bilinmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004). Ancak bu kişilerin tedavi arayışı içinde olmadıkları ve buna bağlı olarak hastaneye başvurma nedenlerinin yalnızca paranoid kişilik bozukluğu olmadığı (Sorias 2007) göz önüne alındığında, bu oranın daha da yüksek olması beklenmektedir.

Türkiye'de yapılmış olan yaygınlık çalışmaları incelendiğinde: Dereboy ve ark (2007) Aydın ilinde normal popülasyonda 528 katılımcı ile yaptıkları çalışmada paranoid kişilik bozukluğu oranını % 16,6; Şenyuva (2007) ise yine normal popülasyonda 246 katılımcıyla yaptığı çalışmada paranoid kişilik bozukluğu oranını % 6,1 olarak bulmuştur. Özçetin ve ark (2008) deprem sonrası oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış 62 kişi ile yaptıkları çalışmada ise paranoid kişilik bozukluğu için yaygınlık oranını % 17,3 olarak bulmuştur.

Özçetin ve ark (2008) ise deprem sonrası oluşan Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış 62 kişi ile yaptıkları çalışmada paranoid kişilik bozukluğu için yaygınlık oranını % 17,3 olarak bulmuştur.

1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

1.2.2.1. Tarihçe:

Şizoid kişilik bozukluğu tanısı, Eksen II tanıları ve yaklaşık 100 yıldır değişmekte olan tanı kategorileri içinde belki de en tartışmalı olanıdır (Beck 2008). Bu bozukluğun tanınması, 1900'lerin ilk 20 yılında Adolf Meyer, August Hoch ve Eugen Bleuler'in

alışmalarından sonra yaygınlaşmıştır. August Hoch'ın shut in personality ve Eugen Bleuler'in otizm kavramsallaştırması, sadece korku ve yalnızlık çeken kişileri, sadece hayal dünyasında anlamlı ilişkiler kurabilenler şizoid kişilerden ayırmak için bir temel sağlamıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Şizoid kişiliğin ilk tanımı şu dört özelliği içermekteydi: diğerlerinden geri çekilme eğilimi; açıkça gösterilmeyen agresyon; duygulanımsal donukluk ve otistik düşünce. Şizoid, şizotipal ve çekingen kişilik bozuklukları başta aynı tanı başlığı altında düşünülmüştür ancak DSM-III, hastaya şizotipal kişilik bozukluğu tanısı konması halinde, şizoid kişilik bozukluğu tanısı koyamama koşulu getirmiştir. DSM-III-R'deki değişiklikler ise DSM-III'teki hiyerarşik dışlama kriterlerini çıkarmak olmuştur. Bunu takiben, folitetik (plothetic) tanısal şemaya göre şizoid kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için sekiz ölçütten dördünün karşılanması yeterlidir (Perry ve Vaillant 1989).

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireylerdeki temel özellik, kişilerarası ilişkilerdeki eksiklik ve diğerlerine karşı olan ilgisizliktir. Yaygın bir biçimde tüm bağlamlardaki sosyal ilişkilerden kopma örüntüsü sergilemektedirler. Sık biçimde geri çekilme ve yalnızlık örüntüsü sergileyen bu kişiler, oldukça kısıtlı biçimde iletişim kurma arayışında bulunur ve bu iletişimden çok az tatmin sağlarlar ya da hiç sağlamazlar. Herhangi bir sosyal uğraşı kendi başına yapmayı tercih eden şizoid kişinin yavaş ve bağ kurmayan tarzdaki etkileşimi yüzünden çevresindekiler de geri çekilme ve onu görmezden gelme eğilimi içine girer. Zamanla bu durum, zaten minimum düzeyde olan sosyal becerinin, uygulama yokluğu yüzünden tamamen kaybolmasına yol açar (Beck 2008).

Başka bir görüşe göre ise, şizoid kişiler yoksunluklarının o kadar doyumsuz olduğunu hissederler ki, bu doyumsuzluğun diğerlerine zarar verebileceği ya da diğerlerinin vermek zorunda olduğu her şeyi alabilecekleri düşüncesine yol açar. Bunun yanında, duygusal ihtiyaç/destek aradıkları diğerleri tarafından tüketilmekten ya da zarar görmekten korkabilirler. Bundan ötürü, çoğu yalnız başına kalarak şizoid bir hal alma, hem diğerlerini yoksunluğuyla kendinden uzaklaştırma hem de diğerlerinin istekleri tarafından tükenme korkusundan kurtulmuş olurlar (Gabbard 2000).

Her ne kadar belirgin özellik yalnız başına olmayı tercih etme gibi görünse de, şizoid kişinin insanlarla yakınlık kurmak isteyip, korkuları nedeniyle savunma durumunda kaldığını düşünenler de vardır. Akhtar (1987)'a göre şizoid kişinin oluşturduğu izlenim ile

iç dünyası birbirinden oldukça farklı olabilir. Dünyadan kopuk, kendiyle yetinen, cinselliğe karşı ilgisiz ve ahlak kurallarına önem veren biri gibi görüldüğü halde bu kişi gerçekte aşırı duyarlı, duygusal beklentileri yoğun, çok dikkatli, yaratıcı ve çoğu kez sapkın olabilir ve dürüst olmayabilir. Bu nedenle bu kişiler, kim olduklarını hiçbir zaman tam olarak algılayamadan son derecede çelişkili duygular, istekler, düşünceler ve dürtüler arasında sürekli bocalarlar (akt. Geçtan 1997).

1.2.2.2. Etiyoloji:

Şizoid kişilik bozukluğu ile ilgili yaygın görüş, erken dönemdeki nesne ilişkilerinin, aile bireylerinin birbirleri ile olan etkileşim tarzının ve kültürün oldukça önemli bir rol oynadığı şeklindedir.

Çevrenin önemi, hem geriye dönük (retrospective) çalışmalarla, hem de ileriye yönelik (prospective) boylamsal çalışmalarla gösterilmiştir. Soğuk ve ilgisiz ebeveynlik etkisi, ancak çocuğun korkak, anksiyöz ve içe dönük mizaç özellikleri taşıması ve ebeveynlik özelliklerinin bunlarla etkileşmesi şizoid bir yetişkin oluşturur (Perry ve Vaillant 1989). Şizofreni ya da şizotipal kişilik bozukluğu olanların akrabalarında şizoid kişilik bozukluğu yaygınlığının arttığı bilinmektedir (Svrakic ve Cloninger 2005). Tüm bunların yanında her ne kadar içe dönük olma özelliği yüksek oranda kalıtsal gibi görünse de, şizoid kişilik bozukluğu etiyolojisinde kalıtımın önemi hala net değildir (Perry ve Vaillant 1989).

Psikanalitik bakış açısına göre ise şizoid kelimesi, benliğin pek çok benlik sunumuna bölünmesini ifade eder, bu durum da kimlik dağılması duygusuna neden olur. Kişinin kim olduğu ve ne istediği konusunda bir kanaatinin olmaması, kişilerarası ilişki girişimlerinde tutukluk hissetmesine ve geri çekilmesine neden olur. Bu kişilerin büyük çoğunluğu çocukluklarında duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması bakımından engellenme yaşamıştır, bu yüzden sürekli reddedilmekten veya diğerleri tarafından hayal kırıklığına uğratılmaktan kaçınmak için kendi kendilerine yeten bir hale gelmeye çalışırlar (Gabbard 2000).

1.2.2.3 Epidemiyoloji:

Genel toplumdaki yaygınlık oranı % 7,5'a kadar çıkmakta ve DSM-IV-TR'ye göre erkeklerde daha yaygın biçimde görülmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye’de normal örnekleme yapılmış olan çalışmalarda ise yaygınlık oranları %11,0 (Dereboy ve ark 2007) ve % 4,1 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur.

1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

1.2.3.1. Tarihçe:

İlk olarak Rado tarafından bu kavram bulunmuş ve daha sonra Meehl tarafından kullanılmış olsa da, “şizotipal” terimi son zamanlarda şizofreniyle ilgili yapılan aile çalışmalarının bir sonucu olarak DSM-III’e girmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreniye benzer bazı treytlar içerir ancak bunlar, şizofreniyi tam olarak karşılayacak düzeyde değildir. DSM-II, bu tür hastaların çoğunu borderline, basit ya da gizli şizofren veya şizoid olarak tanımlamıştır. Bu terim, geçmişte psödonörotik şizofren veya psikotik karakter olarak tanımlanmış birçok hastayı da kapsamıştır (Perry ve Vaillant 1989).

ICD-9 şizoid ve şizotipal arasındaki farktan bahsetmemiştir, bu iki bozukluğu daha geniş bir kavram olan şizoid başlığında toplamıştır. Tuhaf, eksantrik, garip davranış ve görünüşü yansıtan beşinci ölçütün eklenmesi dışında DSM-III-R, DSM-III’ün kriterlerini değiştirmemiştir. Bunun yanında DSM-III-R tanı koyabilmek için dört yerine beş ölçütün karşılanması gerekliliğini getirmiştir. B kriteri, hem şizofreni hem de gelişimsel bozukluk tanısını dışlamaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

Şizotipal kişinin yakın dostları yoktur. Özellikle tanımadığı kişilerle bir arada bulunduğu aşırı tedirginlik yaşayabilir. Doğaüstü güçlerle aşırı ilgilidir, o mekanda var olmayan bir gücün varlığını algıladığına inanabilir, yanılsamalar yaşayabilir. Dış görünüşü gariptir, alışılmadık el kol hareketleri yapabilir, kendi kendine konuşabilir. Konuşmalarının içeriği fakir, belirsiz ve aşırı soyut olmakla birlikte bağlantısız değildir. Kuşkuculuk ve paranoid özellikler zaman zaman gözlenebilir (Geçtan 2004).

1.2.3.2. Etiyoloji:

Şizotipal kişilik bozukluğunun etiyolojisine ilişkin deneysel bilgiler tam olarak yorumlanabilmiş değildir çünkü bu bilgiler, bozukluğun şizofreni spektrumu ile ilişkili birkaç klinik alt tipi olduğunu göstermektedir. Evlat edinme, aile ve ikiz çalışmalarında şizofreni hastalarının birinci derece yakınları arasında şizotipal kişilik bozukluğu sıklığında artış bulunmuştur. Bununla birlikte, şizotipal kişilik bozukluğu olan hastaların da akrabaları arasında şizofreni ve diğer psikozların sıklığında artış gözlenmiştir. Daha açık bir ifadeyle şizotipal kişili bozukluğu ile şizofreni, çift yönlü bir etkileşim halinde ve iç içe

geçmiş durumdadır. Ancak şizotipal kişilik bozukluğu ile şizofreni arasındaki ilişki hala tartışılmaktadır. Bazı genetik çalışmalar ilişki bulmazken, bazıları ise şizotipal kişilikten orta ve/ya ciddi şizofreniye kadar değişen farklı sonuçlar bildirilmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Genetik faktörlerin yanında gelişimsel faktörleri inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. 738 kişinin katıldığı boylamsal bir çalışmada, çocukluk döneminde özellikle fiziksel olarak ihmal edilmenin şizotipal kişilik bozukluğunun gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur (Johnson ve ark 2000).

1.2.3.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR’de genel toplumdaki yaygınlık oranı % 3 olarak bildirilmiştir. Daha önceki çalışmalarda ise bu oran % 2 – 6 arasında değişmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye’de normal popülasyonda yapılmış çalışmalarda ise yaygınlık oranlarının %20,4 (Dereboy ve ark 2007) ile % 6,9 (Şenyuva 2007) arasında değiştiği görülmektedir.

1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

1.2.4.1. Tarihçe:

Psikopatik kişilik kavramı 20.yüzyılda, tanımı çok net olmamakla birlikte, Hervey Cleckley’in 1938’de psikopatik kişiliği psikiyatrik bir tanı olarak suçluluk ve sosyal sapmadan ayırmasına dek sürmüştür. Cleckley, bu bozukluğun sosyal sınıfla ilgili olmadığını, diğer psikiyatrik bozukluklardan farklı olarak psikopatolojinin, belirgin depresyon ve anksiyetenin olmaması ile ortaya çıktığını belirtmiş (Perry ve Vaillant 1989), psikopat kişiyi ilk bakışta psikotik olmayan ancak davranışları, psikozun varlığını düşündürecek kadar toplumsal beklentilere ve gerçekliğe uymayan bir kargaşa içinde olan kişi olarak tanımlamıştır (Geçtan 1997).

İlerleyen dönemlerde “psikopat” teriminden giderek vazgeçilmiş, onun yerine bu durumun kökeninde psikolojikten çok, toplumsal nedenler olduğu varsayılarak “sosyopat” terimi kullanılmıştır (Geçtan 1997).

1952’de yayınlanan DSM-I, sosyopatik kişilik bozukluğu tanısına, başı sürekli dertte olan sorumsuz bireyleri; ahlaki açıdan anormal çevrelerde yaşayanları; homoseksüellik, travestilik, pedofili, fetişizm ve cinsel sadizmi (tecavüz, cinsel saldırı, sakatlama dahil)

kapsayan cinsel sapkınlıkları (Beck 2008); ilaç bağımlılığı ve alkolizmi de dahil etmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

1968’de DSM-II, antisosyal kişilik terimini kullanarak (Perry ve Vaillant 1989), sadakatsizlik; bencil, duygusuz, sorumsuz, fevri olma; deneyim ve cezadan suçluluk duyma yetisine sahip olmama; engellenme toleransı düşük olma; başkalarını suçlama ve kendi davranışlarına bahaneler bulma özelliklerini eklemiştir (Beck 2008).

1980 yılında yayınlanan DSM-III’de antisosyal kişilik bozukluğu terimi kullanılmaya başlanmış ve 15 yaşından önce başlayan yalan söyleme, hırsızlık, kavga, okuldan kaçma, otoriteye direnme, saldırgan cinsel davranışlar, alkol-madde kullanımı gibi davranışlarda kroniklik bulunduğu uyarısını eklemiş, 1987’deki basımında ise DSM-III-R’de ise fiziksel acımasızlık, vandalizm ve evden kaçma da bunlara dahil edilmiştir (Beck 2008).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu, DSM-IV-TR’deki diğer kişilik bozukluklarından farklıdır. Kişilik Bozukluğu başlığı altındaki tüm diğer kategoriler çocuk ve yetişkinler için kullanılabilmesine karşın antisosyal kişilik bozukluğu, 18 yaş öncesi dönemde tanı konulamayan tek bozukluktur. Bununla birlikte antisosyal kişilik bozukluğu, öncesinde “davranım bozukluğu” tanısını gerektirmektedir (Beck 2008).

Antisosyal kişi, tüm kişilik bozukluklarında olduğu gibi küçük yaşlardan itibaren kendini belli edecek şekilde toplumda suç, ayıp, günah ya da ahlak dışı sayılan davranışları tekrarlamaya eğilimlidir. Kişi, hırsızlık, gasp, saldırganlık, cinsel suçlar dahil her türlü suçu sonuçlarını düşünmeden ve tekrarlayan biçimde işleyebilir. Sorumluluk, sadakat ve dürüstlük duygusundan yoksundur, sık sık yalan söyler. Yaptıkları yüzünden pişmanlık duymaz, hatalarından ders almaz. Bunların birlikte yaş ilerledikçe bir miktar sönme eğilimi gösterir, saldırganlık, irritabilite ve cinsel suçların sıklığı azalır (Sorias 2007).

Antisosyal kişilik bozukluğu, “diğerlerinin haklarını hiçe sayan ve ihlal eden” bir davranış kalıbı olarak tanımlanmasından ötürü kısmen bulanıktır ve sosyal bir problem yaratır (Beck 2008).

1.2.4.2. Etiyoloji:

Antisosyal kişilik bozukluğu, hem toplumsal zararları hem de belirgin özellikleri nedeniyle etiyolojisi açısından da çok sayıda araştırmaya konu olmuştur.

Yapılan genetik çalışmalarda, özellikle ikiz çalışmaları ile Antisosyal Kişilik Bozukluğu için genetik faktörlerin oldukça etkili olduğu, hatta Eksen II'deki bozukluklar içinde biyolojik temelle en fazla desteklenen kişilik bozukluğunun Antisosyal Kişilik Bozukluğu olduğu gösterilmektedir (Gabbard 2000). Evlat edinme çalışmaları da benzer sonuçlar göstermektedir. Schulsinger (1972), evlat verilmiş 57 antisosyal kişi ile yürüttüğü çalışmada, bu kişilerin öz babalarında, üvey babaları ve kontrol grubuna göre beş kat fazla antisosyal davranış örüntüsü olduğunu bulmuş; yapılan dokuz farklı ikiz çalışmasında ise konkordans oranı monozigotlarda %68, dizigotlarda %33 olarak bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalar ise antisosyal kişilerin, yapısal bir bozukluk nedeniyle deneyimlerinden sonuç çıkararak öğrenme yeteneklerinin bulunmadığı görüşünü oluşturmaktadır (Geçtan 2004).

Evlat edinme çalışmaları, genetiğin yanında çevresel faktörlerin de Antisosyal Kişilik Bozukluğu üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan ebeveynlerin hem evlatlık hem de biyolojik çocuklarında bu bozukluğun görülme oranı daha yüksektir. Bunun yanında on yaşından önce başlayan Davranım Bozukluğu ile birlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun, yetişkin dönemde Antisosyal Kişilik Bozukluğu için risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Antisosyal kişinin davranışlarının çoğu sosyal normları ihlal ettiği için, çoğu araştırmacı bu davranışları açıklamak için en önemli etken olarak sosyalleşmeye yani aileye odaklanmıştır. McCord ve McCord (1964), literatürü gözden geçirdikleri çalışmalarında, duygusallığın olmamasının ve ailenin şiddetli reddinin antisosyal davranışlarda birincil neden olduğu sonucuna varmışlardır (akt.Davison ve Neale 2004).

Bozukluğu psikanalitik açıdan ele alan kuramcılar ise, bu kişilerin nesne ilişkisi sürekliliğini öğrenememesi üzerine odaklanmaktadır. Mizaç olarak bebekliklerinde sakinleştirilmeleri zor olan çocukların, ebeveynleri ile aralarında bir bağ oluşması engellenmektedir. Burada çocuğun mu anneyi engellediği, annenin mi bu duruma neden olduğu sorusundan çok sonuçta bu kişilerin nesne ilişkisi sürekliliğini öğrenememiş olması önemlidir. Bu öğrenememe nedeniyle bu kişiler için içselleştirilen obje rahatlatıcı anne değil, yabancı; güvenilmez ve bebeğe zarar verebilecek olan bir ebeveynidir. İçselleştirme sürecindeki bu temel aksaklık süperego gelişimini önemli ölçüde engeller, böylece insan olmanın gerektirdiği temel özelliklerden yoksun ve tek değer sistemi saldırgan güç gösterileri olan bir yapı ortaya çıkar (Geçtan 2004).

1.2.4.3. Epidemiyoloji:

Genel popülasyonda erkeklerde % 3; kadınlarda % 1'dir. Klinik ortamda bu oran % 3 ile % 30 arasında değişmekte, adli olgularda, madde kullananlarda, düşük sosyoekonomik düzeyde ve kentsel yerleşimde bu oranın arttığı bilinmektedir. DSM-IV-TR, kadınların tanı alma oranlarının erkeklerden düşük olmasını davranım bozukluğu tanısını saldırganlıkla ilişkilendirmesine bağlamaktadır (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye'de normal popülasyonla yapılmış çalışmalarda yaygınlık oranları % 5,9 (Dereboy ve ark 2007) ve % 4,5 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur.

Şenol ve ark (1997)'nin yatarak tedavi gören 738 hasta ile yaptığı bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu için yaygınlık oranı % 3,8 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise Kural ve ark (2005), madde bağımlılarındaki antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı incelemiş ve % 23,5 olarak bulmuştur.

1.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

1.2.5.1. Tarihçe:

Psikoz ve nevroz arasında yer alan Borderline Kişilik Bozukluğu terimini ilk kullanan 1938 yılında Adolph Stern olmuştur. 1941'de Zilboorg şizofreninin hafif bir versiyonu olarak gerçeğin değerlendirilmesinde ve çağrışımlarda bozulmalar ve duygulanımda sığılaşma ile karakterize olan gezici (ambulatory) şizofreniyi tanımlamış; bu kişilerin öfke dolu olduklarını belirtmiştir. 1942'de Helene Deutsch, tutarlı bir kimlik duygusundan ve içsel yönelim kaynağından yoksun psikotik hastaları "miş gibi kişilikler" olarak tanımlamıştır. Bu tanımın altında yatan neden, bu kişilerin duygusal yaşantı ve tepkilerini tamamen özdeşleştikleri ve bağımlı oldukları diğerlerinden elde etmeleridir. Sonraları Hoch ve Polatin, panfobi, pananksiyete ve panseksüelite üçlüsüyle karakterize şizofreni eşiğinde bulunan "psedönörotik şizofreni" terimini kullanmıştır. Borderline durumları ele alan Knight ile psikotik karakteri tartışan Frosch, borderline hastaların psikoz sınırında olduğu görüşünü oluşturmuşlardır (Perry ve Vaillant 1989).

1967 yılında Otto Kernberg, psikoz-nevroz arasında dalgalanmayan ve geçici olmayan, istikrarlı bir karakter yapısı olarak düşündüğü 'borderline kişilik organizasyonu' kavramını oluşturmuştur. İşevuruk kriterler ile oluşturduğu listeden herhangi iki ya da üç kriter, tanı için yeterlidir. Bunlar anksiyete, çok semptomlu (polysymptomatic) nevroz ve açık cinsel sapmayı içermekteydi. Bu kişilik organizasyonu örüntüsüne sebep olan şeyse

anksiyeteyi tolere edememe, dürtüleri kontrol edememe, dürtülerini kabul edilebilir hale sokamama (yüceltememe) şeklinde ego zayıflığının çeşitli görünümleri idi (Shorter 2005).

1968 yılında Roy R. Grinker, Senior ve ark, borderline hastaları özellikleri bakımından incelemiş ve borderline hastaların duygulanımsal ilişkilerindeki sorunun öfke patlamaları, tutarsız öz kimlik ve suçluluktan ziyade yalnızlıkla karakterize depresyondan kaynaklandığını öne sürmüşler ve bu kişileri dört farklı kategoriye ayırmışlardır. Bu kategoriler: dürtüsel biçimde öfkeli; diğerleriyle ilişkileri tereddütlü olan; çok az spontanite gösteren ve geri çekilmeyi tercih eden; çocuk gibi, yapışkan/bağımlı (clinging) depresyon'dur. Grinker'ın 1968'deki monografisi (The Borderline Syndrome), Borderline Kişilik Bozukluğu'nun tanınmasına yol açmıştır (Shorter 2005).

DSM-II'ye kadar pek çok borderline hasta, duygusal olarak değişken tanısı alabilecek durumdadır, bu bozukluğu tanımlayacak bir tanım yer almamaktadır. DSM-III-R, Borderline Kişilik Bozukluğu için biri dışında DSM-III' teki aynı ölçütleri içermektedir. Yalnızca “yalnız kalmaya toleranssızlık” kriteri “gerçek veya hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çaba sarf etme” kriteri ile değiştirilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Borderline Kişilik Bozukluğu, yüksek oranda intihar gibi kendine zarar verme davranışı ile ilişkilidir. Bunun yanında kişinin bilişsel işlevlerinde birtakım çarpıtmalar bulunabilir. Bunlar; 1) sanrısız olmayan kuşkululuk ve referans düşünceleri gibi sorun yaratan ancak psikotik olmayan düşünceler; 2) geçici, sınırları belirli, kısmen gerçeğe uygun sanrı ve varsanılar gibi yarı psikotik düşünceler ve 3) gerçeğe uygunsuz olan sanrı ve varsanılardır. Durağan olmayan yoğun ilişkiler de borderline kişi için belirgin bir özelliktir. Kişi, bir yandan yalnız kalmayı önlemek için her türlü girişimde bulunurken diğer taraftan sık tartışmalar, tekrarlayan ayrılıklar yaşayabilir, başkalarında korku ve öfke yaratan uygunsuz davranışlar gösterebilir (Akvardar 2007).

