

T.C
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
PSK-YL-2007-0002

AYDIN İLİNDEN ALINAN NORMAL BİR ÖRNEKLEMDE
KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ YAYGINLIK ÇALIŞMASI

Halime Şenay ŞENYUVA

DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

AYDIN-2007

ÖNSÖZ

Normal bir popülasyonda kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının incelendiği bu çalışmanın, daha önce bu konuda herhangi bir araştırma yapılmamış olması nedeniyle literatüre oldukça değerli bilgiler vereceği düşünülmüştür. Ancak epidemiyolojik bir çalışma olması nedeniyle uygulama aşamasında katılımcılara ulaşılması konusunda bazı zorluklar yaşanmıştır. Bir de buna uygulama bataryasındaki soru sayısının fazla olması eklenince hedeflenen katılımcı sayısına ulaşamama riski ortaya çıkmıştır. Bütün bu zorluklara rağmen çalışma gönüllü anketörler yardımıyla bitirilmiştir.

Karşılaşılan bu durumlar göz önünde bulundurularak çalışmanın bazı parametreleri genişletilerek TÜBİTAK' a proje olarak sunulmuştur. Projede profesyonel anketörlerin kullanılması ve katılımcılara hizmet bedeli ödenmesi önerilmiştir. Böylelikle bu çalışmada karşılaşılan zorlukların bir kısmının çözülmesi hedeflenmiştir. Şu anda yürütülmekte olan bu projenin daha büyük bir örnekleme ulaşması ve daha güvenilir sonuçlar vermesi beklenmektedir. Elde edilecek sonuçların koruma programları için yararlı olacağı düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
RESİMLER DİZİNİ	xiii
EKLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1. 1. 1. Kişilik Bozukluğu	1
1. 1. 1. 1. Tarihçe	1
1. 1. 1. 1. 1. 12.Yüzyıl ve sonrası	3
1. 1. 1. 1. 2. 19.Yüzyıl ve sonrası	3
1. 1. 2. Kişilik Tanımı	8
1. 1. 2. 1. Mizaç	9
1. 1. 2. 2. Karakter	11
1. 1. 2. 3. Yapı-süreç	12
1. 1. 3. Kişilik Kuramları	14
1. 1. 3. 1. Yapısal yaklaşım	14
1. 1. 3. 1. 1. Gelişim	15
1. 1. 3. 1. 2. Normal dışılık	15
1. 1. 3. 1. 3. Ölçüm	16

1. 1. 3. 2.	Psikodinamik yaklaşım	16
1. 1. 3. 2. 1.	Gelişim	17
1. 1. 3. 2. 2.	Normal dışılık	22
1. 1. 3. 2. 3.	Ölçüm	26
1. 1. 3. 3.	Treyt (ayırıcı özellik) yaklaşımı	28
1. 1. 3. 3. 1.	Gelişim	30
1. 1. 3. 3. 2.	Normal dışılık	37
1. 1. 3. 3. 3.	Ölçüm	39
1. 1. 3. 4.	Davranışçı yaklaşım	40
1. 1. 3. 4. 1.	Gelişim	41
1. 1. 3. 4. 2.	Normal dışılık	42
1. 1. 3. 4. 3.	Ölçüm	42
1. 1. 3. 5.	Bilişsel yaklaşım	42
1. 1. 3. 5. 1.	Gelişim	43
1. 1. 3. 5. 2.	Normal dışılık	44
1. 1. 3. 5. 3.	Ölçüm	45
1. 1. 3. 6.	Hümanistik yaklaşım	46
1. 1. 3. 6. 1.	Gelişim	46
1. 1. 3. 6. 2.	Normal dışılık	47
1. 1. 3. 6. 3.	Ölçüm	49
1. 1. 4.	Kişilik Bozukluğuna Geçiş	49
1. 1. 4. 1.	Normal kişilik - anormal kişilik - bozulmuş kişilik	49
1. 1. 5.	Kişilik Bozukluğu Tanımı	52
1. 1. 5. 1.	Tanım	52
1. 1. 5. 2.	Sınıflandırma	52
1. 1. 5. 3.	Bugünkü sınıflandırma	54
1. 1. 5. 4.	Bugünkü sınıflandırmaya karşı yapılan eleştiriler	55
1. 1. 5. 5.	Özellikler	57
1. 1. 5. 5. 1.	Tedavi ve tedavi uyumu	57
1. 1. 5. 5. 2.	Tanı ve eştanı (komorbidite)	57
1.1.5.5.3.	Kişilik bozukluğunun ruhsal işlevi	58
1. 1. 5. 5. 4.	Akıl hastalıklarının neresinde?	58
1. 1. 5. 5. 5.	Kişiler arası ilişkiler	59

1. 1. 5. 5. 6.	Cinsiyet	59
1. 1. 5. 5. 7.	Kişilik bozukluklarında iyileşme (remisyon)	60
1. 1. 5. 5. 8.	Medeni durum	61
1. 1. 5. 5. 9.	Eğitim düzeyi	62
1. 1. 5. 5. 10.	Yaşanılan yer	62
1. 1. 5. 5. 11.	İntihar (suisidite) öyküsü	62
1. 1. 5. 5. 12.	Aile öyküsü	63
1. 1. 5. 5. 13.	Yetiştirilme tarzı	64
1. 1. 5. 5. 14.	Kültürel etkenler	64
1. 1. 5. 5. 15.	Genetik etkenler	64
1. 1. 6.	Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi	65
1. 2.	Her Bir Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi	67
1. 2. 1.	Paranoid Kişilik Bozukluğu	67
1. 2. 1. 1.	Tarihçe	67
1. 2. 1. 2.	Etiyoloji	69
1. 2. 1. 3.	Epidemiyoloji	70
1. 2. 2.	Şizoid Kişilik Bozukluğu	71
1. 2. 2. 1.	Tarihçe	71
1. 2. 2. 2.	Etiyoloji	72
1. 2. 2. 3.	Epidemiyoloji	73
1. 2. 3.	Şizotipal Kişilik Bozukluğu	74
1. 2. 3. 1.	Tarihçe	74
1. 2. 3. 2.	Etiyoloji	75
1. 2. 3. 3.	Epidemiyoloji	76
1. 2. 4.	Antisosyal Kişilik Bozukluğu	76
1. 2. 4. 1.	Tarihçe	77
1. 2. 4. 2.	Etiyoloji	79
1. 2. 4. 3.	Epidemiyoloji	82
1. 2. 5.	Borderline Kişilik Bozukluğu	83
1. 2. 5. 1.	Tarihçe	83
1. 2. 5. 2.	Etiyoloji	86
1. 2. 5. 3	Epidemiyoloji	89

1. 2. 6.	Histriyonik Kişilik Bozukluğu	90
1. 2. 6. 1.	Tarihçe	90
1. 2. 6. 2.	Etiyoloji	91
1. 2. 6. 3.	Epidemiyoloji	93
1. 2. 7.	Narsistik Kişilik Bozukluğu	93
1. 2. 7. 1.	Etiyoloji	95
1. 2. 7. 2.	Epidemiyoloji	96
1. 2. 8.	Çekingen Kişilik Bozukluğu	97
1. 2. 8. 1.	Tarihçe	97
1. 2. 8. 2.	Etiyoloji	98
1. 2. 8. 3.	Epidemiyoloji	99
1. 2. 9.	Bağımlı Kişilik Bozukluğu	99
1. 2. 9. 1.	Tarihçe	99
1. 2. 9. 2.	Etiyoloji	100
1. 2. 9. 3.	Epidemiyoloji	102
1. 2. 10.	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	102
1. 2. 10. 1.	Tarihçe	102
1. 2. 10. 2.	Etiyoloji	103
1. 2. 10. 3.	Epidemiyoloji	105
1. 3.	Kişilik Bozukluğu Epidemiyolojisi	105
1. 3. 1.	Epidemiyoloji	105
1. 3. 2.	Epidemiyolojik Çalışmalar	105
1. 3. 3.	Sıklık (insidans) ve Yaygınlık (prevelans) Tanımı	106
1. 3. 4.	Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojik Çalışmaları	106
1. 4.	Kişilik Bozukluğuna İlişkin Tartışılan Konular	107
1. 4. 1.	Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojik Çalışmaları Neden Önemli? Koruma Programları?	107
1. 4. 2.	Kişilik Bozukluğu Neden Popüler?	109
1. 4. 3.	Kişilik Bozukluğu Olan Kişilerle Çalışmak Neden Zor?	110
1. 5.	Araştırmanın Amacı	111
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	113
2. 1.	Örnekleme	113
2. 2.	Araçlar	119

2. 3.	İşlem Yolu	123
2. 4.	Veri Analizi	123
3.	BULGULAR	124
3. 1.	Araştırma Örneklemine ve Kişilik Bozukluğu Tanısı Alanların Demografik Özellikleri	124
3. 2.	Kişilik Bozukluğu Tanısı Alanların Dağılımı	128
3. 3.	DIP-Q'nun Psikometrik Özellikleri	140
3. 3. 1.	İç Tutarlılık	140
3. 3. 2.	İçerik Geçerliği	141
4.	TARTIŞMA	142
4. 1.	Her Bir Kişilik Bozukluğuna İlişkin Elde Edilen Sonuçlar	142
4. 1. 1.	Genel Yaygınlık Oranları	142
4. 1. 2.	Çoklu Tanı Oranları	143
4. 1. 3.	Küme Yaygınlık Oranları	145
4. 1. 4.	Her Bir Kişilik Bozukluğuna İlişkin Sonuçlar	145
4. 2.	Çalışmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri	156
4. 2. 1	Kişilik Bozuklukları ve Cinsiyet	156
4. 2. 2.	Kişilik Bozuklukları ve Yaş	159
4. 2. 3.	Kişilik Bozuklukları ve Sosyal Durum	160
4. 2. 4	Kişilik Bozuklukları ve Psiko-sosyal Sorunlar	161
4. 2. 5.	Kişilik Bozuklukları ve İşlevsellik	162
4. 2. 6.	Kişilik Bozuklukları ve Psikiyatrik Tedavi	163
4. 2. 7	Kişilik Bozuklukları ve İstismar	163
4. 3.	DIP-Q'nun geçerliğine ilişkin bulguların yorumlanması	164
5.	SONUÇ	165
5. 1.	Sınırlılıklar ve Öneriler	165
	ÖZET	167
	SUMMARY	168
	KAYNAKLAR	169
	ÖZGEÇMİŞ	182
	TEŞEKKÜR	184
	EKLER	186

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA:	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
DIP-I:	DSM-IV and ICD-10 Personality Interview (DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Bozuklukları Görüşmesi)
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
p:	Anlamlılık düzeyi
SPSS:	Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
SS:	Standart sapma

ÇİZELGELER

		Sayfa
Çizelge 3. 1.	Araştırma örneklemi ve tanı alan deneklerin özellikleri	124
Çizelge 3. 2.	Tanı alanların oranları	128
Çizelge 3. 3.	GAF 70 kesme noktasına göre tanı oranları	128
Çizelge 3. 4.	A küme, B küme ve C küme kişilik bozukluğu tanısı alanların oranları	128
Çizelge 3. 5.	GAF 70 kesme noktasına göre küme yaygınlık oranları	129
Çizelge 3. 6	Her bir kişilik bozukluğunun dağılımı	129
Çizelge 3. 7.	GAF 70 kesme noktasına göre her bir kişilik bozukluğunun yaygınlık oranları	130
Çizelge 3. 8	Her bir kişilik bozukluğunun cinsiyet değişkenine göre dağılımı	131
Çizelge 3. 9	A küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı	132
Çizelge 3. 10.	B küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı	133
Çizelge 3.11.	C küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı	133
Çizelge 3. 12.	Ailesinde ruhsal tedavi alan kişinin olup olmaması ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları	134
Çizelge 3. 13.	Ruhsal tedavi gerektirecek sorunu olma ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları	135
Çizelge 3. 14.	Fiziksel istismara maruz kalma ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları	136

Çizelge 3. 15.	GAF (geçen yıl) skoru ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları	137
Çizelge 3. 16.	GAF (son birkaç hafta) skoru ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları	138
Çizelge 3. 17.	Kişilik bozukluğuna sahip olup olmama ile ilişkili değişkenler	139
Çizelge 3. 18.	Kişilik bozukluğuna sahip olup olmama ile ilişkili bulunan ID ölçeği soruları	140
Çizelge 3. 19	Her bir kişilik bozukluğunu içeren soru maddelerinin tek tek iç tutarlık katsayısı	140
Çizelge 3. 20	Davranım bozukluğu ve genel tanı ölçütlerinin iç tutarlık katsayısı	141
Çizelge 4. 1.	En sık işaretlenen ilk 17 madde	146
Çizelge 4. 2.	Her bir kişilik bozukluğu oranının benzer bir diğer çalışma ile karşılaştırılması	149
Çizelge 4. 3.	DSM-IV'e göre kişilik bozukluklarının yaygınlık oranı	151
Çizelge 4. 4.	Her bir kişilik bozukluğunun diğer epidemiyolojik çalışmaların yaygınlık oranlarıyla karşılaştırılması	152

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. 1. Bireyin kişilik, savunma mekanizmaları, olası DSM tanıları, ego gelişimleri ve bağlanma tarzları açısından değerlendirilmesi	26
Şekil 2. 1. Aydın ili merkez mahallelerinin aile sayısı	114
Şekil 2. 2. Aydın ili merkez mahallelerinin aile sayısı, küme sayısı ve yığılımlı toplamı	116
Şekil 2. 3. Basamak basamak örnekleme nasıl ulaşıldığı	117
Şekil 2. 4. Seçilen mahallelerin aile sayısı, küme sayısı ve yığılımlı toplam aralığı	118
Şekil 2. 5. Hedeflenen ve ulaşılan katılımcı sayısı	118
Şekil 2. 6. Gidilen ve reddedilen hane sayısı	119

RESİMLER

	Sayfa
Resim 1. 1. Kişilik gelişimini etkileyen durumlar	29
Resim 3. 2. Her bir kişilik bozukluğunun grafik olarak gösterimi	130

EKLER

	Sayfa
EK-1: Genel bilgi alma formu	186

1.GİRİŞ

1. 1. 1. Kişilik ve Bozukluğu:

1. 1. 1. 1. Tarihçe:

Kişilik ve kişilik patolojisi teorileri, ilk olarak felsefi kavramlarla açıklanmıştır. Bunların bazıları araştırmalarla desteklenirken, pek çoğu antik çağdaki bilimsel olmayan filozofların görüşlerine dayanmaktaydı. Plato (M.Ö. 429–347) akıl hastalıklarına ilişkin tanımlamalarda bulunan ilk kişidir. Plato yaptığı bu tanımda iki tür akıl hastalığı (delilik ve bilgisizlik-cahillik [madness and ignorance]) olduğuna değinmiş ve bunların ikisinin de fiziksel nedenlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Aynı zamanda kişilik ve kişilik psikopatolojisi hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak bir tedavi planı da oluşturmaya çalışmıştır (Duke ve Nowicki 1989). Plato'nun kişiliğe ilişkin söyledikleri bir filozof olması nedeniyle daha çok felsefe içerikli görüşlere dayanmaktaydı.

Kişiliğe dair yapılan çalışmalar, bütün insan davranışlarının gözlemlenmesi ve bunların sınıflara ayrılmasıyla başlamıştır. Böylelikle kişilik tiplerinin tasvir edilmesi kolaylaşmıştır. Kişilik tiplerinin belirlenmesinden sonra ise, bu tipler ile kişilik patolojileri arasında ilişkiler kurulmaya başlanmış, bazı kişilik özelliklerinin belirli patolojilerle örtüştüğü varsayımı ortaya atılmıştır. Dolayısıyla yapılan daha detaylı kişilik çalışmalarının kişilik bozukluğunu daha çok yapısal özelliklere atfettiği görülmektedir.

Plato ile aynı dönemi paylaşan Hippokrates (M.Ö. 460–357) akıl hastalıklarını dini – kutsal hastalık (sacred hastalık) olarak tanımlamış ve kişilik özelliklerinde meydana gelen değişikliğin (örneğin anormal davranış örüntüleri) nedenini dört vücut sıvısına bağlamıştır (Duke ve Nowicki 1989). Kişilik tanımlamalarını ilk kez yapan Plato'dan farklı olarak

Hippokrates, psikiyatrik bozukluklar ile kişilik tipleri arasında ilişki kuran kişi olarak tarihe geçmiştir (Ekselius 1994). Hippokrates'i, Plato'dan ayıran bir diğer özellik de, çalışmalarını tıp çerçevesinde ele almış olması ve kişiliği bu açıdan değerlendirmiş olmasıdır. Zaten Plato, literatürde daha çok felsefe çalışmaları ile tanınan, Hippokrates ise tıp alanında yaptığı çalışmalarla bilinen bir kişidir.

Milattan önce 4. yüzyılda ise bu alanda filozof Theophrastus (M.Ö. 373–287) tarafından karakter tiplerinin çalışıldığı görülmektedir. Bu tanımlayıcı çalışmada, Theophrastus anormal kişilikler üzerinde durmuştur (Perry ve Vaillant 1989, Ekselius 1994). Theophrastus' un tanımladığı otuz karakter, onun Atina sokaklarında gördüğü insanlardan yola çıkarak oluşturduğu karakterlerdir. Nitekim bu karakter tipleri, Avrupa literatürü üzerinde oldukça etkili olmuştur.

Hippokrates ve Plato gibi Epicurus (M.Ö. 341–270), Galenos Klaudios (M.Ö. 106–43) ve Marcus Tullius Cicero (M.Ö. 106–43) da kişilik konusunda çalışmaları olan önemli düşünürler arasındadır. Yunanlıların ünlü hekimi ve filozofu olan Galenos, Hippokrates ile birlikte Antik çağın en ünlü hekimlerinden biri olarak kabul edilmiştir. Hippokrates' e benzer olarak, vücut sıvıları ile kişilik tipleri arasındaki ilişkiye değinmiştir. Beden özellikleri ile ahlak kavramı arasındaki ilişkiden de bahseden Galenos, eğitimin karakterin değiştirilmesi üzerinde az bir etkisi olduğuna inanmıştır. Mizacın doğal olduğunu ve sonradan kazanılan bazı alışkanlıkların da ikinci karakter olarak isimlendirilmesi gerektiğini savunmuştur.

Cicero ise aslında hukuk eğitimi almış olan, ama edebiyat ve felsefeyle yoğun ilgisi nedeniyle bu alana yönelmiş bir düşünürdür. Cicero ile beraber Yunan filozoflarından Epicurus, kişilik ve psikopatolojisi için daha çok zihinsel bir model sunmuştur. Yani patolojinin zihinsel süreçlerden kaynaklandığını varsaymışlardır. Önceleri biyolojik bir paradigmaya inanılmış olsa da, bu düşünürler kişilik ve psikopatoloji için psikolojik bir temel olması gerektiğini savunmuştur.

Bu ilk Antik Yunan filozoflardan sonra 12. yüzyıla kadar akıl hastalıkları ve kişilik psikopatolojisine ilişkin önemli bir gelişme olmamıştır.

1. 1. 1. 1. 12. Yüzyıl ve sonrası:

11. yüzyılın sonların 12. yüzyılın başlarında, bu konuyla ilgilenen kişilerin daha çok din adamları olduğu göze çarpmaktadır. Nitekim bir din adamı olan Moses Maimonides (1135–1204) ve Bartholomaeus Angelicus bu alana yönelmiş ve birtakım teoriler geliştirmişlerdir. 1275’te Angelicus’un getirdiği natüralistik yaklaşım, psikoterapinin teori ve uygulaması için bir ilktir. Yani O’na göre psikopatoloji çok çalışmaktan, çok üzülmekten ya da çok korkmaktan kaynaklanmaktadır (Duke ve Nowicki 1989).

Maimonides ise, kişilik ve ortaya çıkan patolojinin, daha önceleri üzerinde durulan konulardan (beden özellikleri, vücut özellikleri gibi) çok, ruhsal sorunlardan kaynaklandığını düşünmüş ve kişilik patolojisini böyle bir temele oturtmuştur. Davranışların altında yatan nedenlerin, tıbbi tedavi ile değil psikolojik yöntemlerle çözüleceğini savunmuştur (Duke ve Nowicki 1989).

13. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar bu alanda yapılan çalışmalara rastlanmamaktadır.

1. 1. 1. 1. 2. 19. Yüzyıl ve sonrası;

19. yüzyıla gelindiğinde kişilik ve kişilik bozuklukları çok farklı bir şekilde tartışılmaya; artık “beden yapısı–kişilik–vücuttaki salgılar” arasındaki ilişkilere değil, “genetik–çevre–huy” a vurguda bulunulmaya ve yapılan çalışmalar bu açıdan ele alınmaya başlandığı görülmektedir.

Tıbbi anlamda, kişilik bozukluklarını psikozdan ayıran ilk kişi, 1801 yılında Philip Pinel olmuştur. Kişilik bozukluğu kavramını “manie sans délire” olarak kullanmıştır. Pinel bir kişinin entelektüel düzeyi yerinde olduğunda dahi mantıksızca davranabileceğinin farkına varmıştır. Daha sonra 1837’de kişilik bozukluklarının babası olarak görülen James C. Pritchard “ahlaki delilik” (moral insanity) kavramı üzerinde durmuş ve kişilik bozukluklarına ilişkin şu şekilde bir tanım yapmıştır; “Hallüsinasyonlar ve entelektüel işlevsellikte bir bozulma olmadan, duygu, duygudurum, dürtü, huy ve alışkanlıklarda meydana gelen sapkınlıklar.” Bu, daha sonra sadistik ve antisosyal kişilik bozukluğu tanımına denk gelecektir. Bu kavramın psikiyatriye

girmesiyle adli olgularda yeni bir durumla karşı karşıya kalınmıştır. İşledikleri suçtan dolayı ceza almayan bazı hastaların “ahlaki deli” olduğu ve bundan dolayı bu kişilerin yaptıkları şeyin sorumluluğunu almadıkları görülmüştür. Bunun, “Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı”nın üçüncü basımı olan DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edition)’de sadistik kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılıp sınıflandırılmayacağı bir dönem tartışılmıştır (Perry ve Vaillant 1989, Ekselius 1994).

Kretschmer (1888–1964) ise diğer teorisyenlerden farklı olarak belli beden tiplerine uyan kişilik türlerini tanımlamıştır. Oysa 19. yüzyılın sonuna doğru, psikiyatristler, “psikopatik aşağılık” (inferiority) terimini kullanmaya başlamışlardır. Bu terim yavaş yavaş “yapısal psikopatik aşağılık” kavramına doğru bir geçiş yaşamıştır. Kişilik bozukluklarına yönelik olarak “yapısal kavramı”nın tartışılmaya başlamasıyla beraber, genetik faktörlerin de etkili olduğu düşünölmeye başlanmıştır. 1913’te Emil Kraepelin (1856–1926) psikopatik kişiliğın dört tipinden bahsetmiştir: Doğuştan suçlu (born criminal), değışmez hastalıklı yalancı (unstable, morbid liar), dolandırıcı (swindler), yalandan mızızlık eden (pseudoquerulant). Psikopatik terimi, zamanla kişilik bozukluğunun daha geniş bir anlatımı haline gelmiştir; yani önceden sadece yukarıda tanımlanan kişilere bu kavram kullanılırken daha sonraları herhangi bir kişilik bozukluğu olan kişi için kullanılmaya başlanmış, geniş kategorileri içine almıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Bu bakış açısından sonra psikoanaliz, kişilik bozukluklarını yapısal nedenlerden çok çevresel nedenlerle anlamaya çalışmıştır. Karakterin çalışılmaya başlanması 1908’de Sigmund Freud’ un “Karakter ve Anal Erotizm” yazısı ile başlamıştır. Yine aynı yıllarda Wilhelm Reich (1897–1957) histriyonik, kompulsif ve pasif-agresif gibi önemli karakter bozukluklarını, armor diye adlandırılmış kalıplaşmış davranış örüntüleriyle (armor) tanımlamıştır (Perry ve Vaillant 1989). Bu armorlar, değışmeyen, katı özelliklerdir, tıpkı bir zırh gibi bireyi çevrelemişlerdir.

1930’ da Franz Alexander, “nevrotik karakteri” tanımlayarak karakteri, psikoanalitik bir bakışla belirginleştirmeye çalışmıştır. Kimlerin çatışmalarını kendine yönelttiğini (toplastic), kimlerin bu rahatsızlıkları başkalarını etkileyecek eylemlere vurduğunu (alloplastic) birbirinden ayırmaya çalışmıştır.

1908’ de Freud ile başlayıp Adler ve Jung’ la devam eden kişilik çalışmaları, Wilhelm Wundt (1832–1920) ile açılan psikoloji tarihi açısından ise, ilk kez Gordon Allport (1897–1967)’ un çalışmaları ile gündeme gelmiştir. Bireysel farklılıklar kavramı üzerinde duran ve mesleki hayatını “Kişilik özellikleri yaklaşımı” na adayan Allport, 1925’te kardeşi Floyd ile “Kişilik Özellikleri: Sınıflandırılması ve Ölçümü” başlıklı çalışmasını yayınlamıştır. Allport aynı zamanda, ABD’de bir üniversitede kişilik üzerine bilinen ilk dersi veren kişi olarak da bilinir. Bu yıllar, psikoanalitik kuram açısından Erik Erikson’ un psikoseksüel gelişim modelinden sıkça bahsedilen yıllardır. Allport, treyt tanımını kişilik psikolojisinde de ilk kullanmaya başlayanlardandır. Allport kişiliği anlamada araştırmacıların kullanabileceği iki genel strateji olduğundan bahsetmiş, bunları “Bireyi içinde bulunduğu gruba göre inceleme” ve “Bireyi kendi içinde inceleme yaklaşımı” olarak ayırmıştır. Oysa Freud’un insanı ele alışı daha çok birey odaklıdır. Freud’ dan farklı olarak, çocukluk davranışlarının yetişkin davranışlarına benzemesine karşılık, altta yatan dürtünün aynı olmadığına da vurguda bulunmuştur. Allport’ un görüşlerini açıkladığı dönemler, psikoloji tarihinde “Bilincin yapısına odaklanan ve bilinç süreçlerinin analiz edilmesi” olarak bilinen yapısalcılığın (structuralism) hakim olduğu dönemlerdir ve bu dönemin temsilcilerinden Titchener (1867–1927), Allport’un çalışmalarına destek vermemiştir.

Psikoloji alanında Allport, bu yöndeki çalışmaları sürdürüyorken, tıp alanında da 1934’ te Kurt Schneider (1887–1967) tarafından kişilik bozukluklarına ilişkin tanımlayıcı bir yaklaşım oluşturulmuştur. Bu yaklaşım bugün kullanılan yaklaşıma zemin oluşturmuştur. Schneider çocukluktan yetişkinliğe geçişte gelişen kişilik anormalliklerini 10 farklı kişilik bozukluğu ile tanımlamaya çalışmıştır. Bugün kullanılan “Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı” nin dördüncü basımı olan DSM–IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) ve ICD–10 (Internatioanl Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision) bu tanımlamalar çerçevesinde geliştirilmiştir (Ekselius 1994).

Akademik psikoloji anlamında ise 1945’li yıllara gelindiğinde, kişilikle ilgili çalışmalar açısından ön plana çıkan isim Raymond Cattell (1905–1998)’dir. Cattell kimya eğitimini yarıda bırakıp psikoloji alanında çalışmalar yapmaya başlayan bir bilim adamıdır. Kişilik üzerine araştırma yapma kararı psikoloji biliminin bir kazancı, fen bilimlerinin ise bir kaybı olarak değerlendirilmektedir. Cattell, farklı olarak insan kişiliğini oluşturan öğelerle ilgili kavramlar

geliştirmemiş, daha çok diğer bilim dallarında kullanılan yaklaşımları bu alanda kullanmaya çalışmıştır. Bunun en güzel örneği istatistiksel bir yöntem olan faktör analizini kullanarak kişiliği anlamaya çalışmasıdır. Cattell birbiriyle ilişkili özellikleri gruplayarak ve birbirinden bağımsız olanları ayırarak kişiliğin temel yapısını anlamaya çalışmıştır.

Bu yıllarda Cattell' le paralel olarak, hem Eysenck'in hem de Horney'in çalışmaları devam etmektedir. Bir psikolog olan Hans Eysenck kişiliğin daha çok biyolojik kısmına vurguda bulunurken, psikiyatrist Horney sosyal yönüne ağırlık vermektedir.

1950' li yıllarda ise sosyal / bilişsel kuramcılarından Albert Bandura (1925 -), sosyal öğrenmecilerden Julian B. Rotter (1916 -)'ın çalışmaları ve hümanistik yaklaşımın temsilcilerinden Abraham H. Maslow (1908–1970) ile Carl Rogers (1902–1987) dikkat çekmektedir. Bandura ile beraber psikoloji, davranışçılığın sınırlayıcı engellerinden zihinsel süreçler üzerinde duran, daha esnek bir harekete doğru geçiş yaşamıştır. Nitekim davranışçılık, insan davranışlarının ne kadar karmaşık olursa olsun tamamen koşullanma yasalarıyla açıklayan ve zihinsel süreçlerin hiçbir önemi olmadığını söyleyen bir kuramdır. Bu görüşe göre, ancak gözlenebilen davranışlar üzerinde durulmalıdır, bunun dışında var olanlar önemli değildir. Bandura ise geleneksel davranışçı kişilik görüşlerine, daha zihinsel (bilişsel) yaklaşımları eklemiştir. İnsanların, her türlü dışsal uyarıya sadece tepki veren edilgen bir varlık olduğu görüşünü reddederek, gelişim sürecinde çevredeki bireyleri gözlediklerini ve model aldıklarını söylemiştir.

Rotter da tıpkı Bandura gibi geleneksel davranışçılığın bakış açısının, kişiliği anlamada sığ bir yaklaşım olduğunu düşünmüş ve daha farklı bir bakış açısı geliştirmiştir. Sosyal öğrenme kuramı, insanların belirli ortamlarda nasıl davrandığını anlayabilmek için algılar, beklentiler gibi içsel değişkenleri de hesaba katmak gerektiğini savunur. Böylelikle kişilik tanımına içsel yaşantılar-süreçler kavramları da eklenmiştir. Bu kuram “davranış - çevre - davranış” etkileşiminde vurguda bulunur ve kişiliği de bu açıdan ele alır. Yani çevre sadece davranışlarımızı etkilemez, davranış da içinde bulunduğumuz çevrenin türünü belirler.

II. Dünya Savaşı sonrası her alanda olduğu gibi, psikoloji alanında da hümanist bir hava esmeye başlamış, bu da o dönemin bilim adamlarının düşüncelerini etkilemiştir. Maslow ve

Rogers bu düşünce ekolünün yaratıcılarıdır. Hümanistik düşüncenin doğmasını sağlayan koşullara bakıldığında neden böylesine bir “üçüncü güç” ün çıktığını anlamak oldukça kolaydır. 20. yüzyılın ortalarında bir tarafta psikoanaliz, bir tarafta da davranışçı yaklaşımının bulunduğu bir dönem hüküm sürmekteydi. Psikoanaliz, daha çok bilinçaltı çatışmalara yönelen, davranışların cinsel ve saldırgan içgüdülerin etkisi altında olduğunu söyleyen; davranışçılık ise laboratuardaki fareler gibi insanların da koşullandığına vurguda bulunan bir görüştü. Bu iki görüş de insanı tam olarak anlayan ve anlatan yaklaşımlar değildi. Dolayısıyla bu iki kurama tepki olarak hümanistik yaklaşım ortaya çıkmıştır. Maslow ve Rogers, insan kişiliğini anlamaya çalışan yaklaşımların eksik kalan kısımlarını tamamlamaya çalışmıştır. Birçok kuram kişiliğin nasıl anormal hale geldiğine odaklanmışken, Maslow daha çok kişiliğin mutlu ve sağlıklı boyutuna nasıl katkıda bulunabileceğini düşünmüştür. Yani diğer kuramlar, anormal davranışlar üzerinde dururken bu teorisyenler normali anlamaya çalışmıştır. Ama yine de hümanistik düşüncenin kökeninin psikodinamik teorilerde de var olduğu söylenebilir. Çünkü Adler, Horney ve Erikson’un yaklaşımı Freud’a göre çok daha hümanistçedir. Bu kuramcılar daha çok sosyal alanlara da dikkat çekmeye çalışmışlardır.

Psikologlar, dünyadaki sosyal olaylar çerçevesinde yeni kuramlar geliştirirken, hekimler akıl hastalıklarına ilişkin birtakım tanımlayıcı çalışmalar içine girmişlerdir. Nitekim 1952’de Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından “Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı” nin ilk basımı olan DSM-I yayınlanmıştır. DSM-I, tanısal kategorileri içeren ilk akıl hastalıkları elkitabıdır (manuelidir). Bu el kitabında kişilik bozukluklarına ilişkin herhangi bir tanım yoktur. Kişilik bozuklukları ilk olarak 1968’ de DSM-II’de yer almıştır. Burada açık ölçütler belirtilmemiş, ancak tanımlayıcı ifadeler kullanılmıştır. Bu doğrultuda DSM-II kişilik bozukluklarını 10’a bölmüştür. Bunlar, “paranoid, siklotimik, şizoid, patlayıcı, obsesif – kompulsif, histerik, asthenic, antisosyal, pasif - agresif ve yetersiz ” dir. Ancak yapılan bu tanımlar klinisyenleri tatmin etmemiştir (Perry ve Vaillant 1989). Hem DSM-I hem de DSM-II, fazlasıyla psikoanalitik ve tıbbi modelin etkisinde kalmıştır.

DSM-II’ nin yayınlanmasından sonra, psikoanalitik kuram açısından 20.yüzyılda, “Obje ilişkileri” kuramcıları olarak da adlandırılan Melanie Klein (1882–1960), Otto Kernberg (1928 -)’ın çalışmaları etkili olmuştur. Objeden kast edilen şey çocuğa bakım veren kişidir. Bu anne, baba ya da bakıcısı olabilir.

1. 2. Kişilik Tanımı:

Kişilik, çok sayıda kuramcı tarafından tanımı yapılmış bir kavramdır. Her kuram bu kavram için açıklamalarda bulunmuş, farklı bakış açılarıyla kişiliği tanımlamaya çalışmıştır.

Açık bir şekilde kişiliği tanımlayan teorisyenlerin başında Allport (1897–1967) gelmektedir. Allport 1937’de yayınladığı “Kişilik” kitabında bu kavramı, bireyin çevreye yapacağı uyumu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, bireyin kendi içindeki dinamik organizasyonları olarak tanımlamıştır (Cloninger ve Svrakic 2000). Bir başka deyişle, kişilik, bireyin karakteristik davranışlarını ve düşüncelerini belirleyen psikofizik sistemlerin dinamik bir şekilde örgütlenmesidir.

Allport, dinamik organizasyon terimini kullanmıştır. Çünkü kişilik sürekli gelişen ve değişen, organize olmuş bir sistemdir. “Kişinin kendi içindeki” terimi, bireyin belirli bir davranışının altında ne yattığı anlamına gelmektedir. “Psikofiziksel” terimi, kişiliğin ne tam olarak mental ne de tam olarak nöral bir şey olduğunu; bu ikisinin birleşimi (kombinasyonu) olduğunu söylemektedir. “Çevreye uyum” ifadesi, kişiliğin hem işlevsel hem de evrimsel önemini vurgulamaktadır (Svrakic ve Cloninger 2005). Kişilik ve biyofizyolojik süreçler arasındaki ilişki ve bir başka açıdan çevre ile arasındaki bağ, Allport (1937)’un kişiliğe ilişkin olarak yaptığı bu tanımından elde edilmiştir.

Buna benzer bir tanım da, kişiliğin bireyin kendine özgü, değişik durumlarda ve zaman içinde kalıcı duygu, düşünce ve davranış örüntüsü olduğudur. Bu tanımdan yola çıkıldığında, iki nokta göze çarpmaktadır. Kişilik, hem bireyi, diğerlerinden ayıran, onu kendisi yapan özellikleri içermektedir hem de durağan ve sürekli bir özelliğe sahiptir. Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, onu diğer bireylerden ayırt eden, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir. Ayırt edicidir, çünkü kişilik bireyi başkalarından farklı kılan özellikler toplamıdır. Tutarlıdır, çünkü bireyin zaman içinde benzer durumlarda pek değişmeyen davranışlarını içerir. Yapılaşmıştır, çünkü kişilik çok sayıda birimlerden oluşan bir sistemdir; sistemin her birimi birbiriyle bağlantılı olarak bir örüntü geliştirir. Bu tanımda, bireyin iç ve dış çevresiyle sürekli ilişki halinde olduğundan da bahsedilmektedir. Çünkü birey kendi içindeki duygu ve düşünceleri kadar, kendi dışındaki insan, olay ve nesneleri de algılar. Bu şekilde tanımlanan

kişilik, soyut bir kavram olmaktan çıkıp, bireyin her günlük davranışında gözlenebilen somut bir kavram olmaktadır (Pervin ve John 1997).

Bir başka kişilik tanımına göre ise kişilik, genellikle bir kişinin objektif olarak gözlemlenebilen davranışları ile onun bildirdiği öznel iç yaşantılarından oluşmaktadır. Bu tanımlama, bireyin toplumsal ve kişisel yaşantısını bir bütün olarak yansıtmaktadır (Burger 2006).

Bu konuda kabul edilen varsayımlardan biri, kişiliğin “kalıtsal yatkınlık” ve “çevresel etki” nin etkileşimi doğrultusunda geliştiğidir. Kişilik gelişimi için söylenen genetik geçiş fikri, çevresel uyarıcılar ve genetik geçişin karşılıklı olarak var olması ile değiştirilmiştir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Pek çok yazarın uzlaştığı bir diğer nokta kişiliğin, mizaçtan (huy), karakterden ve zekadan oluştuğudur. Kısaca belirtmek gerekirse, mizaç (huy) biyolojik olarak var olandır; karakter ise sosyal ve kültürel olarak geçen özelliklerden oluşur. Sonuç olarak, kişilik, mizaç (huy) ve karakterin iki yönlü olarak etkileşimini içeren uyum sağlayıcı karmaşık bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

1. 1. 2. 1. Mizaç:

Kişilik, mizaç ve karakter sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ancak, tanımdaki bu belirsizlik hem yanıltıcıdır hem de kafa karıştırıcıdır. En sık kullanılan mizaç tanımı, mizacın duygular üzerine temellenmiş alışkanlık ve becerilerin birleşmesinin altında yatan güdü, çağrışım ve duyum süreçlerine karşılık gelmektedir (Cloningers, Svrakic ve Przybeck 1993).

Kişiliğin ilk bileşeni olan mizaca yönelik yapılan çalışmalara öncülük edenler 1950’li yılların başında bu konuya eğilen Alexander Thomas (1914–2003) ve Stella Chess (1914-) olmuştur. Bu kişiler mizacı şöyle tanımlamıştır; Mizaç, davranışın biçimsel (üsluba ilişkin) bileşenidir, güdüden farklılaşır ve davranışın içeriğini yansıtır. Modern mizaç tanımı, bu

kavramın duygusal, güdüsel ve uyum sağlayıcı (adaptif) yanının olmasına vurguda bulunmaktadır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Alexander Thomas kendisi gibi çocuk psikiyatristi olan eşi Stella Chess ile çocuklar üzerinde çalışmalar yapmıştır. Bu iki psikiyatrist, 133 çocuğu gelişim süreçlerinde izleyip, bu esnada çocukların mizaçlarında ne gibi değişiklikler olduğunu gözlemlemiştir (Cloninger ve Svrakic 2000). New York İzlem Çalışması olarak adlandırılan bu araştırmada, Chess ve Thomas çocuklardaki mizaç durumlarının bebeklikten ergenliğe kadar izlenebileceğini göstermiştir. Sonuçlar, mizacın bir genetik temeli olduğunu ancak aile ve sosyokültürel durumlar gibi çevresel faktörlerden de etkilendiğini ortaya koymuştur (Kessler 2007). Yapılan bir başka çalışmada ise (Svrakic ve ark 2002) çevresel uyarıcılara karşı gösterilen korku, öfke ve bağlanma gibi ilk zamanlarda oluşan duygular gibi mizacın da kalıtsal nörobiyolojik yatkınlık içerdiği ve bunun çekingenlik, hareketlilik gibi otomatik davranış tepkileriyle ilişkili olduğu öngörülmektedir.

Mizaç gelişiminin ilkelerine (prensiplerine) odaklanıldığında, her çocuğun kendine özgü birtakım mizaç örüntüsü ile doğduğu görülmektedir. Öyle ki bu durumlar çocuğun yaşamı boyunca izlenebilir. Tıpkı gelişimin diğer alanlarında olduğu gibi, mizacı belirleyen şey de, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, kültürel ve çevresel etkiler gibi dış faktörlerin etkisi altındadır. Bu dış faktörler mizacın gelişimini ketleyebilir ya da tam tersi uyarabilir. Ancak gelişim alanlarından farklı olarak mizacın olumlu ya da olumsuz olarak algılanması da mümkündür. Bu durumun çocuğun gelişiminde belirleyici bir rolü vardır. Anne - baba ve çocuk arasında mizaç açısından uyuma olması, daha duyarlı ve daha etkili bir iletişime zemin hazırlar (Kessler 2007).

Mizacın değerlendirilmesi de yine Chess ve Thomas' ın birtakım çalışmalarına dayanmaktadır. Chess ve Thomas mizacı üç genel bölümde değerlendirmiştir. Yapılan gruplamalar, çocuğun çevreye yaklaşmadaki kolaylığı üzerine kurulmuştur. "Kolay çocuk" toplumun % 40' ıdır, "zor çocuk" %10, "yavaş ısınan çocuk" ise %15' idir. Geri kalan % 35' lik gruptaki çocuklar ise herhangi bir gruba girmezler. Bu genel kategoriler içinde özel olarak tanımlanmış dokuz durum vardır: Aktivite düzeyi, ritmisite, yaklaşma / kaçınma, değişikliğe uyum sağlama, duyarlılık yanıtının eşiği, duygudurum, duygusal ifade, dikkat süresi ve çelinebilirlik (Kessler 2007).

Mizaç gelişiminin klinik değerlendirilmesi, mizacın olumlu ve olumsuz yönlerini birleştiren görev yönelimi yaklaşımına odaklanmıştır. Bu sistemde birbirinin tersi olan sekiz mizaç durumunun bireyde var olma durumu, her iki cinsiyet için önemli yaşlara göre listelenmiş ve kategorize edilmiştir. Bu sekiz mizaç şunlardır:

Amaca yönelik X amaca yönelik değil,

Amaçlı X dürtüsel,

Aktif X pasif,

Girişken X çekimser,

Sözel X sözel değil,

Kabul edici X reddedici

Bu sekiz mizaç durumunun değerlendirilmesi çocukların klinik açıdan gözlemlenmesiyle sağlanmıştır. Örneğin üç yaşındaki bir çocuk, bir başka çocuğun alanına izinsiz olarak girerse, bu çocuğa “ileri derecede saldırgan” derecesi verilir. Beş yaşındaki çabuk aklı çelilen ancak amaca yönelik olarak tutarlı hareket eden bir başka çocuk ise dürtüsel ama amaca yönelik olarak derecelendirilir (Kessler 2007).

1. 1. 2. 2. Karakter:

Karakter, sosyal öğrenmeden, kültürden ve bireyin kendine özgü olarak yaşadıklarından etkilenir ve daha az kalıtımsaldır.

Karakter mantık, formal yapılandırma, sembolik yorumlama gibi üst-düzey bilişsel süreçlerdeki bireysel farklılıkları içerir ve de kavramsal öğrenme üzerine temellenmiş sembolizasyon ve soyutlama süreçlerine karşılık gelmektedir (Cloninger ve ark 1993). Mizacın tam tersi, karakter treytleri ise yaş ve olgunlaşma ile beraber değişmektedir (Svrakic ve ark 2002).

1. 2. 3. Yapı-süreç:

Birçok davranışçı teorisyen, zaman içinde bireyin kendisinde neler olduğuyula ilgilenirken, diğer bilim adamları bireyin diğer insanlardan nasıl farklılaştığına odaklanmıştır. Her ne kadar bazıları bu iki noktayı ele alsalar da, çoğunluk bunlardan sadece biriyle ilgilenmektedir. Bu teorisyenlerin tercihi ya zaman içinde kişinin kendi içinde meydana gelen değişikliğe ya da buna karşı kişiler arası değişikliğe odaklanmaktır. Kişiliğe “süreç yaklaşımı” ilk ifade edileni yani bireyin kendi içindeki değişiklikleri; “yapı yaklaşımı” ise ikincisini yani kişiler arası değişikliğe vurguda bulunmaktadır.

Tarihsel bir bakış açısından bakıldığında, kişiler arası değişime odaklanan Galton (1822–1911), Spearman (1863–1945) Thurstone (1887–1955)’ a göre “yapı yaklaşımı” nın ilk ortaya çıkışı, bireysel farklılıklara ilişkin olarak yapılan çalışmalarla başlamıştır. “Süreç yaklaşımı” ise klasik davranışçılığın izini sürmektedir. Bu, davranışın nasıl kısa bir süre içinde ortaya çıktığı anlayışına dayanan ve sıklıkla tek-k kişi düşüncesine inanan bir bakış açısıdır. Sonuçta yapı yaklaşımı, kişiler arası değişimi, süreç yaklaşımı bireyin kendi içindeki değişimine dikkat çekmektedir (Mroczek ve Spiro 2003).

Hooker ve McAdams (2003)’a göre yapı ve süreç kelimelerinin anlamları çok yoğundur. Bir açıdan “yapı”, farklılık psikolojisi olarak bilinen treyti (ayırıcı özellikler), yetenekleri, faktör analizini; bir başka açıdan “süreç” ise davranış profillerini ve bireye özgü baş etme stillerini içermektedir (Mroczek ve Spiro 2003).

Cattell (1860–1944) zaman içinde bireyin kendi içinde meydana gelen değişimin, kişilik ve kişilik gelişiminin önemli bir yanı olduğunu ve bunun kişiler arasındaki değişiklikten daha farklı olduğunu söylemiştir (Mroczek ve Spiro 2003). Allport ise insanları daha önceden belirlenmiş birtakım sınıflara sokmaya çalışmaktansa, bireyi kendi içinde inceleme yaklaşımının daha uygun olacağını savunmuştur. O’ na göre ancak bu şekilde tek bir bireyin kişiliğini oluşturan özelliklerin benzersiz bileşenlerini belirlemek mümkündür (Burger 2006). Ancak Hooker ve McAdams, Cattell’ den bir adım daha ileriye gitmiştir ve kişinin kendi içindeki değişim ile kişiler arası değişikliği (yapı X süreç yaklaşımını) kişilik gelişimi ile ilişkilendirmişlerdir. Buna göre, kişiliğe ilişkin olarak yapı ve süreç yaklaşımını birleştirmenin

en iyi yolu gelişimsel bir perspektif sunmaktır (Mroczek ve Spiro 2003). Fleeson (2001) da davranışsal gelişimin, esas olarak “durağanlık (stabilite) ve değişim” üstüne olduğunu; bunu kavramsallaştırmanın en iyi yolunun gelişimsel bir perspektif oluşturmak olduğunu belirtmiştir.

Bireyin doğrudan kendisi ile ilgili olan süreçler günler, haftalar veya aylar içinde oluşmaktadır. Hem yapıda hem de süreçte meydana gelen değişimler, yıllar içinde olduğundan, yapılan ölçümler de uzun süreli çalışmaları kapsamaktadır. Dolayısıyla yaşam öykülerinin yapısındaki değişimler için bireyin içgörü kazanması ancak belirli bir zamanın geçmesini gerektirmektedir. Hem Mroczek ve Spiro (2003)’nun kendi yaptıkları araştırma, hem de benzer başka çalışmalar, hem yapının hem de sürecin aynı çerçevede içinde tartışılması gerektiğini göstermektedir.

Bireyin davranışındaki tutarlılığın, onun herhangi bir özelliğinden mi kaynaklandığı yoksa durumsal bağlamdaki (duruma özgü ortamdaki) benzerliğin bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı da, bu konunun içinde tartışılmaktadır. Bu tartışma kişiliği yapı ile açıklayan treyt teorisyenlerini, kişiliği süreç ile açıklayan öğrenme teorisyenlerinden ayırmaktadır.

Öğrenme teorisyenleri, bireyin yaşam boyunca karşılaştığı durumların niteliğinin hep benzer olduğunu ve bunun bir sonucu olarak da alışılmış davranış örüntülerinin oluştuğunu savunmuştur. Dolayısıyla zaman içinde ve durumlar arasındaki tutarlılığın .20 ila .30 arasında bir ilişkiye (korelasyon) sahip olduğunu söylemişlerdir. Bu görüşe göre kişilik, değişime dirençli, öğrenme sonucu meydana gelen, nerdeyse sabit kalan bir alışkanlık sistemidir ve alışkanlıkların bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (Cornelis ve van Lieshout 2000).

Kişilik ve davranışlardaki “tutarlılık ile süreklilik” son yıllarda anlaşılmaya başlanmıştır. Süreklilik, bazen vücut şekli, biyofizyolojik yapılar ve süreçlerin sürekliliğidir. Bu, kişilik gelişiminde herkese göre değişebilen davranışsal sonuçlara, durumsal değişkenlere ve bireysel farklılıklara göre daha objektiftir (Cornelis ve van Lieshout 2000).

Ferro ve ark (1998) kişilik bozukluklarının tanımlanan en temel özelliği olarak durağanlık (stabilite) kavramına odaklanmıştır. Buna bağlı olarak ayaktan tedavi edilen 108 depresif hasta 30 ay takip edilerek, bu kişilerin kişilik bozukluğu tanılarının istikrarı

(değişmezliği) ölçülmüştür. Ölçümede hem kategorik hem de boyutsal ölçekler kullanılmış ve kişilik bozukluğu tanısı olanlarının % 51'inin 30 ay sonra da tanı aldıkları bulunmuştur; ayrıca % 22'si olası kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılamıştır.

Bütün bu tartışılanlar doğrultusunda bir bireyin kişiliğinden bahsederken kalıcı (sabit) özellikler ile koşullara bağlı olarak ortaya çıkan durumlar arasındaki farkın bilinmesinin son derece önemli olduğu görülmektedir.

Bu görüşü destekler biçimde McAdams (1994) süreç ve yapının, geçmiş, gelecek ve şimdiyi içeren benlik-sistemini, yaşam öyküsünü, baş etme becerilerini, amaçlarını, rolleri kapsayan bireysel durumlarını, ayrıca mizaci özelliklerini içerdiğini dile getirmiştir. Sonuç olarak kişiliği, süreç ve yapının bir araya geldiği bir sistem olarak ele almak da fayda vardır (Livesley ve Jang 2005).

1. 1. 3. Kişilik Kuramları:

Bazı teorisyenler kişiliğin en önemli özelliğinin ne olduğu sorusuna yönelirler, bazıları ise kişilikler arasındaki farklılıkları anlamaya çalışırlar. Dolayısıyla her bir kuramın kişilik gelişimine ilişkin öngörüler farklı farklıdır. Bu farklı yaklaşımlar altı kişilik kuramıyla ele alınmaktadır. Bunlar tarihsel açıdan ele alınacak olduğunda; Yapısal (bünyesel) yaklaşım, psikodinamik yaklaşım, treyt (ayırıcı özellik) yaklaşımı, davranışçı-öğrenme yaklaşımı, bilişsel yaklaşım, hümanistik yaklaşımdır.

1. 1. 3. 1. Yapısal yaklaşım:

Yapısal yaklaşım, Plato ile başlayan Hippokrates ile devam eden kişiliğe ilişkin olarak yapılan ilk çalışmaları içermektedir. Nitekim bunlar ilk olarak felsefe içerikli olmuş daha sonra tıp alanına yönelmiştir. Bu yaklaşım, hem gelişim hem de ölçüm açısından bilgi vermemiş, sadece normal dışılığın nasıl oluştuğunu açıklamaya çalışmıştır. Bugün, üzerinde durulan yaklaşımlardan biri olmayan yapısal yaklaşımı destekleyen güncel araştırmalar yoktur.

1. 1. 3. 1. 1. Gelişim:

Yapısal yaklaşımın kişilik gelişimi hakkında herhangi bir varsayımı yoktur.

1. 1. 3. 1. 2. Normal dışılık:

Antikçağdan beri insanoğlunun kişiliği tanımlama ve sınıflandırma çabası olmuştur. Örneğin, Hippokrates (M.Ö. 460–357) ve M.Ö. 2. yüzyılda yaşamış olan Galenos (131–201) evrendeki dört temel elementin (su, hava, toprak ve ateş) ve dört farklı vücut sıvısının (kan, balgam, sarı ve siyah safra) dört farklı kişilik tipiyle bağlantılı (iyimser, melankolik, soğukkanlı, hırçın) olduğunu düşünmekteydi. Bu görüşe göre dört elementin veya dört sıvıdan hangisinin vücutta bol olduğu kişilik tipini de belirlemekteydi (Cornelis ve van Lieshout 2000).

Hippokrates'ın bu sınıflamasının, insanların çoğunluğu için uygun olmadığı fark edilmiş ve 1925' te Alman bir nöropsikiyatr olan Kretschmer (1888–1964) tarafından belli beden tiplerine uyan kişilik türleri tanımlanmıştır. Bunlar atletik tip, piknik tip, astenik tip ve de displastik tip olarak sıralanabilir. Buna göre uzun ve ince olmak soğuk ve ilişkilere kapalı olmakla; ufak ve yuvarlak hatlara sahip olmak ise heyecanlı, değişken ve sosyal olmakla ilişkilendirilmiştir. Daha sonra ise atletik ve dizplazik gibi iki kategori daha eklenmiştir (Lelord ve André 1996).

Kretschmer'den sonra Sheldon (1899–1977); endomorfik (iç organların egemen olduğu), mesomorfik (kas ve iskelet dizgesinin egemen olduğu), ektomorfik (sinir dizgesinin egemen olduğu) beden tiplerini tanımlamıştır (Duke ve Nowicki 1989).

Bu yaklaşımın önerdiği psikopatoloji, beden yapısı ve birtakım sıvıların vücutta ne oranda bulunduğuyla bağlantılıdır. Bu tarz kişilik kategorileri, insanoğlunun birkaç gruba sığdırılmaya çalışılması açısından eleştirilmiştir; beden yapısı ve kişilik yapısı arasında ilişki olduğu görüşü kanıtlanmamıştır.

1. 1. 3. 1. 3. Ölçüm:

Yapısal yaklaşımın oluşturduğu bir ölçüm aracı yoktur.

1. 1. 3. 2. Psikodinamik yaklaşım:

Psikodinamik yaklaşım, diğer yaklaşımlarla karşılaştırıldığında kişilik gelişimi üzerinde en çok duran yaklaşımlardan biridir. Hatta bu yaklaşımın tamamen “gelişim” üzerine inşa edildiğini bile söylemek mümkündür. Bu yaklaşımın öncüsü Sigmund Freud (1856–1939)’ tur. Freud’un kişiliği ilk ele alışı histeri kavramı ile olmuştur. Daha sonra ise oral, anal ve fallik karakterlerden bahsetmiştir. Freud’dan sonra ise, yola onunla çıkan ama daha sonra bazı alanlarda farklılaşan kişilerden oluşan yeni bir kuram ortaya çıkmıştır. Neo-Freudian diye de adlandırılan yeni Freudcular, Alfred Adler, Carl Jung, Anna Freud ve Karen Horney’dir. Erik Erikson ise gelişimi tanımlarken sadece psikoseksüel dönemlere değil bundan ziyade psikososyal basamaklara da vurguda bulunan ego psikologları arasındadır. Buna göre yaşamın ilk yılları sadece oral tatmin için değil, aynı zamanda anne ve bebek arasındaki güven ilişkisi için de önemlidir. Erikson kişilik gelişimi hakkında çok sayıda çalışma yapmıştır.

