



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**TÜRKÇE KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ DÜZEYİ ÖZ
BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK - GÜVENİRLİĞİ
VE BİRİNCİ EKSEN TANILARI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. BEGÜM YAMAN ÖZCAN

DÜZCE-2024



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**TÜRKÇE KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ DÜZEYİ ÖZ
BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK - GÜVENİRLİĞİ
VE BİRİNCİ EKSEN TANILARI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DR. BEGÜM YAMAN ÖZCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NUMAN KONUK

DÜZCE-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bana yol gösteren değerli hocalarıma, aynı zamanda tez danışmanım olarak her aşamada yanımda olan Numan KONUK hocama, yardımlarını esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, en kıymetlilerim canım aileme, her zaman destekçim olan sevgili eşime ve hayatıma anlam katan kızıma teşekkür ederim.

Ocak 2024

Begüm YAMAN ÖZCAN

ÖZET

Kişilik bozukluklarının alternatif modeli, DSM-5'te tanıtılmış ve üçüncü bölüm olan araştırılması gereken alanlar içinde yer almıştır. Kişilik bozukluklarının alternatif modeline göre kişilik bozukluğu tanısına “*kişilik işlevselliğinde bozulma*” ve “*patolojik kişilik özelliklerinin*” varlığının bir arada bulunması ile ulaşılmaktadır. Kişilik işlevselliği için bir psikometrik ölçüm aracına ihtiyaç duyulması üzerine Morey tarafından öz değerlendirmeye dayalı “Level of Personality Functioning Scale-Self Report (LPFS-SR) geliştirilmiştir. Bu çalışmada LPFS-SR'nin Türkçe adaptasyonunun geçerlik ve güvenirliği araştırılmıştır. Aynı zamanda eksen I tanıları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. İngilizce versiyonun Türkçeye çevrilmesi için standart ileri-geri yöntem izlenmiştir. Çalışmaya klinik görüşme ile kişilik bozukluğu tanısı alan 207 hasta ve 513 gönüllü olmak üzere toplam 720 kişi dahil edilmiştir. Psikometrik özellikleri incelemek için eş zamanlı geçerlik, artan geçerlik, yapı geçerliliği ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Sonuçlarımız LPFS-SR'nin Türkçe adaptasyonu olan “Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği (KİDÖÖ)”nin geçerli (Cohen D'si = 2.22, duyarlılık = %93.2, özgüllük = %83, AUC = .94) ve güvenilir (Cronbach'ın alfası = .96) olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Kişilik disfonksiyonu varlığını araştırmada KİDÖÖ'nün toplam puanını kullanmanın en uygun yaklaşım olduğu teyit edilmiştir. Kişilik bozukluklarıyla ilişkili eksen I tanıları incelendiğinde en sık karşılaşılanlar anksiyete bozuklukları ve depresyondur. Bu durum, kişilik bozukluklarının alternatif modeline göre kaygılı olma ve depressivite kavramlarının, kesitsel çalışmalarda anksiyete bozuklukları ve depresyon olarak karşımıza çıkabileceğini düşündürmektedir. Boylamsal çalışmaların bu ayrımı netleştirmeye yardımcı olabileceği vurgulanmıştır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: LPFS, Kişilik Bozukluklarının Alternatif Modeli, Adaptasyon, Psikometri, DSM-5, Boyutsal Model

THE VALIDITY - RELIABILITY OF THE TURKISH VERSION OF THE LEVEL OF PERSONALITY FUNCTIONING SCALE-SELF REPORT AND EXAMINING ITS RELATIONSHIP WITH AXIS I DIAGNOSES

ABSTRACT

The DSM-5 introduced the “Alternative Model of Personality Disorders” (AMPD) in its third section under "Emerging Measures and Models." Personality disorders are diagnosed based on the co-occurrence of personality dysfunction and pathological personality traits, according to AMPD. Morey developed the self-assessment-based LPFS-SR in response to the need for a psychometric measurement tool for personality functioning. In this study, the validity and reliability of the Turkish adaptation of LPFS-SR were investigated. The relationships between axis 1 diagnoses and personality disorders were also examined. The English version was translated into Turkish using the standard forward-backward method. The study involved 720 participants in total, 207 of whom were patients who received a diagnosis of personality disorder through a clinical interview and 513 of whom were volunteers. To investigate the psychometric properties, concurrent validity, incremental validity, construct validity, and reliability analyses were carried out. Our results provide evidence that the Turkish adaptation of the LPFS-SR is valid (Cohen's $D = 2.22$, sensitivity = 93.2%, specificity = 83%, AUC = .94) and reliable (Cronbach's $\alpha = .96$). It has been verified that the most appropriate method for determining whether personality dysfunction is present is to use the LPFS-SR total score. Anxiety disorders and depression are the most frequently encountered axis I disorders associated with personality disorders. This suggests that the concepts of anxiety and depressivity in the alternative model of personality disorders may manifest as anxiety disorders and depression in cross-sectional studies. It was emphasized that longitudinal studies could help to clarify this distinction.

KEYWORDS: LPFS, Alternative Model of Personality Disorders, Adaptation, Psychometry, DSM-5, Dimensional Model

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Teşekkür	i
Özet	ii
İngilizce Özet (Abstract)	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Kişiliğin Tanımı.....	3
2.2. Kişilik Bozukluğu	5
2.3. Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Kişilik Bozukluklarının Etiyolojisi.....	6
2.4.1. Genetik yatkınlık.....	7
2.4.2. Bağlanma deneyimi.....	8
2.4.3. Travmatik olaylar.....	8
2.4.4. Aile.....	9
2.4.5. Sosyokültürel etkenler.....	9
2.5. Kişilik Bozukluklarının Toplumsal Yüğü.....	9
2.6. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	11
2.6.1. Kategorik sınıflama.....	12
2.6.2. Boyutsal sınıflama.....	22
2.6.3. DSM-5'e göre kişilik bozuklukları.....	25
2.6.4. Beş faktör modeli ile Kişilik bozukluklarının alternatif modelinin ilişkisi.....	36
2.7. Eksen I ile Eksen II ilişkisi.....	38

3. Gereç ve Yöntem	43
3.1. Verilerin Toplanması	44
3.2. Sosyodemografik Veriler	44
3.3. Kişilik İşlevselliği Öz Değerlendirme Formu	44
3.4. Big Five Inventory (BFI)	46
3.5. SCID-II SPQ	47
3.6. SCID-5-CV	47
3.7. İstatistik Yöntemleri	48
3.7.1. Örneklem genişliği	48
3.7.2. Dil geçerliği	48
3.7.3. Güvenirlik	48
3.7.4. İstatistiksel analiz	48
4. Bulgular	50
4.1. Geçerlik Analizi	55
4.1.1. Yapı geçerliği (Construct validity)	55
4.1.2. Eş zamanlı geçerlik (Concurrent validity)	71
4.1.3. Ayırt edici geçerlik (Discriminate validity)	74
4.1.4. Artan geçerlik (Incremental validity)	76
4.2. Güvenirlik Analizi	76
4.3. Kişilik Bozuklukları ve Kişilik İşlevselliğinin Eksen I Tanıları ile İlişkileri	77
5. Tartışma	81
5.1. KİDÖÖ'nin Faktör Yapısı	81
5.2. Eş Zamanlı Geçerlik	83
5.3. Ayırt Edici Geçerlik	85
5.4. Artan Geçerlik	86
5.5. Güvenirlik	87
5.6. Kişilik İşlevselliğinin Eksen I ile İlişkisi	87
5.7. Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	88

5.8. Ana Bulgular.....	89
6. Sonuçlar.....	91
7. Kaynaklar.....	92
8. Ekler.....	104
8.1. Şekil Listesi.....	104
8.2. Tablo Listesi.....	104
8.3. Sosyodemografik Veri formu	107
8.4. Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği.....	108
8.5. BFI (Big Five Inventory.)	116
8.6. SCID-II SPQ.....	117
8.7. Ölçek (LPFS-SR) Kullanım İzni.....	123
8.8. Aydınlatılmış Onam Formu.....	125
8.9. İntihal değerlendirme belgesi.....	127

ŐİMGELER VE KISALTMALAR

AMPD:	Alternative Model of Personality Disorders (Kişilik Bozukluklarının Alternatif Modeli)
APA:	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
BFI:	Big Five Inventory (Büyük Beşli Ölçeği)
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSM-II :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 2. Baskı)
DSM-III :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı)
DSM-III-R :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3.Baskı Revizyonu)
DSM-IV :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)
DSM-IV-TR :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı Revizyonu)
DSM-5 :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition,Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5.Baskı)
KİDÖÖ :	Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği
LPFS:	Level of Personality Functioning Scale (Kişilik İşlevselliği Düzeyi Ölçeği)
LPFS-SR:	Level of Personality Functioning Scale-Self Report (Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği)
ICD:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
HiTOP:	The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişiliği tanımlama çabasının izleri M.Ö. 400'lü yıllarda vücut sıvıları ile kişilik tiplerini ilişkilendiren Hipokrat'a dek sürülebilir. Zaman içinde kişilik tipleri önce eskizlerde, sonra edebi metinlerde, son olarak da tanı kategorilerinde tasvir edilmiştir (1). Kişiliğin gözardı edilemeyen doğası neticesinde oluşan birikim, DSM'nin 1952'deki ilk baskısından bu yana kişilik bozukluklarının tanı sistemine dahil edilmesini sağlamıştır. 1980 yılında yayınlanan DSM-III'te büyük bir yenilik yapılarak çok eksenli sınıflama sistemi tanıtılmış ve bu tarihten sonra kişilik bozuklukları DSM-III'ten DSM-IV-TR'ye kadar eksen II'nin varlığı ile ifade bulunmuştur(2). Bu gelişme bilimsel çalışmalar açısından kuşkusuz büyük bir ilerleme sağlamış olmakla birlikte yeterince bilimsel veriye dayanmadan oluşturulmuş kategorilerin geçerliliği konusunda tartışmaları da beraberinde getirmiştir (3).

Günümüzde kategorik sınıflandırma sisteminin yüksek komorbidite göstermesi, örtüşen kategorilerin varlığı, deneysel verilere dayanmaması, ayırt edici geçerliliğinin zayıf olması, kesme puanlarının belirsizliği gibi eksiklikleri sıkça eleştirilmiştir (4,5). Aynı kategori içinde bulunan hastalar birbirine benzer özellikler göstermemekte ve kategorik sistem hastaları yeterince kapsayamamaktadır. Bu noktada ortak görüş boyutsal sistemin katkılarının gerekli olduğu yönünde olmuştur (6). Bu eksiklikleri göz önünde bulundurarak DSM-5 geliştiricileri, kişilik bozukluğuna daha açık tanımlar belirlemek, klinik değerlendirmede daha etkin bir yöntem bulmak ve kişilik bozukluğu sınıflandırmalarının kanıta dayalı bir formülasyonunu oluşturmak amacıyla mevcut kategorik model için önemli bir revizyon çağrısında bulunmuşlardır (7).

Bu çağrıya karşılık olarak DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu, temelde kişilik teorilerine dayanan hibrid bir kişilik bozukluğu sınıflandırma modeli önermiştir (8). Önerilen bu hibrid model çok yeni ve farklı olduğu için üzerinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulan "Kişilik Bozukluklarının Alternatif Modeli" olarak Bölüm III'te yer almıştır (9). DSM-5'in Bölüm II'de yer alan kişilik bozukluğu kriterleri ise DSM-IV-TR ile aynı kalmıştır.

Alternatif modele göre kişilik bozukluğunun tanısı kişilik işlevselliğinde bozulma ve uyumsuz kişilik özellikleri ile belirlenir. Kişilik bozukluklarının alternatif modeli, kişilik işlevselliğini değerlendirmek için her bir bileşenin 5 derecede puanlandığı (0 sağlıklı; 1 hafif bozulma; 2 orta bozulma; 3 ağır bozulma; 4 çok ağır bozulma) bir değerlendirme aracı olan Kişilik İşlevselliği Düzeyi Ölçeği (LPFS)'ni sunmuştur (10). Bender ve ark. tarafından geliştirilmiş olan LPFS, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme sonrası klinisyen puanlamasına dayanır.

Bilimsel ve tanısal amaçlarla kullanılmak üzere, bir psikometrik ölçüm aracına ihtiyaç duyulması üzerine Morey tarafından öz değerlendirmeye dayalı LPFS-SR geliştirilmiştir (11)

Bu yeni yaklaşımda teklif edilen kişilik işlevselliğini değerlendiren başkaca ölçüm araçlarının yanında LPFS-SR ön plana çıkmış ve farklı dillere ve kültürlere adaptasyon çalışmaları yapılmıştır (12–14). LPFS-SR'nin Türkçe adaptasyonu ve geçerlik ve güvenirliği bugüne dek yapılmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın birincil amacı, kişilik işlevselliği öz değerlendirme formunun Türkçe adaptasyonunun geçerlik ve güvenilirliğine dair veriler sağlamaktır. Kişilik işlevselliği ile ilgili bir çok farklı ölçüm enstrümanı olsa da LPFS-SR bu alanda ilk olması ve DSM-5'in hibrid modelindeki konsepti spesifik ve eksiksiz karşılaması nedeniyle önemlidir. İkincil amacı kişilik bozukluklarının alternatif modelinde kişilik işlevselliğinin yer alıp almaması ile ilgili süregelen tartışmalara ışık tutacak veriler sağlamaktır. Son amacımız kişilik bozukluğu hastalarında klinikte en çok görülen eksen I komorbiditeleri ve bunlarda görülen kişilik işlevselliği düzeyleri ile ilgili bulgular sunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişiliğin Tanımı

“Kişilik” günlük hayatta sıkça kullanılan bir kavram olmasına ve uzun yıllardır psikiyatri alanında kişiliğin ne olduğu ile ilgili tartışmalar yapılmasına rağmen henüz kişiliğin üzerinde uzlaşma sağlanmış bir tanımı yoktur. Kişiliği anlayabilme ve tanımlayabilme çabası ise çok eskilere dayanır.

“Kişilik, bireyin kendine özgü düşünce ve davranışını belirleyen psikofiziksel sistemlerin dinamik örgütlenmesidir (15).”

“Kişilik, bireye özgü duygu, düşünce ve davranışların örgütlenip bütünleşmesidir (16).”

“Kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir (17).”

“Kişilik; bireyin alışılmış düşünme, hissetme, algılama ve dünyaya tepki verme şeklidir (18).”

Hem Antik Çin hem de Yunan tıbbi çeşitli kişilik tipleri için fizyolojik ve psikolojik açıklamalar sunar. Antik Çine baktığımızda Konfüçyus’a atfedilen Seçmeler’de “kan ve hayati öz” kombinasyonunun mizaç üzerine olan etkisinden söz edilir(19). Metinde ‘kan’ fizyolojik unsur iken, ‘hayati öz’ psikolojik unsurdur ve mizacın yaşa bağlı değişebileceği anlamı çıkmaktadır(20). Yunan tıbbına baktığımızda ise ilk kişilik tipleri filozof Theophrastus’un (MÖ 371-287) ‘Karakter’ adlı kitabında açıklanmıştır. Theophrastus, Aristoteles’in yakın bir takipçisidir ve kitabında 30 karakter tipinin önce adlandırması ardından kısa bir açıklaması ve farklı durumlarda nasıl tepkiler verdiğini anlatan çeşitli örnekler vermiştir (21). Bu yapı DSM-III’ten bu yana vurgulanan kişiliğin farklı yaşam koşullarına sabit tepki verme anlayışıyla uyumludur. Theophrastus’un kitabı 17. ve 18. yüzyıllarda Batı Avrupa’da büyük yankı uyandırmış ve karakter tasviri literatürünün genişlemesini sağlamıştır.

“Karakter”in yanısıra ‘mizaç’ ve ‘kişilik’ terimleri de 18. yüzyılda tanımlanmıştır. 1751-1772 yılları arasında düzenlenen Fransızca Encyclopédie’de

bireyin doğal yapısından kaynaklanan soğukkanlı, iyimser, melankolik ve asabi olmak üzere 4 mizaca yer verilmiştir. Bu sınıflandırma Yunan-Roma doktoru Galen tarafından Hipokrat okuluna dayanmaktadır. Anlaşılacağı üzere hüморal karakter teorileri 18. yüzyıla kadar etkisini sürdürmüştür (22).

Çağdaş psikiyatride kişilik tipleri ve tanımlamalarına baktığımızda Kraepelin'in "psikopat kişilikler" terimi çarpıcıdır. Öncesinde "psikopati" geniş akıl hastalığı kavramı ile ilişkiliyken, Kraepelin ile anormal kişilik için kullanılan sınırları daralmış bir alana indirgenmiştir. Kraepelin, patolojik ve normal arasındaki sınırın kademeli olduğunu vurgulamıştır. Psikopat kişiliklerin iyi bilişsel yeteneklere sahip olduğunu fakat duygudurum ve duygulanım alanında sorunlu olduğunu söylemiştir (23).

Bilimsel çerçevede ise ilk kişilik kuramları 1908 yılında Freud ile başlamıştır. Psikanalitik yaklaşım kişilik tanımlamalarında dikkati erken yaşam olaylarına kaydırmıştır. 1897 yılında Freud, Fliss'e yazdığı mektuplarda parayı ve cimriliği dışkıyla ilişkilendirmiştir. Düzenli, cimri, inatçı hastalardan bahsetmiş, bu 3 özelliğin birbiri ile ilişkili olduğunu söylemiş ve kompulsif karakteri tanımlamıştır. 1909 yılında yazdığı "karakter ve anal erotizm" kişilik ile ilgili yazdığı ilk makalesidir. Kompulsif kişilik tanımı, diğer kişilik tiplerinin psikanalitik olarak tanımlanmasının yolunu açmıştır (24).

Cattell ise psikolojinin ölçümlere dayanması gerektiğini düşünmüştür. Kişiliği tanımlamak için kullanılan farklı dillerdeki binlerce sıfatın istatistiksel analizini yaparak modern boyutlu kişilik sistemlerine öncülük etmiştir. Dönemin bilgisayarlarının mümkün kıldığı ölçüde faktör analizi ve korelasyonlar yaparak çok sayıda terimi daha az sayıda gruplara ayırmıştır. Kişilik özelliklerinin iki kutuplu boyutlar halinde gruplandığını görmüştür. Zamanla Cattell'in boyutları da farklı şekillerde sınıflandırılmış, sayıları değişmiştir (25). Araştırma odaklı diğer kuramlar Allport'un ayırıcı özellik kuramı, Eysenck'in biyolojik temelli faktör analitik ayırıcı özellik kuramı, McCrea ve Costanın beş faktör kuramıdır (26).

Günümüze dek kişilikle ilgili birçok kuramcı farklı sınıflamalar yapmıştır. Kretchmer'in piknik, astenik, atletik, displastik tip olarak beden yapılarına göre kişilik

sınıflaması döneminde büyük ilgi görmüştür (27). Jung'un psikolojik tipler sınıflaması içe dönük tip ve dışa dönük tip şeklinde 2 temel grup ve 8 farklı sınıftan oluşur (28). Adler'in "bireysel psikoloji" kuramı kişilik örüntüsünün sadece geçmiş ve çocukluk yaşam olayları ile değil toplumsal süreçlerle yeniden şekillendiğini savunarak insanın sosyal doğasına vurgu yapar (29). Cloninger'in psikobiyolojik kuramı değişmez olduğu varsayılan 4 mizaç boyutu (yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma, sebat etme) ve kendilik kavramını etkilediği varsayılan 3 karakter boyutu (kendini yönetme, iş birliği yapma, kendini aşma) içerir (30).

2.2. Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozukluğu tanımı Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından "Bireyin ait olduğu çevrenin ve kültürün beklentilerinden farklılaşan, süreklilik ve katılık arz eden içsel yaşantı ve davranış örüntüsü" şeklinde yapılmıştır. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açan uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklindedir. Bu bozukluk geç ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde şekillenmeye başlar (10).

ICD-11 (uluslararası hastalık sınıflaması) kişilik bozukluklarını kendiliğin işleyişindeki sorunlar, yakın ve karşılıklı olarak tatmin edici ilişkiler sürdürme, başkalarının bakış açılarını anlama ve ilişkilerdeki çatışmaları yönetme becerisinde yetersizlik şeklinde tanımlar (31).

Kişilik bozukluğunun tanımı klinik kullanımda hangi amaçla yapıldığına bağlı da değişebilir. Bir klinisyen kişilik bozukluğunu ararken bireyin kişiler arası ilişkilerinde uzun süredir devam eden, bireyi zarara uğratan özelliklerine ve ilkel savunma mekanizmalarını ne sıklıkta kullandığına bakar. Bir adli psikiyatrist yasal kanıt standartlarına göre teşhisi destekleyecek nesnel testler ve derinlemesine klinik görüşmeye dayalı olarak kişilik bozukluğu tanısına gidebilir. Bir psikofarmakolog psikotrop ilaçlara verilebilecek yanıtı göre kişilik bozukluğunu değerlendirir. Dolayısıyla kişilik bozukluğunu tanımlama ve yaklaşım çeşitli sınıflandırma sistemlerine göre farklılık gösterir(18).

2.3. Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Kişilik bozukluklarının bir toplumda belirlenen yaygınlığı ölçüm araçlarına, ölçüm araçlarının geçerliliğine ve kullanılan sınıflama sistemine göre farklılık göstermektedir. Sonuçlar değişkenlik gösterse de alanda yapılan epidemiyolojik çalışmalar bize ampirik kanıtlar sağlaması yönünden önemlidir.

Weissman (1993) tarafından ABD’de yapılan en kapsamlı epidemiyolojik çalışmada her 10 kişiden birinde kişilik bozukluğu olduğu gösterilmiştir (32). Merikangas ve Weissman (1986), ruh sağlığı tedavisi görenlerin yaklaşık yarısının aynı zamanda bir kişilik bozukluğuna sahip olduklarını söylemişlerdir (33)

İçinde Türkiye’nin de bulunduğu 7 farklı ülkeden dahil edilen çalışmalarla yapılan kapsamlı bir meta-analizde batı ülkelerinde yetişkin nüfusta kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının herhangi bir kişilik bozukluğu için %12,16 olduğu bulunmuştur. Tarama anketlerinin kullanıldığı çalışmalarda, kişilik bozukluğu için çok daha yüksek yaygınlık oranları bildirilmiştir. Bu çalışmada yazarlar, toplum örneklemini için elde edilen bu prevalansın klinik ve adli tıp örneklemelerindeki %25 ile %65 arasında değişen orana göre oldukça düşük olmasını uzman değerlendirmesi ile kendi kendini değerlendirme ile teşhis konulması arasındaki fark olarak yorumlamıştır (34).

Ülkemizde Dereboy ve ark. tarafından yapılan çalışmada Aydın ilinde genel toplum örnekleminde öz bildirim ölçeği ile yapılan çalışmada kişilik bozukluğu yaygınlığı DSM-IV’e göre % 20, ICD-10’a göre ise % 21.2 olarak bulunmuştur (35).

2.4. Kişilik Bozukluklarının Etiyolojisi

Kişilik bozukluğunun etiyojisinin çoklu, karmaşık ve birbirini etkileyebilen faktörlerden oluşan doğası nedeniyle henüz tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Alandaki çalışmalar ampirik verilere dayalı bir takım nedenleri keşfedebilmiştir. Etiyoloji hakkında bilgi sahibi olmak hem klinik çıkarımlar sağlar hem de aileye ve bireye etkili bir psikoeğitimin yolunu açar.

Gelişimsel psikopatolojiye göre kişilik bozukluklarının 5 etiyolojik faktörü: 1- genetik yatkınlık, 2- bağlanma deneyimi, 3- travmatik olaylar, 4- aile yapısı ve 5- sosyokültürel etkenlerdir. Bu faktörler birbiriyle etkileşim içindedir ve nesiller boyunca şekillenen karmaşık geri bildirim döngülerinden oluşur (18).

Etiyoloji incelemelerinde amaç belirleyici etkenlerin görece önemini belirlemek ve etkileşimli doğanın bir araya geldiğinde oluşturabileceği klinik tabloyu ortaya çıkarmaktır. Nedenselliğin basit tanımı belirli bir koşulun belirli bir sonuç yaratması olsa da bilimsel anlamda nedensellik aslında daha karmaşıktır. Çünkü ortaya çıkan sonuç çok sayıda nedenin etkileşimine bağlı olur. Ayrıca tek bir neden de farklı sonuçlara götürebilir. Kişilik oluşumunda nedenler, zemin hazırlayıcı etkenler ve tetikleyici etkenler olarak ayrılabilir. Zemin hazırlayıcı etkenlere örnek olarak sosyoekonomik durum, aile ortamı, erken travmatik deneyimlere tepki olarak geliştirilmiş alışkanlıklar verilebilir. Tetikleyici etkenler ise patolojinin dışavurumuna sebep olan, hemen öncesinde yaşanan ve anamnezde net olarak ayrıştırılabilen olaylara verilen isimdir. Bunlara örnek olarak ebeveyn kaybı, ağır trafik kazası, romantik ilişkinin aniden sonlanması verilebilir.

2.4.1. Genetik yatkınlık

Beynin neyin nasıl ve ne zaman deneyimleneceği konusunda büyük oranda yönetici bir işlevi vardır. Psikolojimizin sağlıklı işlemesi, biyolojik yapının sağlamlığı ile yakın ilişkilidir. Biyolojik yapıda herhangi bir bozulma düşünce, duygu ve davranışın da bozulmasına yol açar. Dolayısıyla kişilik yapısını etkileyen patojenik biyolojik faktörlerden biri kalıttır. Kişilik tipinin %30 ila %50'sinin kalıtsal olduğu tahmin edilmektedir (36). Kişiliğin önemli bir parçası olan zekanın kalıtsallığının %60 olduğu tahmin edilmektedir ve bu kapsamlı bir şekilde belgelenmiştir (37).

Kalıtımın rolü, aynı aile bireylerinin sahip olduğu özellikler arasındaki korelasyonlara dayanan kanıtlardan elde edilir. Kalıtımın kişilik gelişimindeki rolü kabul edilmekle beraber, genetik yatkınlığın çevresel faktörlerden çokça etkilendiği de yadsınamaz bir gerçektir. Buna göre kalıtım değişmez bir kural değil, kişinin yetiştirme koşullarına göre farklı biçimlere bürünebilen bir yatkınlıktır.

Kişilik bozuklukları gibi daha orta şiddetli patolojilerin gelişmemiş veya az ifade bulmuş genlere bağlı olduğunu savunan kuramcılar da vardır. Meehl'e göre şizoid kişilerde şizofreni genotipi olabilir fakat faydalı değiştirici genlerin veya olumlu çevresel deneyimlerin etkisiyle kusurlu gen zayıflamıştır(38). Millon'un açıklaması ise poligenik işleyiş temel alınır ve patolojik tablonun ortaya çıkışı çok sayıda aynı özelliğe etki eden küçük genin üst üste binmesi ile olabileceğini söyler (39) Bunların yanı sıra farklı genler çevresel etkenlere farklı tepkiler verir. Ayrıca belirli dönemlerde bazı genlerin etkili olduğu, bu dönemin öncesinde ve sonrasında çevresel koşullarla gen etkileşiminin minimum düzeyde olduğu da bildirilmiştir (40).

Doğuştan gelen davranışsal yatkınlıklara mizaç denir. Mizacın biyolojik kökenli olduğu anlaşılmaktadır çünkü yaşamın ilk birkaç ayında ortaya çıkan bu örüntüler, henüz doğum sonrası deneyimlerle açıklanamayacak kadar erken dönemde ortaya çıkmıştır. Mizaç, bağlanma gibi psikolojik değişkenlerin dışı vurumunu da etkiler (41).