1.2.5.2. Etiyoloji:

Borderline Kişilik Bozukluğu'nun etiyolojisine ilişkin görüşlerin çoğu psikodinamik yaklaşımla ilişkilidir. En yaygın olan hipotezlerden biri Kernberg'inkidir. Kernberg, borderline kişilik organizasyonunun psikodinaminiğini açıklarken Mahler'in gelişim kuramından yararlanmıştır. Buna göre borderline kişi, self ve objeyi net bir biçimde ayırabilir ancak bunun yanında, ayrılma-bireyleşme evresinde takılmış olduğu için yalnız kalmaya katlanamaz ve yaşamındaki önemli kişiler tarafından terk edilme korkusu taşır.

Kernberg bu korkunun nedenini, annenin bu dönemde gerekli duygusal desteği verememiş ya da çocukta yapısal olarak var olan aşırı saldırganlıkla baş edememiş olmasına bağlar (Geçtan 2004).

Normalde ayrılma-bireyleşme evresinde çocuk, annenin imgesini içselleştirerek onun, etrafında bulunmadığı zamanlarda da kendini güvende hisseder. Buna karşılık borderline kişi, kendisi ve annesine ilişkin tutarlılığı ve sürekliliği olan imgeler geliştirememesi sonucunda benlik ve anne imgesi ya tam iyidir ya da tam kötüdür, arası olmaz. Bu iki uçta gidip gelme hali, yetişkin yaşamda da devam eder. Borderline kişi olumsuzluk karşısında bunu ya dış dünyaya yansıtır ve kendine zarar verileceğini düşünür ya da içselleştirerek değersizlik duyguları yaşar (Geçtan 2004).

Adler ise Borderline Kişilik Bozukluğunu yetersizlik modeliyle açıklamıştır. Bu modele göre bu kişiler, benlik ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmadığı çevrelerde yetişmiştir. Bu nedenle bu kişiler yetişkin olduklarında bile benliklerini aramaya devam ederler (Gabbard 2000).

Borderline kişilik bozukluğunun gelişimsel tarihinin incelendiği çalışmalarda, özellikle bakıcıları tarafından cinsel istismara uğramış çocuklarda travmatik çocukluk deneyimleri ile yetişkinlikte Borderline Kişilik Bozukluğu arasında yüksek ilişki saptanmıştır. Bu durum, Borderline Kişilik Bozukluğunu, bir çeşit Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak düşündürmekte, ayrıca özellikle bakıcıları tarafından cinsel istismara uğrayan bir çocuğun diğerlerini kötü niyetli görme ve düzensiz bağlanma stili oluşturma nedenini de açıklar görünmektedir (Beck 2008).

Özellikle son dönemlerde üzerinde durulan etiyopatogenetik modele göre çocukluk çağı travması, duyarlı kişilik yapısı ve tetikleyici bir dizi olayın etkileşerek bir bütün halinde patolojiyi ortaya çıkardığı düşünülmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

1.2.5.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR'de genel populasyonda % 2; klinik ortamda % 20; kişilik bozukluğu tanısı alan hastalar arasında ise % 30-60 arasında gözlendiği bildirilmiştir. Literatürde sıkça tartışılmakla birlikte kadınlara tanı konma oranı erkeklerin üç katıdır (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye’de yapılmış olan yaygınlık çalışmaları incelendiğinde normal popülasyonda yaygınlık oranının % 18,5 Dereboy ve ark (2007) ve % 5,7 (Şenyuva 2007) olarak bulunduğu görülmektedir.

Türkiye’de klinik örnekleme yapılan çalışmalarda ise yaygınlık oranları % 10,2 (Şenol ve ark 1997) ve % 7,7 (Özçetin ve ark 2008) olarak bulunmuştur.

1.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu

1.2.6.1. Tarihçe:

Histrionik Kişilik Bozukluğu, Hippocrates tarafından tanımlanan histeri sözcüğünden türemiştir. 19. yüzyılın sonlarında Charcot ve Janet, histeri terimini konversiyon semptomlarıyla ilişkilendirmiştir. 1958’de literatürde histeri kavramının beş farklı kullanımı bulunmaktadır: bir kişilik yada karakter tipi, bir konversiyon tepkisi, fobi ve anksiyete ile karakterize bir psikonevrotik bozukluk, altta yatan psikopatolojik örüntünün belirli bir tipi ve utanma hali (opprobrium) şeklindedir. Genel olarak bu tanısal karmaşıklık nedeniyle DSM-II’den çıkartılan bu terim, 1967 yılında DSM-III’de “histrionik kişilik bozukluğu” terimi altında yeniden yer almıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Sevgi nesnesinden ayrı kaldığında çok yoğun bir anksiyete yaşayan Histrionik Kişilik Bozukluğu için sıklıkla kadınlara tanı konmaktadır ve bunun nedeninin psikodinamik etmenlerden çok, toplumdaki cinsiyet rollerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Geçtan 2004). Histrionik kişinin cinsel yönden ayartıcı davranışları yalnızca cinsel ya da duygusal açıdan ilgi duyduğu kişiye yönelik olmakla kalmaz, pek çok farklı tarzdaki ilişkilerinde de kendini gösterir.

1.2.6.2. Etiyoloji:

Histrionik Kişilik Bozukluğu’nun nedenleri bilinmemekte, ancak pek çok faktörün birlikte etkili olduğu düşünülmektedir (Perry ve Vaillant 1989).

Psikanalitik kuram, histrioniklerin duygusallıkları ve baştan çıkarıcılıklarının, ailenin, özellikle de babanın kızına yönelik olan baştan çıkarıcı tutumları tarafından ortaya çıkarıldığını savunmaktadır. Bu kişilerin özellikle cinsellikten kötü bir şeymiş gibi bahsedilen ancak bununla birlikte heyecanlı ve arzu edilir bir şey olduğunu düşündürecek şekilde davranılan ailelerde yetiştikleri düşünülmektedir. Bu yetiştirilme şekli de, sürekli cinsellikle meşgul olma ancak gerçekte cinsel eylemlerden korkma durumunu açıklar görünmektedir. Histrionik kişinin aşırı duygu gösterileri, altta yatan birtakım çatışmaların

göstergesi sayılmaktadır. İlgi odağı olma ihtiyacı ise, gerçekte sahip olduğu düşük kendilik değeri duygularına karşı bir tür savunma mekanizması olarak değerlendirilir (Davison ve Neale 2004).

İçsel nedenlerin yanında, ailevi özellikler incelendiğinde, histrioniklerin aileleri yüksek kontrollü, bununla birlikte entelektüel yönelimleri açısından düşük uyumlu olarak karakterize edilmektedir (Beck 2008).

1.2.6.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR'ye göre popülasyonda %2 - 3 arasında; klinik örnekleme ise %10 -15 arasında değişmektedir. Genel yargı, kadınlarda daha sık olduğu şeklindedir ancak DSM-IV-TR'de bu oran eşit olabilmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Türkiye'de normal popülasyonla yapılmış çalışmalar incelendiğinde yaygınlık oranları % 8,7 (Dereboy ve ark 2007) ve % 3,7 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur. Klinik örnekleme yapılmış çalışmalarda ise bu oranlar % 5 (Şenol ve ark 1997) ve % 5,7 (Özçetin ve ark 2008) olarak bulunmuştur.

1.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu

1.2.7.1. Tarihçe:

Psikiyatrinin “narsisizm” kavramı ile tanışması dolaylı biçimde olmuştur. Fransız psikolog Alfred Binet (1857–1911), 1887'de kendine tapma şeklindeki fetişizmi Güzel Narcissus öyküsünü mutsuz bir anlama yüklemesi ile başlamıştır. Ardından, İngiliz Seksolog Havelock Ellis (1859–1939), kendi bedenini cinsel obje olarak seçen kişileri tanımlamak için (Geçtan, 2004) “Narcissus gibi” (Narcissus-like) ifadesini kullanmıştır. Ellis'in yazılarını gören Freud, 1905'te bu kavramı ilk kez kullanmış ve ardından narsisizme ilişkin pek çok çalışma yapmıştır (Shorter 2005).

Tipik olarak narsistik kişi kendini beğenmişlik, benmerkezcilik, başkalarının yaşadıklarına ve kendilerinin başkalarına yaşattıklarına karşı duyarsızlık, nesnelerle ilişkili sürekliliğin bulunmaması ve psikolojik dokudan yoksunluk ile karakterizedir. Narsistik kişi, benliğinin gerçeklikten uzaklaşmış ve hayali biçimde abartılmış halinin giderek artması sonucunda diğerleriyle ilişkilerinde bozulmalar yaşar. Bu bozulma ise benliğin daha da fazla deforme olmasına ve dolayısıyla bu kısır döngünün sürüp gitmesine neden olur (Geçtan 1997).

1.2.7.2. Etiyoloji:

Narsistik Kişilik Bozukluğu için kriterlerin oldukça kapsamlı ve impulsif spektrumdaki diğer kişilik bozukluklarına benzer olması nedeniyle bu kişilik bozukluklarına yol açan faktörler aynı olarak düşünülmektedir. İmpulsif spektrumda yer alan Narsistik, Borderline ve Antisosyal Kişilik Bozuklukları için ebeveynin empati, sıcaklık ve desteğinin yoksunluğu ile açık istismar veya ihmalin varlığı önemli rol oynamaktadır. Bunlara ek olarak Narsistik Kişilik Bozukluğu'nda sıklıkla çocuklukta pozitif özelliklerin içselleştirilmesine de rastlanmaktadır (Perry ve Vaillant 1989). Ebeveynin narsistik özellikleri, çocuğun gerçekçi olmayan büyüklük hislerine sahip olmasını ve dolayısıyla yetişkin yaşamda çocukta Narsistik Kişilik Bozukluğu gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Elbette ki narsistik kişi gerçekten yetenekli, güzel ya da oldukça zeki olabilir. Bu durum da zaten daha sonraki organizasyon için bir temel oluşturabilmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Freud ise psikodinamik kuramında yeni doğan bebeğin tümünden özsever olduğunu savunmuştur. Buna göre yeni doğan bebek, tüm libido enerjisini kendi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak ve rahatlığını sürdürebilmek amacıyla kullanır. Giderek bakımını ve ihtiyaçlarını sağlayan bir diğer insanın, yani annesinin varlığını keşfetmeye başlayan bebek, özsever libidosunu bu kez anneye (ya da bakımını sağlayan kişiye) yöneltir. Böylece yaşamın ilk aylarındaki özsever libido, objeye yönelik libidoya dönüşerek bireyin kendi varlığının dışındaki insanlara ve objelere de yönelmeye başlar. Bununla birlikte libidonun bir bölümü özsever niteliğini yaşam boyu korur. Özsever libido ve objeye yönelik libido arasındaki uyumlu denge, bireyin sağlıklı bir gelişimi ve özellikle kendine olan saygısını sürdürebilmesi yönünden önem taşır (Geçtan 2005). Bu dengenin sürdürülememesi ya da bir şekilde bozulması ise patolojiye yol açmaktadır.

Sonraki yıllarda Narsistik Kişilik Bozukluğu'nun etiyolojisine yönelik psikodinamik açıklamalar için Kohut ve Kernberg'in görüşleri temel oluşturmaktadır.

Kohut'a göre narsistik bozukluğun temel patolojisini grandiyözite, teşhircilik ve narsizm değil, kendilik yapısındaki temel kusur oluşturmaktadır. Kohut, kendilik yapısındaki bu kusurları, "altında düşük öz saygı, depresyon, derin bir ihmal edilmiş değersizlik ve reddedilmişlik hissi yatan savunmacı ve telafi edici yapılar tarafından kliniksel olarak ortaya çıkarılmış bir yanıt ve güven verme açlığı" şeklinde tanımlamaktadır (Masterson 2006). Kohut'a göre narsistik bireyler, çocukluklarında kişilik

bütünlüğünü oluşturup koruyabilmek için çevreden gelen belirli tepkilere ihtiyaç duyulan dönemde takılmış kişilerdir. Gelişim döneminde, çocuğun kendini annesine fark ettirme çabaları ile birlikte bunun karşılığında beklediği onay ve beğeni tepkisiz kaldığında, çocuk hem kendini paylaşmayı öğrenemez hem de idealleştirme ihtiyacında olduğu anne imgesinden yoksun kalır (Geçtan 2004). Sonuçta gelişimsel olarak sekteye uğrayan birey, insanlar sanki sırf onun kendi narsistik ihtiyaçlarının doyurulmasını sağlamak için varlarmış gibi davranır (Gabbard 2000).

Kernberg ise, narsistik kişilik için gelişimsel bir duraklama ya da saplanmadan farklı olarak, patolojik kendilik-aşkı ve nesne-aşkı biçimlerinin eş zamanlı gelişimlerinden kaynaklandığı görüşündedir (Masterson 2006) ve narsistik kişiliği, Borderline Kişilik Bozukluğu'nun bir alt kategorisi gibi açıklamakta (Geçtan 2004), her iki bozukluğun da aynı düzeyde kişilik örgütlenmesinde işlediğini ancak bu iki bozukluk arasındaki farkı, narsistik kişinin ego işlevsellik düzeyinin yüksek olması ile belirginleştirmektedir. Buna göre narsistik kişi, kendini sunma tarzı daha sürekli olduğu için her güne aynı şekilde başlarken, borderline kişilerin kendini sunma tarzları sürekli değişmektedir (Gabbard 2000).

Kernberg'e göre grandiyöz benlik, başkalarına bağımlı olmayı kabul etmeyen Narsistik Kişilik Bozukluğu'na ait savunucu bir yapıya işaret etmektedir. Kernberg grandiyöz benliği, gerçek benlik, ideal nesne ve ideal benliğin bir birleşimi olarak görür. Yani, narsistik kişi grandiyöz benlik imajı sayesinde öz-yeterlilik yanılsamasını sürdürür (Gabbard 2000).

1.2.7.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR'ye göre genel toplumda görülme sıklığı %1'den az iken klinik örneklemdaki sıklığı %2 – 6 arasında değişmekte ve erkekler 2-3 kat daha fazla tanılmaktadır (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye'de normal popülasyonda yaygınlık oranları % 8,4 (Dereboy ve ark 2007) ve % 4,9 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur.

1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

1.2.8.1. Tarihçe:

‘Çekingen kişilik’ terimini ilk kullanan 1969 yılında Millon olmuştur. Millon, çekingen kişiliği “başkalarından korkma ve onlara güvenmeme” şeklinde tanımlamıştır ve formülasyonu büyük oranda sosyal öğrenme kuramına dayanmaktadır (Beck 2008).

Çekingen kişinin tanımı, DSM-III-R’den çok önce Karen Horney’in yazılarında yer almıştır (Beck 2008).

Çekingen Kişilik Bozukluğu kavramı, DSM-III ile başlamıştır. DSM-I’den önce bu tarz kişiler, Alfred Adler’in “aşağılık kompleksi” yapısı ile temsil edilmiştir. DSM-I ve DSM-II’de ise bu kişiler şizoid, bağımlı veya yetersiz kişilikler olarak sınıflandırılmıştır. Bazıları ise bu kişileri fobik karaktere sahip olarak nitelendirmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bazı kişilerin şizoid veya bağımlı kişiliklerden farklı tanımlara uyması ve bu kişilerin sosyal ortamlara karşı ilgili ama geri çekilmiş tarzları, DSM-III’e bu bozukluğun da eklenmesine yol açmıştır (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-III-R de DSM-III’deki yapıyı korumuş, buna ek olarak sosyal ortamlardaki suskunluğu yansıtan ölçüt sayısı artırılmış; diğerlerinin bulunduğu ortamlardan kaçınma ve rutin olmayan aktivitelere katılma konusunda fiziksel zorlukları abartma eklenmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Çekingen Kişilik Bozukluğu, temelde utangaçlık, çekingenlik ve kendine güvende eksiklik ile karakterizedir. Diğerlerinin kendini beğenmeyeceği ya da istemediği düşüncesi, çekingen kişiyi ketleyerek kişilerarası ilişkilerinde bozukluk yaratır. Topluluk içindeyken huzursuz ve sıkıntılı iken, hatta o ortamda bulunmamak için bir çaba gösterirken, aile ortamı ya da yakın çevresi içindeyken rahattır (Sorias 2007).

1.2.8.2. Etiyoloji:

Her ne kadar mizaç ve sosyalizasyonun bu bozukluk için önemli bir rol oynadığı düşünülse de bu konuda yapılan çalışmalar yeterli değildir. Bazı klinisyenler yabancılardan korkma ile belirgin olan çocukluk ve ergenlik çekingenliğini, çekingen kişilik bozukluğunun yordayıcısı olarak görmektedir. Reddedilmeye karşı duyarlı olmanın biyolojik bir temeli olup olmadığına karar vermek önemlidir. Reddedilmeye karşı yüksek

hassasiyet ve bu hassasiyeti pek çok sosyal ortama genelleme şeklinde bir eğilim görülebilir (Perry ve Vaillant 1989).

Çekingen Kişilik Bozukluğu olan birey aşırı derecede utangaçtır, alay edilecek ya da eleştirilecek olmaktan ötürü sosyal ortamlara girmekten çekinir. Bu çekinme, sosyal fobiklerden farklı olarak belirli ortamlara değil genellenmiş şekilde bütün ortamlardan kaçınma şeklindedir (Gabbard 2000).

1.2.8.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR'ye göre bu bozukluk genel popülasyonda % 0,5 – 1; psikiyatri poliklinik hastalarında %10 oranındadır ve kadın - erkek oranı eşittir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye'de normal popülasyonda yaygınlık oranları % 7,2 (Dereboy ve ark 2007) ve % 5,3 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur. Klinik örnekleme yapılan bir çalışmada ise Çekingen Kişilik Bozukluğu için yaygınlık oranı % 30,8 olarak bulunmuştur (Özçetin ve ark 2008).

1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

1.2.9.1. Tarihçe:

Bağımlı bireylerin ilk tanımları genellikle aşağılayıcı olmuştur. 19.yy psikiyatristleri bu kişilerin pasiflik, etkisizlik, aşırı uysallık özelliklerini ahlaki gelişim bakımından eksiklik olarak görmüş ve “beceriksiz”, “zayıf iradeli”, “yozlaşmış” gibi tanımlarla ifade etmiştir (Beck 2008).

Farklı bir görüş, ilk psikanalitik kuramcılardan olan Freud ve Abraham tarafından ortaya atılmıştır (Beck 2008). DSM-I'de, “pasif bağımlı kişilik” kavramı genel olarak “bağımlı kişilik” ile eş anlamlı olarak kullanılmış; DSM-II'de de bu tanı yer almamıştır. Bağımlı kişilik bozukluğunun doğası gereği sahip olduğu bağımlılık, kötümserlik, kendinden şüphe etme, cinselliğe ilişkin korkunun olması, benmerkezcilik, kolay etkilenme gibi özellikler psikiyatri hastalarında, özellikle de kişilik bozukluklarında yaygın biçimde bulunması, bağımlılığı bir tanı olarak ayırıp kullanmayı zorlaştırmıştır. Narsizme benzer biçimde bağımlılık kavramının da bütün kişilik bozuklukları içinde bir derece var olduğu düşünülüp bu şekilde ele alındığında psikiyatrik bozuklukların anlaşılmasına kolaylık sağlamaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-III'den farklı olarak DSM-III-R'de bağımsızca davranamama ve karar verememe kriteri eklenirken kendine güven eksikliği çıkarılmıştır. İtaatkarlık/boyun eğme özelliğine ilişkin dokuz ölçüt altıya indirilmiştir ve bu ölçütler onaylanmama, reddedilme, yalnızlık, terk edilme, hoşlanmama ve ilişkilerin sonlanması korkularını içermektedir. Bu tanım, genellikle terk edilme korkusunu yansıtmaktadır. Ancak bu değişikliğin Bağımlı Kişilik Bozukluğu ile reddedilme ve terk edilme korkusunu yoğun biçimde yaşadığı diğer bozukluklar (borderline, çekingen, kendi kendini çelmeleyen) arasında karmaşıklığa neden olabileceği ancak fark edilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Kendi başına karar veremeyen, insiyatiften yoksun, diğerlerine bağımlı ve ilişki tarzlarını sürekli boyun eğici biçimde sürdüren kişilerdir. Kendini diğerlerine muhtaç hissetmesi sebebiyle her koşulda diğerlerinin düşüncelerini onaylar, katılır hatta bu durum kötü sonuçlanabilecek davranışlarda bulunmaya kadar gidebilmektedir (Sorias 2007).

1.2.9.2. Etiyoloji:

Bağımlı Kişilik Bozukluğu'nun nedenlerine ilişkin kuramlar sıklıkla psiko-sosyaldir. Kültürler sıklıkla cinsiyet, etnik köken ve rol beklentileri temelinde belli grupların bağımlı bir rol üstlenmeleri gerektiğini dayatırlar. Ebeveynler, çocuğun bağımsızca davranma girişimlerini cezalandırarak çocuğa, otonominin bağlanma ya da onay kaybı olduğu düşüncesinin yerleşmesine ve dolayısıyla çocuğun özerk davranış örüntüsünün oluşmasına engel olmaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

Bağımlı Kişilik Bozukluğu'nu bağlanma kuramı açısından ele alan kuramcılar ise, normal gelişim sürecinde çocuğun güvenlik gereksinimi için bağlanma figürüne giderek daha az bağımlı hale geldiğini ancak ölüm, ihmal, reddedilme ya da aşırı koruyuculuk nedeniyle erken ebeveyn-çocuk ilişkisinde meydana gelen bir bozukluğun Bağımlı Kişilik Bozukluğu'na yol açabileceği görüşündedirler. Buna göre Bağımlı Kişilik Bozukluğu olan kişiler, bedeli ne olursa olsun diğerleriyle ilişkilerini sürdürebilmek için geliştirdikleri yöntemleri kullanmaktadırlar. Burada bağımlı kişinin sürdürmeye çalıştığı ilişki aslında kendisiyle diğerleriyle arasında değil, kendisiyle ebeveyni arasındaki ilişkidir (Davison ve Neale 2004).

Gelişim dönemlerine ilişkin farklı bir görüş ise Freud ve Abraham'dan gelmiştir. Her iki kuramcı da “oral-alıcı” şeklinde ifade ettikleri karakterleri, oral gelişim döneminde saplanma ile açıklamıştır. Abraham, bu durumu ‘bazı insanlarda her zaman kendilerine

bakacak ve ihtiyaç duydukları her şeyi verecek kibar bir insan –elbette anneye benzeyen birisi- olacağı inancı baskındır. Bu iyimser inanç onları eylemsizliğe mahkum eder..’ şeklinde özetlemiştir (Beck 2008). Ancak klasik psikanalizin bağımlı kişiye yönelik bu açıklaması, bugün neredeyse terk edilmek üzeredir. Bunun yerine sıklıkla bağımlılık eğiliminin, gelişimin her aşamasında anne tarafından pekiştirilmesinin bu bozukluk için temel oluşturduğu görüşü yaygındır (Geçtan 2004).