Daha sonra ise kişilik ve kişilik gelişimi, obje ilişkileri çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır. Obje ilişkileri kuramı, erken çocukluk deneyimlerine vurguda bulunan, çocuğun yaşamında önemli olan kişilerle kurduğu ilişkiyle ilgilenen bir kuramdır. Bu kurama göre, çocuk, anne ve babasıyla ya da ona bakım veren kişiyle nasıl bir ilişki kurarsa, bu onun daha sonraki yıllarda nasıl birisi olacağını etkileyecektir. Bu kuramı en iyi temsil eden kişi Melanie Klein ve Otto Kernberg’tir. Daha sonraları John Bowlby ve Mary Ainsworth daha görgül çalışmalarla buna destek vermiştir

1. 1. 3. 2. 1. Gelişim:

20. yüzyılda ise kişiliği “psikolojik” açıdan ele alan kuramların başında psikodinamik yaklaşım gelmektedir. Freud’ a göre insan kişiliğinin üç temel birimi bulunmaktadır: İd, ego ve süperegö.

İd, bütün dürtüsel enerjinin kaynağıdır; heyecan arar. Haz ilkesine göre organize olmuştur. Ne istediğiye tam o anda yapılmasını ister. Engellenmeyi asla tolere edemez. Süperegö toplumun kurallarına göre davranışların ayarlanmasını sağlar. İyi davranışlar için ödüllendirileceğine (sevilme, kendisi ile iftihar etme) kötü davranışlar için cezalandırılacağına (suçluluk duyma, aşağılık hissi) inanır. İd haz arar; süperegö mükemmeli arar; ego ise gerçeğe odaklanır ve gerçeklik ilkesine göre çalışır. Egonun işlevi, gerçeğe ve süperegönün ondan talep ettiğiyle uygun olacak şekilde idin isteklerini dile getirmek ve onu memnun etmektir (Geçtan 1997). Egonun amacı içgüdülerin tatmin edilmesi için sağlanacak en üst düzeydeki hazzın, en az acı ve negatif sonucun alınacağı ana kadar ertelenmesidir. Gerçeklik ilkesine göre idin enerjisi bloklanır, başka yöne çevrilir veya bu yavaş yavaş serbest bırakılır. Bunu yapan egodur (Gabbard 2000).

Dolayısıyla kişiliğin dinamiği bu yaklaşıma göre şu şekilde işler; Kişiliğin üç birimi doğal olarak birbiriyle çelişki içindedir. Bu çelişki değişik psikolojik faaliyetlerin temelini oluşturur. İd, ego ya da süperegödan birinin, diğerlerinden daha kuvvetli ya da zayıf olduğu zaman, farklı kişilik türleri ortaya çıkar.

Kaygı büyüyüp şiddetlendikçe, ego bu şiddetteki kaygıyla başa çıkabilmek için savunma mekanizmalarına (defense mechanisms) başvurur. Kaygı ve bununla beraber savunma mekanizmaları bu çatışmadan doğar.

Savunma mekanizmaları terimi, içsel ve dışsal tehdit algısına karşı tampon olacak şekilde arabuluculuk yapan süreçler anlamına gelmektedir. Savunmaların ne derece bilinçaltında olduğu ya da kendi kendini aldatmadan ibaret olduğu da tartışılan önemli düşüncelerden biridir (Weinberger ve Davidson 1994).

Bu bakış açısı, bir kişinin, kişilik yapısını anlayabilmek için savunma örüntüsünü değerlendirmek gerektiğini söylemektedir. Yüzeysel olarak bakıldığında benzer olan davranışların, aslında farklı psikolojik belirleyicileri ve işlevleri (fonksiyonları) olabildiği düşünülmüştür. Psikoanalitik teori, temel ihtiyaçların doyurulmasıyla ilgili olan intrapsişik çatışmaların kişilik üzerinde etkili olduğuna vurguda bulunur (Weinberger 1998).

Block (1980)'a göre Freud için insanın varoluşsal ikilemi, bireyin isteklerinin hemen doyurulmasına karşı, başkaları tarafından zorla kabul ettirilen baskıları özümseme, yaşanan stresten kaçınma isteği ve gerçeklik ilkesi arasındaki çatışmadır (Weinberger 1998).

Freud'a göre yeni doğan bir bebek değişik aşamalardan geçerek kişiliğini geliştirir. Bu aşamalara psikoseksüel (psychosexual) aşamalar adı verilir. Bu aşamalar, bedenin belirli bir organının adıyla tanımlanır. Doğumdan iki yaşına kadar çocuk oral (ağız) aşamasındadır. Bu devrede emme ve yeme, çocuğun zevk aldığı en baskın davranışlardır. Çocuk iki ila dört yaşı arasında, emmekten daha fazla dışkılamadan, anal uyarılmadan zevk almaya başlar; bu nedenle o devreye anal aşaması adı verilir. Dört yaş civarındayken çocuk fallik (phallic) aşamaya girer. Bu devrede çocuk cinsel organına dokunmaktan zevk almaya başlar (Gabbard 1989, Geçtan 1997). Fallik devreden sonra örtük (latency) aşama gelir ve bu devre 5 ila 12–13 yaşlarına kadar sürer. Bu devrede çocuğun cinsel dürtüleri gizlidir. Çocuk cinsellikle ilgili konulardan hoşlanmaz ve kendini daha çok oyuna verir. Ergenlikle beraber genital (genital) aşama kendisini göstermeye başlar. Birey cinsel organı ve duyguları arasında bir bağ olduğunu fark etmeye başlar (Meissner 2005).

Psikodinamik yaklaşım içinde zamanla başka görüşler de ortaya çıkmıştır. Bu görüşlerden ilki “Yeni Freudcular” diye adlandırılan teorisyenlerden oluşur. Bu teorisyenlere göre, kişilik üzerinde kültürel ve sosyal etkilerin önemi büyüktür.

Alfred Adler (1870-1937); Freud'dan ayrıldığı en belirgin nokta Adler'in üstünlük çabasına verdiği önem olmuştur. Adler'e göre aşağılık duygusundan üstünlük hissine doğru geçiş kişiliğin temel taşıdır. Üstünlük duygusu insanların elde etmek istediği esas güçtür ve cinsel dürtüden daha kuvvetlidir. Organ eksikliği, çocuklukta geçirilen hastalıklar, çocuğun ihmal edilmesi veya şımartılması, doğum sırası, ana-baba tutumu, kişilik gelişiminde

belirleyici faktörlerdir. Adler, bunlara ilaveten kişiliği etkileyen sosyal güçler üstünde durmuş ve kişiliğin bütünlüğüne vurguda bulunmuştur (Weiner 1989).

Jung (1875–1961); Freud’dan farklı olarak ırksal (ortak) bilinçaltı ve kişisel bilinçaltıdan bahsetmiştir. İrksal bilinçaltı bütün insanlarda ortaktır; kişisel bilinçaltı ise kişiye özgüdür. İrksal bilinçaltında var olan bazı kavramlardan dolayı yeni doğan bebek, hiç yabancılık çekmeden bu kavramlarla etkileşime girer. Bunun için verilecek en iyi örnek bebeğin annesiyle hemen bütünleşmesidir. Ya da atalarımızdan kalan bilinçaltı imgelerinden dolayı herkes karanlığa aynı tepkiyi verir. Jung bu imgelere genel olarak “arketip” der. O’na göre yaşamda rastalanılan durum kadar çok arketip vardır. Kişiliğin temelinde ise persona, animus, anima ve gölge vardır. Persona, ego ve gerçek dünya arasında araç; animus, kadındaki erkeksi taraflar; anima, erkekteki kadınsı taraflar; gölge, personanın sakladığı yanı olarak tanımlanmaktadır (Weiner 1989, Mohl ve Weiner 2000, Burger 2006).

Jung kişiliği belirleyen iki tutumdan bahsetmiştir. Bunlar, içe dönüklük ve dışa dönüklüktür. İçe dönük (introvert) ve dışa dönük (extravert) kavramlarını ilk kullanan kişidir. Jung, bir kimsenin etkin bir yaşam sürdürebilmesi ve normal bir kişilik gelişimine sahip olması için bu iki yönü (içe dönüklük–dışa dönüklük) denge içinde tutması gerektiğini savunmuştur (Mohl ve Weiner 2000).

Ancak sonraları Jung, dünyada bu iki tipten daha farklı tipler olduğunun farkına varmıştır. Kişinin dünyayı nasıl algıladığına ve anlamlandığına bakmış ve dört ana işlev belirlemiştir: Duyu, sezgi, düşünce ve duygu. Bu iki tutum (içe dönüklük–dışa dönüklük) ve dört işlev farklı kişilik tipleri ortaya çıkarmıştır (Burger 2006).

Jung’ un yaptığı çalışmalar içe dönüklük–dışa dönüklük tutumlarını ölçen kişilik testlerine ilham vermiştir. Nitekim Jung’ tan etkilenen İngiliz psikolog Hans Eysenck tarafından Mausley Kişilik Envanteri geliştirilmiştir (Geçtan 1997).

Karen Horney (1885–1952); Kişilik gelişiminin, değişmeyen biyolojik güçlere bağlı olduğuna inanmayan Horney, bunun psikososyal ve biyolojik etkilerin karşılıklı ilişkisine bağlı olduğunu savunur. Kişiliğin, ilk çocukluk yıllarında geliştiği konusunda Freud ile aynı fikri

paylaşmıştır. Ana-baba tutumunun tutarsız, kayıtsız, baskıcı olmasının ve de kardeşler arası ayırım yapılmasının kişilik üzerinde olumsuz etkide bulunduğunu belirtmiştir. Ancak O' na göre kişilik yaşam boyu değişebilen bir yapıdır (Geçtan 1997). 10 nevrotik ihtiyaçtan ve bunlardan kaynaklanan üç nevrotik kişilikten bahseder. Bunlar uysal tipler, saldırgan tipler ve kaçınan tiplerdir (Weiner 1989, Mohl ve Weiner 2000).

Ego psikoloğu olan Erik Erikson (1902–1994) ise gelişim sürecinde yaşanılanların, kişilik üzerindeki etkisini ele almıştır. Belirlediği 8 basamak vardır. Bu basamaklar;

Güven X Güvensizlik,
Özerklik X Utanç, korku,
Girişimcilik X Suçluluk,
Çalışkanlık X Aşağılık hissi,
Kimlik X Kimlik karmaşası,
Yakınlaşma X Yalıtılmışlık,
Üretkenlik X Durgunluk,
Benlik bütünlüğü X Umutsuzluk

Erikson'a göre, her aşama kendi gelişimsel krizlerini içerir ve bu krizlerin çözülmesi bir sonraki aşamaya uyum için gereklidir. Örneğin, ilk dört basamaktaki krizleri başarıyla atlatan kişiler, beşinci basamakta daha kalıcı kişilik kaynağına ulaşmaktadır.

Diğer psikoanalitik ekoller içindeki Wilhelm Reich, Freud' un psikoseksüel gelişim dönemlerine saplanma ile ortaya çıkan kişilik tipleri düşüncesine karşı çıkar (örn: oral kişilik, anal kişilik gibi). Reich, bu kişilik tiplerinin “kişiler arası ve fiziksel” davranışları üzerinde durmuş ve bunlara karakter armorları (zırhları) demiştir. Karakter armorları, içsel ve dışsal tehditlere karşı koruyucudur; isteye bağlı olarak oluşmaz, yenileyicidir. Reich' in belirlediği dört karakter tipi vardır. Bunlar, histerik karakter, kompulsif karakter, fallik-narsistik karakter, mazoşistik karakterdir (Weiner 1989).

Obje-ilişkileri konusunda Melanie Klein (1882–1960)' ın çalışmaları dikkat çekicidir. Kişilik gelişiminde çevresel ve kişiler arası ilişkilerin rolüne vurguda bulunan Klein, benlik ve obje (birey için önemli olan bir kişi) arasındaki içselleştirilmiş ilişkinin önemi üzerinde

durmuştur. O'na göre, bu ilişki bireyin daha sonra kuracağı kişiler arası ilişkilerini ve kişiliğini etkilemektedir.

Yaşamın ilk yılının ruhsal gelişimin en belirleyicisi olduğunu söyleyen Klein, ayrıca çocukların gelişimleri esnasında ilişki kurdukları bireyleri içselleştirmekten çok, bu ilişkilerinin kendisini iç dünyalarına mal ederek yaşadıklarını belirtmektedir (Geçtan 1997).

Otto Kernberg (1928-); Kernberg hem Klein'dan hem de Jacobson'dan etkilenecek kişilik gelişimi teorisini oluşturmuştur. Özellikle bölme (splitting) savunma mekanizmasına vurguda bulunarak kişilik gelişimini açıklamaya çalışmış ve buradan yola çıkarak borderline kişilik bozukluğuna atıfta bulunmuştur (Gabbard 2000). Kernberg'e göre bölme mekanizması, birbirine karşıt olan (örn: iyi / kötü, sevmek / nefret etmek) duyguların oldukça kesin bir şekilde birbirinden ayrılmasıyla tanımlanmaktadır. Bu mekanizma, bebeğin yaşamının ilk yılları için gereklidir. Bebek böylelikle iyiyi, kötünden, sevgiyi nefretten, hazzı acıdan ayırabilir. Tehlikeli olanı, tehlikeli olmayandan ayırarak düzenleyen bu mekanizma, bir savunma düzeneği haline geldiğinde ise bütün işlevini kaybeder ve ego yetersizliğinin temel nedenini oluşturur.

Kernberg, güdüler kadar çevresel faktörlerin de etkili olduğunu söylemiştir. Yaptığı katkıların en önemlisi güdülerin, benlik, obje ve duygulanım arasında meydana geldiğini belirtmesidir.

John Bowlby (1907–1990)' ye göre erken dönem bağlanma yaşantısı, kişilik gelişimini ve yetişkinlikteki ilişkileri etkilemektedir. Bağlanma, çocuğun bağlanma figürleri yani anne, baba veya bakım verici tarafından sevmeye, desteklenmeye, beğenilmeye değer olup olmadığına yönelik kendisine olan inancını içerir. Bowlby' e göre dört bağlanma türü vardır. Buna göre, güvenli (secure) bağlanma, yüksek benlik saygısı, kendini sevmeye değer bulma ile; saplantılı (preoccupied) bağlanma, olumsuz benlik, yapışkan tarzda ilişki kurma ile; korkulu (fearful) bağlanma, olumsuz benlik, başkalarına karşı güvensiz olma, çekingen olma ile; kayıtsız bağlanma (dismissing) olumsuz benlik, yakın ilişkilerden kaçma ile tanımlanmaktadır (Soygüt 2004).

1. 3. 2. 2. Normal dışılık:

İd-ego-süperego ilişkisi; Freud'un kuramına göre enerji dağılımındaki dengesizlikler sonucunda hangi yapı güçlenirse güçlensin, sonuçta zayıflayan hep egodur. Gerçeği değerlendirme ego ile sağlandığı için, egonun zayıflaması ile kişinin gerçeğe olan uyumunda bozulmalar olur. Bu çatışma sürekli devam ettiğinde, savunmalar katılaşıp ve yaşama uyum sağlama gittikçe zorlaşır.

Psikoseksüel gelişim basamakları; Psikoanalitik yaklaşımın anormal dışılığı açıklarken öne sürdüğü ikinci görüş, psikoseksüel gelişim alanlarına saplanmadır. Buna göre aşırı derecede oral doyumun olması ya da bunun tam tersi bundan mahrum kalmak patolojik özelliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Patolojik özellikler oral, anal ve fallik karakterin ortaya çıkmasına neden olabilir. Oral karakterler, sıklıkla bağımlıdırlar, sürekli başkalarına ihtiyaç duyarlar. Ayrıca kıskançlık ve hasetlik gibi özelliklere sahip olmaları da bununla ilişkilidir. Anal döneme saplanma ile düzenli olma, inatçılık, cimrilik özelliklerine sahip olma arasında bağ olduğu söylenmiştir. Anal özelliklere karşı savunmalar yetersiz ise, anal karakter ortaya çıkar. Anal karakter ve savunmalar sıklıkla obsesif-kompulsif nevrozlarda görülür. Fallik-ödüpal dönemdeki penis kıskançlığı ve hadım edilme (kastre edilme) korkusu, karakter gelişiminde önemli bir belirleyicidir (Gabbard 1989). Bireyler normal olarak her aşamayı yukarıda verilen sırada geçerler. Fakat kişiye özgü nedenlerden dolayı bazı bireyler bu aşamalardan birine saplanabilir. Bu da normal dışılıkla ilişkilidir.

Aile öyküsü; Yaşamın erken yıllarında maruz kalınan bazı olayların (suiistimal edilme, cinsel istismar yaşantısı gibi) daha sonraki yıllarda, kişilik gelişimini olumsuz anlamda etkilediği dile getirilmiştir. Özellikle de suiistimal edilme, ihmal edilme, uzun süren ayrılıklar ve erken yaşlarda kayıp yaşama gibi itici, istenmeyen olaylar etiyolojik önem açısından risk faktörü olarak belirtilmiştir (Johnson ve ark 1999).

Alfred Adler' i, normal dışılık tanımı bakımından Freud' dan ve Jung'dan keskin bir şekilde ayıran bazı özellikler göze çarpmaktadır. Bunlar ana-baba tutumu, çocuk sayısı, kardeş sırası, aşağılık duygusuna verdiği önemdir. Adler'e göre psikopatolojinin ne olduğunu belirtmeden önce normal kişilik gelişimine bakmakta fayda vardır. Normal ve sağlıklı

davranışların temel özelliği, insanın karşılaştığı durumlarla etkin bir şekilde baş edebilmesidir. İnsan, yaşamı boyunca sürekli olarak sorunlarla uğraşır durur. Nevrotik kişinin etkinlik düzeyi düşüktür. Sorunlara çözüm bulmak, biliş düzeyinde düşünme kapasitesi için esnek olmayı gerektirir (Geçtan 1997).

Aşağılık hissi; Adler’e göre davranış problemi gösteren kişiyi normallerden ayıran iki özellik vardır: Bunlardan ilki, normaldışı davranışı olan kişinin özellikle yaşamının ilk yıllarında, normal insanlara oranla yoğun eksiklik duyguları içinde olması, ikincisi ise bu duyguları telafi etme çabasıyla uyumsuzluğunu artırıcı davranışlar geliştirmesidir (Burger 2006).

Normal dışı eksiklik duyguları, şu koşullarda ortaya çıkar: Organ eksikliği, ebeveynlerin aşırı koruma tutumu veya ebeveynlerin ilgisizliği. Özellikle organ eksikliğinin üzerinde duran Adler, bunun bireylerde bazı problemlere yol açacağını ve eksiklik duygusunu kabul edemeyen, bununla başa çıkamayan kişilerde patolojiye rastlamanın mümkün olduğunu belirtmiştir. Daha sonra bu kavramı genişleten Adler, herhangi bir acıyı azaltmak veya maskelemek için eksiklik hissinin telafi edilmesiyle ilgilenmeye başlamıştır (Pervin ve John 1997, Burger 2006).

Jung ise anormal gelişimi iki sürece bağlar. Bunlar bireyselleşme ve bütünleşmedir. Bireyselleşme ve bütünleşmeye göre bireyselleşen kişi, kişiliğinin her parçasını uyumlu bir bütün haline getirmeye ve sürekli olarak kendini gerçekleştirmeye çabalar. Arketiplerin uyum içinde olması gerekir. Oysa bireyselleşme ve bütünleşme olmadığında, bir arketip, diğerlerine oranla daha baskın olur ve psikopatoloji ortaya çıkar. Persona “arketip”i maske anlamındadır ve kişiliğin diğer insanlara gösterilen tarafı anlamındadır. Bir kişide persona “arketip”i baskın ise, kişi zamanla kendine yabancılaşır. Bu da anormalliğe neden olur. “Anima ve animus”u baskın kişilerde kişilik bozukluğu, duygudurum bozukluğu ya da homoseksüellik ortaya çıkabilir (Pervin ve John 1997).

Karen Horney’e göre sağlıklı insan, uyumlu, kültürün ona sağladığı koşulları en iyi şekilde karşılayan insandır. Patoloji gelişiminde ise ana-baba tutumu ve sosyal faktörlerin etkili olduğunu savunur. Horney’e göre bozukluk, insan ilişkilerinden dolayı ortaya çıkar. Nevrozun

ortaya çıkışı sosyalleşme süreci ile ilişkilidir, genellikle de aile içindeki sağlıklı ilişkilerden kaynaklanır. Hemen hemen bütün psikopatolojilerin altında, ana-baba tutarsızlığı, ebeveyn tutumlarının baskıcı olması ya da kardeşler arası ayırım yapılması vardır. Özellikle de bunlardan birkaçının bir araya gelmesi, patoloji olasılığını artırır. Birey kendini dış dünyaya karşı çaresiz, korunmasız hissederek ve kaygısı yükselir. Bu duyguyla baş etmek için de savunma mekanizmalarını devreye sokar. Aslında, ortaya çıkan patoloji bireyin kullandığı bir savunma mekanizmasıdır. Bu patolojik ihtiyaçlar şunlardır: Nevrotik sevgi ve onay ihtiyacı, yaşamını yönetecek bir ortama duyulan ihtiyaç, yaşamı dar sınırlar içine hapsetmeye duyulan güç, güce duyulan ihtiyaç, başkalarını sömürmeye, kullanmaya duyulan ihtiyaç, prestije duyulan ihtiyaç, başkalarının hayranlığını kazanma ihtiyacı, başarı kazanma ihtiyacı, kendine yeterlik ve bağımsızlığa duyulan ihtiyaç, mükemmeliyetçiliğe duyulan ihtiyaç. Horney, bu nevrotik ihtiyaçların 3 ana nevrotik kişilik oluşturduğunu söyler. Bunlar, uysal ve itaatkar tipler, saldırgan tipler, kaçınan tipler (Budak 1999).

Erik Erikson'a göre psikopatoloji, gelişim dönemlerinde çözilemeyen başarısızlıkların, anormal kişilik örüntülerine dönüşmesiyle gerçekleşir. Gelişimin birinci basamağında, güven duygusu geliştirilemezse ileride normalden sapan davranışlar meydana gelebilir. Güvensiz çocuk, yetişkin olduğunda da geri çekilme yaşar. Paranoid belirtiler gösterebilir. İkinci basamakta özerklik kazanamayan çocuk, kendi başına bir şeyler yapamaz. Suçluluk duygularıyla sonlanan dönemde çocuk, pasif veya aktif saldırganlıklar gösterebilir. Okul dönemindeki başarısızlıklar, çocuğun ileride güven eksikliği yaşamasına neden olur. Ergenlik dönemindeki kimlik bunalımı normal bir süreçtir ama bu süreçten nasıl çıkıldığı önemlidir. Eğer bu kimlik bunalımından sağlıklı olarak çıkılırsa geç yetişkinlikte yakın ilişkiler önem kazanır. Çatışmalar çözülmemişse, yakın ilişkilerde problemler çıkar. Bu dönemde ortaya çıkabilen, şizofreni, borderline, kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozuklukların nedeni budur. Orta yaş ve yaşlılıktaki çatışmalar da nevrozla sonuçlanabilir (Geçtan 1997).

Kernberg psikopatolojiyi daha çok bölme (splitting) savunma mekanizması çerçevesinde açıklamış ve "borderline kişilik organizasyonu" üzerinde durmuştur. Yaşamın ilk yıllarında bebeğin duygusal dünyasını sürdürebilmesi için oldukça gerekli olan bu bölme mekanizması (bölme) onun iyiyi kötüden, sevgiyi nefretten, hazzı acıdan ayırmasını sağlar. Ancak bu bir

savunma mekanizması niteliği kazandığında ego yetersizliğinin temel nedeni haline gelir ve patoloji için bir temel oluşturur (Geçtan 1997).

Kernberg bölme savunma mekanizması ile doğrudan ilişkilendirilen borderline kişilik bozukluğu ile narsistik kişilik bozukluğunun benzer olduğunu savunmuştur. Ancak obje ilişkileri bağlamında, narsistik kişilerin iyi-kötü bir bütünleştirme sağlayabildikleri ve bunu grandiyöz benlikleri ile gerçekleştirdiklerini söylemiştir (Gabbard 2000). Grandiyöz benliği ise gerçek benlik, ideal benlik ve ideal objenin birbirinin içine geçmesi olarak tanımlar ve patolojiyi bu şekilde açıklar.

John Bowlby, kişilik bozukluğu açısından normal dışılığı, bağlanma sürecinde yaşanan sorunlarla açıklamıştır. Bağlanma, psikoanalitik görüşün en önemli dayanak noktasıdır; kişilik gelişiminin ebeveyn-çocuk ilişkisinin nasıl olduğundan etkilendiğidir. Erken dönem bağlanma yaşantısı, kişilik gelişimini ve yetişkinlikteki ilişkileri etkilemektedir. Bağlanma türleri güvenli (secure) bağlanma, yüksek benlik saygısı, kendini sevmeye değer bulma ile; saplantılı (preoccupied) bağlanma, olumsuz benlik, yapışkan tarzda ilişki kurma ile; korkulu (fearful) bağlanma, olumsuz benlik, başkalarına karşı güvensiz olma, çekingen olma ile; kayıtsız bağlanma (dismissing) olumsuz benlik, yakın ilişkilerden kaçma ile tanımlanmaktadır (Soygüt 2004).

John Bowlby' nin çocuk kliniğindeki deneyimleri bir çocuğun kişiliğinin gelişiminde ebeveynleri ile etkileşiminin önemli bir rol oynadığı düşüncesini pekiştirmiştir (Ainsworth ve Bowlby 1991). Weinberger (1998) da bu görüşten yola çıkarak, kişilik yapısını, çocukların, ebeveyn figürleriyle olan ilişkilerini içselleştirme biçimleri olarak tanımlamıştır. Ayrıca Choati ve ark (2005)' nin yaptıkları araştırma da, ergenlikte veya yetişkinlikteki kişilikleri kadar bağlanma tarzlarının kişilik patolojisini etkilediğini göstermiştir.

Bu bakış açısından yola çıkarak Weinberger (1998) üç farklı tipteki bireyi, kişilik, savunma mekanizmaları, olası DSM tanıları, ego gelişimleri ve bağlanma tarzları açısından ele almıştır. Buna göre ortaya çıkan sonuçlar Şekil 1. 1' dendir.

	Kişilik	1.cil savunma	DSM-IV	Ego gelişimi	Bağlanma tarzı
Reaktif olanlar (Engellenme düzeyi düşük)	Dürtüsel, talepkar, duygusal olarak labil	İmmatür savunmalar ●Dissosiyasyon, ●Bölme ●Devülasyon	Histriyonik ve borderline kişilik bozukluğu	Dürtüsel kendi kendini korumacı davranan	Saplantılı
Duyarlı olanlar (Orta düzeyde engellenebilen)	Nevrotik, anksiyöz, depresif	Nevrotik savunmalar ●Duyarlaşma, ●Rasyonelizasyon	Yaygın anksiyete bozukluğu ve distimik bozukluk	Uymacı vicdanlı,	Saplantılı korkulu
Çok fazla engellenenler	Korkak, girişken olamayan, utanan	Nevrotik savunmalar ●Yapma-bozma, ●Reaksiyon formasyon	Çekingen kişilik bozukluğu	Uymacı	Korkulu

Şekil 1. 1: Bireyin kişilik, savunma mekanizmaları, olası DSM tanıları, ego gelişimleri ve bağlanma tarzları açısından değerlendirilmesi

1. 1. 3. 2. 3. Ölçüm:

Araştırmacılar (Loevinger 1976, Urist 1977, Kegan 1982, Westen 1991) psikoanalitik teori tarafından kişiliğin yapısının anlaşılmasına çalışılmasını, projektif tekniklerin kullanılmasıyla olduğunu bildirmiştir (Weinberger 1998).

Ancak kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar hala problemlidir (Petot 2000). Özellikle de yıllardır projektif testlerin kullanılması tartışma konusudur. Bu tarz testlerin son derece öznel olarak algılanması, uygulanmasının zor olması, ayrıca güvenilir bir tarzda skorlamanın yapılmasında yaşanan güçlükler bu tartışmanın sebepleri arasındadır (Raphael ve Golden 1997).

Pek çok psikolog ve psikiyatrist, bu yöntemleri kullanma konusunda isteksizdir; çünkü geçerlik-güvenirlik gibi psikometrik özellikleri sınırlıdır ve zaman alıcıdır. Ama belirli projektif yöntemlerin yeterli düzeyde psikometrik özellik kazanabileceğini ve kişilik bozukluklarını değerlendirmede yararlı hale gelebilecekleri de belirtilmektedir (Petot 2000).

Projektif tekniklerde, materyalleri belirsiz olan testler sunulur. Bu belirsizlikten dolayı, kişiler materyalleri tamamen kendi inançlarına ve duygularına göre yorumlarlar. Sıklıkla, hastalar belirsiz bir materyali yorumladıklarının farkında değildirler. Öyle ki benliklerine aşık

olayları algıladıklarına inanırlar. Bu fenomen, psikanalist yönelimli psikologlar tarafından bir savunma mekanizması olan yansıtmanın etkisi olarak ele alınır. Bu fenomen, bilişsel çarpıtmanın belirli bir bölümü olarak da düşünülebilir.

En yaygın projektif teknik olan “Rorschach Mürekkep Lekesi Testi” yıllardır kullanılmaktadır (Petot 2000). İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach (1942) tarafından geliştirilmiştir. Bu test, bir bütün olarak kişiliğin araştırılması için lekelerin kullanılmasıyla oluşturulmuştur. Bu teknik geliştirilirken, çok sayıdaki psikiyatrik hastaya çok sayıda mürekkep lekesi verilmiştir. Mürekkep lekeleri, yapılandırılmamış ve belirsiz uyarıcılardır.

Rorschach’da 10 kart kullanılır. Bunlardan beşinde sadece gri ve siyah gölgeler vardır; iki tanesi kırmızı tonlarında; geriye kalan üç tanesi ise pastel tonlarındadır. Kişiye ne gördüğü sorulur. Her kartta kişinin verdiği cevaplar kaydedilir; ayrıca kişinin bu soruya ne kadar sürede cevap verdiği de not edilir. Test esnasında hastanın testi alma tutumu, hastanın küçük ve önemsiz gibi görünen her davranışı, duygusal ifadesi, o an sordukları ve kartı nasıl tuttuğu da önemlidir. Bu 10 kart hastaya sunulduktan sonra klinisyen kişiye her kartın belirli bir tarafı hakkında ayrıca sorular sorar ve hastaya daha önce verdiği cevapları değerlendirme fırsatı verilmiş olur (Anastasi 1982).

Rorschach tekniğinin altında yatan varsayım, kişilik ve algı arasında bir ilişki olduğu şeklindedir. Bireyin mürekkep lekelerine verdiği tepkiler onun algısını oluşturmaktadır ve bu onun psikolojik işlevselliğinin temelini yansıtır.

Kişilik çok farklı alt alanlardan oluşmaktadır. Bunu dürtüler, güdüler, beceriler, davranış sistemleri, libido organizasyonları içermektedir. Bunlar süregiden kişilik olarak ele alınan bir örüntüyü oluşturmaktadır. Bu güdüler, istekler veya treyter–hem öğrenilmiş hem de doğuştan gelen özellikler-farklı şekilde sınıflandırılabilir. Rorschach herkesin kişilik özelliklerinin alt alanlarını göstermez. Başka bir projektif test olan Tematik Algı Testi sıklıkla bize Rorschach’dan daha farklı bilgiler verir. Bu iki aracın birlikte kullanılması, sadece birinin, kullanılmasına kıyasla ziyade daha doğru bilgi sağlar (Anastasi 1982).

Tematik Algı Testi (TAT)'nde ise bireyin gördüğü resimlerle ilişkili olarak anlattığı hikayelerin onun kişiliğinin dinamiklerini açıkladığı varsayılır. Murray ve ark (1938) tarafından geliştirilen TAT, klinik uygulama ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Anastasi 1982).

Bu test 31 karttan oluşmuştur. Her birinde bir ya da daha fazla insan, farklı ortamlarda ve farklı postürlerdedir. Hastaya psikolog tarafından 10 ila 12 kart gösterilir. Hastaya hayal etmesi ve gördüklerine ilişkin bir hikaye oluşturması söylenir. Karttaki insanların ne düşündüklerini ve ne hissettiklerini anlatması istenilir. Öyküler, hayal edilen karakterlere atfedilen duyguların, amaçların, davranışların, ihtiyaçların ne olduğu yazılarak skorlanır. Şu ilkeye göre bunlar yorumlanır: Bu hikayeleri hayal eden kişi, hayal ettiği karakterlerin duygularının, amaçlarının, beklentilerinin kendisine ait şeyler olduğunun farkında olmadan bu hikayeleri hayal etmelidir. Yorum ne olursa olsun, insanlar, başkalarının olduğu hikayeleri anlatırken kendi duygu, düşünce beklenti ve isteklerini değerlendirmeye başladıkları doğal bir sürece girerler (Petot 2000).

1. 1. 3. 3. Treyt (ayırıcı özellik) yaklaşımı:

Treyt, bireylerin belirli bir şekilde hissetme, davranma ve düşünme olasılıklarıyla tanımlanmaktadır. Treyt psikologları, kişiliği ve kişiliğin altında yatan mekanizmalarının ve süreçlerinin ne olduğunun araştırılması için önemli girişimlerde bulunmuşlardır.

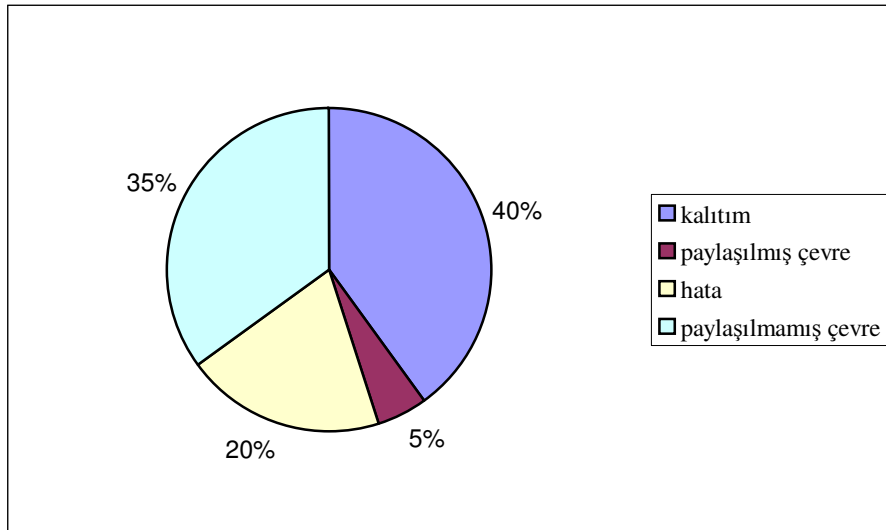
Bu yaklaşım, kişiliğin ilk yıllardan bu yana nasıl geliştiğine değil de, şimdiki zaman üzerinde durarak, gelişmiş olan yetişkin kişiliğinin birbirinden nasıl farklılaştığına yoğunlaşmıştır. Dolayısıyla psikanaliz gibi kişilik gelişimi üzerine kurulu bir yaklaşım değildir. Daha çok treytlar ve bunların kişilikle olan ilişkileri üzerinde durulmuştur ve her teorisyen kendine özgü kavramlarla kişiliği açıklamaya çalışmıştır.

Treyt kuramcıları, insanların belirli özellikler açısından birbirlerinden nasıl farklılaştığına, kişilik treytlarının yapısına, içeriğine ve işlevselliğine bakar. Bu özellikler

gözlenmez ama kişilerin davranış biçimlerine bakarak karar verilebilir (Furnham ve Crump 2005).

Treyt psikologları, her ne kadar birçok açıdan psikanalizi eleştirmiş de olsa, gelişim basamakları tanımlamamaları, daha çok betimsel bir yaklaşım içinde olmaları ve kişilik gelişimi hakkında hiç bilgi vermemeleri açısından da kendileri eleştiri oklarına hedef olmuştur. Ancak kişilik gelişimi hakkında gen-çevre etkileşiminden bahsetmeleri bugün kişiliğin ele alınış biçimine oldukça yakındır. Kişilik gelişiminin otuzlu yaşlardan sonra durduğunu, tıpkı zeka gibi kişiliğin de artık bu yaşlardan sonra değişmediğini ifade etmektedirler. Ancak bu yaştan önce değişim olabileceği söylenmektedir. Buna göre kişilik gelişimi yirmili yaşların sonuna doğru tamamlanır.

Kişiliğin %40'ı genetiğe; %35'i paylaşılmamış çevreye (akran, okul çevresi); %5'i paylaşılmış çevreye (aile) ve %20'de hata oranına bağlıdır. Paylaşılan ve paylaşılmayan çevre, aynı ailede büyüyen çocukların kişilik gelişimi açısından neden farklılaştıklarını anlamamıza yardımcı olur. Ancak bu yaklaşım aynı zamanda, kalıtımsallığın derecesinin treyten treyte göre değiştiğini de söyler. Treyt yaklaşımının kişilik gelişimine olan bakışı aşağıda resim olarak gösterilmiştir.



Resim 1. 1: Kişilik gelişiminin etkileyen durumlar

Treyt yaklaşımının öncüleri arasında Allport, Eyseck ve Cattell yer almaktadır. Bu kişilerin çalışmalarından sonra ise Beş faktör modelinin yaratıcısı Goldberg ve arkadaşları

treytte yönelik çalışmalar yapmıştır. Goldberg ve arkadaşları modellerinin adından da anlaşılacağı üzere beş faktör belirlemiş, kişilik gelişimini bu şekilde açıklamaya gayret etmişlerdir. Treyt yaklaşımın en güncel ismi olan Cloninger ise, psikobiyolojik bir model oluşturmuş, kişiliği bu açıdan anlamaya çalışmıştır.

1. 1. 3. 3. 1. Gelişim:

Gordon Allport (1897–1967); Allport, uzun kariyer hayatı boyunca, davranışın mekanik yanına, gerilimi azaltmaya ve nrotizme vurguda bulunanların aksine insan, sağlık ve davranışların organize olmuş halleriyle ilgilenmiştir. Kişiliğin, yaşamın ilk birkaç yılından sonra da gelişmeye devam ettiğini söyleyen “Yeni Freudcu” larla aynı görüşü paylaşmaktadır ve kişilik gelişiminin ergenlik boyunca da devam ettiğini düşünür. Ancak Freud’dan ayrıldığı noktalar da vardır. Örneğin Allport, gelişim aşamalarının psikoseksüel olmadığını, erojen bölgeler çevresinde yer alan Freudcu atışmaları da içermediğini söylemiştir. Ayrıca “hissedilen ben” e kimlik, yani “proprium” adını vermiştir ve “proprium”un doğumdan ergenliğe yedi aşamada geliştiğini savunmuştur (Burger 2006).

Allport, kişiliğin nasıl geliştiğinden çok, kendine özgü bazı kavramlarla kişiliği açıklamaya ve hangi bileşenlerden oluştuğunu anlamaya çalışmıştır. Ayrıcı zellik (treyt) zerine bilinen ilk çalışmayı 1921’ de Allport yapmıştır. Kişiliği, bireyin karakteristik davranışlarını ve düşüncelerini belirleyen psikofizik sistemlerin dinamik bir şekilde örgütlenmesi olarak, treytleri ise, kişinin birçok durumda genellikle nasıl davrandığı ile ilgili olan belirli (spesifik) durumları içeren özellikler olarak tanımlamaktadır.

Allport, treyti kişiliğin en temel birimi olarak tanımlamaktadır. Treytler, zaman içinde ve durumlar karşısında bir srekliplik göstererek kişinin yatkınlıklarını sunarlar. Dolayısıyla treytler, “sıklık, yoğunluk ve durumların ranjı” gibi üç özellikle tanımlanmaktadır. Bir bireyin kişiliğini tanımlarken bu açıdan ele almak gerekmektedir. Bir kişinin, son derece uysal birisi olduğunu söylemek aslında onun her zaman ve her durumda böyle uysal olduğunu ifade etmektedir. Treyt, davranışın sürekliliğini anlamak için gereklidir ama davranışın çeşitliliğini açıklamak için durumun öneminin anlaşılması gereklidir. O’na göre, davranışlardaki

farklılıklar, normal ve yahut anormal derecede zıt olma eğilimlerimizden ve genlerden kaynaklanmaktadır. Bu görüş Allport'un kişilik gelişime olan yaklaşımını yansıtmaktadır (Pervin ve John 1997).

Kişiliği belirleyen üç temel treyt vardır. Bunlar kardinal treytler (baskın, kişinin hayatında en göze çarpan özellikler), merkezi treytler (kardinal treytlere göre daha sınırlı durumlarda ortaya çıkarlar) ve ikincil treytlerdir (en az göze çarpan, genel özellikler olarak adlandırılırlar) (Duke ve Nowicki 1989).

Aslında her ne kadar Allport, treyt psikoloğu olarak anılsa da, onun genel yönelimi hümanistliktir ve kişiliğin hem geçici (enlemesine kesitsel) hem de uzun süreli (boylamsal) bir organizasyonların etkisi altında olduğunu söylemiştir (Costa ve McCrae 2000).

Raymond Cattell (1905–1998); Cattell, kişiliğe ilişkin boyutsal sınıflandırmanın öncülerindendir. Kişiliği betimleyebilmek için 4.500 sözcük bulmuş, daha sonra bu sıfatlar aracılığıyla binlerce kişiyi değerlendirmiştir. Buradan yola çıkarak, istatistiksel analizleri kullanarak aynı sıfatlar ile aynı karakter boyutunun ne olduğu hakkında fikir yürütmüştür (Lelord ve André 1996). Cattell treytleri ikiye ayırmıştır; Yapı treytleri ve yüzeysel treytler. Yapı treytleri kişiliğin temel taşıdır ve çok sayıda yüzeysel treyten oluşurlar. Yüzeysel treytler ise kendi aralarında tutarlı olmayan ve sınırsız sayıdaki davranışı içeren özelliklerdir (Duke ve Nowicki 1989).

Cattell de Eysenck gibi, kişilik gelişiminde genetik ve kalıtımsal etkilerin önemine vurguda bulunmaktadır. Ayrıca kişilik gelişiminde ailenin de payı olduğunu, anne ve babanın uyguladığı tutarlı eğitimin de etkili olduğunu belirtmiştir.

Hans J. Eysenck (1916–1997) (Üç-faktör teorisi); Eysenck kişilik gelişiminden çok, kişilik ve treytlerin nasıl daha iyi ölçüleceği üzerinde durmuştur. Başlangıçta kişiliğin en temel 2 boyutu üzerinde durarak içe dönük-dışa dönük ve nörotizmden bahsetmiş, sonra üçüncü boyut olan psikotizmi eklemiştir. Buna göre psikotik boyuttakiler duyarsız, yalnız, sosyal geleneklere uyumsuz; dışa dönük boyuttakiler, sosyal, çok arkadaşı olan, heyecanı seven ve

dürtüsel davranan; içe dönük boyuttakiler, sessiz sakın, çekingen, az konuşan kişilerdir (Pervin ve John 1997).

Eysenck, kişilik farklılıklarını fizyolojik olarak açıklamaya çalışmıştır. O'na göre içe dönüklük ve dışa dönüklük arasındaki farkı kalıtım belirler. Bu farklar, serebral kortekstedir. Dolayısıyla kişilik gelişimi üzerinde daha çok kalıtımın, daha az ise sosyal çevrenin etkisi olduğuna vurguda bulunmuş ancak buna rağmen çevrenin etkisini tamamen yok saymamıştır. Eysenck, treytlerin genetik ve kalıtsal yanlarına vurguda bulunmuştur. İkizler üzerinde yapılan çalışmalardan yola çıkarak, bireysel farklılıkların zaman içinde sabit kaldığını, genetik faktörlerin de bunda oldukça etkili olduğunu savunmuştur.

Goldberg ve arkadaşlarının (Beş faktör modeli) yaptığı çalışmalar sonucunda beş treyt ele alınmıştır. Digman (1990)'a göre beş-faktör modeli üç önemli alandan gelmektedir. Bunlar, treytlerin faktör analizi, treyt testlerinin diğer testlerle olan ilişkisi, kişiliğe genetik yatkınlık oluşturan durumların katkısıdır (Pervin ve John 1997). Bu beş treyt, dışa dönüklük, uyumluluk, özdisiplin, nörotizm ve (deneyime) açıklıktır. Dışa dönüklük; sosyal, konuşkan, iyimser, hareketli olarak; uyumluluk; yardımsever, yumuşak kalpli, affedici, doğru sözlü olarak; özdisiplin; çalışkan, güvenilir, disiplinli, dakik, düzenli olarak; nörotizm; endişeli, sinirli, duygusal, güvensiz, hipokandriak olarak; açıklık (deneyime açıklık), meraklı, yaratıcı, hayal gücü kuvvetli olarak tanımlanmaktadır. Goldberg ve arkadaşları, her ne kadar kişiliği anlamak için bir model geliştirmiş de olsa kişilik gelişimi hakkında herhangi bir şey söylememişlerdir.

Cloninger kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir (Cloninger ve ark 1993). Bu kuram kişiliğin yedi bileşenini açıklamaktadır. Bu yedi-faktör modeli, aile çalışmaları, boylamsal ve gelişimsel araştırmaları, nörofarmakolojik ve nöroanatomikal araştırmaları ve pre-kavramsal (örn: bilinçsiz) ve kavramsal (örn: bilinçli) öğrenmeyi içeren çok geniş bir alandaki teoriler göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur (Bagby ve ark 2005). Cloninger'ın oluşturduğu kuramın kişilik gelişimine olan yaklaşımı, adından da anlaşılacağı üzere hem psikolojik faktörlerin hem de biyolojik değişkenlerin etkili olduğunu söylemektedir. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyo-kültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutu (yenilik arayışı, zarardan

kaçınma, ödöl bağımlılığı ve sebat etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ve kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (Arkar ve ark 2005).

Psikobiyolojik kurama göre, mizaç boyutları erken çocukluk döneminde gözlenebilmektedir. Çünkü bunlar kalıtsaldır, yaşamın erken yıllarında ortaya çıkarlar. Karakter boyutları ise yetişkinlikte olgunlaşır.

Cloninger tarafından tanımlanan dört önemli mizaç treyti (ayırıcı özellik) vardır. Bunlar acıdan kaçma; yenilik arayışı; ödöl bağımlılığı; sebat etmedir. Bu dört treyt, öfkeye, yeniliğe ve çeşitli ödöl tiplerine karşı bireyin otomatik olarak verdiği tepkiyle ve bu tepkinin altında yatan kalıtsallıkla tanımlanmaktadır. Bunlar, korku (acıdan kaçınma), öfke (yenilik arayışı), bağlanma (ödöl bağımlılığı) ve üstünlük (sebat etme) olarak tanımlanan dört temel duyguyla ilişkilidir. Mizaç, yaşamın erken döneminde gelişen öğrenme özelliklerinin şekillenmesini ve duysal bilginin işlenmesini etkiler (Cloninger ve ark 1993, Cloninger ve Svrakic 2000).

Bu dört boyut (acıdan kaçma, yenilik arayışı, ödöl bağımlılığı ve sebat etme) genetik olarak homojendir. Mizaca ilişkin farklılıklar başlangıçta durağan (stabil) değildir, yaşamın ikinci ve üçüncü yıllarında durağanlaşmaya (stabilleşmeye) başlar. 10 yaşında bir çocuğun sahip olduğu dört mizacın ne oranda bulunduğu, bu çocukların 15, 18 ve 27 yaşlarındaki kişilik bozukluğunu yordamaktadır. Bu dört mizacın her birinin %50 ila %65 arasında kalıtsallığa sahip olduğu gösterilmiştir (Health ve ark 1994; Stalling ve ark 1996).

Bu dört mizaç, treytinin kültürler arasında evrensel olduğu da gösterilmiştir. Kişiliğin mizaç bileşeni kalıtsal olması, çocukluğun erken yıllarında gözlenebilir olması, zaman içinde görece durağan kalması, ergenlikte ve yetişkin davranışta orta düzeyde yordanabilir olması ve farklı kültürlerde tutarlı olmasıyla ifade edilmektedir (Svrakic ve ark 2002).

Acıdan kaçınma (zarardan kaçınma) bireyin ceza ve engellenme durumuna karşı göstereceği davranışın kalıtsal yatkınlığının ne olduğunu içerir. Yüksek düzeyde acıdan kaçınma, belirsizlikten korkma, sosyal geri çekilme, yabancılardan korkma, çabuk yorulma,

problemlere karşı kötümser bir yaklaşım sergileme ve hatta başka insanların endişe duymadıkları şeylerden korkma olarak gözlemlenir (Cloninger 1993, Cloninger ve Svrakic 2000, Svrakic ve Cloninger 2005).

Yüksek düzeyde acıdan kaçınmanın avantajları dikkatli olmaktır; tehlike olduğunda dikkatlice plan yapabilmektir. Bunun dezavantajı ise tehlike söz konusu olmadığında dahi uyumsuz (maladaptif) bir geri çekilme (inhibisyon) gösterme ve anksiyete yaşamaktır. Acıdan kaçınma düzeyi düşük olan kişiler, kaygısızdır, cesurdur, enerjiktir, cana yakındır ve hatta birçok insanı endişelendiren durumlarda bile, bu kişiler atak davranabilirler. Acıdan kaçınma düzeyinin düşük olmasının avantajı, tehlike ve belirsizliğe karşı bireyin sakin olması, iyimser (optimist) ve enerjik davranmasıdır. Bunun dezavantajı ise makul olmayan bir iyimserlikle ve tehlikeye karşı sorumsuzca davranma ile ilişkili olmasıdır.

Yenilik arayışı, koşulsuz cezadan kaçma becerisini, koşullu cezanın sinyali olan bir durumdan kaçınmayı, ödül sinyaline karşı yaklaşmayı ve yeniliğe karşı verilen tepkinin kalıtsal yatkınlığını yansıtır. Bu davranışların hepsi yeni durumlara, dürtüsellığe ve aşırılığa karşı verilen tepkiyi belirtir. Ayrıca yenilik arayışı, engellenme durumundan kaçınmayla ve ödül ipucuna yaklaşmayla ilişkilidir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Yüksek düzeyde yenilik arayan bireyler, çabuk öfkelenen, çabuk canı sıkılan, meraklı, dürtüsel, aşırı davranışları olan kişilerdir. Yüksek düzeyde yenilik aramanın avantajı, yeni ve belirsiz uyarıcılara karşı hevesli olmak ve keşfetmeye meraklı olmaktır. Bunun dezavantajı ise can sıkıntısını çabuk yaşama, aşırı derecede dürtüsel davranma, öfke patlamalarının olmasıdır. Yenilik arama düzeyleri düşük olan bireyler, hemen sinirlenmezler; bu kişiler merakı olmayan, sabırlı, tutumlu, çekingen, monotonluğu tolere edebilen kişilerdir. Sabır konusunda esnek olma, dikkatli ve titiz davranma özellikleri uyum sağlayıcı (adaptif) olduğunda avantaj sağlar. Yenilik arama düzeyinin yüksek olmasının dezavantajı, monotonluğu tolere edememe, rutin aktivitelere dayanamama, tam tersi bunun düşük olmasının dezavantajı ise araştırmayı sevmeme, hevesli davranmamadır.

Ödül bağımlılığı, sosyal ödül ipucuna karşı tepki olarak gösterilen davranışlardaki kalıtsal yatkınlığı yansıtır. Yüksek düzeyde ödül bağımlılığı olanlar, duyarlı, yufka yürekli

ve sosyal olarak bağımlı kişilerdir. Yüksek düzeyde ödül bağımlısı olmanın uyum sağlayıcı (adaptif) avantajı, sosyal ipuçlarına karşı duyarlı olmaktır. Nitekim bu ipuçları, sosyal ilişkileri kolaylaştırır. Bunun dezavantajı ise, aşırı derecede sosyal bağımlılığı olan diğer insanlarla karşılaştığında objektifliğini kaybetme ve kolay etkilenme ile ilişkili olmasıdır (Cloninger 1993, Cloninger ve Svrakic 2000, Svrakic ve Cloninger 2005).

“Ödül bağımlılığı” düzeyleri düşük olanlar pratiktir, katı görüşlüdür, soğuktur, sosyal olarak duyarsızdır. “Ödül bağımlılığı” düzeyinin düşük olmasının avantajı, bireysel olarak bağımsız olmak ve objektif olmaktır. Yani birey başkalarının memnun etmek için yanlış davranmaz. Bunun uyum sağlayıcı (adaptif) dezavantajı ise, sosyal durumlardan geri çekilme, ayrışma ve soğuk olmaktır.

Sebat etme, aralıklı pekiştireç almaya, yorgunluğa ve engellenmeye karşı davranışların devam ettirilmesindeki kalıtsal yatkınlıktır. Bu durum çalışkanlık, kararlılık, azimli olmak ve mükemmeliyetçilik olarak gözlemlenir. Yüksek düzeyde sebat edenler, çalışkan, azimli, kararlı kişilerdir; öyle ki amaçlarına yoğunlaşırlar ve yorgunluk ve engellenmeyi kişisel bir savaş (meydan okuma) olarak algırlar. Yüksek düzeyde sebatlık, ödül tutarlı bir aralıktaki geldiğinde uyum sağlayıcı (adaptif) bir davranış stratejisidir. Bu tutarlı hızlı bir şekilde değiştiğinde, azimlilik uyumsuz (maladaptif) hale gelir. Sebat etme düzeyleri düşük olanlar, tembel, üşengeç kişilerdir. Bu kişiler engellendiklerinde kolaylıkla vazgeçerler. Nadiren çaba harcarlar (Cloninger ve Svrakic 2000, Svrakic ve Cloninger 2005).

Mizaç treytlерinden farklı olarak üç önemli karakter treyti de vardır. Bunlar, kendini yönetme (self-directedness), işbirlikçiliği (cooperativeness) ve kendini aşmadır (self-transcendence). Tam olarak gelişim tamamlandığında, bu treytlер olgun kişiliği tanımlamaktadır ve bunlar uyum sağlayıcıdır (Cloninger 1993, Cloninger ve Svrakic 2000).

Kendini yönetme (Self-directedness), bireyin ne derece sorumlu, güvenilir, amaç-yönelimli, kendine güvenen birisi olduğunu gösterir. Kendini yönetme özelliğinin en büyük avantajı, bu kişilerin gerçekçi ve etkileyici olmalarıdır. Bu kişiler kararlarını bireysel olarak verirler; gerçekçi değerlendirmelere dayanan amaçlar belirlerler. Kendini yönetme düzeyi

düşük olanların, suçlayıcı bir tarzları vardır; sorumsuz ve güvenilmezdirler (Cloninger ve ark 1993, Cloninger ve Svraic 2000).