2.4.2. Bağlanma deneyimi

Birincil bakıcılar ve diğer önemli kişilerle deneyimler kişinin benlik duygusu için temel sağlamanın yanında yaşam boyu ortaya çıkabilecek gelişimsel zorluklarla baş etme şeklini de belirler (42,43). En önemli gelişimsel zorluklardan biri kişinin sosyal dünyasıyla sağlıklı bağlantılar kurmasını sağlayabilecek bütünleşik bir kimlik inşa etmektir. Widiger ve Frances (1985)'e göre kişilik bozukluğu bir kişiler arası işlev bozukluğudur (44). Bu açıdan bağlanma kuramı bireyin yaşam boyu gelişimsel zorlukları aşmakta kullandığı uyumlu ve uyumsuz yolları anlayabilmek için kuramsal bir çerçeve oluşturur (45,46).

2.4.3. Travmatik olaylar

Davranış patolojisinde, biyolojik kökenlerin net olarak tespit edilmesi bile kapsamlı bir etiyolojik analiz için yeterli değildir. Bu kusurların açık bir psikopatoloji tablosuna dönüşümüne neden olan deneyimlerin nasıl geliştiğinin araştırılması gerekir. Benzer biyolojik yatkınlıkları olan kişilerde maruz kaldıkları çevresel koşullara göre farklı kişilik örüntüleri ortaya çıkabilir.

Freud'un ilk dönemdeki yazılarına göre psikopatolojiyi tek bir travmaya bağlamak mümkündür ve semptomları ortaya çıkaran bu travmanın gizli kalıntılarıydı. Fakat Freud sonradan hastanın anlattığı çocukluk dönemi travmalarının aslında hayal ürünü olduğunu fark etmiş ve bu görüşünden vazgeçmiştir. Günümüzde bu alanda geçerli olan görüş ise çoğu patolojik davranışın tekrarlayan öğretici deneyimlerle adım adım geliştiğidir (47).

Travmatik deneyimlere küçük yaşlarda maruz kalmak, bireyi daha çok etkileyebilir. Çünkü küçük yaşlarda henüz travmanın etkisini yönetebilecek deneyim ve donanımına sahip olma ihtimali daha düşüktür (48,49). Kişi bu travmatik deneyime karşı öğrendiği tutumu yaşamındaki benzer olayların tamamına yayabilir.

2.4.4. Aile

Yeterli ampirik destek olmamasına rağmen klinik gözlemler, işlevsiz ailelerde yetişen bireylerin kişilik bozukluğu geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu görüşünü desteklemektedir (50). Ailede güçlü yetişkin figürünün olmaması, çocukları taklit yoluyla öğrenme fırsatından alıkoyar (51). Ailedeki kardeş rekabeti, akranlarla ve yakın rakiplerle ilişkileri şekillendirir (52–54).

2.4.5. Sosyokültürel Etkenler

Kültür, belirli bir grubun üyelerine bazı sınırlar koyarak ve rehber ilkeler sunarak şekillendirici rol oynayan ortak bir çerçeve görevi görür. Buna bağlı olarak patolojik kişilik örüntülerinin kültürel yaşamdaki sapkın, kaotik ve mücadeleci koşullara atfedilebileceği görüşü dile getirilmiştir ve bu duruma “kaygı çağı”, “absürd büyüme”, “yalnız kalabalık” gibi isimler verilmiştir (55–57) .

2.5. Kişilik Bozukluklarının Toplumsal Yükü

Kişilik bozukluğuna sahip olmak bireyin hayatında önemli sorunlara yol açar. Kişiliğin işlevsellik alanları olan kendilik ve kişiler arası alanlardaki bozulma hem kişinin yaşamı boyunca acı çekmesine hem de topluma uyum sağlayamamasına neden olur. Bunun tezahürü olarak kişilik bozukluğu hastalarında, diğer psikiyatrik bozukluğa sahip olanlara göre evlenmemiş veya boşanmış olma ihtimali daha

yüksektir; işsizlik, sık iş değıştirme ve sakatlık dönemleri daha fazladır. Uzun süredir devam eden bozukluğun, kişinin sosyal gelişimini sekteye uğratması nedeniyle kişilik patolojisinde belirgin iyileşme olduğı dönemlerde dahi işlevsellik kaybının devam ettiğı gözlenmiştir (58,59)

Kişilik bozukluğunun yükü sadece bireyin özel hayatı ile sınırlı kalmaz. Bu bireylerin sosyal normlara uyumsuzluğunun toplumsal maliyeti de yüksektir. Evsizlik, çocuk istismarı, adli süreçleri ve kolluk kuvvetlerini sıkça meşgul etme, kaza oranlarının yüksekliğı, tekrarlayan acil başvurusu, hastane yatışı, tedavi gereksinimini, şiddet ve suç teşkil eden davranışlar sık görülür.

Klinik pratikte ayaktan başvuran her hasta kişilik patolojisi açısından değerlendirilmelidir. Çünkü varolan kişilik bozukluğu tedavi uyumunu, prognozu ve tedaviye yanıtı etkiler. Örneğın bipolar bozukluk, depresif bozukluk, panik bozukluk, madde kötüye kullanımı tanıları olan hastalarda eşlik eden kişilik bozukluğu varsa tedavi yanıtı olumsuz etkilenir (60). Kişilik bozukluğu hastalarında madde kullanım bozukluğu (61,62), depresyon (63,64), anksiyete (65,66), bipolar bozukluk (65,66) daha sık gelişmektedir. Ayrıca kişilik bozukluğu hastalarıyla olan teröpatik ilişki klinisyen için zorlayıcı olabilir. Tedavi iş birliğini sağlamak için hastayı dinamik süreçleri bakımından analiz ederek uygun yaklaşımı seçmek gereklidir.

Kişilik bozukluğunun türü, hangi işlevsellik alanında bozulma olduğı ve bozulmanın ciddiyetini etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada şizotipal veya borderline kişilik bozukluğu hastaları muhtemelen iş yaşamında ve sosyal ilişkilerde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olanlara göre daha fazla sorun yaşarlar (60,67). Ancak ağır olmayan obsesif kompulsif kişilik bozukluğuna sahip hastaların dahi en az bir işlevsellik alanında orta-ciddi düzeyde bozulma mevcuttur. Ayrıntılı formülasyon için kişilik işlevselliğı alanları kapsamlı değerlendirilmelidir.

Yapılan çalışmalarla kişilik bozukluklarının hem birey hem de toplum için çok yüksek yüke ve maliyete sahip olduğunun ortaya konmasına rağmen klinisyenlerin kişilik bozukluklarını kodlamada en çok artık kategorileri tercih etmeleri, kişilik bozukluklarını tanımada veya adlandırmada eksiklikler olduğunu düşündürmektedir. DSM-5 ile tanıtılan kişilik bozukluklarının alternatif modeli, kişilik işlevselliğini

değerlendirmede daha kapsayıcı ve etkin bir model sunmaktadır. Değerlendirme yöntemi ne olursa olsun kişilik bozukluklarının bireyin hayat kalitesine etkisi ve ağır toplumsal yükü dikkate değerdir. Bu açıdan bakıldığında kişilik bozukluklarının tanınması ve rehabilitasyonundaki eksiklikler toplum sağlığı sorunudur.

2.6. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması

Günümüzde kişilik bozukluğu ile ilgili birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönleri bulunan çeşitli sınıflandırma sistemleri bulunmaktadır. Kişilik bozukluğunun sınırlarını çizmede ve birbirinden ayırmada yaşanan zorluklar nedeniyle bu sınıflandırma sistemleri tam anlamıyla olgunlaşamamıştır. Dolayısıyla kişilik bozukluklarının nasıl sınıflandırılacağı, ideal tedavinin nasıl uygulanacağı ve teşhis için hangi yolların izleneceği tartışmalara açıktır.

Çağdaş psikiyatri sınıflamasına kişilik tipleri, ‘psikopat kişilikler’ terimi altında Emil Kraepelin (1856-1926) tarafından dahil edilmiştir. Kraepelin, normal insanlarda görülen açık patolojik durumlar ile kişilik özellikleri arasında örtüşme olduğunu vurgulamıştır. Kraepelin’in ders kitabının 7. baskısında patolojik kişilikler: 1.doğuştan suçlular; 2. kendilerini sürekli çalışmaya adayamayan zayıf iradeli ve kararsızlar; 3. aşırı tepkisel hayal gücü, duygu ve irade dengesizliğinden kaynaklanan patolojik yalancılar ve dolandırıcılar; 4. sözlü sorgulayıcılar olmak üzere 4 tipten oluşmaktadır. Kitabının sonraki baskılarında bu sınıfları 7 türe kadar genişletmiştir fakat Kraepelin’in kişilik tiplerinin çoğu günümüz sınıflandırmaları ile örtüşmemektedir (23).

Kurt Schneider (1887-1967) de anormal kişilik tipleri sınıflaması yapmıştır. Bunun yanında yaptığı tanımlamalar ve gözlemler çağdaş sınıflama sistemleri tartışmaları hakkında da yorum içermektedir. ‘Psikopatik’ kişilikleri, kişilik özelliklerinden dolayı acı çeken ve toplumun acı çekmesine neden olan kişiler olarak tanımlamıştır. Yine halen güncelliğini koruyan bir yorumu normal kişiliğin boyutlarını patolojik tiplerle ilişkilendiren hibrit bir kişilik sisteminin yapay olduğudur. Schneider’e göre normal kişilik özelliklerini kapsayan karakterolojik bir sistem inşa edilebilir ve bu sistem muhtemelen her özellik için iki kutuplu boyutlar üretecektir

ama bu normal kişilik boyutlarının abartılı halleriyle patolojik kişilik tiplerinin ilişkilendirilmesi anlamsız olacaktır (68).

Sigmund Freud (1856-1939), Karl Abraham ve Wilhelm Reich ile birlikte psikanalitik karakter tipolojisinin temellerini atmıştır. Freud'un 1909 yılında yayınlanan "Karakter ve Anal Erotizm" adlı makalesi kusurlu bir kişiliğe psikanalitik yaklaşımın ilk modelini oluşturmuştur. DSM-II'deki kişilik bozukluklarının sınıflandırılması terminoloji açısından psikanalizden etkilenmiştir (24)

2.6.1. Kategorik sınıflama

Kategorik sistem, tanı koyabilmek için kişilik bozukluğunun varlığını gösteren, davranışsal olarak gözlemlenebilir ve kuramsal olmayan kriterleri belirlemeye yöneliktir. Kategorik sınıflamada, belirtiler için belirlenen eşik aşıldığında ve işlevsellik etkilendiğinde tanının varlığına işaret edilir (6)

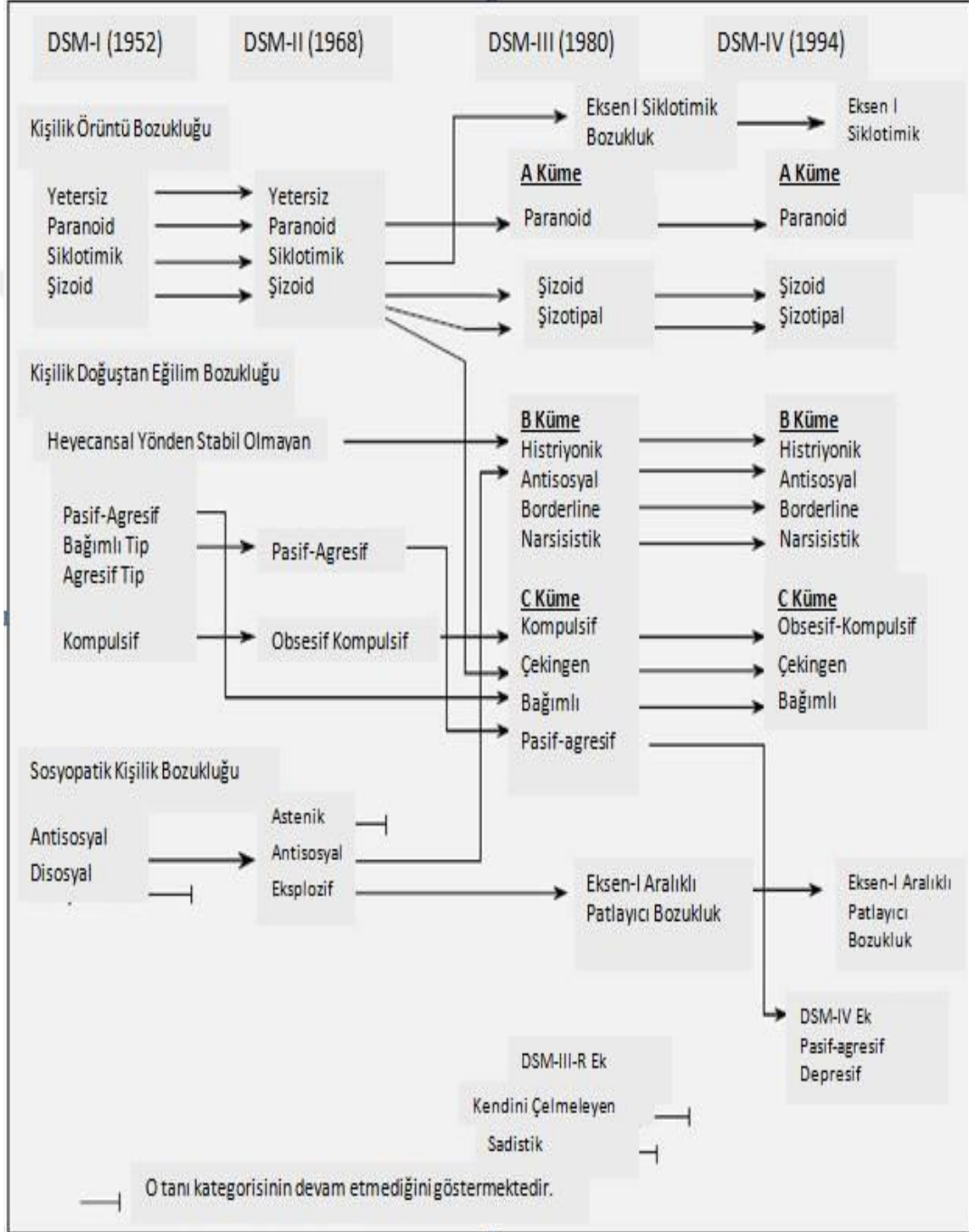
Klinik odak noktasının seçilebilmesi ve tedavi planı oluşturulması noktasında kategorik sistem avantajlıdır. Aynı zamanda kavramsallaştırmaya olanak sağladığından klinisyenler arası iletişimi de kolaylaştırmaktadır (69).

Kategorik sınıflamanın dezavantajlarına bakılacak olursa yapay ayrımlar oluşturduğu, keyfi kesme noktaları belirlendiği, bu nedenle çalışmalarda istatistiksel gücü düşürebildiği eleştirilerine maruz kalmıştır. Kategoriler arasında yüksek oranda örtüşme olması nedeniyle çoğu hasta tanı kriterlerinin birden fazlasını karşılamaktadır (70,71). Diğer bir eleştiri odağı, aynı tanıyı alan hastalar arasındaki klinik farklılıktır. Bu farklılık tedavi yöntemini ve prognozu fazlasıyla etkilemektedir. Ayrıca kategorik sistem, klinisyenler için önemli olan hastalık şiddeti hakkında bilgi vermemektedir. Dolayısıyla kategorik yaklaşımın, sınıflandırma sisteminin temel amaçlarından biri olan tedavi planı oluşturma ve prognoz hakkında öngörülebilirlik amaçlarına yeterince hizmet etmediği düşünülmektedir (72–74).

APA tarafından yayınlanan DSM-III ten bu yana kişilik bozukları eksen II'de kategorik tanı sistemine göre yerini bulmuştur. Dolayısıyla kategorik sınıflamanın alt başlığında DSM tarihçesinde kişilik bozukluklarının yer ediniminden bahsedeceğiz.

2.6.1.1 DSM tarihçesinde kişilik bozuklukları

Bu bölümde ilk kez 1952 yılında yayınlanan Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nın (DSM) günümüze kadar olan tarihçesinde kişilik bozuklukları teşhisinin evrimi incelenmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. DSM-I'den DSM-IV-TR'ye kişilik bozukluklarının değişim süreci. Kaynak: Skodol 1997 akt: Oldham 2005. Personality Disorders. *The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*, 3(3), 37, sf. 375.

DSM-I'e G6re Kişilik Bozuklukları

Kişilik ve kişilik bozuklukları 6zerine tanımların y6zlerce yıllık tarihine rağmen, kişilik bozukluğu teşhisi ayrı bir tanı kategorisi olarak ilk kez 1952'de DSM ile ortaya çıkmıştır. Bunun yanında Schneider'in 1923'te yaptığı kişilik taksonomisi modern DSM sistemine ışık tutmuştur (75).

DSM gibi bir sınıflandırma sisteminin ortaya çıkış amacı akıl hastanelerinden istatistiksel veri toplamak olmuştur. Fakat 2. D6nya Savaşı'nın başlaması ile birlikte hafif davranış bozuklukları bile “psikopat kişilik” olarak sınıflandırılmak zorunda olduğundan ordu daha gelişmiş bir sınıflama sistemine ihtiyaç duymuştur. 1917'den itibaren başlayan çalışmalar d6nem d6nem revizyona gitmiş ve 1952'de ilk DSM yayınlanmıştır. Bu tanı kitabında “kişilik bozuklukları” da dahil olmak 6zere 7 ana teşhis kategorisi bulunmaktadır (76).

DSM I'de kişilik bozuklukları sınıflandırması 3 b6l6mden oluşmaktadır. İlk b6l6mde herhangi bir terapi ile nadiren değiştii vurgulanan 4 6nemli kişilik tipi listelenmiştir. Bunlar yetersiz kişilik, şizoid kişilik, siklotimik kişilik ve paranoid kişiliktir.

İkinci b6l6mde duygusal gelişimdeki bozukluklar nedeniyle stres altında duygusal dengelerini ve bağımsızlıklarını s6rd6remeyen 4 kişilik tipi listelenmiştir. Bunlar duygusal olarak dengesiz kişilik, pasif agresif kişilik, kompulsif kişilik ve kişilik 6zellik bozukluğu,diğer şekilde artık kategoriye içermektedir.

6ç6nc6 b6l6mde topluma ve hakim k6lt6rel çevreye uyum bozukluğu olarak tanımlanan 4 tip “sosyopatik” kişilik bozukluğu listelenmiştir. Bunlar antisosyal tepki, disosyal tepki, cinsel sapma, bağımlılıklardır (76).

1952 DSM'si ile teşhis sistemlerine kişilik bozukluklarını dahil etmiştir fakat değerlendirmek için herhangi bir kriter sunmamıştır. Ayrıca bu bozukluklar g6venirlik ve yapı geçerliliği için ampirik destek olmadan sunulmuştur (75).

DSM-II'ye göre kişilik bozuklukları

DSM'nin 1968'de yayınlanan ikinci baskısı 10 ana ruhsal bozukluk kategorisi içermektedir. DSM-II'de kişilik bozukluğu tanımı şu şekildedir: *“Bu grup bozukluklar, psikotik ve nevrotik semptomlardan algılanabilir şekilde farklı niteliklere sahip, derinlemesine kökleşmiş uyumsuz davranış kalıplarıyla karakterize edilir. Genel olarak, bunlar yaşam boyu süren kalıplardır ve genellikle ergenlik döneminde veya daha önce fark edilebilir (77)*

Beşinci bölümde “Kişilik Bozuklukları ve Diğer Bazı Psikotik Olmayan Zihinsel Bozukluklar” başlığı altında 10 kişilik bozukluğu tipine yer verilmiştir. Bunlar: paranoid kişilik, siklotimik kişilik, şizoid kişilik, patlayıcı kişilik, obsesif kompulsif kişilik, histerik kişilik, astenik kişilik, antisosyal kişilik, pasif agresif kişilik ve yetersiz kişiliktir.

DSM-II ayrıca “diğer” ve “belirtilmemiş” olarak iki ek kişilik bozukluğu kategorisi daha içermektedir. Fakat bu kategoriler için tanım verilmemiş sadece başlık olarak yer almışlardır.

DSM-II'de de kişilik bozukluğu kategorileri ile ilgili geçerlik ve güvenirlik sorunları devam etmektedir. Yine tanı kategorileri için herhangi bir değerlendirme aracı veya kriter sunulmamaktadır.

DSM-III'e göre kişilik bozuklukları

1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte kişilik bozukluklarının teşhisi alanında devrim yaşanmıştır. Esasında tüm tanı kategorilerinde teşhis paradigması psikanalitik bakış açısından davranışsal perspektife evrilmiştir. En büyük yenilik çok eksenli yaklaşımın getirilmesi olmuştur. Çok eksenli tanı sistemine göre birinci eksenle klinik bozukluklar, ikinci eksenle kişilik bozuklukları ve bazı çocukluk çağı bozuklukları yer almıştır. Bu yenilik klinisyeni yakınması olmasa dahi her hastayı kişilik bozukluğu yönünden değerlendirmeye itmektedir. Ayrıca kişilik bozukluğu teşhisi için değerlendirme araçlarına olan ihtiyaç aşikar hale gelmiştir. Üçüncü eksen fiziksel bozukluklara ayrılmıştır. Böylece DSM-III ile birlikte bireyin psikolojik durumunun herhangi bir somatik sistem unsurunu karşılıklı etkileyebileceği resmen

kabul edilmiştir. Dördüncü eksen hastanın hayatındaki psikososyal stres faktörlerini kodlamaktadır ve beşinci ekseninde kişinin işlevsellik düzeyine yer verilmiştir.

İlk kez kişilik bozukluklarının teşhisi için belirli bir kriter listesi sunulmuş ve hastanın kişilik bozukluğu tanısı alabilmesi için belirli sayıda kriteri karşılıyor olması şartı getirilmiştir. DSM-III'te kişilik bozuklukları paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarından oluşan tuhaf veya egzantrik küme; histrionik, narsisistik, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğundan oluşan dramatik, duygusal veya düzensiz küme; kaçınan, bağımlı, kompulsif ve pasif agresif kişilik bozukluğundan oluşan endişeli veya korkulu küme olmak üzere 3 kümeye ayrılmıştır (2).

DSM-III'ün hipotezlerinden biri de kişilik bozukluklarının orta yaş ve yaşlılıkta azalabileceği yönündedir. Ayrıca şizofreni gibi psikotik özellikli birinci eksen bozukluklarında önceden var olan bir kişilik bozukluğu olabileceğini ve bunun belirtilmesi gerektiğini ifade eder. Bir diğer yenilikçi görüşü ise hastalarda genelde birden çok kişilik bozukluğu olabileceği ve tanı kriterlerini karşıladığı müddetçe klinisyenin kendini bir çeşit kişilik bozukluğu tanısı ile kısıtlamaması önerisidir (2).

DSM-III-R'ye göre kişilik bozuklukları

DSM-III'ün revizyonu 7 yıl sürmüştür ve 1987'de DSM-III-R yayınlanmıştır (78). Kişilik bozuklukları bölümünde 11 kişilik bozukluğu yer almıştır ve bunlar yine ikinci ekseninde kodlanmıştır. DSM-III'teki tuhaf ve eksantrik kişilik bozuklukları kümesinin resmi adı DSM-III-R'de A kümesi olarak değiştirilmiştir. A kümesinde DSM-III'tekine benzer şekilde şizoid, şizotipal ve paranoid kişilik bozuklukları yer almaktadır. Bu kümede tanı kriterleri ile ilgili bazı değişiklikler yapılmış olmasına rağmen yine bir grup politetik ölçütlerden oluşmaktadır. DSM-III'te bulunan dramatik, duygusal ve düzensiz kümenin adı B kümesi haline gelmiştir ve öncekine benzer şekilde histrionik, borderline, narsisistik, antisosyal kişilik bozukluklarından oluşmaktadır. DSM-III'te adı kaygılı ve korkulu olan küme DSM III-R'de C kümesi haline gelmiştir ve kaçınan, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarından oluşmaktadır. Obsesif kompulsif kişilik, DSM-III'teki kompulsif kişiliğin yeni adı olmuştur.

DSM-III-R'nin Ek A kısmında daha fazla sistemik araştırma gerektiren potansiyel iki kişi bozukluğuna yer verilmiştir. Bunlardan ilki diğerlerine karşı empati ve saygı eksikliği ile birlikte diğerlerine yönelik yaygın olarak zalim, aşağılayıcı, küçük düşürücü, saldırgan tutumla karakterize edilen sadistik kişilik bozukluğudur. Diğer ise yaygın olarak kendini engelleyici davranışlarla karakterize, zevk alabileceği fırsatlardan kaçınan, kendisinden talep edilmemesine karşın aşırı fedakarlıklarda bulunan, başkalarının yardım girişimlerini reddeden mazoşistik kişilik bozukluğudur.

DSM-III'te bulunan 11 kişilik bozukluğunun tamamının DSM-III-R'de de yer almıştır. Bununla birlikte bazı kriterlerin deneysel verilere göre netleştirilmesi kişilik bozuklukları tanısının geçerlik ve güvenirlik ile ilgili iyileşmenin göstergesi olmuştur. Bu ilerlemeye rağmen kişilik bozukluklarının geçerlik ve güvenirliği hala eksen I teşhislerinin gerisinde kalmıştır (79). Diğer önemli katkı ise ek bölümünde önerilen, daha fazla araştırma gerektiren, tartışmaya açık kişilik bozukluklarına yer verilmesidir.

DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozuklukları

1994 yılında yayınlanan DSM-IV'te ikinci eksen 10 kişilik bozukluğu bulunmaktadır (80). C kümesinde bulunan pasif agresif kişilik bozukluğu zayıf geçerlik ve güvenirlik nedeniyle çıkarılarak Ek B'ye yerleştirilmiştir. Buna rağmen pasif agresif davranış, çeşitli kişilik teorilerinde önemini sürdürmüştür (81–83). Ayrıca pasif agresif kişilik bozukluğuna alternatif isim olarak negativist kişilik bozukluğu da denmiştir.

Ek B'de yeni bir kişilik bozukluğu olarak düşük benlik saygısı, depresif biliş ve davranış modeli ile karakterize depresif kişilik bozukluğuna yer verilmiştir. DSM III-R de tanımlanan sadistik ve mazoşistik kişilik bozukluğu ise tamamen çıkarılmıştır.

2000 yılında DSM-IV revize edilmiş ve DSM-IV-TR yayınlanmıştır. Kişilik bozuklukları tanı kategorisi öncekiyle aynı kalmıştır. DSM-IV-TR'de kişilik bozukluklarının tanımına, ergenlik veya erken erişkinlik çağında başlayan, zamanla sabitleşen, mutsuzluğa veya bozulmaya yol açan, katı ve yaygın nitelikteki öznel yaşantılar veya kültürel normlardan sapma gösteren davranışlar şeklinde yer verilmiştir (84).

DSM-IV-TR’ye göre kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

“A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapma gösteren, sürekli bir davranış ve içsel yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde ya da daha fazlasında kendini belli eder:

1- Biliş (kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları).

2- Duygulanım (duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)

3- Kişiler arası işlevsellik

4- Dürtü kontrolü

B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu sürekli örüntü başka mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanmaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir” (84).

DSM-IV-TR’nin sınıflama sistemine göre kişilik bozuklukları 3 kümeden oluşur:

A Küme: Şizoid, şizotipal, paranoid kişilik bozukluklarından oluşur (Şekil 2). Garip ve eksantrik kümedir. Bu kategoridekilerin psikotik düşünceye eğilimi vardır. Savunma mekanizmalarından yansıtma ve fantaziyi kullanırlar. Travma ve stres karşısında bilişsel bozulmaya biyolojik olarak yatkınlıkları olabilir (85).