1.2.9.3. Epidemiyoloji:

Bir oran belirtmemekle birlikte DSM-IV-TR bu bozukluğun en sık karşılaşılan bozukluk olduğunu ve kadın - erkek oranının eşit olduğunu belirtmiştir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye’de normal popülasyonda yapılmış çalışmalarda yaygınlık oranları % 7,0 (Dereboy ve ark 2007) ve % 2 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur. Özçetin ve ark (2008) klinik örnekleme yaptıkları çalışmada ise bu oranı % 17,3 olarak bulmuştur.

1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

1.2.10.1. Tarihçe:

Freud ve diğer bazı psikanalistler 20.yy başlarından beri Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu olan kişiler için açık bir kuram ve tedavi şekli geliştiren ilk kişiler olmuştur. Obsesyon ve kompulsiyon terimleri, ilk analizciler tarafından hem belirli semptomatik ve patolojik davranışları (yani Obsesif Kompulsif Bozukluk) hem de bir kişilik bozukluğu türünü tanımlamak için kullanılmış, bu nedenle kafa karışıklığına yol açmıştır (Beck 2008).

DSM-I ve DSM-III’de “Kompulsif Kişilik Bozukluğu” adı altında yer alan bu tanı, DSM-II’de ve yeniden DSM-III-R’de Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu olarak adlandırılmıştır.

DSM-III-R’de, DSM-III ölçütleri korunmuş, buna ek olarak iki yeni ölçüt eklenmiştir: aşınmış, yıpranmış veya eskimiş değersiz şeyleri atamama; ve aşırı vicdanlı davranma ile etik, değerler veya ahlaki konular hakkında esnek olmama (Perry ve Vaillant 1989).

Obsesif-kompulsif kişi, kolay karar veremediği, seçim yapamadığı ve hayal gücü sınırlı olduğu için yaşamına farklılıklar getiremez ve çoğu zaman çevresinde olan

değişikliklerden korkarak bunlara karşı tavır alır. Diğer insanların esnekliğini küçümseyerek karşılar, onları saçmalıklarla uğraşmakla suçlayabilir ve kendini sağduyulu, gerçekçi bir insan olarak değerlendirir (Geçtan 2004).

1.2.10.2. Etiyoloji:

Freud Obsesif-Kompulsif bozukluğu, psikoseksüel gelişimin anal dönemine saplanma ile açıklamıştır. Daha çağdaş psikodinamik kuramlar ise kontrolü kaybetme korkusu üzerinde durmaktadır. Obsesif kişi bu korkusunu, aşırı telafi ile alt etmeye çalışmaktadır. Örnek olarak kompulsif biçimde işkolik bir kişi, eğer gevşemesine izin verir ve eğlenirse hayatının parçalara ayrılacağından korkuyor olabilir (Davison ve Neale 2004).

Daha sonraki araştırmalar, problemin anal dönemde yaşanan sorunlardan çok kendine değer verme, bağımlılık eğilimleri ve kızgınlığın denetimi arasındaki ilişkiler, iş ilişkileri, duygusal ilişkiler arasındaki dengeler gibi daha çok ilişki ağırlıklı yönlerine odaklanmıştır. Buna göre obsesif kişi, benliğiyle ilgili bir belirsizlik içerisinde. Çocukluk döneminde ebeveyn onayı ve sevgi ihtiyacı yeterince karşılanmamış olan bu kişiler ebeveyne yönelik güçlü bir öfke duygusu taşıyabilirler (Geçtan 2004).

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu'nun nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar, genetik ve fizyolojik temeller üzerine birtakım sonuçlar ortaya koymaktadır. Clifford, Murray ve Fulker, yaptıkları araştırmada monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla kompulsif özellikler arasında önemli derecede yüksek korelasyon bulmuştur (Clifford ve ark, 1984). Bunun yanında Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu'nda fizyolojik etmenlerin de rol oynadığı bilinmektedir. Obsesyonlar ve kompulsiyonların, genel olarak anksiyete bozuklukları ile bağlantılı olan merkezi serotonerjik işlevle oldukça ilişkili olduğu bilinmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

1.2.10.3. Epidemiyoloji:

DSM-IV-TR'ye göre yaygınlığı genel popülasyonda %1, psikiyatri poliklinik hastalarında %3 – 10 arasındadır ve erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha sık görülmektedir (Svrakic ve Cloninger 2004).

Türkiye'de normal popülasyonla yapılmış yaygınlık çalışmalarında yaygınlık oranları % 20,1 (Dereboy ve ark 2007) ve % 6,1 (Şenyuva 2007) olarak bulunmuştur. Klinik örnekleme ise bu oran % 19,3'dür (Özçetin ve ark 2008).

1.3. Sosyal Algı

İnsanoğlu yalnızca nesneleri algılamaz. Sosyal bir varlık olduğu göz önüne alındığında sürekli iletişim halinde olan kişi, çevresindeki diğer insanları da algılar. Bu durum ise sosyal psikoloji alanında sıkça çalışılan sosyal algı kavramını doğurmaktadır. Bilgin (2003b), *sosyal algıyı* “bireyin diğerlerini tanıma, anlamlandırma süreci” olarak ifade eder. Bu diğerlerini tanıma ve anlamlandırma sürecinde ise algıların etkilenmesinde ve şekillenmesinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır.

1.3.1. İlk İzlenimler

İnsanlar, ilk karşılaştıkları andan itibaren karşılarındaki hakkında birtakım değerlendirmeler yapar ve “kişilerarası ilişkiler, büyük ölçüde kişilerin birbirine ilişkin algısına dayanır” (Bilgin 2003b). Karşıdaki kişinin kıyafeti, saç, davranışları, konuşma tarzı ona yönelik düşüncelerin oluşmasına kaynak sağlar ve bu sürece izlenim oluşumu/izlenim oluşturma (impression formation) süreci adı verilir (Bilgin 2003a). Bilgin (2003a), izlenim oluşturmaya kısaca, “kişisel özelliklerini bir bütün halinde örgütleyerek belirli bir kişiyi nitelendirme süreci” olarak açıklar.

İlk izlenimler, kişilerarası ilişkileri belirleyici özelliğe sahiptir. Edinilen izlenimler sonucu ilişki bir anlam kazanır, sonlandırılır ya da devam eder. Bar ve ark (2006) tarafından yapılan çalışma, izlenimler sonucu yapılan çıkarsamaların kızgınlık gibi belirli geçici duygusal durumlardan çok kişiliğe yönelik olduğunu ve ilk izlenimlerin 39 milisaniye içinde şekillendiğini göstermektedir. Bu durum, ilk izlenimlerin önemini ve ne kadar hızlı bir şekilde oluştuğunu açık biçimde ortaya koymaktadır.

İzlenimler oluşturulurken tutarlı özellikler görme eğilimi vardır. Yani algılayan kişi, algılanan kişiyi tutarlı bir bütün halinde görmek istemektedir. Algılanan kişi aynı anda hem iyi hem kötü, hem eğlenceli hem de sıkıcı şekilde algılanmaz. Hatta bu kişiye ilişkin bilgiler çelişiyorsa bile kişi genellikle tutarlı biçimde algılanacaktır. Bu tutarsızlığı ortadan kaldırmak için algılayan kişi, kendine gelen bilgiyi öncekilerle tutarlı olacak biçimde çarpıtır ya da yeniden düzenler. Benzer durum nesnelerin algılanması için de geçerli olsa da, algılananın bir kişi olması durumunda bu eğilim çok daha güçlü bir şekilde kendini göstermektedir (Freedman ve ark 1998).

Tutarlı izlenimler oluşturma eğilimi ile ilişkili olarak algıların ve dolayısıyla izlenimlerin oluşması bir bağlam neticesinde olmaktadır. Yani algılanan kişiye ilişkin

herhangi bir özellik, o kişi hakkında sahip olunan diğer bilgilere bağlı olacaktır. Şöyle ki, “dürüst olmak” genellikle iyi bir özelliktir. Aynı özellik iki farklı bağlamda şu şekilde farklılaşmaktadır: “soğuk, acımasız” bir kişiye ilişkin izlenim üzerinde “dürüst olmak”; “cana yakın, yardımsever” bir kişiye ilişkin izlenim üzerinde olduğundan daha farklı, daha olumsuz bir etkiye sahip olacaktır. Yani bağlamın farklı olması, etkinin de farklı olmasına yol açmaktadır (Freedman ve ark 1998). Freedman ve ark 1998, Kaplan’ın tutarlılık ile bağlamın ilişkisini şu şekilde açıkladığını belirtmiştir: bağlamın etkileri algıda (izlenimde) tutarlılık oluşturmak için algılanan kişinin özelliklerinin çarpıtılmasına neden olur.

1.3.2. Asch’in İzlenim Modeli

İzlenimlerin oluşumu hakkında Asch tarafından öne sürülen bu modele göre, bir kişi hakkındaki izlenimler, bu kişinin algılanan ve bir bütün içinde örgütlenen özelliklerine bağlıdır. Diğer bir deyişle izlenimi oluşturan şey tek tek özellikler değil, bunların bütünüdür (Bilgin 2003a).

Asch’in modeline göre, bir kişinin diğerine ilişkin bir izlenim oluşturma sırasında, sonuçtaki izlenim üzerinde orantısız bir etkiye sahip olan *merkezi özellikler*’den yola çıkılır. Merkezi özellikler, diğer özelliklerin anlamını ve kişilerin izlenimlerini etkiler, yani merkezi özellikler ve diğer özellikler izlenim oluşumu sırasında bütünsel bir yapılanma gösterirler (Hogg ve Vaughan 2007).

Asch’e göre:

- Bireyler, diğerleri hakkında yeterince bilgiye sahip olmasalar bile genel bir izlenim oluştururlar.
- Birbirinden bağımsız iki özellik aynı kişiye ait olarak algılandığında, dinamik bir etkileşime girerek bağımsız olmaktan çıkar, tutarlı bir bütün oluştururlar ve bu bütündeki farklı özellikler birbirlerinin anlamını etkileyerek birlikte bulunurlar.
- Özelliklerin tutarlı bir bütün içinde örgütlenmesinde bazı özellikler merkezi, bazıları ise çevresel nitelikte bulunur.
- Oluşan bütünde belirli bir ögenin değişmesi, tüm bütünü etkiler. Etkileme düzeyi ise bu ögenin merkeziliğine göre farklılaşır.

- Bir kişi hakkındaki özellikler arasında çelişki olması durumunda, izlenimi oluşturan birey yeni bilgileri daha dikkatli inceler. Eğer çelişkiden kurtulmak mümkün değilse, genel bir izlenim oluşturmaktan vazgeçilerek bu kişi, “hakkında karar verilemez biri” olarak değerlendirilir (Bilgin 2003a).

1.3.3. Stereotipler (Kalıp Yargılar)

Stereotip kavramı, birey ya da grup hakkındaki temellendirilmemiş kanaati ifade eder. Buna göre stereotip, diğer bireyi ya da grubu tanımlamak için kullanılan basitleştirilmiş betimsel kategorilerdir ve bireysel farklılıkları dikkate almaz. En yaygın stereotipler yaş, cinsiyet, meslek grupları, azınlık grupları ve milliyetlere ilişkin olarak görülmektedir (Bilgin 2003a).

Kullanılan stereotipler farklılık göstermekle birlikte içinde bulunulan toplumda kültürden etkilenen ve çoğunlukla kullanılan stereotipler bulunmaktadır. Örneğin “anne” stereotipi yaygın olarak içinde “fedakar, duygusal, uysal” gibi özellikleri barındırabilmektedir.

Stereotipler olumlu, olumsuz ya da nötr olabilmektedir. Ancak bir stereotipin içerdiği tüm nitelikler olumsuz ise bu bir önyargıya eşdeğerdir (Harlak 2007).

Ait olunan grup stereotipleri etkilemektedir. Araştırmalar, aynı gruba ait üyelerin daha olumlu biçimde algılandığını, farklı gruba ait üyelerin ise daha olumsuz biçimde algılandığını göstermektedir. Hatta bu durum, karşıt grup ile rekabet ya da çatışma olması durumunda daha da artmaktadır (Harlak 2007).

Bireylerin diğerlerine ilişkin algıları ve davranışlarının şekillenmesinde stereotiplerin önemi büyüktür. Yeni tanışılan bir kişi belirli stereotipler ışığında değerlendirilir ve bir ilişki oluşur. Burada kişi, kafasındaki stereotipin özellikleri ile o stereotipe konulan bireyin özelliklerinin tutarlı olmasını sağlama yoluna gider. şöyle ki, Haire ve Grune’nin bu konuyla ilgili 1950 yılında yaptıkları çalışmada, katılımcıların stereotiple tutarlı bilgilere dayanarak bir “işçi”yi betimleyen bir paragraf yazmakta zorlanmadıklarını, ancak için içine stereotiple tutarsız bir bilgi (adamanın zeki olması) girmesi sonucunda katılımcıların bu tür bilgiyi göz ardı ettiğini, çarpıttığını, paragrafı yazma s resinin uzadığını ve hatta adamı denetçi pozisyonuna terfi ettirdiklerini görülmüştür (Hogg ve Vaughan 2007).

Zaman zaman stereotiplere ve stereotipleştirmeye kimliksizleştirme, özellihsiz hale getirme, sıradanlaştırma gibi olumsuz özellikler yüklense de, bir stereotip doğruysa ve hakkında yargıda bulunulacak kişi grubunun özelliklerini yüksek oranda taşıyorsa, stereotipe ait bilgi, yargının doğruluğu arttırmaktadır. Buradaki kritik nokta, stereotipin doğruluğudur. Pek çok stereotip, genel gözlemlere dayandığı ve bunların gerçekliği test edilmediği için geçerliliği bulunmamakta, buna rağmen bu stereotiplere ilişkin inanç yaygın biçimde devam etmektedir (Freedman ve ark 1998). Ülkemizde Kayserililer'in ticarete başarılı olduğuna dair bir stereotip buna örnek olarak verilebilir.

Stereotip bilgisi, bir kişi hakkında hiçbir bilgimiz olmadığı durumda kişinin daha doğru bir biçimde algılanmasına yardımcı olabilmektedir. Fakat buradaki tehlike, o bireyin grubun özelliklerini temsil etmeyen bir kişi olması durumunda ya da algılayanın, o gruba ait bilgilerinin genel olarak yanlış olması durumunda ortaya çıkmaktadır (Freedman ve ark 1998).

1.3.4. Etiketleme

Etiketleme teorisi (labelling theory) sosyal bağların zayıflamasını ifade eden anomi kavramı temelinde ele alınan 'sosyal normlardan sapma' konusundaki önemli yaklaşımlardan biridir. Durkheim'ın 'sosyal yoğunluk arttıkça ahlaki (moral) yoğunluk azalır' varsayımı, 1960'larda 'toplum ve dışlananlar, etkileşim halindeki iki sistemdir' şeklinde yeni bir bakış açısıyla devam etmiş ve sosyal dışlanma biçimleri üzerine odaklanılmıştır. Toplum tarafından cezalandırılan sosyal olgular, sadece sapkınlık (delinquency) ve suçlar değildir; bir kurum veya grubun normlarının dışına taşan her davranış 'sapma' olarak nitelendirilir. Etiketleme teorisine göre, bir kişiye yapıştırılan/yüklenen etiketler, diğerlerinin bu kişi karşısındaki davranışlarını etkiler ve sonuçta kişinin diğerleriyle olan etkileşimi, etiketin damgasını taşır (Bilgin 2003a) ve etkileşim o doğrultuda ilerler.

Kendini gerçekleştiren kehanet olgusunun temelinde etiketleme teorisi bulunmaktadır.

1.3.5. Kendini Gerçekleştiren Kehanet

Kendini gerçekleştiren kehanet (self-fulfilling prophecy) kavramı, belirli bir öngörünün sadece ortaya atılmış olması dolayısıyla gerçekleşmesini ifade etmektedir (Bilgin 2003a). Bu durum kendiliğinden gerçekleşmemektedir. Burada karşısındakine

yönelik birtakım düşünceleri bulunan kişi bu düşünceleri doğruymuş/gerçekmiş gibi hareket eder ve karşısındaki kişinin davranışlarının da bu şekilde değişmesine yol açmış olur. Örnek olarak, öğrencilerinin başarısız olduğunu düşünen bir öğretmen derse isteksiz bir şekilde girecek, dersini yeterince verimli geçirmeyecek, öğrencilerine de başarısız oldukları yönünde imalarda bulunacak ve böylece öğrencilerinin gerçekten de başarısız olmalarına yol açacaktır.

Algılanana ilişkin imaj ve temsiller algı sürecine etki eder ve bir süre sonra algılanan nesne, algılandığı haliyle gerçeklik kazanır ve burada bir nedensellik döngüsü oluşmaktadır (Bilgin 2003a).

1.3.6. Damgalama / Stigmatizasyon

Etiketleme, kişilerin damgalanmasına ve bu kişilere yönelik ayrımcı davranışlara neden olmaktadır (Özmen ve ark 2004).

Crocker ve Major (1994) damgalamayı ‘damgalanmış bireyler, belirli bir sosyal ortamda değersiz görülen bir sosyal kimliğe işaret eden özelliklere sahip olan (ya da öyle olduğuna inanılan) kişiler’ olarak tanımlamıştır. Bu konudaki ilk araştırmacılardan biri olan Goffman ise damgalamayı “daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların ait olduğu daha az istenebilir ve neredeyse insan değil gibi idrak edilmesi” olarak tanımlamıştır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003). Burada önemli olan nokta, damgalamanın kişiye değil sosyal bağlama vurgusudur (Major ve O’Brien 2005)

Damgalar görünür ya da gizli olabilir. Irk, toplumsal cinsiyet, obezite gibi görünür damgalar stereotiplere ve ayrımcılığa daha kolay hedef olabilmektedir. Bu kişiler için söz konusu damganın tetiklediği stereotipler, önyargı ve tacizleri önlemek için gizlenebilme şansları yoktur. Eşcinsellik, bazı hastalıklar, ideolojiler, dinsel mezhepler gibi gizli/gizlenebilir damgalarsa, insanlara önyargının hedefi olmaktan kaçma imkanı tanır. Ancak bu gizlilik kişiyi kendine karşı dürüst davranamama ve damgalanmaya maruz kalmamak için fazlasıyla tedbirli (Hogg ve Vaughan 2007), hatta kimi zaman fedakar olmak zorunda bırakabilmektedir.

Damgalamanın psikolojik kaynaklarına bakıldığında, insanlar genellikle başkalarının kötülüklerini istememekle beraber, başkalarının kötü durumlarını kendilerini daha iyi hissetmek için kullanma arzusundadırlar. Bununla birlikte, tehditlere, başarısızlıklara veya çatışmalara maruz kalan kendilerine güvenleri az olan insanlar başka

kişileri daha küçük görme, horlama eğiliminde olabilmektedirler. Bu kendi güvensizliklerini gizlemek için geliştirilen bir savunma mekanizmasıdır. Bunun karşısı olarak da daha zeki ve özgüvenleri olan kişilerin hastalara daha pozitif yaklaşımlarının olduğu tespit edilmiştir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003).

1.3.7. Sosyal Mesafe

Psikiyatri hastalarının geleneksel, merkezi akıl hastanelerinin dışında tedavi edilmesi ve yaşadığı toplum içinde kabul edilmesi 1960'larda, özellikle de sınırlı kaynaklara sahip, gelişmekte olan ülkelerde tartışılmaya başlanmıştır. Bu durum, psikiyatri hastasının çevresiyle daha fazla etkileşime girme gerekliliğini doğurmuştur. Bu gereklilik sonucunda ise yeni bir kavram olan *sosyal mesafe* (*social distance*) ortaya çıkmıştır. *Sosyal mesafe*: kişilerin sosyal ilişkilerinde psikiyatri hastası olan bireyi ne derece kabul ettiklerini ifade etmektedir. Whatley'in 1958-1959 yıllarında yaptığı psikiyatri hastalarına yönelik sosyal mesafe çalışmaları, insanların psikiyatri hastası olarak tanımlanmış kişilerle etkileşimi kesme eğiliminde olduğunu, bununla birlikte göreceli olarak genel ve bireysel olmayan ortamlarda psikiyatri hastasının daha fazla kabul gördüğü sonucunu yansıtmaktadır (Arkar 1991).

Jorm ve Oh (2009), mental bozukluğu olan bireylere yönelik sosyal mesafeyi inceledikleri meta-analiz çalışmasında;

- yaşlı kişilerin gençlere oranla daha fazla sosyal mesafe gösterdiklerini ve adolesan dönemde sosyal mesafenin azaldığını,
- düşük eğitim düzeyi ile sosyal mesafe arasında çok yüksek olmayan bir ilişkinin bulunduğunu,
- kadınlar ve erkekler arasında gösterilen sosyal mesafe arasında fark olmadığını,
- sosyal mesafenin kültürden etkilendiğini, farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda gösterilen sosyal mesafe sonuçlarının farklı çıktığını,
- daha önceden mental bozukluğu olan kişilerle ilişki kurmuş olmanın daha az sosyal mesafeye yol açtığını ancak aynı durumun ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller için geçerli olmadığını, onların hemen hemen toplumla aynı sosyal mesafeyi gösterdiklerini,

- medyada, mental bozukluğu olan kişilerin işlediği şiddet suçları gibi olumsuz haberlere maruz kalmanın sosyal mesafeyi arttırabileceğini,

- mental bozukluğu olan kişinin erkek olması durumunda sosyal mesafeye daha fazla maruz kaldığını,

- sosyal mesafeye en fazla maruz kalan grubun ilk sırada madde kullananlar, ardından şizofreni hastaları ve onu takiben depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğunu,

- bir kişiyi ‘mental bozukluğa ya da hastalığa sahip’ olarak etiketlemenin sosyal mesafeyi arttırabildiğini ancak kullanılan etiketin ve bu etikete olan aşinalığın sosyal mesafeyi azaltabildiğini,

- kişinin profesyonel yardım arayışında olmasının sosyal mesafeyi arttırdığını ancak mental bozukluğa yönelik daha fazla bilgisi olanlar için kişinin profesyonel yardım arayışı içinde olmamasının sosyal mesafeyi bazen arttırdığını bulmuşlardır.

van't Veer ve ark (2005), yaptıkları çalışmada mental hastalara ilişkin genel tutumların belirleyicilerini araştırmışlardır. Bu araştırma sonucunda psikiyatrik sorunların, genetik faktörler gibi hastaların kontrol ve sorumlulukları dışındaki nedenlere bağlanmasının daha az sosyal mesafeye yol açtığını; diğer taraftan madde kötüye kullanımı gibi kişisel etmenlere bağlanması durumunun daha fazla sosyal mesafeye yol açtığını bulmuşlardır. Bu hastalara yönelik olarak güvenilmez, öfkeli olma, huzursuzluğa yol açma gibi stereotipik inançlar da benzer şekilde daha uzak mesafeye neden olmaktadır.

1.3.8. Algısal Yanlılıklar

Algılama süreci sırasında birtakım eğilimler bu sürece karışmakta ve sürecin sonunda ortaya çıkan sonuçları etkilemektedir. Bu eğilimler, aşağıda başlıklar altında toplanmıştır:

1.3.8.1. Yansıtma Eğilimi

İnsanlarda, diğerlerinin kendilerine benzediğine yönelik güçlü bir varsayım görülmektedir. Diğer bir deyişle, kendi özelliklerini diğer insanlarda da görmek, onlara da yansıtmak eğilimindedirler. Mesela kahveyi çok seven biri, diğer kişilerin de kahveyi sevdiğini düşünme eğilimindedir, ya da kendisi sinirliyse diğer insanların çok sinirli olduğundan şikayetçi olabilir.