İşbirlikçiliği, bireylerin ne derece kendilerini, toplumun bir parçası olarak gördüğüyle nitelendirilir. İşbirlikçilik düzeyi yüksek olanlar empatik, tolerans sahibi, merhametli, destekleyici ve prensip sahibidir. Bu tarz özellikler, grup çalışmalarında ve sosyal gruplarda avantaj sağlar; ancak bu özellik, yalnız yaşamayı tercih eden bireyler için değildir (Cloninger ve Svraic 2000). İşbirlikçiliği treyti kişiler arası ilişkilerle ilgilidir (Fruyt ve ark 2006).

Kendini aşma (self-transcendence) bireyin ne derece kendini bir bütün olarak evrenin bir parçası olarak gördüğüyle açıklanır. Kendini aşmış bireyler, spiritual, mütavazi, alçakgönüllüdür. Bireyler acı çektiklerinde veya hastalıklarla karşılaştıklarında, bu treytlar uyum sağlayıcı bir avantajı sağlar. Modern toplumlarda para ve güç sahibi olmayla karıştırılan idealizmin, anlam arayışının ve de alçak gönüllüğünün dezavantajları vardır. Kendini aşma düzeyi düşük olan kişiler ise materyalisttir (Cloninger 1993, Cloninger ve Svraic 2000).

Kısacası mizaç (huy) bireyin neye dikkat ettiğini düzenler, karakter bunun ne anlama geldiğini belirler. Dolayısıyla yaşanan bütün deneyimlerin önemi ve anlamı, hem bireyin karakterine hem de mizacına bağlıdır. Bir başka deyişle, karakter, mizaçla düzenlenen duygulanımı (affect) ve algıların belirginliğini ayarlayarak, erken yıllarda çevreye uyum sağlamayı (adaptasyonu) optimize eder. Böylelikle ham mizaç treyterin uyumsuz (maladaptif) etkisini azaltmış olur (Svraic ve ark 2002).

Gelişen karakter treytları, bireyin gereksinim duyduğu duygusal ihtiyaçlar ve yaşadığı çevrede karşılaştığı sosyal baskılar arasındaki farklılığı azaltmak için mizacın uyum sağlamasını (adaptasyonunu) optimize eder (Svraic ve Cloninger 2005).

Karakter gelişimi için bir eksiklik olan düşük benlik yönetimi, bütün kişilik bozukluğu olan kişilerde bulunan ortak bir özelliktir (Cloninger ve ark 1993, Casey ve Joyce 1999, Joyce ve ark 2003). Mizaç ise sadece belirli kişilik bozukluğu olan bireylerin sahip olduğu özellikleri yansıtır (Mulder ve ark 1994, Mulder ve Joyce 1997).

Dört huy treyti (acıdan kaçınma, yenilik arama, ödöl bağımlılığı, sebat etme) ve üç karakter treyti (kendilik yönetimi, işbirliği sağlama, kendini aşma) hem toplumdaki sağlıklı bireyler hem de ayaktan tedavi edilen hastalar arasında, kişilik bakımından çeşitliliğin olmasının nedenidir (Cloninger ve ark 1993).

Bundan dolayı, kişilik, tek başına değil, bu kavramlarla beraber ele alınmalıdır. Kişilik, mizaç ve karakterin iki yönlü olarak etkileşimini içeren uyum sağlayıcı karmaşık bir sistem olarak tanımlanır. Sonuç olarak kişilik çok sayıdaki faktör tarafından yürütülen karmaşık uyum sağlayıcı (adaptif) bir sistem olarak algılanmaktadır. Cloninger kişilik gelişimini de bu çerçevede ele almaktadır.

1. 1. 3. 3. 2. Normal dışılık:

Treyt psikolojisi ve psikopatoloji arasındaki ilişki karışıktır. Bu görüşe göre psikopatoloji ve kişiliğin buna olan yatkınlığı arasındaki çizgi belirsizdir. Bir başka deyişle, sosyal fobi ile aşırı derecede korkmayı ya da şizoid kişilik bozukluğundan içe dönük olmayı birbirinden ayırt etmek zordur (Gabbard 2000). Kısacası, bu yaklaşımın, normal dışılığı temel kişilik özelliklerindeki aşırılıkla veya azlıkla açıkladığı söylenebilir.

Allport; Allport, gelişim aşamalarının psikoseksüel olmadığını, erojen bölgeler çevresinde yer alan Freudcu çatışmaları da içermediğini söylemiştir (Geçtan 1997). O'na göre, çocukluk bittiğinde, birey daha çok gerginlik yaşamaya başlar, bunu azaltmak içinde savunma mekanizmalarını kullanır. Bu açıdan Freud ile ortak bir özelliği paylaşmaktadır. Ancak eğer kişi bu mekanizmayı çok kullanırsa olgun kişiliğe ulaşamaz, tam tersi psikopatoloji baş gösterir.

Cattell; Tanımladığı 10 biyolojik güdüye (açlık, susuzluk, cinsellik gibi) erg; kültürel temeli olan güdülere (kariyer, benlik, ebeveynler gibi) de sentiment adını vermiştir. Cattell psikopatolojinin en önemli kaynağının bunlar arasında çatışma olduğunda ortaya çıktığını savunmuştur (Duke ve Nowicki 1989).

Cattell (1965) da tıpkı Eysenck (1970) gibi otonom tepkilerin en azından, kısmen kalıtsal olabileceğine dair araştırma bulguları elde etmiştir. Ayrıca Cattell'e göre psikopatoloji, çözümlenmemiş çatışmalardan kaynaklanır. Bu kişiler, davranışlarını gerçeklere tam uyduramayan, aşırı tedirgin, kaygı düzeyleri yüksek kişilerdir. Bunda ailenin de payı vardır; tutarsız bir disiplinin uygulandığı ve duygulanımın yetersiz olduğu ailelerde yetişmiş kişilerde görülebilir.

Eysenck'e göre, psikopatoloji, biyolojik sisteme bağlı olarak baş gösterir. Böyle insanlar, toplumsal normları ve kuralları öğrenmede başarısızdırlar (Pettijohn 1992). Anormal davranış, bilinçdışı karmaşalarının bir ifadesi, bir dışa vurumu değil, öğrenilmiş uyumsuz tepkileri işaret etmektedir (Pervin ve John 1997). Eysenck, psikopatolojinin gelişiminde ve sürdürülmesinde genetik bileşenlerin etkisinin çok fazla olduğunu söylemesine rağmen tedavi konusuna çok da kötümser yaklaşmamaktadır. Eysenck, öğrenme kuramlarının tanımladıklarına yakın bir açıklama yaparak, bireyin uygun davranış örüntülerini öğrenmemiş olmasıyla psikopatolojiyi ilişkilendirir (Pervin ve John 1997). Yani kişilik teorisini anormal davranış ve davranış değişiklikleri arasındaki ilişkiye göre oluşturmuştur.

Eysenck, her ne kadar kişilik konusunda biyolojiye vurguda bulunsa da, bireyleri içe dönük-dışa dönük; nevrotik (sürekli, sürekli olmayan); psikotik olarak üç tipe ayırması onun treyt kuramı içinde ele alınmasına neden olmuştur. Ama Eysenck'in ketleme kuramına göre içe dönük ve dışa dönüklük arasındaki farklar kalıtımla belirlenir. Bunun merkezi serebral kortekstedir. Çevreden gelen uyarıcılar, bilgiler nöral yollarla kortekse girer ve sonunda davranış veya bilişsel süreçler ketlenir ve yahut uyarılır. Bu sürece kortikal süreçler de denilmektedir. Örneğin, dışa dönükler düşük kortikal heyecan düzeyine sahiptir, bundan dolayı dışarıdaki uyarıcılar için arayış içine girerler. Retiküler aktivasyon sisteminin nasıl çalıştığı da bireyin içe dönüklüğünü veya dışa dönüklüğünü belirlemede etkilidir (Pettijohn 1992). Buna örnek olarak da nörotik kişilerin büyük bir kısmının nörotizm puanlarının yüksek, dışa dönüklük puanlarının ise düşük olmasını; antisosyal kişilerin ve suçluların nörotizmde, dışa dönüklükte ve psikotizmde yüksek puan almasını göstermektedir.

Goldberg ve arkadaşları tarafından oluşturulan “Beş Faktör Modeli” ne göre, dışa dönüklük boyutundan yüksek skorlar alanların histriyonik ve narsistik kişilik bozukluğuna; bu boyutta düşük skorlar alanların çekingen ve şizoid kişilik bozukluğuna sahip olması olasıdır.

Düşük özdisiplin skoruna sahip olanlarda ise antisosyal kişilik bozukluğu (Furnham ve Crump 2005), uzlaşılabilirlik boyutundan düşük skorlar alanlarda paranoid, antisosyal ve narsistik kişilik bozukluğunun görülmesi söz konusu iken uzlaşılabilirlik boyutundaki yüksek skorların ise bağımlı kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Costa ve McCrae 1989). Yani bu model, patolojiyi kişilerin bu beş boyuttaki özelliklerinin aşırılığından (çok az ya da çok fazla) kaynaklandığını savunur.

Cloninger ise gen-çevrenin karşılıklı olarak etkileşime girdiğini ve arada doğrusal bir ilişki olmamasına vurguda bulunarak normal dışılığı, aşırı uçlara yaklaşmayla ve çoğunluğa uymamakla açıklamıştır. Örneğin anterior cingulate boyu ile acıdan kaçınma düzeyi yüksek olanlar arasındaki korelasyon 0,49 olarak; bireyden bireye değişen posterior cingulate oranı da yenilik arayışı mizacı ile ilişkili bulmuştur.

A küme kişilik bozukluğu ile düşük düzeyde ödül bağımlılığının ilişkili olduğu (Fruyt ve ark 2006); B küme kişilik bozukluğu ile yüksek düzeyde yenilik aramanın ilişkili olduğu; C küme kişilik bozukluğu ile yüksek düzeyde acıdan kaçınmanın ilişkili olduğu bulunmuştur (Svrakic ve ark 1993).

1. 1. 3. 3. 3. Ölçüm:

16 PF testi; Cattell tarafından geliştirilmiştir. Cattell, ilk olarak kişiliği yansıttığını düşündüğü 15 faktör bulmuştur. Daha sonra çok sayıda test maddesi yazmış ve bunları normal insanlara uygulamıştır. Kişiliğin yapısını üç alanda yani L-data (Cattell'in teorisinde günlük yaşam olaylarıyla ilişkili davranış kayıtlar), Q-data (Cattell'in teorisinde testten elde edilen kişilik verileri) ve QT-datayı (Cattell'in teorisinde minyatür durumlarda gözlemlenen davranışlardan elde edilen kişilik hakkındaki bilgiler veya objektif test verileri) tanımlamaya çalışmıştır. Araştırmasına L data ile başlamış ve daha sonra faktör analizi ile 15 treyte ulaşmıştır. Bu araştırmanın sonunda 16 PF testi ortaya çıkmıştır. 12 treyt L-data araştırmalarından; dört treyt de anket yöntemlerinden elde edilmiştir (Pervin ve John 1997).

NEO-PI-R kişilik envanteri (Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory Revised); Büyük beş kişilik faktörlerini ölçmek için Costa ve McCrae (1992) tarafından geliştirilmiştir ve kişilik yapısı ile ilgili olarak pek çok araştırmacı (Digman 1990, Busato ve ark 1999) bu envanterin psikometrik avantajları konusunda uzlaşmıştır. İlk başta sadece nörotizm, dışa dönüklük ve açıklık faktörlerini üzerine odaklanılmıştır. Sonradan beş faktör modeline uydurmak için uzlaşılabilirlik ve özdisiplin de eklenmiştir. Beş faktörün her birinin altı alt alanı vardır. Her bir alan sekiz soru ile ölçülür. Dolayısıyla toplam 240 maddesi vardır (beş boyut X altı alt alan X sekiz soru). Denek bu testi, her maddeyi ne ölçüde onayladığını veya onaylamadığını belirterek cevaplandırır (Pervin ve John 1997). NEO-PI-R'dan alınan skorların diğer kişilik testlerinden alınanlarla iyi bir ilişki (korelasyon) olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (Pervin ve John 1997).

TCI (Mizaç ve Karakter Envanteri); Dört mizaç boyutunu (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ve üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) değerlendirir. Bu üst-düzey (higher-order) mizaç ve karakter boyutlarının her biri alt boyutlardan oluşur. TCI bireyin kendisine, akranlarına veya yakınlarına verilebilen, değişik yaş gruplarına (7 ila 14 yaşına kadar) uygulanabilen, hem karakter hem de mizaca ilişkin bilgi sunan klinik detay düzeyi (sadece majör boyutlar 144 madde; her bir boyutun alt boyutu 295 madde) olan bir testtir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Bu testin geçerlik-güvenirlik çalışması 2005 yılında Arkar ve ark (2005) tarafından yapılmıştır. Sonuç olarak TCI' ın Türkçe versiyonunun tatmin edici psikometrik özelliklere sahip olduğu doğrulanmıştır. TCI, hem klinik uygulamalarda hem de araştırmalarda kişiliği değerlendirmek için kullanılabilecek yararlı bir araç gibi görünmektedir.

1. 1. 3. 4. Davranışçı yaklaşım:

Öğrenme yaklaşımının kişilik gelişimini nasıl ele aldığı bu teorinin iki varsayımına dayanır. Bunlardan birincisi, bütün davranışların öğrenilmiş olduğudur. İkincisi ise, herhangi bir hipotezi formüle etmede objektifliğin ve katılığın önemli olduğudur. Dolayısıyla insanın davranış özelliklerinin neden ortaya çıktığı, öğrenme tarihçelerinde yattığı savunulur. Davranışlar çevredeki uyarıcılara karşı verilen tepkilerdir ve diğer teorilere göre davranışçı

yaklaşım, olayları daha “duruma özgü” olarak yorumlar. Yani davranışın nedeni olarak dış çevreye vurguda bulunulur (Pervin ve John 1997). Buna göre bireylerin kişilik gelişimi öğrenme ilkeleri ile açıklanır.

Her ne kadar dinamik-treyt yaklaşımı yapılara vurguda bulunsa da (trety, id, ego gibi), davranışçı yaklaşım duruma özgülüğe vurguda bulunur ve sürece önem verir.

1. 3. 4. 1. Gelişim:

Klasik davranışçı yaklaşımın kişilik gelişimi hakkındaki varsayımı sadece iki temel öğrenme ilkesine dayanmaktadır. Yani kişilik gelişiminin tıpkı ratlarda olduğu gibi klasik ve edimsel öğrenme ilkeleri ile şekillendiği savunulur.

Ancak sosyal öğrenmeci olarak geçen Albert Bandura (1925-) radikal davranışçılığı kabul etmez. Dolayısıyla kişilik gelişimi konusundaki düşünceleri diğer davranışçı ekol temsilcilerinden farklılaşmaktadır. O’na göre insanların çevresel birtakım olaylara tepki göstermesi ödül ve cezanın bir sonucu ortaya çıkabilir. Ancak insanların edindikleri bütün bilgiler bu kanaldan gelmez. Ödül ve ceza gibi davranışın dışsal belirleyicileri gibi, düşünceler ve beklentiler gibi içsel belirleyiciler de davranışlarımız üzerinde oldukça etkilidir. Yani Bandura’yı geleneksel davranışçı yaklaşımdan ayıran en temel farklılık, onun insan kişiliğinin bilişsel (içsel ya da zihinsel) boyutuna da eğilmiş olmasıdır (Burger 2006).

Ayrıca Bandura’nın insan davranışı ve kişiliğini anlamaya yönelik olarak yaptığı en büyük katkılardan biri de gözlemleyerek öğrenmedir. Buna göre insanlar başkalarının davranışlarını gözlemleyerek ve onları model alarak da bir şeyler öğrenebilirler. Yani öğrenme sadece klasik koşullama ile gerçekleşmeyen çok yönlü bir davranıştır. Bandura’nın bu yaklaşımı insanı, insan davranışını ve kişiliğini anlamada ortaya atılan düşünceleri zenginleştirmiş, başka bir boyut kazandırmıştır. Kişilik gelişimini sadece dışsal uyaranlara değil bireyin çevresindeki insanlarla olan ilişkilerine de atfetmiştir.

1. 3. 4. 2. Normal dışılık:

Klasik davranışçı yaklaşım, sosyal olarak kabul edilmeyen veya uyumsuz (maladaptif) davranışların öğrenilmesinin patolojiyi yarattığını söylemektedir. Bu görüş, psikopatoloji gelişiminin, tıbbi belirtilerden kaynaklandığını reddeder. Buna göre bir kişi korkak olmayı, atılgan olmayı veya titiz olmayı öğrenme ilkeleriyle öğrenir ve bunu hayatı boyunca devam ettirir.

Sosyal öğrenmeci olan Bandura da normal dışılığı yine model alma, gözlemleyerek öğrenme ve diğer öğrenme ilkeleri ile açıklamıştır. Aynı anne- babanın çocuklarının farklı davranış örüntüleri olmasının nedenini ve patolojiyi de bununla açıklamıştır.

1. 1. 3. 4. 3. Ölçüm:

Davranışçı yaklaşımın oluşturduğu bir ölçüm aracı yoktur.

1. 1. 3. 5. Bilişsel yaklaşım:

Bilişsel yaklaşım, bireyin bir yandan kendini değerlendirmeye çalışması ve bir yandan da çevreden aldıklarını kendilik sistemine dahil etmesi ile açıklar. Bu iki sürecin tutarlı olması kişilik gelişimi için önemlidir.

Diğer yaklaşımlardan farklı olarak bilişsel yaklaşım, her bireyin kendine özgü olarak dünyayı algıladığını, yorumladığını ve buna bağlı olarak da kavramlaştırdığını, dünyayı farklı olarak analiz ettiğini söyler. Dolayısıyla kişiliğe ve kişilik bozukluğunun nasıl oluştuğuna dair yapılan açıklamalara da bu açıdan bir yaklaşım sunar. Yani, kişiliğin nasıl geliştiği, bireyin dünyaya ve olaylara nasıl baktığıyla ve geliştirdiği şemalarla bağlantılıdır.

1. 3. 5. 1. Gelişim:

George Kelly (1905–1966); Kelly’nin kişiliğe ilişkin olarak kullandığı kavram “yapı”dır. Yapı, bireyin dünyayı yorumlama ve anlam verme tarzıdır. Bireyler birtakım olaylarla karşılaşır, bunlara anlamlar yükler ve bunları belirli yapılara yerleştirir. Daha önce sınıflandırdığı olaylarla benzer olanları aynı yere koyar. Bunun için de bazı ipuçlarından yararlanır. Dolayısıyla bu görüşe göre kişilik tamamen bireyin olaylara nasıl anlamlar yüklediği ve onları hangi sınıfa koyduğuna bağlı olarak gelişir (Pervin ve John 1997).

Julian B. Rotter (1916-); Davranışların her şeyden önce sosyal deneyimler yoluyla öğrenildiğini savunmuştur. Dolayısıyla kişilik gelişimine olan yaklaşımı da bu doğrultudadır. Gelişimin, hem dışsal uyarıcılara hem de yaşam deneyimlerine bağlı olduğunu düşünmüştür. Ona göre içsel biliş durumlarımız olan öznel yaşantılarımız ve beklentilerimiz, farklı dışsal deneyimlerin insanlar üzerinde ne şekilde etki edeceğini belirler. Kişilik gelişimi, bireylerin maruz kaldıkları dış uyarıcılar ile iç uyarıcıları algılayış biçimlerine ve bunları nasıl yorumladığına bağlı olarak gelişir. Bu düşüncesinden yola çıkarak iç-dış kontrol odağı adlı bir ölçek geliştirmiştir (Pervin ve John 1997).

Rotter, kişilik gelişimini açıklarken davranışların nedenlerinin diğer organizmalarına göre daha karmaşık olduğunu ileri sürmüştür. Gelişim sürecinde algılar, beklentiler ve değerler gibi birtakım değişkenlerin de etkili olduğunu belirtmiştir. Kişiliği açıklarken “davranış potansiyeli, beklenti ve pekiştirme değeri” gibi kavramlar kullanmayı tercih etmiştir. Davranış potansiyelinden kast ettiği şey, belirli bir ortamda belirli bir davranışın ortaya çıkma olasılığıdır. Bunu belirleyen şey ise, pekiştirme değeri ve beklentilerdir. Pekiştirme değeri, bireyin herhangi bir pekiştireci diğerine tercih etme derecesidir (Burger 2006). Bireyin beklentisinin ne olduğuna ve hangi pekiştirece daha fazla değer verdiğine bağlı olarak davranışları da değişir. Her bireyin farklı davranışlarda bulunması ve dolayısıyla kişilik gelişiminin hangi doğrultuda olacağı da bu nedenle açıklanır.

Aaron T. Beck (1921-); Beck’in kişilik gelişimine olan bakışı, bireyin inançları ve bilişleri doğrultusunda oluştuğu şeklindedir. Kişiliğin gelişim sürecinin “şema” diye

adlandırılan yapılarla oluştuğunu varsayar. Bilişsel, duygudurum ve güdüsel süreçlerdeki temel yapıları (şemalar) kişiliğin temel birimi olarak ele alır (Beck ve ark 2004).

1. 1. 3. 5. 2. Normal dışılık:

Kelly, psikolojik rahatsızlıkların geçmişte yaşanan sarsıcı deneyimlerden kaynaklandığı görüşünü kabul etmez. Psikolojik rahatsızlıklarının altında yatan şeyin, yapılandırma sistemlerindeki arızalardan kaynaklandığını düşünür. Bu yapılandırmayı elbette ebeveynlerle kurulan ilişki ya da herhangi bir üzücü olayın etkileyebileceğini belirten Kelly, psikolojik sıkıntının kökeninde kaygının yattığını söyler. Esas sorun, yapılandırma sisteminin mükemmel olmamasıdır. Sağlıklı insanlar eski ve yetersiz yapılarının yerine yenilerini koyabilirler, bunu yapmayanlar anormal davranış örüntüsünü sergileyen kişiler olarak tanımlanır.

Rotter'ın normal dışılığa olan bakış açısı, kontrol odaklarının genellenmiş beklentilere göre gelişmiş olmasına dayanır. Genellenmiş beklentiler, insanların başlarına gelen olayları etkileyebildikleri, iyi ve kötü deneyimlerin kendi davranışları sonucunda olduğu şeklindedir. Bu boyutun bir ucunda başlarına gelenlerden kendileri sorumlu tutan içseller vardır. Diğer uçta bulunan dışsallar ise, başlarına gelen şeylerin başka güçlerin kontrolü altında olduğunu düşünürler. Diğer kişilik özellikleri gibi kontrol odağı da zaman içinde tutarlılık gösterir. Rotter, psikopatolojiyi bireylerin içsel ya da dışsal olmasıyla ilişkilendirmiştir. O'na göre patoloji yönelimli bireyler genellikle içselden çok dışsal olanlardır. İçseller, genel olarak iyilik hali ve sağlık ölçümlerinde dışsallardan daha iyi sonuçlar elde ederler (Burger 2006).

Beck; Kişilik bozukluğunun bilişsel teorisi iki temel hipotez ileri sürmüştür. Bunlardan birincisine göre, kişilik bozukluğu, bireyin kendisine ve dünyaya ilişkin uyumsuz bilişsel şemalarıyla kavramsallaştırılır. İkincisi, bu bilişsel şemaların, önyargılı yorumlara neden olan seçici bilgi işlemeyi tetiklemesiyle-canlandırmasıyla ifade edilir. Öyle ki bu şemalar, patolojinin sürekliliğine katkıda bulunurlar (Dreessen ve ark 1999).

Bu görüşe göre, bireyin güvensizlik / kötüye kullanılma, eksiklik hissi / utanma ve duygusal yoksunlukla bağlantılı sahip olduğu şemalar, birçok kişilik bozukluğu ile ilişkilidir.

Erken yıllarda bireyin geliştirdiği şemalar ve olaylara nasıl anlamlar yüklediği, kişilik gelişiminde patolojiler oluşmasına neden olmaktadır.

Erken yaşta gelişen uyumsuz şemaların bilişsel, duygudurum ve davranışsal bileşenleri vardır. Tıpkı uyum sağlayıcı şemalar gibi erken yaşta gelişen uyumsuz şemalar da, genetik yatkınlık, biyolojik faktörler ve çevresel yaşantıların bir araya gelmesi ile ilk çocuklukta oluşmaktadır. Bu uyumsuz şemaların en önemli etiyolojik gelişim nedenlerinden biri olan gençlikte yaşanılan stresler, bireyin çocukluğu esnasında akranlarıyla, ebeveynleriyle ve kardeşleriyle yaşadığı hoş olmayan deneyimlerden kaynaklanır. Çok sayıdaki uyumsuz şema, çok sayıdaki psikolojik zorluğu ve kişilik patolojisi için hassasiyet yaratmaktadır (Nordahl ve ark 2005).

Her ne kadar erken yaşta gelişen uyumsuz şemaların, doğrudan kişilik bozukluğu geliştirdiği kanıtlanmamış olsa da, şemaların çok sayıdaki kişilik patolojisi örüntüsündeki temel yapıyı açıkladığı düşünölmektedir (Nordahl ve ark 2005).

Bu konudaki tartışmlara devam etse de kişilik bozukluğuunda önemli bir yer tutuğu düşünölen bilişler ile konulan tanılar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar da vardır (Beck ve ark 1990, Freeman ve ark 1990). Bu araştırmaların sonucunda, çekingen, bağımlı, obsesif-kompulsif, narsistik ve paranoid kişilik bozukluğuuna sahip olan bireylerin işlevsel olmayan inançları olduğu kanıtlanmıştır. Ancak diğer kişilik bozukluğu olan kişiler bu araştırmaya alınmadığından onlara yönelik sonuçlar hakkında bilgi yoktur (Beck ve ark 2004).

1. 1. 3. 5. 3. Ölçüm:

Rotter İç-Dış Kontrol Ölçeği: Rotter, bazı insanların pekiştirmenin kaynağını kendi davranışlarına, bazılarının ise pekiştirmenin kaynağını dışsal güçlere bağlamasından yola çıkarak bir ölçek geliştirmiştir. Birinci gruptaki insanların iç denetim odağına (internal locus of control), ikinci gruptaki insanların ise dış denetim odağına (external locus of control) sahip olduğu kabul edilir. Bu iki kontrol kaynağı, davranış üzerinde farklı etkiler gösterirler. Dış denetim odaklı insanlar, sahip oldukları yetenekler ve davranışlarıyla, alacakları pekiştireç üzerinde ancak çok az şeyi değiştirebileceklerini düşünürler. Bu yüzden de durumlarını

değiştirmek için çok az çaba harcarlar. İç denetim odaklı insanlar ise kendi yaşamlarından sorumlu olduklarını düşünürler ve buna uygun davranışlar ortaya koyarlar (Pervin ve John 1997).

Rotter'ın iç - dış kontrol odağı ölçeğı, bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu; pekiştirecin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans veya kader) kontrolünde olduğuna dair sahip olduğu genel beklenti ve inanışı ölçer (Savaşır ve Şahin 1997). Gruplara da uygulanabilen bu test, bireyin kendi kendini değerlendireceğı (self-report) türündendir. Zaman sınırlaması yoktur, yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Toplam 29 maddeden oluşmaktadır.

1. 1. 3. 6. Hümanistik yaklaşım:

Psikoanalitik ve davranışçı teorilerin tam tersi bir görüşle bu yaklaşım, insana çok daha pozitif bir bakış açısıyla bakar. Kişiliğın kavramsallaştırılmasındaki temel düşünce, bireyin sağlıklı ve işlevselliğinin tam olduğu; her bireyin biricik ve her açıdan farklı olduğudur. Ayrıca bireylerin anlam arayışı içinde olduğuna da vurguda bulunulur. Psikopatoloji, bireyin sağlıklı olma halinin yarıda kesilmesinin bir sonucudur.

1. 1. 3. 6. 1. Gelişim:

Carl Rogers (1902–1987); Psikoanalitik yaklaşımın kişilik gelişimi için söylediğı dürtü, içgüdü, bilinçaltı, gerilim azaltma kavramlarından farklı olarak algı, duygu, kendini gerçekleştirme ve değişim sürecine vurguda bulunur. Kişilik statik değildir, sürekli dinamik olan bir fenomendir. Kişilik teorisindeki temel kavram benliktir (self). Benlik, algılananların düzenlenmiş halidir. Benlik olarak bilinen şey, algılar ve yaşantıların farkında olduklarımızdır. İdeal benlik ise bireyin en çok sahip olmak istediğı benliktir. Kişilik gelişimi ve kişilik psikopatolojisi ideal benlik ve gerçek benlik arasındaki ilişkiye bağlıdır (Duke ve Nowicki 1989).

Ayrıca kişilik gelişimi için önemli olduğunu belirttiği bir diğer konu da çocuğun anne ve baba tarafından koşulsuzca kabul edilmesi ve sevilmesidir. Her çocuk davranışlarıyla koşullandırılmamış sevgi ve saygıya ihtiyaç duyar. Çocuk ebeveynlerinin hoşlanmadığı bir şeyi yapsa dahi onlar tarafından sevileceğini bilmelidir. Bu, kişilik gelişiminde önemli olan bir durumdur. Böylelikle çocuk gerçek duygularını ve isteklerini terk etmeden kişilik gelişimini tamamlamış olur.

Erich Fromm (1900–1980); Fromm her ne kadar psikanaliz okulundan geliyor olsa da bugün onu özgürlük ve sorumluluk alma gibi düşüncelerinden dolayı hümanistik ekol başlığı altında da inceleyebilmekteyiz. Fromm’a göre her birey başlangıçta annesine bağımlı olarak dünyaya gelir ancak vakit geçtikçe bu bağ zayıflar. Bu sürece bireyselleşme süreci der. Her ne kadar insanlar bu bağımlı hallerine geri dönmeye hevesli olsalar da, ayrılaştıklarını kabul etmek zorunda kalırlar ve hayatlarını, bu sorumluluğu alarak devam ederler. Bağımsız olmanın kabul edilmesine doğru gidilen yol yani özgürlük Fromm’un kişilik teorisinin ve patolojinin temelini oluşturmaktadır (Duke ve Nowicki 1989). Dolayısıyla Fromm’un kişilik gelişimi için belirttiği nokta daha çok bireyselleşme sürecinde bireyin nasıl ilerlediğidir. Bir başka deyişle Fromm’un kişilik kuramı bireyselleşme sürecinde kişinin yaşadığı kaygı durumları ve bu kaygılardan kaçış üzerine kurulmuştur (Burger 2006).

Maslow (1908–1970); Kişiliği güdüsel kavramlarla ele almıştır. Buna bağlı olarak, temel ihtiyaçlar hiyerarşisi oluşturmuştur. Bu hiyerarşinin en altında fizyolojik ihtiyaçlar (yeme, içme, barınma, cinsellik), daha sonra güvenlik gereksinimi, sevgi ve ait olma ihtiyacı, saygı gereksinimi ve en üstte ise meta ihtiyaçlar (kendini gerçekleştirme) vardır. Maslow’a göre ilk olarak temel ihtiyaçlar tam olarak karşılandıktan sonra birey bir üst basamaktaki ihtiyaçlarına yönelir (Duke ve Nowicki 1989). Bireyin kişilik gelişim, bu hiyerarşide yukarıya nasıl tırmandığıyla ilgilidir. Maslow’un kişilik teorisi daha çok sağlıklı kişiliğin nasıl oluşturulacağı ve bunu devam ettirileceği yönündedir.

1. 1. 3. 6. 2. Normal dışılık:

Kişilik gelişimini bireyin bir yandan kendini değerlendirmeye çalışması ve bir yandan da çevreden aldıklarını kendilik sistemine dahil etmesi ile açıklayan bu yaklaşım, bu iki sürecin

tutarlı olmamasını normal dışılıkla tanımlamaktadır. Ayrıca hümanistik yaklaşımın bir diğer önemli özelliği de anormallikten çok, iyi-olma (well-being) haline yaptığı vurgudur. Bununla bağlantılı olarak daha çok tedavi yaklaşımı üzerinde durmuş ve sınıflandırmalara karşı çıkmıştır.

Carl Rogers; Psikopatolojiyi ideal benlik ve gerçek benlik arasında önemli bir farklılık olmasına bağlar. Aradaki fark fazla olduğunda, anksiyete ve dezorganize davranışlar meydana gelir. Bütün anormal davranış örüntüleri, bu farklılığın inkar edilmesinden kaynaklanır (Pervin ve John 1997).

Fromm; Bağımsızlaşma her ne kadar temel ihtiyaçların doyurulması için gerekli olsa da her birey, gelişim esnasında bu basamağa tırmanamayabilir. Tamamen özgür olduğunu kabul etmekle ortaya çıkan yoğun anksiyeteden dolayı birey, Fromm'un deyimiyle yaşama işlevsel olmayan bir şekilde sarılır. İnsanlar özgürlükle birlikte gelen güçsüzlük ve kaygı duygularını aşmak için üç strateji kullanmaktadır. Bunlardan ilki, otorite figürü olmaya çalışmaktır. Birey otoriteciliğe başvurur; çünkü kendini güçlü hissetmek için daha güçlü insanlarla özdeşim kurar. Bu, aslında boyun eğme ve egemenlik kurma çabası gibi birbirine tezat olan durumların bir arada olduğunu göstermektedir. Bu kişiler, hem güçlü insanlarla beraber olarak ya da gruplara katılarak kendi bireyselliklerinden vazgeçerler hem de aşağılık duygularından kurtulmaya çalışırlar. Kaçışın ikinci yöntemi ise yıkıcılıktır. Birey, yaşamın tehdit edici durumlarından onları yok ederek kurtulmayı dener. Son strateji ise pek çok insanın başvurduğu mekanik uyumluluktur (konformizm). Özgürlükle özdeşleşen kaygılarla savaşmak için, birçok insan toplumun belirlediği, uygun gördüğü rolü ve yaşam tarzını benimser (Burger 2006).

Kişi bireyselleşmeyi ve de özgürlüğü reddettiğinde, kullandığı bu stratejilere bağlı olarak olası dört karakter tipine sahip olur. Bunlar alıcı karakter (receptive character), sömürücü karakter (exploitative character), biriktiren karakter (hoarding character) ve pazarlayan karakterdir (marketing character). Alıcı karakter, sürekli yapılması gereken şeyleri bizzat kendisi yapmayan bunu başkalarına yükleyen insanları; biriktiren karakter tutumlu, mesafeli ve soğuk insanları; pazarlayan karakter maddi kaynaklar edinme ile bireyselleşmeyi eş tutmayla tanımlanır (Duke ve Nowicki 1989).

Maslow; Maslow'un kişilik teorisi, patoloji üzerine değil de iyi olma (well-being) üzerine kurulmuştur. Fazlasıyla bozulmuş kişiliklerin üzerinde durulduğunu, oysa sağlığa ve iyi-olma haline hiç odaklanılmadığını belirtmiştir. “Hastalıklı kişiliğin” pek çok açıdan sağlıklı kişilikten farklı olduğunu, sadece sağlıklı fonksiyonların olmamasıyla bunun açıklanamayacağını savunmuştur. Benzer olarak sağlıklı kişilik de sadece bozukluğun olmaması ile anlatılamaz. Ayrıca patolojinin, organizmanın varoluşunun engellenmesinden kaynaklandığını savunur; bu engellenmeyi yapan da toplumdur (Pervin ve John 1997).

1. 1. 3. 6. 3. Ölçüm:

Bu yaklaşımın oluşturduğu bir ölçüm aracı yoktur.

1. 1. 4. Kişilik Bozukluğuna Geçiş:

1. 1. 4. 1. Normal kişilik - anormal kişilik - bozulmuş kişilik:

Kişiliğin nasıl olup da kişilik bozukluğuna dönüştüğü literatürde tartışılan konulardan biridir. Buna ilişkin olarak, normal, anormal ve bozulmuş kişiliğin ne olduğu ele alınmıştır.

Deli-akıllı, normal–anormal ayrımının geçerliliği konuşulurken, “normallik ve anormallik” kavramlarının insanların zannettiği kadar tam ve net bir şekilde tanımlanamayacağı ve tanıya götüren temel ölçütlerin hastanın kendisinde mi yoksa klinisyenin hastayı gördüğü bağlamda mı yattığı sorgulan bir konudur. Bir ortamda, kültürde veya durumda normal olarak kabul edilen, bir diğerinde sapkınlık olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla, konulan tanının ne derece doğru olduğu, normal kavramının özellikle kişilik bozukluğu gibi karmaşık bir bozuklukta ne kadar geçerli olduğu üzerinde tartışılan bir konudur.

Kreaplin (1888) akıl bozukluklarının farklı kategorileri olduğu ve normal ile patoloji arasında belirgin bir farklılık olduğunu söylemiştir. Farklı kategoriler olduğu varsayımı bazı mental bozuklukları için geçerli olabilir, ama kişilik bozuklukları dahil bazı psikopatolojilere daha az uygulanabilir (Livesley ve Jang 2005). Yani bedenin normal yapısı ve işlevleri

bilindiğinden, fiziksel hastalıkların tanımlanması oldukça kolaydır. Birçok fiziksel hastalık objektif bir dizi tetkik ile ortaya çıkarılır. Geniş perspektiften bakıldığında akıl hastalığının, daha dar bir açıdan bakıldığında ise kişilik bozukluğunun olup olmadığı bir yargıyı gerektirir. Oysa psikolojik düzeyde standart bir ölçüt kabul edilebilecek “normal modeli” mevcut değildir.

Bu konuda bir tanım yapılacak olursa Cloninger ve Svrakic (2000)’e göre normal kişilik dolaysız olarak, ideal olan sağlık ölçütlerinin kullanılmasıyla; dolaylı olarak sapkın kişiliğinin tam tersi olmasıyla; istatistiksel olarak ise belirli bir çevrede var olan en yaygın davranışlarla açıklanır.

Treytlere vurgu yapılmasıyla, bugün kullanılan tanısallık ve istatistiksel elkitabı (DSM), normal ve anormal arasındaki arabirimin açıklamasını yapmaya çalışmıştır ve bu ikisi arasındaki farkın “niteliksel” bir farklılık olduğunu söylemiştir (Livesley ve ark 1994). Bu görüş, normal ve bozulmuş kişiliklerin, bozukluğun farklı kategorileri olduğunu söyler. Buna göre normallik ve patoloji arasında belirgin bir farklılık vardır. Bu görüş DSM-IV ve ICD-10 gibi kişilik bozukluklarının “kategorik modellerini” savunur.

Bundan farklı olarak üç farklı görüş daha vardır. Bunlardan ilki, niteliksel farklılığı reddeder ve tam tersini savunur; yani normal ve bozulmuş kişiliğin birbirinin içine girdiğini söyler. İkinci önerilen model, her ne kadar normal ve bozulmuş kişilik arasında niteliksel farklılık olduğunu varsaysa da, belirli sayıdaki treytin, “bozulmuş kişilik” olarak tanımlanan kişiliğe yol açabildiğini düşünmektedir. Üçüncü bakış açısı, normal kişiliği oluşturan treytlerin etiyolojik olmayan birtakım süreçlerin etkisiyle bozukluklara yol açtığını savunmaktadır (Livesley ve Jang 2005).

Bu düşüncelerle ortaya çıkan normal ve bozulmuş kişiliğin farklılaşmasına ilişkin konu, klinik ve normal gruplar arasında “niteliksel farklılıklar” olup olmadığıdır. Niteliksel farklılığın da birkaç farklı biçimi vardır. Bu farklılık iki modlu olmakla (var ya da yok) ya da azlık-çoklukla (az var / çok var; az eksik / çok eksik) ile tanımlanabileceği gibi, işlevsellikteki bozulmayla da ifade edilebilir (Livesley ve Jang 2005).

Niteliksel farklılığın azlık-çokluk biçimi, bir davranış treytinin iki aşırı ucu arasındaki keyfi kesme noktasına dayanmaktadır. Aynı zamanda bu farklılık, ortamlara göre değişmektedir. Farklı ortamlarda ortaya çıkan aynı davranış, normal veya uyumsuz (maladaptif) olarak görülebilir. Ancak sosyal ortamlar temel alınarak, anormal kişiliğin tanımlanmaya çalışılması çok da doğru değildir; çünkü kişilik bozuklukları çok sayıda kişiler arası olmayan treyti de içermektedir. Örneğin narsistik kişiler kendi grandiozitetlerinden çok memnundurlar ve bu kişinin kendi zihninde gerçekleşen bir durumdur (Cloninger ve Svrakic 2000).

Bireyin kendisine özgü olan sapkınlıklar tek başına, normal davranış ve kişilik bozukluğu arasındaki farkı ayırt etmez. Yani işlevsellikte bozulmalar meydana gelmeden bazı bireylerde sosyal geri çekilme gerçekleşebilir. Bir başka deyişle, kişilik bozukluğunun belirtileri hem kişisel hem de sosyal özelliklere bağlıdır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Kişilik bozuklukları için bir boyuttaki aşırı (extrem) skorların nasıl patolojik olduğunu görmek zordur. Bunun için bazı ek faktörlere ihtiyaç vardır. Ancak böylelikle kişilik bozukluğu tanımının neden düşünüldüğü kolaylıkla açıklanabilir ve tanı haklı çıkartılabilir. DSM bunun için iki özellik önermiştir. Bunlar “esnek olmama ve öznel sıkıntı” yaşamaktır. Esnek olmama, aşırılığın (extremlik) bir boyutudur. Ancak bir boyuttaki aşırılık (extremlik) esnek olmamayı saptamada yeterli değildir. Örneğin zamanının çoğunu aşırı bir şekilde dışa dönük olarak geçiren bir kişi olduğunu varsayalım; ancak bu kişi tehlikeli olacak durumlarda bu davranışını yapmak için kendini tutabilmektedir. Aşırılık (extremlik) ve esnek olmama yüksek derecede birbiriyle ilişkilidir ama bu iki kavram aynı değildir. Aşırılık (extremlik) kişilik bozukluğu için gereklidir ama yeterli değildir (Livesley ve Jang 2005).

Kişilik bozukluğu tanımını belirlemedeki bu zorluk treyt ifadesine bağlıdır. Treytin yapısı, özellikle kötüye doğru gitme eğilimini gösterir. Bu eğilim, belirli türdeki davranışları ortaya çıkartır ve belirli bir tarzla davranışa dökülmesini sağlar. Bundan dolayı treytin aşırı düzeyi patoloji riskini artırabilir, fakat bu aşırı düzey, uyumsuzluğun (maladaptiflik) ortaya çıkması için gerekli değildir. Kısacası, kişilik bozukluğu tanımı, bozukluk özelliklerinin birleştirilmesini gerektirir. Böylesine bir yaklaşıma gerek duyulmaktadır, çünkü kişilik bozukluğunun klinik olarak ele alınışı, uyumsuz (maladaptif) treytlardan daha fazlasını içermektedir (Livesley ve Jang 2000).

Kişilik bozukluğu psikopatolojisi, bu sistemin bütün bileşenlerini kapsar. Bu bileşenler belirtiler (semptom), duygulanım (affect) ve dürtü düzenlemesindeki problemler, treytlarin uygunsuz dile getirilişi, kişiler arası problemler ve self-patolojidir. Kişilik sadece, sistemin bileşenlerinde görülmez, aynı zamanda yapı ve işlevsellikte görülür. Gerçekten de, bozukluk, işlevselliğin bozulmasıdır (Nakao ve ark 1992).

1. 1. 5. Kişilik Bozukluğu Tanımı:

1. 1. 5. 1. Tanım:

Bütün bu bilgiler ışığı altında kişilik bozukluğu tanımı şu şekilde yapılmıştır; kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür, yaygındır ve esnekliği yoktur, ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açar. Kişilik özellikleri esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda ve işlevsellikte belirgin bir bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden olduğunda ancak o zaman kişilik bozukluklarını oluşturur (APA 1994).

1. 1. 5. 2. Sınıflandırma:

Kişilik bozukluklarının en önemli sınıflandırılması ICD ve DSM’de yapılmıştır (Svrakic ve Cloninger 2005).

DSM-II’de yapılan tanımlamaya benzer olarak, anormal ve psikopatik kişilikleri özetleyen ilk sistem 1934’te Kurt Schneider tarafından oluşturulmuştur. Bu sistem ICD-9’ı ortaya çıkarmıştır. Schneider, kişilik bozukluklarını, kişisel deneyimlerden etkilenen yapısal değişkenler olarak tanımlamıştır. Zekaya benzer bir yapıda geliştiklerini düşünmüştür. Tanımladığı onbir kişilik tipinden sekizi, DSM-III-R’ deki tanı kategorilerine benzerdir. Bunlar;

1) Depresif psikopatik hastalar; Bu kişilerin birçoğu DSM-III-R’ de eksen I’de distimik tanısı alabilirler.

2) Güvensiz psikopatik hastalar; Bu kişiler kendi kendilerini suçlarlar, birçoğu DSM-III' de bağımlı kişilik bozukluğu tanısı veya DSM-III-R' de kendi kendini çelmeleyen kişilik bozukluğu tanısı alabilir.

3) Kompulsif psikopatik veya duyarlı hastalar; Bu kişiler hayatlarını oldukça katı bir titizlikle yapılandırırlar; son derece doğru ve dürüsttürler; anksiyete ve obsesyonları vardır.

4) Fanatik psikopatlar; Bu kişilerin aşırı değerlendirilmiş düşüncelere sahip olmaları olasıdır. Bu kişiler sürekli yakınır ve kuşkucudurlar. DSM-III-R'ye göre paranoid kişilik bozukluğu diye sınıflandırılabilirler.

5) Duygusuz psikopatik hastalar; Bu kişiler merhametten yoksundurlar, katı, duygusuz ve acımasızdırlar.

6) İlgi arayan psikopatik hastalar; Bu kişiler teşhirciliği ve böbürlenmeyi severler. Patolojik olarak yalan söylerler. DSM-III-R'de histriyonik veya narsistik kişilik bozukluğu tanısı alabilirler.

7) Labil psikopatik kişiler; Bu kişiler değişkendirler; irritabilite, depresyon ve dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimindedirler. DSM-III-R'de borderline kişilik bozukluğu tanısı alabilirler.

8) Asthenic psikopatik hastalar; Bu kişiler kendilerini beceriksiz olarak tanımlarlar; psikolojik olarak iyi olmadıklarından şikayet ederler, konsantrasyon güçlüğü çekerler. Yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı gibi çok sayıda fiziksel yakınmaları vardır. Bu kişilik bozukluğu DSM-II'de olmasına rağmen DSM-III ve DSM-III-R'de yoktur (Perry ve Vaillant 1989).

Kişilik bozukluklarının ölçütleri ilk defa DSM-III'de yayınlanmıştır. Tanı ölçütlerinin belirlenmesi için birçok alan çalışması yapılmıştır. DSM-III'ün revizyon sürecine baktığımızda, bundan yola çıkarak yepyeni bir elkitabı oluşturulmadığı, bundan ziyade, birtakım değişikliklere uğradığı ve ortaya DSM-III-R'nin çıktığı görülmektedir. Eksen II için başlı başına üç değişim yapılmıştır. Bunlardan en önemlisi monotetikten (monothetic) politetik (polythetic) modele geçiştir. DSM-III'de pek çok tanı monotetiktir. Bu, herhangi bir tanı almak için bireyin bütün ölçütleri karşılamasının gerekli olduğu durumu yansıtır (Widiger ve ark 1988).

DSM-III-R eksen II için politetik (polythetict) model kullanır. Bu modelin kullanılması durumunda, tanının belirli bir kesme noktasının hasta tarafından karşılanması, tanının

konulması için gereklidir. Tanı ölçütleri bir ölçek (skala) gibi ele alınır; bu ölçek boyutsal yaklaşıma yakın bir tanısal süreci içerir. Politetik modelin en çok eleştirildiği nokta, önceki modelin bütün ölçütlerin karşılanmasını gerektirmesine rağmen, bu yeni modelin bir kesme noktası önermesidir (örneğin altısından dördünü karşılaması gibi). Böyle bir durum da tanı koyma olasılığının arttırmıştır. Bu da her bir tanının heterojenliğini artırabilir.

İkinci değişim, eksen II'ye öneri niteliğinde iki tanının eklenmesidir. Bunlar kendi kendini çelmeyen (mazoşistik) ve sadistik kişilik bozukluğudur. Bu durum birçok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Son değişiklik de tanı ölçütlerinin eklenmesi ya da çıkartılmasıdır.

1. 1. 5. 3. Bugünkü sınıflandırma:

DSM-IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (Akıl Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel Manueli, 4.basım)]'e göre sapkın kişilik treytlarini normallerinden ayıran en önemli özellik, uzun süre uyumsuz ve esnek olmamanın söz konusu olması; işlevsellikte bozulmalara yol açması veya bunlardan her ikisinin de bulunmasıdır. DSM-IV, kişilik bozukluğunu yaşanan kültürün beklentilerinden sapan davranış ve içsel davranış örüntüsü olarak tanımlar: Biliş, duyuş (affektif), kişiler arası işlevsellik, dürtü kontrol alanların iki veya daha fazlasında bu örüntü olmalıdır (Cloninger ve Svrakic 2000).

DSM-IV'de sınıflandırılan kişilik bozuklukları şizotipal, şizoid, paranoid, narsistik, borderline, antisosyal, histriyonik, obsesif-kompulsif, bağımlı ve çekingendir. DSM-IV'de DSM-III-R'den farklı olarak, pasif-agresif kişilik bozukluğu, sadistik kişilik bozukluğu ve kendi-kendini çelmeyeleyen (self-defeating) kişilik bozukluğu yoktur, bu kişilik bozuklukları DSM'den çıkartılmıştır.

DSM-IV, kişilik bozukluklarını üçe kategorik olarak bölmüştür. Her bir kategori klinik özellikleri paylaşmaktadır: A küme tuhaf, ilgisiz ve eksantrik özellikleri içeren paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğundan; B küme dramatik, dürtüsel ve değişken özelliklerin olduğu dört bozukluğu yani borderline, antisosyal, narsistik ve histriyonik kişilik bozukluklarından; C küme ise anksiyöz ve korkulu özellikleri paylaşan çekingen, bağımlı ve obsesif - kompulsif kişilik bozukluğundan oluşmaktadır.

Birçok çalışma kompulsif bozukluk dışındaki bu üç kümenin yapı geçerliliğini desteklemiştir. Bu bozukluğun bir dördüncü küme olması konusunda tartışmalar çıkmıştır (Svrakic ve Cloninger 2005).

A, B ve C kümenin altında yatan üç boyut (bağlanma, dürtüsellik ve kaygılı olma) normal mizaç treytlarine (ödül bağımlılığı, yenilik arama, acıdan kaçınma) uymaktadır. Nitekim bu treytlardaki değişiklikler, kişilik bozuklukları arasında ayırım yapılmasında önemlidir (Cloninger ve Svraic 2000).

1. 1. 5. 4. Bugünkü sınıflandırmaya karşı yapılan eleştiriler:

Kişilik bozuklukları bugün tanı tartışmasına yol açan bozuklukların başında gelir. DSM-IV sınıflandırmasının da bazı sınırlılıkları vardır. Araştırmacılar, DSM IV'deki kişilik bozuklukları sınıflandırma sistemi için bazı alternatifler getirmektedir. Çünkü bugün kullanılan kategorik yaklaşım, normal kişilik ile patolojik kişilik arasındaki ilişkiyi “sürekli olmama” haliyle tanımlamaktadır (Widiger 1992, Clark ve ark 1997).

DSM IV, kategorik bir yaklaşımla kişilik bozukluklarını “var ya da yok” diye ele alır. Bu yaklaşımın bazı yararları olduğu kadar zararlar da vardır. İlk olarak yararından bahsedilecek olunursa, bu durum klinisyenler arasında bir iletişim sağlar. İnsanlar için, kavramlar ve kategoriler, zaman açısından son derece ekonomiktir. Her ne kadar sınırlar arasındaki çizgi bulanık da olsa, tanı, belirli özelliklere sahip hastalar hakkında klinisyenlere bilgi verir. Aynı zamanda hastalara, tanıya yönelik bilgi vermek için de gereklidir (Westen 1999).

Zararlarından bahsedilecek olunursa bunlardan ilki, klinisyenin o kategoriye içeren bütün şemalarını harekete geçirmesidir. Böyle bir anlayış, klinisyenlerin, hastanın dinamiklerini anlamaktan çok, onu “uygun” bir kategoriye yerleştirme çabası içinde olduklarına dair bir izlenim bırakmaktadır. İkincisi ise, uzun süredir var olan uyumsuz (maladaptif) kişilik bozukluğunu kronik kişilik değişikliklerinden (örn: kronik depresyondan, uzun süreli durumsal faktörlerden, tıbbi sorunlardan) ayırt etmenin zor olmasıdır (Westen 1999).

DSM, sosyal ve mesleki alanlarda önemli işlevsellik sorunu olmasının gerekliliğine vurguda bulunur. Oysa bu “önemlilik “ yoruma açık bir ifadedir. Ayrıca işlevselliğin bozulması ve bunun yarattığı stres, kendini düşük benlik saygısı, anksiyete, suçluluk ve depresyonla da gösterebilir. Bunlar da klinisyeni eksen I’e itebilir. Bu nedenlerden dolayı bugün konuşulan şey, kategorik anlayışa alternatif olacak başka yaklaşımların oluşturulmasıdır.

Başka bir modele ihtiyaç duyulmasının bir başka nedeni de, herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan hastanın, üç veya dört kişilik bozukluğu tanısı almasının olası olduğu durumlardır. Bu durumda, kategorik anlayıştan boyutsal tanıya geçilmesi önerilmektedir. Boyutsal yaklaşım, normal ile patolojik kişilik arasındaki ilişkinin sürekliliğini ifade etmektedir (Shedler ve Westen 2004). Boyutsal yaklaşım, sürekliliği olan bir boyut üzerinde, treypteki en az değerden en yoğun olana doğru giden bir tabloyu ifade etmektedir. Dolayısıyla kişilik bozukluklarının, var ya da yok diye değil de aşırı olup olmama açısından ele alınması önerilmektedir.

Sonuç itibarıyla bugün eksen II için önerilen birkaç şey vardır. Bunlar daha az ciddi kişilik bozukluklarını yansıtan ek kategoriler oluşturmak (Westen ve Shedler 1999); bugünkü kategorik sisteme boyutsal sistemi de yerleştirmek (Clark ve ark 1996); eksen II’ e kişiliğin işlevsel değerlendirilmesini eklemektir (Westen ve Westen 1998).

Normaldışı davranışa tanı koyma girişimleri “bir ad bulma oyunu” nun çok daha ötesindedir. Normaldışıya odaklanan psikolojide, güvenilir ve geçerli bir sınıflama sisteminin geliştirilmesi, diğer bilim dallarında olduğu kadar önemlidir. Bu yüzden sınıflama, normaldışı psikolojide sürekli gündemde olan bir konudur. Bütün bu bilgiler ışığı altında, DSM IV’ de eksen II’ inin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.

DSM-IV’ün kişilik bozukluklarının sınıflandırmasına yönelik yapılan eleştirilerden yola çıkılarak Shedler ve Westen tarafından SWAP–200 (Shedler–Westen Assessment Procedur) oluşturulmuştur. SWAP–200, 200 kişilik tanımını içerir ve maddeler sekiz kategoride toplanmıştır. 200 kişilik tanımının her biri 0 ila 7 arasında numaralandırılır. İfadeler gündelik dilde kullanılan türdendir. SWAP’ ın iç güvenilirliği 0,75 ila 0,89 arasında değişmektedir.