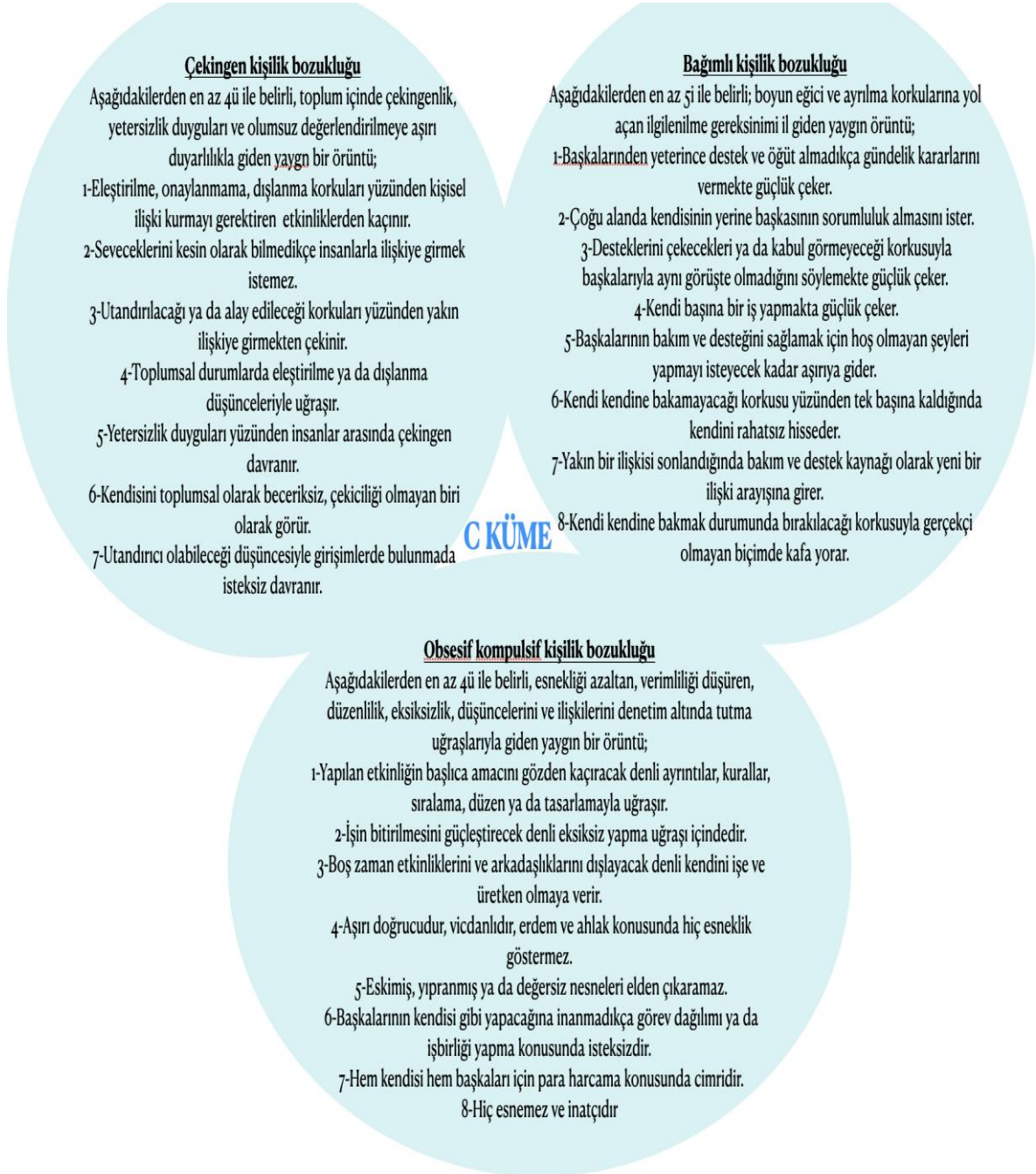
Şekil 2. A küme kişilik bozuklukları

B Küme: Antisosyal, narsisistik, histrionik, borderline kişilik bozukluklarından oluşur (Şekil 3). Dramatik, değişken ve duygusal küme olarak adlandırılır. Sık kullandıkları savunma mekanizmaları disosiasyon, yadsıma, bölünme ve eyleme vurmadır. Bu kümede duygudurum bozuklukları eşlik edebilir (85).



Şekil 3. B küme kişilik bozuklukları

C Küme: Çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarından oluşur (Şekil 4). Anksiyöz veya korkulu küme olarak da adlandırılır. Sık kullandıkları savunma mekanizmaları yalıtma, pasif agresyon ve hipokondriyazistir (86) .



Şekil 4. C küme kişilik bozuklukları

2.6.2. Boyutsal Sınıflama

Kişilik bozukluklarını sınıflamanın iyi bir alternatifi boyutsal sınıflama modelidir (87). Boyutsal modeller kategorik sınıflamalara göre daha güvenilir puanlar verir; semptomların çeşitliliğini anlamaya ve kategorik yaklaşımın keskin sınırlarla ayıramadığı kişilik özelliklerini tanımlamaya yardımcı olur. Bilimsel bilginin doğru ve eksiksiz aktarılmasını sağlar (69). Kategorik yaklaşım kişilik bozukluğunun olup olmadığı şeklinde sonuca varırken, boyutsal modeller kişilik yapısının uyumunu ve kişilik özelliklerini değerlendirir (69,88).

Kişiliğin boyutsal sınıflandırılması modeli, kişiliği tanımlamak için günlük dildeki kelimeleri kullanan Allport'un normal kişilik özelliği yaklaşımından doğmuştur. Çıkış noktası sosyal etkileşimin temel öğelerinden biri olan dilin doğallığının, kişilik özelliklerinden etkilendiği düşüncesi olmuştur (89). Yıllar içinde yapılan çalışmalarla kişilik özelliklerini tanımlayan binlerce kelime elde edilmiştir. 1973'te Raymond Bernard Cattell, psikolojinin ölçümlere dayanması gerektiğine inanarak, kişilik boyutlarını keşfetmede istatistiğin kullanılmasına öncülük etmiştir. Elde edilen kelimelere faktör analizi uygulamış, özellikler daha az sayıda ve büyük gruplara ayrılmıştır. Bu modelde kişilik kategoriler halinde değil boyutlar halinde var olmaktadır. Özellik kuramcılarını faktör analitik yöntemi öncelikle normal kişilik özelliklerini tanımlamak için kullanmışlardır. Kişilik bozuklukları da normal kişilik özelliklerinin şişmiş ve uyumu bozan hali olarak tanımlanmıştır. Bu perspektiften bakınca kişilik ve kişilik bozukluğu boyutsal modele uygundur. Cattell o dönemdeki bilgisayarların yapabildiği istatistik analizlerle 16 farklı boyut tanımlamıştır. 1975'te Eysenck dışa dönüklük-içe dönüklük ve nörotisizm-stabilite şeklinde 2 farklı boyut tanımlamıştır. 1980 yılında Costa ve McCrae açıklık boyutunu, 1987'de ise uyumluluk ve sorumluluk boyutlarını tanımlamıştır (90-92).

Boyutsal yaklaşımı içeren 3 model bulunmaktadır: Eysenck'in Üç Boyutlu Modeli, Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli, Beş Faktör Modeli. Boyutsal modelde en çok kullanılan kuram beş faktör modeli olduğu için ve çalışmamızda beş faktör modelinin ölçeğini kullandığımız için boyutsal modelin alt başlığında beş faktör kişilik modelinden bahsedeceğiz. Bu modelde kişilik bireyin nevroitiklik, dışa dönüklük, açıklık, uyumluluk ve vicdanlılık faktörlerinden aldığı puanlarla tanımlanır.

2.6.2.1. Beş faktör kişilik modeli

Bu modelde yeni bir bilimsel dil yerine insanların kendi kişiliklerini tanımlamak için kullandıkları günlük dil kullanılmıştır. Araştırma sürecinde bireylerden kendilerini ve diğerlerini tanımlamaları amacıyla sözlükten seçilmiş sıfatlar kullanmaları istenmiştir. Daha sonra bu değerlendirmeler üzerinde hangi özelliklerin bir arada olabileceğini görmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır (26).

Sonuçlara bakıldığında dikkate değer düzeyde geçerli ve güvenilir olan, yetişkinlik döneminde de nispeten sabit kaldığı görülen 5 faktör tanımlanmıştır (93). Aynı zamanda ‘Büyük Beşli’ de denilen kişilik modelinde ‘büyük’ kelimesi her bir faktörün çok sayıda kişilik özelliğini kapsadığını vurgulamaktadır (26). Beş faktör kişilik modeli, farklı kişilik özelliklerini ve kişiliğin alternatif modellerini temsil etme konusunda oldukça başarılı olan güçlü bir boyutsal modeldir (94).

Beş temel faktör şunlardır:

Duygusal dengesizlik (nevrotiklik)

Nevrotik bireyler olumsuz duygular yaşamaya meyillidir. Kişilerarası ilişki kurmakta ve ilişkilerine bağlı kalmakta sorun yaşarlar.

Bu boyuttan yüksek puan alan kişiler endişeli, gergin, düşmanca tepkilere yatkın ve sorun çözme becerisi düşük kimselerdir. Nevrotiklik düzeyi düşük bireyler, sakin, iyi uyum sağlayan, kendinden emin kişilerdir (95).

Nörotosizm boyutuna ait 6 özellik (facet) vardır. Bunlar, endişe, depresyon, dürtüsellik, öfke-düşmanlık, kendinin farkındalığı ve kırılganlıktır.

Dışa dönüklük

Kişiler arası etkileşim düzeyini, aktivite seviyesini, uyaran ihtiyacını ve zevk alma kapasitesini ölçer. Faktörün temel özellikleri sosyallik, konuşkanlık, atak olma, hayat doluluk, neşeliliktir (96).

Boyutun bir ucunda dışa dönük bireyler varken diğer ucunda içe dönük bireyler bulunur. Düşük puan alanlar sıkılgan, ciddi, cansız, soğuk, görev odaklı, çekingen ve sessiz kişiler olarak tanımlanabilir.

Bu boyutun 6 özelliği bulunmaktadır. Bunlar: sıcaklık, sosyallik, girişkenlik, etkinlik, heyecan arayışı ve olumlu duygulardır.

Uyumluluk

Bireyin kişiler arası etkileşiminde uyumluluğun niteliğini ölçer. Bu boyutta Duygu, düşünce ve eylemler; bir ucunda şefkat gösterme diğer ucunda düşmanlık olan iki kutupta yer alır. Uyumlu insanlar iş birliğine açıkken, uyumluluğu düşük insanlar çıkarları için rekabete girme eğilimindedir (95). Bu faktörün diğer ucu hırçnılık/antagonizmdir.

Bu boyutun 6 özelliği bulunmaktadır. Bunlar: güven, açık sözlülük, özgecilik, itaat, alçak gönüllülük ve duygusal zekâdır.

Sorumluluk

Bu faktör öz disiplin olarak da isimlendirilir. Bireylerin hedef odaklı davranışlarında düzenlilik, kararlılık ve güdülenme düzeyini ölçer. Bu boyuttan yüksek puan alan kişiler, düzenli, güvenilir, çalışkan, sorumlu ve kararlı kişilerdir. Düşük puan alan bireyler ise dikkatsizdir ve dikkatleri kolay dağılır (95).

Bu boyutun 6 özelliği bulunmaktadır. Bu özellikler: yetenek, düzen, göreve bağlılık, başarı arayışı, öz disiplin ve temkinlilik.

Açıklık

Bilinmeyenlere karşı merak, esnek olma ve keşfetmeyi ölçümleyen bu faktör deneyimlere açık olma olarak da tanımlanır. Bu boyutu oluşturan özellikler, geleneksellikten uzak olma, bağımsız düşünme, yaratıcı olmadır (97). Beş faktör arasında hakkında en az uzlaşmaya varılmış olan faktör açıklıktır (96).

Gelişime açıklık boyutuna ait 6 özellik vardır. Bunlar, fantezi, estetik, hisler, eylemler, düşünceler ve değerlerdir.

2.6.3. DSM-5'e göre kişilik bozuklukları

2013 yılında yayınlanan DSM-5'te kişilik bozukluğu tanı kriterleri DSM-IV-TR ile aynı kalmıştır. Kategorik yaklaşımın yetersizliğine yönelik yükselen sesler üzerine APA Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu Bölüm 3'te alternatif kişilik bozukluğu modelini tanıtmış, modelle ilgili daha fazla çalışma gerektiği kararlaştırılmıştır (8).

DSM-5'in alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterleri şu şekildedir:

“A. Bireyin kültürel normları ve beklentileri bağlamında uyumsal olan bir kendilik kimliği duygusunu geliştirmede ve kişiler arası işlev kapasitesinde yetersizlik göstermesi.

Tanımda A ölçütünü ilgilendiren iki alan bulunmaktadır:

1. Kendilik kimliği duygusunda bozulma
2. Etkili kişiler arası işlevsellik geliştirmede yetersizlik.

B. Bu uyumsal eksiklik bir ya da birden fazla aşırılık derecesindeki kişilik özelliği (trait) ile bağlantı gösteriyor olmalıdır.

C. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik özelliklerinin görünümü zaman içinde ve çeşitli durumlar arasında değişiklik göstermemeli, süreklilik göstermelidir.

D. Kişilik işlevselliğindeki bozulma ve bireyin kişilik özellikleri, bireyin gelişimsel evresi veya sosyokültürel çevresi için normatif özelliklerle açıklanamaz olmalıdır.

E. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik özellikleri, sadece bir tıbbi durumun veya maddenin/ilacın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.”

Tanıma göre alternatif kişilik bozukluğu modeli, 3 ana bileşenden oluşur. a) Kişilik İşlevselliğinin Düzeyi, b) İşlevsel Olmayan Kişilik Özellikleri, c) Kişilik Bozukluğunun Tipi. Kişilik bozukluğunun tipini belirleyen kişilik işlevselliği düzeyi ve işlevsel olmayan kişilik özellikleridir (98).

Kişilik işlevselliği düzeyi değerlendirmesi klinisyen tarafından kimlik ve kişiler arası ilişkiler alanında değerlendirme ile yapılır. A kriterinde kişilik işleyişindeki temel bozulma, kişilik işlevselliği bozukluğu adı altında tek bir boyut halinde kavramsallaştırılmıştır. Bu tanım DSM-5 Tablo 2’de “Level of Personality Functioning Scale” (LPFS) olarak verilmiş, “çok az veya hiç bozulma” ile “şiddetli bozulma” skalasında 5 nokta halinde bir süreklilik arz eden şiddet tanımlaması yapılmıştır (Tablo 1). Kişilik işlevselliği tek faktörle tanımlanmasına rağmen, bozulma hem kendilikte hem de kişiler arası işlevsellikte ortaya çıkabilir (98).

Kendilik işlevselliğinde bozulmanın tanımlayıcıları kimlik bütünleştirme ve kendini yönlendirme olarak belirlenmiştir. Kişiler arası işlevsellikte bozulmanın tanımlayıcıları ise empati ve yakınlık kapasiteleri olarak belirlenmiştir. Kişilik bozukluklarının alternatif modeline göre bu 4 kişilik işlevi kişilik bozukluğunun temel özellikleridir ve kişilik bozukluğunu diğer psikopatoloji tiplerinden ayırmaktadır (99).

Tablo 1. Level of personality functioning scale (LPFS) kişilik işlevselliği düzeyi değerlendirme ölçeği (98)

SELF/ÖZ / KENDİLİK	0 BOZULMA YOK	1 HAFİF BOZULMA	2 ORTA BOZULMA	3 AĞIR BOZULMA	4 ÇOK AĞIR BOZULMA
1. Kimlik					
Kendini benzersiz, özerk ve fail (iradeli, kararlı, çalışkan, etkili) biri olarak görme, kendisi ile başkaları arasındaki sınırları tanımlama	Kendisinin benzersizliğinin her zaman farkında; psikososyal rollerine uygun olan sınırları gözlemekte ve korumakta.	Özduygusu görece sağlam olmakla birlikte, ruhsal sıkıntı veya güçlü duygular yaşadığında sınırların netliğinde bir miktar azalma olmaktadır.	Kimliğini tanımlama konusunda başkalarına aşırı bağımlı; yanı sıra sınırlarını çizmekte eksikliği var.	Özerklik/faillik duygusu zayıf; kimlik yokluğu veya boşluk yaşamakta. Sınır belirlemesi kötü veya katı olup ya başkalarıyla aşırı özdeşim, ya başkalarından bağımsızlık üzerinde aşırı durma, ya da bunlar arasında salınım söz konusu.	Benzersiz bir kendilik ve özerklik/faillik duygusu ya neredeyse yok ya da dışarıdan kötülük görme algısı çevresinde örgütlenmiş. Başkalarıyla arasındaki sınırlar silikleşmiş veya tümten silinmiş.
Kendini doğru (isabetli) değerlendirme ve özdeğerin düzenlenmesi	Kendini doğru (isabetli) değerlendirmekte, ayrıca pozitif özdeğer duygusu süreklilik göstermekte ve kendi kendine düzenlenmekte.	Özdeğer duygusu kimi zaman düşmekte, yanı sıra kendini aşırı eleştirel veya bir ölçüde çarpıtılmış biçimde değerlendirmekte.	Sağlam olmayan özdeğeri dış değerlendirmelerden çok etkilendiği için bu konuda aşırı kaygılı olmasına ve onaylanma arayışına yol açmakta. Aşagılık veya eksik olma duygularını gidermek için kendini fazlasıyla iyi (şişmiş) veya kötü (sönmüş) değerlendirmekte.	Özdeğer duygusu kırılgan olup olaylardan kolayca etkilenmekte, özimgesi tutarlı değil. Özdeğerlendirme uçlarda olup ya kendinden tiksime, ya kendini büyütme, ya da ikisinin akıldışı ve gerçekdışı bir karışımı biçimini almaktadır.	Özimgesi dayanıksız veya çarpıtılmış olup başkalarıyla etkileşimlerden kolayca etkilenmekte; kendini değerlendirmesinde çarpıtmalar ve kafa karışıklığı belirgin.
Duyguların çeşitliliği ve düzenlenmesi	Yelpazedeki bütün duyguları yaşayabilme, katlanabilme ve düzenleyebilme kapasitesi bulunmakta.	Güçlü duygular sıkıntıya yol açabildiğinden, duygusal yaşantıların yelpazesi sınırlı tutulmaktadır.	Duygusal düzenleme dışarıdan olumlu değerlendirmelere dayanmakta. Özdeğere yönelik tehditler öfke ve utanç gibi güçlü duygular uyandırmaktadır.	Duyguları hızlıca değişebilmekte veya kronik, aman vermez bir umarsızlık duygusu yaşamakta.	Bağlamla veya içsel yaşantıyla uyumlu olmayan duygular yaşamakta. Nefret ve agresyon, her ne kadar yadsınıp başkalarına atfedilebilseler de, baskın duygular olabilmekte.
2. Kendine yön verme					
Kendine amaçlar belirleyip bunların peşinden koşabilme yetisi	Kişisel yetilerinin gerçekçi değerlendirmesine dayanan ulaşılabilir amaçlar belirlemekte ve onlara ulaşmaya çabalamakta.	Amaçlarına ulaşmaya yönelik etkinlikleri ya aşırı, ya biraz ketlenmiş, ya da amaçları konusunda çelişki yaşamakta.	İçinden geldiği için değil dışarıdan onay almak için amaçlarına ulaşmaya çalışmakta, dolayısıyla amaçları tutarlılık ve/veya süreklilikten yoksun olabilmekte.	Kişisel amaçlar belirlemekte ve/veya amaçlarına ulaşmakta zorluk yaşamakta.	Düşünceleri eylemlerden iyi ayırt edemediği için amaç belirleme yetisi ciddi biçimde bozulmuş olup gerçekçi olmayan veya tutarsız amaçlar belirleyebilmekte.

Davranışları için içsel standartların olması; doyuma ulaşabilmesi (emekverdiği işlerde sonuçtan tatmin olması)	Davranışları için uygun standartlar kullanmakta ve çeşitli alanlarda doyum yaşayabilmekte.	Gerçekçi olmayan veya toplumsal açıdan uygunsuz kişisel standartları olması, doyumu kimi yönlerden sınırlamakta	Kişisel standartları ya akıl almaz biçimde yüksek (ör. özel olma veya başkalarını hoşnut etme gereksinimi) ya da düşük (ör. egemen toplumsal değer yargılarına aykırı) hissettiği otantisite yokluğu, doyumu zorlaştırmakta.	Davranışları için içsel standartlar açık ve net değil veya çelişkili. Yaşamı anlamsız veya tehlikeli olarak deneyimlemekte.	Davranışları için içsel standartlar yok gibi. Gerçek anlamda doyumu düşünmek bile onun için olanaksız.
---	--	---	--	---	--

Kendine bakabilme, yaşantılarını anlayıp yorumlayabilme yetisi	İçsel yaşantıları üzerine düşünebilmekte ve onları anlamlandırabilmekte.	İçsel yaşantıları üzerine düşünebilmekte, ancak tek bir türde özbilgi (ör. düşünceleri veya duyguları) üzerinde çok fazla durabilmekte.	İçsel yaşantıları üzerine düşünme kapasitesinde eksiklik var.	Kendi zihinsel süreçleri üzerine düşünme ve anlama yetisi belirgin biçimde bozuk.	Kendi yaşantıları üzerine düşünme yetisi yok. Kişisel güdülenmelerini tanıyamayabilmekte veya kendinin dışında olarak deneyimlemekte.
---	--	---	---	---	---

KİŞİLERARASI	0 BOZULMA YOK	1 HAFİF BOZULMA	2 ORTA BOZULMA	3 AĞIR BOZULMA	4 ÇOK AĞIR BOZULMA
1. Empati					
Başkalarının yaşantılarını anlama kapasitesi	Çoğu zaman başka insanların yaşadıklarını ve davranışlarının ardındaki itici güçleri (güdülenmeleri) doğru anlayabilmekte.	Başka insanları anlama ve yaşadıklarına değer verme yetisinde bir ölçüde kısıtlılık var; başkalarını uygunuz beklentilere veya ipleri eline geçirme arzusunun sahip insanlar olarak görme eğiliminde.	Başkalarının yaşadıklarını, sadece kendisiyle arasında bir bağlantı algıladığında umursama, hem de fazlasıyla.	Başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarını dikkate alma ve anlama yetisinde belirgin kısıtlılık söz konusu; başka insanların yaşadıklarının belli yanlarını, özellikle de zayıflıklarını ve acı çekmelerini göz ardı edebilmekte.	Başkalarının yaşadıklarını dikkate alma ve anlama konusunda derin bir yetisizlik.
Başka insanların bakış açılarının farklılığına dikkat etme; önemseme	Farklı düşüncede olsa bile, başka insanların bakış açılarına önem vermekte ve dinleyip anlamaya çalışmakta.	Yapabildiği halde, farklı bakış açılarını dikkate alıp anlamaya çalışmakla uğraşmamakta.	Aşırı ölçüde ben merkezli düşünmekte; başka insanların yaşadıklarına değer verme ve çeşitli bakış açılarını dikkate alma yetisinde belirgin kısıtlılık söz konusu.	Genel olarak başkalarının bakış açılarını dikkate alamamakta, fikir ayrılıkları veya farklı görüşlerden çok tedirgin olmakta.	Başkalarının bakış açılarına neredeyse hiç dikkat etmemekte (olanca dikkati kendi gereksinimlerini doyurmaya ve zarardan kaçınmaya çevrilmiş durumda).
Davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini fark etme	Sözleri ve yaptıklarının başka insanları nasıl etkilediğinin farkında.	Kendi davranışlarının başkaları nasıl etkilediğinin bazen farkında, bazen değil.	Kendi davranışlarının başkaları nasıl etkilediğinin genellikle ya farkında değil ya umurunda değil, ya da bu konuda ayağı yere basmayan değerlendirmeler yapmakta.	Kendi davranışlarının başkaları nasıl etkilediğinin ya farkında değil ya da bu konuda kafası karışık; insanların düşünce ve davranışları karşısında sık sık şaşkınlığa kapılmakta, yıkıcı güdülerini çoğu kez başkalarına atfetmekte.	Yaşadığı sosyal etkileşimler kafasını karıştırabilmekte, nerede olduğunu kimle konuştuğunu unutabilmekte.
2. Samimiyet					
Başkalarıyla bağların derinliği ve süresi;	Kişisel ve sosyal yaşamında çok sayıda uzun süreli doyurucu ilişki sürdürmekte.	Kişisel ve sosyal yaşamında çok sayıda uzun süreli doyurucu ilişki kurabilmekle birlikte, ilişkilerinin doyuruculuğu ve derinliği kimi açılardan sınırlı.	Kişisel ve sosyal yaşamında ilişkiler kurma kapasitesi ve arzusu bulunmakla birlikte, bağlantıları büyük ölçüde yüzeysel olabilmekte.	Kişisel ve sosyal yaşamında az da olsa ilişkiler kurmayı istemekle birlikte, olumlu ve uzun süreli bağlantılar kurma kapasitesinde belirgin eksiklik söz konusu.	Yakınlaşma arzusu ya derin bir ilgisizlik nedeniyle ya da zarar göreceğini umması nedeniyle sınırlı. Başkalarıyla temasları uzak, dağınık veya hep olumsuz olmakta.
Samimi ve karşılıklı (tek taraflı olmayan) ilişki kurup sürdürebilme	Yakın, özenli ve karşılıklı ilişkilere isteyerek girmekte.	İçini açmakta zorlandığı olsa da, samimi ve karşılıklı ilişki kurma kapasitesi ve isteği bulunmakta. Ancak, yoğun duygular veya çatışmalar yaşanması durumunda bu kapasite bütülmekte.	Daha çok özdeğer ve özdüzenleme gereksinimlerini karşılamak için yakın ilişkilere girmekte ve başkaları tarafından kusursuz biçimde anlaşılmayı beklemekte.	İlişkilerini, yakın birilerine mutlaka ihtiyacı olduğu inancı ve/veya yüzüstü bırakılma veya kötüye kullanılma beklentileri üzerine kurmakta. Yakınlık yaşadıklarına yönelik duyguları korku/rededilme ile umarsızca bağlantı kurma arzusu arasında salınım göstermekte.	İlişkilerini değerlendirirken yalnızca kendisine rahatlık mı, yoksa acı ve ızdırıp mı verdikleri üzerinde durmakta; başka hiçbir nokta üzerinde durmamakta.

İşbirliği kurabilme	İşbirliği içinde çalışma ve karşılıklı kazanç için çabalamakta, başka insanların çeşitli görüş, duygu ve davranışlarına esnek biçimde yaklaşmakta.	Gerçekçi olmayan standartlar yüzünden sınırlı iş birliğine girebilmekte; başka insanların görüş, duygu, davranışlarına saygı duyma ve karşılık verme yetisi bir miktar kısıtlı.	İlişkilerin karşılıklı olması gereğini görmeme eğiliminde ve asıl olarak kişisel kazanç amacıyla iş birliğine girmekte.	Çok az karşılıklılık: başka insanları temelde kendisini olumlu mu, olumsuz mu etkiledikleri bakımından değerlendirmekte; sıklıkla karşısındaki insanlar tarafından küçümsendiği, önemsenmediği biçimindeki algıları yüzünden iş birliği kurma çabaları bozulmakta.	Sosyal veya kişilerarası davranışları karşılıklı olmayıp, daha çok temel gereksinimlerini doyurma veya acıdan kaçma çabasına dayanmakta.
----------------------------	--	---	---	--	--

B kriterine göre uyumsuz kişilik özelliklerini belirlemek için ise 5 ana alanda 25 işlevsel olmayan kişilik özelliği açısından tanımlama yapılır (Tablo 2) (98,100).