Bu eğilim, birtakım sonuçları da beraberinde getirmektedir. Buna göre, 1) kişi, bir başkasını, gerçekte olduğundan daha fazla kendine benzer olarak algılamakta ve/ya diğerinin kişiliğini kendisinininkine benzetmek için çarpıtmaktadır. 2) bu çarpıtma, diğer kişiye ilişkin değerlendirmenin, algılayanın kendi kişiliğini yansıtacak kadar büyük olabilmektedir. 3) kişi, kendisine gerçekten benzeyen birini daha doğru biçimde değerlendirmektedir. 4) bu durumda karşıdaki kişiyi (ve dolaylı olarak aslında kendisini) değerlendiren birey, öz eleştiri konusunda daha objektif olacaktır çünkü ne de olsa görünürde değerlendirdiği kendisi değil, başka birisidir (Freedman ve ark 1998).

1.3.8.2. Hale Etkisi

Bireyin, karşıdaki kişi hakkında bir karara varmak isterken onun kişiliğinin sadece belirli bir kısmını dikkate alarak genel tutum ve davranışlarını sadece bu kanısına göre değerlendirmesini ifade etmektedir (Bilgin, 2003a). Buna göre “iyi” olarak algılanan biri, olumlu bir çerçeveye sokularak bütün iyi özellikler ona yüklenir. Benzer şekilde “kötü” olarak etiketlenen biri de bütün kötü özelliklere sahip bir konuma getirilir, ki bu durum olumsuz hale etkisi olarak tanımlanmaktadır (Freedman ve ark 1998). Hale etkisine yönelik olarak Dion ve ark (1972)’nin çalışması verilebilir. Yapılan çalışmada katılımcılara fiziksel olarak çekici, orta derecede çekici ve çekici olmayan insanların resimleri gösterilmiş ve buna bağlı olarak bu kişileri bir takım özellikler açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Bu değerlendirmeye göre fiziksel açıdan çekici olan kişiler, sosyal açıdan daha çekici, mesleki açıdan daha başarılı, evlilik yaşamında, toplumsal ve mesleki açıdan daha mutlu gibi güzellikle doğrudan ilişkili olmayan birtakım özelliklere sahip şekilde algılanmışlardır. Burada fiziksel olarak çekici kişiler yalnızca sosyal açıdan çekici kişilikte değil aynı zamanda yaşamlarında da daha mutlu ve başarılı olarak varsayılmışlardır (Dion ve ark 1972). Yani yalnızca güzel olmak, bununla ilişkisiz bile olsa diğer olumlu özellikleri de beraberinde getirmiştir.

1.3.8.3. Mantıksal Hata

İnsanlar, sıklıkla bir özelliğin varlığından yola çıkarak o özellik ile ilişkili başka özelliklerin de varlığını çıkarma yoluna gitmektedirler. Örneğin bir kişi hakkındaki “yalancı” algısı, “düzenbaz, ahlaksız, hain” gibi özellikleri de içinde barındırabilir. Bu sürecin arkasında, kişinin “yalancı biri” için oluşturduğu genel düşünceler bulunmaktadır. Ancak bu çıkarımların mantıksal olarak çıkarılmadığı, bunların bireyin kişilik konusundaki varsayımları üzerine şekillendiği bilinmektedir. Bunun gibi belirli özellikleri birbiriyle daha ilişkili bularak bu özelliklerden birine sahip olan kişinin,

diğerlerine de sahipmiş gibi algılanması eğilimine *mantıksal hata (logical error)* adı verilmektedir (Freedman ve ark 1998).

Berman ve Kenny (1976) ise bu duruma *ilişkisel yanlılık (correlational bias)* adını vermiştir; buna göre her insanın, hangi kişilik özelliklerinin birbiriyle ilişkili olduğuna yönelik birtakım varsayımları vardır, böylece bir kişide bu özelliklerden biri varsa gerçek anlamda bir değerlendirme yapmaksızın diğerinin de bulunduğu varsayılmaktadır. Bu varsayım ise diğerlerine ilişkin yanlı gözlemlere yol açmaktadır.

1.3.8.4. Olumluluk – Olumsuzluk

Yapılan araştırmalar, aksini gösteren bilgiler yoksa, insanların başkaları hakkında iyi düşünme ve olumlu izlenimler oluşturma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Hogg ve Vaughan 2007). Ancak olumsuz özelliklerin varlığı durumunda, olumsuz özelliklere olumlu özelliklerden daha fazla ağırlık verilmesi söz konusu olabilir. Yani diğer tüm özelliklerin eşit olması durumunda olumsuz bir özellik, bir izlenimi, olumlu bir özellikten daha fazla etkiler. Bu etki, aşırı olumsuz özellikler söz konusu olduğunda iyice belirgin hale gelmektedir (Freedman ve ark 1998). Bununla birlikte olumsuz bir izlenim bir kez oluştuğunda sonraki olumlu bilgiler sonucunda değişme göstermesi, olumlu bir izlenimin sonraki olumsuz bilgiler sonucunda değişim gösterme olasılığına kıyasla çok daha güç olmaktadır.

Olumsuz bilgilere böyle duyarlı olunmasının nedenleri şunlar olabilir:

1) alınan bilgi dolaylı biçimde potansiyel bir tehlikenin varlığını anlatır; dolayısıyla onun bilinmesi kişi için yaşamsal bir öneme sahiptir (Hogg ve Vaughan 2007).

2) alınan bilgi olağandışı ve belirgindir (olağandışı, belirgin ya da uç bilgiler dikkat çeker) (Hogg ve Vaughan 2007).

3) Jones ve Davis (1965) ise alışılmamış (olumsuz) davranışların, alışılmış ve onaylanan (olumlu) davranışlara göre insanların gerçek kişiliklerini göstermede daha etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Freedman ve ark 1998). Buna göre küfür eden birisi kabadır ve bu durum, konuşmaktan daha gerçek bir kişilik göstergesidir çünkü konuşma davranışı yaygın ve sıradandır, kişi hakkında bilgi vermez .

1.3.9. Algıların Doğruluğu

Hemen her alanda yaşama yön veren algıların ne denli doğru olduğu, ayrı bir araştırma alanını oluşturmaktadır. Bu alana ilişkin yapılan pek çok çalışma, temel olarak duyguların tanınması üzerine, farklı tasarımlar halinde uygulanmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan araştırmalarda temel işlem: katılımcılara çeşitli duyguları yansıtan elle çizilmiş insan yüzleri, hareketli filmler, görüntüsüz sesler ve bunlar gibi çeşitli uyarıcılar gösterilerek ya da izletilerek bu duyguların katılımcılar tarafından tahmin edilmesi şeklindedir. Elde edilen sonuçlardan bazıları, duygusal ifadeleri tanımanın tesadüfi olduğunu gösterirken diğer bazıları ise bu duyguların tutarlı ve doğru bir biçimde algılanabildiğini göstermiştir (Freedman ve ark 1998).

Duyguların bazıları birbirinden oldukça farklıyken bazıları ise birbirine fazlasıyla benzemekte ve bunları ayırt etmek zorlaşmaktadır. Buradan hareketle Woodworth, duyguların altı grupta toplanabileceğini ileri sürmüştür. Bu gruplar şu şekildedir;

1. Sevgi, mutluluk, neşe
2. Hayret (şaşıрма)
3. Korku, acı çekme
4. Kızgınlık, kararlılık
5. Nefret, tiksinti
6. Küçük görme

Woodworth'un bu gruplamasına göre, insanlar aynı grup üzerinde yer alan duyguları ayırt etmede daha yetersiz kalırken, farklı gruplardaki duyguları ayırt etmede daha başarılı olmaktadır (Freedman ve ark 1998).

Duyguları algılama üzerine yapılan araştırma sonuçlarının farklı çıkmasına yol açan çeşitli etmenler bulunmaktadır. Her şeyden önce, yapılan araştırmalar, her heyecan için belirli yüz ifadesi ya da beden duruşu olduğu varsayılarak yürütülmektedir. Buradaki sorun, belirli bir duygunun herkes tarafından aynı şekilde ifade edilip edilmediği noktasıdır. Araştırmalar ilişkin bir eksiklik ise, verilen uyarılarda çizilen resmin ya da o duyguyu canlandıran kişinin bunu ne derece doğru biçimde ifade edebildiği sorunudur.

Bu soru işaretlerine cevap oluşturabilecek bir çalışma, Ekman ve ark, 1969 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarının sonucunda belirli bir yüz ifadesinin bütün dünyada hemen hemen aynı duyguyu temsil ettiği bulmuşlardır. Ancak burada da bu ortak yüz

ifadelerinin televizyon sayesinde öğrenilmiş olabileceği sorunu ortaya çıkmaktadır. Bunu ortadan kaldırmak için yapılan bir başka çalışmada ise, Ekman ve Friesen aynı yöntemi hiç film görmemiş, İngilizce anlamayan, batı tipi kasabalarda yaşamamış, işçilik yapmamış Yeni Gine yerlileri ile tekrarlamıştır. Burada amaç, katılımcıların alışılmış yüz ifadeleri ile daha önce karşılaşmış olma olasılıklarını ortadan kaldırmaktır. Bunun sonucunda araştırmacılar, duygu ifadelerinin kültürden bağımsız olmadığı, bir derece etkilenebildiği, ancak bunun yanında belirli bir duygu için evrensel ifade tarzları olduğunu bulmuşlardır (Freedman ve ark 1998).

Titchener, irdeleme ve betimlemede bağımsız birimler olan algıların kendi başlarına anlamsız olduklarını, ancak bir doku içerisine girdiğinde bir anlam kazandığını, yani anlamı oluşturanın algı değil algının içinde bulunduğu bağlam olduğunu ifade etmektedir (Topsever 1990). Algı, uyarıcıların oluşturduğu duyular ile (genellikle) geçmiş yaşantılardan gelen ikincil duyuların veya imgelerin dokusundan oluştuğu için anlam kazanmaktadır. Bu durum, farklı bireylerin aynı uyarıcıya nasıl farklı tepkiler gösterdiğini açıklamaktadır (Topsever 1990). Buradan hareketle, aynı ağaç, iki farklı kişi tarafından, büyüklük, renk, uzunluk vb nitelikler açısından aynı şekilde betimlenecek ancak geçmiş yaşantılardan dolayı farklı şekilde anlamlandırılacak ve algılanacaktır.

Bu bilgiler ışığında, algıların sıklıkla doğru ve uygun biçimde geliştiği söylenebilir. Ancak algının içinde bulunulan kültürden, andan, ortamdan, algılayanın ihtiyaçlarından, ilgilerinden, geçmiş yaşantılarından etkilenebileceği göz önünde bulundurulduğunda algıların kesin doğruluğunun her zaman ve her koşul için geçerli olmayabileceği açık bir biçimde görülmektedir.

1.4. Çekim / Yakınlaşma

Çekim, kişilerarası ilişkilerin hem temeli hem de bir tarzıdır. Her iki durumda da çekim, diğerine karşı olumlu bir tutum ifadesiyle ve ona yaklaşma isteğiyle ayırt edilebilir. Daha açık bir ifadeyle çekim, olumlu duyguların ve bağlanma arzusunun duyulduğu kişilerarası ilişkileri ifade eder (Bilgin 2003a).

Langlois ve ark (2000) yaptıkları meta analiz çalışmasında her ne kadar ilk izlenimler için *fiziksel görünümün* önemini ‘fiziksel çekicilik arttıkça olumlu değerlendirilme oranının da arttığı’ bulgusuyla ortaya koymuş olsalar da elbette ki çekimin tek belirleyicisi fiziksel özellikler değildir.

İki kişi arasındaki fiziksel mesafe az olduğuunda (yani *fiziksel yakınlık* olması durumunda) aradaki çekicilik muhtemelen kolaylaşacaktır. Mesafe, çeşitli nedenlerden dolayı kişilerarası çekimi etkilemektedir:

- Kişiler fazla çaba göstermeden ulaşabilecekleri kişilerle daha yakın olmayı tercih ederler;
- Fiziksel yakınlık birbiriyle karşılaşma düzeyini arttırarak aşinalık yaratır, bunun sonucunda sık karşılaşılan kişi yeni ve farklı (dolayısıyla yabancı) biri olmaktan çıkar ve daha az tehlikeli olarak algılanır, daha az gerilim yaratır (Bilgin 2003b).

Diğer yandan iki kişi arasındaki *benzerlik*, yani düşüncelerin, zevklerin, alışkanlıkların ve benzeri boyutların benzerliği arttıkça çekim artmaktadır. Bunun açıklaması olarak benzerliğin, kişiye kanaatlerinin ve yaşam tarzının doğru olduğunu hissettirerek öz saygısını arttırması olabilir. Bunun yanında insanlar çoğu kez kendini tek ve özel görmek istemektedir. Bu durumda benzer kişiler sevimyebilir. Aynı durum, kişinin olumsuz benlik kavramına sahip olması durumunda da geçerlidir. Bu durumda da kişi, kendine benzer biriyle birlikte olmak istemeyecektir. Kısaca benzerlik çoğu kez çekime yol açsa da bazen itici olabilmekte, kişiler kendilerinden farklı olan özellikleriyle kendilerini tamamlayan kişilere ilgi duyabilmektedir (Bilgin 2003b).

1.5. Kişilik Bozukluğu'nun Algılanmasına Yönelik Çalışmalar

Kişilik bozukluğu olan kişiler, kendilerini sıklıkla gerçekçi bir biçimde değerlendiremezler ve bazen, davranışlarının diğerleri üzerindeki etkilerini fark etmezler. Yapılan araştırmalarda kişilerin kendilerine ilişkin tanımları ile diğerleri tarafından algılandıkları arasında en iyi ihtimalle ortalama bir ilişki saptanmıştır (John ve Robins 1993).

Algı çalışmaları, özellikle psikiyatri hastaları için büyük önem taşımaktadır. Toplumsal olarak dışlanma ya da kabul görmeme, kişiyi diğerlerinden soyutlayarak varolan semptomlarının daha da kötüleşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle olumsuz tutumlara yol açan algılara yönelik çalışmalar, önleme anlamında büyük öneme sahiptir.

Hem yerli hem de yurtdışı literatüründe sıklıkla Eksen I tanısına yönelik algı ve tutum çalışmalarına rastlanmaktadır.

Aker ve ark (2002) sağlık ocağında çalışan birinci basamak hekimlerinin şizofreniye ilişkin tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, hekimlerin bk çoğunluğunun şizofreniyi ruhsal bir zayıflık olarak gördüğünü ve hekimlerin üçte birinden fazlasının şizofreninin sosyal sorunlar nedeniyle ortaya çıktığına inandığını bulmuşlardır. Aynı hekimlerin yarısından fazlasının şizofren hastaların toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına, kendi hayatları ile doğru kararlar alamayacaklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular, hekimlerin de toplumla benzer şekilde damgalama eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Bunun yanında depresyon ve şizofreni hastalarına yönelik çalışmalarda bulgular sıklıkla benzer şekildedir: bu rahatsızlıklar genellikle halk tarafından tamamen olmasa da genel olarak tanınmakta ve damgalama nedeniyle sosyal mesafeye yol açmaktadır (Eskin 1991; Taşkın ve ark 2002, zmen ve ark 2003, Sağduyu ve ark 2003, Taşkın ve ark 2006).

Yapılmış alışmalar yalnızca rahatsızlıkların algılanmasına yönelik değil, aynı zamanda kullanılan ifadelerin içerdiği anlamlara da yöneliktir. zmen ve ark (2004) halk tarafından psikiyatrik hastalıkları ifade etmek için kullanılan “ruhsal hastalık” ve “akıl hastalığı” kavramlarından hangisinin daha damgalayıcı bir anlam içerdiğini araştırdıkları çalışmalarında akıl hastalığı ile ruhsal hastalık kavramının farklı algılandığını, akıl hastalığı kavramının daha damgalayıcı, dolayısıyla daha olumsuz bir anlam taşıdığını bulmuşlardır.

Eksen I bozukluklarının algılanmasına yönelik benzer çalışma ve sonuçlara yurtdışı literatüründe de sıklıkla rastlanmakla birlikte aynı durum kişilik bozuklukları için geçerli değildir. Türkiye’de kişilik bozukluklarının algılanmasına yönelik olarak yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte yabancı literatürde sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Ancak bu araştırmaların bk bir kısmı da Borderline Kişilik Bozukluğu ile Antisosyal Kişilik Bozukluğuna yöneliktir ve sıklıkla alanda çalışan uzmanların algılarına dayanmaktadır.

Borderline Kişilik Bozukluğuna yönelik çalışma bulguları sıklıkla bu kişilerin daha olumsuz, tehlikeli algılandığı, daha uzak sosyal mesafede tutulduğu şeklinedir (Nehls 1998; Markham 2003; Markham ve Trower 2003; Aviram ve ark 2006). Antisosyal Kişilik Bozukluğuna yönelik olarak yapılmış bir çalışma ise hem bu kişilerin kendilerine yönelik algılarını, hem de terapistlerinin bu kişilere yönelik algılarını incelemiştir. Bu çalışmanın

bulguları ise bu kişilerin kendilerine yönelik davranışlarını, kişiliklerinden ya da duygusal deneyimlerinden daha başarılı bir şekilde değerlendirebildikleri, bununla birlikte duygusal ve afektif eksikliklerinin (deficit) kişilik özelliklerini doğru bir biçimde anlatmalarına engel olduğu yönündedir (Jackson ve Richards 2007).

Daha genel bir araştırmada, Oltmanns ve Turkheimer (2006) tarafından normal örnekleme hem kişilik bozukluğu olan kişilerin kendilerini değerlendirmesi hem de bu kişileri arkadaşlarının değerlendirmesi karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda, kendisinin narsistik ve antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerine sahip olduğunu düşünen kişilerin diğerleri tarafından baskıcı, kinci ve zorlayıcı olarak; diğerleri tarafından narsistik olarak tanımlanan kişiler ise kendilerini son derece dışa dönük, arkadaş canlısı ve sempatik olarak tanımladıkları görülmüştür. Kendisini paranoid olarak tanımlayan kişiler ise diğerleri tarafından soğuk ve duygusuz olarak algılanmış; ancak diğerleri tarafından paranoid olarak tanımlanan kişiler ise kendisini öfkeli ancak şüpheli ve sürekli tetikte olmayan biri şeklinde tanımlamıştır. Bu çalışma, kişiler arasındaki algısal farklılıkları ortaya koymaktadır.

1.6. Araştırmanın Amacı

Normal popülasyonda kişilik bozukluklarının yaygınlığına yönelik çalışmalar yurtiçi literatüründe oldukça kısıtlıdır. Kişilik bozukluklarının işlevsellikte belirgin biçimde bozulmaya yol açmaması, bu bozuklukların fark edilmesini zorlaştırmakta, ancak bunun yanında madde kötüye kullanımı, depresyon, intihar girişimi, anksiyete bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklara zemin hazırlamaktadır. Bu durum, klinik örneklem dışında da yaygınlık çalışmalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kişilik bozukluğunun ne şekilde algılandığı ise hem bu kişiler hem de çevreleri için oldukça önem taşımaktadır. Etiketleme ya da damgalama nedeniyle daha fazla sosyal mesafeye maruz kalma, bu kişilerin diğerleriyle olan sosyal ilişkilerini daha da bozmakta, bu durum ise daha fazla sosyal mesafeye yol açmaktadır. Aynı kısır döngü ruh sağlığı alanında çalışanlar için de geçerlidir. Uzmanlar tarafından damgalamaya maruz kalan kişi, damgalama sonucu beklediği yardımı görememekte, bunun sonucunda yardım arayışından vazgeçmekte ve bu durum da hem sosyal ilişkilerde hem de başka alanlarda daha fazla sorun yaşamasına yol açmaktadır.

Bu veriler ışığında bu araştırmanın amacı, öncelikle seçilmiş özel bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığını belirlemek, ardından bu kişilerin diğerlerine yönelik algı ve tutumlarını değerlendirmektir.

Bu bağlamda çalışmanın hipotezleri şunlardır:

- 1) Kişilik bozukluğu yaygınlık oranları daha önceki çalışmalara benzer şekildedir, fark yoktur,
- 2) Özelliklerinin toplumun genel beklentileri ile uyumlu olması nedeniyle C Küme kişilik bozuklukları daha olumlu algılanacaktır,
- 3) İlgi çekici, bencil, tutarsız, manipulatif, kendine ve çevresine zarar verebilme özellikleri taşıyan B Küme kişilik bozuklukları daha olumsuz algılanacaktır.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi çalışanları oluşturmuştur. Eğitim aralığını asgari düzeyde tutabilmek amacıyla örneklem temizlik personeli, yemekhane personeli, hastabakıcılar ile ile memurlardan oluşturulmuştur.

Araştırma kapsamında içinde ölçeklerin bulunduğu 126 adet zarf çalışanlara dağıtılmış; ancak bunlardan 62 tanesi geri dönmüştür. Bu kişilerden 10'u da soruları yanıtlamama ya da eksik yanıtlama, iletişim bilgilerini belirtmeme ya da araştırmanın ikinci aşaması olan SCID-II görüşmesi için ulaşılamama nedenleriyle kapsam dışı bırakılmıştır. Ölçeklerin % 49,2'si geri dönmüş; bunların % 41,3'ü analize sokulmuştur. Bu şekilde çalışma, 52 kişi üzerinden yürütülmüştür.

Katılımcıları seçerken kullanılan tek *dışlama ölçütü*, kişinin okuma yazma bilmiyor olmasıdır.

2.2. Araçlar

Katılımcıların kişisel bilgilerine ulaşabilmek için kişisel bilgi formu; kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla DIP-Q (DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Testi) ile birlikte SCID-II Görüşme Formu; katılımcıların kişilik bozukluklarına yönelik algılarını değerlendirebilmek için ise Vignette kartları kullanılmıştır (Bknz. Ek 1).

2.2.1. DIP-Q

DSM-IV'deki on ve ICD-10'daki sekiz kişilik bozukluğunu ölçmek için hazırlanmış, uygulanan kişinin kendini değerlendirdiği (self-report) bir değerlendirme aracıdır (Ottoson ve ark 1995).

Her bir kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini içeren maddeler katılımcılar tarafından cevap kağıdında “evet”, “hayır” şeklinde işaretlenmektedir. Örnek olarak; DSM-IV Borderline Kişilik Bozukluğu A tanı ölçütü için “kimlik karmaşası; belirgin olarak ve sürekli biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu” dur. DIP-Q'da bu kriter karşılık gelen ifade “Kendimi boşlukta hissediyorum, gerçekte kim olduğumu bilmiyorum”

dur. İfade katılımcıya uyuyorsa cevap kağıdındaki “evet”, uymuyorsa “hayır” kutucuğunu işaretleyecektir (Ottoson ve ark 1995).

Kişilik bozukluklarının genel kriterleri aynı zamanda 11 maddeden oluşan Psikolojik ve Çevresel Sorunlar Ölçeği (Impairment and Distress Scale) ve Global İşlevselliği Değerlendirme (GAF) Ölçeği (Global Assessment of Functioning) ile değerlendirilmektedir (Ottoson ve ark 1995).

Kişilik bozukluklarını değerlendirmeye yönelik çeşitli araçlar olmakla birlikte DIP-Q’nun, kişinin işlevselliğini de göz önünde bulundurarak sonuca gitmesi, özellikle kişilerarası ilişkiler ve işlevsellik alanında sıkıntı yaşayan Eksen II bozuklukları için oldukça işlevsel olmaktadır.