Kişilik patolojisinin çalışılmasında hem görgül olarak hem de klinik olarak çalışılmasına olanak sağlamaktadır.

1. 1. 5. 5. Özellikler:

1. 1. 5. 5. 1. Tedavi ve tedavi uyumu:

Kişilik bozukluklarının en önemli özelliği, sıklıkla benliğe uyumlu (ego-sentonik) olmalarıdır (Gabbard 2000). Dolayısıyla bu kişiler psikiyatrik yardımı reddederler, bunun yerine klinisyenleri veya toplumu suçlarlar (Perry ve Vaillant 1989).

Pek çok durumda kişilik bozukluğu olan kişiler, karakter treytlерinden dolayı sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde bozulmalar meydana gelinceye kadar tedavi arayışı içine girmezler ve değişim ihtiyacı hissetmeleri ancak bu zorluklarla karşılaşınca gerçekleşir (Gabbard 2000). Kişilik bozukluğu olan hastalar, sürekli akıl sağlığı çalışanlarının uzmanlıklarının sınırlı olduğunu düşündürtüler. Bu kişiler, sürekli başka kurumlara sevk edilirler, tedavilerinden yarar alamazlar. Bu durumda daha ileriki yıllarda bu kişilerin hastane popülasyonunun çoğunluğunu oluşturması olasıdır.

Ayrıca kişilik bozukluğunun bir başka genel özelliği de kişisel sınırların iç içe geçmesi ve bu kişilerin başkaları üzerindeki etkilerinin ortaya çıkmasıdır. Yani kişilik bozukluğunun bulaşıcı bir tarafı vardır. Eğer uzmanlar kişilik bozukluğu olan hastalarla kişisel görüşmelerde bulunurlarsa, profesyonel objektifliklerini kaybedebilirler (Perry ve Vaillant 1989).

Bu konuda edinilmiş bir başka bulgu da, toplumda kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin sadece beşte birinin tedavi alıyor olmasıdır (Ekselius ve ark 2001).

1. 1. 5. 5. 2. Tanı ve eştanı (komorbidite):

Kişilik bozukluklarının bir diğer özelliği de çoklu tanılara açık olmasıdır. Birçok araştırma, kişilik bozukluğu tanıları arasında bir çakışma olduğunu rapor etmiştir. Ancak

hastaların birkaç kişilik bozukluğuna sahip olabilmeleri tartışılan bir konudur (Nakao ve ark 1999).

Kişilik bozuklukları ve eksen I bozuklukları arasında yüksek düzeyde komorbidite olduğu birkaç çalışmayla kanıtlanmıştır (Casey ve Tyrer 1990, Pepper ve ark 1995). Duygudurum bozuklukları ile borderline kişilik bozukluğu (Sass ve Jünemann 2003), anksiyete bozuklukları ile çekingen ve bağımlı kişilik bozuklukları (Reich ve Noyes 1987, Alnaes ve Torgersen 1990) ve alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğu (Moran 1999) arasındaki ilişki klinik çalışmalarla gösterilmiştir.

1. 1. 5. 5. 3. Kişilik bozukluğunun ruhsal işlevi:

Kişilik bozukluklarının ortaya çıkması, altta yatan problemlere uyum sağlanmasını yansıtır. Yaralanmalardan sonra ortaya çıkan kabuk gibi, kişilik bozuklukları da bireylerin kendilerini iyileştirmek için verdikleri çaba sonucu oluşur. Yani kişilik bozuklukları da kişilerin kabukları, nasırlarıdır. Ancak tuhaf olan bir şey var ki o da pek çok sanatçının, bilginin, devrimci kahramanın ve mucitin de kişilik bozukluğuna sahip olduğudur (Perry ve Vaillant 1989). Kişilik özelliklerinin süreklilik çizgisi üstünde düşünüldüğünde az olması ya da çok olması ile açıklanabilir. Böyle ele alındığında, birçok sanatçı ve bilim adamının kişiliğinin aşırı boyutta olduğu söylenebilir.

1. 1. 5. 5. 4. Akıl hastalıklarının neresinde:

Akıl sağlığı hastalıklarını sıraladığımızda, kişilik bozuklukları, nevroz ve psikozun arasına düşmektedir. Kişilik bozukluğu olanlar “sevmek ve çalışmak” konusunda sıkıntı yaşarlar. Bu kişiler öfkelerini veya diğer güçlü duygularını düzenleyemezler ve bunu uygun bir tarzla ifade edemezler. Stresörlere uyum sağlayamazlar, kendilerini dünyaya değil, dünyayı kendilerine uydurmaya çalışırlar (alloplastik uyum).

1. 5. 5. 5. Kişiler arası ilişkiler:

Psikoz ve nevrozdan farklı olarak, kişilik bozuklukları hemen hemen her zaman kişiler arası bağlamda oluşur. Yani çölde tek başına yaşayan birisi için kişilik bozukluğu tanısı düşünülmez. Kişilik bozukluğu, bireyin diğer insanlarla olan ilişkilerinde acı verici bir uzlaşma oluşturma tarzıdır. Eğer birey için nevrotik semptomlar dayanılmaz istek ve korkularla baş etme tarzı olmuşsa, kişilik bozuklukları da bir başa çıkma biçimi olarak düşünülebilir. Empati kurmayı beceremeyen kişilik bozukluğu olan kişiler, başkalarının kendisini nasıl gördüğünü de anlayamaz. Sonuç olarak davranışları, diğer insanların canını sıkarak ve onlar tarafından hasta veya kötü olarak etiketlenirler. Bu bozukluk, sağlam olmayan kişiler arası ilişkilerdeki kısır döngünün bireyin uyum sağlama tarzını kötüleştirilmesi ile karakterize edilir (Perry ve Vaillant 1989).

Oldham ve Morris (1991)'e göre kişilik bozuklukları ile kişilik tarzını ayırt etmedeki en önemli bilgi, bozuklukla ilişkili olan davranışların kendi kendini çelmeleme ile ilişkili olmasıdır. Kişilik bozukluğu, benlik hissi (sense of self) etkiler. Benlik hissi, insanların düşünme şeklini, başkaları hakkında ne hissettiğini ve başkaları tarafından nasıl görüldüğünü ifade etmektedir. Bu bozukluk fazlasıyla iş yerinde bireyin kişiler arası ilişkilerini etkiler. Bozukluk, kendini, insanların görevleri nasıl tamamladığıyla, emirleri, istekleri nasıl verdiğiyle, nasıl kararlar aldığıyla, içsel ve dışsal taleplere nasıl baktığıyla, nasıl eleştirdiği ve nasıl eleştirildiğiyle, sorumlulukları nasıl aldığıyla ve yerine getirdiğiyle, başkaları ile nasıl işbirliği halinde çalıştığıyla kendini gösterir.

1. 1. 5. 5. 6. Cinsiyet:

Kişilik bozukluğu tanıları için potansiyel bir cinsiyet önyargısı söz konusu olabilir. Her ne kadar bazı çalışmalarda kişilik bozukluğu kategorileri için cinsiyet farklılığı olmadığı rapor edilmiş de olsa, çalışmaların çoğunda böyle bir fark olduğu bulunmuştur. A kümenin daha çok erkeklerde yaygın olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. B kümede en çarpıcı bulgular, antisosyal kişilik bozukluğunun daha çok erkeklerde, borderline kişilik bozukluğunun ise daha çok kadınlarda olduğu şeklindedir. C kümede bağımlı kişilik bozukluğunun daha çok kadınlarda yaygın olduğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun ise daha çok erkeklerde

yaygın olduğu bulunmuştur (Paris 2004) Golomb, ve ark (1995)'ın yaptığı bir araştırmada ise narsistik ve antisosyal kişilik bozukluğunun daha çok erkeklerde yaygın olduğu gösterilmiştir.

Antisosyal kişilik bozukluğunun altında yatan birincil treyt, dürtüsel agresyondur, bu da tipik olarak daha çok erkeklerde yaygındır. Borderline kişilik bozukluğunda klinik ortamda hastaların yaklaşık % 80'inin kadın olduğu görülmüştür (Zimmerman ve Mattia 1999, Paris 2004, Lieb ve ark 2004) Borderline kişilik bozukluğunun altında yatan birincil treytlere ise, duyusallık (affektif) değişkenlik ve dürtüselliktir ve sıklıkla buna bilişsel bozulmalar (disfonksiyon) eşlik eder (Zanarini 1990, Siever ve Davis 1991). Bu iki açıklamanın antisosyal ve borderline kişilik bozukluğundaki cinsiyet farklılıklarını açıklayabileceği söylenmiştir. Ancak bu konuda bazı tartışmalar da vardır.

Widiger (1991) kişilik bozukluğunda cinsiyet farklılığının yapay olup olmadığı sorusuna dikkatini yöneltmiştir. Bunun sadece klinisyenlerin bir önyargısı olabileceğini düşünmüştür. Eğer hasta erkekse, klinisyenler tarafından benzer belirtilerin antisosyal kişilik bozukluğunu destekler nitelikte algılandığını; eğer hasta kadınsa, belirtilerin antisosyal veya borderline kişilik bozukluğuyla açıklandığı görülmüştür (Cale 2002).

Özetle, bazı kişilik bozukluklarının daha çok erkeklere; bazılarının ise kadınlara daha sık konulması klinisyenlerin, zaman zaman tipik cinsiyet rolleri ve davranışları hakkındaki sosyal stereotiplere bağlı kalmasına atfedilmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 1. 5. 5. 7. Kişilik bozukluklarında iyileşme (remisyon):

Johnson ve ark (2000)'nın yaptığı bir araştırmada, zaman içinde kişilik bozukluklarının treyt düzeyinde önemli azalmalar olduğu gözlemlenmiştir. Hem ergenlik ve hem de erken yetişkinlik esnasında kişilik bozuklukları treytlerinde % 28' lik bir azalma görülmüştür. Bu, adolesanların kişilik treytlerinin yavaş yavaş yetişkin rolleri ile ilgili sosyal beklentilere uymaya meğilli olması ile ilgili olabilir.

Kişilik bozuklukları treytlерinin adolesanlık ve genç yetişkinlik esnasında yaygınlığının gittikçe azaldığı bilgisine ek olarak, kişilik bozukluğu olan adolesanlar, sıklıkla yetişkin oluncaya kadar bu bozukluğun treytlерinde bir artış olur ve bu bozukluğun treytlерinin durağan (stabil) hale gelmesi ergenlik ve genç yetişkinlik esnasında gerçekleşir (Johnson ve ark 2000).

Uzun süre takip edildiğinde kişilik bozukluğunun ne derece hala etkisini sürdürdüğü, kategorilere göre değişmektedir. Antisosyal kişilik bozukluğu üzerine yapılan araştırmalar göstermiştir ki bu bozukluğuna sahip pek çok kişinin yaşı ilerledikçe en azından bir derece iyileşme görülmektedir (Paris 2003). A küme üzerine yapılan çalışmaların pek çoğu şizotipal kişiliğe odaklanmıştır. Bu konudaki bulgular A küme bozukluğu olanların zaman içinde iyileşmediği yönündedir. Örneğin, toplumda yapılan çalışmaların birinde (Reich ve ark 1989) A küme bozukluklarının yaş etkisi göstermediğini yani yaygınlığının daha önceki yıllarla aynı kaldığını ancak B küme bozukluğun yaşla birlikte yaygınlığında düşme olduğu belirtilmiştir.

Bir bütün olarak düşünüldüğünde, araştırmalar, DSM-IV’de söylenen kişilik bozukluklarının bazı türlerinin yaşla azalmasını ve çocuklukta ortaya çıkan kişilik bozukluğu treytlерinin sıklıkla yetişkin hayatta sürüp gitmediğini desteklemektedir.

1. 1. 5. 5. 8. Medeni durum:

Torgersen ve ark (2001)’nın yaptığı çalışmada, herhangi bir eş (partner) olmaksızın, yalnız yaşamının kişilik bozukluğuna sahip olmakla ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun için verilen en iyi örnek, şizoid ve obsesif-kompulsif özelliklerin evli olmamakla ilişkili bulunmasıdır. Buna ilaveten, kişilik bozukluğu olan evli kişilerin, kişilik bozukluğu olmayanlara kıyasla daha çok evlilik (marital) sorunlar yaşadığı da saptanmıştır (Ekselius ve ark 2001). Daha spesifik olarak ele alındığında ise, bazı çalışmalarda borderline kişilik bozukluğunun daha çok bekarlarda; antisosyal kişilik bozukluğunun daha çok boşanmış kişilerde olduğu bulunmuştur.

Samuels (1994), Eastern Baltimore Mental sağlık araştırmasında 810 yetişkinle görüşmek için yarı yapılandırılmış bir yöntem kullanarak yetişkin kişilik bozukluğunun yaygınlık

(prevelans) oranını ve ilişkili parametreleri incelemiştir. Ayrı olan ve yahut boşanmış deneklerin diğerlerine göre daha yüksek oranda kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur.

1. 1. 5. 5. 9. Eğitim düzeyi:

Eğitim düzeyinin kişilik bozukluğu ile olan ilişkisine bakıldığında, lise mezunu olan ya da eğitimi liseden daha düşük olanlara özellikle A küme bozukluk tanısı konulmasının daha olası olduğu görülmektedir. Bu konudaki şaşırtıcı bir bulgu da, obsesif-kompulsif bozukluk tanısının, eğitim düzeyi yüksek olan kişilere daha çok konulmuş olmasıdır (Torgersen ve ark 2001).

1. 1. 5. 5. 10. Yaşanılan yer:

Şehrin merkezinde yaşamak, bir kişilik bozukluğuna sahip olmakla ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki en çok A küme, belirli olarak da şizoid ve paranoid kişilik bozuklukları için gözlenmiştir. Histriyonik kişilik bozukluğu da aynı zamanda şehrin merkezi bölgesinde daha yaygındır (Torgersen ve ark 2001).

1. 1. 5. 5. 11. İntihar (suisidite) öyküsü:

Kişilik bozukluğu olanların daha çok impulsif içici olduğu ve daha çok intihar etme tehditlerinde bulundukları da diğer bulgular arasındadır. Kişilik bozukluğu tanısı almış deneklerde impulsif içicilik ve suisid davranış yaygınlığının yüksek olduğu Brodsky ve ark (1997), O'Boyle ve Brandon (1998) ve Söderberg (2001)'in araştırmalarında görülmüştür. Ancak her ne kadar intihar davranışı, kişilik bozukluğu olanlarda daha tekrar edici bir özelliğe sahip olsa da, intihar girişiminin klinik özellikleri (intihar içeriği, intiharın ne kadar ölümcül olduğu gibi), normal bireylerde görülenden farklılaşmamaktadır (Suominen ve ark 2000).

Her ne kadar bu riskin büyüklüğü belirli bozuklukların kategorileri arasında değişse de, kişilik bozuklukları intihar davranışı ile ilişkilidir (Dirks 1998). Daha önceki araştırmalar riskin düşünüldüğü kadar yüksek olmadığını gösterse de, antisosyal kişilik bozukluğu hem intihar

girişiminde bulunma hem de intiharı tamamlama ile ilişkili bulunmuştur (Woodruff ve ark 1971). Lesage ve ark (1994) Kanada’ da bir grup genç erkek arasında intihar ile belirli bir akıl bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. İntihar eden kişilerin %88’ inde en azından bir eksen I bozukluğu; %57’ sinde ise en az bir eksen II bozukluğu tanımlanmıştır; en yaygın olan kişilik bozukluğu borderline ve antisosyal kişilik bozukluğudur.

İleriye dönük çalışmalar antisosyal kişilik bozukluğu tanısının doğal olmayan ölümler için bir yordayıcı olduğunu göstermiştir. 500 ayaktan tedavi alan hastayla yapılan 6 ila 12 yıllık takip çalışmalarında, Martin ve ark (1985) antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olanların standart ölüm oranlarının diğerlerine oranla dört kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Buna ek olarak geriye yönelik çalışmalardan elde edilen veriler antisosyal kişilik bozukluğunun hem ani ölümler hem de kazadan kaynaklanan yaralanmalar için önemli bir faktör olduğunu onaylamıştır (Moran 1999).

Dyck ve ark (1988) Kanada’da random atama ile seçtiği kişilerin intihar girişi ve psikiyatrik bozukluğunun yaşam boyu öykülerini incelemiştir. Her bir bozukluk için intihar girişiminde bulunma riskini değerlendirmişlerdir. İntihar girişiminde bulunanların yaklaşık %80’sinin ömürleri boyunca bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu görülmüştür.

1. 1. 5. 5. 12. Aile öyküsü:

Anne veya daha genel bir ifadeyle ebeveyn tarafından ihmal edilme (Carter ve ark 1999, Nickell ve ark 2002), çocuklukta yaşanan duygusal, fiziksel ve cinsel istismar (Zanarini ve ark 1997, Martin ve Cohen 2000), mizaç (Cloninger ve ark 1993, Mulder ve ark 1994) ve çocuklukta eksen I psikopatolojisi (Bernstein ve ark 1996, Kasen ve ark 1999) gibi bireye özgü faktörler, yetişkinlikte ortaya çıkan kişilik bozukluğuna katkıda bulunan faktörlerdir.

Battle ve ark (2004)’nın yaptığı bir araştırmada, kişilik bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğunun istismara ve ihmal edilmeye maruz kaldığı bulunmuştur. Aynı anda birçok kişilik bozukluğu ele alındığında, özellikle borderline kişilik bozukluğunun çocukken yaşanan kötü davranışlara maruz kalma ile ilişkili olan eksen II tanısı olduğu da göze çarpan bulgular

arasındadır. Benzer sonuçlar Zanarini ve ark (1997) tarafından da bildirilmiştir. Ayrıca kişilik bozukluğu olan kadınlar, erkeklere nazaran, bakım vericiler tarafından istismar edildiklerini ve iki şekilde ihmal edildiklerini (anne-baba tarafından yeterince korunmadıkları ve de ebeveynlerinin yaptığı anne babalık tarzının etkili olmaması) daha fazla dile getirmiştir.

1. 1. 5. 5. 13. Yetiştirilme tarzı:

Yetiştirilme tarzı açısından ele alındığında ise dört çocuk yetiştirme tarzının (reddetme, ilgisiz davranma, uygun yetiştirme tarzı, aşırı koruma / çok karışma) kişilik özelliklerinin gelişimi ile dolayısıyla kişilik bozukluğuyla ilişki olduğu söylenmektedir. Ayrıca aile çevresinin nasıl olduğu (kardeş sayısı, doğum sırası, sosyo-ekonomik düzey, çocuk yetiştirme örüntüsü, üç yaş öncesi çocuk yetiştirmeye annenin nasıl katıldığı, üç yaş öncesi çocuk yetiştirmeye babanın nasıl katıldığı, ebeveynlerle olan ilişki, kardeşlerle olan ilişki) da bunu etkilemektedir. Yapılan araştırmalara göre aile çevresinin bu özellikleri, kişilik treytları üzerinde farklı etkilere sahiptir. Ayrıca aile çevresi için, kişiliğin karakter bileşeninden çok, kişiliğin mizaca ilişkin olan tarafı daha az etkilenmektedir. Buna ilaveten, bireyler, ailenin çevresel faktörlerinden etkilenme bakımından da değişirler. Aile çevresi, içe dönük olanları daha çok etkilemektedir. Bu durum içe dönük olanların daha çok evde vakit geçirmelerinden dolayı, daha çok aile çevresine maruz kalmaları ile açıklanabilir (Nakao ve ark 2000).

1. 1. 5. 5. 14. Kültürel etkenler:

Genel inanış, kişilik bozukluklarında sosyo-kültürel faktörlerin önemli bir rol oynadığıdır. Ancak bazı kanıtlar da psikopatoloji ile kültürün arasında bir bağ olmadığını göstermektedir. Kültürel antropologlar tarafından da, kişilik bozuklukları ile kültürel faktörler arasında bir ilişki olduğunu gösteren herhangi bir veri yoktur (Perry ve Vailant 1989).

1. 1. 5. 5. 15. Genetik etkenler:

Kişilik bozukluğunun kalıtsal olduğunu kanıtlayan pek çok araştırma, A küme bozukluğu üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu, şizotipal kişilik bozukluğunun

yaygınlığının, şizofreni akrabaları arasında daha çok olduğunu göstermiştir. Paranoid kişilik bozukluğu için de görülen tablo aynıdır. Paranoid kişilik bozukluğu ve şizofreni arasındaki biyolojik ilişki, evlat edinme çalışmalarında en çok tartışılan konulardan biridir. Paranoid kişiliğin gelişmesine yatkınlık hazırlayan kalıtsal biyolojik özellikler daha ileri araştırmalar gerektirmektedir. Çevresel stresörler bu hastalığın klinik tablosunu tetikleyebilir.

B küme üzerine yapılan çalışmalar ise, daha çok antisosyal ve borderline üzerinde durulmuş ve bu bozukluklardaki “dürtüsellik” ele alınmıştır. Bu durumun genetik olarak geçiş yaptığı son zamanlarda anlaşılmaya başlanmıştır. C kümenin genetik faktörleri üzerinde az sayıda araştırma yapılmıştır. Bunların arasında kompulsif treyitin belirli genetik bileşenleri olduğu bulunmuştur (Perry ve Vaillant 1989).

Kişilik bozukluğu olanlar, çocuklukları esnasında ya mizaç boyutunda anormal davranışlar sergilerler ve alışılmamış treytlere sahiptirler ya da klinik belirtiler (semptomlar) gösterirler. Davranım bozukluğunun antisosyal kişilik bozukluğunun bir habercisi olduğunu gösteren araştırmalar vardır. Çocukluk dönemindeki anormal mizacın (huyun) borderline kişilik bozukluğu gibi B küme bozukluğunun (Paris 2000), A küme bozukluğunun (Wolff ve ark 1991) ve C küme bozukluğunun habercisi olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Dolayısıyla çocuklukta bazı yaşantıların iyileşmeyi (remisyonu) etkilediği söylenebilir.

1. 1. 6. Kişilik Bozukluklarının Değerlendirmesi ve Ölçülmesi:

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, patolojik tutum ve davranışların varlığı ile ilgili kararlar vermeyi gerektirir ve bunların bireyin normal kişilik özellikleri olup olmadığı hükmünü vermeyi kapsar. Bundan dolayı bir kişilik bozukluğu, bu örüntüyü en iyi ölçenin ne olduğuyla ve patolojik tutumların sabit örüntüsüyle ilgilidir (Zimmerman ve Coryell 1990).

Yıllardır kişilik araştırmacılarının bel bağladıkları şey, kişilik boyutlarını ölçmek için kendi kendini değerlendirme (self-report) ölçeklerini kullanmak olmuştur. Belirli kişilik özellikleri ile ilgilenen araştırmacılar, bu niteliği ölçmek için kalem–kağıt testi geliştirmiştir (Dowson 1992).

Bu ölçümün görüşme temelli değerlendirmelere nazaran düşük maliyetli olması, daha sık kullanılmasına neden olmaktadır. Ancak kişilik bozukluğu tanısı koyarken bu testleri kullanmanın çok önemli sınırlılıkları da vardır. İlk olarak, bireyin kendisi sadece bir opsiyon-düşünce verir. İkincisi, herkes gibi, kişilik bozukluğu olan insanlar da sıklıkla kendilerini gerçekçi olarak ele alamazlar ve başka insanlar üzerinde nasıl bir etkileri olduğunu bilemezler (Klonsky ve ark 2002). Bir diğer sınırlılığı ise bu testlerin duruma ilişkin birtakım faktörlerden etkilenebilmesidir (Bodlund ve ark 1998). Ayrıca kişinin testte sorulan soruları anlayıp anlamadığını bilmek de zordur (Perry 1992). Daha genel ve olumsuz bir özellikleri de, belirli kişilik bozukluklarını aşırı tanılama (over-diagnose) eğilimleri olmasıdır (Zimmerman ve Coryell 1990, Ekselius ve ark 1994). Yani kişilik bozukluğu tanısı koyma olasılıkları fazladır.

Kendi kendini değerlendirme testinde ters puanlanan maddelerin olması, hep olumlu cevap verme ya da tam tersi hep olumsuz cevap verme etkisini azaltır. Ama aynı zamanda soruların cevaplandırılmasında, cevap veren kişinin zorlanmasına da neden olabilir. Bazı maddelerin ters puanlanması, kişilik bozuklukları ölçütlerinin tam olarak içerdiği şeyi anlatamamasına yol açabilir.

Kişilik bozukluğu araştırmacılarından Allard ve Grann (2000) kişilik bozukluğu üzerinde yaptıkları çalışmalarda başka kişilerden bilgi almanın önemini vurgulamıştır. Bilgi veren kişinin doldurduğu test, bireyin kendi kendine doldurduğu testten bağımsız bilgi verir. Bilgi vericiler değerlendirmenin güvenilirliğini artırır, çünkü her iki tarafın da tamamen şans eseri yanlış, yanıltıcı bilgi verme olasılığı azalır (Clark ve ark 1997).

Başka kişilerden bilgi almak, tanısal değerlendirmenin güvenilirliğinin ve geçerliliğinin sağlanmasını yapabilir. Literatür gözden geçirildiğinde, bilgi veren kişilerle bireyin kendi kendini değerlendirdiği testler arasındaki uyuşmanın orta düzeyde olduğu görülmüştür (Klonsky ve ark 2002).

Bu dezavantajlar göz önünde bulundurularak, yapılandırılmış görüşmeler geliştirilmiş ve bunların geçerlilikleri sınanmıştır. Kalem-kağıt testlerinin evet-hayırlı formatının aksine yapılandırılmış testler açık-uçlu soruları içerir. Bu görüşmede bireyin sorulara muhalefet edip etmediği klinisyen tarafından anlaşılabilir (Perry 1992). Kurulan ilişkiye bağlı olarak, sosyal

olarak kabul edilmeyen birtakım duygu ve davranışlar hasta tarafından kabul edilebilir (Zimmerman ve ark 1988).

Yapılandırılmış görüşmeler ve bireyin kendi kendini değerlendirdiği testler arasındaki ilişki zayıf bulunmuştur. Çok sayıda bireyin, yapılandırılmış görüşmelere göre kendi kendini değerlendirme testinde daha çok tanı aldığı ve bu testlerde çoklu tanıların daha yaygın olduğu görülmüştür (Zimmerman ve Coryell 1990, Zimmerman 1990, Perry 1992, Framer 2000).

Ancak bu testlerin uygulandığı örneklem göz önünde bulundurulduğunda, klinik olmayan bir örneklemin yani normal insanların bulunduğu popülasyonun, diğerlerine göre daha çok içgörüyeye sahip olduğu bunun da sonucu etkileyeceği de söylenmiştir (Klonsky ve ark 2002).

Kişilik bozuklukları bireylerin farklı durumlarda nasıl davrandıklarına, çevreyi nasıl algıladıklarına ve nasıl etkileşime geçtiklerine, davranışlarının ve tutumlarının ne kadar akla yatkın olduğuna dayanan durağan (stabil), uzun-sürekli, uyumsuz (maladaptif) özellikleri sunar. 1,5-2 saatlik kısa görüşmelerin veya kendi kendini değerlendirme testlerinin, uzun süreli kişilik özelliklerini ve bununla ilişkili problemleri değerlendirmesine yatkın olup olmadığını bilinememektedir (Zimmerman ve Coryell 1990).

1. 2. Her Bir Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi, Etiolojisi ve Epidemiyolojisi:

1. 2. 1. Paranoid Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 1. 1. Tarihçe:

1894'te ilk kez Freud, yansıtma (projeksiyon) savunma mekanizmasını tanımlamıştır. Adolf Meyer ise, psikiyatri içinde paranoid karakter tanısını dile getirmiştir; bu yıllarda psikiyatride farklı şekillerde tanımlanan benzer vakalar da bulunmaktaydı (Perry ve Vaillant 1989).

Schneider tarafından 1934'te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında paranoid kişilik bozukluğu fanatik psikopatlar olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre bu kişilerin aşırı

değerlendirilmiş düşüncelere sahip olmaları söz konusudur. Bu kişiler sürekli yakınılar ve her şeyden kuşkulanırlar.

DSM-III'deki paranoid kişilik bozukluğu ölçütlerine (örneğin şüphecilik, güvensizlik, aşırı duyarlılaşma ve sınırlı duyuş-affectivitiy) DSM-III-R'de bazı eklemeler getirilmiştir. DSM-III-R, DSM-III' ün A tanı ölçütlerinden sekizinden altısını içermektedir. DSM-III'ün B ölçütlerine bir yeni madde daha eklenmiştir ve C ölçütü (sınırlı affectivitiy) kaldırılmıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV'de paranoid kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdaki dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk gösterme:

1. Yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden, aldattığından ya da kendisine zarar verdiğinden kuşkulandır.
2. Dostlarının ya da iş arkadaşlarının kendisine olan bağlılığı ya da güvenirliliği üzerine yersiz kuşkuları vardır.
3. Söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz yere korktuğundan ötürü başkalarına sır vermek istemez.
4. Sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılandığı ya da gözdağı verildiği biçiminde anlamlar çıkartır.
5. Sürekli kin besler, yani onur kırıcı davranışları, haksızlıkları ya da görmezlikten gelinmesini bağışlamaz.
6. Başkalarınca anlaşılabilir olmayan bir biçimde, karakterine ya da itibarına saldırıldığı yargısına varır ve öfkeyle ya da karşı saldırı ile birden tepki gösterir.
7. Haksız yere, karısının / kocasının ya da cinsel eşinin sadakatsizliğiyle ilgili kuşkulara sık sık kapılır.

B. Sadece şizofreninin, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun ya da başka bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Paranoid kişi, yeterli bir dayanağı olmaksızın, başkaları tarafından sömürüleceği ya da kendisine zarar verileceği inancı içindedir. Ortada bir neden olmadığı halde, arkadaşlarının

sadakatini ve güvenilirliğini sürekli soruşturur. Kendisine yönelik bir olay gerçekte olduğunda derhal ve saldırıyla karşılık verir, sonra da bunu asla unutmaz. Sıradan konuşmalardan ve olaylardan kendisini küçültücü ya da tehdit edici anlamlar çıkarır. Başkalarına anlatacağından korktuğu için, kendisiyle ilgili konuları kimseyle paylaşmaz. Hiçbir gerekçe olmadığı halde, eşinin ya da karşı cins arkadaşının sadakatinden kuşku duyabilir (Geçtan 1997).

Ogden (1986) paranoid kişinin insanlarla ilişkilerinde sürekliliği olmadığını, bu kişilerin yalnızca yaşanan anı algıladığını; her ilişkiye, kuşkularının gerçekleşeceği beklentisiyle yaklaştığını; dünyanın güvenilmez ve ne yapacağı belli olmayan yabancılarla dolu olduğuna inanmasından kaynaklanan sürekli bir anksiyete yaşadığını dile getirmiştir (Geçtan 1997).

1. 2. 1. 2. Etioloji;

Paranoid kişilik bozukluğu ve şizofreni arasındaki biyolojik ilişki, evlat edinme çalışmalarında en çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Ancak paranoid kişiliğin gelişmesine yatkınlık hazırlayan kalıtsal biyolojik özellikler, daha ileri araştırmalar gerektirmektedir. Ancak bu konuda bilinen bir şey varsa, o da çevresel stresörler, bu hastalığın klinik tablosunu tetikleyebileceğidir (Perry ve Vaillant 1989).1985'te yayınlanmış bir raporda ise, DSM-III paranoid kişiliğin kronik şizofrenlerin birinci dereceden akrabalarında daha yaygın (% 7,3'e karşı % 2,3) olduğu gösterilmiştir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Son zamanlarda, altta yatan homoseksüellikten kaynaklanan çatışmalar nedeniyle paranoid kişiliğin oluştuğu görüşü gözden düşmüştür; bundan ziyade homoseksüeller gibi toplumda az oranda bulunan gruplar için paranoid hissin anlamı, bağımlı olma, pasif olma ve insan ilişkilerinde yaşanan zorluğu ifade etmektedir.

Bazı araştırmacılar ise, paranoid kişiliğin bilişsel şemaları olduğunu söylemektedir. Beck ve ark (2004) paranoid kişilikler arasında yaygın olan varsayımın, başkalarının eline fırsat geçtiği takdirde, bu kişilerin kötü kalpli, aldatıcı veya yanıltıcı olacağına inanmaları olduğunu söylemektedir. Bu kişiler arasındaki ikinci inanç ise “güçsüzlük, saldırıya geçilmesini cesaretlendirir” ve “affetmek güçsüzlüğün tehlikeli bir işaretidir” inançlarıdır. Paranoid kişilik bozukluğu olan hastalar katı, ısrarcı bilişsel düşüncelere sahiptir. Bu bilişler, şüphecilik ve aşırı

tedbirli olmayı içermektedir. Bu kişiler başkalarına güvenme becerisine sahip değildirler. Patolojik kıskançtırlar. Bu intrapsişik dünya, Melaine Klein tarafından paranoid-şizoid olarak tanımlanmaktadır (Gabbard 2000).

Bölme, yansıtma ve yansıtımlı özdeşim, bu kişilerin sıklıkla kullandığı savunma mekanizmalarıdır. Nitekim bu bireyler kendi içlerindeki kötülüğü, nefreti ve agresyonu başkalarına yansıtırlar. Sonuç olarak bu bireyler, kendilerini savunmaya aldıkları için sürekli tetiktedirler ve çevrelerindeki insanları kontrol ederler. Paranoyanın altında yatan asıl şey, düşük benlik saygısı, aşağılık hissi ve zayıflıktır. Birey, kişiliğinin derinlerinde, kendisini aşağı, zayıf ve etkisiz bir varlık olarak algılandığından, dış dünyanın kendisini karşısına almış olduğuna inanması, özel bir insan olduğu duygusunu yaşamasını sağlayarak aşağılık duygularını ödünler. Ayrıca bu kişilerde kendini büyük görmeye de (grandiozite) rastlanabilir, bu kabul edilemeyen duyguların verdiği acıyla uğraşmak için edinilmiş telafi edici bir savunmadır (Gabbard 2000).

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler nadiren tedavi arayışı içine girerler. Tedavi almaları ancak psikoz ya da psikosomatik bozukluklar baş gösterince olur (Cloninger ve Svraik 2000).

1. 2. 1. 3. Epidemioloji:

Paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı tam olarak bilinmemekle beraber, genel popülasyonda % 0,5 ila % 2,5 arasında; psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda % 10 ila 30 arasında; psikiyatri kliniğine ayaktan tedaviye gelenler arasında % 2 ila 10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Cloninger ve Svraik 2000).

Ayrıca yine bu araştırmacılar, erkek-kadın oranını, yediye beş olarak vermişlerdir (Perry ve Vaillant 1989). DSM-IV'e göre de erkeklere tanı konulma olasılığı daha fazladır (Cloninger ve Svraik 2000).

1. 2. 2. Şizoid Kişilik Bozukluğu;

1. 2. 2. 1 Tarihçe;

Bu yüzyılın ilk 20 yılında Adolf Meyer, August Hoch ve Eugen Bleuler'ın çalışmalarından sonra bu bozukluğun tanınması daha da yaygınlaşmıştır. August Hoch'ın "Shut in personality"si ve Eugen Bleuler'in "Otism" i, sadece fantezide anlamlı ilişkiler kurabilen şizoid kişilikten, sadece korku ve yalnızlık çeken kişileri ayırmak için bir temel oluşturmuştur (Perry ve Vaillant 1989).

Önceleri şizoid, şizotipal ve çekingen kişilik bozukluğunun aynı tanı başlığı altında olduğu düşünülmüştür. Şizoid kişiliğin ilk tanımı şu dört özelliği içermektedir:

- 1) Başkalarından geri çekilme eğilimi,
- 2) Açıkça gösterilmeyen agresyon,
- 3) Duygulanımdaki donukluk
- 4) Otistik düşünme (Perry ve Vaillant 1989).

Her ne kadar şizoid kişilik bozukluğu hakkında bu tarz açıklamalar yapılmış olsa da, Schneider tarafından oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasına bakıldığında, bu bozukluğun tanımının yapılmadığı görülmektedir.

DSM-III, hastaya şizotipal kişilik bozukluğu tanısı konulduğu takdirde, şizoid kişilik bozukluğu tanısı koyma engeli getirmiştir. DSM-III-R'de yapılan değişiklikler ise DSM-III'deki dışlayıcı tanıları çıkarmak olmuştur. Bunu takiben, folitetik (poythetic) tanı şemasına göre şizoid kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için sekiz ölçütten dördünün karşılanması yeterli görülmüştür (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV'de şizoid kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdaki dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, sürekli toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalarıyla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlı kalma örüntüsü:

1. Ailenin bir parçası olamadığı gibi, ne yakın ilişkilere girmeyi ister ne de yakın ilişkilere girmekten zevk alır.
2. Hemen her zaman tek bir etkinlikte bulunmayı yeğler.
3. Başka biriyle cinsel deneyim yaşamaya karşı ilgisi varsa bile çok azdır.
4. Alsa bile çok az etkinlikten zevk alır.
5. Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur.
6. Başkalarının övgü ya da eleştirilerine karşı ilgisiz görünür.
7. Duygusal soğukluk, kopukluk ya da tekdüze bir duyulanım gösterir.

B. Sadece şizofreni, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğu, başka bir psikotik bozukluk ya da bir yaygın gelişimsel bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

1. 2. 2. 2. Etiyoloji:

Şizoid kişilik bozukluğu olan hastalar, çevrelerine uyum sağlayamayan kişilerdir. Bundan dolayı diğer insanlardan kaçarlar, uzak dururlar. Bu kişiler, başkaları ile ilişki kurmayı değil de kendilerini insanlardan soyutlamayı tercih ederler. Yalnız olmaktan rahatsızlık duymazlar.

Psikodinamik bakış açısına göre, şizoid kelimesi, benliğin parçalarının, sayısız benlik sunumuna bölünmesidir ki bu da kimlik dağılması duygusuna neden olur. Hastanın kim olduğu ve ne istediği hakkında herhangi bir inancının olmayışı, şizoid kişinin, kişiler arası ilişkilerden geri çekilmesine ve onlardan kopmuş gibi hissetmesine neden olur. Bu hastaların pek çoğu, çocukluklarında duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması anlamında engellenme yaşamışlardır. Bundan dolayı tekrarlanan reddedilişlerden veya başkaları tarafından hayal kırıklığına uğratılmaktan kaçınmak için “kendi kendilerine yeten” bir hale gelmeye çalışırlar (Gabbard 2000).

Akhtar (1987) ve Kernberg (1984) gibi bazı araştırmacılar, şizoid kişinin insanlarla yakınlık kurabilmek için gizli bir istek yaşadığını, ancak korkuları nedeniyle savunma durumunda kaldıklarını söyler. Şizoid kişinin dıştan verdiği izlenim ile iç dünyası birbirinden

oldukça farklıdır. Akhtar (1987)'a göre şizoid kişi görünürde dünyadan kopuk, kendiyle yetinen, cinselliğe karşı ilgisiz ve ahlak kurallarına önem veren biri izlenimini verdiği halde, iç dünyasında aşırı duyarlı, duygusal beklentileri yoğun, çok dikkatli, yaratıcı, çoğu kez sapkın ve dürüst olmayabilen biridir. Bu nedenle, şizoid kişiler, kim olduklarını hiçbir zaman tam algılayamadan ve birbirleriyle son derecede çelişkili duygular, istekler, düşünceler ve dürtüler arasında sürekli bocalarlar (Geçtan 1997).

En yaygın olan görüş, şizoid kişilik bozukluğu söz konusu olduğunda, erken yıllardaki obje ilişkilerinin, ailedeki bireylerin birbirleri ile etkileşim kurma tarzının ve kültürün önemli rol oynadığıdır. Çevrenin ne derece önemli olduğu, sadece geriye dönük (retrospektif) çalışmalardan değil, dikkatli bir şekilde yapılan ileriye dönük (prospektif) boylamsal çalışmalardan da elde edilmiştir. Ebeveynin soğuk ve ilgisiz olmasına ancak çocuktaki korkak, anksiyöz ve içe dönük mizaç eklenirse eğer, şizoid bir yetişkin ortaya çıkar. Her ne kadar içe dönük olma özelliği kalıtsal olsa da, şizoid kişilik bozukluğu için kalıtımsallığın ne derece önemli olduğu hala net değildir (Perry ve Vaillant 1989).

Şizoid ve şizotipal bozukluğun nasıl birbirinden ayrılacağı konusundaki görüş ise şizoidlerin daha az şizofren akrabalara sahip olmaları ile açıklanabilir (Perry ve Vaillant 1989). Gunderson (1983)'un da belirttiği gibi şizotipal ve şizoid kişilikler arasında pek çok ortak yön bulunur. Aslında her iki kişilik bozukluğu da aynı başlık altında yer alırlar. Ancak bazı durumlarda, belirtilerin bu spektrum içindeki yeri, bu iki kişilik arasındaki çizginin belirlenmesini gerektirebilir (Geçtan 1997).

1. 2. 2. 3. Epidemiyoloji:

Genel popülasyonda şizoid kişilik bozukluğuna ilişkin olarak bilinen yaygınlık oranı, 0 ile % 7,5 arasında değiştiği şeklindedir. DSM-IV'e göre sıklıkla erkeklere tanı konulmaktadır ve bu durum onların işlevselliğini bir hayli etkilemektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 2. 3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 3. 1. Tarihçe:

Schneider tarafından 1934'te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında şizotipal kişilik bozukluğu tanımlanmamış olsa da, ilk olarak Rado tarafından bu kavram bulunmuş, daha sonra Meehl tarafından kullanılmıştır ve şizofreniyle ilgili olarak yapılan aile çalışmalarının bir sonucu olarak DSM-III'e girmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilerde şizofreniye benzer bazı treytlar vardır. Fakat bunlar, şizofreniyi tam olarak karşılayacak düzeyde değildir (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-II, bu tür hastaların birçoğunu borderline, basit şizofren veya şizoid olarak tanımlamıştır. Bu terim, geçmişte psödonörotik şizofren veya psikotik karakter olarak tanımlanan birçok hastayı da içine almıştır. ICD-9 şizoid ve şizotipal arasındaki farktan bahsetmemiştir, sadece bu iki bozukluğu şizoid başlığı altında toplamıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Garip veya tuhaf davranışları yansıtan beşinci ölçütün eklenmesi ve tanı koyabilmek için dört tanı ölçütünün yerine beş ölçütün gerekli görülmesi dışında, DSM-III-R, DSM-III'ün ölçütlerini değiştirmemiştir. Ayrıca DSM-III-R'de yapılan bir değişiklik de, B ölçütündeki şizofren veya gelişimsel bir bozukluğun var olması gerekliliğinin dışında tutulmasıdır (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV'de şizotipal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, bilişsel ya da algısal çarpıklıkların ve alışagelmışin dışında davranışların yanı sıra yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde azalma ile kendini gösteren, toplumsal ve kişiler arası yetersizliklerin olduğu sürekli bir örüntü:

1. Referans fikirleri (referans hezeyanlarını kapsamaz)

2. Davranışları etkileyen ve kültürel değerlerle uyumlu olmayan acayip inanışlar ya da büyüsel düşünce (örn: batıl inanç, "gaipen haber verme" ye inanma, telepati ya da "altıncı his"; çocuklarda ve ergenlerde saçma sapan düşlemler ya da bunlar üzerine düşünüp durmalar)

3. Olağandışı algısal yaşantılar, bunlar arasında bedensel yanılsamalar (illüzyon) vardır.
 4. Acayip düşünüş biçimi ve konuşma (örn: belirsiz, çevresel, mecazi, aşırı ayrıntılı ya da basmakalıp).
 5. Kuşkuculuk ya da paranoid düşünce.
 6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.
 7. Acayip, alışagelmışin dışında ya da çok kendine özel davranış ya da görünüm.
 8. Birinci derece akrabalar dışında yakın arkadaşların ya da sırdaşların olmaması.
 9. Yakından tanımakla azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, kendisi hakkında olumsuz yargılardan çok paranoid korkular bu bozukluğa eşlik etme eğilimi taşır.
- B. Sadece şizofreni, psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğu, başka bir psikotik bozukluk ya da bir yaygın gelişimsel bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

1. 2. 3. 2. Etiyoloji:

Aile çalışmaları, bu bozukluğun etiolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunmuştur. İlk olarak, “Danimarka Evlat Edinme Çalışmaları”, kronik şizofrenlerin biyolojik akrabaları arasında bu bozukluğun sıklıkla konulduğunu açığa çıkarmıştır (Morey ve Hubbard 1996).

Bu bozukluk hakkındaki bulguları yorumlamak zordur, çünkü şizofrenik spektrumla ilişkili klinik alt-tipleri vardır. Şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu arasındaki ilişki iki yönlüdür. Yani şizotipal kişiliğin yaygınlığı, şizofrenlerin birinci dereceden yakın akrabalarında fazla iken; şizofreni ve diğer psikoza yakın yaygınlığı, şizotipal kişilik bozukluğu olanların akrabalarında da fazladır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Yapılan ikiz çalışmaları, şizotipal kişilik bozukluğundaki genetik unsurlar hakkında bilgi vermiştir (Morey ve Hubbard 1996). Şizotipal kişilik bozukluğunun, monozygotiklerin % 33’ünde, dizyotik ikizlerin sadece % 4’ünde olduğu bulunmuştur (Perry ve Vaillant 1989). Evlat edinme, aile ve ikiz çalışmaları, eğer şizotipal özellikler, komorbid affektif semptomlarla ilişkili değilse, şizofreni hastalarında, şizotipal özelliklerin yaygınlığının daha fazla olduğunu kanıtlamıştır (Cloninger ve Svrakic 2000). Bazı genetik faktörler üzerinde duran çalışmalar,

şizofrenlerle benzer olarak, bu kişilerin düşük MAO (monoamin oksidaz) düzeyine ve göz hareketlerindeki bozulmalara sahip olduğunu göstermiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Ancak bu bozukluk ile şizofreni arasındaki ilişki hala tartışılmaktadır; bazı genetik çalışmalar ilişki bulmamakta, bazıları ise şizotipal kişilikten orta düzeydeki şizofreniye ve ciddi şizofrenik vakalara kadar değişen multifaktöriyel durumlarda derece derece farklılık olduğunu bildirmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Bugün şizotipal kişilik bozukluğunun gelişimiyle ilişkili çevresel faktörler hakkında oldukça az şey bilinmekte (Perry ve Vaillant 1989), bu bozukluğun kesin nedenleri bilinmemektedir (Morey ve Hubbard 1996).

1. 2. 3. 3. Epidemiyoloji:

DSM-IV, bu bozukluğun genel popülasyonda % 3 oranında olduğunu, başka çalışmalar ise % 2 ila % 6 arasında değiştiğini belirtmiştir. Cinsiyet oranı tam olarak bilinmemekle (Cloninger ve Svrakic 2000) beraber, erkek hastalarda hafifçe daha yaygın olduğu da söylenmektedir (Morey ve Hubbard 1996).

1. 2. 4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu:

Bazı insanlar zaman zaman toplum inançlarına ve değerlerine ters düşen davranışlarda bulunur. Bu davranışların önemli bir bölümü, bireylerin içsel çatışmalarından veya biyolojik zeminli ruhsal bozukluklarından kaynaklanan ikincil klinik belirtiler olabildiği gibi, politik ya da ekonomik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik psikiyatrinin kapsamı dışında kalan olgular da olabilir. Bir bölümü ise, günümüzde “antisosyal kişilik bozukluğu” başlığı altında incelenen ve 19.yüzyılın başından bu yana psikiyatrinin ilgi konusu olmuş olan bireyleri içerir (Geçtan 1997).

Tedavi ortamında bile yalan söyledikleri, hırsızlık yaptıkları, tehdit ettikleri ve sorumsuz davranışlarda bulundukları için genellikle izlenmek istenmeyen bu grup, yine de kişilik

bozuklukları içinde en kapsamlı bir biçimde incelenmiş olanıdır. Bazıları, bu kişileri “kriminal” olarak nitelendirerek, psikiyatri kapsamının dışında tutulmaları gerektiğini bile önermişlerdir (Geçtan 1997).

1. 2. 4. 1. Tarihçe:

Schneider tarafından 1934’te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında antisosyal kişilik bozukluğu duygusuz psikopatik hastalar olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre bu kişiler merhametten yoksundurlar, katı, duygusuz ve acımasızdırlar.

20.yüzyılda Amerika’da 1938’e kadar psikopatik kişilik tanımı, çok açık olmamakla beraber yine de kullanılmaktaydı. Bu durum 1941’de Hervey Cleckley’in psikopatolojik kişiliği, psikiyatrik bir tanı olarak sosyal sapmadan ayırdığı zamana kadar sürdü. Cleckley, bu bozukluğun sosyal sınıfla ilgili olmadığına vurguda bulunmuş, diğer psikiyatrik bozukluklardan farklı olarak, psikopatolojinin, açık depresyon ve anksiyetenin olmaması ile ortaya çıktığını söylemiştir (Perry ve Vaillant 1989). Ayrıca psikopat kişiyi, ilk bakışta psikotik olmayan, ancak davranışları, görünen yüzün altında psikoz olduğunu düşündürecek kadar toplum beklentilerine ve gerçekliğe uymayan bir kargaşayı yansıtan kişi olarak tanımlamıştır (Geçtan 1997).

Sonraki yıllarda psikopat terimi giderek terk edilmiş ve onun yerine, bu durumun kökeninin psikolojik olmaktan çok, toplumsal olduğu varsayımından esinlenerek sosyopat terimi kullanılır olmuştur (Geçtan 1997).

1952’de DSM-I, sosyopatik kişilik bozukluğunu “ilaç bağımlılığı, alkolizm, cinsel sapma, antisosyal (psikopatik reaksiyon) ve dissosiyasyon reaksiyonu”nu bir başlık altında gruplanabilen bir terim olarak ele almıştır. Daha sonra APA (American Psychiatric Association) 1968’de yayınlanan DSM-II’de antisosyal kişilik terimini kullanmıştır ve bu 1980’de DSM-III’de antisosyal kişilik bozukluğu terimine dönüştürülmüştür. İleriye dönük (prospektif) takip çalışmaları daha sonra bu tanımları yeniden gözden geçirmiş ve antisosyal kişilik bozukluğunun sıklıkla sekiz yaşından önce başladığını ve yaşam boyu devam ettiğini kanıtlamıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Kişilik bozukluğunun tarihçesi hakkında varsayılar bu bozukluğun tanımında saklıdır. ICD–10 tanısıl rehberde anormal davranış örüntüsünü şöyle açıkça belirtmiştir; Süregiden, çocukluk veya ergenlikte ortaya çıkan ve yetişkinlikte de devam eden. DSM-IV, kişilik bozukluklarının başlangıç yaşının erken yetişkinlikte ortaya çıktığını ve bunun sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmalara yol açtığını belirtmektedir (APA 1994). Kişilik bozukluklarının uzun yıllar boyunca nasıl bir gidişat içinde olduğu, deneysel verilerce gösterilmemiştir (Perry 1993, Stone 1993, Drake ve Vaillant 1998).

Antisosyal kişilik bozukluğunun tarihçesi hakkında bildiklerimizin birçoğu Robins (1966)'in çocuklarla yaptığı boylamsal bir çalışmadan elde edilmiştir. Bu çalışmadan yola çıkarak, sosyopatik kişilik bozukluğunun ölçütleri bulunmuştur. Ayrıca 30 yıl içinde %12'sinin remisyonda olduğunu, %27'sinin antisosyal davranışlar gösterme şiddetinin azaldığını ancak %60'ın hala az bir gelişme gösterdiği kararına varmıştır (Robins 1996).

Bu araştırmada şunlar bulunmuştur:

- 1) Yetişkinlikte antisosyal davranışlar sergilemek için çocukluktan itibaren var olan antisosyal davranışlar gereklidir. Dört ya da daha fazla yetişkin semptomuna sahip olan erkeklerin %95'i en az bir çocukluk semptomuna sahiptir.
- 2) Birçok antisosyal çocuk, antisosyal yetişkin haline gelmektedir. Bu orijinal çalışmada üç ya da daha fazla çocukluk belirtisi (semptom) gösterenlerin sadece %27'si dört ya da daha fazla yetişkin semptomu göstermektedir.
- 3) Farklı antisosyal davranışın var olması, belirli bir davranıştan ziyade yetişkinlikteki antisosyal davranışın en iyi yordayıcısıdır.
- 4) Yetişkinlikteki antisosyal davranış, yetiştirilme tarzı veya aile geçmişinden ziyade çocuklukta yapılan davranışları yordamaktadır.

Antisosyal kişilik bozukluğu hakkındaki en iyi verilerden biri de, Black ve ark (1995)'nin DSM-III antisosyal kişilik bozukluğu olan 71 psikiyatri hastası ile yaptığı takip çalışmasından elde edilmiştir. Takip çalışmasında deneklerin %42'sinde gelişme olmadığı, %31'inin ilerlediği ancak hastalığının durmadığı (remit), %27'sinin hastalığının durduğu ve %22,5'inin intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür.

Bugün kullanılan DSM-IV’de antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri ise şöyledir:

A. Aşağıdaki üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına saldırma (tecavüz etme) örüntüsü:

1. Tutuklanması için zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama.

2. Sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı, zevki için başkalarını atlatma ile belirli dürüst olmayan tutum.

3. Dürtüsellik (impulsivite) ya da gelecek için tasarılar yapmama.

4. Yineleyen kavga dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık.

5. Kendisinin ya da başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık.

6. Bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirmeme ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk.

7. Başkasına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından bir şey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme.

B. Kişi en az 18 yaşındadır.

C. 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğunun kanıtları vardır.

D. Antisosyal davranış sadece şizofreni ya da manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

1. 2. 4. 2. Etioloji:

Antisosyal kişilik bozukluğunun nedenlerini belirlemeye oldukça fazla ilgi gösterilmiştir. Bu nedenler biyolojik ve çevresel faktörlerin her ikisini de içermektedir (Morey ve Hubbard 1996). Evlat edinme çalışmaları göstermiştir ki hem genetik hem de çevresel faktörler bu bozukluğun gelişimine katkıda bulunmaktadır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Eksen II’deki bozukluklardan antisosyal kişilik bozukluğu en fazla biyolojik temelle desteklenen bozukluktur. İkiz çalışmaları genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Nöropsikolojik testler de organik nedenlere bağlı bilişsel zayıflığın var olduğunu göstermiştir (Gabbard 2000). Antisosyal kişilik bozukluğu, bu bozukluğa sahip olanların birinci dereceden

biyolojik akrabaları arasında daha çok görülmektedir. Bu bozukluk açısından değerlendirildiğinde, özellikle antisosyal kişilik bozukluğu olan kadınların biyolojik akrabaları, bu bozukluğa sahip olan erkeklerin biyolojik akrabalarından daha fazla risk altındadır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Suç işleyenler, antisosyal kişiler ve bu kişilerin ebeveynlerinin EEG'lerinde anormallikler olduğu gösterilmiştir (Perry ve Vaillant 1989). Bugün her ne kadar antisosyal kişilik bozukluğunu yansıtan organik bir veri olmasa da, çocuklukta görülen davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun, yetişkinlikte meydana gelen antisosyal kişilik bozukluğu olasılığını artırdığı söylenmektedir. Ancak davranım bozukluğunun, antisosyal kişilik bozukluğuna dönüşme olasılığı ebeveynlerin tutarsız veya ihmalkar davrandığı durumlarda artabileceği de gözden kaçırılmamalıdır (Cloninger ve Svrakic 2000).