Tablo 2. Uyumsuz kişilik özellikleri boyutları ve alt boyutları (98)

Boyutlar ve özellikleri	Tanımları
OLUMSUZ DUYGULANIM (duygusal denge)	Olumsuz duyguları yoğun ve sık deneyimleme (endişe, çökkünlük, suçluluk, utanma, kaygı, öfke) ve bunların davranışsal (kendine zarar verme) ve kişilerarası (bağımlılık) belirtileri.
<i>Duyguca oynak olma</i>	Duygudurumda dengesizlik; olaylar ve durumlarla orantısız olarak hızlı ortalaya çıkan ve yoğun duygular.
<i>Kaygılı olma</i>	Farklı durumlara karşı tedirgin, gergin ve telaşlı hissetme, geçmiş deneyimlerin olumsuz etkilerinden ve gelecekteki olumsuz olasılıklardan endişelenme, en kötünün olmasını bekleme
<i>Ayrılma güvensizliği</i>	Diğer kişilerden ayrılma ya da reddedilme nedeniyle yalnız kalmaktan korkma, kendine yetme konusunda güvensizlik hissi
<i>Boyun eğici olma</i>	Kendi istek, arzu ve ilgileri diğer kişilerden farklı olsa bile, davranışlarını onların arzu, istek ve eylemlerine göre uyarlama
<i>Düşmanlık gösterme</i>	Sürekli ve yoğun olarak öfke duyguları hissetme, önemsenmeyecek aşağılanmalara karşı öfke ve asabiyet gösterme, intikam davranışı.
<i>Takılıp kalma</i>	Başarısızlıklara rağmen aynı davranışı sürdürmede ısrar, işlevsel olmayan ve uzun süren davranışlarda ısrar etme.
<i>Çökkünlük</i>	Uzak olma bölümüne bakınız
<i>Şüphecilik</i>	Uzak olma bölümüne bakınız
<i>Duygulanımda kısıtlılık (olmaması)</i>	Duygulanımda kısıtlılığın olmaması olumsuz duygulanım bölümüne dâhildir. Duygulanımda kısıtlılık alt boyutu için Uzak olma bölümüne bakınız

UZAK OLMA (Dışa dönüklük)	Sosyo-duygusal deneyimlerden kaçınma, kişilerarası ilişkilerde içe kapanıklık (günlük rutin iletişimden yakın ilişkilere kadar), duygularını ifade etmede kısıtlılık, haz almakta güçlük duyma.
<i>İçe kapanıklık</i>	Diğerleriyle birlikte olmaktansa yalnızlığı tercih etme, sosyal ortamlarda suskun kalma, sosyal etkinliklerden kaçınma, sosyal iletişimi başlatmada güçlük.
<i>Yakınlıktan kaçınma</i>	Yakın ve duygusal ilişkilerden, cinsel ilişkiden, kişiler arası bağlanmadan kaçınma.
<i>Anhedoni</i>	Olaylar ve durumlar karşısında enerji ve hazzın olmaması.
<i>Çökkünlük</i>	Umutsuzluk, gelecek hakkında kötümser düşünme, süregiden suçluluk ve utanç duyguları, intihar düşünceleri ve davranışı.
<i>Duygulanımda kısıtlılık</i>	Duyguları ifade etmekte zorluk yaşama, duygusal açıdan uyaran olay ve durumlara sınırlı tepki verme, merak uyandıran, cazip durumlara karşı kayıtsızlık ve uzak durma.
<i>Şüphencilik</i>	Kişilerarası ilişkilerde zarar göreceği beklentisi, diğer bireylerin sadakatinden şüphe duyma, diğer bireyler tarafından kullanılacağı, zarar göreceği ve mağdur edileceği hisleri.

TERSİLİK/GEÇİMSİZLİK (Uyuşabilirlik)	Diğer bireylerden üstün olma beklentisi, abartılı bir şekilde kendini önemseme, özel ilgi beklentisi, diğer bireylerin ihtiyaçlarına karşı duyarsızlık, vurdumduymazlık.
<i>Manipülatif olma</i>	Diğerlerini etkilemek için hile yapma, cazibe kullanma, kendini zorla kabul ettirme.
<i>Hilekar olma</i>	Dürüst olmama, sahtekârlık yapma, kendini yanlış tanıtmama.
<i>Grandiyöz olma</i>	Benmerkezci davranma, kendisinin özel olduğunu ve farklı muameleyi hak ettiğini düşünme, diğer insanlara yetki verme isteği.
<i>Dikkat çekmeye çalışma</i>	Dikkat çeken davranışlar ve kendini diğerlerinin ilgi ve odak noktası yapma uğraşı.
<i>Katı olma</i>	Diğer bireylerin duygu ve sorunlarına karşı ilgisizlik, suçluluk duygusu hissetmeme, diğer insanların üzerinde yarattığı olumsuz etkilere karşı pişmanlık hissetmeme.
<i>Düşmanlık gösterme</i>	Olumsuz duygulanım bölümüne bakınız.

DİSİNHİBİSYON (Sorumluluk)	Hemen haz almaya yönelim, geçmiş olayları ve gelecekteki sonuçlarını düşünmeden dürtüsel davranışlara yönelme.
<i>Sorumsuz olma</i>	Mali ya da diğer zorunlulukları önemsememe, verilen sözlere karşı saygı duymama ve bir işin sonunu getiremememe, diğer insanların eşya ve mal- mülklerine karşı dikkatsiz davranma.
<i>Dürtüsel olma</i>	Uyaranlara karşı düşünmeden karar verme, plansız, ya da sonuçlarını düşünmeden anlık bir şekilde davranma, plan yapmada ve takip etmede zorluk, acele etme hissi ve kendine zarar veren davranışlar.
<i>Dikkati dağınık olma</i>	Odaklanmada güçlük yaşama, uyaranlar karşısında dikkatin kolaycadağılması, hedef yönelimli davranışı sürdürmekte güçlük yaşama.
<i>Kendini riske atma</i>	Sonuçlarına aldırmadan riskli, tehlikeli ve kendisine zarar verme ihtimali olan etkinliklere katılma, yapabileceği şeylere karşı endişesinin olmaması ve tehlike gerçekliğini inkar etme.
<i>Katı mükemmeliyetçilik (olmaması)</i>	Her şeyin mükemmel, kusursuz ve hatasız olması konusunda katı bir şekilde ısrar etme, her şeyi yaparken tek bir doğrunun olduğuna inanma, bakış açısını ve düşünceleri değiştirmede güçlük, ayrıntılar, organizasyon ve sıralama ile meşgul olma. Katı mükemmeliyetçiliğin olmaması disinhibisyon boyutuna dâhildir.

PSİKOTİZM
(Kolay
anlaşılabilirlik)

Kültürle uyuşmayan tuhaf, olağan dışı davranışlar ve düşünceler sergileme.

***Olağan dışı inançlar
ve yaşantılar***

Olağan dışı yetenekleri olduğuna dair inanç, zihin okuma vb., varsanı benzeri deneyimler yaşama.

Tuhaf biri olma

Olağan dışı, tuhaf davranış, görünüm ve konuşma, tahmin edilemez ve farklı düşüncelere sahip olma, olağan dışı ve uygunsuz şeyler söyleme.

Bilişsel ve algısal düzensizlik

Kendine ve çevreye yabancılaşma ve disosiyasyon gibi tuhaf deneyimler yaşama, uyku ve uyanıklığı birbiriyle karıştırdığı deneyimler yaşama.

DSM-5 alternatif modeli, DSM-4-TR'den farklı olarak her kişilik bozukluğu kategorisi için tanı kriterleri belirlemek yerine kişilik bozuklukları için ortak olan tek bir tanı kriteri vermekte, farklılıkları ise tip olarak adlandırmaktadır (101). DSM-5 bu genel kişilik bozukluğu tanımı altında 6 adet alt tip tanımlamaktadır: Kaçıngan, obsesif kompulsif, sınırda, antisosyal, şizotipal ve narsisistik (98). Buna göre paranoid, şizoid, histriyonik, bağımlı kişilik bozuklukları çıkarılmıştır.

2.6.4. Beş faktör modeli ile kişilik bozukluklarının alternatif modelinin ilişkisi

DSM-5 Çalışma Grubu tüm tanı sisteminin kategorik yaklaşımdan boyutsal yaklaşıma geçmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Öncelikle kişilik bozukluklarından başlanmasının uygun olduğunu, eğer kişilik bozuklukları iyi işleyen ve kabul edilebilir bir boyutsal yaklaşım olması durumunda, tüm alanlarda boyutsal yaklaşımın kullanılabileceğini belirtmişlerdir (102). Kişilik bozukluklarının boyutsal tanılama sürecine geçişinin tercih edilmesinin diğer nedeni de deneysel olarak kanıtlanmış, kişilik bozuklukları tanılarına kolayca entegre olabilecek boyutsal bir modelin halihazırda olmasıdır. Bu model Beş Faktör Kişilik Modelidir (73). Yeni yaklaşım için görevlendirilen DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu tarafından da alternatif kişilik modelinin Beş Faktör Kişilik Modelinin kapsamlı halini temsil ettiğini belirtilmiştir (98).

DSM-5 işlevsel olmayan kişilik özellikleri boyutlarından Olumsuz Duygulanım Beş Faktör Kişilik Modelinden Duygusal Denge ile, Uzak Olma Beş Faktör Kişilik Modelinden Dışa dönüklük ile, Terslik, Geçimsizlik Beş Faktör Kişilik Modelinden yine Uyumluluk ile, Psikotizm Beş Faktör Kişilik Modelinden Açıklık ile, Disinhibisyon ise Beş Faktör Kişilik Modelinden Sorumluluk ile örtüşmektedir (103,104).

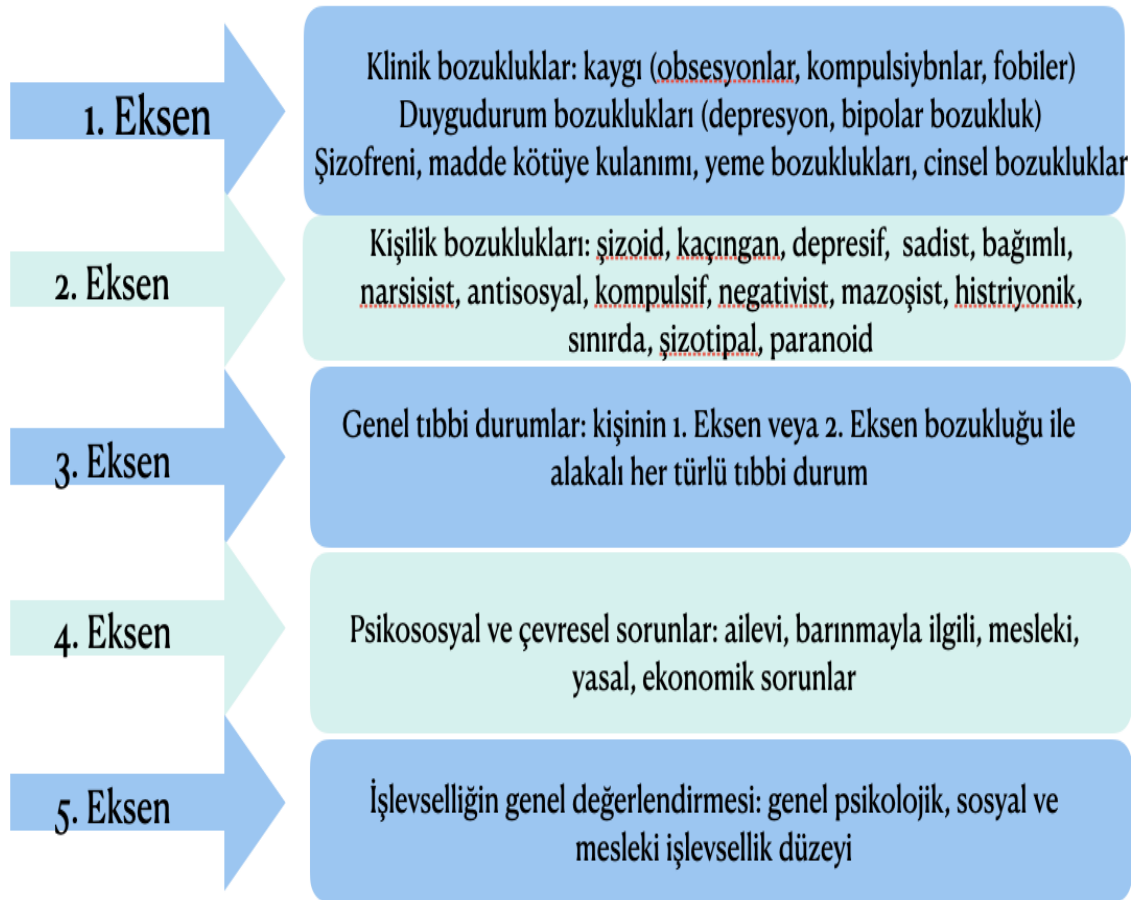
Uyumsuz kişilik özelliklerinin 25 alt boyutu da beş faktör modeli ile ilişki içindedir (Tablo 3).

Tablo 3. Uyumsuz kişilik özellikleri ve beş faktör modeli ilişkisi (105)

<i>Duygusal Denge (Nevrotisizm)</i>	
	Kaygılı/Endişeli Olma
	Duyguca Oynak Olma
	Düşmanlık Gösterme
	Ayrılma Güvensizliği
	Çökkünlük
<i>Dışa Dönüklük</i>	
Yakınlıktan Kaçınma	
İçe Kapanıklık	
Duygulanımda Kısıtlılık	
Anhedoni	
<i>Açıklık</i>	
	Algısal Düzensizlik
	Olağandışı İnanç ve Yaşantılar
	Tuhaf Biri Olma
<i>Uyumluluk</i>	
Şüphecilik	Boyun Eğici Olma
Grandiöz Olma	
Hilekar Olma	
Manipülatif Olma	
Katı Olma	
<i>Sorumluluk</i>	
Sorumsuz Olma	Takılıp Kalma
Dikkat Dağınıklığı	Katı Mükemmeliyetçilik
Dürtüsel Olma	
Risk Alma	

2.7. Eksen I ve Eksen II İlişkisi

DSM'nin çok eksenli modeli ilk olarak DSM-III'te tanıtılmıştır (2). DSM-IV ve DSM-IV-TR'de de çok eksenli sınıflama sistemi korunmuştur. Bu modelde her bir eksen, farklı bir bilgi türünü temsil eder. Amaç, hastanın kişilik özelliklerinin ve çeşitli semptomlarının bir araya getirilerek kişilik işleyişini bütün olarak yansıtan bir tablo oluşturmaktır (Şekil 5). Çok eksenli model, her hastanın kendi tanılarından çok daha fazlası olduğunu vurgulamaktadır (47).



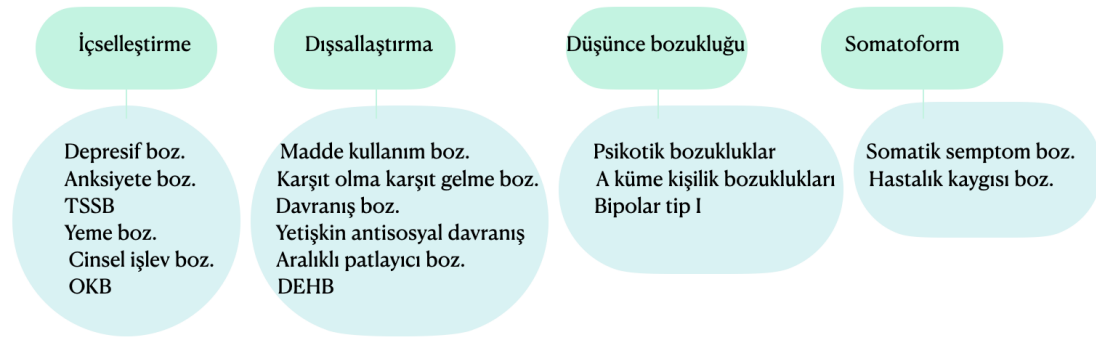
Şekil 5. DSM'nin çok eksenli modeli

2013'te yayınlanan DSM-5 ile birlikte çok eksenli model terk edilmiştir. Morey çok eksenli modelin kaldırılmasının hata olduğunu, çünkü klinisyenler tarafından kişilik bozuklukları ile klinik sendromlar arasında tercih yapmak zorundaymış gibi yorumlanabileceğini ifade etmiştir (106). Kişilik bozuklukları ve klinik sendromları karşılaştırmak genelde yanıltıcı olacaktır. Karşılaştırma ve ikisinden birini seçmek yerine kabul edilmesi gereken kişilik bozukluklarının klinik sendromlara yatkınlık

oluşturabileceğidir. DSM-IV ve DSM-5'te belirtildiği gibi kişilik bozuklukları kalıcı paternlerdir, süreklilik gösterirler. Oysa klinik bozukluklar insanın hayatının herhangi bir zamanında başlayabilir ve genellikle kısa sürme eğilimindedir. Erken başlama ve kalıcı olma doğası eksen I ve eksen II arasındaki farklı sağlamaktadır (107).

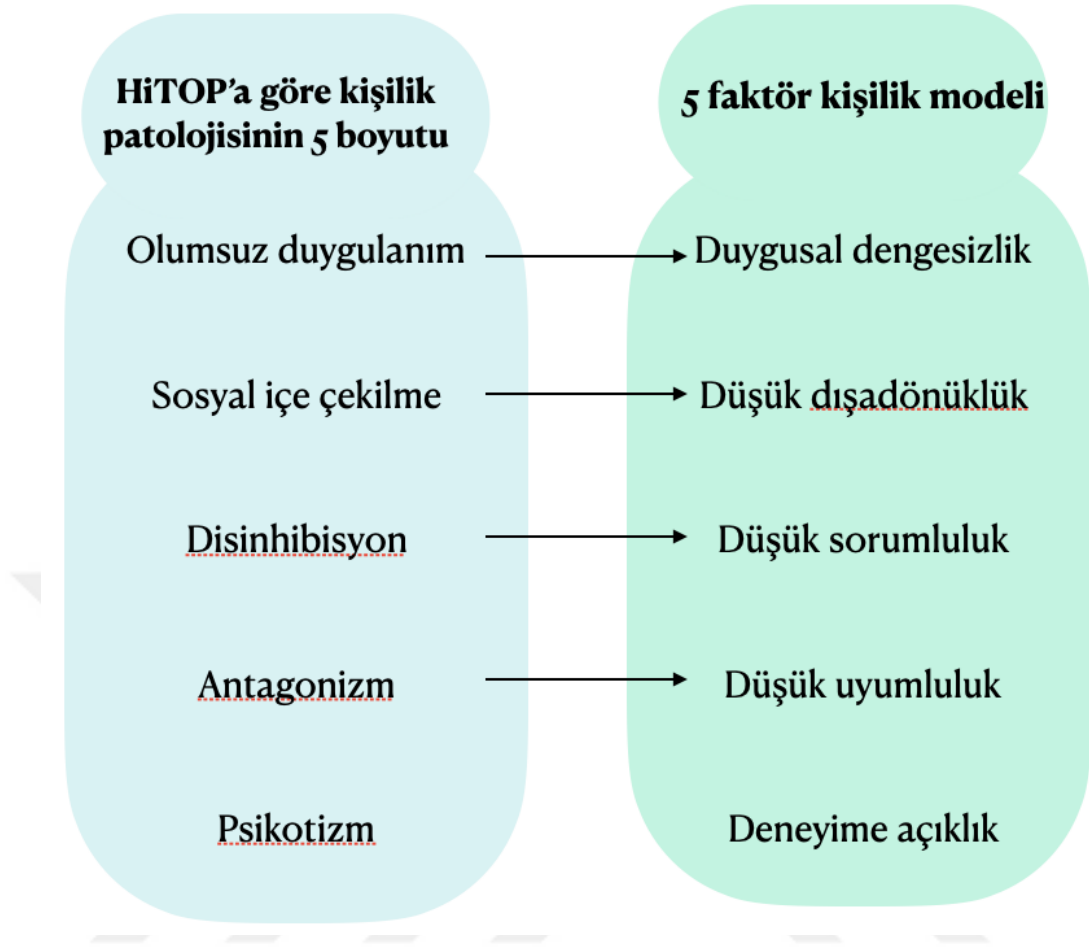
DSM'nin mevcut sistemine alternatif olarak farklı sınıflama modelleri de geliştirilmektedir. Eksen I ve II'nin birbiriyle olan ilişkisini belki de en kapsamlı olarak inceleyen psikopatolojinin hiyerarşik taksonomisi (HiTOP) modeli, bu iki alanın ilişkisini kanıta dayalı olarak açıklayan veriler sunmaktadır. HiTOP konsorsiyumu, tüm psikopatolojinin organizasyonunu amaçlamış, kapsamlı deneysel verilerle yeni bir sınıflandırma sistemi ortaya koymuş ve psikiyatrik sınıflama sisteminin geleneksel nozolojisine boyutsal bir alternatif geliştirmiştir (108).

HiTOP'a göre faktör analitik yaklaşım kullanılarak oluşturulan sınıflandırma sonucunda mental bozukluklar tutarlı olarak 4 boyutta temsil edilebilir. Bu boyutlar hem pediatrik hem de yetişkin popülasyonda tanımlanabilmektedir (Şekil 6) (108).



Şekil 6. HiTOP'a göre mental bozuklukların 4 boyutu (Boz: bozukluk, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu).

HiTOP'a göre kişilik patolojisinin yapısı ise 5 boyut ile temsil edilebilmektedir. Çalışmalar, bu 5 boyut ile beş faktör kişilik modeli arasında yakın ilişkiler tespit etmiştir. **Patolojik kişilik özellikleri, beş faktör kişilik modelinin maladaptif varyantları olarak değerlendirmiştir** (Şekil 7) (73).



Şekil 7. HiTOP'a göre kişilik patolojisinin 5 boyutu ile 5 faktör kişilik modelinin ilişkisi

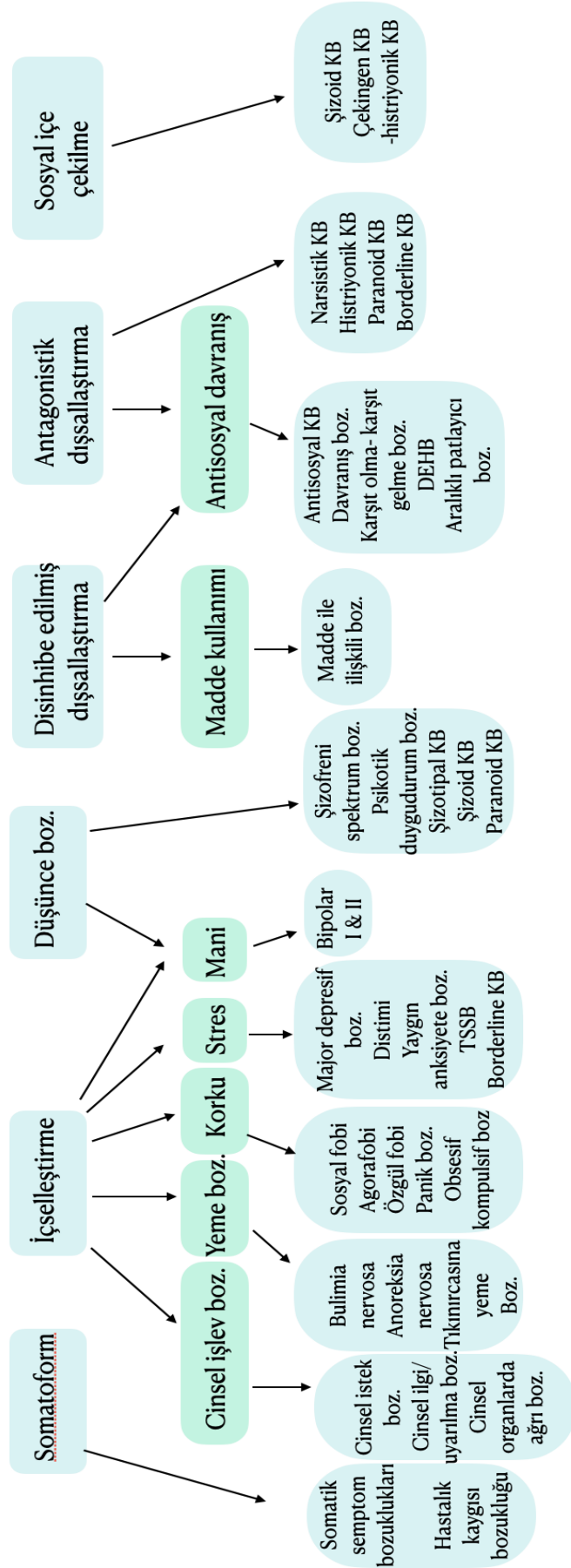
Her iki alanda yapılan çalışmalar beraber değerlendirildiğinde içselleştirmenin olumsuz duygulanım ile, düşünce bozukluklarının psikotizm ile, dışsallaştırmanın da disinhibisyon ve antagonizm ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Somatoform ekseninin kişilik bozuklukları tarafında, sosyal içe çekilmenin ise klinik bozukluklar tarafında net bir karşılığı bulunamamıştır. Bu nedenle bu iki eksen bağımsız birer boyut olarak değerlendirilmiştir (108,109).

Daha ileri çalışmalar disihibe edilmiş dışsallaştırma ve antagonistik dışsallaştırma olarak ayrıştırmaya gitmişlerdir. Disihibe edilmiş dışsallaştırmada özellikle madde kullanım bozuklukları; antagonistik dışsallaştırmada ise özellikle narsistik, histrionik, paranoid ve borderline kişilik bozuklukları öne çıkmaktadır.

Antisosyal davranış, agresyon, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ise her ikisinde ortaktır (108).

Buna göre ortaya çıkan son model psikiyatrik semptomatolojiyi toplamda 6 spektrum altında sınıflar (Şekil 8). Psikiyatrik hastalıklarının tümünü sınıflandırmayı amaçlayan bu yapıda klasik DSM tanımları da kullanılarak iletişimi kolaylaştırmak amaçlanmıştır.





Şekil 8. HiTOP'un 6 boyutu ve boyutlara dahil olan bozukluklar. Boz.: Bozukluk, KB: Kişilik bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel, müdahalesiz ve gözlemsel bir klinik araştırma olarak planlanmıştır. Kasım 2022 - Kasım 2023 tarihleri arasında toplam 720 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bunların 207'si Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde ardışık değerlendirilen 732 hasta içinden seçilen ve kişilik bozukluğu tanısı alan hastalardan oluşmuştur. Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalarda %46 oranında kişilik bozukluğu saptanmıştır ve bu literatürle uyumludur. Yapılan bir meta-analize göre Türkiye’de psikiyatri polikliniklerine başvuran hasta gruplarında kişilik bozukluğunun ortak prevalansı %52 olarak bulunmuştur (110). Hastane çalışanlarından, üniversite öğrencilerinden ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, hastaneye psikiyatri polikliniği dışında başvurusu olan kişilerden seçilen kontrol grubu ise 513 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil edilme ve dışarıda bırakma kriterleri Tablo 4’te verilmiştir.

Çalışma, Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve onaylanmıştır (17.10.2022-2022/173). Çalışma dahilinde tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Tablo 4. Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışarıda bırakma kriterleri

Dahil edilme kriterleri	Dışarıda bırakma kriterleri
18-65 yaş arasında, kadın veya erkek cinsiyetten olmak	18 yaşın altında veya 65 yaşın üstünde olmak
Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve yazılı onam vermek	Zeka geriliğine sahip olmak
	Bilinç durumunu etkileyebilecek organik patolojilere sahip olmak
	Ölçekleri dolduramayacak ölçüde psikotik bozuklukların alevlenme döneminde olmak
	Madde etkisinde olmak

3.1. Verilerin Toplanması

SCID-II ile taranıp sonrasında klinisyen tarafından kişilik bozukluğu tanısı konulan ardışık hasta grubuna sosyodemografik veri formu, kişilik işlevselliği öz değerlendirme ölçeği, BFI (“Big Five Inventory”) ve SCID-5-CV uygulanmıştır. SCID-5-CV ile eksen I tanıları kodlanmıştır (n=207).

Kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, kişilik işlevselliği düzeyi öz bildirim ölçeği, BFI ve SCID-II uygulanmıştır (n=513).

3.2. Sosyodemografik Veriler

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda: yaş, cinsiyet, medeni hal, varsa çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik özgeçmiş, intihar öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve madde kullanımı sorgulanarak bilgi toplanmıştır (Ek-8.3).

3.3. Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği

LPF (level of personality functioning), DSM-5’in 3. Bölümünde yer alan kişilik bozukluklarının alternatif modelinin A kriterine karşılık gelmektedir. Kavramsal olarak tüm kişilik bozukluklarında ortak gözlenen, kişilik türlerinden ve özelliklerinden bağımsız olan boyutsal bir genel şiddet kriteri olarak tanımlanmaktadır. DSM-5, bu kriteri değerlendirmek için klinisyenlere yönelik yarı yapılandırılmış bir ölçek (LPFS) sağlamıştır (98). LPFS, psikometrik bir ölçüm aracı olmadığı için tanısal ve bilimsel kullanımı kolaylaştırmak amacıyla kendi kendine doldurulabilen LPFS-SR geliştirilmiştir. (Ek-8.4)

Level of Personality Functioning Scale- Self Report adıyla Morey tarafından geliştirilmiştir (111). Ölçek, DSM-5 Bölüm 3’te yer verilen Kişilik Bozukluklarının Alternatif Modeli’ne göre kişilik işlevselliği düzeyini değerlendirmek için öz bildirim aracı sağlamayı amaçlamıştır. Kişilik işlevselliğini oluşturan 4 komponentin (kimlik, öz yönelim, empati, yakınlık) her birinde 5 nokta halinde karakteristik bozulmayı tanımlayan Kişilik İşlevselliği Düzeyi Ölçeği’ne karşılık gelen öz bildirim soruları oluşturulmuştur. LPFS-SR’yi oluşturan soruların 21’i kendini yönlendirme, 16’sı empati, 23’ü kimlik ve 20’si yakınlık alt ölçeklerini değerlendirmektedir. Sorular -0.5

ile 2.5 puan arasında ağırlıklandırılmıştır. Buna göre kişilik işlevselliği düzeyinde bozulma olmamasını işaret eden sorunun 0 ile 4 arasındaki cevabı, -0.5 ile çarpılmaktadır. Hafif düzeyde bozulmayı değerlendiren sorunun cevabı 0.5 ile çarpılırken; orta düzeyde bozulmayı değerlendiren sorunun cevabı 1.5 ile çarpılır. Ağır düzeyde ve çok ağır düzeyde bozulmayı değerlendiren soruların cevapları da sırasıyla 2.5 ve 3.5 katsayıları ile çarpılır. Toplam puanın yüksek olması kişilik işlevselliği düzeyinde bozulma ile ilgilidir. Morey orijinal çalışmasında 306 kişiden oluşan toplum örneğine ölçeği uygulamış ve tablo 5'deki verileri elde etmiştir. Buna göre ortalamanın +1.0 standart sapma üzerinde puan alan kişilerde subklinik sorunlar gözlenebileceği ifade edilmiştir. +1.5 ile +2.0 standart sapmayı aşan puanlar anlamlı olarak kişilik bozukluğunu işaret edebilir (11).

Tablo 5. LPFS-SR'nin toplum örnekleminde bildirilmiş sonuçları (11)

	Toplam	Kimlik	Kendini yönlendirme	Empati	Yakınlık
Ortalama	232.4	75.8	53.4	39.1	64.1
+1 SS	308.8	101.0	73.6	53.3	87.1
+1.5 SS	347.1	113.6	83.7	60.5	98.6
+2.0 SS	385.3	126.2	93.7	67.6	110.1

SS: Standart sapma

LPFS-SR'nin İngilizce versiyonunu Türkçeye çevirmek için standart ileri-geri yöntem izlenmiştir (112). Bu yöntemle göre LPFS-SR'nin İngilizce versiyonu bağımsız çevirmenler tarafından Türkçeye birkaç farklı versiyonla çevrilmiştir. Oluşturulan Türkçe çeviri havuzu, iki dilli ve alanında uzman hekimler tarafından değerlendirilerek kavramların tam karşılığı alan bilgisi dahilinde seçilmiştir. Elde edilen ilk Türkçe versiyon, bağımsız çevirmenler tarafından tekrar ingilizceye çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan İngilizce versiyon ile orijinal ölçek araştırmacılar tarafından karşılaştırılmıştır. Sonraki adımda geri çevirisi yapılan İngilizce versiyon tekrar çevirmenler tarafından Türkçeye çevrilerek elde edilen ilk ve ikinci Türkçe versiyonlar araştırmacılar tarafından karşılaştırılmıştır. Uyarılama sonrası ölçek 10 kişilik deneme grubuna uygulanarak gerekli değişiklikler yapılmıştır.

3.4. BFI (Big Five Inventory)

Kişiliğin beş faktör modeli leksikal hipoteze dayanır. Bu hipotez, bir grup insan için önem teşkil eden kişilik özelliklerinin eninde sonunda o grubun dilinin bir parçası haline geleceği ve en önemli kişilik özelliklerinin tek bir kelime olarak ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu şeklinde iki varsayıma dayanır. Kişilik özelliklerinin tespiti ve taksonomisi için sözlüğün bir kaynak olarak kullanımı Klages (1926), Baumgarten (1933), Allport ve Odbert (1936) gibi psikologların çalışmaları ile başlamış; Goldberg, Wiggins, Saucier gibi psikologların da modern veri analiz yöntemlerini kullanarak beş ortak faktörün altında kümelenme gösteren kişilik modelleri ile günümüze dek ulaşmıştır (113).

Bu çalışmalar her ne kadar bir sözlükte kişiliği ilgilendiren 18.000'e yaklaşan sözcüğün sadece beş faktöre indirgenmesi şeklinde aşırı basitleştirme işlemi gibi görünse de aslında her bir faktörün kapsadığı geniş kişilik özellikleri deryası nedeniyle “büyük” beşli olarak adlandırılmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalar farklı kültürlerde ve dillerde bu beş faktörün sebat ettiğini ve benzerlikler sergilediğini ortaya koymuştur (114–118). Bu alanda elde edilen başarı, aynı beş kavramı ölçmek için farklı yazarlar tarafından ölçekler geliştirilmesi ile kendini göstermiştir. Kullanım amacına göre farklı uzunluklarda geliştirilen bu ölçeklerin en bilinenleri arasında McCrae ve Costa'nın 1992 yılında geliştirdiği 240 soruluk NEO PI-R ve bunun kısaltılmış versiyonu olan 60 soruluk NEO-FFI sayılabilir (113).

Bu araştırmada kullanılan BFI, Benet Martinez ve John (1998)'un, 5 faktörü etkili ve esnek şekilde kısa bir envanter ile değerlendirmek amacıyla oluşturdukları şekliyle kullanılmıştır. Dışa dönüklük ve duygusal denge alt ölçeğini araştıran 8'er madde, uyumluluk ve sorumluluk alt ölçeğini araştıran 9'ar madde ve açıklık alt ölçeğini araştıran 10 madde olmak üzere toplamda 44 maddeden oluşmaktadır (119). Ölçeğin kesme puanı yoktur fakat farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda her topluma ait ortalama değerler hesaplanmıştır (120). Ölçek 5 aralıklı likert tarzında puan almaktadır ve Türkçeye çevrilerek kültürlerarası bir çalışmada kullanılmıştır (121) (Ek-8.5).

3.5. SCID-II SPQ (DSM-III-R)

Kişilik bozukluklarında tanı güvenilirliğini sağlamak amacıyla Spitzer, Williams ve ark. (1985) tarafından geliştirilmiş 120 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (122). Coşkunol ve ark. tarafından Türkçe çevirinin güvenilirlik çalışması yapılmış ve yüksek güvenilirlikte bir görüşme yöntemi olduğu sonucuna varılmıştır (123). Öz-bildirim formu hasta tarafından doldurulduktan sonra klinisyen görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durmaktadır (123). Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok -1-, eşik altı -2- ve eşik üstü -3- biçiminde puanlanır ve bireyin kişilik bozuklukları tanısını karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir (Ek-8.6). SCID-II toplam puanı, kişilik bozukluğunun şiddetinin bir ölçümü olarak nümerik biçimde, klinisyen görüşmesi sırasında ise DSM-5 tanılarına uygun olarak nominal biçimde kullanılmıştır.

3.6. SCID-5-CV

Psikiyatrik hastalıkların tanımları ve tanı kriterleri belirlendikten sonra, farklı klinisyenler tarafından konulan tanılara yönelik güvenilirlik ve semptomları sorgulamanın standardizasyonu ile ilgili eksiklikler gündeme gelmiştir. Bu amaçla yapılandırılmış klinik görüşmeler geliştirilmiştir (124). DSM için ilk yapılandırılmış görüşme DSM-III-R ile tanıtılmış ve güvenilirliği ile ilgili olumlu veriler ortaya konmuştur (125). DSM-IV ile birlikte yeni tanı kriterlerine göre eksen I bozuklukları için oluşturulmuş yapılandırılmış görüşme aracı olan SCID-I’de güncellemeler yapılmıştır. DSM-IV’ten DSM-5’e geçişte ise eksen I bozuklukları için kullanılan görüşme aracının ismi SCID-I yerine SCID-5-CV olarak değiştirilmiş ve içerikle ilgili önemli değişiklikler yapılmıştır. SCID-5’te 32 tanı kategorisine ait ayrıntılı tanı ölçütleri ve 16 tanı kategorisine ait araştırmacı sorularla birlikte toplam 10 modül bulunmaktadır. Elbir ve ark. (2019) tarafından DSM-5 Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonunun Türkçeye uyarlanması yapılmıştır (126).

3.7. İstatistik Yöntemleri

Bu tez çalışmasında, SCID II yapılandırılmış klinik görüşme ile kişilik bozukluğu tanısı alan hastalar ve kontrol grubunun LPFS-SR , SCID-II ve BFI puanları karşılaştırılmıştır. LPFS-SR'nin kişilik bozukluğunu ayırt etme gücü değerlendirilmiştir.

3.7.1. Örneklem genişliği

Ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için örneklemin ölçek madde sayısının en az 5 ve hatta 10 katı olması önerilmektedir (127). Buna göre ilk olarak 450 bireyden oluşan hasta popülasyonundan Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri polikliniğe gelen kişilik bozukluğu tanısı alan 207 hasta, ayrıca hasta yakınları (n=150), hastane personeli ve öğrenciler (n=201) ve psikiyatri polikliniği dışında diğer polikliniklere başvuran (n=162) toplam 513 gönüllü birey çalışmaya dahil edildi.

3.7.2. Dil Geçerliliği

LPFS-SR'nin İngilizce versiyonunu Türkçeye çevirmek için standart ileri-geri yöntem izlenmiştir (112). Bu süreçte ölçeğin çevirileri bağımsız çevirmenler ve iki dilli alanında uzman hekimler tarafından yapılmıştır.

3.7.3. Güvenirlik

Güvenirlik analizlerinde Cronbach alfa, Kuder Richardson 21 (KR-21), interitem korelasyon ve test-retest katsayıları hesaplanmıştır. Test-retest güvenirlik analizinde LPFS-SR ölçeğinin kontrol grubundan rastgele seçilen bir grup bireye (30 kişi) birinci ve ikinci uygulamaları arasında geçen süre 2 hafta olarak alınmıştır.

3.7.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin uygun tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, medyan, çeyrekler arası genişlik, yüzde) hesaplandı. Tek değişkenli nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü skewness ve kurtosis katsayılarıyla ve Shapiro-Wilk testiyle incelendi. Grup varyanslarının homojenliği varsayımı ise Levene testi ile kontrol edildi. Nicel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Independent

samples t ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ki-kare (post hoc: Bonferroni düzeltmeli z testi), Fisher-Freeman-Halton (post hoc: Bonferroni düzeltmeli z testi) testleriyle incelendi. Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman, parametrik ve parametrik olmayan point biserial korelasyon katsayılarıyla değerlendirildi.

Geçerlik çalışması öncesinde veri setinin çok değişkenli normallik, çoklu bağlantı ve doğrusallık varsayımları açısından uygunluğu sırasıyla Mardia Kurtosis normallik testi, varyans enflasyon faktörü (VIF) yaklaşımı ve saçılım grafiklerinin incelenmesiyle kontrol edildi. Kaiser-Meier Olkin testi ile örneklem genişliğinin uygunluğu, Bartlett Küresellik ile veri giriş matrisinin analiz için uygunluğu incelendi. Faktör sayısı belirlerken Kaiser kriteri (özdeğer>1), Horn Paralel test, Velicer Minimum Average Partial (MAR) test sonuçları dikkate alındı. Faktörleri belirlemede Temel Bileşenler Analizi uygulandı. Ölçüm modeline ulaşmak amacıyla MINRES faktör analizi (varimax rotation) uygulandı. Belirlenen faktör yapısının geçerliğini test etmek için Maksimum Olabilirlik Tahmin tekniği ile Doğrulayıcı faktör analizinden (CFA) yararlanıldı.

Modelin uygunluğunun değerlendirilmesinde ise (χ^2/df), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI), Akaike Information Criterion (AIC), Consistent Akaike Information Criterion (CAIC) ve Expected Cross Validation Index (ECVI) model uyum indekslerinden yararlanıldı.

Ölçeğin artan geçerliğini incelemek için lojistik regresyon analizi uygulandı. Elde edilen lojistik regresyon modellerinin uygunluğu ise Hosmer-Lemeshow testiyle değerlendirildi. Ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek amacıyla ölçeğin standartlaştırılmış Cronbach alfa iç tutarlılık ve test-retest güvenirlik katsayıları (ICC: Intraclass correlation coefficient) hesaplandı. KİDÖÖ toplam puan ve 4 orijinal alt boyut ve 6 alt boyut için en uygun cut-off değerleri Receiver operating characteristic-ROC analizi ile bulundu. İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS v.22, LISREL 8.54 programları ve özel makrolar kullanıldı. $p<.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı örneklem incelendiğinde, hasta ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından homojendi ($p>.05$). Medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, aile öyküsü, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardı ($p<.05$ Tablo 6). Hasta grubunda boşanmış, ilkokul mezunu, işsiz, ev hanımı, alt gelir düzeyine sahip, aile öyküsü var olanların, sigara, alkol ve uyuşturucu kullananların oranları kontrol grubundakilerden anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bir çocuğa sahip olma, üniversite mezunu, memur, orta gelir seviyesine sahip olma oranı ise kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p<.05$).

Tablo 6. Sosyodemografik veriler açısından grupların karşılaştırılması

		Grup			p
		Hasta	Kontrol	Toplam	
Cinsiyet n (%)	Kadın	120 (58)	310 (60.4)	430 (59.7)	.543
	Erkek	87 (42)	203 (39.6)	290 (40.3)	
Yaş (Ort.±SS)		29.7±10.5	28.6±8.6	28.9±9.2	.175
Medeni hal n (%)	Evli	71 (34.3)	206 (40.2)	277 (38.5)	<.001
	Boşanmış	19 (9.2)	9 (1.8)	28 (3.9)	
	Bekar	115 (55.6)	296 (57.7)	411 (57.1)	
	Dul	2 (1)	2 (.4)	4 (.6)	
Çocuk sayısı n (%)	0	97 (61)	191 (58.4)	288 (59.3)	.038
	1	13 (8.2)	53 (16.2)	66 (13.6)	
	2	29 (18.2)	59 (18)	88 (18.1)	
	3 ve üzeri	20 (12.6)	24 (7.3)	44 (9.1)	
Eğitim n (%)	İlkokul	53 (25.6)	44 (8.6)	97 (13.5)	<.001
	Lise	77 (37.2)	167 (32.6)	244 (33.9)	
	Üniversite	71 (34.3)	285 (55.6)	356 (49.4)	
	Lisansüstü	6 (2.9)	17 (3.3)	23 (3.2)	
Meslek n (%)	Memur	11 (5.3)	175 (34.3)	186 (25.9)	<.001
	İşsiz	49 (23.7)	50 (9.8)	99 (13.8)	
	Ev hanımı	33 (15.9)	31 (6.1)	64 (8.9)	
	Diğer	70 (33.8)	175 (34.3)	245 (34.2)	
	Esnaf	5 (2.4)	8 (1.6)	13 (1.8)	
	İşçi	24 (11.6)	48 (9.4)	72 (10)	
	Serbest meslek	11 (5.3)	16 (3.1)	27 (3.8)	
	Emekli	4 (1.9)	7 (1.4)	11 (1.5)	
Gelir düzeyi n (%)	Alt	81 (39.3)	92 (18)	173 (24.1)	<.001
	Orta	122 (59.2)	403 (78.7)	525 (73.1)	
	Üst	3 (1.5)	17 (3.3)	20 (2.8)	
Aile öyküsü n (%)	Yok	119 (57.5)	453 (88.3)	572 (79.4)	<.001
	Var	88 (42.5)	60 (11.7)	148 (20.6)	
Sigara n (%)	Yok	70 (33.8)	356 (69.4)	426 (59.2)	<.001
	Var	137 (66.2)	157 (30.6)	294 (40.8)	
Alkol n (%)	Yok	127 (61.4)	413 (80.5)	540 (75)	<.001
	Var	80 (38.6)	100 (19.5)	180 (25)	
Uyuşturucu n (%)	Yok	173 (83.6)	504 (98.2)	677 (94)	<.001
	Var	34 (16.4)	9 (1.8)	43 (6)	

Hasta grubu kişilik bozukluğu tanısı olan 207 bireyi içermektedir. En sık görülen alt kategorileri sırasıyla borderline, antisosyal, obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarıydı ve tüm hasta grubunun %58'ini oluşturmaktaydı. Kişilik bozukluğu tanılı bireylerin sahip olduğu eksen I tanıları incelendiğinde ise anksiyete ve depresyonun ilk iki sırada yer aldığı ve toplam komorbiditenin %49.3'ünü karşılık geldiği görüldü. Bunları birbirine yakın oranlarla travma ve madde ile ilişkili bozukluklar takip etmekteydi (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta grubunda görülen eksen I tanılarının ve kişilik bozukluklarının dağılımı

Eksen I Tanısı	n (%)	Kişilik Bozukluğu	n (%)
Anksiyete bozuklukları	62 (30)	Antisosyal	31 (15)
Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar	22 (10.6)	Bağımlı	4 (1.9)
Depresyon bozuklukları	40 (19.3)	Borderline	60 (29)
Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık	21 (10.1)	Çekingen	17 (8.2)
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite boz	11 (5.3)	Histriyonik	26 (12.6)
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	8 (3.9)	Narsisistik	7 (3.4)
Uyku – uyanıklık bozuklukları	7 (3.4)	Obsesif-Kompulsif	29 (14)
Disosiasyon bozuklukları	4 (1.9)	Paranoid	19 (9.2)
Dürtü denetimi ve davranım bozukluklar	8 (3.9)	Şizoid	8 (3.9)
Okb ve ilişkili bozukluklar	14 (6.8)	Şizotipal	6 (2.9)
Yeme bozuklukları	4 (1.9)		
Bedensel belirti bozuklukları	6 (2.9)		
Toplam	207 (100)	Toplam	207 (100)

BFI boyutları açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardı. Hasta grubunda ölçülen açıklık, sorumluluk, dışa dönüklük, uyumluluk puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha düşük iken duygusal denge puanı için tam ters bulgu elde edildi (Tablo 8).

Tablo 8. BFI alt ölçekleri puanları bakımından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	Toplam
Açıklık	33 (14)	36 (8.5)	35 (10)
Sorumluluk	29 (14)	36 (9)	34 (10)
Dışa dönüklük	23 (13)	29 (9)	27 (10)
Uyumluluk	30 (9.3)	35 (8)	34 (8)
Duygusal denge	32 (9)	21 (11)	23 (13)

Değerler medyan (çeyrekler arası genişlik) olarak verilmiştir. Tüm değerler için $p < .001$.

SCID-II toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark vardı. Kontrol grubuna göre hasta grubunda ölçülen SCID-II toplam puanı anlamlı düzeyde daha yüksekti. Hasta grubunda çekingen, pasif agresif, bağımlı, antisosyal, şizoid, obsesif kompulsif, depresif, şizotipal, borderline, paranoid, histriyonik, narsistik görülme oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 9).

Tablo 9. SCID-II alt ölçekleri bakımından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta, n (%)	Kontrol, n (%)	Toplam, n (%)
Çekingen	154 (74)	168 (32.7)	322 (44.7)
Pasif	155 (74.9)	169 (32.9)	324 (45)
Bağımlı	155 (74.9)	169 (32.9)	324 (45)
Antisosyal	155 (74.9)	169 (32.9)	324 (45)
Şizoid	80 (38.6)	57 (11.1)	137 (19)
Obsesif kompulsif	152 (73.4)	222 (43.3)	374 (51.9)
Depresif	152 (73.4)	222(43.3)	374 (51.9)
Şizotipal	152 (73.4)	222 (43.3)	374 (51.9)
Borderline	166 (80.2)	95 (18.5)	261 (36.3)
Paranoid	166 (80.2)	95 (18.5)	261 (36.3)
Histriyonik	159 (76.8)	331 (64.5)	490 (68.1)
Narsisistik	105 (50.7)	90 (17.5)	195 (27.1)
Toplam puan, ort.(ss)	69.2 (15.1)	40.2 (17.6)	48.6 (21.4)

Tüm değerler için $p<.001$

Hasta ve kontrol grupları arasında KİDÖÖ toplam puanları ve orijinal 4 alt ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<.001$). Hasta grubunda toplam

puan ve alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Etki büyüklüğü ise toplam puanda en yüksek, empati alt ölçeğinde ise en düşük bulundu. (Tablo 10).

Tablo 10. KİDÖÖ puanları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırması

	Hasta, ort. (ss)	Kontrol, ort. (ss)	Cohen D'si
Kimlik	86.3 (19.8)	53.4 (15.2)	1.97
Kendini yönlendirme	118.4 (22.4)	73.1 (21)	2.11
Empati	61 (13.7)	40.9 (11.3)	1.66
Yakınlık	90.3 (20.7)	57.9 (16.4)	1.82
Toplam	356 (63.7)	225.4 (56.5)	2.22

Tüm değerler için $p < .001$

4.1.Geçerlik Analizi

4.1.1.Yapı geçerliği (construct validity)

Mardia Kurtosis normallik testine göre verilerin çok değişkenli normallik varsayımını sağladığı ($p > .05$), VIF'e göre de çoklu bağlantının olmadığı ve scatter grafiklerine göre doğrusallık varsayımının sağlandığı bulundu. Anti imaj korelasyon matrisi incelendiğinde diyagonal üzerindeki tüm değerler .77'nin üzerindeydi. Kaiser Meyer Olkin testi (KMO test = .96) ile örneklem genişliğinin ve Bartlett Küresellik testi ($c^2 = 26945.2$; $p < .001$) sonucuna göre de veri setinin faktör analizi için uygun olduğu elde edildi (128).

Faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi sonucunda Kaiser kriterine göre 1 değerinden büyük özdeğer değeri 15 olduğundan faktör sayısı 15 olarak belirlendi. 15 faktörlü model için açıklanan varyans oranı %57.3'tü ve bazı maddelerin birden fazla faktöre yüklendiği gözlemlendi. Ayrıca düzeltilmiş madde korelasyon değeri negatif olan (3 madde) ve .3 değerinin altında olan maddeler (8 madde) saptandı yani ölçeğe katkısı olmayan maddeler ölçekte bulunmaktaydı. Paralel test ve Velicer MAR testlerine göre de ölçeğin alt boyut sayısı 6 olarak saptandı. 6 faktör alındığında açıklanan varyans oranı %44.5'ti ve bazı maddeler birden fazla faktöre yüklenmekteydi.

Morey, KİDÖÖ'yi tek bir genel faktör olarak tanımlamış, Sleep ve ark. tek faktörlü modelin uygun olmadığını, 4 faktörlü alternatif bir modelin daha uyumlu olduğunu bulmuşlardır (106,129). Bu nedenle 80 madde ile bu ölçeğin yapı geçerliğini incelemek uygun olmasa da ölçekten madde çıkarmadan tek faktör, 4 faktör, 5 faktör ve 6 faktör için açıklayıcı faktör analizi uygulandı (Tablo 11, 13-15).

KİDÖÖ tek faktör alındığında açıklanan varyans oranı %29'du. Tablo 11'de tek faktörlü modelin faktör yükleri, ölçekteki maddelere ait tanımlayıcı değerleri ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri verildi. Faktör yükleri -.33 ile .76 arasında değişmekte ve negatif faktör yükleri (40, 61, 76) bulunmaktaydı. 57 tanesinin faktör yükü .45 ve üzerindeydi. Ortak paylaşılan varyans değeri .4'in altında olan 59 madde vardı (61, 44, 40, 22, 37, 39, 38, 11, 64, 14, 76, 73, 8, 20, 51, 2, 69, 43, 32, 27, 13, 34, 1, 60, 26, 31, 4, 9, 30, 12, 18, 75, 74, 21, 52, 66, 23, 59, 45, 7, 15, 78, 77, 70, 10, 68, 46, 36, 57, 3, 17, 48, 62, 54, 41, 67, 79, 58, 47).

Tablo 11. Tek faktörlü modelin faktör yükleri, tanımlayıcı değerleri ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri

	Tek Faktör	Ortalama (ss)	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu		Tek Faktör	Ortalama (ss)	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu
1	.44	-1.5 (.4)	.4	41	.62	2.8 (1.4)	.59
2	.38	3.6 (1.9)	.39	42	.69	4.9 (2.6)	.65
3	.59	4.1 (2.3)	.57	43	.40	6.5 (3.4)	.4
4	.47	-1.4 (.5)	.42	44	.06	-1.3 (.5)	.05
5	.64	4.5 (2.5)	.62	45	.55	4.5 (2.6)	.52
6	.63	1 (.5)	.61	46	.58	4.6 (2.6)	.56
7	.55	6.2 (2.5)	.51	47	.63	7.8 (3.6)	.6
8	.35	3.2 (1.4)	.33	48	.6	1.2 (.5)	.57
9	.48	6.6 (3.4)	.48	49	.69	6.4 (3.5)	.67
10	.58	5.7 (3.3)	.58	50	.66	3.4 (1.7)	.62
11	.23	-1.5 (.5)	.22	51	.35	-1.4 (.5)	.32
12	.51	3.8 (1.6)	.5	52	.53	1 (.5)	.53
13	.4	3 (1.6)	.4	53	.68	5.3 (3)	.66
14	.3	-1.3 (.5)	.26	54	.61	4.6 (2.6)	.6
15	.56	6.8 (3.5)	.54	55	.63	4.5 (2.6)	.62
16	.66	6.4 (3.7)	.63	56	.65	6 (2.9)	.62
17	.59	5.2 (2.6)	.58	57	.58	5.6 (3)	.56
18	.51	5.1 (2.7)	.51	58	.62	5.2 (2.9)	.6

19	.64	5.4 (3.1)	.63	59	.54	8.2 (3.4)	.52
20	.35	2.9 (1.5)	.36	60	.45	1.3 (.5)	.43
21	.53	6.4 (3.1)	.52	61	-.02	-1.3 (.5)	-.02
22	.14	5.7 (3.1)	.16	62	.61	5.9 (3.7)	.6
23	.54	2.8 (1.4)	.52	63	.7	5.9 (3.5)	.69
24	.69	4.8 (2.6)	.65	64	.27	1 (.5)	.27
25	.69	4.1 (2.4)	.67	65	.68	1.2 (.6)	.64
26	.45	-1.3 (.5)	.42	66	.54	6.2 (2.7)	.5
27	.4	3.5 (1.6)	.38	67	.62	1.1 (.5)	.6
28	.72	1 (.5)	.69	68	.58	1.1 (.4)	.55
29	.7	1.1 (.5)	.66	69	.38	5.4 (2.8)	.39
30	.5	7.5 (3.7)	.49	70	.57	2.3 (1.4)	.57
31	.46	2.7 (1.4)	.47	71	.66	7 (3.6)	.64
32	.4	7 (3.6)	.4	72	.76	5.1 (2.7)	.73
33	.69	4.5 (2.6)	.66	73	.35	5.1 (2.3)	.34
34	.4	0.9 (.5)	.39	74	.52	1 (.5)	.51
35	.75	5.3 (2.9)	.71	75	.51	0.8 (.5)	.51
36	.58	2.2 (1.3)	.56	76	-.33	-1.4 (.5)	-.32
37	.19	-1.4 (.5)	.19	77	.57	3.6 (1.6)	.53
38	.23	3.7 (1.4)	.22	78	.57	2.5 (1.5)	.54
39	.21	-1.7 (.4)	.2	79	.62	3 (1.5)	.59
40	-.1	-1.4 (.5)	-.1	80	.74	1.1 (.5)	.7

KİDÖÖ toplam skoru ve alt ölçek skorları birbiriyle güçlü korelasyonlar göstermekteydi (Tablo 12).