DIP-Q ile kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için; değerlendirilen kişilik bozukluğu tanı kriterlerinin kesme noktasını aşmak zorunludur. Buna ek olarak kişinin genel tanı ölçütlerinden en az iki tanesine “evet” yanıtı vermiş olması ya da GAF’dan 70 ve altında bir değer alması gerekmektedir.

Psikometrik özellikler açısından DIP-Q’nun geçerlik çalışmasını ilk yapan kişi Ottosson ve ark (1995)’dir. Bu çalışmada 33 psikiyatri hastasına DIP-Q uygulanmış, DSM-IV için ortalama Cronbach’s alfa korelasyon katsayısı 0,56; ICD-10 için ise 0,46 olarak bulunmuştur. Sonraki yıllarda yine aynı araştırmacılar tarafından 138 kişinin oluşturduğu bir örnekleme DIP-Q ile birlikte yapılandırılmış bir görüşme olan DIP-I (DSM-IV and ICD-10 Personality Interview) uygulanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Buna göre klinik örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığı DIP-Q’da % 66 bulunurken, DIP-I’da % 63 olarak bulunmuştur. Bu da DIP-Q’nun güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir (Bodlund ve ark, 1998).

Şenyuva (2007) ise 246 katılımcının oluşturduğu normal örnekleme ölçeğin iç tutarlık katsayısını 0,90 olarak bulmuştur.

2.2.2. SCID-II Görüşme Formu

The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Spitzer ve ark (1990) tarafından, Depresif Kişilik Bozukluğu ile Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu da dahil olmak üzere toplam 12 DSM-IV Eksen II kişilik bozukluğunu

değerlendirmek için oluşturulmuş yarı yapılandırılmış tanısal bir görüşmedir. Eksen II tanısını oluşturabilmek için hem kategorik hem de boyutsal olarak kullanılabilir.

Türkçe çevirisi 1990 yılında Sorias ve arkadaşları, güvenilirlik çalışması ise 1994'te Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmış olan SCID-II (Demir ve ark 2009), 120 soruluk bir öz-bildirim formu ile birlikte uygulamacıya yarı yapılandırılmış bir görüşme imkanı sağlayan uygulamacı formu içermektedir.

SCID-II, rutin görüşme sırasında hastanın şikayetleri doğrultusunda gerekli görülen küme sorularının uygulanması şeklinde (örneğin kişinin değişken ve dramatik şekilde sonlanan ilişkilerinin var olması durumunda B Küme sorularının sorulması) olabileceği gibi opsiyonel olarak SCID-II kişilik formu ile birlikte tamamen de sorgulanabilir (First ve ark 1997). Bu durumda kişi önce soruları kendi başına okuyarak “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlar, ardından uygulamacı, görüşme formunu kullanarak anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan soruları ortadan kaldırmak için tüm soruların üzerinden geçerek puanlar. Burada hasta, evet-hayır şeklinde kategorik biçimde yanıtlarken uygulamacı her bir maddeyi ‘bilgi yetersiz, eksik ya da yanlış, eşik altı, eşik ya da doğru’ biçiminde 0-3 arasında puanlar. Her kişilik bozukluğu için kişinin karşılaması gereken ‘3’ puanları sayılarak kişinin o kişilik bozukluğunu karşılayıp karşılamadığına bakılır.

2.2.3. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılara ait kişisel bilgileri içeren bir formdur. Araştırma örnekleminin genel profilini oluşturabilmek amacıyla araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmıştır. Formda katılımcıya ulaşabilmek amacıyla katılımcının adı ile birlikte yaşı, cinsiyeti, en son bitirdiği okul, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, evde kaç kişi birlikte yaşadıkları ve ekonomik durumunu içeren sorular bulunmaktadır.

2.2.4. Vignette Kartları

Katılımcıların kişilik bozukluklarına yönelik algı ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmış bir ölçektir. DSM-IV-TR’de yer alan her kişilik bozukluğu için ayrı ayrı oluşturulmuş anlatımlar içermektedir. Bu anlatımlarda tanımlanan kişinin yaşı ve cinsiyeti için herhangi bir bilgi verilmemiş, yaş ve cinsiyeti çağrıştıracak ifadelerden kaçınılmaya çalışılmıştır. Her bir anlatım, DSM-IV-TR’de o kişilik bozukluğu için tanımlanan kriterlerin tamamını açık ve yalın biçimde içermektedir. Örnek olarak Paranoid Kişilik Bozukluğu için “yeterli bir temele

dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden, aldattığından ya da kendisine zarar verdiğiinden kuşkulandır” kriteri için “İşyerindeki başarısından ötürü iş arkadaşlarının onun ayağını kaydırmak istediğini düşünür” ifadesi kullanılmıştır. Karıştırıcı değişken olmaması amacıyla eğitim durumu, çalıştığı işten ayrılmış olma ve işlevsellik tüm anlatımlarda sabit tutulmuştur.

Her bir anlatımın altında burada anlatılan kişiye yönelik kişinin cinsiyeti ve yaş aralığının ne olduğu, sorumluluklarını yerine getirip getiremediği, insanlarla ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığı, normal olup olmadığı, bu kişi ile arkadaş olmanın katılımcıyı rahatsız edip etmeyeceği gibi çeşitli değerlendirmeler yer almaktadır. Yaş ve cinsiyet dışındaki tüm ifadeler yedili likert tipi olarak değerlendirilmektedir ve yediye doğru gidildikçe kişinin olumsuz algılanması artmaktadır (örn: 1=bence bu kişinin ruhsal bir tedavi alması gerekmez, 7=bence bu kişinin ruhsal bir tedavi alması gerekir).

2.3. İşlem Yolu

Uygulama aşamasının öncesinde araştırmacı ve danışman tarafından hazırlanan Vignette kartları ön çalışmada seçkisiz olarak belirlenen altı kişiye verilmiştir. Ardından ön çalışma verileri dikkate alınarak kartlar üzerinde gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Uygulama, ADÜ Hastane çalışanlarına teker teker ulaşılarak gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Araştırma iki aşamada tamamlanmıştır. İlk olarak araştırmacının yöntemi ve amacı katılımcılara anlatıldıktan sonra uygulamayı kabul eden katılımcılara, içinde Kişisel Bilgi Formu, DIP-Q ve Vignette kartlarının bulunduğu zarf bir hafta sonunda geri alınmak üzere verilmiştir. Katılımcılara, yanıtların gizli kalması amacıyla zarfın ağzını kapatabilecekleri bilgisi verilmiştir. İkinci aşamada ise bir hafta sonunda toplanan zarflarda DIP-Q’lar değerlendirilerek kişilik bozukluğu kriterlerini sağlayan katılımcılara ulaşılarak bu kişiler yeniden görüşmeye çağırılmış, bu sefer katılımcının DIP-Q’da karşıladığı kişilik bozukluklukları için SCID-II’nin görüşme formu uygulanmış, böylece katılımcıların kendi doldurdıkları DIP-Q’da karşıladıkları kişilik bozukluğunu taşıyıp taşımadıklarının netleşmesi sağlanmıştır.

2.4. Veri Analizi

Araştırmacının analizleri için SPSS 14.0 (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için t-testi; tekrarlayan ölçümler için Cochran's Q Test ve Friedman testleri; Vignette kartlarının iç tutarlığı için Cronbach Alpha

Güvenirlik analizi; değişkenler arasındaki ilişkinin derecesi için korelasyon analizi kullanılmış, istatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak ele alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Araştırma Örnekleminin Demografik Özellikleri

Araştırma örneklemini genel olarak lise mezunu, evli, evli olanların ilk evliliği, çocuk sahibi, evde dört kişi olarak yaşayan ve ekonomik durumu orta düzeyde olan katılımcılar oluşturmaktadır.

Çizelge 2. Araştırma örnekleminin demografik özellikleri

		% (n)
En son bitirdiği okul	İlkokul	25,0 (13)
	Ortaokul	19,2 (10)
	Lise	40,4 (21)
	2 yıllık üniversite	11,5 (6)
	4 yıllık üniversite	3,8 (2)
Medeni Durum	Evli	63,5 (33)
	Bekar	25,0 (13)
	Boşanmış	5,8 (3)
	Dul	5,8 (3)
Kaçıncı evlilik olduğu	Birinci	97,0 (32)
	İkinci ve sonrası	3,0 (1)
Çocuğu olup olmadığı	Var	69,2 (36)
	Yok	30,8 (16)
Evde yaşayan kişi sayısı	Bir	5,8 (3)
	İki	15,4 (8)
	Üç	21,2 (11)
	Dört	44,2 (23)
	Beş ve yukarısı	13,5 (7)
Ekonomik durum	Kötü	11,5 (6)
	Orta	71,2 (37)
	İyi	17,3 (9)

3.2. Kişilik Bozukluğu için DIP-Q'dan Alınan Minimum, Maximum, Ortalama Değerler; Standart Sapmalar; Kişilik Bozukluğu Kriter Sayıları ve Kesme Noktaları

Araştırma örnekleminin DIP-Q sonuçları tabloda gösterilmektedir. Buna göre örnekleme Paranoid ve Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluklarının, DIP-Q kesme noktasını geçtiği görülmektedir. Buna göre örneklem en çok Paranoid ve Obsesif Kompulsif özellikler; en az ise Çekingen özellikler taşımaktadır.

Çizelge 3. Kişilik bozukluğu için DIP-Q değerleri

Kişilik Bozuklukları	Ort.	SS	Min	Max	Kesme Noktası	DSM KB Kriter Sayısı
Paranoid KB	4,56	1,5	1	7	4	7
Şizoid KB	1,94	1,42	0	6	4	7
Şizotipal KB	3,52	1,61	1	8	5	9
Antisosyal KB	1,63	1,51	0	6	3	7
Borderline KB	3,33	1,97	0	8	5	9
Histrionik KB	2,56	1,58	0	7	5	8
Narsistik KB	2,65	2,05	0	8	5	9
Çekingen KB	1,25	1,19	0	6	4	7
Bağımlı KB	1,73	1,63	1	8	4	8
Obsesif-Kompulsif KB	4,27	1,19	0	5	5	8

3.2.1. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu Kriterlerini Karşılama Oranları

Katılımcıların DIP-Q'da yalnızca tanı için gereken kriterler sayılarını karşılama oranları, DIP-Q'da tanı alabilmek için gereken kriterleri karşılama oranları ve yapılan SCID-II görüşmesi sonucunda tanı alanların oranları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre DIP-Q'da en fazla Paranoid KB kriter sayıları karşılanırken onu takiben Obsesif-Kompulsif KB, Şizotipal KB, Narsistik KB ve Antisosyal KB özellikleri gelmektedir. DIP-Q'da gerekli koşulları sağlayarak tanı alma oranlarına bakıldığında ise en fazla Paranoid KB, ardından Obsesif-Kompulsif KB ve onun ardından ise Borderline KB gelmektedir. Aynı kişilerle yapılmış SCID-II görüşme sonuçlarına göre ise ilk sırada Paranoid KB gelmekte, onu takiben Antisosyal KB, Borderline KB ve Çekingen KB gelmektedir.

Çizelge 4. Katılımcıların kişilik bozukluğu kriterlerini karşılama oranları

Kişilik bozuklukları		DIP-Q'da Yalnızca Kriter Sayısı Karşılama % (n)	DIP-Q Tanı Koşullarını Karşılama % (n)	SCID-II Görüşme Sonuçları % (n)
A KÜME	Paranoid	75,0 (39)	28,8 (15)	%1,92 (1) %3,84 (2) *
	Şizoid	13,5 (7)	7,7 (4)	-
	Şizotipal	25,0 (13)	15,4 (8)	-
B KÜME	Antisosyal	19,2 (10)	13,5 (7)	%1,92 (1) %1,92 (1)*
	Borderline	26,9 (14)	21,2 (11)	%1,92 (1)
	Histrionik	9,6 (5)	5,8 (3)	-
	Narsistik	25,0 (13)	13,5 (7)	-
C KÜME	Çekingen	1,9 (1)	1,9 (1)	%1,92 (1)
	Obsesif- Kompulsif	61,5 (32)	23,1 (12)	-
	Bağımlı	3,8 (2)	1,9 (1)	-

* Sınırdan karşılayanlar

3.2.2. Kişilik Bozukluklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Aşağıdaki tablo, kişilik bozukluklarının cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. Buna göre küme bazında bakılacak olursa, A Küme kişilik bozuklukları kadınlarda daha yaygınken B Küme kişilik bozuklukları erkeklerde daha yaygındır. C kümede ise cinsiyet oranları eşittir.

Çizelge 5. Kişilik bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

Kişilik bozuklukları		Kadın % (n)	Erkek % (n)
A KÜME	Paranoid	19,2 (10)	9,6 (5)
	Şizoid	5,8 (3)	1,9 (1)
	Şizotipal	9,6 (5)	5,8 (3)
B KÜME	Antisosyal	3,8 (2)	9,6 (5)
	Borderline	13,5 (7)	7,7 (4)
	Histrionik	0	5,8 (3)
	Narsistik	7,7 (4)	5,8 (3)
C KÜME	Çekingen	0	1,9 (1)
	Obsesif- kompulsif	13,5 (7)	9,6 (5)
	Bağımlı	0	1,9 (1)

3.3. Alt Ölçeklerin (Vignette Kartları) Güvenirlik Puanları

Analiz sonuçlarına göre ölçeğin tüm örneklem için (n=52) Cronbach alpha güvenirlik katsayısı .974 bulunmuştur. Alt ölçekler için alfa katsayısı ise .877 ile .967 arasında değişmektedir.

Çizelge 6. Alt ölçeklerin güvenirlik puanları

Alt Ölçekler	İç Tutarlık Alfa Katsayısı
Paranoid KB	,927
Şizoid KB	,923
Şizotipal KB	,877
Antisosyal KB	,967
Borderline KB	,950
Histrionik KB	,956
Narsistik KB	,914
Çekingen KB	,916
Bağımlı KB	,950
Obsesif-kompulsif KB	,926
Toplam ölçek	,974

3.3.1. Alt Ölçeklerin Toplam Puanları

Aşağıda, katılımcıların her bir kişilik bozukluğu alt ölçeğine verdikleri en az, en fazla ve toplam puanlar ile bunların standart sapmaları görülmektedir. Alt ölçeklere verilen toplam puanlar arasında anlamlı farklılaşma vardır ($\chi^2_F = 121,663$, $sd = 9$, $p < .005$). Verilen puan arttıkça kişinin algılandığı olumsuzluk göz önüne alındığında, katılımcılar tarafından en olumsuz algılanan kişilik bozuklukları Şizotipal ve Antisosyal iken en olumlu algılananlar Çekingen, Bağımlı ve Obsesif Kompulsif olmuştur.

Çizelge 7. Alt ölçeklerin toplam puanları

	Toplam	SS	Min	Max
Paranoid	69,51	18,14	14	98
Şizoid	67,21	19,44	23	98
Şizotipal	81,131	15,93	24	98
Antisosyal	80,382	22,05	14	98
Borderline	70,08	21,37	14	98
Histrionik	63,99	23,39	18	98
Narsistik	69,78	19,89	21	98

Çizelge 7. Devam

Çekingen	51,45	20,28	14	98
Obsesif-Kompulsif	58,84	23,41	14	98
Bağımlı	54,39	20,87	14	98

3.4. Katılımcıların Kişilik Bozukluklarında Cinsiyete İlişkin Algıları

Vignette kartlarında verilen öykülere göre katılımcıların, kişilik bozuklukları için cinsiyet algılarında farklılaşma olduğu görülmüştür ($Q = 99,463$, $sd = 9$, $p < .005$). Buna göre Şizoid, Antisosyal, Borderline ve Narsistik Kişilik Bozuklukları daha çok erkek olarak algılanırken; Şizotipal, Histrionik, Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozuklukları kadın olarak algılanmıştır.

Çizelge 8. Katılımcıların kişilik bozukluklarında cinsiyete ilişkin algıları

	Kadın % (n)	Erkek % (n)
Paranoid	51,92 (27)	42,31 (22)
Şizoid	23,08 (12)	71,15 (37)
Şizotipal	61,54 (32)	32,69 (17)
Antisosyal	11,54 (6)	82,69 (43)
Borderline	28,85 (15)	65,38 (34)
Histrionik	78,85 (41)	15,38 (8)
Narsistik	23,08 (12)	71,15 (37)
Çekingen	57,69 (30)	36,54 (19)
Obsesif-Kompulsif	51,92 (27)	42,31 (22)
Bağımlı	61,54 (32)	32,69 (17)

3.4.1. Katılımcıların Kişilik Bozukluklarında Yaşa İlişkin Algıları

Vignette kartlarında verilen öykülere göre katılımcıların, kişilik bozuklukları için yaş algılarında farklılaşma olduğu görülmüştür ($\chi^2_F = 49,866$, $sd = 9$, $p < .005$). Buna göre tüm kişilik bozuklukları genel olarak 26-35 yaş aralığında algılanmıştır. Bu bulgulara ek olarak Şizoid ve Obsesif Kompulsif kişilik bozuklukları, diğerlerine oranla daha olgun algılanırken; Histrionik KB en genç olarak algılanmıştır.

Çizelge 9. Katılımcıların kişilik bozukluklarında yaşa ilişkin algıları

		18-25 % (n)	26-35 % (n)	36-45 % (n)	46-55 % (n)
A KÜME	Paranoid	9,6 (5)	57,7 (30)	32,7 (17)	-
	Şizoid	11,8 (6)	51,0 (26)	35,3 (18)	2 (1)
	Şizotipal	23,1 (12)	57,7 (30)	15,4 (8)	3,8 (2)
B KÜME	Antisosyal	19,6 (10)	52,9 (27)	23,5 (12)	3,9 (2)
	Borderline	9,8 (5)	56,9 (29)	29,4 (15)	3,9 (2)
	Histrionik	38,5 (20)	53,8 (28)	7,7 (4)	-
	Narsistik	15,7 (8)	64,7 (33)	19,6 (10)	-
C KÜME	Çekingen	26,9 (14)	53,8 (28)	19,2 (10)	-
	Obsesif- Kompulsif	11,5 (6)	51,9 (27)	34,6 (18)	1,9 (1)
	Bağımlı	38,5 (20)	44,2 (23)	17,3 (9)	-

3.5. Genel Olarak Her Bir Kişilik Bozukluğunun Profili

Aşağıda katılımcıların verdiği yanıtların tek tek ortalamaları alınarak her bir kişilik bozukluğu için genel profiller oluşturulmuş, her ifadenin yanında o ifadeye verilen yanıtların ortalama değeri parantez () içinde gösterilmiştir.

3.5.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine (4,46) ve isteklerinin sonuçlarını düşünerek davranıp davranmadığına (3,63) karar veremediğim, yakınlarıyla (5,23) ve insanlarla olan ilişkilerinde biraz sorun yaşayan (5,44) ve çevresinde oldukça huzursuzluk yaratan (5,61) biridir.

Bu kişiyi evime davet etmek (5,02), bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak (5,25), dışarıda buluşmak (4,63), bu kişinin ailemden biri (5,25) ve/ya arkadaşım olması (4,88) beni biraz; bu kişi ile aynı arkadaş grubunda bulunmak ise (5,76) beni oldukça rahatsız eder.

Bu kişi pek normal değildir (5,08), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (5,04) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (5,21).

3.5.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Erkek, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine karar veremediğim (3,94), yakınlarıyla (5,00) ve insanlarla ilişkilerinde biraz sorun yaşayan (5,10), isteklerinin sonuçlarını düşünerek davranıp davranmadığına (4,33) ve çevresinde huzursuzluk yaratıp yaratmadığına karar veremediğim (4,48) biridir.

Bu kişi ile aynı arkadaş grubunda (4,83), aynı çalışma ortamında bulunmak (4,81), bu kişiyi evime davet etmek (4,81), bu kişiyle dışarıda buluşmak (4,56), bu kişinin ailemden biri (5,06) ve/ya arkadaşım olması (4,69) beni biraz rahatsız eder.

Bu kişi pek normal değildir (5,19), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (5,11) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (5,29).

3.5.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını pek yerine getiremeyen (5,14), yakınlarıyla (6,31) ve insanlarla ilişkilerinde (6,23) oldukça sorun yaşayan, çevresinde oldukça huzursuzluk yaratan (5,86), isteklerinin sonuçlarını düşünerek davranıp davranmadığına karar veremediğim (4,46) biridir.

Bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak (5,43) ve dışarıda buluşmak beni biraz (5,38); aynı arkadaş grubunda bulunmak (5,63), bu kişiyi evime davet etmek (6,06), bu kişinin ailemden biri (5,79) ve/ya arkadaşım olması (5,71) ise beni oldukça rahatsız eder.

Bu kişi oldukça normal değildir (6,21), ruh sağlığı oldukça bozulmuştur (6,52) ve ruhsal bir tedavi alması oldukça gerekmektedir (6,38).

3.5.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Erkek, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını pek yerine getiremeyen (5,85), yakınlarıyla ilişkilerinde pek sorun yaşamayan (1,85), isteklerinin sonuçlarını oldukça düşünmeden davranan (5,65), çevresinde oldukça huzursuzluk yaratan (6,04) ve insanlarla ilişkilerinde oldukça sorun yaşayan biridir (5,69).

Bu kişiyi evime davet etmek (5,75), bu kişiyle aynı çalışma (5,86) ve/ya arkadaş ortamında bulunmak (5,65), dışarıda buluşmak (5,54), bu kişinin ailemden biri (5,83) ve/ya arkadaşım olması beni oldukça rahatsız eder (5,61).

Bu kişi oldukça normal değildir (5,71), ruh sağlığı oldukça bozulmuştur (5,60) ve ruhsal bir tedavi alması oldukça gerekmektedir (5,75).

3.5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

Erkek, 26-35 yař arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine karar veremediğim (4,44), yakınlarıyla (5,12) ve insanlarla ilişkilerinde biraz sorun yaşayan (4,98), isteklerinin sonuçlarını pek dūřunmeden davranan (5,06), çevresinde biraz huzursuzluk yaratan biridir (5,47).

Bu kişiyi evime davet etmek (4,63), bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak (4,60), dışarıda buluşmak (4,83), aynı arkadaş grubunda bulunmak (4,79), bu kişinin ailemden biri (5,14) ve/ya arkadaşım olması beni biraz rahatsız eder (4,88).

Bu kişi pek normal değildir (5,13), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (5,44) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (5,58).

3.5.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yař arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine karar veremediğim (3,81), yakınlarıyla (4,65) ve insanlarla (4,71) ilişkilerinde biraz sorun yaşayan, isteklerinin sonuçlarını pek dūřunmeden davranan (4,56), çevresinde biraz huzursuzluk yaratan biridir (4,88).

Bu kişiyi evime davet etmek (4,54), bu kişinin ailemden biri (4,65) ve/ya arkadaşım olması beni biraz rahatsız eder (4,54). Bu kişiyle aynı çalışma ortamında (4,44), aynı arkadaş grubunda bulunmanın (4,31) ve bu kişiyle dışarıda buluşmanın (4,31) beni rahatsız edip etmeyeceğine karar veremedim.

Bu kişi pek normal değildir (4,65), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (4,77) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (5,17).

3.5.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu

Erkek, 26-35 yař arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine (3,74) ve yakınlarıyla ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığına karar veremediğim (4,20), isteklerinin sonuçlarını pek dūřunmeden davranan (4,82), çevresinde oldukça huzursuzluk yaratan (5,68) ve insanlarla olan ilişkilerinde oldukça sorun yaşayan biridir (5,52).