Son 50 yıl, antisosyal kişilikler ve suçluların çevresel etiolojisini araştırmak için az sayıda çalışma tasarlanmış olduğunu gözler önüne sermiştir. Genel olarak, antisosyal kişilik bozukluğu kültürel çatışmalara, sosyal sınıflara, beyin hasarına, suç oranının yüksek olduğu mahallelerde ikamet etmeye atıfta bulunmamaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

Bu konudaki bir başka görüş de, bebeğin anneye normal bağlanma süreci, doğuştan gelen yapısal faktörler tarafından da etkileniyor olduğudur. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar, bağlanma sürecinde sıkıntı yaşarlar ve sıklıkla ebeveynler tarafından ihmal edilme ya da istismar edilme öyküsü verirler (Gabbard 2000). Bu bozukluğun kaotik ev ortamında baş gösterdiği de bilinmektedir. Yapılan pek çok çalışma, yaşamın ilk beş yılında, sosyopati ve anneden yoksun kalma arasında ilişki olduğunu önermiştir. Bebeklikte ciddi yoksunluklar yaşayan bir bebek, ergenliği (adolesanlığı) esnasında davranışlarını kontrol edemeyebilir, dikkat ve duygulanım eksikliği yaşayabilir, duygusal olarak hiç bir şeyden etkilenmeyen birisi olabilir, herkesin yaşayabileceği normal gerginlik veya stresi yaşamayabilir, sosyal olgunluktan yoksun olabilir (Perry ve Vaillant 1989).

Suçlulara yönelik yapılan geriye dönük (retrospektif) çalışmalar, bu kişilerin geçmişlerinde ebeveynlerden yoksun olduklarını bulmuş ve yoksun bırakılmış çocuklarla yapılan

takip çalışmaları bu çocukların gelecekte antisosyal kişiliğe sahip olduğunu göstermiştir. Bundan dolayı yaşamın ilk yıllarında ebeveynlerden yoksun olmanın kritik bir faktör olduğu söylenebilir. Ancak antisosyal kişilik bozukluğunun, başka nedenlerden dolayı ebeveyninden ayrı kalmaktan ziyade ebeveynin işlediği suçlardan dolayı ondan ayrılma ile daha yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bunun için iki olası hipotez vardır. Bunlardan ilki, çevresel faktörlerden çok, genetiğin daha önemli olduğudur. İkincisi, ocukların dezorganize ebeveynlerle birlikte olmasının ve impulsif reddetmeye maruz kalmasının, bu ebeveynlerin kaybedilmesinden daha travmatik olduğudur. Yani ocukların bu tarz ebeveynlerle beraber yaşamaları onlar için daha travmatik olabilmektedir (Perry ve Vaillant 1989).

1966’da, 524 çocuğun izlendiği bir araştırmada sosyopatik veya antisosyal bir babaya sahip olmanın, yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu için çok güçlü bir yordayıcı faktör olduğu bulunmuştur. Ancak bu etki, çocuğun aslında babayla büyüyüp büyümemesi ile ilişki değildir. İkiz alışmaları ve evlat edinme çalışmaları, bu bulguların genetik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Oysa ebeveynlerin çocuklarını korumak için uyguladıkları yöntemleri yansıtan, yerinde ve zamanında katı disiplin, suçlu ebeveynlere sahip olan çocuklardaki suç işleme riskini istatistiksel olarak azaltmaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

Antisosyal kişiliklerin anneleri hakkında çok daha objektif veriler bulunmuştur ve bu veriler çevresel faktörlerin önemi için prospektif kanıtlar sunmuştur. Bu kanıtlar, tutarsız anne bakımına maruz kalmış 6 yaşındaki çocukların, 18 yaşına geldiklerinde ciddi suçlara sahip olan bireyler olduklarını göstermiştir. Bu suçlular yani DSM-III’deki antisosyal kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılayanların %50’si, sosyo-ekonomik özellikler açısından benzer olan bir kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır ve “ebeveyn ihmali” diye adlandırılan değişkende, ilgisizlik ve alkolizm açısından gruplar arasında farklılık olduğu grlmştir. Ayrıca bu değişkenler açısından kontrol grubu ile deneklerin babaları arasında ciddi bir farklılık olduğu da ortaya konulmuştur (Perry ve Vaillant 1989).

1972’de ebeveyninden yoksun olmanın ele alındığı bir araştırmada, çevresel faktörlerin antisosyal kişilik bozukluğu gelişiminden sorumlu olduğu bulgusu doğrulanmıştır. Ebeveyn yoksunluğunun kendisinden çok, birey için önemli olacak herhangi bir kişi ile duygusal bağlanmanın olmayışının etkili olduğu düşüncesi uzun bir süre varlığını srdrmştir. Tutarlı

bir ebeveynin olmaması değil de tutarsız ve impulsif ebeveynlerin olması veya ebeveynin hiç olmaması çevresel anlamda zarar vericidir (Perry ve Vaillant 1989).

Antisosyal kişilik bozukluğuna ilişkin bir başka bulgu da, bu bozukluk ile alkolizm arasındaki ilişkidir. Hem biyolojik hem de evlat edinilen antisosyallerin akrabalarında alkolizm ve sosyopati arasında ilişki olduğu söylenmektedir. Yapılan bir çalışma antisosyal kişilik ve alkolizmin birlikte oluştuğunu göstermiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bazı yazarlar, antisosyal kişilik bozukluğunun narsistik kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğunu söyler. Böyle bakıldığında gerçekten de en ilkel psikopattan narsistik kişilik bozukluğunun bir alt kategorisi olarak da bahsedilebilir (Meloy 1988, Gabbard 2000). Patolojik self grandiyöz, sıklıkla antisosyal eğilimi olan hastaların çok önemli bir özelliğidir. Bu hastaları, narsistik hastalardan ayıran şey, ebeveynin nasıl içe yansıtıldığıdır. Antisosyal kişiler, narsistiklerde olduğu gibi içselleştirilmiş ideal objenin yerine içselleştirilmiş bir acımasızlık, kötü kalpli bir ebeveyn figürüne sahiptirler. Antisosyal kişiler asla başkalarına karşı duyarlı olmazlar. Başkalarını ancak kendi ihtiyaçları ve duyguları için kullanırlar. İçselleştirme sürecindeki en önemli bozulma, ahlaki bir bilinçlerin olmamasıdır. Süperegö gelişimindeki tek iz, sadistik ego öncüllerinin var olmasıdır. Antisosyallerdeki tek değer sistemi başkaları üzerinde yıkıcı olmak ve güç sağlama alıştırmaları yapmaktır. Kurulan her ilişki, antisosyal bir bireye göre, “acımasızlık” için bir fırsat verir. Bu hastalardaki süperegö gelişiminin olmaması, onların tedavi edilmesini olanaksızlaştırır (Gabbard 2000).

1. 2. 4. 3. Epidemioloji:

Genel popülasyonda erkeklerde %3; kadınlarda %1; klinik ortamlarda % 3 ila % 30 arasında değişmektedir. DSM-IV, bu bozukluğun kadınlara daha az tanı olarak konulduğundan bahsetmektedir, bunun nedeni davranım bozukluğu tanısı konulmasının şart konulmasına bağlanmaktadır (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 2. 5. Borderline Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 5. 1. Tarihçe:

Tıpkı histriyonik kişilik bozukluğu gibi, borderline kişilik bozukluğu da terminolojide pek çok değişiklikten geçmiştir. Nevroz ve psikoz arasındaki borderline kişilik bozukluğu terimi, ilk olarak 1938’de Stern tarafından kullanılmıştır. 1941’de Zilboorg, şizofreninin hafif bir versiyonu olduğunu söylediği gezici (ambulatory) şizofreniyi tanımlamıştır; bu hastaların gerçeği değerlendirmelerinde ve çağrışımlarında bozulmalar olduğunu; öfkeli davrandıkları için hem kendilerini hem de çevrelerindeki insanları rahatsız ettiklerini sözlerine eklemiştir. 1942’de Helene Deutsch psikotik olduğu düşünülen hastaları tanımlamaya çalışmıştır. Bu hastalar, tutarlı bir kimliği olmayan kişilerdir. Deutsch bu hastalara “-mış gibi yapan” kişilikler (as if personality) demiştir. Çünkü bu kişiler, duygusal yaşantılardan yoksundurlar, bağlı oldukları kişilere karşı reaksiyonlarda bulunurlar. Daha sonra Hoch ve Polatin, “pan fobi” (tam-bütün), “pan anksiyete” ve “pan sexual” olarak tanımlanan bu grup bozukluklar için “psedö-nevrotik şizofreni” terimini kullanmıştır. Borderline durumunu ele alan Knight ile psikotik kavramını tartışan Frosch, bu düşüncüyü borderline hastalarının psikozun kenarında olduğu şekline kadar genişletmişlerdir (Perry ve Vaillant 1989). 1954’te Robert Knight, çalışmalarını ego işlevlerindeki bozulmalara odaklayarak bu grubun özelliklerine açıklık getirmeye çalışmış ve bu bozuklukları, gerçekçi planlar yapamama, ilkel dürtülere karşı koyamama ve primer düşünce süreçlerinin sekonder düşünce süreçlerine egemenliği olarak tanımlamıştır (Geçtan 1997).

1959’da Melitta Schmideberg ilk olarak borderline kişilik bozukluğunu karakter bozukluğu olarak tanımlamıştır. 1968’ te Grinker ve arkadaşları, bir dizi hasta üzerinde empirik çalışmalar yaparak bu bozukluğu tanımlama çabası içine girmiştir. Grinker ve arkadaşları yaptıkları empirik çalışmalarda, bu hastaları nevroz sınırından psikoz sınırına yayılan spektrum içinde dört alt-gruba ayırmıştır (Perry ve Vaillant 1989):

1.Tip) Psikotik sınır grubu: Olağandışı uyumsuz davranışlar, gerçekliğin değerlendirilmesinde meydana gelen bozulmalar, gelişmemiş kimlik duygusu, olumsuz tepkiler verme eğilimi ve açıkça yaşanan öfke.

2.Tip) Merkez borderline sendromu: Olumsuz duyguların egemenliği, ilişkilerde zigzag örüntüsü izleyen tutarsızlıklar, açık yaşanan kızgınlık, değişken kimlik duygusu.

3.Tip) Borderline tip grup; Önceki gruplardan daha uyumlu davranışlar, diğer insanların kimliğinin taklit etme eğilimi, duygusal tonların kaybolması, içtenlik ve doğallıktan yoksun ilişkiler.

4.Tip) Nevrotik sınır grubu; Anksiyete ve depresyon, nevrotik ve narsistik kişilik özellikleri.

Bu betimsel açıklamalara ilaveten, Otto Kernberg bu hastaları psikanalitik açıdan ele almaya çalışmıştır. Kernberg, Melanie Klein' in ilkel savunma mekanizmalarını ve çocuklarda içselleştirilmiş obje ilişkilerini biraz daha arındırmış ve bunları kişilik bozukluğu olan hastalara uygulamıştır. Tanımlayıcı semptomların aksine, bu bozukluğun altında yatan yapının tanınması önemine dikkat çekerek "borderline kişilik organizasyonu terimini" kullanmaya başlamıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Ego psikolojisinin ve obje ilişkileri kuramının yaklaşımlarını birleştirerek, ego yetersizliği, ilkel savunma yöntemleri ve sorunlu insan ilişkileri olan bir grup hastayı tanımlamak amacıyla bu terimi kullanan Kernberg, bu hastaların çok çeşitli belirtiler gösterebildiğinden söz etmiştir. bu belirtileri, yaygın anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler, aynı dönemde yaşanan çeşitli fobiler, dissosiyatif bozukluklar, hipokandriak takıntılar, konversiyon belirtileri, paranoid eğilimler, çeşitli cinsel davranış sapmalarının birlikte yaşanması ve madde bağımlılıklar olarak sıralamıştır (Geçtan 1997).

Her ne kadar borderline kavramı yıllardır kullanılıyor olsa da, 1960'larda, Otto Kernberg'in ego psikolojisi-obje ilişkilerine yönelik çalışmaları bu bozukluğun ilk olarak psikodinamik anlayışla açıklanmasını sağlamıştır. Kernberg, borderline kişilik organizasyonu terimini, bir grup hastanın karakteristik özelliğini tanımlamak için kullanmıştır. Bu hastalar, hem nevrotik hem psikotik semptomların bir karışımına sahip gibi görünmektedir. Kernberg, ego organizasyonunun düzeyini açıklamaya çalışmış ve bunun dört elementi olduğunu söylemiştir (Gabbard 2000);

1) Anksiyeteyi tolere edememe, dürtü kontrolünün az olmasından kaynaklanan ego zayıflığı.

2) Projektif psikolojik test gibi yapılandırılmamış durumlarda veya güçlü duyguların baskısı altındayken birincil düşünme süreçlerinde meydana gelen değişim.

3) Bölme, yansıtımlı özdeşim, birincil idealizasyon, inkar, onnipotans ve devaluasyonu içeren belirli savunma örüntüsü.

4) Bölmeye dayanan patolojik içselleştirilmiş obje ilişkileri ve bunlardan dolayı benliğin ve diğerlerinin sunumunun tamamen kötü veya tamamen iyi olması.

Her ne kadar Kernberg'in psikodinamik kavramsallaştırması borderline kişilik bozukluğu olan pek çok hastaya uygulansa da, ego organizasyonun bir düzeyi olarak geliştirilmiştir. Ve bu organizasyon aynı zamanda, diğer kişilik bozukluklarını da çevrelemiştir. Kernberg, borderline kişilik bozukluğu başlığı altında, narsistik, şizoid, antisosyal, paranoid ve düşük-düzyen histriyonik (çocuksu) kişilik bozukluğunu toplamıştır (Gabbard 2000).

Eğer değerlendirilecek olunursa, birçok borderline hastasının 1968'de yayınlanan DSM-II'de "duygusal olarak stable olmayan kişilik tanısı" alabileceği düşünülmüştür. Schneider tarafından oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında borderline kişilik bozukluğu "labil psikopatik kişiler" olarak tanımlanmıştır. Schneider'a göre bu kişiler değışkendirler; sinirlilik (irritabilite), depresyon ve dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimindedirler. DSM-III-R, borderline kişilik bozukluğu için DSM-III' teki aynı ölçütleri içermektedir. Sadece bir ölçüt değıştirilmiştir. Bu da, "yalnız kalmayı tolere edememe", "gerçek veya hayali bir terk edilişten kaçınmak için çaba sarf etme" ile değıştirilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV'de borderline kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değışik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellüğün olduğu sürekli bir örüntü:

1. Gerçek ya da hayali bir terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme.
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçlar arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişiler arası ilişkilerin olması.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız belik algısı ya da kendilik duyumu.
4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik (örn: para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme)

5. Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı.

6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı duyuşsal dengesizlik (affektif instabilite) (örn: yoğun epizodik disfori, irritabilite ya da genellikle bir kaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete).

7. Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme.

8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn: sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke, sık sık kavgalara karışma).

9. Stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiatif semptomlar.

1. 2. 5. 2. Etioloji:

Borderline kişilik bozukluğunu ortaya çıkaran durumlara (pathogenesis) ait pek çok teori vardır. Bunlar psikodinamik yönelimli tedavide, hastaların geriye dönük (retrospektif) vaka öykülerine dayanmaktadır. Başlangıçta yazarlar, bu bozukluğun ortaya çıkışında bazı yapısal faktörlerin etkili olduğunu söylemiştir. Bundan kast edilen, erken dönemde yaşanan bazı olumsuz çevresel koşullardan kaynaklanabilecek psişik durumlara yatkın olmak ve de duygulanımı düzenlemede gerekli olan bazı yapısal durumların yetersiz kalmasıdır (Perry ve Vaillant 1989).

Bu bozukluğun nasıl oluştuğuna dair değişik öngörüler vardır ancak bunların çoğu psikodinamik yaklaşımla bağlantılıdır. En yaygın olan hipotezlerden biri Kernberg'inkidir. Kernberg, erken yıllardaki psikoseksüel gelişim basamaklarında “anne figürünün” bağlanma ve bakım veren olarak ele alındığını ve bu basamakların bebek tarafından iki çelişkili şekilde yaşandığını söyler. İlki, bebeğin hep yakınında olan, onu seven iyi annedir. İkincisi ise, nefret verici, çocuğu daha önceden uyarmadığı konularda cezalandıran, çocuğun tahmin edemeyeceği anlarda onu bırakıp giden annedir. Annenin bu ambivalans hali, yoğun bir biçimde çocuk üzerinde provoke edici bir anksiyete oluşturur. Çünkü her iki anne imajı da aynı kişiye aittir ve çocuk bu kişiye karşı bağımlıdır. Bölmenin borderline savunması, birey üzerinde ezici etkisi olan anksiyetenin ortaya çıkmasını engelleyerek, farklı olan bu yaşantıları (sevgi / nefret) birbirinden ayrı tutmaya yarar. Bu tarz annelerin depresyon, madde kötüye kullanımı ve

yordanamayan dürtüsellikten (impulsivite) dolayı sıkıntı yaşama olasılıklarının olduğunu da belirtilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Kernberg bu erken dönemki patolojik obje ilişkilerinin borderline hastalar tarafından içselleştirildiğini de söyler ve O'na göre, bu içselleştirme normal gelişme anında sağlıklı kişilerin kullanmadığı birincil (primitive) savunma mekanizmalarının kullanılmasıyla devam ettirilir. Yetişkin borderline hastalar, insanları “her zaman iyi” - “her zaman kötü” kategorilerine koyarak ilişkilerinin biçimini bozarlar. İnsanlar onlara ya hep iyi, bağlanılacak kadar kıymetli ya da hep kötü, nefretlik olarak görünür. Başkaları tarafından terk edilme tehdidine karşı kendilerini korur ve güvenlik ihtiyaçlarını karşılamayan insanları kontrol ederler. Bu bölmenin sonucunda iyi insan idealize edilir, kötü insan değersizleştirilir. Karşıt duygular arasındaki bocalama, bu hastalar tarafından zaman içinde yaşanır ve bu hastalar sürekli olarak eksiklik (deprive) hissettikleri için kendilerinden nefret ederler ve kendilerini yetersiz bulduklarını söylerler. Ayrıca bağlı oldukları kişilerden de nefret ettiklerini dile getirirler. Başkalarının kendileri hakkındaki olumsuz laflarına veya reddedişlerine tuhaf bir şekilde empati duyarak “Kim benden nefret etmez ki, ben berbat birisiyim” derler (Perry ve Vaillant 1989).

Ayrılma ve bireyselleşmeye odaklanıldığında, Mahler ve Masterson borderline kişilik bozukluğuna yol açtığını düşündükleri bazı yaşantıları tanımlamışlardır. Risk altındaki bebekler, insanın psikolojik gelişimindeki ayrılma-bireyselleşme sürecinin bir alt fazı olan uzlaşma (rapprochment) esnasında beklenmeyen ve uzun süreli ayrılıklara maruz kalan bebeklerdir. Bu süreçte ebeveynlere anında ulaşamamanın, bireyi bu konuda hassaslaştırabileceği söylenmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Kernberg, Mahler ve arkadaşları tarafından bildirilen uzlaşma (rapproachment) alt evresinde, borderline kişilik bozukluğunun nedeninin ve patolojisinin belirli bir gelişimsel duraklamaya bağlı olduğu da düşünülmüştür. Çünkü bu hastalar, objeyi, benliklerinden ayırırlar. Kernberg, bu kişilerin tamamen sembiyotik bir evreden geçtiklerini düşünür fakat başarılı bir şekilde bu süreci tamamlamadıklarını da sözlerine ekler. Kernberg'e göre bu evrede bir şeyler ters gider ve borderline hastalar, annelerinin onları terk edeceği korkusunu asla unutmazlar. Sonuç olarak çocuk, hayatındaki en önemli kişilerden biri tarafından terk edileceği konusunda kronik bir anksiyete ile büyür. Bununla benzer olarak bu kişiler, pozitif ve negatif

benlik sunumları ile obje sunumlarını birleştirme konusunda becerikli değillerdir (Gabbard 2000).

Adler ise bu yaklaşımların aksine, borderline kişilik bozukluğunu yetersizlik modeliyle açıklamaya çalışmıştır. Adler bu hastaların, benlik ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmadığı çevrelerde yetiştiklerini söyler. Bundan dolayı, bu hastalar yetişkin olduklarında bile benliklerini aramaya devam ederler. Kernberg, borderline hastaların, düşmanca içe yansıtmadan kaynaklanan bir acı çektiklerini düşünürken, Adler içe yansıtmanın olmamasından dolayı sıkıntı yaşadıklarını düşünür ve selfin parçalanma korkusunu yok olma (annihilation) paniği olarak adlandırır (Gabbard 2000).

Borderline hastaların aileleri ile yapılan çalışmalar, bazı yatkınlık sağlayan durumların olduğunu desteklemektedir. Pek çok araştırma, borderline kişilik bozukluğu olanların birinci dereceden akrabalarında yüksek oranda depresyon yaygınlığı (prevelansı) olduğunu bulmuştur. Borderline hastalar üzerinde yapılan biyolojik çalışmalarda, uyku EEG'si incelenmiştir. Bu kişilerde, depresif bireylerdekiyle benzer REM gecikmesi (REM latency) bulunmuştur. Şizofreni yaygınlığında herhangi bir artış söz konusu değildir; ancak bir hassasiyet olduğu belirtilmektedir. Bu hassasiyetin bilişsel veya nörointegratif bir kusurdan çok, duygulanımın düzensiz olmasından (disregülasyon) kaynaklandığı fikri de diğer önerilerin arasındadır. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alanlarla yapılan çalışmalar, bu kişilerin anksiyöz, bağımlı, kaybetmeye ve reddedilmeye karşı duyarlı olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu kişiler, eksen I tanılarında panik bozukluk ve agorafobiye de eğilimlidirler. Bunlara ilaveten, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun borderline kişilik bozukluğu olan erkeklerde yaygın olduğu da gösterilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bu kişilerin birinci dereceden akrabalarında alkolizm ve madde kötü kullanımının yüksek oranda olması söz konusu olabilir. Madde kötüye kullanım öyküsü, çocuğun nasıl bir çevrede büyüdüğünü etkiler ve bu da bu bulguların yorumlanmasını oldukça zorlaştırmaktadır. Yapılan bir ikiz çalışmasında, sekiz çift yumurta (dizyotik) ikizinden ikisinin de borderline olduğu bulunurken, tek yumurta (monozyotik) ikiz çiftlerinden hiçbirisi borderline tanısı almamıştır. Bu sonuçlar, bu hastalığın herhangi bir ailesel (familial) geçişinin birincil olarak genetik olma olasılığının olmadığını önermektedir (Perry ve Vaillant 1989). Ancak bir taraftan da bazı

Çalışmalarda, genel populusyona nazaran borderline kişilik bozukluğunun, bu bozukluğu olan akrabalar arasında beş kat daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda, çocukluk travması olduğunu ortaya koymuştur. Bu kişilerin yaklaşık olarak % 50'si ensest veya çocuklukta yaşanan başka tür cinsel istismara maruz kalmıştır. Diğerleri ise fiziksel ve sözel olarak istismar edilmişlerdir. Erken yıllarda travma hikayesi olan hastalara benzer olarak istismar edilmiş borderline kişilikler, istismar eden kişi ve kurban paradigmasını içeren obje ilişkilerinin karakteristik örüntüsünü yeniden yaşarlar (Gabbard 2000).

Ayrılma ve kayıp problemleri olanlarla çalışıldığında borderline hastalarının, ayrılmanın pek çok alanında yani boşanma sonucu ebeveyninden ayrılma veya evi terk etme gibi problemleri olduğu grlmştir. Ayrıca ebeveynler arasında çatışmalı bir ilişkinin olması, anne ve baba arasındaki ilişkinin mesafeli olması ve anneyle çatışmalı bir ilişkinin olması gibi aileye özgü birtakım özellikler de bu bozukluk üzerinde etkilidir. Son zamanlarda ise, fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldığını bildirenlerin çoğunluğunun, borderline kişilik bozukluğu tanısı aldığı söylenmektedir. Bildirilen travmalar altı yaşından önce olmuştur ve borderline hastaların % 50'sinde bu duruma rastlanmıştır ve ergenlikle beraber gittikçe artan bir tablo oluştuğu da grlmştir (Perry ve Vaillant 1989).

1. 2. 5. 3. Epidemioloji:

DSM-IV genel populusyondaki yaygınlık oranı %2; psikiyatri kliniğine ayaktan tedaviye gelenler arasında % 10; psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi alan hastalar arasında % 20; kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar arasında ise %30 ila %60 arasındadır. DSM-IV bu bozukluğun daha çok kadınlara konulduğunu bildirmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000). Bazı alışmalar (Morey ve Hubbard 1996) ise yaygınlık oranının %2 ila %4 arasında olduğu ve bozukluğun özellikle psikiyatri kliniğinde yatan hastalar arasında yaygın olduğunu söylemektedir.

1. 2. 6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 6. 1. Tarihçe:

Histriyonik kişilik bozukluğu 2.400 yıl önce, Hipprocates tarafından tanımlanan histeri sözcüğünden türemiştir. 19. yüzyılın sonunda, Charcot ve Janet, histeri terimini konversiyon semptomlarıyla ilişkilendirmiştir. 1958’ de literatürde histeri beş farklı şekilde kullanılmıştır. Bunlar;

- 1) Bir kişilik veya karakter tipi,
- 2) Bir konversiyon reaksiyonu,
- 3) Fobi ve anksiyete ile tanımlanan bir psikonevrotik bozukluk,
- 4) Altta yatan psikopatolojik örüntünün belirli bir tipi,
- 5) “Opprobrium” un bir kavramıdır (Perry ve Vaillant 1989).

Schneider tarafından oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında histriyonik kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu “ilgi arayan psikopatik hastalar” tanımının içine alınmıştır. Bu tanıma göre, bu kişiler teşhirciliği ve böbürlenmeyi severler, patolojik olarak yalan söylerler. Ancak tanısız karmaşıklık nedeniyle, bu terim DSM-II’den çıkartılmış, 1967 yılında bu terim, DSM-III’de ilk kategori altında yeniden gündeme gelmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-III-R, DSM-III’deki histriyonik kişilik bozukluğu ölçütlerinin pek çoğunu içermektedir. Sadece bazı değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, suisidal tehditler ile manipüle etme eğilimi, ölçütler arasından çıkartılmıştır; böylelikle borderline kişilik bozukluğu ile çakışma olasılığı azaltılmaya çalışılmıştır. Uygun olmayan cinsel sedüktif davranışlar yeniden gözden geçirilmiş, detaydan yoksun konuşma ve etkilemeye yönelik konuşma eklenmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV’de histriyonik kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, aşırı duygusallık ve ilgilenilme arayışı gösteren sürekli bir örüntü:

1. İlgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olur.

2. Başkalarıyla olan etkileşimi çoğu zaman uygunsuz bir biçimde cinsel yönden ayartıcı ya da baştan çıkarıcı davranışlarla belirlidir.
3. Hızlı değişen ve yüzeysel kalan duygular sergiler.
4. İlgiyi üzerine çekmek için sürekli olarak fizik görünümünü kullanır.
5. Aşırı bir düzeyde başkalarını etkilemeye yönelik ve ayrıntıdan yoksun bir konuşma biçimi vardır.
6. Gösteriş yapar, yapmacık davranır ve duygularını aşırı bir abartma ile gösterir.
7. Telkine yatkındır, yani başkalarından ya da olaylardan kolay etkilenir.
8. İlişkilerin, olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünür.

1. 2. 6. 2. Etioloji:

Nedeni tam olarak bilinmemektedir; ama kuşku götürmeyen bir şey varsa o da çok-faktöriyel nedenli olduğudur. Bir yüzyıl boyunca bu bozukluğa psikodinamik açıdan bakılmış ve genel olarak çocuk gelişimine odaklanılmıştır (Perry ve Vaillant 1989).

Histriyonik kişilik bozukluğu, düşük düzey oral saplanma ile oluşmuş histriyonik hasta ve fallik saplanma ile oluşmuş üst-düzey histerik hasta arasındaki süreklilik ile tanımlanır. Sürekliliği düşük düzeydeki hasta, annesinden alamadığını hissettiği bakım için babasına döner. Bu dramatik efektif oyun, babası ve diğer erkeklerin ilgisini çekmek için gereklidir. Genital cinsel ilişki, ilkel oral ihtiyaç olarak adlandırılır. Kız çocuk, daha sonra cinsel davranışın doyurucu olmadığını keşfeder. Çünkü o anneye ait meme aramaktadır ve bunun yerine penis almaktadır. Bilinçaltındaki fantezi meme, penis eşitliği olarak bilinmektedir (Gabbard 2000).

Bu sürekliliğin en üst noktasındaki histerik kadın hasta, sürekliliğin alt kısmında olan kadın hastaya nazaran anneden bakım alma konusunda daha başarılıdır. Ama ne olursa olsun histerik kadın, babasına olan libidal bağlanmadan vazgeçme konusunda başarılı değildir. Çözümlememiş ödipal çatışma ile büyür. Babasını bir erkek olarak idealize eder. Ulaşılamaz ya da onu unutabilecek bir erkeğin sevgisi için başka kadınlarla rekabet içinde olduğu durumlarda, kendini üçgen bir ilişkide bulur. Histerik kadın sıklıkla hemen evlenebileceği kişilerle romantik ilişkiler kurar ya da babasına bağlanmasından vazgeçmek zorunda

kalmayacağını garantisini alır. Çünkü “bastırma” histerik kişilik bozukluğu için birincil bir savunmadır; bağlanma sıklıkla tamamen bilinçaltındadır sadece psikoterapi bu farkındalığı getirir (Gabbard 2000).

Her ne kadar histriyonik kişilik bozukluğu kadınlarda daha yaygın olsa da, erkekler de tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Bu kişilerin dinamikleri kadınlarınkine benzerdir. Erkek hastalar da anneden almak istedikleri bakım için babaya dönerler. Babanın duygusal olarak ulaşılamaz olması, erkek çocuğunu ya anne ile kurulan feminen özdeşimden kaçarak hipermaskülen bir tavır ortaya koymasına ya da anneye doğrudan özdeşim kurarak pasif kadınsı bir kimlik sergilemesine yol açar. Bu sürekliliğin en üst düzeyinde, histerik bozukluğu olan erkek hasta çözümlenmemiş ödipal çatışmalarda, annesine bağlı olarak kalır. Bu erkekler, tanıştıkları kadınlara karşı hemen hemen her zaman hayal kırıklığı yaşarlar; çünkü tanıştıkları kadınların hiçbiri, anneleriyle boy ölçüşemez. Dolayısıyla bu erkekler annelerine karşı bilinçaltı bağlanmayı devam ettirmek için izole bir yaşam tarzına sahip olurlar ya da bekâr kalırlar (Gabbard 2000).

Ancak bugün bütün bu hipotezlere rağmen, çocukluktaki ödipal çatışma artık bu bozukluğun bir nedeni olarak görülememektedir (Perry ve Vaillant 1989).

Ayrıca histriyonik, antisosyal ve alkol kötüye kullanım bozukluğu arasında genetik bağ olduğu fikri de tartışılmış olmasına rağmen, histriyonik olarak tanımlananların birçoğunun şimdi borderline kişilik bozukluğu tanısı aldığı da bildirilmiştir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Morey ve Hubbard (1996) ise histriyonik kişilik bozukluğunun etiyolojisi için, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki bir sorunun düşük benlik saygısına yol açtığını savunmuştur. Tiyatrovari davranış ve diğerlerini etkilemek için kullanılan yüzeysel yollar, bireyin özel davranışlarda bulunmadan dikkat çekemeyeceği ve değersiz olduğu şeklindeki kendilik anlayışına bağlanabilir.

Histriyonik kişiler kadınlığın bir karikatürünü sergiler. Gerçekten de histriyonik ve histerik kişilik bozukluğu tanıları daha çok kadınlar için kullanılır. Bunun nedeninin, psikodinamik etkenlerden çok toplumdaki cinsiyet rollerinden kaynaklandığı da bir başka

düşüncedir (Ford ve Widiger 1989). Halleck (1967)'e göre süregelen kültürde, duygusal yoksunluk yaşayan erkekler, bağımlılık ihtiyaçlarını yadsıma ve kendilerini reddeden kişilere karşı saldırgan davranma eğilimindedirler. Buna karşılık, kadınların bağımlılık ihtiyaçlarını yadsımaları beklenmez, ama saldırganlıklarını doğrudan yaşama şansları da çok sınırlıdır. Buna rağmen, erkekler arasında da histerik kişiliğe oldukça çok rastlanır. Bu kişiler genellikle, abartılı erkeksi ya da pasif-kadınısı olarak iki alt kategoride tanımlanırlar (Geçtan 1997).

1. 2. 6. 3. Epidemioloji:

DSM-IV bu bozukluğun genel popülasyonda %2 ila %3 arasında; psikiyatri kliniğinde ayaktan ve yatarak tedavi edilenler arasında %10 ila %15 arasında olduğunu bildirmektedir. Genellikle kadınlar arasında daha yaygın olduğu söylenir ancak DSM-IV, kadın ila erkek arasında bu bozukluğun görülme sıklığının eşit olduğunu söylemiştir (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 2. 7. Narsistik Kişilik Bozukluğu:

“Narkisos (Narcissus) su perilerinin gözdesi kusursuz güzellikte ama perilere hiç ilgi göstermeyen genç bir adamdır. Ona çok tutkun olan Eko isimli bir su perisi bir gün ona yaklaştı ve sert bir şekilde reddedilir. Olayın ardından utancından ve kederinden yıkılan Eko geride yalnızca yankılanan sesini bırakarak yok olup gider. Ekonun intikamının alınmasını isteyen su perilerinin bu isteği karşısında tanrılar, Narkisos'un da karşılıksız bir aşk yaşayarak cezalandırılmasına karar verirler. Bir gün dağdaki berrak bir su birikintisine bakan Narkisos orada kendi yansımasını görür ve suda yaşayan çok güzel bir ruhla karşılaştığı sanısıyla anında aşık olur. Suyun üzerinde kendisine bakan, ama hiçbir karşılık vermeyen ve onu kucaklamak için suya her dokunuşunda kaybolan bu imgeden kendisini ayıramaz. Sonunda suya düşerek boğulur ve ölür.”

Narsisizmle ilgili özelliklerin çoğu bu öyküde mevcuttur. Kendini beğenmişlik, ben-merkezcilik, başkalarının yaşadıklarına ve onlara yaşattıklarına duyarsızlık, belirsizlik beden

imgesi, yeterince oluşmamış self ve obje sınırları, objelerle ilişki sürekliliğinin olmaması ve psikolojik dokudan yoksunluk (Geçtan 1997).

Psikiyatri uygulamalarında normal narsisizm ile patolojik narsisizm arasında ayırım yapabilmek her zaman kolay olmaz. İnsanın kendini sevmesi ve değerli bulması normal, hatta gerekli bir duygudur. Ancak bu duyguların hangi aşamada abartılarak kişilik bozukluğuna dönüştüğünü belirleyen ölçütleri tanımlamak pek mümkün değildir (Geçtan 1997).

Schneider'ın tanımlamasında histriyonik kişilik bozukluğu ile beraber bu bozukluk da, "ilgi arayan psikopatik hastalar" sınıflandırmasının içindedir. Narsistik kişilik bozukluğunun DSM-IV'deki tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, üstünlük duygusu (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve empati yapamamanın olduğu sürekli bir örüntü:

1. Kendisinin çok önemli olduğu duygusunu taşır (örn: başarılarını ve yeteneklerini abartır, yeterli bir başarı göstermeksizin üstün biri olarak bilinmeyi bekler).
2. Sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik ya da kusursuz sevgi düşlemleri üzerine kafa yorar.
3. "Özel" ve eş bulunmaz biri olduğuna ve ancak başka özel ya da toplumsal durumu üstün kişilerin (ya da kurumların) kendisini anlayabileceğine ya da ancak onlarla arkadaşlık etmesi gerektiğine inanır.
4. Çok beğenilmek ister.
5. Hak kazandığı duygusu vardır: Kendisinin özellikle kayırılacak olduğu bir tedavi biçiminin uygulanacağı beklentileri ya da bu beklentilerine göre uyum gösterme.
6. Kişiler arası ilişkileri kendi çıkarı için kullanır: Kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarının zayıf yanlarını kullanır.
7. Empati yapamaz: Başkalarının duygularını ve gereksinimlerini tanıyıp tanımlama konusunda isteksizdir.
8. Çoğu zaman başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır.
9. Küstah, kendini beğenmiş davranış ya da tutumlar sergiler.

1. 2. 7. 1. Etioloji:

Narsistik kişilik bozukluğunun iki önemli psikodinamik açıklaması vardır. Biri Kohut'un diğeri Kernberg'in teorisidir. Kohut'un teorisi self psikoloji başlığı altında tartışılır. Kohut'a göre, narsistik bireyler gelişimsel olarak sekteye uğramışlardır, çünkü ebeveynleri, onların içinde bulunduğu dönemlere uyum sağlayamamış, empati kuramamışlardır. Bu çocuklar, insanlar, sanki sırf onların narsistik ihtiyaçlarının doyurulmasını sağlamak için varlarmış gibi davranırlar (Gabbard 2000).

Kernberg ise narsistik kişilik bozukluğu için farklı bir psikodinamik formülasyon önermiştir. Narsistik kişilik bozukluğu olan bir hastanın, borderline kişilik bozukluğu olan bir kişi ile benzer olduğunu söylemiştir. Kernberg borderline-narsistik ayrımını, narsistik bir hastanın bütünleşmiş ama patolojik grandiyöz benliğinin olması ile yapar. O'na göre, grandiyöz benlik, narsistik kişilik bozukluğuna ait savunucu bir yapıya işaret etmektedir. Bu bozukluk, başkalarına bağımlı olmayı asla kabul edemez. Kernberg, "grandiyöz benlik" i, gerçek benlik, ideal nesne (object) ve ideal benliğin kaynaşması olarak görür. Bir başka deyişle, narsistik bir kişi grandiyöz benliği sayesinde yeterli bir insan olduğu yanılsaması ile hayatını sürdürür (Gabbard 2000).

Kernberg, borderline-narsistik kişilik bozukluğu arasındaki farkı, narsistik kişilik bozukluğu olan hastalarda yüksek düzey ego işlevselliği olması ile açıklar. Narsistik hastalar, her güne aynı şekilde başlarlar çünkü kendilerini ortaya koyuş (self-representations) tarzları sürekli, oysa borderline kişilik bozukluğu olanların kendilerini nasıl ortaya koydukları sürekli değişir (Gabbard 2000).

Her ne kadar Kohut, narsistik hastaların libidinal ve self-object ihtiyaçlarını tartışsa da, Kernberg bu hastalardaki kıskançlık (envy) ve agresyonun altında yatanlar üzerinde durmaktadır. Yapısal ya da çevresel kaynaklardan gelen aşırı agresyondan dolayı, narsistik hastalar kronik kıskançlıktan kaynaklanan bir acı yaşarlar. Bu kıskançlık onların var olan pozitif taraflarını mahveder. Kohut ise kıskançlığın narsistik kişilik bozukluğuna neden olmada merkezi bir rol oynamadığını düşünür. Kohut, özellikle narsistik hastalarda görülen idealizasyonun normal gelişimsel bir ihtiyaç olduğunu söylese de Kernberg, altta yatan öfke,

kıskançlık ve küçümsemeye karşı bir savunma olarak idealizasyonun ortaya çıktığını söyler (Gabbard 2000).

Narsistik kişilik bozukluğunun ölçütleri son derece kapsayıcıdır ve diğer dürtüsel-spektrum kişilik bozukluklarında da bu ölçütlerin bulunma olasılıkları fazladır. Genel olarak, bu kişilik bozukluklarına yol açan faktörlerin narsistik kişilik bozukluğuna yol açanlarla çakışması olasıdır. Biyolojik olarak, borderline kişilik bozukluğu olanlar, çok daha fazla anksiyete ile karakterize edilirler (özellikle de ayrılık anksiyetesi ile). Antisosyal kişilik bozukluğu olanların ise dürtüsel, çabuk sinirlenmeleri, yerinde duramamaları ve hatta hiperaktif olmaları söz konusudur. Üç impulsif-spektrum bozuklukta da, ebeveynlerin empatiden ve destekten yoksun oldukları bir çevre, buna ilaveten istismar ve ihmal edilmenin de yaşandığı bir aile varken; narsistik kişilik bozukluğunda sıklıkla çocuklukta pozitif özelliklerin içselleştirilmesine rastlanır. 1981’de narsistik kişilik bozukluğu olan yetişkinlerle ortak pek çok treyti olduğu görülen istismara uğramış çocukların, ebeveynlerinden hem pozitif hem de negatif ödüller aldıkları bulunmuştur. Bu çocuklar, ebeveynlerinin gerçekdışı atıflarından (güçlü, zeki, güzel, becerikli gibi treytler) grandiozite ve omnipotans duyguları almışlardır (Perry ve Vaillant 1989). Kendi çocuklarına gerçekçi olmayan grandiozite duygusu veren narsistik ebeveynlerin, çocuklarında bu bozukluğun ortaya çıkma riskinin fazla olduğu bildirilmiştir. Buna ilaveten, pek çok narsistik kişi gerçekten de yetenekli, güzel veya zekidir; ancak bu özellikler hayatlarının merkezi olmuştur (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 2. 7. 2. Epidemioloji:

DSM-IV, bu bozukluğun genel populasyonda %1’den az, klinik popülasyonunda ise %2 ila %16 arasında olduğunu söylemektedir. DSM-IV’e göre bu bozukluk erkekler arasında daha yaygındır. Ergenlerin kendilerine odaklanmaları normal kabul edilir ve bu tür davranışlar bir kişilik bozukluğunun habercisi olarak yorumlanmaz (Morey ve Hubbard 1996).

1. 2. 8. Çekingen Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 8. 1. Tarihçe:

Çekingen kişilik bozukluğu terimi, DSM-III'le başlamıştır. Bundan önce, bu tarz kişiler, Alfred Adler'in "aşağılık kompleksi" yapısı ile anılmaktaydı. DSM-II'de bu bozukluğu olan kişiler, şizoid, bağımlı veya yetersiz kişilikler olarak sınıflandırılırdı. Bazıları ise bu kişilerden fobik karaktere sahip olan kişiler olarak bahsederdi (Perry ve Vaillant 1989). Schneider ise yaptığı 11 anormal kişilik tanımının içine çekingen kişilik bozukluğunu eklememiştir.

DSM-III'ye bu bozukluğun eklenmesi, belirli hastaların şizoid veya bağımlı kişiliklerden farklı tanımlara uymasından kaynaklanmıştır. Bu kişiler sosyal ortamlara karşı ilgili ama geri çekilmiş kişilerdir (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-III-R, DSM-III'deki aynı yapıyı korumuştur fakat sosyal ortamlardaki suskunluğu (ketumluğu) yansıtan ölçütlerin sayısı artırılmıştır; başkalarının olduğu ortamlardan kaçınma ve rutin olmayan aktivitelere katılma konusunda fiziksel zorlukları abartma da eklenmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV'de çekingen kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntü:

1. Eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusuyla çok fazla kişiler arası ilişki gerektiren mesleki etkinliklerden kaçınır.
2. Sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemez.
3. Mahcup düşeceği ya da alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterir.
4. Toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar.
5. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir.

6. Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağı görür.

7. Mahcup düşebileceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez.

1. 2. 8. 2. Etiyoloji:

Tahminen huy ve sosyalizasyon bu bozukluğun nedeninde önemli bir rol oynamaktadır. Fakat bu konuda yapılmış sistematik çalışmalar yeterli değildir. Bazı klinisyenler, yabancılardan korkma ile kendini gösteren çocukluk ve ergenlik çekingenliğinin, çekingen kişilik bozukluğunun önüne geçtiğini söylemiştir. Reddedilmeye karşı duyarlı olmanın biyolojik bir temeli olup olmadığına karar vermek önemlidir. Bağlanma-birleşme mekanizması (attachment bond mechanism), reddedilmeye karşı hassasiyet ve bu tepkiyi pek çok sosyal ortama genellemeye karşı yüksek oranda bir duyarlılık yaratmanın temelini oluşturabilir (Perry ve Vaillant 1989).

Diğer kişilik bozukluklarıyla çakışmasından dolayı tartışmalı bir kişilik bozukluğu olsa da, bu bozukluk psikoanalitik teori ile de açıklanabilir. Çekingen kişilik bozukluğu, fobik nevrozun bir versiyonu olarak ele alınabilir. Çekingen kişilik bozukluğu olan hastalar, aşırı derecede utangaçtır, alay edilecekleri ya da eleştirilecekleri sosyal ortamlara girmekten çekinirler. Her ne kadar sosyal fobikler belirli ortamlara girseler de, çekingen kişilik bozukluğu olan kişinin algıladığı tehdit genellenmiştir (Gabbard 2000).

Çekingenliğin veya kaçınmanın savunucu bir tarafı vardır. Bu durum, bireyleri reddedilmekten, başarısızlıktan, dalga geçilmekten, eleştirilmekten korur. Çekingenlik veya utangaçlık bu hastalar için anahtar sözcüktür. Psikodinamik açıklama, yakın ilişkilerden ve sosyal ortamlardan kaçınıldığını çünkü kişisel yetersizliğin herkesin önüne serilmesinden korkulduğunu söyler. Bazı araştırmalar çekingenliğin yapısal-genetik bir temeli olduğunu söyler. Fakat çevresel yaşantıların (reddedilme, dalga konusu olma) bu bozukluğun oluşması için gerekli özellikler olduğu da bütün bu bulgulara eklenmiştir (Gabbard 2000).

2. 8. 3. Epidemioloji:

DSM-IV, bu bozukluğun genel popülasyonda %0,5 ila % 1 arasında, psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi edilenler arasında %10 olduğunu bildirmektedir. DSM-IV'e göre bu bozukluk erkekler ve kadınlar arasında eşit oranda görülmektedir.

1. 2. 9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 9. 1. Tarihçe:

Bu bozukluğun psikiyatri literatüründe tartışılmaya başlanması, Abraham ve Freud tarafından dile getirilen oral karakterin psikoanalitik açıdan tanımlanmasıyla başlamıştır. DSM-II'de bu tanı yoktur (Perry ve Vaillant 1989). Schneider tarafından 1934'te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında ise bu bozukluk, “güvensiz psikopatik hastalar” olarak tanımlanmıştır.

Enlemesine kesit çalışmalardan birkaçı, kişiliğin oral-bağımlı boyutunun olduğunu; bağımlılık, kötümserlik, cinsellikten korkma, kendinden şüphelenme, benmerkezcilik, pasiflik, kolaylıkla etki altında kalma ve sebat edememe treytlерinin, farklı bir boyut olarak birlikte ortaya çıktığını desteklemiştir. Bu treytlер, zaten genelde psikiyatri hastalarında yaygındır ve kişilik bozukluğu olanların bazılarında da vardır, bundan dolayı bağımlılık bir tanı olarak ele alındığında bu ayrımı yapmak zordur. Narsizm gibi, bağımlılık kavramı da bütün kişilik bozukluklarının içinde, bir boyut veya var olma derecesi olarak ele alındığında psikiyatrik bozuklukların anlaşılmasını sağlamaktadır (Perry ve Vaillant 1989).

DSM-III-R, DSM-III'dekinden farklı bazı ölçütler sunmuştur. Bağımsızca davranamama ve karar verme becerisinin olmaması özellikleri korunmuştur. Kendine güvenmeme özelliği ise çıkartılmıştır. Daha önceki çalışmalardaki en önemli treyt olan “boyun eğme” dokuz ölçütün sadece altısını içermektedir. Bu ölçütler, onaylanmama, reddedilme, yalnızlık korkusu, terk edilme korkusu, sevilmemе korkusudur. Bu tanım, çoğunlukla terk edilme korkusunu yansıtır. Yapılan bu değişikliğin, bağımlı kişilik bozukluğu ile reddedilme ve terk edilme korkusunu

içinde barındıran diğer bozukluklar (borderline, çekingen, kendi kendini çelmeleyen) arasında karmaşıklığa neden olacağı daha yeni yeni fark edilmektedir (Perry ve Vaillant 1989).

Bugün kullanılan DSM-IV’de bağımlı kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, uysal ve yapışkan davranışa ve ayrılma korkusuna yol açacak biçimde kendisine bakılma gereksinmesine aşırı olması:

1. Başkalarından bol miktarda öğüt ve desek almazsa gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker.
2. Yaşamının çoğu önemli alanında sorumluluk almak için başkalarına gereksinim duyar.
3. Desteğini yitireceği ya da kabul görmeyeceği korkusuyla başkalarıyla aynı görüşü paylaşmadığını söylemekte zorluk çeker.
4. Tasarıları başlatma ya da kendi başına iş yapma zorluğu vardır (Böyle bir isteğinin ya da yapacak gücünün olmamasından çok doğru yapıp yapmadığına ya da yeteneklerine ilişkin kendine güveninin yoluğundan ötürü).
5. Başkalarının bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar aşırıya gider.
6. Kendisine bakamayacağına ilişkin aşırı korku nedeniyle tek başına kaldığında kendini rahatsız ya da çaresiz hisseder.
7. Yakın bir ilişkisi sonlandığında bir bakım ve destek kaynağı olarak derhal başka bir ilişki arayışı içine girer.
8. Kendi kendine bakma durumunda bırakacağı korkuları üzerine gerçekçi olmayan bir biçimde kafa yorar.

1. 2. 9. 2. Etioloji:

Bağımlı kişilik bozukluğu olan hastalar sıklıkla aşırı ilgili anne-babaya sahip olma ile karakterize edilirler. Çocuklara verilen mesaj, özerkliğin tehlikeli olduğudur. Bağlılık ve aile üyelerine olan bağımlılık pekiştirilir. Oral döneme saplanmayı içeren klasik psikoanalitik görüş, bağımlı kişilik bozukluğunun belirleyici özelliği için çok uzun süre uygun bir açıklama olmamıştır. Çünkü bu hipoteze ait basamağın özgüllüğü net değildir. Aşırı bağımlı olan kişiler,

çocukluklarında ebeveynlerinden ayrılmalarının ne gibi tehlikeleri olduğu hakkında mesajlar alırlar. Dolayısıyla bu örüntü, gelişimin belirli herhangi bir basamağına ait değildir (Gabbard 2000).

Bağımlı kişilik bozukluğu olan hastalar için psikodinamik açıklama ise, bağımlılığın düşmanlık ve agresyonu maskeleyebileceği üzerinedir (Gabbard 2000). Psikoanalitik teoride bağımlılık treyti, psikoseksüel gelişimin oral basamağı ile yakından ilgilidir. 1924'te Abraham oral karakterlerin, meme emmeye, aşırı düşkün olup olmamalarını ve bebeğin bundan duyduğu memnuniyet ile bağlantılı bir treyt olarak bağımlılık geliştirip geliştirmediğini sorgulamıştır. Çocuk gelişimine ilişkin ileriye yönelik (prospektif) çalışma, bu hipotezi bir kenara atmıştır. Yetişkin "oral-bağımlı" kişilikle bağlantılı treytler yani pasiflik, oral doyum arayışının çok olması, kötümser olma, çocukluğunda bundan yoksun olanlarda daha sık oluşmaktadır. Yetişkinler üzerinde yapılan empirik çalışmalar, ağız ve anal alışkanlıklar arasında yani oral ve anal kişilikler arasında az bir ilişki olduğunu bulmuştur (Perry ve Vaillant 1989).

Bağımlı kişilik bozukluğunun nedenleri hakkındaki teoriler çoğunlukla psiko-sosyaldir. Kültürler sıklıkla bunu cinsiyete, etnik kültüre veya rol beklentisine dayandırmaktadır. Ebeveynler, bağımsızca davranan çocukların girişimlerini cezalandırabilir, böylelikle özerk davranış örüntüsü asla oluşmaz. Çünkü ebeveyn veya toplum, çocuğu, özerkliğin bağlanma veya onaylanmama ile ilişkili olduğuna inanması için duyarlılaştırır (Perry ve Vaillant 1989).

Perry ve Vaillant (1989) çocukken görüşülen genç yetişkinlerin takip çalışmalarını dile getirilmiştir. bu çalışmanın sonucunda, altı ve on yaşlarında gösterilen pasif ve bağımlı davranışlar arasında güçlü bir ilişki olduğu; kadınlarda bu bağımlı olma davranışı geniş bir alanda hakimken; erkeklerde bağımlılık, mesleki çevrede daha yoğun olduğu bulunmuş, olgunlaşmadaki cinsiyet farklılığı sosyo-kültürel faktörlere bağlanmıştır.

Genetiğin buna katkısına ilişkin olan kanıtlar, 1963'teki mono tek yumurta ikizi-(benzer ikiz) ve dizgotik ikizlerin (çift yumurta ikizi-kardeş ikiz) kişilik profillerinin çalışıldığı araştırmada gösterilmiştir. Benzer ikizler, kardeş ikizlere nazaran boyun eğme ve özgür davranmayı ölçen boyutlarda daha yüksek değerler almışlardır (Perry ve Vaillant 1989). Ayrıca

bir başka görüş de kronik fiziksel hastalıkların veya ayrılma anksiyetesi bozukluğunun, bağımlı kişilik bozukluğu için bir yatkınlık oluşturduğudur (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 2. 9. 3. Epidemioloji:

DSM-IV bu bozukluğun en yaygın kişilik bozukluğu olduğunu bildirmiştir. Kadın ve erkeklerde eşit oranda yaygındır (Cloninger ve Svrakic 2000). Genel popülasyondaki yaygınlık oranının %2 ila %3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Morey ve Hubbard 1996).

1. 2. 10. Obsesif-kompulsif Kişilik Bozukluğu:

1. 2. 10. 1. Tarihçe:

Psikoanalizin ilk yıllarından beri, bu tanının kişilik treytları üzerinde çalışılmıştır. 1894'te Freud, obsesyonları besleyen izolasyon ve yer değiştirme savunma mekanizmasından bahsetmiştir. 1908'te ise, anal erotizmin kompulsif bozukluğun formülasyonunda önemli bir rol oynadığını söylemiştir. Diğer psikoanalistler de bu yoldan ilerlemiştir. Avrupa' da bu bozukluk, anankastik kişilik olarak adlandırılmıştır, 1959'da Schneider bu terimi kompulsif veya duyarlı kişilikle eş anlamlı olarak kullanmıştır. Schneider' a göre bu kişiler hayatlarını oldukça katı bir titizlikle yapılandırırlar; son derece doğru ve dürüsttürler; anksiyete ve obsesyonları vardır.

DSM-II'de bu tanı "kompulsif kişilik bozukluğu" olarak kullanılmıştır. Bu terim, DSM-III'de ve DSM-III-R'de obsesif-kompulsif bozukluk olarak değiştirilmiştir. Bu değişen terminoloji ilginç olarak, obsesif-kompulsif kişilerdeki ambivalans duygularla ilişkili olan yapma-bozma savunmasının bir örneği olabilir.

DSM-III-R'de, DSM-III ölçütleri değiştirilmemiştir. Sadece iki yeni ölçüt daha eklenmiştir. İlki; aşınmış, yıpranmış veya eskimiş değerler atamama; ikincisi ise, aşırı vicdanlı davranma ve etik, değerler veya ahlaki konular hakkında esnek olmama.