Tablo 12. KİDÖÖ'nün alt ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonu

	Kimlik	Kendini Yönlendirme	Empati	Yakınlık	Toplam
Kimlik	1	—	—	—	—
Kendini Yönlendirme	.84	1	—	—	—
Empati	.77	.77	1	—	—
Yakınlık	.79	.79	.79	1	—
Toplam	.92	.94	.81	.91	1

4 faktörlü modelin açıklanan varyans oranı %40.5 olarak bulundu. Ortak paylaşılan varyans değeri .40'ın altında olan 39 madde vardı (27, 40, 34, 76, 73, 22, 2, 13, 11, 12, 64, 18, 38, 20, 30, 9, 44, 74, 21, 31, 78, 52, 45, 39, 46, 69, 8, 75, 32, 17, 70, 14, 59, 43, 37, 15, 60, 57, 77). Tablo 13'de 4 faktörlü model için faktör yükleri verildi. Orijinalindeki gibi faktörlere benzer maddelerin yüklenmediği, bazı maddelerin birden fazla faktörde yer aldığı (35, 48, 5, 77, 59, 46, 49, 6, 30, 27, 80, 54, 70, 17, 34, 19, 3, 21, 18, 73, 51, 4) ve bazılarının negatif değerli (38, 76) oldukları gözlemlendi.

Tablo 13. 4 faktörlü modelin faktör yükleri

	1	2	3	4		1	2	3	4
24	.68	.21	.18	.21	63	.31	.51	.38	.22
23	.68	.05	.18	-.11	47	.35	.51	.23	.03
42	.65	.24	.17	.24	60	.27	.48	.11	-.27
28	.64	.28	.21	.22	54	.25	.46	.38	.1
29	.63	.33	.16	.12	64	-.12	.44	.27	-.11
36	.6	.09	.28	.02	74	.22	.43	.31	-.03
35	.57	.48	.17	.14	70	.25	.38	.38	.11
7	.57	.29	.02	.02	17	.33	.36	.35	.07
79	.56	.34	.14	-.01	76	-.10	-.35	-.25	.23
58	.56	.24	.24	.08	34	.17	.31	.31	-.13
15	.55	.16	.24	.01	43	.15	.1	.57	-.11
8	.55	-.07	.14	-.19	69	.06	.19	.56	-.09
41	.54	.27	.16	.18	32	.17	.12	.54	-.16
50	.54	.40	.15	.04	10	.22	.28	.52	.2
25	.54	.23	.33	.3	22	-.07	-.1	.5	.05
57	.54	.23	.21	.01	2	.13	.11	.49	.04
33	.54	.32	.22	.27	75	.2	.22	.49	.16
16	.53	.22	.34	.18	19	.33	.23	.48	.39
45	.51	.25	.15	.05	20	-.01	.19	.48	.18
48	.50	.42	.06	-.01	31	.28	.14	.48	-.09
78	.45	.28	.19	.11	13	.22	.07	.47	.03
5	.45	.24	.38	.18	9	.2	.21	.45	.13
77	.44	.43	.05	.07	3	.35	.21	.43	.24
59	.44	.39	.12	-.11	52	.24	.31	.42	.01
46	.43	.37	.19	-.01	12	.26	.24	.4	.09
49	.42	.39	.36	.17	21	.31	.19	.39	.2
6	.41	.36	.28	.16	18	.28	.22	.38	.15
30	.39	.14	.36	-.01	73	.12	.28	.33	-.23

27	.27	.23	.22	-.05	61	.03	-.25	-.02	.6
65	.40	.67	.07	.06	37	-.08	.1	.2	.57
72	.39	.63	.27	.11	39	-.01	.1	.14	.56
66	.32	.59	.04	-.14	26	.27	.16	.18	.56
56	.42	.59	.06	.08	1	.35	.14	.06	.55
71	.26	.58	.30	.13	44	.1	-.08	-.11	.53
62	.13	.56	.36	.22	14	.32	.05	-.08	.51
68	.26	.53	.23	0	51	.4	.02	-.02	.48
67	.35	.53	.2	.01	11	-.01	.12	.19	.48
53	.35	.52	.28	.14	4	.44	.23	-.09	.46
55	.24	.52	.38	.01	38	.19	.23	.12	-.44
80	.51	.51	.18	.19	40	-.03	-.27	0	.39

5 faktörlü modelin açıklanan varyans oranı %42.6'ydı. Ortak paylaşılan varyans değeri .4'ün altında olan 31 madde vardı (27, 76, 40, 2, 34, 38, 73, 44, 30, 9, 12, 64, 22, 18, 74, 52, 78, 11, 39, 45, 17, 70, 13, 46, 59, 8, 21, 20, 15, 57, 60). Tablo 14'te 5 faktörlü model için faktör yükleri verildi. Bazı maddelerin birden fazla boyutta yer aldığı (35, 80, 48, 77, 59, 46, 49, 6, 30, 27, 63, 54, 76, 5, 70, 17, 52, 4, 51, 34) ve negatif değerli (38, 76) oldukları gözlemlendi.

Tablo 14. 5 faktörlü modelin faktör yükleri

	1	2	3	4	5
24	.68	.19	.29	.15	.01
23	.67	.06	.00	-.04	.29
42	.65	.22	.31	.17	-.02
28	.64	.25	.33	.15	.01
29	.62	.31	.26	.07	.01
36	.59	.07	.18	.04	.25
35	.57	.47	.16	.14	.15
7	.57	.29	.02	.03	.06
79	.55	.33	.08	.02	.17
58	.55	.22	.23	.06	.15
15	.54	.14	.21	.00	.17
8	.54	-.07	-.03	-.13	.25
50	.54	.39	.15	.03	.12
41	.54	.26	.17	.17	.11
33	.53	.30	.34	.21	.03

25	.53	.20	.43	.22	.08
57	.53	.22	.17	.01	.16
16	.52	.18	.41	.10	.10
45	.50	.25	.07	.08	.18
80	.50	.50	.17	.2	.15
48	.50	.41	.1	-.02	.04
78	.45	.27	.17	.11	.15
77	.44	.43	.04	.08	.08
59	.43	.38	.13	-.13	.09
46	.42	.36	.09	.02	.23
49	.41	.36	.38	.12	.18
6	.40	.34	.30	.13	.14
30	.38	.10	.36	-.06	.18
27	.26	.21	.19	-.06	.15
65	.39	.67	.08	.06	.09
72	.38	.61	.27	.09	.17
66	.32	.60	-.06	-.08	.19
56	.42	.58	.08	.09	.07
71	.25	.56	.3	.11	.18
62	.12	.53	.41	.17	.16
67	.34	.52	.16	.01	.18
68	.26	.5	.28	-.05	.09
53	.34	.49	.35	.08	.1
55	.23	.49	.35	-.02	.25
47	.34	.48	.29	-.02	.1
63	.30	.47	.45	.15	.14
60	.27	.47	.10	-.28	.10
64	-.13	.44	.08	-.05	.33
54	.24	.43	.39	.06	.19
74	.21	.42	.19	.00	.29
76	-.09	-.33	-.19	.24	-.19
20	-.02	.14	.59	.06	.10
19	.32	.19	.56	.30	.15
75	.19	.18	.55	.07	.17
22	-.08	-.15	.52	-.05	.18
3	.34	.16	.49	.16	.14
21	.30	.15	.49	.1	.09
10	.20	.24	.48	.16	.29
9	.19	.17	.46	.07	.19
18	.27	.18	.45	.06	.11
5	.44	.21	.44	.12	.14
70	.23	.36	.36	.08	.22
17	.32	.33	.34	.03	.19

52	.23	.29	.32	0	.31
37	-.09	.10	.15	.61	.14
61	.03	-.24	.08	.59	-.12
14	.32	.08	-.12	.58	.03
1	.35	.15	.09	.57	.03
26	.26	.15	.21	.56	.07
39	-.02	.1	.19	.55	.02
11	-.02	.13	.1	.53	.18
4	.44	.25	-.04	.49	-.05
51	.40	.02	.08	.47	-.09
44	.1	-.08	.11	.47	-.26
38	.18	.21	.05	-.45	.14
40	-.03	-.26	-.06	.44	.03
43	.13	.09	.20	-.01	.63
32	.15	.11	.17	-.05	.61
69	.04	.18	.2	0	.6
31	.26	.13	.16	0	.54
13	.20	.06	.15	.13	.53
73	.11	.28	.05	-.15	.45
2	.11	.09	.31	.06	.41
34	.16	.31	.07	-.05	.4
12	.25	.23	.21	.14	.39

6 faktörlü modelin açıklanan varyans oranı %44.5'ti. Ortak paylaşılan varyans değeri .4'in altında olan 27 madde vardı (76, 34, 2, 40, 44, 38, 73, 27, 30, 64, 52, 74, 18, 11, 9, 39, 12, 78, 17, 8, 22, 21, 59, 46, 20, 15, 70). Tablo 15'te 6 faktörlü modelin faktör yükleri verildi. Bazı maddelerin birden fazla boyutta yer aldığı (35, 63, 54, 48, 64, 46, 59, 49, 70, 17, 76, 42, 3, 50, 7, 30, 78, 10, 9, 52) ve negatif değerli (38, 76) oldukları görüldü.

Tablo 15. 6 faktörlü modelin faktör yükleri

	1	2	3	4	5	6
65	.7	.27	.22	.04	.08	.11
72	.64	.29	.21	.23	.11	.19
56	.62	.24	.27	.05	.1	.07
66	.62	.18	.19	-.09	-.07	.2
71	.57	.2	.13	.27	.12	.2
80	.55	.24	.39	.15	.22	.14
62	.55	.06	.08	.42	.19	.16
67	.53	.3	.16	.1	.02	.21
55	.52	.05	.23	.38	0	.22
53	.51	.30	.19	.31	.09	.11
68	.51	.26	.11	.24	-.04	.12
60	.5	.07	.24	.12	-.27	.07
47	.5	.3	.18	.24	-.01	.12
35	.5	.46	.33	.07	.16	.18
63	.49	.26	.16	.42	.16	.16
77	.46	.33	.26	-.02	.10	.1
54	.46	.06	.24	.42	.08	.16
48	.45	.37	.31	.04	.00	.05
74	.43	.11	.15	.18	.01	.29
64	.41	-.05	-.15	.08	-.05	.35
46	.41	.17	.37	.08	.04	.2
59	.4	.35	.26	.06	-.11	.11
49	.39	.28	.3	.35	.14	.18
70	.38	.1	.21	.37	.1	.2
17	.34	.31	.17	.28	.04	.22
76	-.34	-.06	-.07	-.19	.24	-.19
24	.22	.63	.38	.16	.17	.05
28	.28	.59	.36	.21	.17	.05
29	.34	.57	.34	.14	.09	.05
5	.21	.53	.17	.32	.13	.2
6	.33	.53	.11	.17	.13	.21
42	.27	.49	.44	.23	.19	-.01
27	.19	.48	-.02	.05	-.07	.23
25	.23	.46	.33	.34	.24	.1
16	.21	.45	.33	.33	.12	.12
3	.16	.45	.12	.39	.17	.19
50	.41	.44	.31	.06	.05	.14
33	.33	.44	.33	.26	.23	.05
7	.33	.41	.36	-.06	.05	.07

30	.13	.32	.27	.31	-.04	.19
36	.16	.15	.63	.21	.07	.18
58	.3	.09	.6	.29	.09	.07
57	.3	.05	.6	.23	.04	.08
23	.12	.31	.59	-.04	-.01	.26
79	.41	.12	.56	.11	.05	.11
45	.31	.12	.5	.1	.11	.13
8	-.02	.27	.48	-.07	-.11	.23
41	.32	.23	.47	.16	.2	.08
15	.19	.29	.46	.18	.03	.14
78	.32	.17	.41	.18	.14	.11
20	.13	.1	-.05	.58	.06	.12
22	-.14	-.1	.05	.57	-.04	.14
75	.19	.15	.16	.55	.08	.16
19	.2	.33	.17	.5	.32	.18
21	.17	.26	.21	.46	.12	.09
18	.21	.19	.22	.44	.08	.1
10	.23	.31	.05	.4	.16	.34
9	.16	.32	.03	.39	.07	.24
37	.08	-.03	-.11	.14	.6	.16
14	.11	.09	.27	-.13	.59	.01
61	-.24	.04	.01	.07	.59	-.11
1	.18	.21	.24	.06	.58	.03
26	.16	.26	.12	.15	.56	.1
39	.09	.04	-.07	.17	.55	.04
11	.12	-.04	-.02	.11	.53	.18
4	.28	.28	.28	-.09	.50	-.04
51	.06	.24	.3	.05	.49	-.1
44	-.07	.12	.02	.08	.47	-.25
40	-.24	-.21	.11	.01	.45	-.01
38	.25	.01	.22	.08	-.43	.11
43	.09	.04	.16	.19	-.01	.62
69	.17	.01	.06	.2	0	.61
32	.12	.01	.2	.18	-.05	.59
13	.05	.22	.11	.08	.13	.56
31	.14	.16	.23	.12	0	.54
73	.28	.05	.09	.04	-.15	.45
2	.07	.20	.03	.25	.06	.44
12	.22	.28	.1	.13	.14	.42
34	.3	.16	.07	.02	-.05	.42
52	.3	.17	.17	.3	.01	.32

Altı faktörlü modelin birinci faktörü 26 soru içermekte ve soruların 14'ü (%53) kimlik, %19'unun empati, %15'inin kendini yönlendirme, %11.5'inin ise yakınlık alt ölçeğine ait olduğu görülmüştür.

İkinci faktörün sorularının %50'si kendini yönlendirme, %28.5'i yakınlık, %21.5'i kimlik alt ölçeklerine ait sorulardan oluşmaktaydı.

Üçüncü faktörün sorularının %50'si kimlik, %40'ı kendini yönlendirme, %10'u ise yakınlık alt ölçeklerine aitti.

Dördüncü faktörün soruları, %50 empati, %37.5 yakınlık, %12.5 kendini yönlendirme alt ölçeklerine aitti.

Beşinci faktörün soruları %33.3 empati, %25 kendini yönlendirme, %25 yakınlık, %16.6 kimlik alt ölçeklerine aitti.

Altıncı faktörün soruları %60 yakınlık, %30 empati, %10 kendini yönlendirme alt ölçeklerine aitti.

Orijinal 4 faktörlü modelin yanı sıra açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen tek, 4, 5 ve 6 faktörlü yapılar CFA ile incelendi. Tek faktörlü CFA modelinin standartlaştırılmış faktör yükleri ve t değerleri Tablo 16'da verildi. Tek faktörlü CFA modelinde 44 ve 61 nolu maddeler dışında tüm maddeler anlamlı bulundu.

Tablo 16. Tek faktörlü CFA modeli

	Standartlaştırılmış faktör yükleri	t		Standartlaştırılmış faktör yükleri	t
1	.44	12.12	41	.61	18.01
2	.36	9.92	42	.69	20.96
3	.57	16.65	43	.37	10.24
4	.46	13.03	44	.07	1.8*
5	.63	18.81	45	.55	15.68
6	.62	18.36	46	.57	16.42
7	.55	15.82	47	.62	18.27
8	.34	9.33	48	.59	17.29
9	.47	13.13	49	.68	20.78
10	.56	16.19	50	.65	19.54
11	.22	6.03	51	.36	9.72

12	.49	13.73	52	.52	14.72
13	.39	10.61	53	.67	20.33
14	.29	7.9	54	.6	17.63
15	.55	15.98	55	.62	18.16
16	.65	19.38	56	.65	19.36
17	.58	16.82	57	.57	16.65
18	.5	14.09	58	.62	18.16
19	.63	18.58	59	.54	15.46
20	.34	9.27	60	.44	12.32
21	.52	14.73	61	<u>-.01</u>	<u>-.35*</u>
22	.12	3.27	62	.6	17.62
23	.53	15.2	63	.69	21.18
24	.69	21.13	64	.26	7
25	.69	20.94	65	.68	20.71
26	.44	12.33	66	.53	15.17
27	.39	10.65	67	.61	17.88
28	.72	22.13	68	.57	16.45
29	.7	21.35	69	.36	9.91
30	.49	13.87	70	.56	16.24
31	.45	12.47	71	.65	19.47
32	.38	10.35	72	.75	23.62
33	.69	20.97	73	.33	9.01
34	.39	10.79	74	.51	14.49
35	.75	23.67	75	.5	14.1
36	.57	16.47	76	-.32	-8.72
37	.18	4.92	77	.57	16.49
38	.22	5.85	78	.56	16.21
39	.21	5.57	79	.61	18.06
40	-.1	-2.75	80	.74	22.92

*|t|<1.96 anlamlı değil

4 faktörlü orijinal CFA modelinde 44 ve 61 nolu maddeler dışında tüm maddeler anlamlı bulundu (Tablo 17).

Tablo 17. 4 faktörlü orijinal modelin CFA modeli

	Alt ölçek	Faktör yükü	t		Alt ölçek	Faktör yükü	t
1	Kendini y.	.45	12.53	41	Kendini y.	.63	18.34
2	Empati	.4	10.69	42	Kendini y .	.74	22.8
3	Yakınlık	.62	18.04	43	Yakınlık	.42	11.48
4	Kimlik	.47	13	44	Empati	.04	1.08*
5	Yakınlık	.66	19.64	45	Yakınlık	.51	14.31
6	Yakınlık	.65	19.11	46	Yakınlık	.55	15.58
7	Kimlik	.58	16.71	47	Kimlik	.62	18.17
8	Kimlik	.35	9.49	48	Kimlik	.62	18.07
9	Yakınlık	.52	14.49	49	Empati	.7	21.09
10	Yakınlık	.62	17.92	50	Kimlik	.67	19.96
11	Empati	.24	6.17	51	Kendini y.	.41	11.15
12	Yakınlık	.52	14.61	52	Yakınlık	.54	15.32
13	Yakınlık	.44	11.89	53	Kendini y.	.65	19.34
14	Kendini y.	.32	8.61	54	Empati	.63	18.3
15	Kimlik	.55	15.76	55	Kimlik	.62	18.13
16	Kendini y.	.66	19.54	56	Kimlik	.68	20.57
17	Empati	.61	17.61	57	Kimlik	.58	16.59
18	Empati	.53	14.78	58	Kendini y.	.62	18.23
19	Yakınlık	.67	19.86	59	Kendini y.	.54	15.18
20	Empati	.39	10.46	60	Empati	.43	11.8
21	Empati	.55	15.3	61	Empati	-.03	-.69*
22	Kendini y.	.09	2.37	62	Kimlik	.59	17.03
23	kimlik	.54	15.36	63	Yakınlık	.72	21.71
24	Kendini y.	.75	23.25	64	Kendini y.	.2	5.39
25	Kendini y.	.72	21.83	65	Kimlik	.72	21.9
26	Yakınlık	.46	12.68	66	Kimlik	.56	16.06
27	Yakınlık	.41	11.04	67	Yakınlık	.6	17.3
28	Kendini y.	.77	24.19	68	Empati	.58	16.31
29	Kendini y.	.74	22.98	69	Yakınlık	.41	11.25
30	Kendini y.	.5	13.95	70	Kendini y.	.54	15.39
31	Empati	.47	13.04	71	Kimlik	.66	19.51
32	Empati	.42	11.49	72	Kimlik	.76	23.99
33	Kimlik	.68	20.52	73	Yakınlık	.35	9.33
34	Kendini y.	.37	9.95	74	Kimlik	.52	14.66
35	Kimlik	.78	24.51	75	Empati	.54	15.25
36	Kendini y.	.59	16.93	76	Kimlik	-.33	-8.87
37	Yakınlık	.21	5.63	77	Kimlik	.59	17.14
38	Empati	.22	5.84	78	Kendini y.	.57	16.51
39	Yakınlık	.23	6.15	79	Kimlik	.64	18.81
40	Kimlik	-.12	-3.25	80	Kendini y.	.73	22.34

*|t|<1.96 anlamlı değil

4, 5 ve 6 faktörlü CFA modellerinde tüm maddeler anlamlı bulundu (Tablo 18-20).

Tablo 18. 4 faktörlü CFA modeli

	Alt faktör	Faktör yükü	t		Alt faktör	Faktör yükü	t
1	4	.67	18.73	41	1	.63	18.53
2	3	.45	12.17	42	1	.73	22.6
3	3	.6	17.11	43	3	.48	13.1
4	4	.63	17.21	44	4	.38	9.71
5	1	.63	18.68	45	1	.56	16.07
6	1	.61	17.99	46	1	.56	16.05
7	1	.58	16.66	47	2	.64	18.85
8	1	.37	10.2	48	1	.6	17.54
9	3	.55	15.32	49	1	.66	19.84
10	3	.64	18.42	50	1	.67	19.91
11	4	.45	11.62	51	4	.56	14.97
12	3	.54	15.04	52	3	.55	15.42
13	3	.46	12.53	53	2	.7	21.03
14	4	.6	16.25	54	2	.63	18.58
15	1	.57	16.38	55	2	.66	19.71
16	1	.66	19.66	56	2	.67	19.94
17	2	.57	16.49	57	1	.58	16.9
18	3	.53	14.67	58	1	.63	18.56
19	3	.67	19.5	59	1	.54	15.48
20	3	.44	11.91	60	2	.49	13.81
21	3	.56	15.56	61	4	.41	10.42
22	3	.25	6.52	62	2	.65	19.19
23	1	.57	16.37	63	2	.71	21.57
24	1	.74	22.9	64	2	.33	8.83
25	1	.71	21.49	65	2	.72	21.89
26	4	.65	17.85	66	2	.58	16.61
27	1	.38	10.31	67	2	.63	18.38
28	1	.76	23.73	68	2	.61	17.66
29	1	.74	22.77	69	3	.46	12.58
30	1	.49	13.87	70	2	.57	16.46
31	3	.5	13.67	71	2	.69	20.75
32	3	.48	12.9	72	2	.79	25.02
33	1	.7	21.4	73	3	.37	9.8
34	2	.41	11.27	74	2	.54	15.17
35	1	.76	23.88	75	3	.56	15.53
36	1	.59	17.19	76	2	-.36	-9.83
37	4	.47	12.3	77	1	.57	16.5
38	4	-.18	-4.35	78	1	.56	16.17
39	4	.47	12.3	79	1	.62	18.04
40	4	.27	6.72	80	2	.73	22.29

Tablo 19. 5 faktörlü CFA modeli

	Alt faktör	Faktör yükü	t		Alt faktör	Faktör yükü	t
1	4	.67	18.73	41	1	.63	18.53
2	5	.47	12.17	42	1	.73	22.6
3	3	.64	17.11	43	5	.59	13.1
4	4	.63	17.21	44	4	.39	9.71
5	3	.66	18.68	45	1	.56	16.07
6	1	.61	17.99	46	1	.56	16.05
7	1	.58	16.66	47	2	.64	18.85
8	1	.37	10.2	48	1	.6	17.54
9	3	.53	15.32	49	1	.67	19.84
10	3	.63	18.42	50	1	.66	19.91
11	4	.44	11.62	51	4	.56	14.97
12	5	.53	15.04	52	3	.54	15.42
13	5	.53	12.53	53	2	.7	21.03
14	4	.6	16.25	54	2	.63	18.58
15	1	.57	16.38	55	2	.66	19.71
16	1	.66	19.66	56	2	.67	19.94
17	3	.59	16.49	57	1	.59	16.9
18	3	.54	14.67	58	1	.63	18.56
19	3	.7	19.5	59	1	.54	15.48
20	3	.43	11.91	60	2	.5	13.81
21	3	.57	15.56	61	4	.41	10.42
22	3	.23	6.52	62	2	.66	19.19
23	1	.57	16.37	63	2	.71	21.57
24	1	.74	22.9	64	2	.34	8.83
25	1	.7	21.49	65	2	.72	21.89
26	4	.65	17.85	66	2	.58	16.61
27	1	.37	10.31	67	2	.63	18.38
28	1	.75	23.73	68	2	.61	17.66
29	1	.73	22.77	69	4	.57	12.58
30	1	.49	13.87	70	3	.58	16.46
31	4	.59	13.67	71	2	.69	20.75
32	4	.58	12.9	72	2	.79	25.02
33	1	.7	21.4	73	5	.46	9.8
34	4	.47	11.27	74	2	.53	15.17
35	1	.76	23.88	75	3	.56	15.53
36	1	.59	17.19	76	2	-.36	-9.83
37	4	.47	12.3	77	1	.58	16.5
38	4	-.18	-4.35	78	1	.57	16.17
39	4	.47	12.3	79	1	.62	18.04
40	4	.27	6.72	80	1	.74	22.29

Tablo 20. 6 faktörlü CFA modeli

	Alt faktör	Faktör yükü	t		Alt faktör	Faktör yükü	t
1	5	.67	18.62	41	3	.63	18.21
2	6	.45	11.84	42	2	.75	23.07
3	2	.58	16.68	43	6	.57	15.56
4	5	.62	17.02	44	5	.4	10.11
5	2	.66	19.52	45	3	.59	16.61
6	2	.63	18.25	46	1	.58	16.78
7	2	.55	15.72	47	1	.64	18.91
8	3	.41	10.98	48	1	.6	17.5
9	4	.56	15.35	49	1	.68	20.32
10	4	.65	18.39	50	2	.65	19.27
11	5	.45	11.53	51	5	.56	15.11
12	6	.53	14.19	52	6	.56	15.16
13	6	.52	13.8	53	1	.69	20.68
14	5	.59	15.94	54	1	.62	18.18
15	3	.6	16.94	55	1	.65	19.2
16	2	.67	20.08	56	1	.68	20.47
17	1	.58	16.59	57	3	.67	19.38
18	4	.56	15.24	58	3	.71	21.08
19	4	.72	21.16	59	1	.56	16.02
20	4	.48	12.75	60	1	.48	13.56
21	4	.58	15.95	61	5	.41	10.62
22	4	.27	6.79	62	1	.63	18.52
23	3	.61	17.29	63	1	.7	21.24
24	2	.77	24.24	64	1	.31	8.3
25	2	.73	22.39	65	1	.72	22.19
26	5	.65	17.95	66	1	.58	16.72
27	2	.38	10.33	67	1	.63	18.65
28	2	.79	25.26	68	1	.6	17.55
29	2	.76	23.57	69	6	.56	14.99
30	2	.5	13.9	70	1	.56	16.17
31	6	.58	15.75	71	1	.68	20.41
32	6	.58	15.61	72	1	.79	24.96
33	2	.72	21.99	73	6	.47	12.34
34	6	.47	12.28	74	1	.54	15.26
35	1	.74	22.96	75	4	.57	15.49
36	3	.67	19.42	76	1	-.36	-9.69
37	5	.48	12.47	77	1	.58	16.64
38	5	-.18	-4.48	78	3	.6	17.03
39	5	.48	12.52	79	3	.68	19.79
40	5	.27	6.76	80	1	.74	22.9

Orijinal 4 boyutlu yapıya ve bu çalışmada elde edilen tüm CFA modellerine ait model uyum indeksleri Tablo 21’de verildi.