Bu kişiyi evime davet etmek (4,72), bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak (5,10), dışarıda buluşmak (4,63), aynı arkadaş grubunda bulunmak (5,18) ve bu kişinin ailemden biri (5,29) ve/ya arkadaşım olması beni biraz rahatsız eder (5,02).

Bu kişi pek normal değildir (5,27), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (4,65) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (4,94).

3.5.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine (3,63) ve yakınlarıyla ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığına karar veremediğim (4,06), isteklerinin sonuçlarını biraz düşünerek davranan (3,11), çevresinde pek huzursuzluk yaratmayan (3,25) ve insanlarla olan ilişkilerinde biraz sorun yaşayan biridir (4,65).

Bu kişiyi evime davet etmek (3,44), bu kişiyle aynı çalışma ortamında (3,15) ve/ya aynı arkadaş grubunda bulunmak (3,13) ve bu kişinin arkadaşım olması beni pek rahatsız etmez (3,45) ancak bu kişinin ailemden biri olmasının (3,77) ve bu kişi ile dışarıda buluşmanın (3,56) beni rahatsız edip etmeyeceğine karar veremedim.

Bu kişinin normal olup olmadığına (3,88) ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığına (3,98) ve ruhsal bir tedavi almasının gerekip gerekmediğine karar veremedim (4,36).

3.5.9. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını yerine getirip getiremediğine (3,44), yakınlarıyla ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığına (4,48), çevresinde huzursuzluk yaratıp yaratmadığına karar veremedim (4,46). İnsanlarla olan ilişkilerinde biraz sorun yaşayan biridir (4,65) fakat isteklerinin sonuçlarını biraz düşünerek davranır (3,27).

Bu kişiyle aynı arkadaş grubunda (4,11), aynı çalışma ortamında bulunmanın (4,33), dışarıda buluşmanın (3,88), bu kişiyi evime davet etmenin (3,93) ve bu kişinin arkadaşım olmasının (4,17) beni rahatsız edip etmeyeceği konusunda kararsızım ancak bu kişinin ailemden biri olması beni biraz rahatsız eder (4,56).

Bu kişinin normal olup olmadığına karar veremedim (4,40) ancak ruh sağlığı biraz bozulmuştur (4,60) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (4,56).

3.5.10. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Kadın, 26-35 yaş arasında, sorumluluklarını pek yerine getiremeyen (4,60), yakınlarıyla ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığına (3,83), isteklerinin sonuçlarını düşünerek davranıp davranmadığına (4,25) karar veremediğim ancak çevresinde pek huzursuzluk yaratmayan (3,23) ve insanlarla olan ilişkilerinde pek sorun yaşamayan biridir (3,27).

Bu kişiyi evime davet etmek (3,23), bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak (3,19), dışarıda buluşmak (3,31), aynı arkadaş grubunda bulunmak beni pek rahatsız etmez (3,33) ancak bu kişinin arkadaşım olması (3,77) ve/veya ailemden biri olması beni biraz rahatsız eder (3,86).

Bu kişi pek normal değildir (4,65), ruh sağlığı biraz bozulmuştur (4,73) ve ruhsal bir tedavi alması biraz gerekmektedir (5,13).

3.6. Alt Ölçek Yanıtları ile Kişilik Bozuklukları İlişkisi

Kişilik bozukluğu olan katılımcıların kişilik bozukluğu olan bireyleri nasıl algıladıkları da araştırılmak istenmiştir. Diğer bir ifadeyle, kişilerin kendilerinde var olan özelliklerle diğerlerini nasıl algıladıklarına bakılmak istenmiştir. Bu amaçla, uygulamaya katılan katılımcıların kişilik bozukluğu için oluşturulan alt ölçeklere verdikleri puanların toplamı ile kendilerinde bulunan kişilik bozukluklarının ilişkisine teker teker bakılmak istenmiştir. Ancak örneklem sayısının yetersiz olması nedeniyle katılımcıların alt ölçek toplam puanları ile A, B ve C küme kişilik bozukluğuna sahip olma ilişkisine bakılmış, gruplar arasında anlamlı farklılaşma bulunamamıştır.

Örneklem sayısının küçük olması, kişilik bozukluğu oranlarının analiz yapılamayacak kadar düşük çıkmasına yol açmıştır. Bu nedenle katılımcıların kişilik bozuklukları için karşıladıkları kişilik özellikleri temel alınarak, kişilik özellikleri ile alt ölçek puanları eta korelasyon analizi ile karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda en yüksek korelasyon şizoid kişilik özellikleri ile şizotipal alt ölçeği arasında bulunmuştur (-,255). Buna göre kişide şizoid özellikler arttıkça kişi, şizotipal kişilik bozukluğunu daha olumlu algılamaktadır. Aynı ilişki bağımlı kişilik özellikleri ile şizotipal alt ölçeği (-,238); histrionik kişilik özellikleri ile narsisistik alt ölçeği (-,225); şizotipal kişilik özellikleri ile obsesif-kompulsif alt ölçeği (-,216); narsisistik kişilik özellikleri ile borderline alt ölçeği (-,211); paranoid kişilik özellikleri ile

obsesif kompulsif alt ölçeği (-,211) ve antisosyal kişilik özellikleri ile borderline alt ölçeği (-,201) arasında da görülmektedir. (Bknz. Çizelge 10).

Cohen'e (1988) göre korelasyon analizinde 0,1 – 0,29 aralığındaki değer düşük ilişkiye; 0,3 – 0,49 arasındaki değer orta düzeyde ilişkiye ve 0,5 – 1 arasındaki değer ise iki değişken arasındaki yüksek ilişkiye işaretler. Bu durumda, analiz sonucunda elde edilen bu değerler düşük ilişkiye işaret etmektedir ve yeterince güvenilir bir bilgi sağlamamaktadır.

Çizelge 10. Alt ölçek yanıtları ile kişilik bozuklukları ilişkisi

	Paranoid Alt Ölçeği		Şizoid Alt Ölçeği		Şizotipal Alt Ölçeği		Antisosyal Alt Ölçeği		Borderline Alt Ölçeği		Histrionik Alt Ölçeği		Narsistik Alt Ölçeği		Çekingen Alt Ölçeği		Obsesif-Kompulsif Alt Ölçeği		Bağımlı Alt Ölçeği	
	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R	Eta	Pearson's R
Paranoid Kişilik Özellikleri	,292	-,019	,351	,094	,442	,160	,298	-,119	,291	,072	,477	,103	,262	,173	,334	-,133	,484	-,204	,321	-,183
Şizoid Kişilik Özellikleri	,201	-,078	,258	-,031	,291	-,255	,302	,110	,205	,041	,347	,150	,290	-,037	,239	-,059	,393	-,197	,256	,120
Şizotipal Kişilik Özellikleri	,343	-,062	,442	-,157	,489	-,030	,262	,035	,425	-,032	,510	-,097	,459	,059	,281	-,120	,280	-,216	,260	-,080
Antisosyal Kişilik Özellikleri	,266	-,022	,360	,065	,412	-,094	,296	-,144	,312	-,201	,244	-,093	,450	-,136	,453	,067	,367	-,082	,351	-,031
Borderline Kişilik Özellikleri	,284	,068	,270	,049	,496	-,009	,307	-,130	,230	,092	,250	,041	,349	,057	,306	,096	,233	,038	,219	,035
Histrionik Kişilik Özellikleri	,284	,057	,220	-,028	,316	-,045	,324	-,034	,354	,013	,351	-,164	,447	-,225	,150	,024	,372	-,163	,384	-,001
Narsistik Kişilik Özellikleri	,341	,029	,387	-,033	,268	-,051	,391	-,056	,577	-,211	,521	-,120	,361	,049	,410	-,056	,424	-,122	,424	,131
Çekingen Kişilik Özellikleri	,163	,018	,324	-,106	,409	-,185	,051	,007	,066	,020	,030	-,029	,020	-,004	,230	,016	,231	,103	,112	,005
Obsesif Kompulsif Kişilik Özellikleri	,369	-,078	,329	,040	,334	,078	,203	,143	,339	,127	,407	,039	,231	,057	,331	-,172	,264	-,141	,325	-,022
Bağımlı Kişilik Özellikleri	,324	-,173	,389	-,132	,413	-,238	,315	-,108	,407	-,188	,245	,009	,210	,120	,316	-,081	,324	-,113	,342	,131

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, özel bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığı ile algılanmasına ilişkin yorumlara değinilmiştir.

4.1. Kişilik Bozukluklarının Yaygınlığına İlişkin Sonuçlar

Yapılan çalışmada, kişilik bozuklukları hem de DIP-Q self-report formu, hem de görüşmeci tarafından uygulanan SCID-II görüşme formuyla değerlendirilmiştir. Bunun ikili değerlendirmenin amacı, DIP-Q’da yanlış anlaşılan ya da yeterince anlaşılmayan maddeler nedeniyle ortaya çıkabilecek ‘sahte’ kişilik bozukluklarının elenmesidir.

52 katılımcı ile yapılan bu çalışmada, katılımcıların DIP-Q kriterlerini onaylama yanıtlarına bakıldığında, Paranoid KB (4,56) ile Obsesif-Kompulsif KB’nun (4,27) tanı koyabilmek için gereken kesme noktasını (4) geçtiği görülmektedir. Bu durum, toplumsal açıdan paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine sahip olma ile açıklanabilir. Ancak burada göz ardı edilmemesi gereken nokta, toplumsal yapının, değerlerin ve içinde bulunulan koşulların katılımcıların yanıtlarını etkilemiş olma olasılığıdır. Paranoid KB için ‘başkaları tarafından kullanılmamak veya hayal kırıklığına uğratılmamak için tedbirli olurum’ ya da ‘tanıdığım insanlara güvenip güvenmeme konusunda tereddütlerim hep olur’ gibi maddeler pek çok kişi tarafından onaylanabilecek, özel bir durumdan çok genel bir değerlendirmeyi içeren ifadelerdir. Benzer şekilde Obsesif-Kompulsif KB için ‘birçok insana göre daha yüksek ve değişmez bir ahlak anlayışım vardır’, ‘sonucun her zaman mükemmel olmasını istediğim için, işleri tamamlamakta zorluk çekerim’ ya da ters çevrilen ‘elim açıktır ve ileride karşılaşılabileceğim zor günler için para biriktirmem’, maddeleri de genel değerlendirme cümleleridir ve pek çok kişi tarafından onaylanması beklenebilir. Aynı zamanda özellikle Obsesif-Kompulsif KB için maddelerin sosyal arzulanırlık içeriyor olma ihtimali de vardır. Yüksek ve tutarlı bir ahlak anlayışı, işini en iyi biçimde yapma isteği ve tutumlu olmak toplum tarafından onaylanmaktadır ve sosyal arzulanırlığı yüksek olan değerlerdir. Bu nedenle ortaya çıkan sonuç, tanı koymadan yalnızca kriterlerin karşılanması bakımından ele alındığında, Paranoid KB ve Obsesif Kompulsif KB kriterlerindeki bu yüksek ortalamanın, kültürel değerlerin etkisinden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu bulgular, Şenyuva (2007)’nın bulgularıyla da tutarlılık

göstermektedir. Şenyuva, çalışmasında katılımcılar tarafından en sık işaretlenen maddelerin sırasıyla Şizotipal KB, Paranoid KB ve Obsesif-Kompulsif KB olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada da Paranoid KB ile Obsesif-Kompulsif KB ortalamaları kesme noktasını geçmektedir, diğer bir ifadeyle bu kişilik bozuklukları maddeleri en sık işaretlenen maddeler olmuştur. Ancak Şizotipal KB ortalaması yüksek olmakla birlikte kesme noktasını geçmemiştir. Şizotipal KB'nun Şenyuva'nın çalışmasından farklılaşma nedeninin örneklemin küçük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

DIP-Q'da tanı alma oranlarına bakıldığında ise Paranoid KB (% 28,8), Obsesif-Kompulsif KB (% 23,1) ve Borderline KB (% 21,2) ilk sıralarda iken, en az tanı alanlar Histrionik KB (% 5,8), Bağımlı KB (%3,8) ve Çekingen KB (%1,9) olmuştur. Bu bulgular, daha önce yapılmış olan Dereboy ve ark (2007) ile Şenyuva (2007)'nin çalışmalarıyla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda Paranoid KB, Antisosyal KB, Borderline KB, Narsistik KB ve Obsesif Kompulsif kişilik bozukluklarının daha yüksek, Çekingen kişilik bozukluğunun ise daha düşük oranda olduğu görülmektedir. SCID-II görüşmesi sonucunda ise bu oranlar belirgin biçimde düşmektedir. Ayrıca SCID-II'de, toplumumuzda yüksek çıkan Şizotipal KB ile OKKB'na bizim örneklemimizde rastlanmamıştır. SCID-II görüşme sonucunda ise en yaygın kişilik bozukluğu Paranoid KB iken onu takiben Antisosyal, Borderline ve Çekingen kişilik bozuklukları gelmektedir. Araştırma sonuçlarının karşılaştırması aşağıdadır (Bknz. Çizelge 11.).

Her üç çalışmada kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla DIP-Q kullanılmış olsa da çalışmaların farklılaştığı pek çok nokta bulunmaktadır. Her şeyden önce örneklem sayıları bu çalışma için 52 (% 59,6 kadın; % 40,4 erkek), Dereboy ve ark (2007) için 528 (% 51,3 kadın; % 48,7 erkek), Şenyuva (2007) içinse 246 (% 59,3 kadın; %40,7 erkek)'dir. Yaş ranjları ise çalışmalarda sırasıyla 19-46 (ortalama 32,1); 18-60 (ortalama 32,06) ve 18-70 (ortalama 36,2)'dir. Eğitim durumları açısından ise araştırma sonuçları yine sırasıyla bu çalışmada % 44,2 ilköğretim, % 55,7'si lise ve üzeri; ikinci çalışmada %18,6 ilköğretim, %81,4 lise ve üzeri; ve son çalışmada % 19 ilköğretim; % 80 lise ve üzeri olarak bulunmuştur. Bu bulgular göz önüne alındığında her ne kadar üç çalışmanın veri toplama aracı aynı olsa da örneklem grubunun özelliklerinin farklı olması, sonuçların farklı çıkmasına yol açmıştır. Bu farklılıkların en belirgin biçimde eğitim alanında olduğu görülmektedir. Buna göre bu çalışmada katılımcıların ancak yarısı lise mezunu iken diğer

Çalışmalarda bu oran % 81'e çıkmaktadır. Bu bulgulardan hareketle eğitim seviyesi dūştüke DIP-Q'da kişilik bozukluğu görülme oranlarının arttığı söylenebilir.

Ancak burada göz ardı edilmemesi gereken nokta, SCID-II'de bu oranların oldukça ciddi dūşüşler göstermesidir. DIP-Q'da %23 oranında yaygınlık gösteren bir kişilik bozukluğunun (Obsesif-Kompulsif KB) SCID-II görüşmesi sonucunda 0'a inmiş olması dikkate değerdir. Bu durum hem iki lme aracı arasındaki farkı ortaya koymakta hem de eğitim değişkenine dikkat çekmektedir. Burada olası bir açıklama, eğitim seviyesindeki dūşüşün DIP-Q'nun anlaşılmasına engel oluşturmüş olabileceğidir.

Çizelge 11. Diğer çalışmalarla karşılaştırma

Kişilik Bozuklukları		Dereboy, Eskin, Şenyuva (2007) Aydın İli Normal Populasyonda Kişilik Bozukluklarının Prevelans alışması ve İlişkili Parametrelerin alışılması	Şenyuva (2007) Aydın İlinden Alınan Normal Bir rneklemde Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık alışması	DIP-Q	SCID-II Görüşme Sonuçları
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
A Küme	Paranoid	%16,6 (86)	%20,7 (51)	28,8 (15)	%1,92 (1) %3,84 (2)*
	Şizoid	%11,0 (57)	%5,7 (14)	7,7 (4)	-
	Şizotipal	%20,4 (107)	%13,4 (33)	15,4 (8)	-
B Küme	Antisosyal	%5,9 (31)	%5,3 (13)	13,5 (7)	%1,92 (1) %1,92 (1)*
	Borderline	%18,5 (97)	%11 (27)	21,2 (11)	%1,92 (1)
	Histrionik	%8,7 (46)	%6,1 (15)	5,8 (3)	-
	Narsistik	%8,4 (44)	%8,5 (21)	13,5 (7)	-
C Küme	ekingen	%7,2 (38)	%8,1 (20)	1,9 (1)	%1,92 (1)
	Obsesif- Kompulsif	% 20,1 (104)	%21,1 (52)	23,1 (12)	-
	Bağımlı	%7,0 (37)	%2,4 (6)	1,9 (1)	-

* Kesme noktasının hemen altında, eşik altı karşılayanlar

Tüm bu verilerden hareketle araştırmanın ilk hipotezi olan ‘kişilik bozukluğu yaygınlık oranları daha önceki çalışmalara benzerdir, fark yoktur’ hipotezinin desteklenmediği görülmüştür.

Farklı kültürlerde, farklı örneklemelerde, farklı değerlendirme araçları ile yapılmış yaygınlık çalışmalarında farklı sonuçlar elde edilmiştir (Keown ve ark 2002; Thou ve ark 2008; Calliess ve ark 2008; Newton-Howes ve ark 2010). Bu durum, kişilik bozukluklarının seçilen örneklemin özelliklerinden, kültürel etmenlerden ve kullanılan değerlendirme aracından etkilendiğini göstermektedir.

4.2. Vignette Kartlarının Psikometrik Özellikleri

Nunnally ve Bernstein (1994), bir testten elde edilecek puanın gruplar arası karşılaştırmada kullanılacaksa güvenilirlik için. 80 yeterli bir güvenilirlik katsayısı olduğunu belirtmiştir. Ancak birey bazında verilecek kararlarda bu katsayı minimum. 90; istenilen standart ise. 95’dir.

Vignette kartlarının iç tutarlılığına ilişkin yapılan analizler sonucunda güvenilirlik katsayılarının .87 ile .97 arasında değiştiği; tüm ölçek içinse .89 olduğu görülmektedir. Belirlenen bu değerlere göre, Vignette kartlarının iç tutarlık güvenilirliği yeterli olabilecek düzeydedir.

4.3. Kişilik Bozukluklarının Katılımcılar Tarafından Değerlendirilmesi

4.3.1. Genel Değerlendirme

Katılımcıların, kişilik bozukluğu öykülerini içeren Vignette kartlarına verdikleri yanıtların, kişinin genel olarak o kişilik bozukluğuna yönelik algısını yansıttığı düşünülmektedir. Buna göre katılımcının o öyküye verdiği puan arttıkça katılımcı, o kişilik bozukluğunu daha olumsuz, patolojik ve daha fazla sosyal mesafede algılamaktadır. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların toplam öykü puanları arasında anlamlı farklılaşma olduğu görülmüştür. Elde edilen veriler, katılımcıların sırasıyla en yüksek puanları Şizotipal KB (81,13) ile Antisosyal KB (80,38)’na; en düşük puanları ise Çekingen KB (51,45), Bağımlı KB (54,39) ve Obsesif-Kompulsif KB (58,84)’na verdiğini göstermektedir. Bu durum, katılımcıların en olumsuz şekilde Şizotipal KB ile Antisosyal KB’nu algıladığını gösterirken, en düşük puanlara sahip Çekingen KB, Bağımlı KB ve Obsesif-Kompulsif KB en olumlu biçimde algılanmıştır.

Bulgular araştırma hipotezi doğrultusunda ele alındığında, C küme kişilik bozukluklarının (Çekingen KB, Bağımlı KB ve Obsesif-Kompulsif KB) daha olumlu algılanmış olmasının, araştırmanın ikinci hipotezi olan ‘özelliklerinin, toplumun genel beklentileri ile uyumlu olması nedeniyle C Küme kişilik bozuklukları daha olumlu algılanacaktır’ varsayımını desteklediği görülmüştür.

C küme kişilik bozuklukları, temelde belirgin ve sivri özelliklerinin bulunmaması ve kişilerarası ilişkilerde diğerlerini rahatsız edici olmaması nedeniyle daha olumlu, hatta zaman zaman istenir biçimde algılanabilmektedir. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğunun düzenli, titiz, ahlaki konulardaki katı yapısı ise toplum tarafından onaylanıp sosyal arzulanırlığı yüksek bir hal alabilmektedir. Kendini gerçekleştiren kehanet kavramında olduğu gibi sosyal arzulanırlık sonucu katılımcıların bu özellikleri onaylaması ve böylece obsesif-kompulsif özellikler doğrultusunda hareket ediyor olması da muhtemeldir. Bu nedenle bulguların bunları destekler yönde çıkmış olması beklenen bir sonuçtur.

Bu bulguya ilişkin bir başka açıklama ise katılımcıların yüksek oranda Obsesif-Kompulsif kişilik özellikleri taşıyor olması ile ilgilidir. Bu durum, katılımcıların Obsesif-Kompulsif KB’nu daha olumlu algılamasına yol açmış olabilir. Benzerlik ilkesi doğrultusunda benzer özelliklerin kişilerarası çekimi arttırdığı ilkesinin burada işlediği düşünülmüştür.

Bağımlı kişilik bozukluğunun da obsesif kompulsif kişilik bozukluğu gibi olumlu biçimde algılanmış olma nedeninin toplumsal beklentiler ve değer yargıları ile ilişkili olduğu düşünülebilir. İçinde bulunduğumuz toplumda bireysellik sıklıkla “bencillik”, “abartılı özgüven” ya da “kendini beğenmişlik” olarak tanımlanmakta ve olumsuz biçimde algılanmaktadır. Kişilerin bireysel girişimleri ve davranışları bu toplumsal kalıpyargılar nedeniyle toplumsal açıdan dışlanmamak amacıyla törpülenmektedir. Benzer durum burada da görülmektedir. Sosyal arzulanırlığı yüksek bağımlılık özellikleri katılımcılar tarafından onaylanmış, diğerlerine göre daha olumlu algılanmıştır. Ancak bireyselliğin ön planda tutulduğu ve onaylanır olduğu bir örneklemede bu bulgunun tam tersinin çıkması olasıdır.

Araştırmanın son hipotezi olan ‘ilgi çekici, bencil, tutarsız, manipulatif, kendine ve çevresine zarar verebilme özellikleri taşıyan B Küme kişilik bozuklukları daha olumsuz algılanacaktır’ varsayımı ise kısmen karşılanmıştır. Antisosyal ve Borderline kişilik

bozuklukları en olumsuz algılanmış ikinci ve üçüncü kişilik bozuklukları iken, aynı kümeye dahil Histriyonik ve Narsistik kişilik bozuklukları göreceli olarak olumlu algılanmıştır.

Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluklarının bu denli olumsuz algılanmış olmasında hale etkisinin varlığı rol oynamış olabilir. Buna göre kişiler, belirli uç özelliklerden ötürü bu kişileri tamamen olumsuz algılama eğiliminde olmuş olabilirler. Zaten Antisosyal ve Borderline kişilik bozukluklarına yönelik bu olumsuz algı, daha önce bu konuda yapılmış çalışmalarla da tutarlılık göstermektedir (Nehls 1998; Markham 2003; Markham ve Trower 2003; Aviram ve ark 2006; Jackson ve Richards 2007).