Bugün kullanılan DSM-IV'de obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanı ölçütleri şöyledir:

A. Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına düzenlilik, mükemmeliyetçilik, zihinsel ve kişiler arasında kontrol koyma üzerine aşırı kafa yormanın olduğu sürekli bir örüntü:

1. Yapılan etkinliğin asıl amacını unutturacak derecede ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralama, organize etme ya da program yapma ile uğraşıp durur.
2. İşin bitirilmesini zorlaştıran bir mükemmeliyetçilik gösterir (örn: kendisine özgü aşırı katı ölçüler karşılanamadığı için bir tasarımı tamamlayamaz)
3. Boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerden ve arkadaşlıklarından yoksun kalacak derecede kendisini işe ya da üretkenliğe adan (ekonomik gereksinimleri ile açıklanamaz)
4. Ahlak, doğruluk ya da değerler gibi konularda vicdanının sesini aşırı dinler ve esneklik göstermez (kültürel ya da dinsel özdeşim ile açıklanamaz)
5. Özel bir değeri olmasa bile eskimiş ya da değersiz şeyleri elden çıkartamaz.
6. Başkaları, tam olarak kendisinin yaptığı gibi yapmayı kabul etmedikçe görev dağılımı yapmak ya da başkalarıyla birlikte çalışmak istemez.
7. Para harcama konusunda hem kendisine, hem de başkalarına karşı cimri davranır; para, gelecekte ortaya çıkabilecek felaketler için biriktirilmesi gereken bir şey olarak görülür.
8. Katı ve inatçıdır.

1. 2. 10. 2. Etiyoloji:

Elde edilen genetik çalışmalar, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun başlangıcında kalıtımın bir rolü olduğunu söylemiştir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun nasıl ortaya çıktığı hakkında daha erken yıllarda psikodinamik hipotezin söylediği şey, Freud'un psikoseksüel gelişim teorisinin söylediğine benzerdir. Bu durum, psikoseksüel gelişimin anal fazında (iki ila dört yaş arasında) çocuğun libidal dürtülerinin (tuvalet eğitimini öğrenirken) ebeveynleriyle çatışma içine girmesi ile görülür. Ancak yapılan kültürler arası çalışmalar, kişilik formülasyonunda tuvalet eğitiminin önemini desteklememektedir (Perry ve Vaillant 1989).

Obsesif-kompulsif karakter, ödipal dönemde kastrasyon anksiyetesine bir tepki olarak anal saplanmaya geri dönmekle açıklanır. Bu karakter örüntüsü ile ilişkili anal özellikler, cimrilik, aşırı düzenlilik ve inatçılıktır. Psikodinamik teori, obje ilişkileri yönünde değiştikçe, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu daha az anal karakterle açıklamaya başlamış daha çok benlik saygısı, öfke, bilişsel düşüncelere ve yakınlık kurmadaki problemlere odaklanılmıştır (Gabbard 2000).

Kendi kendine şüphe duyma, obsesif-kompulsif hastaların en yaygın özelliğidir. Tedavi esnasında bu kişilerin ebeveynleri tarafından sevilmediği veya bu kişilere değer verilmediği ortaya çıkar. Hissettikleri yoğun öfke ebeveynlerine karşıdır. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar, öfke ve bağımlılık gibi kabul edilemez duygularını aşmak için mükemmeliyetçiliği ön plana çıkarırlar. Sürekli yeterli ölçüde bir şeyleri yapıp yapmadıklarını düşünürler ve böylelikle ebeveyn onayını alırlar, bu çocukluktan beri özledikleri bir şeydir. Yakınlık kurmak, bu hastalar için bir risk oluşturur, çünkü bu durum bağımlılık isteklerini ve öfke sunmalarını tetikleyebilir ve daha sonra kontrolü kaybedebilirler. Bu kişilerin eşleri ve hayatlarındaki önemli kişiler bu hastaların oldukça kontrollü olmalarından şikayet ederler (Gabbard 2000).

Erikson'un anal periyodu yeniden kavramsallaştırması (özerklik X utanma basamağı) Freud'un teorisine göre daha çok ses getirmiştir. Güdüler ve duyguların ifade edilişi, şüphesiz ebeveynlerin belirli tepkileriyle şekillenir. Çocuğun doğrudan öfke ve memnuniyetsizliklerini dile getirmesi korku, eleştirilme veya sosyal geri çekilmelere neden olur. Çocuklar için, dikkatin detaylara verilmesi ve sorumluluktan kaçma, ebeveynlerin eleştirilerinden kaçmak, ayrıca dikkat çekmek için güzel bir yoldur. Bu modelde çocuklar, duygusallıktan kaçınmayı öğrenirler ve obsesif savunmalar geliştirirler. Bundan dolayı çocuk nötr olan bir objeye karşı hissettiği öfkesini yer değiştirme mekanizmasını kullanarak, dolaylı olarak dile getirebilir ve öfkeye karşı ahlaki tutumdan elde edilen sosyal ödüller (reaksiyon formasyon) edinirler. Öfkenin şiddetini anlamak hastanın katılığına (rijiditesine) bağlı olduğu için, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun şiddetine odaklanılmalıdır. En yaygın olarak yapılan gözlem, titizce düzeltildiği görülen bir evin odasında, herhangi bir çekmece, paradoksal olarak dağıktır. Antisosyal kişiliğin çok az tutarlı bir ebeveyn disiplinine maruz kaldığını, buna karşılık obsesif-kompulsif kişiliğin son derece fazla bir disiplin yaşadığı araştırmalarda gösterilmiştir (Perry ve Vaillant 1989).

1. 2. 10. 3. Epidemioloji:

DSM-IV, bu bozukluğun genel popülasyonda %1, psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi edilenler arasında %3 ila %10 arasında olduğunu bildirmektedir. DSM-IV'e göre bu bozukluğun erkeklerde görülme sıklığı, kadınların iki katı kadardır (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 3. Kişilik Bozukluğu Epidemiyolojisi:

1. 3. 1. Epidemiyoloji:

Epidemioloji halk sağlığının temel bilimlerinden ve bir yöntem bilimidir. Hem klinik hem de toplum-tıp bilimlerinde hastalıkları ve sağlığı ilgilendiren diğer olayların dağılımlarının incelenmesi, nedenlerinin araştırılması ve bunların teşhis, tedavi ve önlenmeleri için en uygun yöntemleri belirlemeye yarayan araştırma teknikleri, epidemioloji biliminin kapsamı içindedir (Tezcan 1992).

En yaygın olarak yapılan tanımlamalardan biri de, belirli popülasyonlarda sağlıkla ilişkili durumların dağılımının ve sağlık problemlerinin kontrolünün yapıldığı çalışmalar olduğudur (Coid 2003).

1. 3. 2. Epidemiolojik Çalışmalar:

Epidemiolojik çalışmalar, hastalıkların yaygınlığını ve dağılımını ölçer; vaka tanımlamasına ilişkin soruları inceler, hastalıkların nedenlerine ve risk faktörlerine karar verir; hastalıkların tarihçesini ve sonuçlarını değerlendirir (Sater ve ark 2001).

Epidemiolojik çalışmaların işlevleri, sağlık problemlerine karşı koruma oluşturmak için bilimsel bir temel sağlamak, hastalıkların nedenlerine karar vermek, belirli hastalıklar için risk oluşturan nedenleri saptamak, sağlık programlarının etkililiğini değerlendirmektir (Coid 2003).

Bugün sağlık sorunlarının dağılımları hakkındaki ilk bilgiler, tanımlayıcı epidemiolojik araştırmalardan elde edilmektedir. Bu bilgiler ışığında, hastalıkların nedenlerine ve tedavilerine yönelik hipotezler geliştirilmekte ve araştırmalarla bunlar test edilmektedir (Tezcan 1992).

1. 3. 3. Sıklık (İnsidans) ve Yaygınlık (Prevelans) Tanımı:

Bir toplumun sağlık düzeyini belirlemek için çok sayıda sağlık ölçütü geliştirilmiştir. Hastalık düzeyini belirleyen iki ölçüt vardır. Bunlar yaygınlık (prevelans) ve sıklıktır (insidans). Yaygınlık, belirli bir zaman diliminde toplumda saptanan tüm vaka sayısının, aynı anda risk altında olan kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir ve böylelikle bir hastalığın o anda, o toplumda görülme sıklığını yansıtmış olur. Bir başka değişle, herhangi bir hastalığın bir popülasyondaki toplam oranıdır (Sunberg ve ark 2002). Örneğin 1000 kişilik bir popülasyonda herhangi bir hastalığa sahip olan toplam 200 kişiye rastlanmış olsa, sonuç $200 / 1000 \times 100 = \%20$ 'dir. Yani bu araştırma yapıldığı esnada 100 yetişkinden 20'sine bu hastalığın tanısı konulmuştur. Bu durumun başlangıç tarihi bilinmediğinden ölçüt yaygınlıktır.

Sıklık ise, belirli bir süre içinde bir toplumdaki normal kişilerin bir hastalığa yakalanma olasılığının ne olduğudur. Belirli bir süre içinde görülen yeni vaka sayısının, risk altındaki normal kişi sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bir başka değişle, belirli bir popülasyonda belirli bir süre içinde oluşan yeni vaka sayısıdır; görülme sıklığıdır (Sunberg ve ark 2002). Örneğin yukarıdaki örnek üzerinden devam edilecek olunursa, tanı almayan 800 kişi bu hastalık açısından 1 sene sonra tekrar değerlendirildiğinde 20 kişinin tanı ölçütlerini karşıladığı sonucu elde edilirse, 1 senelik insidans; $20 / 800 \times 100 = \%4$ 'dir. Yani bu toplumda her 100 yetişkinden 4'ünün 1 sene içinde söz konusu olan hastalığa sahip olma olasılığı $\%4$ 'tür ve bunların hepsi 1 sene içinde oluşmuş yeni vakalardır.

1. 3. 4. Kişilik Bozukluğunun Epidemiolojik Çalışmaları:

Toplumdaki yaygınlığı (prevelansı) araştırmak, tedavi almayan bireylerdeki sonuçları anlamak ve psikiyatri servislerinin verdiği hizmeti planlamak ve değerlendirmek için popülasyondaki kişilik bozukluklarını araştırmak gerekmektedir (Samuels ve ark 1994).

Psikiyatrik bozukluklarına ilişkin olarak yapılan toplum-temelli araştırmalar, bu hastalıkların sorunları hakkında önemli bilgiler verir (Zimmerman ve ark 2005). Dolayısıyla halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, toplumdaki kişilik bozukluğu yaygınlığını belirlemesine bir ihtiyaç vardır (Jackson ve Burgess 2000).

Yapılan birçok araştırmada, genel populasyon ve klinik epidemiolojik çalışmalar arasında belirgin bir farklılık olduğu göze apmaktadır (Zimmerman ve ark 2005).

Diğer psikiyatrik bozukluklarının aksine kişilik bozukluklarının sadece belirli sayıdaki epidemiolojik çalışması, bu bozukluğun yaygınlığının ne olduğunu anlamak için yapılmıştır (Torgersen ve ark 2001). Yapılan bu az sayıdaki epidemiolojik çalışmanın birçoğunda, kişilik bozukluklarının kimlerde, hangi yaş grubunda, hangi sosyo-ekonomik düzeyde, hangi eğitim düzeyine sahip kişilerde grldğine ya da medeni durumla olan ilişkisine bakılmıştır; az sayıdaki araştırma ise kültürel faktörler ve şehirde yaşamakla arada nasıl bir bağlantı olduğuna odaklanmıştır.

Yapılan epidemiolojik çalışmaların gözden geçirildiği bir çalışmada (Klonsky ve ark 2002) kişilik bozukluğu yaygınlığının %6 ila %14 arasında olduğu ve bu durumun kültürden kültüre ve kullanılan değerlendirme aracının tipine göre değiştiği de görülmektedir.

1. 4. Kişilik Bozukluğuna İlişkin Tartışılan Konular:

1. 4. 1. Kişilik Bozukluğunun Epidemiolojik alışmaları Neden nemli? Koruma Programları?

Pek çok durumda kişilik bozukluğuna sahip kişiler, bu özelliklerinden dolayı sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde bozulmalar meydana gelinceye kadar tedavi arayışı içine girmez. Bu zellikleri aslında onların rahatsızlıklarının bir parçasıdır; değişim ihtiyacı hissetmeleri ancak zorluklarla karşılaşınca gerçekleşir. Psikiyatri kliniğe başvurmaları ve tedavi arayışı içine girmeleri onların yaşam karşısındaki işlevselliklerini iyice kaybetmeleri ile gerçekleşir. Bu süreç, bu kişilerin hem kişiler arası ilişkilerine yansıyan sorunlara (suç işleme, hırsızlık yapma

gibi) hem de kendi bedenlerine yönelttikleri olumsuz davranışlara (intihar, madde ve alkol kullanımı veya diğer kendine zarar verici davranışlar gibi) mal olur.

Sıklıkla kişilik bozukluğu tanısı alan kişiler, pek çok alanda işlevselliğini yitirmiştir. Kişilik bozukluğu, hemen hemen her zaman kişiler arası bağlamda olduğundan dolayı, etkilediği birey sayısı da fazladır. Millon ve Davis (1996) da bu konuda bütün kişilik bozukluklarının bireylerin işlevselliğini engellediğini ve bu durumun bireyin ailesi, arkadaşları ve eşleri için de problem oluşturduğunu dile getirmiştir (Jackson ve Burgess 2000). Dolayısıyla bu durum sadece kişilik bozukluğu olanları değil, aynı zamanda onun yakın çevresi için de sorundur. Bu nedenlerden dolayı kişilik bozukluğuna sahip olmak, hem bireyin kendisinin hem de çevresindeki insanların yaşam kalitesini oldukça düşürmekte (Narud ve ark 2005) ve bu durum hasta tedavi edilmedikçe yaşam boyu devam etmektedir.

Kişilik bozukluğu, bireyler için birinci dereceden önemli bir sorun olmasına rağmen, bu kişiler sıklıkla diğer psikiyatrik hastalıklara da sahiptir. Nitekim bazı çalışmalarda kişilik bozukluğunun, eksen I bozuklukları için tetikleyici bir işlevi olduğu söylenmektedir. Kişilik bozukluğu, kişilerin madde kullanımı, intihar, duygudurum bozukluğu, dürtü-kontrol bozukluğu, yeme bozukluğu ve anksiyete bozukluğunu içeren diğer psikiyatrik rahatsızlıklara olan yatkınlığı ve bununla beraber mesleki zorluklar yaşama, evlilik hayatında sorunları olma ve suça ilişkin davranışlarda bulunma olasılıklarını artırmaktadır (McCranie ve Kahan 1986, Johnson ve ark 2000).

Bütün bu bilgiler, kişilik bozuklukları açısından risk altındaki kişileri belirlemenin ve koruma programları oluşturmanın neden önemli olduğunu gözler önüne sermektedir. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, toplumdaki kişilik bozukluğu yaygınlığını belirlemeye ihtiyaç vardır. Böylelikle hem halk sağlığının korunması hem de risk faktörlerinin önceden belirlenmesi adına bu bozukluğun epidemiolojik çalışmalarını yapmak önemlidir. Bu önemli bir halk sağlığı konusudur ve sadece populasyon temeli araştırmalarla incelenebilir (Jackson ve Burgess 2000).

Populasyon–temelli araştırmalar, psikiyatri kliniğinde tedavi almayan ama değerlendirildiğinde, kişilik bozukluğu tanısı alabilecek, bu rahatsızlığı yüzünden yaşam

kalitesi düşmüş, işlevselliği azalmış olan kişilerin koruma programları açısından değerlendirilmesine olanak sağlar. Ayrıca bu tarz araştırmalar hem bilimsel birikime hem de halk sağlığının korunmasına ve risk faktörlerinin önceden belirlenmesine katkıda bulunur. Buna ilaveten ayrıca tam olarak tanı almasa bile, kişilik bozukluğu için gerekli olan ölçütlerin bir kısmını karşılayan kişiler için de sonuçlar önemli olacaktır.

1. 4. 2. Kişilik Bozukluğu Neden Popüler?

1980’den bu yana kişilik bozukluğuna olan ilgi artmaya başlamıştır. Kişilik bozukluğuna olan ilginin artmasının bazı nedenleri vardır. Bunlardan ilki, kişilik bozukluklarının klinik olarak daha fazla tanınmaya başlaması ve genel popülasyondaki yaygınlığının artmış olmasıdır. 20. yüzyıla geri dönecek olursak, Freud, insan doğasını anlamaya çalışırken, nevrozun ve nevrotik problemlerin günlük hayatın psikopatolojisinde etkili olduğuna vurguda bulunmuştur. O dönemde üzerinde durulan, insanların sosyal olarak kabul edilebilir olmayan (örn: agresyon ve cinsellik) dile getirmeleri konusunda yüzleştirmeler yapmaktı. Şu anda içinde bulunduğumuz yüzyıl ile o dönemki toplumun davranış ölçütleri birbirinden oldukça farklıdır. Şu anda agresyon ve cinselliği dile getirmek çok daha kolaydır. Dominant, güçlü veya rekabetçi gibi kişisel tanımlamalar, sosyal açıdan onaylanır. Modern psikoloji, “kabul edilemeyen agresyon ve araçsal agresyonu” birbirinden ayırt edebilmektedir. İlki, bireylerin bundan rahatsız olmasını, ikincisi ise toplumda güçlü ve baskın olmayı içerir. Dürtülerin nasıl dile getirileceğine odaklanmanın yerine insanlar kimlik, seçim ve anlam sorularıyla karşılaşmaya başlamışlardır. Yani psikolojinin yönü, ahlaktan kimliğe ve toplumdan bireye doğru bir geçiş yapmıştır. Buna bağlı olarak günlük hayatın psikopatolojisi de değişmiştir. Yardıma ihtiyacı olan ama problemlerini tam olarak anlatamayan (çekingen); anksiyöz olmaktan ziyade daha çok sinirli olan (antisosyal); geri çekilmekten çok ambivalanslar yaşayan (borderline); kendilerini üzgün değil de boşlukta hissedenden (borderline); yaşadıkları deneyimlerden bir şeyler öğrenemeyen; sürekli olarak uyumsuz davranışları tekrarlama eğilimi olan kişilerle karşılaşmaya başlanmıştır. Bu hastaların sayısının artması ile psikiyatristler bu konu üzerinde daha çok çalışmaya başlamıştır (Svrakic ve Cloninger 2005).

İkinci nedeni ise, kişilik bozukluğu tanısının geçmişe nazaran daha sık konulmaya başlanmasıdır. 1980’de DSM-III’de çok eksenli tanı sistemine geçilmiştir. Sınıflandırılmış kişilik sendromlarının her birinin tipik davranışlarının ortaya konulmasıyla, DSM-III klinisyenlerin daha sistematik olarak kişilik bozukluğu tanısını koymasına olanak sağlamıştır (Cloninger ve Svrakic 2000). Bu ölçütler, 1987’de DSM-III-R ve 1994’te DSM-IV yeniden gözden geçirilmiştir. Çok eksenli tanı sistemi, eksen II’de mental bozukluk ve kişilik bozukluğu tanılarının, eksen I’de ise diğer psikiyatrik bozuklukların yer almasını gerektirmiştir. Dolayısıyla iki tane tanı eksenin bulunması, kişilik bozukluğu tanısını kolaylaştırmıştır, yani kişilik bozukluklarının gözden kaçırılması engellenmiştir.

Ayrıca psikodinamik psikiyatri ve biyolojik psikiyatride bir klinik alan olarak kişilik bozuklukları hakkında bir uzlaşmaya varılmış olması da bunu etkilemiştir. Son olarak, psikiyatrinin her geçen gün gelişmesiyle beraber kişilik bozukluklarına olan ilgi de artmıştır. Başlangıç basamağındaki her bilim, ilgilendiği konularda tanımlamalarda bulunurken mümkün olduğunca açıklayıcı olmaya çalışır. Bu tanımlamalar yeterince geliştiği zaman daha karmaşık konulara geçilmektedir. Nitekim pek çok hastalığın doğası anlaşıldıktan sonra kişilik bozuklukları üzerinde çalışılmaya başlanmıştır (Cloninger ve Svrakic 2000).

1. 4. 3. Kişilik Bozukluğu Olan Kişilerle Çalışmak Neden Zor?

Birçok açıdan son derece önemli olduğu görülen kişilik bozuklukları ve bu hastalığa sahip kişilerle yapılan çalışmaların sayısının az olmasının bazı nedenleri vardır (Perry ve Vaillant 1989). İlk olarak bu hastalar beraber çalışılması ve işbirliği kurulması oldukça zor olan kişilerdir. Dolayısıyla zorlada da olsa kurulan ilişki sıklıkla ya başkasına suç atma ile ya da kötüleyici birtakım etiketlemelerde bulunulmasıyla sonuçlanır.

Kişilik bozukluğu olan hastalar, dünyayı kendilerinden ayrı olarak görürler; sorunlarını dışsallaştırırlar ve çevreyi kendilerine uydurmaya çalışırlar. Son olarak kişiliği tanımlayan kültürler arası şemaların olmaması da önemli bir eksiklik gibi görünmektedir. (Perry ve Vaillant 1989).

5. Araştırmanın Amacı:

Kişilik bozukluğu olan kişiler, bu özelliklerine bağlı olarak kolay kolay yardım arayışı içine girmezler. Ayrıca zaman içinde bu durum kendileri kadar yakın çevrelerindeki insanları da olumsuz etkilemeye başlar. Bu kişilerin özellikle madde kullanımı, intihar, duygudurum bozukluğu, dürtü-kontrol bozukluğu, yeme bozukluğu ve anksiyete bozukluğunu içeren diğer psikiyatrik rahatsızlıklara olan yatkınlığı da göz önünde bulundurulduğunda, kişilik bozukluğu yaygınlık oranının bilinmesinin neden önemli olduğu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır.

Yurt-içi literatüründe kişilik bozukluklarına yönelik olarak normal populasyonda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Her ne kadar Türkiye’de yapılan ve normal populasyondaki kişilik bozukluklarının yaygınlığını inceleyen bir başka araştırmaya rastlanmamış olsa da, bazı kişilik bozukluklarının klinik örneklemedeki yaygınlığını inceleyen çalışmalar vardır. Şenol ve ark (1997)’nin yaptığı bir çalışmada 738 yatan hastaya ulaşılmış ve borderline kişilik bozukluğu %10,2; histriyonik kişilik bozukluğu %5; antisosyal kişilik bozukluğu %3,8 olarak bulunmuştur. Sadece antisosyal kişilik bozukluğu üzerinde durulan ve normal bir populasyonda yapılan bir başka çalışmada, davranım bozukluğu ile antisosyal kişilik bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiş ve 994 kişiden oluşan normal populasyonda bu kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %3,02 olarak bulunmuştur (Doğan ve ark 2004). Bu konudaki son çalışmada ise Evren ve ark (2006)’nın yaptığı bir başka çalışmada ise madde bağımlılarındaki antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı ele alınmış ve bu oranın %23,5 olduğu görülmüştür.

Bu açıdan ele alındığında bu çalışmanın, literatürdeki bu büyük boşluğu doldurmak için atılan ilk adım olacağı düşünülmüştür. Böylelikle bu araştırmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda Türkiye’de kişilik bozukluklarının hangi parametrelerle ilişkili olduğu ve normal populasyondaki yaygınlık oranı saptanması hedeflenmiştir. Bu bilgiler kişilik bozuklukları açısından risk altındaki kişileri belirleme ve koruma programları oluşturma anlamında değerlidir.

Bu araştırmanın gerçekleşmesiyle hem bilimsel birikime hem de halk sağlığının korunmasına ve risk faktörlerinin önceden belirlenmesine katkıda bulunulmuş olunacaktır. Bu

sonuçlardan, psikiyatri kliniğinde tedavi almayan ama değerlendirildiğinde, kişilik bozukluğu tanısı alabilecek, bu rahatsızlığı yüzünden yaşam kalitesi düşmüş, işlevselliği azalmış olan kişiler yarar görecektir. Aynı zamanda, tam olarak tanı almasa bile kişilik bozukluğu için gerekli olan ölçütlerin bir kısmını karşılayan kişiler için de sonuçlar önemli olacaktır.

Ayrıca bu çalışmada kullanılan ve bireylerin kendi kendilerini değerlendireceği bir araç olan DIP-Q (DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire) katılımcıların isimlerinin alınmamasına bağlı olarak, bireylerin kendilerini daha objektif olarak sunmalarına yardım etmektedir. Şu anda psikiyatri kliniklerinde, hasta ile klinisyenin bire-bir ilişki kurmasıyla yapılan kişilik bozukluğu testleri vardır; böyle durumlarda hastalar kendilerini gerçekte olduklarından daha farklı sunabilirler. Bir başka deyişle, klinisyenle kurdukları ilişkiye göre kendilerini iyi veya tam tersi olduğundan daha kötü gösterme çabası içine girip, klinisyeni ve dolayısıyla araştırma sonuçlarını yanıltabilirler. Bu durumun hastanın tek başına yapacağı araçlarda ortaya çıkma olasılığı daha düşüktür. Bireyin kendini olduğu gibi yansıtmaya olasılığı çok daha yüksektir. Şu anda psikiyatri kliniklerinde, kişilik bozukluklarını değerlendiren DIP-Q gibi kendi kendini değerlendirme ölçeklerine (self-report) rastlanmamaktadır. Bundan dolayı, bu çalışmada kullanılacak olan kişilik bozukluklarını değerlendirmek için tasarlanmış DIP-Q, literatüre eklenen bir kendi kendini değerlendirme testi olacaktır. Psikiyatri kliniklerinde kişilik bozuklukları için hastanın kendi kendini değerlendirdiği böyle bir testin olmamasından kaynaklanan eksiklik de böylelikle giderilmiş olacaktır. Bundan özellikle psikiyatri kliniğindeki uzmanlar ve psikologlar yarar sağlayacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

1. 1. Örneklem:

Bu araştırmanın amacına bağlı olarak Aydın il merkezinden alınan bir örneklem üzerinde çalışılmıştır. Bir örneklemin evreni temsil edebilme özelliğine sahip olabilmesi için bazı koşulları sağlaması gerekir. Bunun için öncelikle örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olmasına dikkat edilmiştir. Türkiye’de daha önce kişilik bozukluklarının yaygınlığı incelenmediği için, yurt dışında yapılan çalışmalardan elde edilen %6 ila %14 yaygınlık aralığı göz önünde bulundurulmuş, örneklem büyüklüğüne bu iki yaygınlık oranının ortalaması olan %10 alınarak saptanmıştır. %95 güven düzeyinde evren oranını tahmin etmek için örneklem büyüklüğü tablolarından yararlanarak 0,04 sapma ile örneklemin 216 bireyden oluşması gerektiğine karar verilmiştir.

Amaç normal populasyon çerçevesinde Aydın il merkezindeki kişilik bozukluklarını incelemek olduğundan, örnekleme yöntemi açısından “büyüklüğe orantılı örneklem” kullanılması hedeflenmiştir. Çünkü bu yöntem, kümeler farklı büyüklükte olduğunda örneklem seçilirken büyük kümelerin örnekleme girme şansını artırarak, büyük kümelerin daha fazla temsil edilmesini sağlamaktadır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2005). Dolayısıyla hane sayısı farklı olan her mahalleyi eşit güçte yansıtacak örnekleme ulaşılmıştır. Hane sayısı çok olandan çok, az olandan az küme seçilmiştir. Bu düşünce doğrultusunda yerleşim birimi kümelere ayrılmıştır. Aydın il merkezinde bulunan 22 mahallenin sahip olduğu aile sayısı Şekil 2. 1’de gösterilmiştir. Mahallelerin genel nüfus ve hane sayısı bilgisine tek tek muhtarlarla görüşülerek ulaşılmıştır.

Aydın ili merkez mahalle isimleri	Aile Sayısı
Adnan Menderes Mah.	5000
Ata Mah.	5100
Cuma Mah.	5952
Cumhuriyet Mah.	3450
Efeler Mah.	5200
Fatih Mah.	2300
Girne Mah.	5743
Güzelhisar Mah.	5790
Hasanefendi / Ramazanpaşa Mah.	3111
Ilıcabaşı Mah.	550
İstiklal Mah.	520
Kemer Mah.	2500
Köprülü / Veysipaşa Mah.	6150
Kurtuluş Mah.	4800
Mesudiye Mah.	2500
Meşrutiyet Mah.	5545
Mimar Sinan Mah.	1800
Orta Mah.	1890
Osman Yozgatlı Mah.	6650
Yedieylül Mah.	4400
Zafer Mah.	2575
Zeybek Mah.	320

Şekil 2. 1: Aydın ili merkez mahallelerinin aile sayısı

Sağlık Bakanlığı'ndan alınan bilgilere göre Aydın il merkezinde bir ailedeki fert sayısı ortalama olarak 4 kişidir. Ancak bu araştırmaya katılması planlananların yaş ranjı 18–60 olarak düşünülmüştür. Yaş ranjının 18–60 diye belirlenmesi kişilik bozukluklarının ergenlik döneminde ortaya çıkan ve zamanla kalıcı olma özelliği ile bağlantılıdır. Bu nedenden dolayı çocuklar; okuma ve cevap verme zorluğundan dolayı da yaşlılar araştırmanın dışında tutulmuştur.

Araştırmada 18–60 yaş arasındaki kişilerle çalışılacağı için hanede ulaşılması hedeflenen birey sayısının 2 olabileceği düşünülmüş ve hesaplamalar bu şekilde yürütülmüştür. Bu araştırmada 216 deneğe ulaşmak istenmesine bağlı olarak yaklaşık 108 haneye ulaşmaya çalışılmıştır. Ancak bu deneklerden %20'sinin fire verebilme ihtimaline karşın aile sayısına bu oranda bir ekleme yapılmış ve aile sayısının 129 olmasına karar verilmiştir.

Kümelerin seçimi için mahalle isimleri rastgele sıralanmıştır. Her yerleşim yerinin karşısına aile sayısı yazılmıştır. İlk yerleşim yerinden başlanarak küme sayıları yığılımlı olarak toplanmıştır. Seçim, basit rastgele yöntem ile yapılmıştır. Bu yöntemle göre 13 kümenin seçilmesine karar verilmiştir. Buna göre $\frac{129}{13}$ aile = 9,92 olarak bulunmuş ve

X

ortalama olarak bu değer 10 olarak kullanılmıştır. Bu, tüm yerleşim biriminin 10'ar ailelik kümelere ayrılması demektir (Bknz. Şekil 2.2).

Aydın ili merkez mahalle isimleri	Aile sayısı	Küme sayısı	Yığılımlı toplam
Adnan Menderes Mah.	5000	500	1-500
Ata Mah.	5100	510	501-1011
Cuma Mah.	5952	595	1012-1607
Cumhuriyet Mah.	3450	345	1608-1953
Efeler Mah.	5200	520	1954 -2474
Fatih Mah.	2300	230	2475 -2705
Girne Mah.	5743	574	2706-3280
Güzelhisar Mah.	5790	579	3281-3860
Hasanefendi / Ramazanpaşa Mah.	3111	311	3861-4172
Ilıcabaşı Mah.	550	55	4173-4228
İstiklal Mah.	520	52	4229-4281
Kemer Mah.	2500	250	4282-4532
Köprülü / Veysipaşa Mah.	6150	615	4533-5148
Kurtuluş Mah.	4800	480	5149-5629
Mesudiye Mah.	2500	250	5630-5880
Meşrutiyet Mah.	5545	554	5881-6435
Mimar Sinan Mah.	1800	180	6436-6616
Orta Mah.	1890	189	6617-6806
Osman Yozgatlı Mah.	6650	665	6807-7472
Yedieylül Mah.	4400	440	7473-7913
Zafer Mah.	2575	257	7914-8171
Zeybek Mah.	320	32	8172-8204

Şekil 2. 2: Aydın ili merkez mahallelerinin aile sayısı, küme sayısı ve yığılımlı toplamı

Seçim işi “rastgele sayılar tablosu” kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle tabloya bakmadan rastgele sayılar tablosu üzerine uzatılan bir kalemın işaret ettiği yerdeki sayı başlangıç kolonu olarak alınmıştır. Başlangıç kolonu belirlendikten sonra birey sayısının kaç basamaklı olduğuna bakılmıştır. Ulaşılmak istenen örnekleme sayısı, üç basamaklı olduğu için seçim işi dört kolon alınarak yapılmıştır. Okumaya başlangıç kolonundan ve birinci satırdan başlanmıştır. Birey sayısından büyük olan rakamlar alınmamış ve bir alt satıra geçilmiştir. Son satıra gelindiği halde örnekleme alınacak birey sayısı tamamlanmadığından yeniden birinci satıra dönölmüş, soldan bir kolon dışarıda bırakılmış, sağdan bir kolon eklenmiş ve okuma işlemine devam edilmiştir.

Genel olarak örneklemin nasıl belirlendiği şekil 2. 3’te gösterilmiştir.

Basamak 1: Mahallelerin seçimi	22 mahalleden “X” kadarını seçme
Basamak 2: Mahallelerdeki aile seçimi	“X” kadar mahalleden 129 haneyi belirleme
Basamak 3: Çalışmaya katılacak olan deneklerle yapılacak görüşme	1)Eve gitme ve testi verme 2)1- 1, 5 saat içinde testi geri alma

şekil 2. 3: Basamak basamak örnekleme nasıl ulaşıldığı

Basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak hangi mahallere gidileceğine ve bu mahallerde kaç kişiye testin uygulanacağına karar verilmiştir. Buna göre Mesudiye Mahallesi’nden, Girne Mahallesi’nden, Hasaneferdi Mahallesi’nden, Kemer Mahallesi’nden, Meşrutiyet Mahallesi’nden, Mimar Sinan Mahallesi’nden, Kurtuluş Mahallesi’nden 1 kümeye, yani 10 haneye; Efeler Mahallesi’nden, Güzelhisar Mahallesi’nden ve Yedieylöl Mahallesi’nden 2 kümeye yani 20 haneye ulaşılması gerektiği görölmüşür (Bakınız şekil 2. 4).

Mahalle isimleri	Aile sayısı	Küme sayısı	Yığılımlı toplam aralık
Mesudiye Mah.	10 hane	1 küme	5705
Efeler Mah.	20 hane	2 küme	2012, 2387
Girne Mah.	10 hane	1 küme	2991
Güzelhisar Mah.	20 hane	2 küme	3495, 3847
Hasanefendi Mah.	10 hane	1 küme	3968
Kemer Mah.	10 hane	1 küme	4255
Meşrutiyet Mah.	10 hane	1 küme	6208
Mimar Sinan Mah.	10 hane	1 küme	6781
Yedieylül Mah.	20 hane	2 küme	7816, 8093
Kurtuluş Mah.	10 hane	1 küme	5431

Şekil 2. 4: Seçilen mahallelerin aile sayısı, küme sayısı ve yığılımlı toplam aralığı

Bütün bu işlemlerden sonra, rastgele bir şekilde mahallelerdeki ilk evin hangi yönde olacağı belirlenmiş ve bu doğrultuda belirlenmiş olan aile sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılan katılımcı sayısı Şekil 2. 5'te verilmiştir.

Mahalle isimleri	Hedeflenen katılımcı sayısı	Ulaşılan katılımcı sayısı
Mesudiye Mah.	20	25
Efeler Mah.	40	39
Girne Mah.	20	13
Güzelhisar Mah.	40	37
Hasanefendi Mah.	20	19
Kemer Mah.	20	19
Meşrutiyet Mah.	20	22
Mimar Sinan Mah.	20	10
Yedieylül Mah.	40	40
Kurtuluş Mah.	20	22

Şekil 2.5: Hedeflenen ve ulaşılan katılımcı sayısı

Hedeflenen sayıdaki katılımcıya ulaşmak için mahaller gezilmiş ancak bazı haneler çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Şekil 2. 6'de fire veren hane sayısı yüzdelere gösterilmiştir.

Mahalle isimleri	Gidilen hane sayısı	Reddeden hane sayısı	Reddeden hanelerin yüzdesi
Mesudiye Mah.	35	20	57,14
Efeler Mah.	41	19	46,34
Girne Mah.	27	14	51,85
Güzelhisar Mah.	41	22	53,65
Hasanefendi Mah.	36	17	47,22
Kemer Mah.	31	23	74,19
Meşrutiyet Mah.	30	12	40,0
Mimar Sinan Mah.	36	28	77,78
Yedieylül Mah.	60	26	43,33
Kurtuluş Mah.	40	27	67,5
Toplam	377	208	55,18

Şekil 2. 6: Gidilen ve reddeden hane sayısı

Bu araştırmaya her ne kadar 216 kişinin katılması hedeflense de, gidilen hanelerde ulaşılan katılımcı sayısı zaman zaman 2'den fazla olmuş, bu da sayıyı artırmıştır. Sonuç olarak 246 katılımcı çalışmaya katılmıştır.

2. 2. Araçlar:

Bu araştırmada kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla DIP-Q (DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Testi) ve araştırmaya katılacak herkesin dolduracağı genel bilgi formu kullanılmıştır (Bknz. Ek 1).

DIP-Q, DSM-IV' deki on ve ICD-10'daki sekiz kişilik bozukluğunu ölçmek için tasarlanmış bir değerlendirme aracıdır (Ottoson ve ark 1995).

DSM-IV ve ICD-10, bugün klinisyenlere ve araştırmacılara, çeşitli mental bozuklukları tanımayı, bunlar hakkında iletişim kurmayı, bunlar üzerinde çalışmayı ve bu rahatsızlığı tedavi etmek üzere tanı kategorilerinin açık tanımlamalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla bu araştırmada kullanılan DIP-Q, bugün psikiyatride tanı ve tedavide tek olan “DSM ve ICD” temel alınarak hazırlanan ve kişilik bozukluklarını değerlendiren bir araç olma özelliğine sahiptir.

DIP-Q’ nun İngilizcesinin çeviri ve tersine çevirisinden sonra, orjinal dili olan İsveççe ile de karşılaştırılmıştır. Maddeler, tanı ölçütlerinin içeriğini yansıtacak şekilde doğru ya da yanlış olarak işaretlenen açık ifadelerden oluşmaktadır. Örn: DSM-IV borderline kişilik bozukluğu için A tanı ölçütü “kimlik karmaşasıdır; belirgin olarak ve sürekli biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu” dur. Buna karşılık gelen DIP-Q maddesi “Kendimi boşlukta hissediyorum- gerçekte kim olduğumu bilmiyorum” dur. Katılımcı, ifadeyi doğru buluyorsa “doğru” yanlış buluyorsa “yanlış” kutusunu işaretleyecektir.

Kişilik bozukluklarının genel ölçütleri aynı zamanda 11 maddeden oluşan ID ölçeği [Impairment ve Distress Scalası (İşlevsellikteki Zayıflama ve Subjektif Sıkıntı Ölçeği)] ile ve GAF ölçeği [Global Assessment of Functioning (Global İşlevselliği Değerlendirme)] ile de değerlendirilmektedir (Ottoson ve ark 1995). Kişilik bozukluğu tanısı koymada çok önemli bir yer tutan ve sıklıkla da ihmal edilen şey, işlevsellikte meydana gelen zayıflık ve subjektif sıkıntının tespit edilmesidir. Oysa kişilik bozukluğu tanısı koymak için gerekli olan şartlardan biri işlevsellikte bozulmaların olmasıdır. Bunun tam olarak değerlendirilmesini yapmadan tanı koymak doğru değildir. Diğer psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda bu durum daha az önemli olabilir, yani bu hastaların işlevselliklerini değerlendirmek gerekmeyebilir. Çünkü bu hastaların işlevselliklerinde ciddi düşüşler olduğu zaten varsayılan bir durumdur ve hastaların tedavi arayışı içine girmeleri buna bağlıdır. Ama hem populasyon örnekleminde hem de kişilik bozukluklarında işlevsellik ve subjektif sıkıntılar anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır. Dolayısıyla bunları iki ayrı ölçek ile ele alan DIP-Q, kişilik bozukluklarını değerlendirme açısından son derece etkili bir araçtır. Bu çalışmada ID ölçeği “Psikolojik Sorunlar ve Çevresel Sorunlar” olarak Türkçeye çevrilmiş ve tablolarda bu başlıkla gösterilmiştir.

DIP-Q'ya göre kişilik bozukluğu tanısı koymak için gerekli olan koşullar şu şekildedir: Tanı ölçütlerinin kesme noktasını aşmak, genel tanı ölçütlerinden 2 veya daha fazlasını onaylamak veya GAF'dan 70 veya altında puan almak.

DIP-Q, bireylerin kendi kendilerini değerlendireceği bir araç (self-report) olma özelliğine de sahiptir. Deneklerin isimlerinin alınmaması onların kendilerini daha objektif olarak sunmalarına yardım etmektedir. Şu anda psikiyatri kliniklerinde, hasta ile klinisyenin bire-bir ilişki kurarak yaptıkları, kişilik bozukluğunu değerlendirme araçları vardır, böyle durumlarda hastalar kendilerini daha farklı sunarak klinisyeni yanıltabilirler. Bu durumun hastanın tek başına yapacağı kendi kendini değerlendirme aracında ortaya çıkma olasılığı daha düşüktür. Bireyin kendini olduğu gibi yansıtmaya olasılığı çok daha yüksektir. Şu anda psikiyatri kliniklerinde, kişilik bozukluklarını değerlendiren DIP-Q gibi kendi kendini değerlendirme araçlarına rastlanmamaktadır. Bundan dolayı, bu araştırmada kullanılacak olan kişilik bozukluklarını değerlendirmek için tasarlanmış DIP-Q literatüre eklenen bir araç olacaktır.

DIP-Q'nun ilk geçerlik çalışmasını Ottosson ve ark (1995) yapmıştır. Bu çalışmada 19 ayaktan tedavi edilen, 14'ü yatarak tedavi gören toplam 33 psikiyatri hastasına DIP-Q uygulanmıştır. DSM-IV ve ICD-10'un iç tutarlılığını görmek için Cronbach's alfa korelasyon katsayısı hesaplanmıştır ve sonuçlar DSM-IV için ortalama alfa korelasyon katsayısı 0,56; ICD-10 için 0,46 olarak bulunmuştur. Ottosson ve ark (1995) tarafından bunun bir ön çalışma olduğu, bundan dolayı daha ileri çalışmalara gerek duyulduğu da belirtilmiştir.

DIP-Q'nun geçerliğine ilişkin yapılan bir sonraki çalışma da yine Ottosson ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür. Ottosson ve ark (1998)'nin 138 kişiden oluşan klinik bir örnekleme gerçekleştirdiği bu çalışmada, DIP-Q'nun geçerliği, yapılandırılmış bir görüşme olan DIP-I (DSM-IV and ICD-10 Personality Interview) ile sınanmıştır. Klinik örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığı DIP-Q'ya göre %66, DIP-I'a göre %63 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla sonuçlar karşılaştırıldığında, kişiliği kategorik olarak değerlendiren bir araç olmasına rağmen DIP-Q'nun yapılandırılmış bir görüşme olan DIP-I ile karşılaştırıldığında dahi, kabul edilebilen bir güvenilirliğe sahip olduğu kanıtlanmıştır. DSM-IV'ün her bir kişilik bozukluğu için Cronbach Alfa'sı 0,61; testin ölçme duyarlılığı 0,84 ve özgüllüğü (specificity) 0,77 bulunmuştur. Buna ilaveten DIP-Q'nun tarama özelliğinin de iyi olduğu görülmüştür.

Ayrıca bu çalışmada, DIP-Q'nun diğer araçlara göre sağladığı bir avantaj olarak genel ölçütlerinin de tek tek sorgulanıyor olmasına vurguda bulunulmuştur.

DIP-Q'nun geçerliğine ilişkin bir başka çalışma ise Bodlund ve ark (1998) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada üç psikiyatrik örneklem (n= 448) karşılaştırılmıştır. Ayrıca 139 sağlıklı kişi de araştırmaya dahil edilmiştir. Bu örneklemeler genel popülasyondaki sağlıklı kişileri, psikiyatrik hastaları, adli psikiyatrik hastaları ve psikoterapi hastalarını içermektedir. Çalışmada kişilik patolojileri bakımından örneklemeler arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak DIP-Q'a göre kişilik bozukluklarının yaygınlığı, sağlıklı katılımcılarda %14, genel psikiyatrik örneklemde %59, adli psikiyatrik örneklemde %68, psikiyatrik hastalarda %90 olarak bulunmuştur. DIP-Q skorlarının hem üç klinik örneklem arasında hem de kontrol grubu arasında anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür.

2. 3. İşlem Yolu:

Örneklem belirlendikten sonra değerlendirme aracı olan DIP-Q ve bilgi alma formu, katılımcılara posta ile değil de bizzat evlerine ulaşılarak kendilerine elden verilmiştir. Posta yolunun kullanılmama nedeni katılımcıların bu yolla teste cevap verme yüzdelerinin çok düşük olmasıdır. Daha önce yapılan epidemiolojik çalışmalar bunu desteklemektedir.

Katılımcılara DIP-Q ve bilgi alma formu verildikten bir saat sonra geri dönülmüş ve uygulama bataryası toplanmıştır.

3. 4. Veri Analizi:

Sürekli değişkenler için t-testi kullanılmıştır; süreksiz (dichotomous) değişkenler için ise chi-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ olarak ele alınmıştır. DIP-Q'nun psikometrik özelliklerinin incelenebilmesi için, ölçeği oluşturan maddelerin iç tutarlığı Cronbach alfa değerleri ile saptanmıştır. Ayrıca ayrı ayrı her bir kişilik bozukluğunun soru maddelerinin de iç tutarlık katsayına bakılmıştır.

Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 13.0) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

3. BULGULAR

4. 1. Araştırma Örnekleminin ve Kişilik Bozukluğu Tanısı Alanların Demografik Özellikleri:

Aşağıdaki tabloda araştırma örneklemindeki katılımcıların ve tanı alanların demografik özellikleri dört gruba ayrılarak verilmiştir.

Çizelge 3. 1: Araştırma örneklemini ve tanı alan deneklerin demografik özellikleri

A. Temel kimlik bilgileri

	Araştırma Örneklemini		Tanı Alanlar	
Cinsiyet	N	%	N	%
Kadın	146	59,3	17	11,6
Erkek	100	40,7	17	17,0

	Araştırma Örneklemini		Tanı Alanlar	
Yaş	Ort	SS	Ort	SS
	36,25	12,74	35,42	13,73

B. Aile ortamı

	Araştırma Örneklemi		Tanı Alanlar	
	N	%	N	%
Medeni durum				
Evli	144	58,8	18	12,5
Bekâr	89	36,	15	16,9
Boşanmış	7	2,9	1	14,3
Dul	4	1,6	0	0,0
Ayrı yaşıyor	1	0,4	0	0,0
Birlikte yaşıyor (imam nikâhı, vb.)	0	0,0	0	0,0
Kaçıncı evlilik				
Birinci	139	94,6	15	10,8
İkinci	7	4,8	3	42,9
Üçüncü	1	0,7	0	0,0
Dördüncü	0	0,0	0	0,0
Diğer	0	0,0	0	0,0
Çocuğu olup olmadığı				
Evet	138	88,5	17	12,3
Hayır	18	11,5	2	11,1
Çocuk sayısı				
Bir	34	24,6	2	5,9
İki	81	58,7	10	12,3
Üç	21	15,2	4	19,0
Dört	1	0,7	1	100,0
Beş	1	0,7	0	0,0
Daha fazla	0	0,0	0	0,0
Ailedeki birey sayısı				
İki	11	4,5	1	9,1
Üç	61	24,8	5	8,2
Dört	105	42,7	17	16,2
Beş	53	21,5	7	13,2
Daha fazla	16	6,5	4	25,0
Kaçıncı Çocuk Olduğu				
1.çocuk	80	32,5	15	18,8
2.çocuk	75	30,5	7	9,3
3.çocuk	50	20,3	7	14,0
4.çocuk	25	10,2	4	16,0
Diğer	16	6,5	1	6,3

C. Sosyal durum:

	Araştırma Örneklemi		Tanı Alanlar	
	N	%	N	%
Yapılan iş				
Ev hanımı	37	15,0	4	10,8
Ücretli eleman (işçi, memur, emekli)	90	36,6	13	14,4
Esnaf	15	6,1	0	0,0
Çiftçi	0	0,0	0	0,0
Nitelikli meslek sahibi (doktor,öğretmen, vb.)	50	20,3	6	12,0
İşsiz	10	4,1	2	20,0
Öğrenci	44	17,9	9	20,5
SED				
Çok kötü	5	2,0	1	2,9
Kötü	19	7,7	3	15,8
Orta	148	60,2	24	16,2
İyi	69	28,0	6	8,7
Çok iyi	5	2,0	0	0,0
Eğitim				
İlköğretim	48	19,	5	10,4
Lise	89	36,2	12	13,5
Üniversite / Lisansüstü	109	44,3	17	15,6
Son 6 aydır yaşadıkları yer				
Büyük şehir	17	6,9	2	11,8
İl merkezi	217	88,2	29	13,4
İlçe	11	4,5	2	18,2
Köy	1	0,4	1	100,0
Anne ve/veya babanın hüküm giydiği hapis cezaları var mı?				
Hayır	238	96,7	31	13,0
Evet, babam	6	2,4	2	33,3
Evet, annem	1	0,4	1	100,0
Evet, her ikisi de	1	0,4	0	0,0

D. Sağlık Durumu

	Araştırma Örneklemi		Tanı Alanlar	
	N	%	N	%
Bedensel bir engeli var mı? Evet, var Hayır, yok	4 242	1,6 98,4	0 34	0,0 14,0
Geçmişte veya şu anda ailesinde ruhsal tedavi gören biri var mı? Evet, var Hayır, yok	52 194	21,1 78,9	16 18	30,8 9,3
Kendisinin tedavi almasını gerektiren bir ruhsal sorunu bulunup bulunmadığı Evet, var Hayır, yok	46 200	18,7 81,3	14 20	30,4 10,0
Ebeveynleri tarafından istismara maruz kalmıyorkalmadığı Evet Hayır	59 187	24,0 76,0	13 21	22,0 11,2

E. İşlevsellik

	Araştırma Örneklemi		Tanı Alanlar	
	Ort	SS	Ort	SS
GAF(geçen yıl)	75.62	13,71	66.59	17,09
GAF (son birkaç hafta)	77.37	14,75	70.79	17,32

GAF puanlarına bakıldığında araştırma örnekleminde ortalamanın 75 civarında olduğu görülmektedir. Kesme noktası İsveç’te belirlenen DIP-Q için tanı koyma koşulunda minimum 70 puan istenmektedir. Bu araştırmadan elde edilen ortalama GAF puanları ile Türk toplumunda işlevselliğin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, kesme noktasının yeniden

ele alınmasını gerektirmiştir ve bundan dolayı GAF puanları bir standart sapma aşağı çekilmiştir. Sonuç olarak, kesme noktasının 60 olmasına karar verilmiştir.

3. 2. Kişilik Bozukluğu Tanısı Alanların Dağılımı:

Çalışmaya katılan 246 kişinin 34'ü DSM-IV kişilik bozukluğu için geçerli ölçütleri karşılarken, birden çok tanı alan 12 kişi vardır.

Çizelge 3.2: Tanı alanların oranları

	Tanı alanlar	
	N	%
Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan	34	13,8
Birden çok tanı alan	12	4,8

GAF kesme noktasında herhangi bir değişiklik yapılmadığı durumda ise genel yaygınlık sonuçları Çizelge 3.3'teki gibidir.

Çizelge 3.3: GAF 70 kesme noktasına göre tanı oranları

	Tanı alanlar	
	N	%
Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan	79	32,1
Birden çok tanı alan	69	28,04

Çizelge 3.4'te tanı alanların A küme, B küme ve C küme olan dağılımları verilmiştir.

Çizelge 3. 4: A küme, B küme ve C küme kişilik bozukluğu tanısı alanların oranları

	Tanı alanlar	
	N	%
A Küme Kişilik Bozukluğu	19	7,7
B Küme Kişilik Bozukluğu	10	4,1
C Küme Kişilik Bozukluğu	16	6,5

GAF kesme noktasında herhangi bir değişiklik yapılmadığı durumda ise küme yaygınlık sonuçları Çizelge 3.5'teki gibidir.

Çizelge 3.5: GAF 70 kesme noktasına göre küme yaygınlık oranları

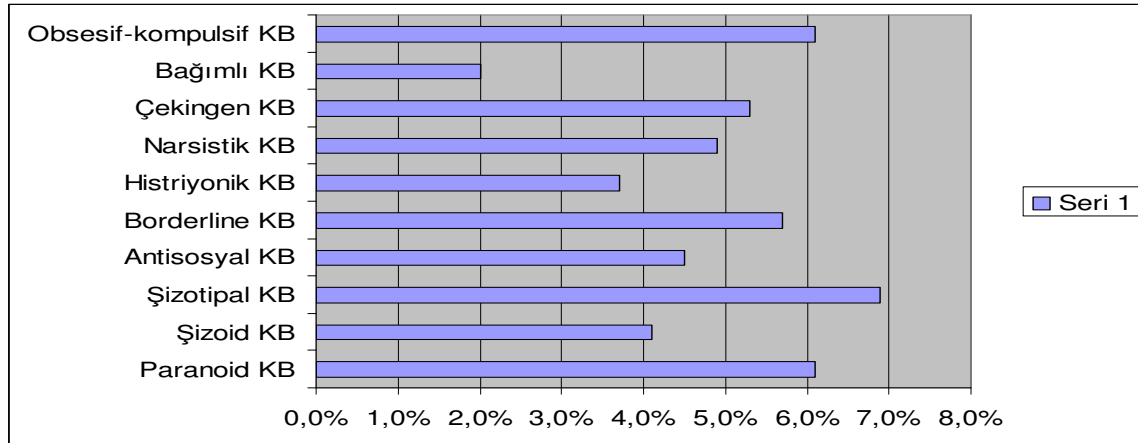
	Tanı alanlar	
	N	%
A Küme Kişilik Bozukluğu	65	26,42
B Küme Kişilik Bozukluğu	45	18,29
C Küme Kişilik Bozukluğu	60	24,39

Çizelge 3.6'te tanı alanların paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal, borderline, histriyonik, narsistik, çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğuna göre olan dağılımı verilmiştir.

Çizelge 3. 6: Her bir kişilik bozukluğunun dağılımı

	Tanı alanlar	
	N	%
Paranoid kişilik bozukluğu	15	6,1
Şizoid kişilik bozukluğu	10	4,1
Şizotipal kişilik bozukluğu	17	6,9
Antisosyal kişilik bozukluğu	11	4,5
Borderline kişilik bozukluğu	14	5,7
Histriyonik kişilik bozukluğu	9	3,7
Narsistik kişilik bozukluğu	12	4,9
Çekingen kişilik bozukluğu	13	5,3
Bağımlı kişilik bozukluğu	5	2,0
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	15	6,1

Resim 3. 2’de ise her bir kişilik bozukluğu grafik olarak sunulmuştur.



Resim 3. 2: Her bir kişilik bozukluğunun grafik olarak gösterimi

GAF kesme noktasında herhangi bir değişiklik yapılmadığı durumda ise her bir kişilik bozukluğunun yaygınlık oranları Çizelge 3.7’teki gibidir.