Tablo 21. Model uyum indeksleri

	Tek Faktörlü Model	4 Faktörlü Orijinal Model	4 Faktörlü Model	5 Faktörlü Model	6 Faktörlü Model
c2	16518.89	14686.24	10341.17	9691.11	9190.39
df	3080	3074	3074	3070	3065
p	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
c2/df	5.36	4.78	3.36	3.16	3.00
RMSEA	.078	.072	.057	.055	.053
(%90 GA)	(.077-.079)	(.071-.074)	(.056-.059)	(.054-.056)	(.051-.054)
SRMR	.064	.064	.07	.069	.069
NNFI	.96	.96	.97	.97	.97
CFI	.96	.96	.97	.97	.97
GFI	.64	.66	.74	.75	.76
AGFI	.62	.64	.72	.73	.74
AIC	16838.89	15018.24	10673.17	10031.11	9540.39
CAIC	17731.57	15944.39	11599.33	10979.59	10516.76
ECVI	23.42	20.89	14.84	13.95	13.27

df: degree of freedom, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, CFI: Comparative Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness-of-Fit Index, AIC: Akaiki Information Criterion, CAIC: Consistent Akaiki Information Criterion, ECVI: Expected Cross Validation Index.

Tek faktörlü CFA modeli ve model uyum indeksleri değerlendirildiğinde; model RMSEA, SRMR, CFI, NNFI için $(.05 < \text{RMSEA} \leq .08, .05 < \text{SRMR} \leq .10, .95 \leq \text{CFI} < .97, .95 \leq \text{NNFI} < .97)$ kabul edilebilir uyum gösterirken c^2/df , GFI, AGFI açısından modelin kötü uyum gösterdiği söylenebilir (130).

4 faktörlü orijinal CFA modeli ve model uyum indeksleri değerlendirildiğinde; model RMSEA, SRMR, CFI, NNFI için $(.05 < \text{RMSEA} \leq .08, .05 < \text{SRMR} \leq .10, .95 \leq \text{CFI} < .97, .95 \leq \text{NNFI} < .97)$ kabul edilebilir uyum gösterirken c^2/df , GFI, AGFI açısından modelin kötü uyum gösterdiği söylenebilir (130,131).

4 faktörlü CFA modeli ve model uyum indeksleri değerlendirildiğinde; model RMSEA, SRMR için kabul edilebilir uyum ($.05 < RMSEA \leq .08$, $.05 < SRMR \leq .10$), CFI, NNFI için de iyim uyum ($CFI \geq .97$, $NNFI \geq .97$) gösterirken c^2/df , GFI, AGFI açısından kötü uyum gösterdiği söylenebilir (130,131).

5 faktörlü CFA modeli ve model uyum indeksleri değerlendirildiğinde; model RMSEA, SRMR için kabul edilebilir uyum ($.05 < RMSEA \leq .08$, $.05 < SRMR \leq .10$), CFI, NNFI için de iyim uyum ($CFI \geq .97$, $NNFI \geq .97$) gösterirken c^2/df , GFI, AGFI açısından kötü uyum gösterdiği söylenebilir (130,131).

6 faktörlü CFA modeli ve model uyum indeksleri değerlendirildiğinde; model c^2/df , RMSEA, SRMR için kabul edilebilir uyum ($2 < c^2/df \leq 3$, $.05 < RMSEA \leq .08$, $.05 < SRMR \leq .10$), CFI ve NNFI için iyi uyum ($CFI \geq .97$, $NNFI \geq .97$) gösterirken GFI, AGFI açısından kötü uyum gösterdiği söylenebilir (130,131).

Faktör sayısının artmasıyla AIC, CAIC, ECVI değerleri azalmaktadır ve 6 faktörlü modelin AIC, CAIC ve ECVI değerleri en küçüktür. En küçük AIC, CAIC ve ECVI değerleri daha iyi modeli gösterdiğinden incelenen modeller arasında 6 faktörlü model seçilebilir (131). Ayrıca RMSA %95 güven aralıkları üst üste binmemekte ve 6 faktörün modelin gelişmesine katkıda bulunduğunu düşündürmektedir.

Genel değerlendirmeler sonucunda; model uyum indekslerine göre 6 faktörlü CFA modelinin daha iyi model olduğu söylenebilir (130,131).

4.1.2. Eş zamanlı geçerlik (Concurrent validity)

KİDÖÖ toplam ve alt ölçek puanları ile BFI'nın duygusal denge alt ölçeği ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanırken, BFI'nın diğer alt ölçekleri arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 22). Altı faktörlü model için de benzer sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 22. KİDÖÖ ölçeğinin alt ölçeklerinin BFI alt ölçekleriyle korelasyonu

	Açıklık	Sorumluluk	Dışa dönüklük	Uyumluluk	Duygusal Denge
Toplam	-.233	-.506	-.372	-.493	.582
Kimlik	-.256	-.542	-.35	-.443	.534
Kendini yönlendirme	-.202	-.507	-.357	-.469	.649
Empati	-.186	-.367	-.277	-.406	.428
Yakınlık	-.22	-.409	-.363	-.477	.454
Ortalama (SS)	-.219 (.02)	-.466 (.07)	-.343 (.03)	-.457 (.03)	.529 (.09)

Tüm değerler için $p < .001$. Tablodaki değerler korelasyon katsayılarını göstermektedir. Ortalama (SS) değerler sütunlar içindir.

Tablo 23. BFI alt ölçeklerinin 6 faktörlü modelle korelasyonu

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Açıklık	-.192	-.242	-.244	-.208	-.322	-.079
Sorumluluk	-.5	-.53	-.422	-.329	-.352	-.213
Dışa dönüklük	-.345	-.363	-.317	-.296	-.311	-.195
Uyumluluk	-.505	-.41	-.327	-.376	-.325	-.341
Duygusal Denge	.594	.587	.534	.294	.459	.248

Tüm değerler için $p < .001$ 'dir. Tablodaki değerler korelasyon katsayılarını göstermektedir. Her sütunda mutlak değeri en yüksek olan değer koyu ile yazılmıştır.

KİDÖÖ toplam ve orijinal alt ölçek puanlarının, her bir BFI alt ölçeğiyle olan korelasyon katsayılarının ortalaması duygusal denge için en yüksek, açıklık için ise en düşük değere sahipti. Ayrıca bu ortalamalara düşük standart sapma değerleri eşlik ediyordu. Altı faktörlü modelde ise, 4. ve 6. faktör uyumluluk ile; diğer faktörler de duygusal denge ile en yüksek korelasyonları gösteriyordu.

KİDÖÖ'nin toplam ve alt ölçeklerinin SCID-II ile ilişkisi incelendiğinde, en yüksek korelasyon katsayıları SCID-II'nin toplam puanı ile yapılan karşılaştırmalarda izlenmiştir. Bunu ikinci sırada borderline kişilik bozukluğu takip etmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğu ise en düşük korelasyonlara sahiptir (Tablo 24). Altı faktörlü model de bu karşılaştırmalarda benzer performansı göstermiştir (Tablo 25).

Tablo 24. KİDÖÖ alt ölçeklerinin SCID-II alt ölçekleri ile korelasyonu

	KİDÖÖ toplam	Kimlik	Kendini yönlendirme	Empati	Yakınlık
Çekingen	.521	.479	.54	.415	.455
Pasif agresif	.520	.482	.508	.432	.442
Bağımlı	.395	.42	.397	.298	.315
Antisosyal	.336	.312	.296	.324	.321
Şizoid	.412	.405	.346	.361	.418
Obsesif Kompulsif	.414	.364	.432	.333	.37
Depresif	.575	.54	.587	.481	.486
Şizotipal	.374	.367	.349	.328	.333
Borderline	.628	.59	.655	.486	.537
Paranoid	.433	.362	.462	.382	.388
Histriyonik	.154	.124	.203	.111	.104
Narsisistik	.424	.393	.423	.33	.391
SCID-II Toplam	.798	.739	.814	.652	.695

Tüm değerler için $p < .001$ 'dir. Tablodaki değerler korelasyon katsayılarını göstermektedir. Her sütunda mutlak değeri en yüksek olan değer koyu ile yazılmıştır.

Tablo 25. SCID-II alt ölçeklerinin 6 faktörlü modelle korelasyonu

	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Çekingen	.504	.487	.503	.354	.37	.298
Pasif agresif	.527	.469	.431	.342	.325	.33
Bağımlı	.333	.393	.492	.242	.257	.204
Antisosyal	.337	.293	.199	.309	.168	.241
Şizoid	.381	.394	.311	.384	.263	.237
Obsesif Kompulsif	.413	.362	.395	.254	.278	.289
Depresif	.572	.534	.528	.39	.332	.299
Şizotipal	.351	.36	.343	.293	.289	.175
Borderline	.645	.6	.534	.397	.402	.309
Paranoid	.464	.371	.376	.265	.22	.281
Histriyonik	.193	.121	.137	.021*	-.022*	.125
Narsisistik	.43	.367	.364	.246	.22	.323
SCID-II Toplam	.801	.726	.683	.515	.455	.5

* $p > .05$; Diğer p değerleri $< .001$

Tablodaki değerler korelasyon katsayılarını göstermektedir. Her sütunda mutlak değeri en yüksek olan değer koyu ile yazılmıştır.

4.1.3. Ayırt edici geçerlik (Discriminate validity)

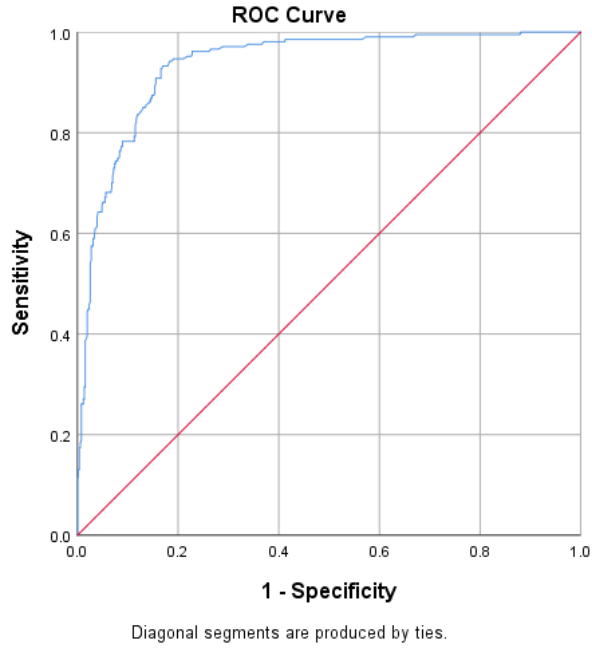
Hasta ve kontrol gruplarını ayırt etmede KİDÖÖ toplam puanının, orijinal 4 alt ölçeğin (Tablo 10, sayfa 55), ve 6 faktörlü modelin tamamında istatistiksel anlamlı fark (Tablo 26) bulundu. Tüm karşılaştırmalarda hasta grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek ortalamalarına sahipti. Etki büyüklüğü açısından KİDÖÖ toplam puanı en yüksek Cohen's d değerine (2.22) sahipti. Bunu sırasıyla 6 faktörlü modelin ikinci faktörü (2.12) ve orijinal ölçeğin kendini yönlendirme alt ölçeği (2.11) takip etmekteydi. Bu sonuçlara göre KİDÖÖ'nin ayırt edici geçerliliği sağlandı.

Tablo 26. Altı faktörlü modele göre hasta ve kontrol gruplarının KİDÖÖ puanlarının karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	Cohen D'si
F1	138.5 (28.4)	86.6 (25)	1.99
F2	79.2 (17.2)	48.1 (13.4)	2.12
F3	51.7 (14.2)	33.2 (9.5)	1.68
F4	49.4 (14.4)	34.4 (9.7)	1.32
F5	-9.8 (2.8)	-12.6 (2.6)	1.07
F6	47.0 (12.5)	35.7 (10.5)	1.01

Değerler ortalama (SS) olarak verilmiştir. Tüm değerler için $p < .001$

Hasta ve kontrol grubunu birbirinden ayırmada en yüksek AUC değerine ve en optimal sensitivite/spesifite değerlerine sahip olan değişkenin KİDÖÖ toplam puanı olduğu bulundu (Tablo 27).



Şekil 9. KIDÖÖ toplam puanı için ROC eğrisi.

Tablo 27. KIDÖÖ puanları ve 6 faktörlü model için ROC analizi sonuçları

	Kesme puanı	AUC	Standart hata	%95 Güven Aralığı [Alt sınır- Üst sınır]	Sensitivite /Spesifite (%,%)	LR+	LR-
KIDÖÖ Toplam	>277.5	.94*	.012	.915-.953	93.2/83	5.5	.08
Kimlik	>51	.87&	.017	.843-.894	76.3/82.1	4.26	.29
Kendini yönlendirme	>92.5	.92*	.013	.903-.943	88.9/82.1	4.96	.14
Empati	>51	.87&	.017	.843-.894	76.3/82.1	4.26	.29
Yakınlık	>69	.89&	.016	.865-.912	85.5/78.2	3.92	.19
F1	>113	.91*	.014	.886-.929	82.6/85	5.50	.2
F2	>59	.92*	.014	.897-.938	87.9/83	5.18	.15
F3	>38	.87&	.017	.844-.894	84.5/75.6	3.47	.2
F4	>38	.81&	.020	.776-.835	76.3/69.2	2.48	.34
F5	>-11	.77#	.021	.739-.802	63.8/77.6	2.84	.47
F6	>42.5	.76#	.021	.727-.790	63.3/77.2	2.77	.48

AUC (Area Under the ROC Curve): ROC eğrisi altındaki alan, SH: Standart Hata, LR: Likelihood Ratio, *mükemmel düzeyde ayırıcı, & iyi düzeyde ayırıcı, # orta düzeyde ayırıcı.

4.1.4. Artan geçerlik (Incremental validity)

Tüm lojistik regresyon modelleri anlamlı bulundu ($p < .001$) ve hasta ve kontrol gruplarını incelediğimizde SCID-II toplam ve KİDÖÖ toplam puanlarının her birinin iyi ayırabildiği saptandı (Tablo 28) . Ancak Hosmer Lemeshow testi sonuçlarına göre Model-1 dışında Model-2 ve Model 3'ün kötü uyum gösterdiği gözlemlendi. Nagelkerke R^2 değerleri Model 1 için .522, Model 2 için .655 ve Model 3 için .672 olarak bulundu. Bu değerler kişilik bozukluğu varlığını kestirmede modellerde yer alan ölçek puanları tarafından açıklanan varyans oranını ifade etmektedir. Buna göre Model-1'e göre Model-2'nin Nagelkerke R^2 değeri %13.3 arttı. Model-1 ve Model-2'ye göre Model-3 yani iki ölçek toplamının birlikte yer aldığı modelde elde edilen değerlerin sırasıyla %15 ve %1.7 arttığı gözlemlendi. **Bu sonuçlar, KİDÖÖ toplam puanının, SCID-II toplam puanına kıyasla kişilik bozukluğu varlığını kestirmede önemli ölçüde daha fazla katkıda bulunduğunu göstermektedir.**

Tablo 28. Kişilik bozukluğu varlığını kestirmede SCID-II ve KİDÖÖ ile oluşturulan lojistik regresyon modelleri

	Model c^2	Nagelkerke R^2	Cox & Snell R^2	χ^2_{HL}	p(HL)	Doğru Sınıflandırma (%)
Model 1						
SCID-II toplam	326.7	.522	.365	6.32	.611	82.9
Model 2						
KİDÖÖ toplam	440.5	.655	.458	24.28	.002	87.1
Model 3						
SCID-II toplam	456.4	.672	.469	17.46	.026	87.6
KİDÖÖ- toplam						

HL: Hosmer-Lemeshow testi. Her 3 model için $p < .001$

4.2. Güvenirlik Analizi

KİDÖÖ'nin Cronbach alfa katsayısı .96 olarak bulundu ve bu değere göre mükemmel düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu söylenebilir. 4 faktörlü orijinal modelin alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayıları kendini yönlendirme için .90 (mükemmel düzeyde güvenilir), kimlik için .90 (mükemmel düzeyde güvenilir), empati için .77

(kabul edilebilir düzeyde güvenilir) ve yakınlık için .88 (iyi düzeyde güvenilir) olarak bulundu (132).

6 faktörlü modelin alt boyutlarına ait Cronbach alfa katsayıları 1.faktör için .93 (mükemmel düzeyde güvenilir), 2.faktör için .91 (mükemmel düzeyde güvenilir), 3.faktör için .86 (iyi düzeyde güvenilir), 4.faktör için .79 (kabul edilebilir düzeyde güvenilir), 5. faktör için .74 (kabul edilebilir düzeyde güvenilir) ve 6. faktör için .79 (kabul edilebilir düzeyde güvenilir) olarak bulundu (132).

Test retest sonucunda ICC katsayısı .86 olarak bulunan KİDÖÖ, iyi düzeyde güvenilirliğe sahipti (133).

4.3. Kişilik Bozukluklarının ve Kişilik İşlevselliğin Eksen I Tanıları ile İlişkileri

Kişilik bozukluklarında en sık görülen eksen I tanıları incelendiğinde anksiyete bozukluğu ve depresyon sıkça karşımıza çıkmaktadır. En sık eşlik eden eksen I tanılarına göre işlevsellik puanları incelendiğinde ciddi bir farkın oluşmadığı ve elde edilen ortalamaların o kişilik bozukluğunun grubunun ortalamasıyla benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 29).

KİDÖÖ alt ölçeklerine bakıldığında, kimlik alt ölçeğinde bağımlı, kendini yönlendirme alt ölçeğinde borderline, empati alt ölçeğinde antisosyal, yakınlık alt ölçeğinde ise antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarının en yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmüştür. Toplam puanda da borderline, antisosyal ve bağımlı kişilik bozukluğu en başta gelmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu empati dışındaki alt ölçeklerde ve toplam puanda yüksek ortalamalar gösterse de yalnızca 6 hastadan oluşmaktadır ve hasta grubunun küçük bir bölümünü temsil etmektedir. Benzer şekilde şizoid kişilik bozukluğu da düşük hasta sayısına ve empati alt ölçeğinde yüksek ortalamaya sahip olarak bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Kişilik bozukluklarında birinci ve ikinci sırada gözlenen eksen I bozuklukları ve bunlara göre kişilik işlevselliği puanlarının dağılımı

Kişilik boz. n (%)	Eksen-1 tanısı n (%)	Kimlik Ort. (SS)	Kendini y. Ort. (SS)	Empati Ort. (SS)	Yakınlık Ort. (SS)	Toplam Ort. (SS)
Antisosyal 31 (15)	1-Anksiyete boz. 10 (32)	88.7 (14.9)	114.6 (18.3)	72.4 (9.7)	92.9 (21.7)	368 (53.6)
	2- Madde ilişkili boz. 9 (29)	86.6 (26.4)	116.7 (26)	67.3 (12.7)	89.9 (30.9)	360.5 (84.4)
	Toplam	88 (18.8)	114.5 (21.6)	66.2 (12.5)	93.4 (23.4)	362.2 (60.4)
Bağımlı 4 (1.9)	1- Depresyon 3 (75)	106.7 (19.5)	122 (32.6)	56.3 (2.9)	84.8 (18.8)	369.8 (56)
	2- Anksiyete boz. 1 (25)	88.5	92.5	61.5	93.5	336
	Toplam	102.1 (18.3)	114.6 (30.3)	57.6 (3.5)	87 (16)	361.4 (48.7)
Borderline 60 (29)	1- Anksiyete boz. 18 (30)	90.9 (23.1)	128.8 (20.2)	64.4 (13.4)	93.6 (19.7)	377.6 (66)
	2- Depresyon 12 (20)	91.3 (17.5)	129.3 (23.6)	59.8 (14)	90 (20.3)	370.5 (63)
	Toplam	91.1 (19.5)	128 (20.5)	63.5 (12.7)	93.4 (21.5)	376 (64.4)
Çekingen 17 (8.2)	1- Anksiyete boz. 11 (65)	85.6 (19.2)	110.4 (15.7)	56.6 (12)	87 (12.8)	339.7 (48)
	2- Depresyon 4 (24)	94.3 (14.3)	128.9 (20.3)	59.5 (16.7)	92 (24.3)	374.6 (68.4)
	Toplam	85.7 (18.7)	113.2 (19.5)	57.5 (12.8)	87.6 (16.6)	344 (55.4)
Histriyonik 26 (12.6)	1- DEHB 5 (20)	77.7 (6.2)	113.8 (14)	53.6 (12.7)	83.9 (12.7)	329 (34.4)
	2- Anksiyete boz. 4 (15)	79.1 (18.2)	108.8 (19.8)	57 (9.7)	86.5 (18.6)	331.4 (27.7)
	Toplam	86.8 (18)	118.6 (20.7)	59.7 (14)	89.7 (22.2)	354.8 (64.3)
Narsistik 7 (3.4)	1- Anksiyete boz. 2 (29)	76.8 (15.9)	128 (5)	61.5 (15.6)	88 (23.3)	354.3 (27.9)
	2- Uyku boz. 2 (29)	59.3 (0.4)	122 (2.1)	52.3 (13.1)	115.3 (1.8)	348.8 (13.1)
	Toplam	72.9 (12.1)	123.1 (9)	54.6 (9.9)	92.8 (20.1)	343.4 (23.3)
Obsesif-Kompulsif 29 (14)	1-Anksiyete boz. 8 (28)	77.1 (22.6)	105.6 (31.1)	54.9 (14.7)	83.2 (19.9)	320.7 (77.9)
	2- OKB ilişkili boz. 8 (28)	79.6 (17.9)	114.8 (19.2)	58.4 (14.6)	84.1 (22.1)	336.9 (64)
	Toplam	72.4 (18.8)	105.1 (22.7)	52.3 (13.6)	81.9 (21)	311.7 (65.8)
Paranoid 19 (9.2)	1-Depresyon 8 (42)	86.4 (19.8)	117.9 (24.3)	64.4 (15.2)	90.3 (16.1)	359 (70.1)
	2- Anksiyete boz. 4 (21)	80.8 (13.9)	115.4 (17.6)	63.8 (7.2)	94.6 (23.6)	354.5 (44.2)
	Toplam	84.5 (14.6)	118.9 (21.8)	63.7 (14.2)	90.7 (18)	357.8 (57)
Şizoid 8 (3.9)	1- Anksiyete boz. 2 (25)	91.3 (9.5)	123 (2.1)	90 (4.2)	100 (2.1)	404.3 (5.3)
	2- Depresyon 2 (25)	90.3 (4.6)	114 (29.7)	46.8 (8.1)	84.2 (18)	335.3 (60.5)
	Toplam	87 (17)	107.7 (19)	65.2 (17.7)	88.6 (11.8)	348.4 (50.4)
Şizotipal 6 (2.9)	1- Anksiyete boz. 2 (33)	126.8 (18)	153.3 (25.1)	77.5 (2.1)	114 (2.8)	471.5 (6.4)
	2- Disosiyatif boz. 2 (33)	119.8 (11.7)	140 (31.1)	58.8 (13.8)	79.8 (34.3)	398.3 (22.3)
	Toplam	105.3 (29.9)	128.8 (34)	63.6 (12.7)	95.2 (22.3)	392.8 (74.1)

Eksen I eş tanıları kişilik bozukluğunun alt tipinden bağımsız olarak ele alındığında KİDÖÖ ve alt ölçekleri boyunca benzer bir örüntü elde edilmiştir (Tablo 30). Kimlik alt ölçeğinde göreceli olarak, uyku bozukluklarının en az, disosiyatif bozukluğun ise en fazla işlevsellik kaybına yol açtığı söylenebilir. Kendini yönlendirme ve empati alt ölçeğinde birbirine benzer ortalamalar elde edilmiştir. Yakınlık alt ölçeğinde ise yeme bozukluğu olanların işlevsellik kaybının göreceli düşük olduğu söylenebilir. Toplam puana bakıldığında da uyku ve yeme bozukluklarında işlevsellik kaybının göreceli olarak en az olduğu söylenebilir.

Tablo 30. Hasta grubunda eksen I tanılarına göre KİDÖÖ toplam ve alt ölçek puanları

Eksen I Tanısı n (%)	Kimlik Ort. (SS)	Kendini Y. Ort. (SS)	Empati Ort. (SS)	Yakınlık Ort. (SS)	Toplam Ort. (SS)
Anksiyete 62 (30)	87.1 (20.5)	118.1 (22)	63.6 (13.7)	91.3 (18.8)	360.1 (61.5)
Depresyon 40 (19.3)	87.6 (20.1)	120.6 (24.1)	57.5 (14.3)	87.9 (19.2)	353.6 (67.4)
Travma ilişkili 22 (10.6)	80.8 (20.2)	113.9 (24)	58.8 (13.5)	91.6 (21.2)	345 (63)
Madde ilişkili 21 (10.1)	87.6 (21.4)	117.5 (26)	65 (15.2)	90.6 (26.3)	360.6 (79.8)
OKB ilişkili 14 (6.8)	87.8 (20.8)	123.1 (22.9)	61.6 (13.5)	92.4 (25.5)	364.9 (75.8)
DEHB ilişkili 11 (5.3)	85.2 (13.2)	117.2 (17.5)	62.8 (13.8)	93 (17.7)	358.3 (47.5)
Bipolar 8 (3.9)	87.4 (20)	119.3 (22)	62.4 (13)	89.8 (24.6)	358.9 (69.6)
Dürtü boz. 8 (3.9)	91.8 (8.5)	120.6 (16.7)	60.5 (9.9)	96.9 (13.3)	369.9 (35.3)
Uyku boz. 7 (3.4)	69.6 (13.1)	109.6 (19.5)	56.4 (9.9)	87.6 (20.8)	323.2 (26.9)
Bedensel belirti 6 (2.9)	84.7 (24.2)	121.5 (28.1)	59.1 (18.1)	89.1 (33))	354.3 (92.7)
Yeme boz. 4 (1.9)	78.6 (18.6)	116.4 (9.4)	55.6 (10.2)	78.4 (22.1)	329 (55.3)
Disosiyasyon 4 (1.9)	107.3 (16.1)	122 (27.6)	56.9 (8.7)	84 (20.5)	370.1 (35.3)

OKB: Obsesif-kompulsif bozukluk; DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

Çalışmada belirlenen kesme puanlarını kullanarak yapılan incelemede, kişilik bozukluğu tanısı ile çalışmaya dahil edilenlerin %93.2'sinin KİDÖÖ toplam puanlarının kesme puanının üzerinde bir skor aldığı görülmüştür. Kişilik bozukluğu olanlarda empati alt ölçeğindeki işlevsellik kaybı en az, kimlik alt ölçeğindeki ise en

fazla bulunmuştur. Eksen I tanılarına göre ise alt ölçekler boyunca benzer sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 31).