Paranoid Kişilik Bozukluğu ise en yüksek ortalamalar içinde dördüncü sıradadır, bu da, görece düşük bir sosyal mesafeye işaret etmektedir. Bu durumun, örneklemin paranoid özellikleri yüksek oranda onaylamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Kişilerarası çekimin özellikleri göz önüne alındığında iki kişi arasındaki benzerliğin çekimi arttırdığı bilinmektedir. Dolayısıyla burada katılımcıların paranoid özellikler taşıyor olması, Paranoid KB'nu daha olumlu algılamalarına yol açmış olabilir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunun en yüksek puanı almış olması, katılımcıların Şizotipal KB'nu en olumsuz biçimde algıladığına işaret etmektedir. Öykü içinde anlatılan cin, uğur-uğursuzluk gibi kavramlar toplumumuzda sıklıkla yer almakta ve yaygın biçimde paylaşılmaktadır. Buna göre Şizotipal KB'nun bu denli olumsuz algılanması beklenmemiştir. Bu bulgu için olası bir açıklama, verilen öykünün çok belirgin ve uç noktalarda özellikler içeriyor olması olabilir. Olumsuzluk ilkesi doğrultusunda olumsuz belirgin bir özelliğin varlığı, bu kişilerin daha olumsuz algılanmasına yol açmış olabilir. Eğer Şizotipal KB'na yönelik her bir kriteri taşıması gereken öykü, Şizotipal KB'nu daha az kriterle karşılayacak şekilde oluşturulmuş olsaydı daha olumlu algılanabileceği düşünülmektedir.

Diğer yandan, katılımcılarda şizotipal kişilik özelliklerine sıklıkla rastlanmış olmasına rağmen Şizotipal kişilik bozukluğu, aynı katılımcılar tarafından en olumsuz biçimde algılanmıştır. Teknoloji, iletişim, eğitim gibi gelişen ve değişen koşullarla birlikte batıl inançlar, doğaüstü güçler, insan üstü varlıklar gittikçe yaygın biçimde kabul görmemekte, saçma, cahalet göstergesi ve benzeri şekillerde yorumlanmaktadır. Katılımcıların kendilerinde bu özellikler varken aynı özellikleri onaylamamaları, şizotipal

kişilik bozukluğu özelliklerinin katılımcıların tasarladıkları ideal benlikleri ile çeliştiğinin bir göstergesi olabilir. Her ne kadar bu özellikleri taşıyor olsalar da yarattıkları ideal benlik imajları, bu özellikleri taşımaya uygun olmayabilir. Bu durumda katılımcılar, yarattıkları ideal benliğe uygun düşecek biçimde bu özellikleri onaylamama yoluna gitmiş olabilir.

4.3.2. Cinsiyete Yönelik Değerlendirme

Cinsiyete göre yaygınlık oranları dikkate alındığında DSM’de Şizoid KB, Antisosyal KB ve Obsesif-Kompulsif KB ve Narsistik KB tanısının daha çok erkeklerle konduğu; Borderline KB ile Histrionik KB tanısının daha çok kadınlara konduğu; Çekingen KB tanısının konma oranının ise cinsiyetler arasında eşit olduğu bildirilmiştir.

Dereboy ve ark (2007) ise Türkiye örneklemindeki çalışmalarında Şizotipal KB, Borderline KB, Histrionik KB, Bağımlı KB ve Obsesif-Kompulsif KB’nun erkeklerde daha yaygın olduğunu bulmuşlardır.

Şenyuva’nın (2007) çalışmasında ise cinsiyete göre yaygınlık oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamış olmakla birlikte Bağımlı KB’nun kadınlarda; Narsistik KB’nun ise erkeklerde daha yaygın görülme eğilimi olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ise A Küme kişilik bozukluklarına kadınlarda, B Küme kişilik bozukluklarına ise erkeklerde daha sık rastlanmıştır.

Katılımcıların, kişilik bozukluklarına yönelik cinsiyet algılarında farklılaşma olduğu görülmüştür. Şizoid, Antisosyal, Borderline ve Narsistik Kişilik Bozuklukları daha çok erkek olarak algılanmış; Şizotipal, Histrionik, Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozuklukları ise kadın olarak algılanmıştır.

Bu verilerden hareketle bulgular değerlendirildiğinde; katılımcıların cinsiyete ilişkin algılarının kişilik bozukluklarının görülme yaygınlığı için, özellikle de DSM literatürüyle oldukça tutarlı olduğu görülmüştür. Bu da algılarımızın sıklıkla doğru olduğunun bir ifadesi olabilir. Ancak Borderline KB Dereboy ve ark (2007)’nın çalışmasıyla tutarlı; DSM’deki yaygınlık oranı ile tutarsız şekilde algılanmıştır. Borderline KB’na yönelik genel algıdaki bu farklılık, zaten literatürde de sıkça tartışılmaktadır.

Nehls (1998), erken çocukluktan itibaren kadınlar ve erkeklere yönelik toplumsal stereotipik davranış kalıplarının paylaşıldığını ve bunların ileride kişinin nasıl algılanacağını şekillendirdiğini savunur. Buna göre erkek çocukları ‘özgür, problem çözme

becerileri olan, kendine güvenen ve çevresi hakkında meraklı' olarak düşünülürken, kız çocukları 'bağımlı, pasif ve evcimen' olarak düşünülmektedir. Bu stereotipik kadın davranışları yetişkin bir kadın tarafından sergilendiğinde bağımlı ve talepkar özellikleri nedeniyle Borderline KB; erkek davranışları ise yetişkin bir erkek tarafından sergilendiğinde cinsel aktivite ve öfkenin ifade edilmesi gibi özellikleri nedeniyle Antisosyal KB tanısı olasılığını arttırmaktadır. Asıl kritik nokta ise, aynı davranışın kadın ve erkeklerde farklı tanılara yol açmasıdır. Öfkeli ve rastgele cinsel ilişki kuran kadınlar Borderline KB olarak 'etiketlenirken'; aynı özellikleri taşıyan kişi erkek olması durumunda Antisosyal KB tanısı almaktadır.

Widiger (1998) ise kişilik bozukluğu tanılarında cinsiyet yanlılıklarına yol açabilecek pek çok faktör olduğunu düşünmüştür.

Tüm bu tartışmalar, konulan kişilik bozukluğu tanılarının gerçekte ne kadar yansız ve gerçek olduğu sorusu üzerinedir. Elbette ki bu tartışmaların devamında, kişilik bozukluklarının cinsiyete göre yaygınlık oranlarının ne derece güvenilir bir değerlendirme sonucunda olduğu sorusunu akla getirmektedir.

4.3.3. Yaşa Yönelik Değerlendirme

Katılımcıların, kişilik bozuklukları için yaş algılarında farklılaşma olduğu görülmüş, tüm kişilik bozuklukları genel olarak 26-35 yaş aralığında algılanmıştır. Bu durum, sanki kişilik özellikleri en belirgin biçimde bu yaşlar aralığında görülüyor izlenimi yaratmaktadır. Bundan önceki ve sonraki dönemlerde kişilik özellikleri daha silikmiş gibi görülmektedir. Aslında bu durum, kişilik bozukluklarının genel gidişatıyla uyumludur. Çünkü kişilik bozukluklarında özelliklerin, ilerleyen yaşla birlikte yumuşadığı, törpülendiği bilinmektedir.

Burada ilginç olan nokta, kişilik bozukluklarının genç erişkinlik döneminde başlaması, zamanla en belirgin halini alması, ve sonrasında ise daha silik hale gelmesi, katılımcıların yanıtlarıyla uyumlu görünmektedir. Buna göre kişilik bozuklukları 18-25yaş arasına denk gelen dönemde başlar, 26-35 yaş arasında en belirgin şekilde varolur, 36 yaş ve sonrasında ise daha yumuşak hale gelir.

Bu bulgulara ek olarak Şizoid ve Obsesif Kompulsif kişilik bozuklukları, diğerlerine oranla daha olgun olarak algılanmış; Histrionik KB ise en genç olarak algılanmıştır. Burada Obsesif-Kompulsif KB'nun katı kuralları, çalışmaya düşkün görünümü; Şizoid

KB'nun ise yalnız kalma isteği, kendi kendine yetiyor olma hali daha çok olgun kişilik özellikleriyle bağdaştırılmış olabilir. Histriyonik KB'nun ise diğerleri ile diğerlerinin düşünce ve onayına ilişkin ihtiyacı, daha oturmamış kişilik yapısı, dolayısıyla daha genç bir yaşla bağdaştırılmış olabilir.

4.3.4. Kişilik Bozukluklarına Yönelik Genel Değerlendirme

Her bir kişilik bozukluğu teker teker değerlendirildiğinde, hepsinin olumsuz şekilde algılandığı ve belirli bir sosyal mesafede tutulduğu görülmüştür. Bununla birlikte en belirgin biçimde olumsuz olarak algılananları sırasıyla Şizotipal KB, Antisosyal KB ve Borderline KB oluşturmıştır. Literatürde tek tek kişilik bozukluklarının karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışma bulunmamaktadır, çalışmalar Narsistik KB ile Borderline KB'nun diğer bozukluklar ile karşılaştırılması şeklinde yapılmıştır. Jorm ve Oh (2009) tarafından yapılan bir çalışmada Narsistik KB ile şizofreninin benzer sosyal mesafede değerlendirildiği bulunmuştur.

Yalnızca toplumun değil, ruh sağlığı alanında çalışan uzman kişilerin bile kişilik bozukluklarına ön yargı ile yaklaştığı görülmektedir. Profesyonel örnekleme yapılmış bir çalışmada Borderline KB'nun, depresif ve anksiyete bozukluklarından daha fazla sosyal mesafeye tabi tutulduğu ve şizofreniden daha “tehlikeli” olarak algılandığı araştırmanın belki de en çarpıcı bulgularıdır (Markham 2003). Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin Borderline KB olan hastalara, şizofreni ve depresyon hastalarına göre daha az sempati ve iyimserlik gösterdiği bulunmuş, bunun nedeni olarak da Borderline KB'nun daha sabit, davranışları ve davranışlarının sonuçları konusunda daha kontrollü olarak algılanmaları gösterilmiştir (Markham ve Trower 2003).

Öztürk'e göre saldırganlık (agressiveness), istikrarsızlık/değişkenlik (instability) ve uyumsuzluk (nonconformity) tanı için temel oluşturmaktadır (Eskin, 1991). Bu özellikler Şizotipal, Antisosyal ve Borderline KB özellikleri ile doğru orantılı; Çekingen KB ile ters orantılıdır. Bu durum, bu kişilik bozukluklarının algılanma biçimini açıklar görünmektedir.

Her ne kadar tüm kişilik bozuklukları olumsuz biçimde algılanmış olsa da, gerçek yaşamda bu kadar olumsuz ve uzak sosyal mesafede algılanmayacakları düşünülmektedir. Etkileşimin sosyal mesafe'yi azalttığı göz önünde bulundurulduğunda, gündelik yaşamda belki çevremizde kişilik bozukluğu olan pek çok kişi bulunuyor olabilir. (Elbette burada etkileşimin her zaman olumlu olmayabileceği de göz önünde bulundurulmaktadır).

Bu çalışmada önemli olan nokta, diğerleri ile arasındaki farktır. Diğer çalışmalarda kişilik bozuklukları isim olarak belirtilmiştir. Bu da, katılımcıların kişilik bozukluklarını ‘etiketleme’ ya da ‘damgalama’ olasılığını arttırmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların bundan haberdar olmaması ve kişilik bozuklukları hakkında bilgi sahibi olmayan örneklerden seçilmiş olmalarının daha tarafsız bir değerlendirme sağlamış olduğu düşünülmüştür. Tüm bu çalışmalardan hareketle kişilik bozukluklarının yaygın biçimde olumsuz olarak algılandığı sonucuna varılabilir.

Bu çalışmanın önceki çalışmalardan başka bir farkı da, bu çalışmada daha önce çalışılmamış olan yaş ve cinsiyet algısının da çalışılmış olmasıdır.

4.4. Kişilik Özellikleri ile Kişilik Bozuklukları Algısı Arasındaki İlişki

Yapılan analiz sonucunda katılımcıların kişilik özellikleri ile kişilik bozukluklarına ilişkin değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Oysa ki benzerlik ilkesi doğrultusunda kişilerin taşıdıkları kişilik özellikleri ile benzer özellikte olan kişilik bozuklukları arasında pozitif ya da negatif yönlü bir korelasyon çıkması, yani kendilerine benzer olanları belirgin biçimde daha olumlu ya da olumsuz şekilde algılamaları beklenebilirdi.

Bu durumun olası bir açıklaması, bu kişilerin kendi özelliklerinin yeterince farkında olmamaları olabilir. Diğerlerini değerlendirebilmek için bir referans noktasına ihtiyaç duyarız, ki bu referans noktası genellikle en yakından tanıdığımız kendimiz olur. Burada, katılımcıların kendileri ile diğerleri arasında bir ilişki kuramamış olmasının nedeni, kendi özelliklerinin yeterince farkında olmamaları olabilir.

Diğer bir yandan bu ilişkisizliğin ortaya çıkış nedeni, öyküler her ne kadar tüm DSM kriterlerini içeriyor olsa da, kişi o özellikleri taşıyor ya da farklı biçimde taşıyor olabilir. Bu durumu ortadan kaldırmak için öykülerin en altına konulabilecek ek bir ölçekte “sizce bu kişi size ne kadar benziyor?” ya da “sizde de bu özelliklerin olduğunu düşünüyor musunuz?” gibi değerlendirmelerle öyküler ve katılımcılar arasındaki benzerlik değerlendirilebilirdi. Bu ölçek ile aynı zamanda çekim konusu için kişilerin kendilerine benzeyenlerle mi benzemeyenlerle mi daha yakın olmak istediği araştırılabilirdi.

5. SONUÇ

Bu çalışmadan elde edilen veriler, DSM-IV-TR' de tanımlanan kişilik bozukluklarının özellik olarak oldukça yaygın olduğu, ancak kişilik bozukluğu tanısı anlamında daha kısıtlı kaldığını yansıtmaktadır. Yaygınlık oranları olarak Türkiye'de yapılmış çalışma sonuçlarından farklı bulgular elde edilmiştir. Algı boyutunda ise kişilik bozukluklarının genel olarak olumsuz biçimde algılandığı görülmüştür. İleride yapılacak olan çalışmalarda, daha geniş bir örneklem ve daha kontrollü hazırlanmış Vignette kartları ile daha güvenilir bir çalışma gerçekleştirilebilir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Her şeyden önce çalışma araçlarının uzun ve zaman gerektiren nitelikte olması, çalışmaya katılacak katılımcı sayısının düşük olmasına yol açmıştır. Örneklemenin küçük olması, hem daha genellenebilir sonuçlara, hem daha farklı alanlarda yapılabilecek istatistiklere, hem de kişilik bozukluğu tanısı alan, istatistiksel analiz yapabilecek sayıda kişiye ulaşmayı engellemiştir.

Bir diğer sınırlılık ise, kullanılan Vignette kartlarına ilişkindir. Her ne kadar güvenilirlik analiz sonuçları yüksek çıkmış olsa da kartların, uygulama öncesinde uzman bir gruba onaylatılmış olması daha güvenilir sonuçlara ulaşmayı sağlayabilirdi. İpucu vermemek adına öykülerde kişilerin yaşları ve cinsiyetleri saklanmaya çalışılmış olsa da bunun ne ölçüde başarılılabildiğinin bir ekip tarafından değerlendirilmesi daha yararlı olurdu. Örnek olarak daha çok kadın olarak algılanmış olan Histrionik KB'nun gerçekten mi öyle algılandığı, yoksa öykünün kadınsı özellikler mi taşıdığı önemli bir soruyu oluşturmaktadır.

Son olarak kişilik bozukluklarını değerlendirmek için kullanılan araç, öz-bildirim olması nedeniyle doğası gereği birtakım sınırlılıklar taşıyabilmektedir. Bunlardan en önemlisi, durumsal faktörlerden etkilenmesidir. DIP-Q taraması sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda yapılan SCID-II görüşmeleri sırasında, kişilik bozukluğu tanısı alıyor görünen kişilerin çok büyük kısmının sosyal yaşamda akut sıkıntıları (boşanma, eş ya da çocuk kaybı, maddi sıkıntılar gibi) bulunduğu ve aslında DIP-Q'da karşılıyor göründükleri pek çok kişilik bozukluğunu karşılamadıkları görülmüştür. Burada unutulmaması gereken,

kişilik bozukluğu yaygınlık oranlarını yorumlarken ölçme aracının öz bildirim (self-report) olma özelliği dikkate alınarak yorumlanması gerektiğidir.

ÖZET

Yapılan araştırmanın amacı, özel bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığını ve algılanmasını değerlendirmektir. Bu amaçla Aydın Adnan Menderes Üniversitesi çalışanlarından seçkisiz atama yoluyla seçilen 52 kişiye kişilik bozukluklarının yaygınlığını araştırmak için DIP-Q ve SCID-II görüşme formu; kişilik bozukluklarına yönelik algıları değerlendirmek içinse araştırmacılar tarafından hazırlanan Vignette kartları uygulanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda DIP-Q’da normal popülasyonda kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının yüksek olduğu bulunurken, SCID-II görüşmesinde bu oran büyük ölçüde düşmüştür. Algıya yönelik yapılan değerlendirmede ise katılımcıların tüm kişilik bozukluklarını olumsuz şekilde algıladığı görülmüştür. Ancak özellikle Şizotipal ve Antisosyal kişilik bozuklukları en olumsuz şekilde algılanırken, Çekingen, Bağımlı ve Obsesif-Kompulsif kişilik bozuklukları diğerleri içinde en olumlu algılananlar olmuştur. Kişilik özellikleri ile kişilik bozukluklarının algılanması arasında anlamlı sayılabilecek bir ilişki bulunamamıştır.

Normal örnekleme kişilik bozukluklarının algılanmasına yönelik oldukça kısıtlı sayıda çalışma olması açısından bu çalışmanın literatürdeki boşluğu doldurmada faydalı olacağı düşünülmüştür. Ancak her çalışmada olduğu gibi bu çalışmada da birtakım kısıtlılıklar bulunmakta, bunların başlıcasını ise örneklemin küçüklüğü oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kişilik bozukluğu, yaygınlık, algı, sosyal algı

SUMMARY

The purpose of the current study is to investigate the prevalence and perception of personality disorders. For his purpose, to the 52 of the Aydın Adnan Menderes University employees, who were chosen by random assignment, were given DIP-Q and SCID-II interview form to assess the personality disorders; and Vignette cards, which were prepared by the investigators, to assess their perception of personality disorders.

At the end of the analysis it was found that the prevalence of personality disorder rates are high in normal population, but this rate was reduced substantially by the end of SCID-II interview. At the assessment intended for perception, it was seen that the participants evaluated all of the personality disorders negatively. But whereas especially Schizotypal and Antisocial personality disorders were perceived the most negative and Avoidant, Dependent and Obsessive-compulsive personality disorders were perceived more positive than the others. There was no significant relationship between personality and personality disorders.

There was no significant relationship between personality characteristics and perceiving personality disorders.

As there is a few study about perceiving personality disorders in a normal population, this study is useful for filling this area. On the other hand, as found in every study there were some obstacles, the main of them was the smallness of sample.

Key words: Personality disorder, prevalence, perception, social perception

KAYNAKLAR

Adler A. Individual psychology. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1927; 22(2): 116-122.

Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, Boratav C, Liman O. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(1): 5-13.

Akvardar Y. Kişilik bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007. Bölüm:54.

APA American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, 4th ed, 1994.

Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam* 1991; 4(3): 6-9.

Arkar H. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı. *Türk Psikoloji Bülteni* 2005; 36: 82-94.

Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede BB, Şahin S, Akvardar Y, Sarı Ö, Özderdem A, Cimilli C. Mizaç ve Karakter Envanteri' nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16 (3): 190-204.

Arkar H. Cloninger'in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11: 115-124.

Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry* 2006; 14 (5): 249-256.

Bar M, Neta M, Linz H. Very first impressions. *Emotion* 2006, 6 (2): 269–278.

Beck JS. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:22; 2001.

Beck AT. *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi*, İstanbul: Litera Yayıncılık; 2008.

Berman JS, Kenny DA. (1976) Correlational bias in observer ratings. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; 34: 263-273.

- Bijttebier P, Vertommen H. Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences* 1999; 26: 847-856.
- Bilgin N. Sosyal Psikoloji Sözlüğü: Kavramlar, Yaklaşımlar. İstanbul:Bağlam Yayıncılık; 2003a. p.23.
- Bilgin N. Sosyal Psikolojiye Giriş. İzmir:Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları: 48; 2003b.
- Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healty Human Development. London:Basic Boks; 1988. Lecture 7.
- Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: tanısal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2(3): 318-332.
- Brenner C. Psikanaliz: Temel Kavramlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. p. 190-192.
- Bodlund O, Grann M, Ottoson H, Svanborg C. Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of data three psychiatric samples, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 433–439.
- Calliess IT, Sieberer M, Machleidt W, Ziegenbein M. Personality disorders in a cross-cultural perspective: impact of culture and migration on diagnosis and etiological aspects. *Current Psychiatry Reviews* 2008, 4: 39-47.
- Clifford CA, Murray RM, Fulker DW. Genetic and environmental influences on obsessional traits and symptoms, *Psychological Medicine* 1984; 14 (4): 791-800.
- Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states, *Psychiatric Developments* 1986; 4: 167-226.
- Cohen J. Statistical Power Analysis fort he Behavioral Sciences. 2nd Edition. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Coolidge FL, Thede LL, Jang KL. Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15 (1): 33-44.
- Cornelis FM, van Lieshout. Lifespan personality development: Self-organising goal-oriented agents and developmental outcome. *International Journal of Behaviour Development* 2000; 24 (3): 266–288.

Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychological Review* 1994; 96, 608-30.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 5. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Davison GC, Neale JM. Psikopatolojide ve Terapide Günümüzde Geçerli Paradigmalar, İhsan Dağ (ed.), Anormal Psikolojisi, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:29; 2004. p.25-55.

Demir HK, Dereboy F, Dereboy Ç. Gençlerde kimlik bocalaması ve psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3): 227-235.

Dereboy Ç, Eskin M, Şenyuva HŞ. Aydın ili normal popülasyonda kişilik bozukluklarının prevalans çalışması ve ilişkili parametrelerin çalışılması. *Tubitak Araştırma Projesi*; 2007.

Dion K, Berscheid E, Walster E. What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology* 1972; 24 (3): 285-290.

Doğan O, Önder Z, Doğan S. Distribution of symptoms of conduct disorder and antisocial personality disorder in Turkey, *Psychopathology* 2004; 37 (6): 285–289.

Doksat K. Mizaç, Karakter, Kimlik, Kişilik, Duygudurum ve Duygulanım Nedir? *Birinci Basamak İçin Psikiyatri* 2003;2 (2): 9-15.

Duke MP, Nowicki S. Theories of personality and psychopathology: Schools derived from psychology and philosophy. Kaplan HI ve Sadock BJ (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5th Ed. Baltimore: Williams ve Williams, 1989; Chapter 8.

Eskin M. Rural Population's Perceptions of and Attitudes Towards Mental Illness in Turkey: The Influence of Behavior Type, Help Source and Sex. Sweden: Reports from the Department of Psychology. Stockholm University, No: 736; 1991.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. User's guide for the structured clinical interview for dsm-iv axis II personality disorders SCID II, American Psychiatric Pres; 1997.

Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. Sosyal Psikoloji, 3. Baskı. Ankara:İmge Kitabevi; 1998.

Freud S. Günlük yaşamın psikopatolojisi. İstanbul: İnkılap Kitabevi; 1986.

Gabbard GO. Theories of personality and psychopathology. Sadock BJ and Sadock VA (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Baltimore:Williams and Williams; 2000. "Chapter 6".

Gander MJ, Gardiner HW. Çocuk ve Ergen Gelişimi. 5. Baskı. Ankara:İmge Kitabevi; 2004.

Geçtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. 13. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997.

Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 11. Basım. İstanbul: Metis Yayınları; 2005.

Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms, Journal of Personality Disorders 2007; 21 (4): 442-447.

Harlak H (2007) Temel İletişim Becerileri. Aydın:Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları; 2007. p.48-57.

Hogg MA, Vaughan GM. (2007) Sosyal Psikoloji. Ankara:Ütopya Yayınevi; 2007. Bölüm 2.

Horney K. Ruhsal Çatışmalarımız. Ankara: Öteki Yayınevi; 1999.

Isır T. Örgütlerde personel seçim süreci: bir kamu kuruluşundaki yönetici personelin kişilik özelliklerinin tespit edilerek personel seçim sürecinin iyileştirilmesi üzerine bir araştırma. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Türkiye. 2006. p.48-49.

Jackson RL, Richards HJ. Psychopathy and the five factor model: self and therapist perceptions of psychopathic personality. Personality and Individual Differences 2007; 43: 1711–1721.

John OP, Robins RW. (1993) Determinants of interjudge agreement on personality traits:the big five domains, observability, evaluativeness, and the unique perspective of the self. Journal of Personality 1993; 61: (4), 521-551.

Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein D. Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study, Journal of Personality Disorders 2000; 21 (4): 442-447.

Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders: a review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2009; 43 : 183-200.

Jung CG. Dört arketip. 1. Baskı. İstanbul: Metis Yayıncılık; 2003.

Keown P, Holloway F, Kuipers E. The prevalence of personality disorders, psychotic disorders and affective disorders amongst the patients seen by a community mental health team in London. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002; 37: 225–229.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E, Fiedler ER. Recollections of conflict with parents and family support in the personality disorders, Journal of Personality Disorders 2000; 14 (2): 171-187.

Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. Stigmatizasyon, Yeni Symposium 2003; 41 (4): 190-192.

Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the road to DSM-V and ICD- 11. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2008; 258(5):2–6.

Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/Madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer I. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali ile İlişkisi. Bağımlılık Dergisi 2005; 6 (1): 9-18.

Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, Larson A, Halam M, Smoot M. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic ant theoretical review. Psychological Bulletin 2000; 126, 390-423.

Lelord F, André C. “Zor kişilikler” le Yaşamak. 16.Baskı. İstanbul: İletişim yayınları; 2007. p.9-19.

Major B, O’Brien LT. The social psychology of stigma, Annual Review of Psychology 2005; 6 (3): 93–421.

Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of ‘borderline personality disorder’: social rejection and dangerousness. Journal of Mental Health 2003; 12 (6): 595 – 612.

Markham D, Trower P. The effects of the psychiatric label ‘borderline personality disorder’ on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviours. British Journal of Clinical Psychology 2003; 42: 243-256.

Masterson JF. Narsistik ve Borderline Kişilik Bozukları Bir Bütüncül Gelişimsel Yaklaşım, İstanbul: Litera Yayıncılık; 2006. p.29-41.

Mohl PC, Weiner MF. Other psychodynamic schools. Kaplan HI ve BJ Sadock BJ (eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Baltimore: Williams and Williams 2000; “Chapter 6.3”.

Morris CG. Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş. Ayvaşık HB ve Sayıl M (ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:23; 2002.

Moshman D, Glover JA, Bruning RH. Developmental Psychology. Addison Wesley Publishing Company; 1987.

Muckenhaupt M. Sigmund Freud: Bilinçdışının Kaşifi, 6. Baskı, Ankara: Tübitak Popüler Bilim Kitapları; 2004.

Nehls N. Borderline personality disorder:gender stereotypes, stigma and limited system of care, Issues in Mental Health Nursing 1998; 19: 97-112.

Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. Social Psychiatry Epidemiology 2010; 45:453–460.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3th Ed. USA: Mc Graw-Hill Series in Psychology; 1994.

Ogden, T. H. The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue. London: Jason Aronson Inc; 1986.

Oltmanns TF, Turkheimer E. Perceptions of Self and Others Regarding Pathological Personality Traits. Krueger RF, Tackett JL (eds.). Personality and Psychopathology. London: The Guilford Press; 2006. p.71-111.

Ottosson H, Bodlund O, Ekselius L, Lindström E, von Knorring L. The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): construction and preliminary validation. Nordic Journal of Psychiatry 1995; 49: 285-291.

Özçetin A, Maraş A, Ataoğlu A, İçmeli C. Deprem Sonucu Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Kişilik Bozuklukları Arasında İlişki. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 2: 8-18.

- Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14 (2): 89-100.
- Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık mı? Akıl Hastalığı mı?. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15 (1): 47-55.
- Parnas J, Licht D, Bovet P. Cluster A Personality Disorders: A Review, Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A (eds), *Personality Disorders*, England: John Wiley & Sons Ltd; 2005. p. 1-122.
- Pervin LA, John OP. *Personality theory and research*, 7th Ed. New York: John Wiley and Sons; 1997.
- Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, 5th Ed. USA: Brooks/Cole; 2003.
- Rychlak JF. *Introduction to Personality and Psychotherapy*, 2th Ed., Boston: Houghton Mifflin Company; 1981.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14 (3): 203-212.
- Schulsinger F. Psychopathy: heredity and environment. *International Journal of Mental Health Systems* 1972; 1:109-206.
- Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry*, New York: Oxford University Press; 2005.
- Skodol AE, Bender DS, Pagano ME, Shea MT, Yen S, Sanislow CA, Grilo CM, Daversa MT, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH, Gunderson JG. Positive childhood experiences: resilience and recovery from personality disorder in early adulthood, *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68 (7): 1102–1108.
- Sorias S. Kişilik Bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. p. 496-527.
- Soygüt G. Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: psikoterapi sürelerinde bağlanma ve terapötik ittifak. *Türk Psikoloji Yazıları* 2004; 7 (13): 63–77.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Pryzbeck TR, Cloninger CR. Temperament, character and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 189–195.

Svrakic DM, Cloninger CR. Personality disorders. Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th Ed. Lippincott Williams&Wilkins; 2004.

Şenol S, Dereboy Ç, Yüksel N. Borderline disorder in Turkey: a 2-to 4 year follow up. *Social Psychiatry Epidemiology* 1997; 32: 109–112.

Şenyuva, HŞ. Aydın ilinden alınan normal bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlık çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2007.

Taşkın EO, Şen FS, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(3): 205-214.

Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir Ö. Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8 (1): 11-17.

Thou J, Ndeti DM, Maru H, Kuria M. The prevalence of personality disorders in a Kenyan inpatient sample, *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(2):217-220.

Topsever Y. Algı Kuramları. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:58; 1990.

Türk Dil Kurumu (2010) Büyük Türkçe Sözlük, Erişim: [<http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=karakter&ayn=tam>], Erişim Tarihi: 07.03.2010.

Weinberger DA. Defenses, personality structure, and development: Integraing psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality* 1998; 66 (6): 1061–1080.

Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 846–856.

Widiger TA. Invited essay: sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 1998; 12 (2): 95 – 118.

van't Veer JTB, Kraan HF, Drosseart SHC, Modde JM. Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill: a Dutch public study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 310–317.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Gözde Öğrük

Doğum Yeri: İzmir

Doğum Tarihi: 21. 02. 1985

Eğitim Bilgileri

1991-1993 Bornova Dokuz Eylül İlköğretim Okulu

1993-1996 Samsun Özel Ar İlkokulu

1996-2003 Bornova Anadolu Lisesi

2003-2007 Ege Üniversitesi

Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2007-2010 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Mesleki Bilgiler

2010-... Psikolog

Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa

TEŞEKKÜR

Uzun ve yorucu bir sürecin ardından bu noktaya gelirken yalnız değildim. Kendisini tanımaktan ve öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum, kararlılığı ve pratikliğini her seferinde hayranlıkla karşıladığım çok sevgili hocam Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY; aynı konuya aynı anda çok farklı pencerelerden bakılabileceğini gösteren, akademik tecrübeleri kadar yaşama dair tecrübelerini de bizlerle paylaşan, tezimin fikir babası değerli hocam Prof. Dr. Mehmet ESKİN; mesleki sevgi ve merakın insana olan sevgiyle nasıl buluştuğunu görmemi sağlayan, yaşam enerjisi hiç azalmayan değerli hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY; yalnızca klinik alanla sınırlı kalmayıp klinikle sosyal psikolojiyi harmanlayabilme yeteğimi geliştiren ve tezimin hazırlanması sırasında değerli görüşleriyle yolumu aydınlatan sevgili hocam Doç. Dr. Hacer HARLAK; her anımızı birlikte yaşadığımız, son anda tüm yaratıcılığımızla mucizeler yarattığımız canım arkadaşım Gülden Nazlı YEŞİLER; birlikte üzüldüğümüz, her an tüm fedakarlığıyla yanımda olduğunu bildiğim canım arkadaşım Fatma BİRGİ; ilk günden itibaren her soruma büyük bir sabırla cevap verebilen ve her soruma cevap alabileceğimi bildiğim canım arkadaşım Fatma Evrim ERDOĞAN; bu süre içinde tanıma fırsatı bulduğum tüm ADÜ Psikiyatri bölümü çalışanları; maddi ve manevi olarak her an koşulsuz ve sonsuz yanımda olan, bir parçası olmaktan gurur duyduğum AİLEM ve uzmanlığımı benden daha heyecanla bekleyen ancak bu süre içinde cennete uğurlamak zorunda kaldığımız biricik ANNEANNEME bu yolda beni yalnız bırakmadıkları için teşekkürü borç bilirim. Olduğum ve olacağım her şeyde onların emeği çok büyüktür..

Adınız Soyadınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

En son bitirdiğiniz okul:

Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () 2 Yıllık Üniversite ()

4 Yıllık Üniversite () 2 Yıllık Açıköğretim () 4 Yıllık Açıköğretim ()

Medeni Durum:

Evli() Bekâr() Boşanmış() Dul() Ayrı yaşıyor() Birlikte yaşıyor (imam nikâhı, vb.)()

Evli iseniz kaçınıcı evliliğiniz:

Birinci () İkinci ve sonrası ()

Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

Evde siz dahil kaç kişi birlikte yaşıyor?

Bir () İki () Üç () Dört () Beş ve daha fazla ()

Ekonomik durumunuz:

Kötü () Orta () İyi ()

EK-2

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, kişilik özelliklerinizi ve diğer kişilere ilişkin algılarınızı belirlemek için hazırlanmıştır.

Verdiğiniz yanıtlar grubun ortalamasını bulmak amacı ile bilgisayara girilecek, sizin yanıtlarınızı araştırmacılar dışında kimse görmeyecektir. Cevaplarınızın gizli kalması için soruları yanıtladıktan sonra zarfın içine koyup ağzını kapatabilirsiniz. Lütfen size verilen zarfın üzerine adınızı soyadınızı yazmayı unutmayınız.

Yüksek lisans kapsamında yapılacak olan tez çalışmasına kendi isteğinizle katkıda bulunmanız, bu alanda bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesinde kuskusuz önemli bir etkiye sahip olacaktır. Bu tez çalışması ADÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Çiğdem Dereboy'un danışmanlığında yürütülmektedir.

Her bölümde soruları nasıl yanıtlayacağınızla ilgili açıklamalar yer almaktadır. Bu soruları dikkatli ve gerçeğe uygun biçimde cevaplamak yaklaşık bir buçuk saat sürecektir. Değerli katkınız için teşekkür ediyoruz.

Gözde Öğrük

Klinik Psikoloji

Yüksek Lisans Öğrencisi

Bu bölümde 10 tane öykü ve altlarında bunlara ilişkin ifadeler vardır. Her bir ifadenin altında 1 ile 7 arasında değişen bir cetvel bulunmaktadır. Sizden istenen, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi bu cetvel üzerinde puanlamanızdır. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Önemli olan sizin görüşünüzdür. Lütfen her bir öyküyü dikkatle okuyarak her biri için altındaki cümlelerden size göre en uygun olan sayıya çarpı (X) işareti koyunuz.

Vignette Kartı I (Şizotipal Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Bazı işlere girdiğinde başarılı olmuş ama işten ayrılmıştır. İnsanların kendisini kullanacağını düşündüğü için yakın arkadaşı yoktur. Genellikle duygularını fazla belli etmez, konuşurken uğursuz olduğunu düşündüğü bazı kelimeleri atlayarak konuşur. Evde genellikle cinlerin etkileri ile ilgili kitaplar okur ve sık sık kitapçılara giderek bu konularda yeni kitapların çıkıp çıkmadığını sorar. Cin çağırma konusu ile oldukça ilgilenir ve evini bu ilgisine uygun biçimde düzenlemiştir. Cinlerin yeşil rengi sevdiğini düşündüğü için bütün kıyafetleri yeşil renktedir. Ara sıra evin bahçesindeki ağaçların rüzgarda sallandıklarında cinlere benzediğini söyler. Evle ilgili işleri ve alış veriş kendisi yapar.

Vignette Kartı II (Narsistik Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. İşinde çok hırslıdır, yükselmek için diğerlerinin açıklarından faydalanabilir. İşyerinde en başarılı kişi olduğunu düşünür. Buna rağmen müdürün daha eski bir çalışanı terfi ettirmesini aşağılayıcı bulmuş, bu nedenle müdürüne bağırıp çağırarak işten ayrılmıştır. Arkadaşları ile sık sık görüşür. Gittiği yerlerde çok fazla istekte bulunur, gittiği yeri kolay kolay beğenmez. Arkadaşları ile birlikteyken onların anlattıklarını genellikle sıkıcı bulur, kendinden bahsederek arkadaşlarının güzel zaman geçirmesini sağladığını düşünür. Özellikle gitar çalmayı çok sever. Ünlü müzisyenler kadar iyi gitar çaldığını ama çevresindekilerin bunu anlayamayacak kadar cahil olduğunu ve onu kıskandığını düşünür. Onu ancak gerçek müzisyenlerin anlayabileceğini düşünür ve bir gün mutlaka ünlü bir müzisyen olacağını hayal eder. Evle ilgili işleri ve alış veriş kendisi yapar.

Vignette Kartı III (Çekingen Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Önceki işinde başarılı olmasına rağmen işten ayrılmıştır. Patronu her yanına çağırdığında yüzü kızarır, elleri titrer. Çalışırken iş arkadaşları kadar başarılı olmadığını düşünmüştür. Eski okul arkadaşlarını görmek ister ama onlar aramazsa o da onları aramaz. Akrobalarını sık sık ziyaret eder. Arkadaş toplantılarına çağrıldığında ısrarla orada tanımadığı kişilerin de olup olmayacağını sorar, dışlanmaktan korkar. Yanlış bir şey söylemekten korktuğu için

tanımadığı kişilerle konuşmak istemez. Bankaya gitmek gibi her gün yaptığı işlerden farklı bir iş yapması gerektiğinde bu işi kardeşinin daha iyi yapacağını söyleyerek ona vermek ister. Evle ilgili işleri ve alış veriş kendisi yapar.

Vignette Kartı IV (Paranoid Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Müdürünün bazı davranışlarının kendisini aşağılamak anlamına geldiğini düşündüğü için işten ayrılmıştır. Alıngandır. İşyerindeki başarısından ötürü iş arkadaşlarının onun ayağını kaydırmak istediğini düşünür. Eski okul arkadaşlarıyla pek çok konuyu paylaşır ancak güvenemediği için özel sorunlarını anlatmaz. İnsanların kendisini kullanabileceğini düşünür, bu yüzden kolay kolay yeni arkadaşlıklar kurmak istemez. Eleştirildiğinde çok öfkelenir ve öfkesi uzun süre geçmez. Eşinin kimlerle görüştüğünü merak ettiği için telefonuna bakar. Birlikte dışarı çıktıklarında eşinin etraftaki diğer kişilere baktığını söyleyerek sık sık tartışır. Evle ilgili işleri ve alış veriş kendisi yapar.

Vignette Kartı V (Borderline Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Ani bir kararla işten ayrılmıştır. Eski okul arkadaşlarıyla onlar ararsa görüşür. Yeni insanlarla çok çabuk arkadaşlıklar kurar, onlara başına gelen her olayı anlatır. Bunlardan bazılarını hemen hayranlık duyar ama daha sonra ne kadar çıkarıcı olduklarını fark ettiğini söyler. Sık sık içinin sıkıldığından ve hiçbir şey yapmak istemediğinden şikayet eder. Kararsızdır, geleceğe yönelik planları, kararları, düşünceleri sık sık değişir. Eşiyle eğlence yerlerine gitmeyi sever ve aldığı alkol miktarını ayarlayamaz. Eşi ile sık sık büyük ve olaylı kavgalar eder ancak daha sonra bunların bazılarını hatırlamadığını söyler. Bu kavgaların ardından kendini öldürme girişimlerinde bulunabilir. Ancak daha sonra eşini ne kadar sevdiğini, onsuz yapamayacağını göstermek için her şeyi yapar. Evle ilgili işleri ve alış veriş kendisi yapar ancak bütçesini gözetmeden çok para harcadığı olur.

Vignette Kartı VI (Bağımlı Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Her kararını danıştığı iş arkadaşı işten ayrılmış, bunun üzerine o da kararlarını danışabileceği biri kalmaması nedeniyle işten ayrılmıştır. Yeniden nerede çalışacağına karar vermek için babasının fikrine ihtiyaç duyar. Arkadaşları ile sık görüşür. Alınan hiçbir karara itiraz etmez ve canı istemese bile arkadaşlarının her istediğini yapar. İlişkilerini devam ettirmek için çok fedakarlık yapar. Haklı olduğu durumlarda bile o özür dileyebilir, tartışma çıkmaması için

diğerlerinin fikirlerini kabul eder. Herhangi bir nedenle bir ilişkisinin bozulmasını dünyanın sonu olarak görür ve ardından yalnız kalmamak için yeni birine başlar. Yalnız başına yaşayamayacağından korktuğu için bir an önce evlenmek ister. Evle ilgili işleri ve alış verışı kendisi yapar ancak kendi başına karar veremediği için her zaman bir arkadaşıyla gider, onun onayladığı şeyleri alır.

Vignette Kartı VII (Şizoid Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. İşinde başarılı olmasına rağmen işten ayrılmıştır. İnsanlarla bir arada olmayı sevmediği için yalnız başına çalışabileceği bir işi tercih eder. Yaptığı bir şeyden dolayı övüldüğünde de eleştirildiğinde de umursamaz görünür. Yakın arkadaşı yoktur ve genellikle televizyon izleyerek ev içinde zaman geçirir. Katıldığı toplantılarda genellikle sessizce bir kenarda kalır, hemen hemen kimseyle konuşmaz. Karşı cinsle ilişki kurmak için bir girişimde bulunmaz. Duygularını anlayabilmek zordur, çevresindekiler onun sinirli, mutlu ya da üzüntülü olup olmadığını pek anlayamaz. Bayram ya da diğer özel günler dışında akraba ziyaretlerine gitmez, zaman zaman onlarla telefonla görüşür. Evle ilgili işleri ve alış verışı kendisi yapar.

Vignette Kartı VIII (Histrionik Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. İşinde başarılıdır ama iş arkadaşlarıyla olan aşırı samimi tavırları nedeniyle müdürü uyarmıştır. Bunun sonucunda bağırıp çağırarak işten ayrılmıştır. Arkadaşları ile sık sık buluşur. Onlar arasında kahkahaları ve rahat tavırları ile en dikkat çekici kişidir. Gülerken aniden ağlamaya başlayabilir ama çabuk avutulur. Arkadaşlarının ilgisini çekmek için çok konuşur ancak bazen insanlar bundan sıkılır. Spora giderken bile çok dikkat çekici bir biçimde giyinir. Birkaç kişinin birden kendisi ile evlenmek istediğini söyler. Dış görünümü ve yaptığı işler için her zaman övgü dolu sözler bekler. Bunlar olmadığı zaman ailesinin ve arkadaşlarının ona yeterince sevgi göstermediğinden, koruyup kollamadığından yakınır. Evle ilgili işleri ve alışverışı kendisi yapar.

Vignette Kartı IX (Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Ancak işlerini zamanında yetiştirememesi nedeniyle işten ayrılmıştır. Oldukça titiz bir biçimde çalışır ancak görevini kusursuz biçimde tamamlamaya çalışırken fazla zaman kaybeder ve yorulur. Çok çalıştığı için arkadaşları ile nadiren görüşebilir, bazen dinlenecek zaman bile bulamaz. Arkadaşlarıyla buluşacağı zaman tam zamanında buluşma yerinde olur, geç kalanlara ise

geciktiği için öfkelenir ve kırıcı olabilir. İhtiyaç duyduğu şeyleri bile almaktan kaçınarak para biriktirir. Eskiye ve kullanılmayan eşyaları atamaz, bu nedenle evinin bir odasını depo olarak ayırmıştır. Evle ilgili işleri ve alışverişi kendisi yapar ancak nereden başlayacağına, nasıl ilerleyeceğine karar vermesi çok zamanını alır. Kendisine yardım etmek isteyen kardeşine işleri kendi istediği şekilde yapamayacağı için genellikle görev vermez.

Vignette Kartı X (Antisosyal Kişilik Bozukluğu)

Burada anlatılan kişi; 4 yıllık bir üniversite mezunudur. Fazla sıkıcı bulduğu için işten ayrılmıştır. Sık sık arkadaşları ile birlikte zaman geçirir. Gece hayatını, eğlenmeyi, alkolü, hızlı araba kullanmayı sever, cebindeki tüm parayı bir gecede bitirebilir. Arkadaşlarından defalarca borç almış olmasına rağmen her seferinde arkadaşlarını ikna ederek borç alır ama geri vermez. Kurallardan hoşlanmaz ve sık sık kuralları ihlal edebilir. İnsanlarla kolay ilişki kurabilir ancak söylediği birtakım yalanlar yakalandığında ilişkisini kolaylıkla sonlandırır. Çocukluğundan beri en küçük bir nedenle kavga çıkarabilir ve bunun için her zaman kendini haklı bulur. Evle ilgili işleri ve alışverişi kendisi yapar fakat sıklıkla yaşlı annesinin ona bakmak zorunda olduğunu söyleyerek işleri ona yaptırır.

- Bu kişinin cinsiyeti hangisi olabilir?

Kadın ()

Erkek ()

- Bu kişinin yaşı hangisi olabilir?

18-25 yaş arası ()

26-35 yaş arası ()

36-45 yaş arası ()

46-55 yaş

arası ()

(Lütfen parantezlerden size göre uygun olanın içine çarpı koyunuz)

- Bence bu kişi sorumluluklarını

Yerine getirebilir (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Yerine getiremez

- Bence bu kişi yakınlarıyla olan ilişkilerinde

Sorun yaşamaz (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sorun yaşar

- Bence bu kişi isteklerinin sonuçlarını

Düşünerek davranır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Düşünmeden davranır

- Bence bu kişi çevresinde huzursuzluk

Yaratmaz (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Yaratır

- Bence bu kişi insanlarla olan ilişkilerinde

Sorun yaşamaz (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Sorun yaşar

- Bu kişi ile aynı arkadaş grubunda bulunmak beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bence bu kişi
Normaldir (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Normal değildir
- Bu kişiyi evime davet etmek beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bu kişiyle aynı çalışma ortamında bulunmak beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bu kişinin ailemden biri olması beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bence bu kişinin ruh sağığı
Yerindedir (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Bozulmuştur
- Bu kişi ile dışarıda buluşmak beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bu kişinin arkadaşım olması beni
Rahatsız etmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Rahatsız eder
- Bence bu kişinin ruhsal bir tedavi alması
Gerekmez (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Gerekir