Çizelge 3.7: GAF 70 kesme noktasına göre her bir kişilik bozukluğunun yaygınlık oranları

	Tam alanlar	
	N	%
Paranoid kişilik bozukluğu	51	20,7
Şizoid kişilik bozukluğu	14	5,7
Şizotipal kişilik bozukluğu	33	13,4
Antisosyal kişilik bozukluğu	13	5,3
Borderline kişilik bozukluğu	27	11,0
Histriyonik kişilik bozukluğu	15	6,1
Narsistik kişilik bozukluğu	21	8,5
Çekingen kişilik bozukluğu	20	8,1
Bağımlı kişilik bozukluğu	6	2,4
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	52	21,1

Çizelge 3. 8’de her bir kişilik bozukluğunun cinsiyet değişkenine göre yaygınlık oranı verilmiştir. Kişilik bozukluklarının tam (overall) yaygınlığı için cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çizelge 3. 8: Her bir kişilik bozukluğunun cinsiyet değişkenine göre dağılımı

	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	N	%	N	%
Paranoid kişilik bozukluğu	11	7,5	4	4,0
Şizoid kişilik bozukluğu	4	2,7	6	6,0
Şizotipal kişilik bozukluğu	10	6,8	7	7,0
Antisosyal kişilik bozukluğu	5	3,4	6	6,0
Borderline kişilik bozukluğu	11	7,5	3	3,0
Histriyonik kişilik bozukluğu	5	3,4	4	4,0
Narsistik kişilik bozukluğu	4	2,7	8	8,0
Çekingen kişilik bozukluğu	8	5,5	5	5,0
Bağımlı kişilik bozukluğu	5	3,4	0	0,0
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	7	4,8	8	8,0

Katılımcıların ailelerindeki bireylerin ruhsal tedavi alıp almadıkları, kendilerinin daha önce hiç ruhsal tedavi almayı gerektirecek sorunu olup olmadığı ve fiziksel istismara maruz kalıp kalmadıkları değişkenlerine göre kişilik bozukluğu tanısının dağılımı Çizelge 3. 9, Çizelge 3. 10 ve Çizelge 3. 11’de verilmiştir.

Çizelge 3. 9: A Küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı

	A Küme Kişilik Bozukluğu					
	Paranoid KB		Şizoid KB		Şizotipal KB	
	N	%	N	%	N	%
Ailede ruhsal tedavi alan						
Var	8	15,4	5	9,6	9	17,3
Yok	7	3,6	5	2,6	8	4,1
Kendisinin ruhsal tedavi gerektirecek ruhsal sorun varlığı						
Evet	8	17,4	4	8,7	10	21,7
Hayır	7	3,5	6	3,0	7	3,5
Fiziksel istismara maruz kalma						
Evet	9	15,3	4	6,8	7	11,9
Hayır	6	3,2	6	3,2	10	5,3
GAF (Geçen yıl)						
60' dan küçük	4	40,0	2	20,0	3	30,0
60' dan büyük	11	4,7	8	3,4	14	5,9
GAF (Son haftalar)						
60' dan küçük	3	25,0	2	16,7	3	25,0
60' dan büyük	12	5,1	8	3,4	14	6,0

Çizelge 3. 10: B Küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı

	B Küme Kişilik Bozukluğu							
	Antisosyal KB		Borderline KB		Histriyonik KB		Narsistik KB	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ailede ruhsal tedavi alan								
Var	5	9,6	9	17,3	5	9,6	4	7,7
Yok	6	3,1	5	2,6	4	2,1	8	4,1
Kendisinin ruhsal tedavi gerektirecek ruhsal sorun varlığı								
Evet	4	8,7	11	23,9	4	8,7	3	6,5
Hayır	7	3,5	3	1,5	5	2,5	9	4,5
Fiziksel istismara maruz kalma								
Evet	6	10,2	7	11,9	3	5,1	3	5,1
Hayır	5	2,7	7	3,7	6	3,2	9	4,8
GAF (Geçen yıl)								
60' dan küçük	4	40,0	5	50,0	2	20,0	3	30,0
60' dan büyük	7	3,0	9	3,8	7	3,0	9	3,8
GAF(Son haftalar)								
60' dan küçük	3	25,0	3	25,0	1	8,3	2	16,7
60' dan büyük	11	4,7	11	4,7	8	3,4	10	4,3

Çizelge 3. 11: C Küme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı

	C Küme Kişilik Bozukluğu					
	Çekingen KB		Bağımlı KB		OKKB	
	N	%	N	%	N	%
Ailede ruhsal tedavi alan						
Var	7	13,5	5	9,6	7	13,5
Yok	6	3,1	0	0	8	4,1
Kendisinin ruhsal tedavi gerektirecek ruhsal sorun varlığı						
Evet	8	17,4	4	8,7	7	15,2
Hayır	5	2,5	1	0,5	8	4,0

Çizelge 3.11(Devam): CKüme kişilik bozukluğuna sahip olanların ruhsal tedavi, fiziksel istismar ve GAF skorlarının dağılımı

	C Küme Kişilik Bozukluğu					
	Çekingen KB		Bağımlı KB		OKKB	
	N	%	N	%	N	%
Fiziksel istismara maruz kalma						
Evet	7	11,9	4	6,8	6	10,2
Hayır	6	3,2	1	0,5	9	4,8
GAF (Geçen yıl)						
60' dan küçük	6	60,0	3	30,0	3	30,0
60' dan büyük	7	3,0	2	8,0	12	5,1
GAF(Son haftalar)						
60' dan küçük	4	33,3	2	16,7	4	33,3
60' dan büyük	9	3,8	3	1,3	11	4,7

Çizelge 3. 12'da herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların ailelerinde ruhsal tedaviyi gerektirecek bireylere ilişkin değerlerin karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 3. 12: Ailesinde ruhsal tedavi alan kişinin olup olmaması ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları

	Ailede ruhsal tedavi alan				İstatistik	P
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	8 44	15,4 84,6	7 187	3,6 96,4	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.005
Şizoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	5 47	9,6 90,4	5 189	2,6 97,4	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.03
Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	9 43	17,3 82,7	8 186	4,1 95,9	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.003
Borderline kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	9 43	17,3 82,7	5 189	2,6 97,4	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.00

Çizelge 3. 12 (Devam): Ailesinde ruhsal tedavi alan kişinin olup olmaması ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları

	Ailede ruhsal tedavi alan				İstatistik	P
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
Histriyonik kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	5 47	9,6 90,4	4 190	2,1 97,9	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Çekingen kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	7 45	13,5 86,5	6 188	3,1 96,9	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.008
Bağımlı kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	5 47	9,6 90,4	0 194	0 100,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.00
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	7 45	13,5 86,5	8 186	4,1 95,9	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02

Çizelge 3.13'de herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların kendilerinin ruhsal tedaviyi gerektirecek sorunlarına ilişkin değerlerin karşılaştırılması.

Çizelge 3.13: Ruhsal tedavi gerektirecek sorunu olma ile ilişkili kişilik bozuklukları

	Kendisinin ruhsal tedavi gerektirecek sorun varlığı				İstatistik	P
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	8 38	17,4 82,6	7 193	3,5 96,5	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.002
Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	10 36	21,7 78,3	7 193	3,5 96,5	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	11 35	23,9 76,1	3 197	1,5 98,5	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000

Çizelge 3. 13 (Devam): Ruhsal tedavi gerektirecek sorunu olma ile ilişkili kişilik bozuklukları

	Kendisinin ruhsal tedavi gerektilirecek ruhsal sorun varlığı				İstatistik	P
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%		
Bağımlı kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 42	8,7 91,3	1 199	0,5 99,5	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.005
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	7 39	15,2 84,2	8 192	4,0 96,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01

Çizelge 3.14' de herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların fiziksel istismara maruz kalmalarına ilişkin değerlerin karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 3.14: Fiziksel istismara maruz kalma ile ilişkili kişilik bozuklukları

	Fiziksel istismara maruz kalma				İstatistik	P
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	9 50	15,3 84,7	6 181	3,2 96,8	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.002
Antisosyal kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	6 53	10,2 89,8	5 182	2,7 97,3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Borderline kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	7 52	11,9 88,1	7 180	3,7 96,3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Çekingen kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	7 52	11,9 88,1	6 181	3,2 96,8	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01
Bağımlı kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 55	6,8 93,2	1 186	0,5 99,5	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01

Çizelge 3.15' de herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların GAF (geçen yıl) ölçeğinde kendilerine 60'dan küçük veya 60'dan büyük puan vermeleri açısından karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 3.15: GAF (geçen yıl) skoru ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları

	GAF (geçen yıl)				İstatistik	P
	60'dan küçük		60'dan büyük			
	N	%	N	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 6	40,0 60,0	11 225	4,7 95,3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.002
Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 7	30,0 70,0	14 222	5,9 94,1	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Antisosyal kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 6	40,0 60,0	7 219	3,0 97,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
Borderline kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	5 5	50,0 50,0	9 227	3,8 96,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
Narsistik kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 7	30,0 70,0	9 227	3,8 96,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.009
Histriyonik kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	2 8	20,0 80,0	7 229	3,0 97,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.04
Çekingen kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	6 4	60,0 40,0	7 229	3,0 97,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
Bağımlı kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 7	30,0 70,0	2 234	8,0 99,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 7	30,0 70,0	2 234	8,0 99,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01

Çizelge 3.16'te herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların GAF (son birkaç hafta) ölçeğinde kendilerine 60'dan küçük veya 60'dan büyük puan vermeleri açısından karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 3. 16: GAF (son birkaç hafta) skoru ile ilişkili bulunan kişilik bozuklukları

	GAF (son birkaç hafta)				İstatistik	P
	60'dan küçük		60'dan büyük			
	N	%	N	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 9	25,0 75,0	12 222	5,1 94,9	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 9	25,0 75,0	14 220	6,0 94,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.04
Antisosyal kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 9	25,0 75,0	8 226	3,4 96.6	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01
Borderline kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	3 9	25,0 75,0	11 223	4,7 95.3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Çekingen kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 8	33,3 66,7	9 225	3,8 96,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.002
Bağımlı kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	2 10	16,7 83,3	3 231	1,3 98,7	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.02
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu Tanı var Tanı yok	4 8	33,3 66,7	11 223	4,7 95,3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.003

Ailesinde ruhsal sorunlarından dolayı tedavi alanların, diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha fazla kişilik bozukluğu tanısı alması söz konusu iken (% 30,8), kendisi daha önce ruhsal tedavi aldığını belirten kişiler de daha fazla tanı almıştır (% 30,4). Kişilik bozukluğu tanısı alanların % 22'si fiziksel istismara maruz kaldığını ifade etmiştir. Ayrıca tanı alanlar ve almayanlar arasında işlevselliğin genel bir değerlendirmesi olan “GAF” skorları açısından da anlamlı farklılık vardır.

Kişilik bozukluğu tanısı alıp almamanın, ailedeki bireylerin ruhsal tedavi almaları, katılımcıların kendilerinin daha önce ruhsal tedavi almaları ve fiziksel istismara maruz kalmaları değişkenlerine göre dağılımı Çizelge 3. 17’te verilmiştir.

Çizelge 3.17: Kişilik bozukluğu tanısına sahip olup olmama ile ilişkili değişkenler

	Kişilik bozukluğu				İstatistik	P
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
Ailede ruhsal tedavi alan						
Var	16	30,8	36	69,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.00
Yok	18	9,3	176	90,7		
Kendisinin ruhsal tedavi gerektirecek ruhsal sorun varlığı						
Evet	14	30,4	32	69,6	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.001
Hayır	20	10,0	180	90,0		
Fiziksel istismara maruz kalma						
Evet	13	22,0	46	78,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.034
Hayır	21	11,2	166	88,8		
GAF (geçen yıl)						
60' dan küçük	7	70,0	3	30,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.000
60'dan büyük	27	11,4	209	886		
GAF (son birkaç haftadır)						
60' dan küçük	5	41,7	7	58,3	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.01
60'dan büyük	29	12,4	205	87,6		

DIP-Q'nun "İşlevsellikteki Zayıflama ve Subjektif Sıkıntı Ölçeği" başlıklı bölümünde, katılımcıların son zamanlarda yaşadıkları sıkıntılar değerlendirilmiştir. Ancak bu başlık Türkçeye " Psikolojik ve Çevresel Sorunlar" olarak çevrilmiş, tablolarda ise orijinal isminin baş harfleri ile yani ID olarak anılmıştır. Bu bölümdeki 1, 3, 7, 8, 9 ve 10. sorulara verilen cevaplar ile tanı alma arasındaki ilişki Çizelge 3. 18' te gösterilmiştir. Bu sorular sırayla şu sorunları içermektedir: Aile içinde sorun yaşama, yakın olunan bir kişinin kaybı, barınma sorunu, ekonomik sorun ve sağlık hizmetlerinden yararlanamama.

Çizelge 3.18: Kişilik bozukluğu olup olmama ile ilişkili bulunan ID ölçeği soruları

	Kişilik bozukluğu				İstatistik	P
	Var		Yok			
	N	%	N	%		
ID Ölçeği Soru 1						
Evet	22	17,9	101	82,1	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.04
Hayır	12	9,8	111	90,2		
ID Ölçeği Soru 3						
Evet	11	8,2	123	91,8	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.005
Hayır	23	20,5	89	79.5		
ID Ölçeği Soru 7						
Evet	7	28,0	18	72,0	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.03
Hayır	27	12,2	194	87,8		
ID Ölçeği Soru 8						
Evet	27	20,8	103	79,2	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.001
Hayır	7	6,0	109	94,0		
ID Ölçeği Soru 9						
Evet	11	23,9	35	76,1	χ^2 =Fisher's Exact Test	0.03
Hayır	23	11,5	177	88,5		

3. 3. DIP-Q'nun Psikometrik Özellikleri:

3. 3. 1. İç Tutarlılık (Cronbach's alpha):

İç tutarlığa ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,90 (N=246) olarak bulundu. Her bir kişilik bozukluğunu içeren soru maddelerinin tek tek iç tutarlık katsayısı ise Çizelge 3. 19'da gösterilmiştir.

Çizelge 3. 19: Her bir kişilik bozukluğunu içeren soru maddelerinin tek tek iç tutarlık katsayısı

Kişilik bozuklukları	Cronbach alfa
Paranoid kişilik bozukluğu	0,64
Şizoid kişilik bozukluğu	0,34
Şizotipal kişilik bozukluğu	0,75
Antisosyal kişilik bozukluğu	0,65
Borderline kişilik bozukluğu	0,70
Histriyonik kişilik bozukluğu	0,42
Narsistik kişilik bozukluğu	0,48
Çekingen kişilik bozukluğu	0,53
Bağımlı kişilik bozukluğu	0,53
Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu	0,48

Ayrıca davranım bozukluğu ve genel tanı ölçütlerinin iç tutarlık katsayısı da incelenmiştir. Çizelge 3. 20'da gösterilmiştir.

Çizelge 3. 20: Davranım bozukluğu ve genel tanı ölçütlerinin iç tutarlık katsayısı

	Cronbach alfa
Davranım bozukluğu	0,83
Genel tanı ölçütleri	0,60

4.3. 2. İçerik Geçerliği:

DSM ve ICD temel alınarak hazırlanan ve kişilik bozukluklarını değerlendiren bir araç olma özelliğine olan DIP-Q için ayrıca bir içerik geçerliği çalışmasının yapılması hedeflenmemiştir. Bunun nedeni DIP-Q soru maddelerinin, tamamen DSM ve ICD’ deki kişilik bozuklukları tanı ölçütlerini bire bir kapsayacak şekilde hazırlanmış olmasıdır. Bundan dolayı halihazırda DIP-Q’ nun içerik geçerliğinin bulunduğu varsayılmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, Aydın ilinden alınan normal bir örneklemede DSM-IV’de tanımlanan kişilik bozukluklarının yaygınlık oranlarının ne olduğuna, bu oranlara ilişkin yorumlara ve DIP-Q’nun geçerliğine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

4. 1. Kişilik Bozukluğu Yaygınlık Oranlarına İlişkin Elde Edilen Sonuçlar:

4. 1. 1. Genel Yaygınlık Oranları:

246 kişinin katıldığı ve kendi kendini değerlendirme aracı olan DIP-Q’nun kullanıldığı bu çalışmada, 34 kişi herhangi bir kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılayarak tanı almıştır; yaygınlık oranı %13,8’dir. Türkiye’de daha önce normal popülasyonda kişilik bozukluklarının yaygınlık oranı incelenmediği için yurtdışında bu alanda yapılan çalışmalara odaklanılmıştır. Bu çalışmalardan Kuzey Amerika ve Avrupa’da yapılmış olan belli başlılarına bakıldığında genel popülasyonun % 6–10’unun kişilik bozukluğuna sahip olduğu (Bremer 1951); DSM-III ve DSM-III-R ölçütlerine göre ise bu aralığın %6 ila %14 arasında değiştiği (Casey ve Tyrer 1986) görülmektedir. Kendi kendini değerlendirme aracının (öz-bildirim) kullanıldığı ve eksen I tanımlarının da değerlendirildiği bir araştırmada yaygınlık oranının % 11,1 (Reich ve ark 1989); hem yapılandırılmış görüşmenin hem de öz-bildirim aracının kullanıldığı bir başka çalışmada ise bu oranın yapılandırılmış görüşmede % 13,5; öz-bildirim aracında % 10,3 olduğu bulunmuştur (Zimmerman ve Coryell 1990). Kişilik bozukluğu yaygınlığını DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV ölçütlerine göre ele alan Moldin ve ark (1994) bu oranın %7’ si ila %15 arasında değiştiğini söylemiştir. Norveç’te yapılandırılmış bir görüşmenin kullanıldığı normal popülasyon temelli bir çalışmada (Torgersen ve ark 2001) ise bu oran %13,4 olarak bildirilmiştir; yarı-yapılandırılmış görüşme aracının kullanıldığı ve DSM-IV tanı ölçütlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada (Samuels ve ark 2002) ise %9 oranı bulunmuştur.

Dolayısıyla yurt dışı temelli genel populasyon çalışmaları gözden geçirildiğinde, bu bozukluğun yaygınlık oranının en az %6, en fazla %15 olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızdan elde edilen % 13,8 yaygınlık oranının, bu çalışma ile sadece örnekleme yöntemi açısından farklılaşan, bunun dışındaki bütün konularda benzerlik gösteren bir başka çalışmadaki yaygınlık oranına oldukça yakın olduğu görülmüştür. İsveç'te yapılan bu çalışmada da kişilik bozukluğu tanısı koymak için DIP-Q kullanılmış, bu değerlendirme aracı normal popülasyona uygulanmış, araştırmaya daha çok kadınlar katılmış ve yaş ranjı olarak 18–70 arası seçilmiştir. Örnekleme yöntemindeki farklılık, İsveç'te yapılan bu çalışmada DIP-Q'nun katılımcılara posta ile dağıtılması ve sonuç olarak 557 kişinin araştırmaya katılmış olmasıdır. Sonuç olarak, İsveç popülasyonlu bu çalışmada, katılımcıların 62'sine kişilik bozukluğu tanısı konulmuş ve bu oran % 11,1 olarak bulunmuştur (Ekselius ve ark 2001). DIP-Q'nun kullanıldığı bir başka çalışmada, Bodlund ve ark (1998) bir grup üniversite öğrencisinde kişilik bozukluğunun yaygınlık oranını % 14 bulmuştur. Sonuçlara odaklandığımızda, bu çalışmadan elde edilen kişilik bozukluğu yaygınlık oranının, hem DIP-Q ile yapılan çalışmalarla hem de diğer kişilik bozukluğu yaygınlık çalışmalarıyla tutarlı olduğu görülmüştür.

3. 1. 2. Çoklu Tanı Oranları:

Kişilik bozukluklarında yaygınlık sonuçları kadar, çoklu tanıları da sıkça ele alınan bir konudur. Bu çalışmada da tanı alan 34 kişiden 12'si birden çok kişilik bozukluğu tanısı almıştır ve yaygınlık oranı % 4.8'dir. Tartışmalara açık olan bu konu için Stangl ve ark (1985) kişilik bozukluğu tanıları arasında bir çakışma olduğunu rapor etmiştir. Ancak çakışmadan kast edilen şeyin ne olduğu tam olarak net değildir (Zimmerman ve Coryell 1989, Rutter M, 1987). Yani birbirinden farklı olarak tanımlanmış ve hatta farklı kümelerle ayrılmış kişilik bozukluklarının nasıl çakıştığı tartışma konusudur.

Bu konudaki görüşlerden biri, çoklu tanıların biraz da tanı konulurken ele alınan kavramsal modele bağlı olduğuna vurguda bulunmaktadır. Buna göre, boyutsal model, çakışmanın (overlap) normal olmadığını savunurken, kategorik model bunun sadece çok ciddi vakalarda istisnai durumlar olabileceğini belirtmektedir. Bir başka görüş ise, bazı kişilik

bozukluklarının, bazen hem diğer kişilik bozukluklarına hem de psikiyatrik hastalıklara eşlik ettiği, bazen de eşlik etmediği treytlar (histerik kişilik örüntüsü, bağımlılık gibi) olarak da ele alınabileceğini söyler (Nakao ve ark 1999). Böyle bir durumda, kişi sadece kişilik özelliklerine sahipken birden çok tanı koymanın doğruluğu tartışılır. Ayrıca, boylamsal açıdan veya tarihsel perspektiften bakmadan yapılan kesitsel değerlendirmelerle, eksen I koşulları ve stres gibi eksen IV özelliklerinden etkilenerak birden çok tanı konulabilir (Widiger ve ark 1988).

Bir diğer bakış açısı ise, “Kişilik, her ne kadar içinde mizaç, karakter gibi birden çok kavramı barındırıyor olsa da, genel olarak bakıldığında tam bir fenomendir. Dolayısıyla temsil ettiği şeyin tamamını sunar. Yani bir bütün olan kişilik, birden çok parçadan oluşur” görüşüne dayanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, bireyler, birden fazla kişilik bozukluğuna sahip olabilir mi?” sorusunu Nakao ve ark (1999) şu şekilde açıklamıştır: Bireyler, birden çok kişilik bozukluğuna sahip olabilir; çünkü bir kişilik bozukluğu içinde birden çok kişilik özelliğini barındırmaktadır. Örneğin, çekingen kişilik bozukluğu dört özelliği kapsamaktadır. Bunlar şizoid ve şizotipal; obsesif-kompulsif; bağımlı; borderline, bağımlı ve kendi kendini çelmeleyici kişilikler. Bunun için verilebilecek başka örnekler de vardır. Şizoid-şizotipal hastalar, çekingen özelliklere sahiptir; borderline hastalar kaçınılmaz olarak çekingen, bağımlı ve kendi kendini çelmeleyici özellikler gösterirler. Bu açıklama, kısmen çoklu tanı oranını açıklamaktadır.

Bütün bu tartışmalara rağmen, çoklu tanıların yaygın olduğu da görülmektedir. Yapılan birçok araştırma, tanıları arasında bir çakışma (overlap) olduğunu rapor etmiştir (Stangl ve ark 1985, Drake ve Vaillant 1985, Zimmerman ve Coryell 1990). Bu çalışmada elde edilen % 4.8 oranına benzer olarak Ekselius ve ark (2001)’nın çalışmasında da en az bir kişilik bozukluğu tanısı alanların oranı % 3.5 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmadaki çoklu tanı oranının Ekselius ve ark (2001)’ın çalışmasıyla uyumlu olduğu söylenebilir. Bu iki çalışmada da DIP-Q gibi bir kendi kendini değerlendirme aracının (öz-bildirim aracı) kullanılması katılımcılara birden çok tanı koymasını kolaylaştırmış olabilir. Bu görüşü, Zimmerman ve Coryell (1990)’ın yapılandırılmış görüşmelerle öz-bildirim araçlarını karşılaştırdıkları çalışmadan elde ettikleri bulgular da desteklemektedir; bu çalışmada öz-bildirim araçlarında daha fazla çoklu tanıya rastlandığı gösterilmiştir.

5. 1. 3. Küme Yaygınlık Oranları:

Küme yaygınlıklarına baktığımızda, A küme kişilik bozukluğu 19 kişiye konulmuştur, yaygınlık oranı % 7. 7'dir; B küme kişilik bozukluğu 10 kişiye konulmuştur, yaygınlık oranı % 4.1'dir; C küme kişilik bozukluğu 16 kişiye konulmuştur, yaygınlık oranı % 6.5'dir. Görünen o ki en fazla A küme kişilik bozukluğu, en az ise B küme kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Bir kendi kendini değerlendirme aracı olan Kişilik Tanısı Anketinin (Personality Diagnostic Questionnaire) kullanıldığı başka bir çalışmada, A küme kişilik bozukluğunun yaygınlığı, % 12. 8; B küme kişilik bozukluğu yaygınlığı % 6; C küme kişilik bozukluğunun yaygınlığı % 26.0 bulunmuştur (Reich ve ark 1989). Her ne kadar iki çalışmada da bir kendi kendini değerlendirme aracı kullanılmış olsa da, örnekleme ulaşma ve çalışmanın yapıldığı kültürler açısından farklılıklar vardır. Reich ve ark (1989)' nın yaptığı çalışmada değerlendirme aracı katılımcılara posta aracılığıyla gönderilmiştir. Altı hafta içinde geri dönmeyenlere ikinci kez aynı posta gönderilmiştir. Ayrıca iki karşılaştırma grubu da seçilmiştir. İlk grup, depresyon ve diğer belirtiler (semptomlar) açısından değerlendirilmiş olan bir tarama grubu; ikinci grup da ayaktan tedavi edilen hastalar olarak belirlenmiştir. Eksen II'yi değerlendirmek için kullanılan kendi kendini değerlendirme aracına ilaveten eksen I bozukluklar da ele alınmıştır. Bir diğer farklılık da, kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinin DSM-III çerçevesinde değerlendirilmiş olmasıdır. Uygulamadaki bütün bu farklılıklar iki çalışma arasındaki farklı sonuçların birer açıklaması olabilir. Söz konusu olan bu çalışma (Reich ve ark 1989) dışında küme yaygınlıkları ile ilgilenen bir başka araştırma bulgusuna rastlanmamıştır.

4. 1. 4. Her bir kişilik bozukluğuna ilişkin sonuçlar:

Her bir kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı, en fazla olandan en aza doğru bir sıralama yapılarak incelendiğinde, şizotipal kişilik bozukluğunun % 6. 9 (n=17); paranoid kişilik bozukluğunun % 6.1 (n=15); obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun % 6. 1 (n=15); borderline kişilik bozukluğunun % 5. 7 (n=14); çekingen kişilik bozukluğunun % 5. 3 (n=13); narsistik kişilik bozukluğunun % 4. 9 (n=12); antisosyal kişilik bozukluğunun % 4. 5 (n=11); şizoid kişilik bozukluğunun % 4. 1 (n=10); histriyonik kişilik bozukluğunun % 3. 7 (n=9); bağımlı kişilik bozukluğunun % 2 (n=5); olduğu bulunmuştur.

Görüldüğü gibi en yüksek oranda bulunan üç bozukluk, şizotipal, paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu iken, en az yaygınlığı olan bağımlı kişilik bozukluğudur. Bu kişilik bozukluklarının neden yüksek yaygınlık oranına sahip olduğu en sık işaretlenen sorunlara bakıldığında daha iyi anlaşılmaktadır (Çizelge 4. 1). Ayrıca çalışmada kullanılan kendi kendini değerlendirme aracının da özellikle bazı sorulara kişilerin “evet” diye işaretlemesini kolaylaştırdığı görülmüştür. Buna ilaveten, evlerine gidilen katılımcıların % 55.18’inin çalışmaya katılmayı reddettiği ve katılanların % 44. 3’ ünün üniversite mezunu olduğu da sonuçlar yorumlanırken unutulmamalıdır. Son olarak her ne kadar DIP-Q’ nun orijinal halinde işlevselliğin kesme noktası 70 olarak belirlenmiş olsa da, bu çalışmada kesme noktası 60 üzerinden değerlendirilmiştir. İşlevselliği ölçen GAF ölçeğinin ortalamasının 76, standart sapmasının 14 olmasına bağlı olarak kesme noktasının bir standart sapma aşağı çekilmesi ile bu sonuca varılmıştır. Kesme noktasının 70 olarak kabul edildiği bir çalışmada, yaygınlık oranının çok daha yüksek çıkacağı ve genel tabloya yansıtmayacağı da görülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar bütün bu bilgiler göz önünde tutularak yorumlanmalıdır.

Çizelge 4. 1: En sık işaretlenen ilk 17 madde

Maddeler	Onaylanma yüzdesi	Tanı	Madde içeriği
32.soru	86	Paranoid/ Şizotipal KB	Başkaları tarafından kullanılmamak veya hayal kırıklığına uğratılmamak için tedbirli olurum.
28.soru	83	OKKB	Yapılacak şeyleri kendim yapmayı tercih ederim; yoksa işlerin tam benim istediğim gibi olduğundan emin olamam.
27.soru	67	OKKB	Her şeyi alıştığım gibi yapmak isterim ve bunda ısrarlıyım.
2.soru	66	Çekingen KB	Beni sevdiğinden emin olmadığım kişilerle görüşmek istemem.
23.soru	66	OKKB	Birçok insana göre daha yüksek ve değişmez bir ahlak anlayışım vardır.
85.soru	65	Borderline KB	İnsanlara karşı, çok olumlu ile çok olumsuz arasında değişen güçlü duygularım olur.
34.soru	64	Paranoid/ Şizotipal KB	Kendimi kötü niyetli insanlara karşı korumak zorunda hissederim ve bu nedenle başkalarına güvenmekten hoşlanmam.
98.soru	63	Borderline KB	Ruh halim çabuk değişebilir- bir anda kendimi iyi hisseder ama daha sonra üzgün, sinirli ve umutsuz olabilirim.
33.soru	63	Paranoid/ Şizotipal KB	Tanıdığım insanlara güvenip güvenmeme konusunda tereddütlerim hep olur.
113.soru	61	Histriyonik KB	Ben diğer insanlardan veya olaylardan kolaylıkla etkilenirim.
112.soru	59	Histriyonik KB	Ben duygularını dolu dolu ortaya koymaktan hoşlanan bir insanım
39.soru	56	Paranoid/ Şizotipal KB	Kötü niyetlerin şefkat ve yardımseverliğin ardında saklanabileceğine inanırım.
49.soru	56	Şizoid KB	Diğer insanların övgü ve eleştirilerinden etkilenmem.
57.soru	54	Şizotipal KB	Bazı şeyler gerçekleşmeden önce, altıncı hissim sayesinde, olacak bilebilirim.
25.soru	53	OKKB	Bir şeyleri ben nasıl yapıyorsam insanların da öyle yapmalarını isterim.

En sık işaretlenen ilk 17 maddeden biri olan 57. soru şizotipal kişilik bozukluğunun ikinci tanı ölçütü olan “altıncı his, batıl inançlar ve büyüsel inanışları” içermektedir. Ayrıca yine sık işaretlenen, 32., 33., 34., 37., 39. sorular, şizotipal kişilik bozukluğunun beşinci ve dokuzuncu tanı ölçütlerine karşılık gelmektedir. Bu tanı ölçütleri “kuşkuculuk ve paranoid düşüncüyü, yakından tanımakla azalmayan aşırı toplumsal anksiyete, kendisi hakkında olumsuz yargılardan çok paranoid korkuları” içermektedir. Çalışmaya toplam olarak 246 kişinin katıldığı göz önünde bulundurulduğunda, bu altı soruyu ortalama olarak 160 (% 65) kişinin “evet” diye cevaplandırmış olması, soruların içeriklerinin kültürel yapıyla ilişkili olarak herkes tarafından onaylanabilecek özelliklere sahip olduğunu düşündürmüştür. Yalom (1999)’a göre kültür, kuşkusuz bireylerin değerlerinin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının fazla olması çalışmanın yapıldığı toplumun kültürel yapısıyla ve dini inanışlarıyla açıklanabilir.

Şizotipal kişilik bozukluğu için söz konusu olan 32., 33., 34., 37., 39. sorular aynı zamanda paranoid kişilik bozukluğunun tanı ölçütleridir. 32. soru 1. ölçütü (yeterli temele dayanmaksızın başkalarına güvenmeme, başkalarını kendisine zarar vereceğine inanma), 33. soru 2. ölçütü (dostlarının ya da arkadaşlarının kendisine olan bağlılığından kuşkuya düşme), 34. soru, 3. ölçütü (söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz endişelenme), 37. soru 7.ölçütü (haksız yere eşinden kuşkulama), 39. soru 4. ölçütü (sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılandığı ya da gözdağı verildiği biçiminde anlamlar çıkartma) içermektedir. Paranoid kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için, ölçütlerin dördünün ya da daha fazlasının bulunması şartına ilaveten işlevsellikte bozulma da aranmaktadır. Katılımcıların en sık işaretledikleri ilk 17 maddenin içinde olan bu 4 soruya ortalama olarak 162 (% 65) kişi “evet” demiştir. Dolayısıyla, kişilik bozukluğuna tanı koymak için işlevselliğin değerlendirilmesi gerekli görülmeseydi, çalışmaya katılan ve bu ölçütlere “evet” diyen 162 kişinin her birine paranoid kişilik bozukluğu tanısı konulabilecekti. Oysa paranoid kişilik bozukluk tanısı alan sadece 15 kişi vardır. Bu açıdan bakıldığında çalışmanın yapıldığı toplumun hem kültürel özelliklerinin hem de sosyal yapısının bu tanıya yatkınlık oluşturduğu düşünülmüştür.

Yaygınlık sıralamasında üçüncü olan obsesif-kompulsif bozukluğunun tanı ölçütlerini içeren sorulara odaklandığımızda, 4 sorunun (23., 25., 27., 28.) en sık işaretlenen ilk 17 soruya girdiği görülmektedir. Ortalama olarak bu dört soruya 167 (% 67) kişi “evet” demiştir.

Soruların içerdiği ölçütler “ahlak, doğruluk ya da değerler gibi konularda vicdanının sesini aşırı dinleme, katı ve inatçı olma, başkaları tam olarak kendisinin yaptığı gibi yapmayı kabul etmedikçe görev dağılımı yapmamak” tır. Paranoid kişilik bozukluğu ile benzer olarak bu bozukluğun da tanı olarak konulabilmesi için en az dört ölçütünün karşılanması gerekmektedir. İşlevselliğin değerlendirilmediği bir durumda, çalışmaya katılan ve bu sorulara evet diyen 167 kişinin hepsine bu tanının konulabileceği göz önünde bulundurulursa, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunu içeren ölçütlerin bu çalışmaya katılan kişilerin birçoğu tarafından onaylandığı, dolayısıyla bu sonuç, DIP-Q’nun maddelerinin içeriği ve çalışmanın yapıldığı kültürünün bir araya gelmesi ile ortaya çıkan bir tablo olarak düşünülebilir.

Yaygınlık oranı en az olan bağımlı kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerine bakıldığında, özellikle “gündelik kararlarını kolaylıkla alamama, önemli kararları başkalarının sorumluluğuna bırakma, sırf başkaları tarafından kabul edilmek için sevmediği şeyleri yapma, yalnızlığı tolere edememe” yi yansıtan maddelerin oldukça az sayıda katılımcı tarafından onaylandığı görülmektedir. Bu tanı ölçütleri, genel olarak bireylerin tek başların ayakta durabilmeleri ve hayatlarını sürdürebilmeleri ile ilgilidir. Çoğunluk tarafından bu maddelerin onaylanmamış olması, soruların içerikleri ile ilişkili olabilir. Nitekim sosyal beğenirlik açısından ele alındığında, katılımcıların söz konusu olan ölçütlerin (tek başına kalamama, kendine yetememe, kararlarını tek başına alamama) kendilerinde var olduğunu söylemeleri zordur. Bu nedenler, bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının az olmasını açıklayabilir.

İsveç’te Ekselius ve arkadaşlarının DIP-Q’yu kullanarak yaptıkları çalışmada ise sonuçlar en fazla olandan en aza doğru şu şekildedir: Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu % 7. 7 (n=43); çekingen kişilik bozukluğu % 6. 6 (n=37); paranoid kişilik bozukluğu % 5. 6 (n=31); borderline kişilik bozukluğu % 5. 4 (n=30); şizotipal kişilik bozukluğu % 5. 2 (n=29); narsistik kişilik bozukluğu % 2. 9 (n=16); histriyonik kişilik bozukluğu % 2. 2 (n=12); antisosyal kişilik bozukluğu % 1. 8 (n=10); bağımlı kişilik bozukluğu % 1. 8 (n=10); şizoid kişilik bozukluğu % 0. 9’ dur (n=5). En yüksek oranda bulunan üç bozukluk, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, çekingen ve paranoid kişilik bozukluğu iken, en az yaygınlığı olan şizoid kişilik bozukluğudur.

İki çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda şizoid, antisosyal ve narsistik kişilik bozukluğunun daha fazla; obsesif-kompulsif ve çekingen kişilik bozukluğunun ise daha düşük oranda olduğu görülmüştür. Bu farklılık Çizelge 4. 2’de verilmiştir. Ayrıca * ile işaretlenenler bir değerine göre, yaygınlık oranı yüksek olanları göstermektedir.

Çizelge 4. 2:Her bir kişilik bozukluğu oranının benzer bir diğer çalışma ile karşılaştırılması

	Çalışmadan elde edilen yaygınlık oranları	İsveç yaygınlık oranı (Ekselius ve ark 2001)
Paranoid KB	*6,1	5.6
Şizoid KB	*4,1	0.9
Şizotipal KB	*6,9	5.2
Antisosyal KB	*4,5	1.8
Borderline KB	5.7	5.4
Histriyonik KB	*3.7	2.2
Narsistik KB	*4,9	2.9
Çekingen KB	5,3	*6.6
Bağımlı KB	2,0	1.8
Obsesif-kompulsif KB	6,1	*7.7
TOPLAM	13.8	11.1

Bu çalışma ile Ekselius ve ark (2001)’nin yaptığı çalışma arasındaki en önemli benzerlik, iki çalışmada da DIP-Q’ nun kullanılmış olmasıdır. Bunun dışında bazı önemli farklılıklar vardır. İlk olarak bu çalışmada 246 katılımcının evine gidilerek DIP-Q’ nun uygulanması sağlanırken, diğer çalışmada 1000 kişiye, kişilik bozukluğu testi (DIP-Q) posta ile gönderilmiştir; ancak sadece 557 kişi çalışmaya katılmıştır. Dolayısıyla örneklem büyüklüğü açısından büyük oranda farklılık olduğu söylenebilir. Ayrıca İsveç’de yapılan bu araştırmaya dahil edilenlerin % 54. 9’u kadın; % 45. 1’i erkektir. Yaş ranjları 18-70’dir kadınların yaş ortalaması 41. 9; erkeklerin yaş ortalaması 43. 2’dir. Çalışmaya katılanların % 44’ünün eğitim düzeyi ortadır. Oysa bu çalışmada katılımcıların % 59.3’ü kadın,% 40.7’si erkektir; yaş ranjı 36.25’dir ve katılımcıların % 44.3’ünün eğitim durumu üniversite seviyesindedir.

Kısacası iki çalışma arasındaki farklılıklar örneklem yöntemi (posta ile ulaşma / evlere anketörler aracılığıyla gitme), ulaşılan katılımcı sayısı (557 / 246); katılımcıların eğitim düzeyleri (orta / yüksek) ve yaş ortalamaları (42.5 / 36.2) olarak sıralanabilir. Bütün bunların

yanı sıra daha da önemlisi, birbirinden oldukça farklı iki kültürde yapılan bu iki çalışma arasında bazı farklılıkların olması beklenen bir durumdur.

Şizoid kişilik bozukluğunun Türkiye’de yapılan bu çalışmada daha fazla oranda bulunması, Türk aile yapısında ilişkilerin sıkı olması, buna bağlı olarak da bireylerin aileleri dışında kişiler arası ilişki kurma ihtiyacı hissetmemeleri ile açıklanabilir. Buna ilaveten cinsel ilişki ile ilgili sorular, Türk toplumunda rahatlıkla cevaplanamayan tarzda sorulardır. Bütün bunlara bir de değerlendirme aracının kendine has bazı özellikleri de eklenince bu oran anlaşılabilir. Nitekim şizoid kişilik bozukluğu tanısı alanlar, daha çok cinsel ilişki ile ilgili soru “Cinsel ilişkiye girmek çok az ilgimi çekiyor” sorusuna “Evet”, aile dışında yakın olunan kişilerin varlığını içeren “Ailemin dışında yakın olduğum arkadaşlarım da vardır” sorularına “Hayır” demiştir. Ayrıca kendi kendini değerlendirme aracı kullanılmış olması da katılımcıların kendilerini olduğundan daha kötü durumda göstermelerine de yardım etmiş olabilir. Bu durum, her bir kişilik bozukluğu için geçerli bir görüştür. Nitekim Zimmerman ve Coryell (1990)’ın kişilik bozukluklarına tanı koymada yapılandırılmış görüşmeler ile kendi kendini değerlendirme araçları arasındaki farkı inceledikleri çalışmada bunu kanıtlamıştır. Bununla benzer bir sonuç Ekselius ve ark (1994)’nın SCID-II görüşmesi ile SCID-II testini karşılaştırdıkları çalışmadan da elde edilmiştir.

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin verdiği cevaplara odaklandığımızda, toplumsal kurallara uyum sağlamamaktan çok “işine geldiğinde yalan söyleme, fevri davranma, çabuk sinirlenme” gibi dürtüsel davranışların daha fazla onaylandığı ve bunun sonucunda tanı aldıkları görülmektedir. Davranım sorunları ise daha çok “kavga etme, yalan söyleme, okulu asma”yı kapsamaktadır. Bu sorunların hepsi bir ele alındığında, kişilerin, yasalara uygun davranmama veya tutuklanma için zemin hazırlayacak bazı eylemler içine girmekten dolayı değil, bunun yerine daha çok dürtüsel davranmaktan dolayı bu tanıyı aldıkları görülmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmadan elde edilen sonuçların daha yüksek oranda olması, söz konusu olan bozukluğun davranım sorunlarını içeriyor olmasına bağlanabilir.

Narsistik kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının yüksek olması, yine kullanılan değerlendirme aracının kendine has özellikleri ile çalışmanın yapıldığı kültürün bir araya gelmesiyle ortaya çıkan bir sonuç olarak yorumlanabilir. Özellikle narsistik kişilik bozukluğu tanı ölçütleri bireylerin rahatlıkla onaylayabilecekleri niteliktedir. Örneğin “Hayranlık

uyandırmak benim için önemlidir; sadece birkaç seçkin kişi beni anlayabilir ya da benim arkadaşım olabilir; sık sık ne kadar üstün bir insan olduğumu ya da olabileceğimi düşünürüm” cümleleri, kişilerin sosyal beğenirlik çerçevesinde rahatlıkla onaylayacakları tarzdadır.

Ekselius (2001) ve bu çalışma arasındaki sonuçlara odaklanıldığında göze çarpan önemli bir farklılık da çekingen ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun İsveç örneklemine göre Türkiye örnekleminde daha az bir yaygınlık oranına sahiptir. Bunun nedeni Türkiye’nin populasyon özelliklerinden çok İsveç populasyonun özellikleri çerçevesinde ele alınabilir. Nitekim İsveç’te bireylerin kişiler arası ilişkilerinin çok yakın olmadığı bilinmektedir. İlişkilerin fazla sıkı olmaması, bireylerin çekingen kişilik bozukluğu tanısı almalarına yatkınlık yaratabileceği gibi, çalışma hayatlarında oldukça disiplinli ve kuralcı olmaları da obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanısına temel oluşturabilir.

DSM-IV’ün her bir kişilik bozukluğunun normal örneklem, klinik örneklem ve ayaktan tedavi edilenlere yönelik olarak verdiği yaygınlık oranı ise aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

Çizelge 4. 3: DSM-IV’ e göre kişilik bozukluklarının yaygınlık oranı

Kişilik bozuklukları	Normal örneklemden yaygınlık oranı	Klinik örneklemden yaygınlık oranı	Ayaktan tedavi edilenler arasındaki yaygınlık oranı
Paranoid KB	% 0.5 – 2.5	% 10 – 30	% 2 – 10
Şizoid KB	Bilgi verilmemiştir	Bilgi verilmemiştir	Bilgi verilmemiştir
Şizotipal KB	% 3	Bilgi verilmemiştir	Bilgi verilmemiştir
Antisosyal KB	Bilgi verilmemiştir	% 3’ le % 30 arası	Bilgi verilmemiştir
Borderline KB	%2	%20	%10
Histriyonik KB	%2 – 3	Bilgi verilmemiştir	%10 – 15
Narsistik KB	% 1 ve daha az	% 2 - 6	Bilgi verilmemiştir
Çekingen KB	% 0,5 – 1	% 10	Bilgi verilmemiştir
Bağımlı KB	Bilgi verilmemiştir	Sık rastlandığı söylene de bilgi verilmemiştir	Bilgi verilmemiştir
Obsesif-kompulsif KB	% 1	% 3 – 10	Bilgi verilmemiştir

Bu çalışma ile DSM-IV’de belirtilen normal örneklem yaygınlık oranları karşılaştırıldığında, DSM-IV’de dört kişilik bozukluğu hakkında bilgi verilmediği, geriye kalanlardan da histriyonik kişilik bozukluğu dışındaki bütün kişilik bozukluklarının bizim çalışmamızda daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Genel olarak yapılan diğer çalışmalara odaklanıldığında ise, sonucun kullanılan değerlendirme aracının tipi, ulaşılan örneklemin büyüklüğü veya kültüre bağlı olarak farklılaştığı görülmektedir (Bknz. Çizelge 4. 4).

Çizelge 4. 4: Her bir kişilik bozukluğunun diğer epidemiyolojik çalışmaların yaygınlık oranları ile karşılaştırılması (Torgersen 2001)

	Katıl. Sayısı	Kullanılan Araç	Par. KB	Şizo KB	Şizt KB	Ant. KB	Bor KB	Hist KB	Nar KB	Çek KB	Bağ KB	OK KB
Reich ark.,1989	235	PDQ*	0.9	1.3	13.2	0.4	1.3	3.8	0.4	0.4	14.5	14.9
Zimmerman ark.,1990	697	SIDP**	0.4	0.7	3.0	3.0	1.7	3.0	0.0	1.3	1.7	1.7
Zimmerman ark.,1990	697	PDQ	0.4	0.9	5.6	0.9	4.6	2.7	0.4	1.4	6.7	4.0
Meier ark.,1992	452	SCIDII***	1.8	0.4	0.7	0.2	1.1	1.3	0.0	1.1	1.5	1.8
Samuels ve ark. 1994	762	Klinik Gör.	0.0	0.0	0.0	1.5	0.4	2.1	0.0	0.0	0.1	1.7
Moldin ark.,1994	302	PDE****	1.7	0.0	0.7	2.6	2.0	0.3	0.0	0.7	1.0	0.7
Lenzenweger ve ark.,	258	PDE	0.4	0.4	0.0	0.8	0.0	1.9	1.2	0.4	0.4	0.0
Ekselius ark.,2000	557	DIP-Q	5.6	0.9	5.2	1.8	5.4	2.2	2.9	6.6	1.8	7.7
Samuels ark.,2002	762	Klinik Gör.	0.0	0.0	0.1	1.5	0.4	2.1	0.0	0.0	0.1	0.1
Kantojärvi ark., 2003	321	SCIDII	10.3	1.9	1.9	7.7	10.3	7.55	1.9	20.6	1.9	20.6
Şenyuva, 2007	246	DIP-Q	6.1	4.1	6.9	4.5	5.7	3.7	4.9	5.3	2.0	6.1

	Katılımcı Sayısı	Kullanılan Araç	Par. KB	Şizo KB	Dürtüsel KB	Bord KB	Hist KB	Anankastik KB	Anks.K B	Bağ KB
Jackson ark., 2000	10641	PDE	1.34	1.85	1.33	0.96	0.52	3.09	2.25	1.02

PDQ* : Personality Diagnostic Questionnaire

SIDP** : Structured Interview for DSM-III Personality Disorder

SCID-II*** : Structured Clinical Interview for DSM-III Axis II Personality Disorders

PDE**** : International Personality Disorder Examination

Tablo incelenip sonuçlar kıyaslandığında, bu çalışmada şizoid, antisosyal, narsistik, kişilik bozukluğu oranlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar bazı yöntemsel farklılıklarla açıklanabilir. Örneğin tanı ölçütleri (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV), üzerinde çalışılan bireylerin özellikleri, araştırmacıların eğitim ve deneyimi, kullanılan değerlendirme aracı gibi durumlar bunu etkilemiş olabilir.

Ancak tek tek yapılan çalışmalara ve bu çalışmalardan elde edilen yaygınlık oranları arasındaki farklara odaklanıldığında, paranoid kişilik bozukluğunun üç çalışma dışında ortalama olarak 0.8 civarında olduğu, bu üç çalışmada ise belirgin bir farklılık olduğu (% 10.3, % 6.1, % 5.6) görülmektedir. Paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlığının % 10.3 olduğu çalışmaya bakıldığında bu çalışmanın, Finlandiya’ da yapıldığı, kişilerin DSM-III-R ölçütlerine göre SCID-II’ yle değerlendirildiği görülmektedir. Bir diğer önemli fark da, çalışmada hastane grubu ile normal popülasyonun karşılaştırmasının yapılmış olmasıdır. Diğer iki çalışmanın biri İsveç’te diğeri Türkiye’de yapılmıştır; ancak kullanılan değerlendirme aracı ve popülasyon özelliği aynıdır. Nitekim bu iki çalışma, diğer çalışmalardaki oranlara bakıldığında birbirine oldukça yakın değerlerdedir (% 6.1, % 5.6). Bu durum paranoid kişilik bozukluğu için yaygınlık oranının, yapılan kültürden çok kullanılan değerlendirme aracının özelliklerinden daha fazla etkilendiğini düşündürmüştür. Çünkü en yüksek oranın bulunduğu çalışma Finlandiya’ da yapılmış olmasına rağmen, bu ülkeyle benzer kültürel yapıya sahip ve bir İskandinav ülkesi olan İsveç’te yapılan bir başka çalışmada benzer yaygınlık oranı bulunmamıştır. Bunun aksine, bambaşka bir kültürde (Türkiye’de) yapılan ama aynı aracın (DIP-Q) kullanıldığı araştırma ile daha benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlığına bakıldığında sadece bu çalışmadan elde edilen sonucun farklı olarak % 4.1 bulunduğu, diğer çalışmalarda ise yaklaşık olarak bu oranın 0.8 civarında olduğu göze çarpmaktadır. Dolayısıyla sonucun, değerlendirme aracının tipi, örneklem büyüklüğü veya hangi ölçütlere göre değerlendirmenin yapılmasından ziyade, daha çok kültüre bağlı olduğu düşünülmüştür. Nitekim iki çalışma İskandinav ülkelerinde, bir çalışma Almanya’da, üç çalışma ise Amerika’da yapılmıştır. Genel olarak Amerika ve Avrupa’da yapılan bu çalışmalarda şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı oldukça düşük çıkarken, Türkiye’de yapılan bu çalışmada yaygınlık oranının yüksek çıkması, birçok açıdan sosyal ve kültürel yapıya bağlanabilir.

Şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı tek tek incelendiğinde, göze çarpan en önemli bulgu, kendi kendini değerlendirme araçlarının kullanıldığı çalışmalarda bu oranının yüksek; buna karşılık yapılandırılmış görüşmelerin ya da klinik görüşmelerin yapıldığı çalışmalarda ise bu oranın oldukça düşük olmasıdır. PDQ'nun kullanıldığı çalışmalardan birinde % 13.5, diğerinde % 5.6; DIP-Q'nun kullanıldığı çalışmaların ilkinde % 5.2, ikincisinde % 6.9 oranının bulunduğu görülmektedir. Klinik görüşmelerin kullanıldığı çalışmalarda ise bu oran ortalama olarak % 0.91'dir. Yaygınlık oranının yüksek olduğu çalışmalara bakıldığında, örneklem büyüklüğünün 235 ile 697 arasında değiştiği, yapılan kültürlerin Amerika, İsveç ve Türkiye olarak farklılaştığı ancak bu çalışmaların ortak özelliklerinin kullanılan aracın tipi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı için belirleyici olanın her şeyden çok kullanılan değerlendirme aracının tipi olduğu söylenebilir. Bu çalışmada en yüksek yaygınlık oranı olarak, şizotipal kişilik bozukluğunun bulunduğu ve bir kendi kendini değerlendirme aracı olan DIP-Q'nun kullanıldığı önemli bir bulgu gibi görünmektedir.

Yapılan gözden geçirmede, antisosyal kişilik bozukluğunun iki çalışma dışında ortalama olarak % 1.4 yaygınlık oranına sahip olduğu görülmüştür. Bu iki çalışmanın ortak özellikleri incelendiğinde ne örneklem büyüklüğü, ne yapılan ülke, ne de kullanılan araç açısından bir benzerliğin olmadığı görülmüştür. Bu sonuç, yaygınlık oranının neye göre düşük ya da yüksek oranda çıktığının, söz konusu olan etkenlerden başka bir durumla açıklanması gerektiğini düşündürmüştür. Ancak genel olarak, Finlandiya'da yapılan çalışmanın yaygınlık oranının oldukça yüksek olduğu, bunun araştırmanın uygulama koşulları ile ilgili olabileceği izlenimi edinilmiştir. Ayrıca söz konusu olan çalışma kadar olmasa da bu çalışmada da yüksek bir yaygınlık oranı çıkmıştır. Bu da daha önce Türkiye'de yapılmış bir başka çalışmanın sonuçları ile benzer bulunmuştur. Doğan ve ark (2004)'nın yaptığı normal populasyon çalışmasında antisosyal kişilik bozukluğunun oranı % 3.02 bulunmuştur ki bu oran çalışmadan elde edilen % 4.5'e yakındır. Dolayısıyla bu oranın yapılan kültürün özelliklerine bağlanabilir.

Borderline kişilik bozukluğunun en yüksek üç yaygınlık oranına bakıldığında bu çalışmaların ikisinin DIP-Q ile, birinin ise SCID-II ile yapıldığı görülmektedir. İsveç ve Türkiye'de DIP-Q kullanılarak yapılan birbrinde farklı bu iki çalışmada, bu bozukluğun yüksek düzeyde çıkması DIP-Q'nun maddelerinin içeriğine ve genel olarak öz-bildirim araçlarının özelliklerine bağlanabilir. Ancak Finlandiya'da uygulanan ve yapılandırılmış bir görüşme olan

SCID-II' nin kullanıldığı diğer çalışmada, bu oranın yüksek olması uygulama koşullarına atfedilebilir. Çünkü bu çalışmanın diğer yaygınlık oranları da oldukça yüksektir. Bu çalışmada dikkat çeken bir diğer nokta da, borderline kişilik bozukluğunun daha çok kadınlarda, antisosyal kişilik bozukluğunun da daha çok erkeklerde yaygın olduğunun bulunmasıdır. Bu durum bu çalışmada klinisyenlerin görüşme yanlılığı açısından değerlendirilebileceğini düşündürmüştür.

Histriyonik kişilik bozukluğunun tek bir çalışma dışında ortalama olarak % 2.6 civarında yaygınlık oranına sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen % 3.7 oranı genel olarak bu bozukluğun Türkiye'de yüksek oranda çıkma olasılığı olduğunu düşündürtebilir. Bu konuda dikket çeken bir başka bulgu da, bu çalışma ile Reich ve ark (1989)'nın çalışmasındaki % 3.7 oranı ile neredeyse aynı olduğudur. Farklı iki kültürde yapılmış olmasına rağmen ortaya çıkan bu benzerlik tamamen kullanılan değerlendirme aracının özelliklerine ve örneklem büyüklüğünün nerdeyse aynı olmasına bağlanabilir. Çünkü her iki araştırmada da kendi kendini değerlendirme aracı kullanılmıştır ve örneklem birinde 235 diğerinde 246 gibi birbirine oldukça yakın iki değerdir. Ortalama yaygınlık oranı hesaplanırken dışta tutulan çalışma Kantojärvi ve ark (2003)'nın yaptığı çalışmadır ve bu bozukluğun yaygınlık oranı % 7.5 bulunmuştur. Diğer sonuçlarla karşılaştırıldığında, bu oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim bu çalışmadaki bütün yaygınlık oranlarının da diğer çalışmalardaki oranlara kıyasla daha yüksek olduğu unutulmamalıdır.

Narsistik kişilik bozukluğunun en yüksek yaygınlık oranı (% 4.9) bu çalışmadan elde edilmiştir. Diğer üç çalışmada bu oran 0, iki çalışmada 0.4; diğer iki çalışmada ise ortalama olarak 2.4'dir. Narsistik kişilik bozukluğunun bu çalışmada yüksek oranda çıkması, hem kullanılan DIP-Q' nun araç özelliğine hem de yapılan kültürdeki bireylerin sosyal beğenirlik çabası içinde testi doldurma eğilimi taşımalarına atfedilebilir.

Çekingen kişilik bozukluğunun en yüksek iki oranı İsveç ve Finlandiya'da yapılmış çalışmalardan elde edilmiştir. Bu çalışmalardan birinde yapılandırılmış bir değerlendirme aracı olan SCID-II, diğerinde ise bir kendi kendini değerlendirme aracı olan DIP-Q kullanılmıştır. Bundan dolayı her iki çalışmada da, oranın yüksek olması daha çok yapılan kültürün yapısı ile ilişkilendirilebilir. İsveç ve Finlandiya toplumunda bireylerin çekingen kişilik bozukluğunu yansıtan soruları onaylama eğilimi fazla olabilir.

Bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlık oranlarına bakıldığında dikkat çeken bir nokta, iki çalışmada yüksek yaygınlık oranı (% 14.5, % 6.7) bulunduğu ve her ikisinde de bir kendi kendini değerlendirme aracı olan PDQ'nun kullanılmış olduğudur. Diğer altı çalışmada bu oran, ortalama olarak % 1.4 civarındadır. Bu açıdan bakıldığında uygulama esnasındaki farklılıklardan çok PDQ'nun kullanılmasının sonucu daha fazla etkilediği söylenebilir. Bu çalışmadan elde edilen % 2 yaygınlık oranının, ortalama yaygınlık oranı olan % 1.4 ile az da olsa uyumlu olduğu, DIP-Q'nun kullanıldığı diğer çalışmadaki %1.8 oranıyla ise neredeyse aynı olduğu söylenebilir. Bu durum daha çok kullanılan aracın madde içeriklerinin sonuçlar üzerinde etkili olduğunu düşündürmüştür.

OKKB'nin yaygınlık oranının, gözden geçirilen sekiz çalışmanın beşinde yüksek bulunduğu göze çarpmaktadır. Bu beş çalışmanın dördünde kullanılan araç kendi kendini değerlendirme aracı iken, diğeri Kantojärvi ve ark (2003)'ın Finlandiya'da yaptığı ve SCID-II gibi bir yapılandırılmış görüşmenin kullanıldığı çalışmadır. Bu çalışmada hemen hemen bütün kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının yüksek çıktığı düşünülerek, bu çalışma dışta tutulduğu, sonucu etkileyenin kullanılan aracın özelliği olduğu düşünülmüştür. Nitekim söz konusu olan dört çalışmanın ikisinde DIP-Q, ikisinde de PDQ kullanılmıştır. PDQ'nun kullanıldığı çalışmalardaki ortalama yaygınlık % 9 iken, DIP-Q'nun kullanıldığı çalışmalardaki ortalama yaygınlık oranı % 6.5'tir. Bu çalışmadaki OKKB oranının % 6.1 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmadan elde edilen oranın diğer DIP-Q çalışması ile tutarlı olduğu; genel olarak ise OKKB yaygınlık oranı üzerinde kullanılan değerlendirme aracının etkili olduğu söylenebilir.

4. 2. Çalışmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri:

4. 2. 1. Kişilik Bozuklukları ve Cinsiyet:

Her ne kadar bu çalışmada, populasyon düzeyinde kişilik bozukluğu ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olsa da, bazı çalışmalarda (Samuels ve ark 1994, Burgess 2000) erkeklerin kadınlara göre daha çok kişilik bozukluğuna sahip olduğu gösterilmiştir. Ancak Paris (2004)'ün yaptığı bir gözden geçirmede erkeklerin daha fazla kişilik bozukluğuna sahip olduğunu bildiren çalışmalar kadar, kadın erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmalara da rastlanılmıştır. Genel olarak erkeklerin kadınlara nazaran daha fazla

kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulgusu, kadınların daha az kişilik bozukluğu hakkında bilgi vermeleriyle atfedilmiştir. Maier ve ark (1992) ise bu durumu kadınların pasif-agresif kişilik özelliklerine daha çok sahip olmasıyla açıklamıştır.

Bu çalışmada, cinsiyet açısından kümeler arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Samuels (2002)'in çalışmasında ise bizim çalışma bulgularımızdan farklı birtakım bulgular elde edilmiştir. Buna göre A ve B küme kişilik bozukluğu daha çok erkeklerde görülmektedir. C küme kişilik bozukluğunda ise kadın-erkek arasında eşitlik söz konusudur. Bu bulgular Paris (2004)'ün gözden geçirmesinde de desteklenmektedir.

Bu çalışmada, her bir kişilik bozukluğu ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı da incelenmiş ancak sonuç olarak böylesine bir farklılık bulunamamıştır. Ancak, narsistik kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğunda, cinsiyetler arasında farklılık bulunmasına ilişkin bir eğilim olduğu düşünülmüştür. Öyle ki bağımlı kişilik bozukluğunun kadınlarda; narsistik kişilik bozukluğunun erkeklerde daha yaygın olma eğilimi dikkate değer bulunmuştur. Nitekim anlamlı farklılık çıkması için gerekli olan $p < 0.05$ oranı, her iki bozuklukta da bu sayıya oldukça yakın değerlere karşılık gelmiştir. Ancak noktadan sonraki bölümlerin, noktadan önceki bölüme aktarılmasıyla $p < 0.05$ değerini aşmış ve böylelikle anlamlı bir farklılık yoktur yorumunun yapılmasına neden olmuştur. Dolayısıyla diğer koşulların aynı tutulduğu sadece örneklemin biraz daha büyük olduğu bir başka çalışmada bu iki kişilik bozukluğunda cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulma olasılığı yüksek gibi görünmektedir.

Her bir kişilik bozukluğu ve cinsiyet açısından anlamlı farklılıkların bulunduğu çalışmalara odaklanıldığında, özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluğuna atıfta bulunulduğu görülmüştür. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların çoğunun kadın olduğunu söyleyen (Torgersen ve ark 1991, Maier ve ark 1992, Zanarini ve ark 1997, Clarkin ve Posner 2005) ve hatta % 70' inin kadınlardan oluştuğunu vurgulayanlar vardır (Lieb ve ark 2004). DSM-IV de bütün bu çalışmaları destekler bir şekilde, borderline kişilik bozukluğunun daha çok kadınlara konan bir tanı (% 75 oranında) olduğunu bildirmiştir (DSM 1994). Borderline kişilik bozukluğunun daha sık kadınlarda olması, bu bozukluğun altında yatan birincil treyterin, duyuşsal (affektif) değişkenlik ve dürtüsellik olmasına ve sıklıkla bilişsel bozulmaların buna eşlik etmesine bağlanmıştır (Siever ve Davis 1991). Zanarini ve ark

(1990)'na göre, dikkatle incelendiğinde bu iki özelliğin de daha çok kadınlarda rastlanan belirtiler (semtomlar) olduğu göze çarpmaktadır.

Aynı şekilde antisosyal kişilik bozukluğu için cinsiyet dağılımı erkekler için ranj 6'da 1; kadınlar için 8'de 1 olarak bildirilmektedir (Moran 1999). Antisosyal kişilik bozukluğunun erkeklerde daha yaygın olduğu Golomb ve ark (1995)'nin yaptığı bir çalışmada da gösterilmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğunun büyük ölçekli epidemiyolojik araştırmaları, ölçütlerin en az % 80'ni karşılayanların, erkekler olduğunu onaylamıştır (Paris 2004). DSM-IV, antisosyal kişilik bozukluğu için tanı ölçütü de bunun daha çok erkeklerde görülmesinin daha olası olduğunu belirtmiştir ve oran olarak genel yaygınlığı erkeklerde yaklaşık % 3, kadınlarda % 1 olarak vermiştir. Coccaro ve ark (1989) bu cinsiyet farklılıklarının treyt profilleriyle ilgili olduğunu, antisosyal kişilik bozukluğunun altında yatan birincil treytin dürtüsel agresyon olduğunu, bunun da tipik olarak daha çok erkeklerde yaygın olduğunu belirtmiştir. DSM-IV ise sorumsuzluk (erkeklerde daha yaygın olarak görülür) gibi karakter treytleri olduğu kadar agresyon (kişilikte cinsiyet farklılığının en tutarlı özelliği), suç işleme davranışı (erkeklerde daha sık görülür) davranım bozukluğu öyküsünü (kızlardan ziyade erkek çocuklarında görülür) de gerekli kılmaktadır. Ancak bütün bu bulguların aksine, erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğunun görülme sıklığının daha fazla olduğunu desteklemeyen araştırmalar da vardır (Cale ve Lilienfeld 2002).

Bağımlı, histriyonik (Coryell ve Zimmerman 1989, Zimmerman ve Coryell 1990, Maier ve ark 1992, Jackson ve Burgess 2000, Torgersen ve ark 2001) ve çekingen kişilik bozukluğunun (Coryell ve Zimmerman 1989, Maier ve ark 1992) kadınlar arasında yaygın olduğu; şizotipal ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (Coryell ve Zimmerman 1989, Torgersen ve ark 1991) ise erkekler arasında daha yaygın olduğu da elde edilen diğer bulgular arasındadır. Bu bulgularla benzer şekilde DSM-IV de, bağımlı kişilik bozukluğunun klinik ortamlarda daha sık kadınlara; şizotipal kişilik bozukluğunun ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (iki kat daha fazla) ise erkeklere tanı olarak konulduğunu söylemektedir. DSM-IV'ün tek farklı söylemi çekingen kişilik bozukluğunun erkeklerde ve kadınlarda eşit sıklıkta görülüyor olduğunu bildirmesidir.

DSM-IV, histriyonik kişilik bozukluğuna ilişkin olarak ise cinsiyete bağlı özellikler hakkında kişilerarası davranışların, kişisel görünümün ve duygusal dışavurumlara ilişki genel

kabul gören anlayışların kültürler, cinsiyetler ve yaş grupları arasında değiştiğini söylemektedir. Klinik ortamlarda bu tanı daha büyük bir sıklıkla kadınlara konan bir tanıdır, ancak cinsiyetler arası oran, söz konusu klinik ortamlardaki kadınların oranından önemli derecede bir farklılık göstermemektedir. Tam tersine yapılandırılmış görüşmeler kullanan birtakım çalışmalar erkeklerle kadınlar arasında benzer yaygınlık oranlarının olduğunu bildirmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğunun davranışsal dışavurumu cinsiyet rollerine ilişkin basmakalıp inanışlardan etkilenebilir. Sözelimi, böyle bir bozukluğu olan erkek “maço” olarak nitelenen bir biçimde giyinebilir ve böyle davranabilir, atletik becerileriyle övünerek ilgi odağı olma arayışında olabilir; oysa bir kadın, kadınsı giysiler seçebilir ve dans öğretmenini ne derece etkilediği hakkında konuşabilir (DSM 1994). Ancak histriyonik kişilik bozukluğu olan hastaların daha çok kadın oldukları söylene de, bazı epidemiolojik çalışmalar (Samuels ve ark 2002, Nestadt ve ark 1990) bu beklentiye tam olarak onaylamamaktadır. Klinik ve toplum popülasyonu arasında farklılıklar da olabileceği belirtilmektedir.

Az sayıdaki araştırma da narsistik kişilik bozukluğuna odaklanmıştır. Torgersen ve ark (2001) bu bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayan kadın ve erkeklerin sayılarının eşit olduğunu yaptıkları çalışmada göstermiştir. Ancak Paris (2004)’e göre, yine de büyüklük (grandiözite) özelliğine odaklanıldığında erkeklere, bu konuda daha çok önyargılı davranılması olasıdır. DSM-IV ise narsistik kişilik bozukluğu tanısı alanların % 50–75’i erkek olduğunu söylemektedir.

Her ne kadar yapılan çalışmalarda paranoid kişilik bozukluğu ile özdeşleşmiş bir cinsiyet olmasa da, DSM-IV, bu bozukluğun klinik örneklerde daha çok erkeklere konan bir tanı olduğunu belirtmektedir. Ancak DSM-IV’de normal popülasyona yönelik söylenen net bir ifade yoktur. Şizoid kişilik bozukluğu ise DSM-IV’de söylendiği üzere erkeklere daha fazla konan bir tanıdır ve erkeklerin işlevselliğinde daha fazla bir bozulma olmasına yol açar (DSM 1994).

4. 2. 2. Kişilik Bozuklukları ve Yaş:

Bu çalışmada, kişilik bozukluğu ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, birkaç çalışma, yaşamın daha ileriki yıllarında kişilik bozukluğu yaygınlığının daha düşük

olduğunu göstermiştir (Fishbain 1991, Johnson ve ark 2000, Ekselius ve ark 2001). Bu da kişilik bozukluğunun yaşla beraber daha az yaygın olduğuna işaret etmektedir (Cohen ve ark 1994, Ames ve Molinari 1994).

Borderline kişilik bozukluk tanısı almış ve yatarak tedavi edilen bireylerle yapılan boylamsal bir çalışmada, bu kişilerin taburcu olduktan sonraki 20 yıl içinde durumlarının iyiye gittiği bulunmuştur (Stone ve ark 1987). Yaşla birlikte kişilik bozukluklarında meydana gelen azalma için yapılan bir açıklama, örneklem seçilirken önyargılı davranıldığıdır. Mesela yapılan bir çalışmada haz verici davranış arama ve dürtüsellğe bağlı erken ölümlerden dolayı, yaşlı gruplarda kişilik bozukluğunun daha az görüldüğü bulunmuştur (Fishbain 1991). Yaşamın daha ileriki yıllarında kişilik bozukluğu yaygınlığının azalmasına ilişkin yapılan bir başka açıklama ise, beyin nörokimyasındaki değişmeler sonucunda dürtüsel ve agresif davranışlarda meydana gelen azalmadır (Morgan ve ark 1987, Elliott 1992). Bir başka bakış açısı da, yaşlı kişilerin genellikle sosyal olarak daha uyumlu olması ile çatışmalarını dışarı vurma olasılıklarının daha az olmasıdır. Ayrıca yaşlı kişilerin kişilik özelliklerini inkar etme ya da unutma eğilimleri vardır (Maier ve ark 1992).

Bu çalışmada, yaş ve kişilik bozuklukları arasında bir ilişki bulunmaması örneklem özelliğinden kaynaklanmış olabilir. Nitekim katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olması yaş ve kişilik bozukluğu arasında anlamlı farklılık bulunmamasına neden olmuş olabilir. Çünkü anlamlı farklılık bulan çalışmalarda (Cohen ve ark 1994, Ekselius 2001) katılımcıların eğitim durumlarının orta ya da daha altında olduğu görülmektedir.

4. 2. 3. Kişilik Bozuklukları ve Sosyal Durum:

Bu çalışmada, kişilik bozuklukları ile sosyal durum arasındaki ilişki de incelenmiş, ancak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Buna karşılık, kişilik bozuklukları ve mesleki durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu; öğrenciler ve işsizlerin en yüksek orana sahip olduğu ve son olarak eğitim düzeyinin de anlamlı bir farklılık yarattığı Ekselius ve ark (2001)'nın yaptığı araştırmada gösterilmiştir. Samuels ve ark (1994) da, bu bulgulara benzer olarak, ayrı olan ve yahut eşinden boşanmış kişilerin, daha yüksek oranda kişilik bozukluğuna sahip olduğunu söylemektedir. Jackson ve Burgess (2000) yaptığı bir çalışmada, genç olanların ve hiç

evlenmemiş kişilerin, kişilik bozuklukları açısından risk altında olduğunu göstermiştir. Bu sonuç De Girolamo ve Reich (1993)'ın yaptığı araştırma ile de uyumludur. Reich ve ark (1989) da evli olanların kişilik bozuklukları varsa eğer, ciddi evlilik çatışmaları yaşadığını ve tanı alanların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuştur.

Bu çalışmada neden anlamlı bir farklılık bulunmadığı tamamen örneklemin özelliklerine atfedilebilir. Nitekim bu çalışmaya katılanların % 44.3'ünün eğitim düzeyi yüksektir ve sadece % 4'ü işsizdir. Bu durumun sonucu doğrudan etkilediği düşünülmüştür. Öyle ki katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksek olması sosyal durum ve kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına neden olmuş olabilir.

4. 2. 4. Kişilik Bozuklukları ve Psikososyal Sorunlar:

DIP-Q' da ayrı bir ölçekle değerlendirilen “Psikososyal ve Çevresel Sorunlar”, kişilik bozukluğu tanısı alanlarda daha fazla bulunmuştur. Bu kişiler, özellikle “aile içinde herhangi bir sorun yaşama (aile üyelerinden birinin ölümü, ailede sağlık sorunları, ayrılma, boşanma, kardeşlerle düşünce ayrılığı/uyuşmazlık), önemli bir kişiyi kaybetme (yakın bir akraba), barınma sorunu yaşama (evsizlik, barındığınız yerin yetersiz olması veya komşularla ya da ev sahibiyle anlaşamama), ekonomik sorununun olması (borçlu olmak veya mali durumun yeterli olmaması), sağlık hizmetlerine ulaşmada sorunun olması (maddi nedenler, ulaşım zorluğu veya diğer nedenler) ile ilgili soruları daha fazla onaylamışlardır ve tanı almayanlara göre bu fark anlamlılık düzeyindedir. Bu sorular incelendiğinde hepsinin Eksen IV'le yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Eksen-IV yaşam-olayları ölçeğine göre kişilik bozukluğu olanların anlamlı olarak kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha çok psiko-sosyal ve çevresel sorunları vardır (Ekselius ve ark 2001).

Kişilik bozukluğu olan kişiler, çoğunlukla psikiyatrik tedavi alırlar ve sosyal destekten yoksundurlar; psikososyal ve çevresel sorunları olduğunu dile getirmektedirler (Ekselius ve ark 2001). Daha önceki yıllarda yapılan çalışmalar da (Reich ve ark 1989, Nakao ve ark 1992, Samuels ve ark 1994, Bodlund ve ark 1998, Ekselius ve ark 2001) bu sonuçları desteklemektedir.

Kişilik bozukluğu olan kişiler geçmiş yıl içinde psikososyal ve çevresel sorunlarının çok olduğunu rapor etmişlerdir. Ayrıca bu kişilerin sosyal destekten yoksun olmaları da daha olasıdır. Sosyal destek kişilik bozukluklarının gelişimini destekleyici bir işleve sahiptir; bunun tam tersi bozulmuş bir kişilik, yalnızlık için bir risk faktörüdür (Ekselius ve ark 2001).

4. 2. 5. Kişilik Bozuklukları ve İşlevsellik:

Sıklıkla kişilik bozukluğu tanıları, hastaların pek çok alanda işlevselliklerini de olumsuz anlamda etkilemektedir (Sater ve ark 2001). Nitekim bu çalışmada tanı alanların hepsi GAF değerlendirmesinde kendilerine daha düşük skorlar vermişlerdir. Hem geçen yılı hem de son birkaç haftayı değerlendirmeleri istendiğinde, tanı alanlar almayanlara göre kendilerine daha düşük skorlar vermiştir.

Kişilik bozuklukları tek tek ele alındığında, şizoid kişilik bozukluğu dışındaki bütün bozukluklar için GAF (geçen yıl) skoru anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu şizoid kişilik bozukluğunun kendi doğası ile açıklanabilir. Nitekim bu bozukluğa sahip olanlar çok fazla kişiler arası ilişkilerde bulunmayı tercih etmediği için GAF değerlendirmesinde kendilerine en uygun düşen aralığı seçerken bunu göz önünde bulundurmuş olabilir. Diğer GAF (son birkaç hafta) değerlendirmesinde ise şizoid kişilik bozukluğuna ek olarak narsistik ve histriyonik kişilik bozukluğu dışındakilerde bu skor anlamlı düzeyde düşüktür. Narsistik kişilik bozukluğu olanlardan son bir kaç haftalarını değerlendirmeleri istendiğinde, bu kişilerin sorun tarif etmelerini beklemek, bu bozukluğun doğasına aykırı bir durumdur. Tanı ölçütleri tek tek ele alındığında bu kişilerin işlevselliklerini düşük olarak değerlendirmeleri beklenmeyen bir davranıştır. Her ne kadar birkaç yıl öncesine dair sorunların bahsetmeleri olası iken bunu son günler için yapmaları zor gibi görünmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğuna sahip olanlardan işlevselliklerini değerlendirmeleri istendiğinde bu kişilerin kendilerine düşük değer vermemeleri daha çok çevrelerindeki insanlar için rahatsızlık verici olmalarına bağlanabilir. Nitekim histriyonik kişiler daha çok manipülatif tavırları ile karşılarındaki insanları zor durumda bırakırlar ancak kendileri bu durumdan etkilemezler.

4. 2. 6. Kişilik Bozuklukları ve Psikiyatrik Tedavi:

Kişilik bozuklukları ve psikiyatrik tedavi arasındaki ilişki incelendiğinde görülen o ki tanı alanlar anlamlı olarak daha fazla tedavi almalarını gerektirecek psikolojik soruna sahiptir ve de bu kişilerin ailelerinde de ruhsal tedavi alanlar anlamlı olarak daha fazladır. Bu sonuçla uyumlu olarak Samuels (1994)'ın bir araştırmasında kişilik bozukluğu olmayanların % 6'sı, kişilik bozukluğu olanların % 18'inin psikiyatrik tedavi aldığı bildirilmiştir. Bu sonuç, kişilik bozukluğu olanların diğerlerine göre psikolojik sağlamlılık göstermediğine, daha fazla psikiyatrik yardım ihtiyacı içinde olduğuna işaret etmektedir.

Kişilik bozuklukları ayrı kümeler halinde ele alındığında C küme kişilik bozukluğu tanısı alanların hepsi; A kümeden paranoid ve şizotipal; B kümeden de borderline kişilik bozukluğu tanısı alanlar daha önce psikiyatrik yardım almalarını gerektirecek sorunları olduğunu bildirmiştir. Yine benzer şekilde A küme ve C küme kişilik bozukluğu tanısı alanların hepsinin; B kümeden sadece borderline ve histriyonik kişilik bozukluğuna sahip olanların ailelerinde tedavi alan kişi olduğunu bildirdikleri görülmüştür.

4. 2. 7. Kişilik Bozuklukları ve İstismar:

Bu çalışmada, kişilik bozukluğu tanısı alanların almayanlara nazaran daha fazla istismara maruz kaldıkları sonucu elde edilmiştir. Ayrı ayrı kişilik bozukluğuna odaklanıldığında A kümeden paranoid; B kümeden antisosyal ve borderline; C kümeden çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alanların daha fazla istismara maruz kaldığı bulunmuştur.

Paranoid kişilik bozukluğu tanısı alma ile istismara maruz kalma arasındaki ilişkinin yönünün çift taraflı olabileceği düşünülmüştür. Bireyler paranoid oldukları için istismar edildiklerini düşünüyor olabilirler ya da istismara uğramaları paranoid kişilik özellikleri geliştirmelerine neden olmuş olabilir. Antisosyal ve borderline kişilik bozukluğuna sahip olanların çocukluklarında ya da ergenlik dönemlerinde istismara maruz kaldıkları bilgisi birçok çalışmada (Perry ve Vaillant 1989, Gabbard GO 2000, Meissner 2005) desteklenen bir bulgudur, nitekim bu çalışmada da aynı sonuca varılmıştır. 18 yaşından önce ebeveynleri veya

bakım verenleri tarafından istismara maruz kalan kişiler, yaşamlarının ileriki yıllarında geri çekilme, içe kapanma ve güven duyamamaya bağlı olarak bağımlı ve çekingen kişilik bozukluğu tanısı almaya yatkın hale gelebilir.

4. 3. DIP-Q' nun Geçerliğine İlişkin Bulguların Yorumlanması:

Bu çalışmada, DIP-Q' nun iç tutarlık katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Psikometrik kuramda, testlerin kullanım yerlerine göre güvenilirlik standartları verilmektedir. Eğer bir testin skorlarına dayanarak bireysel değerlendirmeler yapılacak ve kişiler hakkında karar alınacaksa testin 0.90 ve üzerinde olması istenmektedir (Nunnally ve Bernstein 1994). Bu standartlar dikkate alındığında, DIP-Q' nun güvenilirliğinin her türlü kullanım için yeterli sayılabilecek ölçüde yüksek olduğu söylenebilir.

DIP-Q'nun daha önce Ottosson ve ark (1998) tarafından yapılan geçerlik çalışmasında da yapılandırılmış bir görüşme ile karşılaştırma yapılmış ve elde edilen sonuçlar DIP-Q'nun kabul edilebilir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmadan elde edilen geçerlik skoru da bu sonucu desteklemektedir.

5. SONUÇ:

6. 1. Sınırlılıklar ve Öneriler:

Bu çalışmaya dair bazı yöntemsel sınırlılıklar vardır. Bunlardan ilki, ulaşılan populasyonun eğitim düzeyinin yüksek olmasına bağlı oluşan yanlılıktır. Nitekim anketörler aracılığıyla yapılan bu çalışmaya eğitim düzeyi yüksek kişiler daha çok katılmayı kabul etmiştir; dolayısıyla sonuçlar çalışmaya katılanların % 44. 3' ünün üniversite mezunu olduğu göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır.

İkinci sorun, kişilik bozukluklarını değerlendirmek için kullanılan aracın doğasıyla ilgilidir. Kendi kendini değerlendirme araçları epidemiyolojik psikiyatri araştırmalarında sıkça kullanılır. Tarama özelliğine sahiptirler, kolaylıkla uygulanabilirler, zamandan tasarruf edilir, görüşmeciden kaynaklanabilecek yanlılıklardan uzaktır (Zimmerman 1994). Ancak bu araçlar ile yapılan çalışmaların bazı dezavantajları da vardır. Bunlardan en önemlisi, durumsal etkileri karşı duyarlı olmalarıdır (Bodlund ve ark 1998). Nitekim durumsal anksiyete ve durumsal depresyon doğrudan ölçülemez, bunların etkileri arasındaki farklılık gösterilemez. Daha genel ve olumsuz bir özellikleri de belirli kişilik bozukluklarını aşırı tanılama (over-diagnose) eğilimleri olmasıdır (Zimmerman ve Coryell 1990, Ekselius ve ark 1994). Genel olarak, kişilik bozukluğu yaygınlık oranının yüksek çıkması, birçok normal populasyon temelli çalışmayla tutarlı olarak, kullanılan aracın özelliğinden kaynaklanmaktadır. Elde edilen yaygınlık oranları çalışmanın bir kendi kendini değerlendirme aracı kullanılarak yapıldığı unutulmadan yorumlanmalıdır.

Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen veriler, genel populasyonda DSM-IV' de tanımlanan kişilik bozukluklarının yaygın olduğu, bu bozukluklara sahip kişilerin hem

kendilerinin hem de ailelerinin daha sık psikiyatrik tedavi aldığı ve daha çok psiko-sosyal ve çevresel sorunları olduğu ve sosyal destekten yoksun oldukları şeklindedir. Ayrıca DIP-Q'nun tek tek bireylere tanı koymak için gerekli olan .90 koşulunu karşıladığı da bulunmuştur.

Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, kendi kendi değerlendirme araçlarına ilaveten klinik görüşmelerden de yararlanarak eksen II' yi ölçen araçların kullanıldığı boylamsal bir desen kullanılabilir.

ÖZET

Bu çalışmanın ilk amacı Aydın il merkezinden alınan normal bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlık oranını belirlemek, ikinci amacı ise DIP-Q'nun geçerliliğini sınamaktır. İlk amaç doğrultusunda tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak 10 mahalleye ulaşılmıştır. Bu süreçte, 246 katılımcıya Türkiye'de ilk kez kendi kendini değerlendirme aracı olan DIP-Q uygulanmıştır. Sonuç olarak bu çalışma, normal populasyonda, kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Kişilik bozukluğu olan kişiler, daha fazla psikiyatrik tedavi almakta ve daha fazla psikolojik ve çevresel problemleri olduğunu bildirmektedir. Aynı zamanda bu kişilerin daha fazla istismara maruz kaldığı da bulunmuştur. Bütün bu bulgular, alanda daha önce yapılan araştırmalar tarafından da desteklenmektedir. Son olarak da bu çalışma, DIP-Q'nun kabul edilebilir geçerliği olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: DIP-Q, DSM-IV, epidemiyoloji, kişilik bozuklukları, yaygınlık.

SUMMARY

The first set of aims of this study was to determine the prevalence of personality disorders taken from a normal sample in the province of central Aydın and the second set of aims was to validate the DIP-Q. Pursuing the first aim, stratified sampling procedure will be used as a method in surveying ten neighbourhoods. In the process, for the first time in Turkey, DIP-Q will be applied as a self-report to 246 participants. In conclusion, this study provides that the prevalence of personality disorder rates are high in normal population. Individuals with personality disorders more often received psychiatric treatment and they reported more psychosocial and environmental problems. Such participants are also found to be subjected to more abuse. All data are supported by previous research in the field. And finally the present study represents that DIP-Q can be made with acceptable reliability.

Keywords: DIP-Q, DSM-IV, epidemiology, personality disorders, prevalence

KAYNAKLAR

Ainsworth MS, Bowlby J (1991) *An ethological approach to personality development*, American Psychologist, 46 (4): 333–341.

Allard K, Grann M (2000) *Personality disorders and patient- informant concordance on DIP-Q self-report in a forensic psychiatric inpatient setting*, Nordic J Psychiatry, 54 (3): 195–200.

Alnaes R, Torgersen S (1990) *DSM–III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders and mixed conditions*, Journal Nervous Ment Disorder, 178 (11): 693–698.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., DC: Author, Washington.

Ames A, Molinari V (1994) *Prevalence of personality disorders in a community-living elderly*, Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 7: 189–194.

Anastasi A (1982) *Psychological Testing*, 5th eds., Macmillan Publishing Co.,Inc.

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

Bagby RM, Marshall MB, Georgiades S (2005) *Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder symptom counts in a nonclinical sample*, Journal of Personality Disorder, 19: 53–67.

Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini, MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TM (2004) *Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study*, Journal of Personality Disorders, 18 (2): 193–211.

Beck AT, Freeman A, Davis DD (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2th Ed., The Guilford Pres, New York.

Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirganianian S, Brook JS (1996) *Childhood antecedents of adolescent personality disorders*, American Journal of Psychiatry, 153: 907-913.

Bertan M, Tezcan S (1979) *Pratik Epidemiyoloji*, Toplum Hekimliği Yayını, Ankara.

Black DW, Baumgard CH, Bell SE (1995) *A 16- to 45-year follow up of 71 men with antisocial personality disorder*, Compr Psychiatry, 36 (2): 130–140.

Bodlund O, Grann M, Ottoson H, Svanborg C (1998) *Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: A comparison of data three psychiatric samples*, Acta Psychiatry Scand, 97: 433–439.

Bremer J (1951) *A social psychiatric investigation of a small community in Northern Norway*, Acta Psychiatr Neorol Scand, (Suppl. 62) 1–166.

Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ (1997) *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behaviour*, American Journal of Psychiatry, 154 (12): 1715–1719.

Budak S (1999) *Psikanalizde Yeni Yollar*, 3. Baskı, Öteki Yayınevi, İstanbul.

Burger JM (2006) *Kişilik*, Sarıoğlu İD (çev.), 1. Baskı, Kaknüs yayınları, İstanbul

Cale EM, Lilienfeld SO (2002) *Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex-differentiated manifestations of psychopathy?* Journal of Personality Disorder, 16 (1): 52–72.

Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, Sullivan PF (1999) *Early deficient parenting in depressed outpatients is associated with personality dysfunction and not with depression subtypes*, Journal of Affective Disorders, 54: 29–37.

Casey JE, Joyce PR (1999) *Personality disorder and the temperament and character inventory in the elderly*, Acta Psychiatr Scand, 100 (4): 302–308.

Casey PR, Tyrer P (1990) *Personality disorder and psychiatric illness in general practice*, British Journal of Psychiatry, 156: 261–265.

Choati J, Jonasson M, Hägglöf B, Adolfsson R (2005) *Adolescent attachment styles and their relations to the temperament and character traits of personality in a general population*, *European Psychiatry*, 20: 251–259.

Clark LA, Livesley WJ, Morey L (1997) *Personality disorder assessment: The challenge of construct validity*, *Journal of Personality Disorders*, 11: 205 – 231.

Clark LA, Livesley WJ, Schroeder ML, Irish S (1996) *Convergence of two systems for assessing specific traits of personality disorder*, *Psychol Assessment*, 8: 294–303.

Clarkin J, Posner M (2005) *Defining mechanisms of borderline personality disorder*, *Psychopathology*, 38: 56–63.

Cloninger CR, Svrakic DM (2000) *Personality disorders*, Sadock BJ, Sadock VA (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 24”, Baltimore.

Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR (1993) *A psychobiological model of temperament and character*, *Archives of General Psychiatry*, 50: 975–990.

Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, Mohs RC, Davis KL (1989) *Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders*, *Archives of General Psychiatry*, 46: 587–599.

Cohen B, Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, Mchugh PR, Rabins PV (1994) *Personality disorder in a later life: a community study*, *British Journal of Psychiatry*, 165: 493–499.

Coid J (2003) *Epidemiology, public health and the problem of personality disorder*, *The British Journal of Psychiatry*, 182: 3–10.

Cornelis FM, van Lieshout (2000) *Lifespan personality development: Self-organising goal-oriented agents and developmental outcome*, *International Journal of Behaviour Development*, 24 (3): 266–288.

Coryell WH, Zimmerman M (1989) *Personality disorders in the families of depressed, schizophrenic and never-ill probands*, *American Journal of Psychiatry*, 146: 496–502.

Costa PT, McCrae RR (2000) *Approaches derived from philosophy and psychology*, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 6. 4”, Baltimore.

De Fruyt F, De Clerq BJ, van de Wiele L, Heeringen KV (2006) *The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: Domain facet and residualized facet descriptions*, Journal of Personality, 74 (2): 479–510.

De Girolamo, Reich JH (1993) *Personality disorders*, World Health Organization, Genova.

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

Dowson JH (1992) *Assessment of DSM- III- R personality disorder by self-report questionnaire: The role of informants and screening test for co-morbid personality disorder*, British Journal of Psychiatry, 161: 344–352.

Drake RE, Adler DA, Vaillant GE (1988) *Antecedents of personality disorders in a community sample of men*, Journal of Personality Disorder, 2: 60–68.

Drake RE, Vaillant GE (1985) *A validity study of axis II of DSM-III*, American Journal of Psychiatry, 142: 553–558.

Dreessen L, Arntz A, Hendriks T, Keune N, van den Hout (1999) *Avoidant personality disorder and implicit schema-congruent information processing bias: A pilot study with a pragmatic inference task*, Behaviour Research and Therapy, 37: 619–632.

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

Ekselius L (1994) *Personality Disorders in the DSM–III–R*, Acta Universitatis Upsaliensis, Upssala.

Ekselius L, Lindström E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G (1994) *SCID-II interviews and the SCID screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R*, Acta Psychiatry Scand, 90: 120–123.

Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M (2001) *Personality disorders in the general population: DSM–IV and ICD–10 defined prevalence as relate to sociodemographic profile*, Personality and Individual Differences, 30: 311–320.

Elliott FA (1992) *Violence. The neurologic contribution: an overview*, Archives of Neurology, 49: 595–603.

Evren C, Kural S, Erkiran M (2006) *Antisocial personality disorder in Turkey substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse*, *Psychopathology*, 39 (5): 248–254.

Farmer RF (2000) *Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders*, *Clinical Psychology Review*, 20: 823–851.

Ferro T, Klein DN, Schwartz JE, Kasch KL, Leader JB (1998) *30-month stability of personality disorders diagnoses in depressed outpatients*, *American Journal Psychiatry*, 155: 653–659.

Fishbain DA (1991) *Personality disorder diagnoses in old age*, *Journal of Clinical Psychiatry*, 52: 477–478.

Fleeson W (2001) *Toward a structure and process-integrated view of personality: Traits as density distributions of states*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 80: 1011–1027.

Ford MR, Widiger TA (1989) *Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders*, *J Consult Clininical Psychology*, 57 (2): 301–305.

Furnham A, Crump J (2005) *Personality traits, types, and disorders: An examination of the relationship between three self-report measures*, *European Journal of Personality*, 19: 167–184.

Gabbard GO (2000) *Theories of personality and psychopathology*, Sadock BJ ve Sadock VA (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 6”, Baltimore.

Geçtan E (1997) *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, 13. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.

Golomb M, Fava M, Abraham M, Rosenbaum JF (1995) *Gender differences in personality disorders*, *American Journal of Psychiatry*, 152: 579–582.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan J, Pickering RP (2004) *Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in United States: Result from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions*, *Archives of General Psychiatry*, 61: 361–368.

Harman M (2004) *Children at-risk for borderline personality disorder*, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (3): 279–289.

Health AC, Cloninger CR, Martin NG (1994) *Testing a model for genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck*, Journal of Personality and Social Psychology, 66 (4): 762–775.

Helgeland MI, Kjelsberg E, Torgersen S (2005) *Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood*, American Journal of Psychiatry, 162: 1941–1947.

Hesse M (2005) *Personality disorders in substance abusers: validation of the DIP- Q through principal components factor analysis and canonical correlation analysis*, Bio Med Central Psychiatry [Electronic Journal], 24 May 2005, Erişim: [http: www.biomedcentral.com/1471-244X/5/24]

Jackson HJ, Burgess PM (2000) *Personality disorders in the community: A report from Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25: 531–538.

Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP (1999) *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood*, Archives of General Psychiatry, 56 (7): 600–606.

Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS (2000) *Age – related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: A community – based longitudinal investigation*, Acta Psychiatr Scand, 102: 265–275.

Johnson JG, Cohen P, Samiles E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, Brook JS (2000) *Adolescent personality disorder associated with violence and criminal behaviour during adolescence and early adulthood*, American Journal of Psychiatry, 157: 1406– 412.

Joyce PR, Mckenzie JM, Luty SE, Mulder RT, Carter JD, Sullivan PF, Cloninger CR (2003) *Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37: 756–764.

Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger CR (2003) *Borderline personality disorders in major depression: Symptomatology temperament, character, differential drug response and 6-month outcome*, Comprehensive Psychiatry, 44: 35–43.

Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS (1999) *Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder*, American Journal of Psychiatry, 156: 1529–1535.

Kessler RC (2007) Sosyoloji ve Psikiyatri, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 4.2”, Lippincott.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E (2002) *Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions*, Clinical Psychol Sci Prac, 9: 300–311.

Lelord F, André C (2000) “Zor kişilikler” le yaşamak, 8.Baskı, İletişim yayınları, İstanbul.

Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff C (1997) *Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a 2-stage procedure for case identification*, Archives of General Psychiatry, 54: 345–351.

Levy KN, Meehan KB, Weber M, Reynoso J, Clarkin JF (2005) *Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy*, Psychopathology, 38: 64–74.

Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) *Borderline personality disorder*, Lancet [Electronic Journal], 31 July 2004, Erişim: [<http://www.thelancet.com>]

Livesley WJ, Jang KL (2000) *Toward an empirically based classification of personality disorders*, Journal of Personality Disorders, 14: 137–151.

Livesley WJ, Jang KL (2005) *Differentiating normal, abnormal, and disordered personality*, European Journal of Personality, 19: 257–268.

Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL (1994) *Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification*, Journal of Abnormal Psychology, 103 (1): 6–17.

Maier W, Lichtermann D, Klingler T, Heun R, Hallmayer J (1992) *Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community*, Journal of Personality Disorder, 6: 187–196.

Martin A, Cohen DJ (2000) *Adolescent depression. Window of opportunity*, American Journal of Psychiatry, 156: 431–437.

McCranie EW, Kahan J (1986) *Personality and multiple divorce: A prospective study*, Journal of Nervous and Mental Disease, 174: 161–164.

Meissner WW (2005) *Classic Psychoanalysis*, Sadock BJ and Sadock VA (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 6” Lippincott.

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

Moldin SO, Rice JP, Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E (1994) *Latent structure of DSM-III-R axis II psychopathology in a normal sample*, J Abnormal Psychol, 103: 259–266.

Moran P (1999) *The epidemiology of antisocial personality disorder*, Social Psychiatry Epidemiology, 34: 231–242.

Morgan DG, May PC, Finch CE (1987) *Dopamine and serotonin syntheses in human and rodent brain: effects of age and neurodegenerative disease*, Journal of the American Geriatric Society, 35: 334–345.

Mroczek DK, Spiro III A (2003) *Personality structure and process, variance between and within: Integration by means of a developmental framework*, Journal of Gerontology: Psychological Science, 58B, 6: 305–306.

Mulder RT, Joyce PR (1997) *Temperament and the structure of personality disorder symptoms*, Psychological Medicine, 27: 99–106.

Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR (1994) *Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression*, Comprehensive Psychiatry, 35 (3): 225–233.

Nakao K, Takaishi J, Tatsuta K, Kayatayama H, Iwase M, Yorifuji K, Shinosaki K, Takeda M (1999) *A profile analysis of personality disorders: Beyond multiple diagnoses*, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 53: 373–380.

Narud K, Mykletun A, Dahl AA (2005) *Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic*, Bio Med Central Psychiatry, [Electronic Journal], 20 February 2005, Erişim: [<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/10>]

Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, McHugh PR (1990) *An epidemiological study of histrionic personality disorder*, Psychol Med, 20: 413 – 422.

Newton DS, Newton PM (2000) *Erik H. Erikson*, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 6.2”, Baltimore.

Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ (2002) *Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults*, Journal of Personality Disorders, 16: 148–159.

Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA (2005) *Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?* Clinical Psychology and Psychotherapy, 12: 142–149.

Nunnally JC, Bernstein IH (1994) *Psychometric Theory*, 3. Baskı, McGraw-Hill, New York.

O’Boyle M, Brandon EA (1998) *Suicide attempts, substance abuse, and personality*, Journal of Substance Abuse Treatment, 15: 353–356.

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

Paris J (2000) *Childhood precursors of borderline personality disorders*, Psychiatric Clinical North American, 23 (1): 77–88.

Paris J (2003) *Personality disorders over time: Precursors, course and outcome*, Journal of Personality Disorders, 17 (6): 479–488.

Paris J (2004) *Gender differences in personality traits and disorders*, Current Psychiatry Report, 6: 71–74.

Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Risa LP, Ouimette PC, Lizard H (1995) *DSM-III-R Axis II comorbidity in dysthymia and major depression*, American Journal of Psychiatry, 152: 239–242.

Perry JC (1993) *Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders*, American Journal of Psychiatry, 149 (12): 1645–1653.

Perry JC, Vaillant GE (1989) *Personality disorders*, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 27.1”, Baltimore.

Pervin LA, John OP (1997) *Personality theory and research*, 7th., John Wiley and Sons, New York.

Petot JM (2000) *Interest and limitations of projective techniques in the assessment of personality disorders*, European Psychiatry, 11 (4): 11–14.

Pettijohn TF (1992) *Psychology A Concise Introduction*, 3.Ed., The Dushkin Publishing Group, Dushkin.

Raphael AJ, Golden CJ (1997) Prediction of job retention using a brief projective test battery: a preliminary report, Professional Forum: Projective Prediction Of Retention, 5 (4): 229–232.

Reich J, Nduaguba M, Yates W (1988) *Age and sex distribution of DSM–III personality cluster traits in a community population*, Comprehensive Psychiatry, 29 (3): 298–303.

Reich J, Yates W, Nduaguba M (1989) *Prevalence of DSM–III personality disorders in the community*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24: 12–16.

Rutter M (1987) *Temperament, personality and personality disorder*, Br J Personality, 150: 443–458.

Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Brown CH, Costa PT, Nestadt G (2002) *Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample*, British Journal of Psychiatry, 180: 536–542.

Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR (1994) *DSM–III personality disorder in the community*, American Journal of Psychiatry, 151: 1055–1062.

Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F (1994) *Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders*, Psychiatry Res, 51 (2): 167–174

Sass H, Jünemann K (2003) *Affective disorders, personality and personality disorders*, Acta Psychiatr Scand 108: 34–40.

Sater N, Samuels JF, Bienvenu OJ, Nestadt G (2001) *Epidemiology of personality disorders*, Current Psychiatry Report, 3: 41–45.

Savaşır I, Şahin N (1997) *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s: 93–99, Ankara.

Shedler J, Westen D (2004) *Dimensions of personality pathology: a alternative to the five-factor model*, American Journal of Psychiatry, 161: 1743–1754.

Siever LJ, Davis KL (1991) *A psychobiological perspective on the personality disorders*, American Journal of Psychiatry, 148: 1647–1658.

Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH (1999) *Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study*, Depression and Anxiety, 10: 175–182.

Soygüt G (2004) *Bir düzeltici bağlanma ilişkisi olarak psikoterapi: Psikoterapi süreçlerinde bağlanma ve terapötik ittifak*, Türk Psikoloji Yazıları, 7 (13): 63–77.

Söderberg S (2001) *Personality disorders in parasuicide*, Nord J Psychiatry, 55: 163–167.

Stalling MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ (1996) *Genetic and environmental structure of the tridimensional personality questionnaire: three or four temperament dimensions?* Journal of Personality and Social Psychology, 70 (1): 127–140.

Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal CA (1985) *A structured interview for the DSM-III personality disorders: a preliminary report*, Archives of General Psychiatry, 42: 591–596.

Stone MH (1993) *Long-term outcome in personality disorders*, Br Journal Psychiatry, 162: 299–313.

Stone MH, Hurt SW, Stone DK (1987) *The PI 500: long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria: Global outcome*, Journal of Personality Disorders, 1: 291–298.

Sunberg ND, Winebarger AA, Taplin JR (2002) *Clinical Psychology, Evolving Theory, Practice, and Research*, 4th. Ed, Upper Saddle River, “Chapter 14”, New Jersey.

Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lönnqvist JK (2000) *Suicide attempts and personality disorders*, Acta Psychiatr Scand, 102: 118–125.

Svrakic DM, Cloninger CR (2005) *Personality disorders*, Sadock BJ and Sadock VA (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th. Ed., Williams ve Williams, Lippincott.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Pryzbeck TR, Cloninger CR (2002) *Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues*, Acta Psychiatr Scand, 106: 189–195.

Svrakic DM, Whitehead C, Pryzbeck TR, Cloninger CR (1993) *Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character*, Archives of General Psychiatry, 50: 991–999.

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

Tezcan S (1992) *Epidemiyoloji Tıbbın Araştırmalarının Yöntem Bilimi*, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) *The prevalence of personality disorders in a community sample*, Archives of General Psychiatry, 58: 590–596.

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

Weinberger DA, Davidson MN (1994) *Styles of inhibiting emotional expression: distinguishing repressive coping from impression management*, Journal of Personality, 62 (4): 587–613.

Weiner MF (1989) *Theories of personality and psychopathology: Other psychodynamic schools*, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 7”, Baltimore.

Westen D (1999) *Case formulation and personality diagnosis: two processes or one?*, Baron JM. (ed.), Making Meaning: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders, 2th Ed., Washington.

Westen D, Shedler J (1999) *Revising and assessing axis II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders*, American Journal of Psychiatry, 156: 273–285.

Westen D, Westen LA (1998) *Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice*, American Journal of Psychiatry, 155: 1767–1771.

Widiger T (1992) *Categorical versus dimensional classification: implications from and for research*, Journal of Personality Disorder, 6: 287–300.

Widiger TA, Frances A, Spitzer RL, Williams JB (1988) *The DSM–III–R personality disorders: an overview*, American Journal of Psychiatry, 145: 786–795.

Wolff S, Townshend R, McGuire RT, Weeks DJ (1991) *“Schizoid” personality in childhood and adult life. II: Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder*, British Journal of Psychiatry, 159: 620–629.

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR (1990) *Cognitive features of borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry, 147 (1): 57–63.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Young L, Frankenburg FR (1997) *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*, American Journal of Psychiatry, 154: 1101–1106.

Zimmerman M (1994) *Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods*, Archives of General Psychiatry, 51 (3): 225–245.

Zimmerman M, Coryell W (1989) *DSM–III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity*, Archives of General Psychiatry, 46 (8): 682–689.

Zimmerman M, Coryell W (1990) *Diagnosing personality disorders in the community. A comparison of self-report and interview measures*, Archives of General Psychiatry, 47: 527–531.

Zimmerman M, Mattia JI (1999) *Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorders*, American Journal of Psychiatry, 156: 1570–1574.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I (2005) *The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients*, American Journal of Psychiatry, 162: 1911–1918.

Zimmerman M, Pfohl B, Coryell WH, Stangl D, Corenthal C (1988) *Diagnosing personality disorders in depressed patients: a comparison of patient and informant interviews*, Archives of General Psychiatry, 45: 733–737.

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri:

Adı Soyadı: Halime Şenay ŞENYUVA

Doğum Yeri: Erzincan/Merkez

Doğum Tarihi: 14. 04. 1980

Eğitim Bilgileri:

1987–1992	Ziya Gökalp İlkokul
1992–1998	İzmir Bornova Anadolu Lisesi
1999–2003	Ankara Üniversitesi Dil- Tarih ve Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü
2004-2007	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Mesleki Bilgiler:

2003-2004	İnci Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi- İzmir
2006-2006	RENAL Diyaliz Merkezi- Aydın
2007-2007	Amfibi Deniz Piyade Tugay Komutanlığı Rehberlik ve Danışmanlık Merkezi – Eski Foça
2007-	Türkan Özilhan Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi- İzmir

Üyelikler:

Türk Psikologlar Derneği

Yayınlar:**Bildiriler:**

Şenyuva HŞ, Dereboy Ç, Eskin M, Dereboy F (2006) Normal bir örnekleme de kişilik bozukluklarının yaygınlık çalışması: Öncü rapor (42. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, Bildiri olarak sunulmuştur)

Projeler:

Dereboy Ç, Eskin M, Şenyuva HŞ (2007) Aydın ili normal bir popülasyonda kişilik bozukluklarının prevalans çalışması ve ilişkili parametrelerin incelenmesi, TÜBİTAK, Ankara (Proje halen devam etmektedir).

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında ince saptamalarıyla bana ışık tutan, geri bildirimleriyle beni her açıdan besleyen, teori ve uygulamayı birleştirme becerisine hayran olduğum, pratik aynı zamanda ayrıntılı düşünme yeteneğimi geliştirmemde yardımcı olan, TÜBİTAK projesinde beni destekleyen ve hayata dair görüşlerine her zaman çok önem verdiğim değerli hocam Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a,

Hem araştırmamda kullandığım İsveç kökenli ölçeğe ulaşmamı sağlayan, hem de bu ölçeğin tersine çevrisinde yardımlarını esirgemeyen; buna ilaveten her zaman sohbetinden keyif aldığım ve çalışma disiplini örnek aldığım sevgili hocam Doç. Dr. Mehmet ESKİN'e,

Her zaman enerjisine hayran kaldığım, yüzünden eksik olmayan gülüşüyle hatırlayacağım ve eğitimimizin her aşamasına destek veren sevgili hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a,

Klinik psikolojiye bir de sosyal psikoloji açısından bakmamı sağlayan, böylelikle mesleki perspektifimi genişleten hocam Yrd. Doç. Dr. Hacer HARLAK' a,

Hayata dair ne varsa bunları bütün ayrıntıları ile kendisiyle paylaşmayı alışkanlık haline getirdiğim, eğitimim esnasında her zaman varlığından güç aldığım, zorlukları göğüslerken yanımda olan, bu sürecin bana eklediği yegâne dostum ve meslektaşım Psk. Zehra ATLI'ya,

Bu süre zarfında tanıdığım bütün ADÜ Psikiyatri çalışanlarına ve asistanlarına,

Bana iyi bir çalışma ortamı hazırlayan, her zaman moral ve motivasyonumu canlı tutan ve yaptıkları fedakarlıklarla bugünlere ulaşmamı sağlayan anne ve babama, bu zorlu süreçte bana yaşam deneyimiyle umut aşılayan anneanneme, eğitimim esnasında kendisinden karşılıksız burs aldığım ağabeyime,

Uygulama aşamasında beni destekleyen ve benimle beraber çalışan Ferda'ya teşekkürü borç bilirim...

Tez yazım aşamasında aramızdan ayrılan çok sevdiğim dayım Kamil ERGİNCAN'ın anısına.....

GENEL BİLGİ ALMA FORMU

Oturduğunuz mahallenin ismi:

1) Bitirdiğiniz okul: (Seçiminizde **bitirdiğiniz okulu** işaretleyiniz)

Okur-yazar değilim () İlkokul () Ortaokul ()

Lise () Üniversite () Lisans üstü () Doktora ()

2) Medeni durumunuz: Evli () Bekar () Boşanmış () Dul ()

Ayrı yaşıyor () Birlikte yaşıyor (İmam nikahı, vb.) ()

3) Evli iseniz bu kaçınıcı evliliğiniz? 1 () 2 () 3 () Dört ()

4) Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

5) Kaç çocuğunuz var? Bir () İki () Üç () Dört () Beş () Daha fazla ()

6) Ailenizde siz dahil kaç kişi var? İki () Üç () Dört () Beş () Daha fazla ()

7) Siz kaçınıcı çocuksunuz? Birinci () İkinci () Üçüncü () Dördüncü () Diğer ()

8) Yaptığınız iş: Ev hanımı () İşçi () Memur () Esnaf () Çiftçi ()

Doktor, mühendis, avukat, öğretmen, öğretim üyesi, bankacı vb. ()

İşsiz () Öğrenci () Emekli ()

9) Aylık gelir miktarınız:

Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi ()

10) Son 6 aydır yaşadığınız yer neresi?

Büyük şehir () İl merkezi () İlçe () Köy ()

11) Geçmişinizde ya da şu anda ailenizde ruhsal sorunları yüzünden tedavi gören bir yakınınız var mı?

Evet () Hayır ()

12) Geçmişinizde ya da şu anda tedavi almanızı gerektiren bir ruhsal sorunuz var mı?

Evet () Hayır ()

13) Anne ve ye babanız işlediği bir suç nedeni ile hapis cezası aldı mı?

Hayır () Evet, babam () Evet, annem () Evet, her ikisi de ()

14) Herhangi bir bedensel özrünüz / engeliniz var mı?

Evet () Hayır ()

15) 18 yaşından önce ebeveynleriniz tarafından fiziksel olarak istismar edildiniz mi? (Tokat atma, eşya fırlatma, vücudunuzu morartacak kadar dövme)

Evet () Hayır ()