Tablo 31. Hasta grubunda eksen I tanılarına göre KİDÖÖ kesme puanlarını geçen hastaların oranları

	Kimlik	K. Yönlen	Empati	Yakınlık	Toplam
Anksiyete	60/62 (%96.8)	54/62 (%87.1)	51/62 (%82.3)	56/62 (%90.3)	60/62 (%96.8)
Depresyon	39/40 (%97.5)	35/40 (%87.5)	28/40 (%70)	33/40 (%82.5)	37/40 (%92.5)
Travma ilişkili	20/22 (%90.9)	18/22 (%81.8)	16/22 (%72.7)	19/22 (%86.4)	19/22 (%86.4)
Madde ilişkili	19/21 (%90.5)	18/21 (%85.7)	16/21 (%76.2)	17/21 (%81)	19/21 (%90.5)
OKB ilişkili	14/14 (%100)	14/14 (%100)	11/14 (%78.6)	11/14 (%78.6)	13/14 (%92.9)
DEHB ilişkili	11/11 (%100)	10/11 (%90.9)	9/11 (%81.8)	10/11 (%90.9)	11/11 (%100)
Bipolar	8/8 (%100)	8/8 (%100)	6/8 (%75)	7/8 (%87.5)	8/8 (%100)
Dürtü boz.	8/8 (%100)	8/8 (%100)	7/8 (%87.5)	8/8 (%100)	8/8 (%100)
Uyku boz.	7/7 (%100)	6/7 (%85.7)	5/7 (%71.4)	6/7 (%85.7)	6/7 (%85.7)
Bedensel belirti	5/6 (%83.3)	5/6 (%83.3)	3/6 (%50)	4/6 (%66.7)	5/6 (%83.3)
Yeme boz.	4/4 (%100)	4/4 (%100)	3/4 (%75)	3/4 (%75)	3/4 (%75)
Disosiyasyon	4/4 (%100)	4/4 (%100)	3/4 (%75)	3/4 (%75)	4/4 (%100)
Toplam	199/207 (%96.1)	184/207 (%88.9)	158/207 (%76.3)	177/207 (%85.5)	193/207 (%93.2)

5. TARTIŞMA

5.1. KİDÖÖ'nin Faktör Yapısı

Sonuçlarımız, LPFS-SR'nin Türkçe adaptasyonunun geçerli ve güvenilir olduğuna dair ikna edici kanıtlar sağlamaktadır. Temel bileşenler analizi 15 faktörlü bir yapıyı, doğrulayıcı faktör analizi ve model uyum indeksleri de 6 faktörlü bir yapıyı işaret etmektedir. Ancak hasta ve kontrol gruplarında yapılan karşılaştırmalar ve ROC analizi sonuçları kapsayıcı tek bir faktöre işaret etmektedir. Bu KİDÖÖ'nin oluşturulma amacına ve teorik zeminine paralel bir sonuçtur. Kişilik bozukluğu tanısını koymada KİDÖÖ'nin en iyi kullanımının toplam puanı kullanmak olduğu sonucuna varılmıştır. Eş zamanlı geçerlik, ayırt edici geçerlik ve artan geçerlik açısından da olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Üç yüz altı katılımcıyı içeren toplum örneklemini ile yapılan orijinal çalışmasına göre KİDÖÖ'nin dört alt ölçeği birbiriyle yüksek korelasyon (ortalama: .835; değer aralığı: .761 – .941) göstermektedir. Ayrıca hem total puan için (alfa: .969; ögeler arası korelasyon ortalaması: .285), hem de alt ölçekler için (alfa değer aralığı .816 – .891) yüksek iç tutarlılık bildirilmiştir. Temel bileşen analizinde ise tek bir faktörün, varyansın %85.5'ini açıkladığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, KİDÖÖ'nin tek bir kapsayıcı boyuta sahip olduğu yönünde yorumlanmıştır (11). Benzer sonuçlar Hopwood ve ark. tarafından farklı bir örnekleme doğrulanmıştır (12).

Bu modele eleştiri olarak Sleep ve ark. tarafından DSM-5'te “4 alanın 2 veya daha fazlasında karakteristik zorluklarla ortaya çıkan ılımlı ve üzeri bozulma”(98) şeklinde ifade edilen kişilik işlevselliği modelinin çok boyutlu bir yapıyı ima ettiği öne sürülmüştür (107). Ayrıca KİDÖÖ'nin 4 boyutlu yapı şeklinde geliştirildiği iddia edilerek, ölçeğin faktör yapısı araştırılmıştır. Bu çalışmada KİDÖÖ için en uygun modelin 4 faktörlü olduğu ancak alternatif bir yapı gösterdiği bulunmuştur. Orijinal KİDÖÖ'nin 4 faktörünün ayırt edici geçerliliğinin düşük olduğunu vurgulamıştır. Alt ölçeklerin birbirleriyle gösterdiği yüksek korelasyonu ise tek boyutun kanıtı olarak değerlendirmemiştir. Sleep'e göre bulunduğu alternatif faktörlerin altındaki maddeler, orijinal alt ölçekler arasında yanlış dağılmıştır ve bu yanlış dağılım, orijinal 4 alt ölçeğin birbirleriyle yüksek korelasyon göstermesine neden olmaktadır (107,129).

Lakuta ve ark. tarafından Polonya’da klinik olmayan örnekleme (n=242) yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin tek faktörlü yapıyı desteklediği, tek faktörün varyansın %70’ini açıkladığı bulunmuştur (14). Hopwood ve ark.’nın ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla yaptığı temel bileşenler analizi de yaygın tek bir faktörün varlığını desteklemiştir (12).

Bizim verilerimiz 6 faktörlü yapıyı desteklemektedir. 6 faktörlü modeli yakından incelediğimizde, birinci faktör, soruların çoğunluğunu (%32.5’ini) içermesi ve belirli bir odaktan yoksun olması nedeniyle, kişilik işlevselliğinin yaygın bozulması şeklinde tanımlanmıştır. İkinci faktör sorularının çoğunluğunun ise öz güven eksikliğiyle ilişkili olduğu düşünülmüştür. Üçüncü faktör, pasiflik ve yönlendirilmeye ihtiyaç duyma ile ilişkilidir. Dördüncü faktörde kişisel yetersizliğe bağlı geçimsizlik ön plana çıkmaktadır. Beşinci faktör çoğunlukla negatif ağırlıklı soruları içermektedir ve sağlıklı kişilik işlevselliği ile ilgili bulunmuştur. Altıncı faktör ise yakınlık kurma ile ilgili soruları içermektedir.

Bu 6 faktörlü yapının madde dağılımı incelendiğinde, 6. faktöre ait maddelerin %60’ının “yakınlık” alt ölçeğine ait sorulardan oluştuğu bulunmuştur. Bu oran, iki model arasında oluşan en yüksek ortak değerdir ve faktörler arasında güçlü bir kümelenme gözlenmemiştir. Bizim örnekleminizde de KİDÖÖ alt ölçekleri birbirleriyle yüksek korelasyon (ortalama: .84) göstermiştir. Ancak Morey’in orijinal çalışmasının aksine, tek boyutlu modelin CFA ile incelenmesinde açıklanan varyans oranı düşük (%29) bulunmuştur.

Morey’e göre, kriter A faktör analitik yaklaşımla değil alan bilgisi zemininde geliştirilmiştir. Kişilik işlevselliği, kavramsal olarak tek bir boyutu (sağlıklı veya sağlıksız kişilik) işaret eder. LPFS ve 4 alt ölçeği doğrudan bu kavramı ölçer. İşlevsellikte bozulma ise bu 4 alanda farklı derecelerde tezahür edebilir. Ayrıca kişilik bozukluğunda kendilik ve kişiler arası alanları birbiriyle yakından ilişkilidir ve birinde olan bozulmanın diğerini etkilememesi düşünülemez. KİDÖÖ’nin kişilik bozukluklarının özünde yer alan ve ortak görülen ana nitelikleri yakalaması amaçlanmıştır. Ortak görülen bu tek boyutlu ana nitelikler, kişilik bozukluklarında kategorik sistemin açıklamakta zorlandığı eş tanı problemini de açıklamaya yardımcıdır. LPFS tablosu, hem satır (belirleyiciler) hem de sütun (şiddet) boyunca

farklı anlamlar ifade etmektedir. Bu yüzden de CFA ile incelenmeye uygun değildir (106).

Bize göre verilerin 6 faktörlü yapıyı desteklemesi, bu yapının daha kullanışlı olduğu anlamına gelmemektedir. Boyutsal modellerin oluşturulmasında güvenilir bir metod olarak kullanılan faktör analitik yaklaşımda, tipik olarak öncelikle test maddeleri çok sayıda deneğe uygulanır. Analiz sonucunda elde edilen faktörler sadece matematiksel verilerdir ve alan bilgisi yardımıyla isimlendirilir. KİDÖÖ oluşturulurken alt ölçekler alan bilgisine dayalı olarak belirlenmiştir ve istatistik yöntemleri, analizler ancak belli bir amaç doğrultusunda yapıldığında anlam kazanır. KİDÖÖ'ye uygulanacak herhangi bir faktör analitik yaklaşım 4, 6 veya farklı bir sayıda faktör ortaya çıkarabilir. Ancak elde edilen bu faktörlerin kişilik bozukluklarının ortak özelliklerini anlamada veya klinik pratikte kullanıma olanak sağlamaya hizmet edeceği şüphelidir.

Faktör analizi 6 faktörlü yapıyı desteklese de, toplam puanın kullanıldığı tek faktörlü yapı, klinik kullanışlılık açısından daha güçlü sonuçlar sergilemiştir. Hasta ve kontrol grubunu birbirinden ayırt etmede KİDÖÖ toplam puanı, optimal sensitivite (%93.2) ve spesifite (%83) değerleri sağlamaktadır. Ayrıca hasta ve kontrol grubunu karşılaştırırken toplam puan en yüksek cohen's d değerine (2.22) sahiptir. Literatüre bakıldığında ölçeğin Farsça uyarlamasında toplam puanı için kesme noktası 306,11 olarak belirlenmiş, sensitivite %81, spesifite %74 bildirilmiştir. Bu kesme puanı katılımcıların %75'ini doğru sınıflandırmıştır (13). Toplam puanın tek başına kullanılması, faktör analizi sonucu elde edilen modellere üstünlük göstermiştir. Tek boyutlu olarak teorize edilen KİDÖÖ, oluşturulma amacına uygun kullanıldığında en yüksek performansı sergilemektedir.

5.2. Eş Zamanlı Geçerlik

BFI alt ölçekleri ile KİDÖÖ toplam ve alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir. BFI alt ölçeklerinden açıklık (ort:-.219) ve dışa dönüklük (ort:-.343) için zayıf; sorumluluk (ort:-.466), uyumluluk (ort:-.457) ve duygusal denge (ort: .529) için ise orta düzeyde etki büyüklükleri bulunmuştur. İlginç olarak etki büyüklükleri her bir BFI alt ölçeği boyunca tutarlı olarak benzer düzeyde

karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgular, KİDÖÖ ve BFI'nın teorik zeminleri ve oluşturulma amaçları ile uyumludur.

KİDÖÖ, kişilik bozukluklarının genel şiddetini herhangi bir odak belirlemeden tek bir boyutta ölçmek için, BFI ise birbirinden kavramsal olarak farklı olan 5 boyut boyunca kişilik özelliklerini genel ve evrensel şekilde tanımlamak için oluşturulmuştur. Kişilik bozukluklarının, evrensel kişilik yapısının aşırı veya maladaptif varyantları olduğu düşünüldüğünde, BFI aynı zamanda maladaptif kişilik işlevselliğinin de ayrıntılı bir tanımını yapabilir (134,135). Birbirinden bağımsız olan bu boyutların herhangi birinden elde edilen aşırı sonuçlar —yüksek veya düşük— maladaptif veya varyant özellikler olarak değerlendirilebilir ve kişilik bozukluğuna işaret eder (136). Bu bakış açısı, düşük ve orta düzeyde kalan ancak tutarlılık gösteren korelasyon katsayılarını açıklamaktadır. Bu sonuçlara göre BFI'nın kişilik işlevselliği ile en ilişkili olan alt ölçeği duygusal denge olarak bulunmuştur. En az ilişki gösterenin ise açıklık olduğu söylenebilir.

Beş Faktör Kişilik Modeli ve kategorik yaklaşıma göre sınıflandırılmış kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analiz(134) kişilik bozukluklarının duygusal denge alt ölçeği ile pozitif; dışa dönüklük, uyumluluk ve sorumluluk alt ölçekleri ile negatif yönde ilişkileri olduğunu bulmuştur. Açıklık alt ölçeği ise çekingen kişilik bozukluğu hariç anlamlı bir ilişki sergilememiştir. Bizim bulgularımıza göre hem KİDÖÖ'nin orijinal 4 alt ölçeği hem de tanımladığımız 6 faktörlü yapının tüm faktörleri bu meta-analiz ile uyumlu sonuçlar göstermektedir. Tek fark, açıklık alt ölçeğinde karşımıza çıkmaktadır. Bu alt ölçek ile olan korelasyonlar pozitif yönde ve anlamlı bulunmuş ancak etki büyüklükleri zayıf düzeylerde kalmıştır. Açıklık alt ölçeğinin kişilik bozukluğu semptomatolojisini açıklamada önemli bir rol oynamadığı literatürde ortak varılan bir sonuçtur (134).

SCID-II kategorik sisteme göre geleneksel kişilik bozukluğu tanımlarını koyabilmek için geliştirilen güvenilirliği yüksek bir ölçektir (123,137). KİDÖÖ'nin oluşturulma amacı olan kişilik bozukluklarında görülen ortak nitelikleri yakalama, genel şiddeti ölçme ve yapısal olarak sahip olduğu tek boyutlu yapı göz önüne alındığında, SCID-II'nin toplam puanının en yüksek korelasyon katsayılarını göstermesi teorik olarak uyumlu bir sonuçtur ve eş zamanlı geçerliliği

desteklemektedir. Öte yandan kişilik bozukluğu kategorilerini ayrı ayrı değerlendirdiğimizde bu korelasyon değerlerinin düşmesi de şaşırtıcı değildir (106,129). Benzer sonuçlar KİDÖÖ'nin Farsçaya adaptasyonunda da elde edilmiştir (13).

Beklenildiği üzere KİDÖÖ'nin toplam puanı ve alt ölçekleri, SCID-II'nin alt ölçekleri ile de anlamlı ilişkiler sergilemiştir ancak korelasyon katsayıları genel anlamda orta düzeyin üzerine çıkamamıştır. En yüksek değerler borderline, en düşük değerler ise histriyonik kişilik bozukluğunda elde edilmiştir. Literatürde aynı (13) veya farklı (129) ölçüm araçları kullanıldığında da benzer ilişkiler bildirilmiştir. Borderline kişilik bozukluğunun diğer kişilik bozukluklarının neredeyse tamamıyla ilişkili olduğu(138), genel kişilik bozukluğunun bir boyutunu içerdiği (139) ve DSM-5'in Kriter A'sıyla olan yakın ilişkisi (140) daha önce literatürde bildirilmiştir. Histriyonik kişilik bozukluğunda ise işlevselliğin etkilenmediğine ve hastalık yerine bozukluk olarak değerlendirilmesinin daha doğru olacağına yönelik kanıtlar vardır (141). KİDÖÖ'nin bu kişilik bozuklukları ile gösterdiği ilişkiler kavramsal olarak uygun bulgulardır.

Oluşturduğumuz 6 faktörlü modelin, BFI ve SCID-II ölçekleriyle olan ilişkisini incelediğimizde, korelasyonların yönünün ve etki büyüklüğünün benzer düzeylerde olduğunu görüyoruz. KİDÖÖ toplam puanı ve alt ölçekleriyle en yüksek korelasyon ortalamasına sahip olan duygusal denge alt ölçeği, aynı zamanda 6 faktörün 4'ü ile en güçlü korelasyonları sergilemektedir. Benzer şekilde her iki model SCID-II'nin toplam puanıyla en güçlü korelasyonları göstermekte, bunu borderline kişilik bozukluğu ikinci sırada takip etmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğu ise her iki modelde en zayıf ilişkiye sahiptir. Bu bulgular, faktör yapısını değiştirdiğimizde bile, her iki modelin BFI ve SCID-II ile olan ilişkilerinde benzer performans sergilediğini göstermekte ve tek boyutlu yapıyı desteklemektedir.

5.3. Ayırt Edici Geçerlik

KİDÖÖ toplam puanı, alt ölçekleri ve bizim bulduğumuz 6 faktörlü model, kişilik bozukluğu ve kontrol grupları arasında istatistiksel anlamlı fark göstererek ayırt edici geçerliliği sağlamıştır. Elde edilen bulgulara göre hasta grubu, tüm

karşılaştırmalarda daha yüksek puanlar almıştır ve bu sonuçlar hasta grubunda kişilik işlevselliğinin daha şiddetli bozulduğunu düşündürmektedir.

Gruplar arası karşılaştırmalar etki büyüklüğünü açısından incelendiğinde, KİDÖÖ toplam puanının en yüksek Cohen's d değerine (2.22) sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca ROC analizine göre KİDÖÖ'nin toplam puanına 277.5'lik kesme puanı uygulandığında, .94 AUC, %93.2 sensivite ve %83 spesifite değerleri ile en güçlü modeli elde ettik. Bu sonuçlar, kişilik bozukluğunu ayırt etmede en ideal yaklaşımın KİDÖÖ toplam puanını kullanmak olduğunu düşündürmektedir. Literatür de bu bulguyu desteklemektedir (106,129).

5.4. Artan Geçerlik

DSM-5'te alternatif kişilik bozukluğu modeli tanıtıldıktan sonra kişilik işlevselliğinin değerlendirilmesinin doğru tanı koymada kişilik özelliklerini değerlendirmeye ek bir fayda sağlayıp sağlamadığı sık araştırılan konulardan birisi olmuştur. Literatüre bakıldığında Kriter A'nın Kriter B üzerine ek olarak sağladığı artan geçerliliği değerlendiren çalışmalarda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bunların bir kısmı artan geçerliliğin mevcut olduğunu (142,143) savunurken bir kısmı sadece kısmi fayda sağladığını (144), diğerleri ise ek bir fayda sağlamadığını savunmaktadır (129).

Bu çalışmaların bir limitasyonu, çalışmanın yapıldığı örneklemelerin kişilik bozukluğu tanıli hastaları dar bir spektrumda içermesi veya hiç içermemesidir. Ayrıca çalışmalarda kişilik işlevselliğini değerlendirmede kullanılan ölçekler farklılık göstermektedir. Bir diğer limitasyon ise kişilik bozukluğuna bütüncül yaklaşan KİDÖÖ gibi bir ölçeğin geleneksel kişilik bozuklukluğu kategorilerini ayrı ayrı açıklamak üzere kullanılmasıdır. Sonuç olarak Kriter A'nın Kriter B üzerine herhangi bir artan geçerlik sağlamadığı yorumu yapılmıştır (129). Oysa Kriter B'nin geleneksel kişilik bozukluğu tanılarını daha iyi açıklaması beklenen bir durumdur ve KİDÖÖ'nin adil değerlendirilebilmesi için kişilik bozukluğunun genel şiddetini yansıtan bir ölçüm yolunun kullanılması gerekmektedir (106).

Biz artan geçerlik analizlerimizde, kişilik bozukluğu tanısı koymada yeni tanıtılan alternatif kişilik bozukluğu modeli ile işlevselliği değerlendirmenin geleneksel yaklaşıma ek bir faydası olup olmadığını araştırdık. Kişilik bozukluğunun

varlığını predikte ederken SCID-II ve KİDÖÖ toplam puanlarını önce ayrı ayrı, daha sonra beraber kullandık. Sonuçlarımıza göre KİDÖÖ'nin tek başına kullanıldığı model daha başarılı bulunmuş, her iki puanın beraber kullanıldığı modelde ise açıklanan varyansın daha büyük kısmından sorumlu olduğu görülmüştür. Bu verilere göre artan geçerlik sağlanmaktadır.

5.5. Güvenirlik

Cronbach alfa iç tutarlılık ölçümlerinde, KİDÖÖ toplam ve orijinal 4 alt ölçeği güçlü güvenirlik verileri sağlamıştır. KİDÖÖ toplam puanı .96 alfa katsayısı ile en güçlü tutarlılığa sahiptir. Ancak madde sayısı arttıkça Cronbach alfa katsayısının da artması beklenmektedir ve bu durum ölçüm metodunun bir limitasyonu olarak değerlendirilebilir. 6 faktörlü modelde ise “genel kişilik işlevselliği”, “özgüven eksikliği”, “pasiflik ve yönlendirilmeye ihtiyaç duyma” olarak adlandırdığımız ilk 3 faktörde yüksek güvenirlik puanları elde edilmiştir. 6. Faktöre doğru Cronbach alfa katsayıları düşüş gösterse de, kabul edilebilir düzeylerde kalmıştır. Testin zaman içerisindeki tutarlılığını değerlendirmede ise test-retest sonuçları güçlü bulgular sağlamıştır (ICC: .86).

5.6. Kişilik İşlevselliğinin Eksen I ile İlişkisi

Yapılan analizlerde kişilik bozukluğu grubunda en yüksek katılımcı sayıları borderline, antisosyal, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarına aittir. Literatürde de kişilik bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalarda borderline kişilik bozukluğunun daha çok dahil edildiği görülmektedir (13,145). Bu durumu prevelansın sık olması ile açıklayabiliriz. Bunun yanında borderline kişilik bozukluğunu, genel kişilik bozukluğunun bir şablonu olarak değerlendiren çalışmalar da mevcuttur (13,139,140,145). Ayrıca bazı kişilik bozukluklarındaki düşük katılımcı sayısı, bu gruplarının prevelansının düşük olmasıyla ve kategorik sistemin bir limitasyonu olarak değerlendirilebilir.

Kişilik bozukluğu hastalarında en sık psikiyatrik komorbiditeler anksiyete ve depresyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak bu durum kişilik bozukluklarının kriter B belirleyicilerinde bulunan kronik anksiyete ve depresyon ile kesitsel değerlendirmede konulan eksen I tanılarının çakışması şeklinde de yorumlanabilir.

Muhtemelen hastaları uzunlamasına takiplerde zaman içinde, anksiyete ve depresyonun kişilik bozukluğunun bir komponenti olup olmadığı daha iyi ayrıştırılacaktır (106).

Kişilik bozukluğunun tipi değiştiğinde kişilik işlevselliği puanlarında farklı ortalamalar elde edilebilmektedir. Örneğin antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda empati alt ölçeğindeki işlevsellik bozukluğu diğer tüm kişilik bozukluğu tiplerine kıyasla daha ciddi oranda gözükmemektedir. Kişilik bozukluğu tipinden bağımsız olarak Eksen I tanılarının değişmesi ise benzer kişilik işlevselliği puanları ile sonuçlanmaktadır. Buna göre kişilik işlevselliği kişilik bozukluğunun tipi ile ilgiliyken eksen I tanısından bağımsızdır.

Kişilik işlevselliği puanının değişmesinde kişilik bozukluğunun alt tipi, eşlik eden eksen I tanısına kıyasla daha belirleyici olmuştur. Eşlik eden eksen I tanıları boyunca tüm KİDÖÖ alt ölçek puanlarında benzer ortalamalar elde edilmiştir. Bu durum eksen I komorbiditelerinin KİDÖÖ puanları üzerine etkilerinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Az sayıda hastada görülmesi nedeniyle, uyku bozuklukları, disosiyatif bozukluklar veya yeme bozuklukları gibi komorbiditelerde ortalamadan hafif sapmalar görülmüştür ancak bu gruplarda bile puanlar benzer düzeylerde dir.

KİDÖÖ toplam puanı, bu çalışmada elde edilen kesme noktasına göre kullanıldığında kişilik bozukluklarının %93.2'sinde kişilik işlevselliğinde bozulma olduğu görülmüştür. Tüm kişilik bozuklukları incelendiğinde işlevsellik kaybının oranı empati alt ölçeğinde en az, kimlik alt ölçeğinde ise en fazla bulunmuştur. Yine tüm kişilik bozuklukları, eksen I tanısına göre kategorize edildiğinde, KİDÖÖ alt ölçeklerinde tüm kategorilerde ve benzer oranlarda işlevsellik kaybı elde edilmiştir. Bu oranlar, kişilik bozuklukları tek bir grup olarak değerlendirildiğinde de benzer bulunmuştur. Sonuç olarak KİDÖÖ ve alt ölçeklerinin eksen I tanılarında çok kişilik bozukluğunun tipine bağlı olarak değiştiği düşünülmektedir.

5.7. Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Çalışmamız, kontrol grubuna ek olarak klinik olarak kişilik bozukluğu tanısı almış çok sayıda hasta ile tamamlanmıştır. Hasta ve kontrol grubuna sahip olmamız sayesinde ayırt edici geçerlik analizi, klinik pratikte karşılığı olacak güçlü sonuçları

yansıtmaktadır. Kişilik bozukluğu grubu, geleneksel kategorik yaklaşım, beş faktörlü model ve hibrit modele ait kişilik işlevselliği açısından beraber değerlendirilmiştir.

Kontrol grubunda yüksek katılımcı sayısının olması bir avantaj iken, bu grubun kişilik bozukluğu açısından klinik bir görüşmeye tabi tutulmaması bir dezavantajdır. Kişilik bozukluğu tanılarının diğer kişilik bozuklukları ve/veya eksen I tanıları ile sıkça komorbidite göstermesi bu alanda yapılan çalışmaların ortak bir limitasyonudur. Eksen I ile olan benzer semptomları ayırt etmede kesitsel çalışmalar yetersiz kalabilir ve uzun süreli takiplerde elde edilen veriler daha tutarlı ve güvenilirlerdir. Son olarak farklı bir dilde ve kültürde geliştirilen bir ölçeğin adaptasyonunda ve anlaşılmasında bazı uyum problemleri yaşanabilir. Açık ifadeler yerine tabirlerin sıkça yer aldığı KİDÖÖ maddelerinin farklı bir kültürde tam olarak anlaşılması zor olabilir.

Sonuç olarak, psikiyatri alanında kategorik sistemin yerine daha güçlü ve kullanışlı bir modelin geliştirilmesi üzerinde çoğunlukla uzlaşa sağlanmış olsa da, bu modelin içeriği konusunda hala tartışmalar mevcuttur. Kişilik işlevselliğinin önemi ve gerekliliği, Kriter B'nin yapısı ve bunun ampirik zemini daha sağlam olan 5 faktörlü model ile ilişkileri güncel araştırma konuları olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kişilik bozukluğu hastalarını içeren ve prospektif ve longitudinal olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuçlarımız, KİDÖÖ'nün klinik olarak tanı almış kişilik bozukluğu hastalarını ayırt edebildiğini göstermektedir. Ölçeğin geliştirilme amacına uygun olarak, bu ayırt edicilik için toplam puanı kullanmak en optimal sensitivite/spesifite değerlerini sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu geçerli ve güvenilirlerdir ve klinik kullanışlılığı artırmak üzere kesme puanı elde edilmiştir. Ayrıca kişilik bozukluğu hastalarının eksen I komorbiditeleri, kişilik işlevselliğindeki bozulma ışığında incelenmiş ve değerli veriler elde edilmiştir.

5.8. Ana Bulgular

DSM'de kişilik bozukluklarının değerlendirilmesine uzun zamandır hizmet eden kategorik sistemin limitasyonları yaygın olarak bilinmektedir ve alternatif modeller üzerine çalışılmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda hibrit modelin bir

komponenti olarak belirlenen kişilik işlevselliği kavramının ölçümü amacıyla LPFS-SR geliştirilmiştir. LPFS-SR'nin, kişilik bozukluklarının özünde yer alan ve ortak görülen ana nitelikleri yakalaması amaçlanmıştır. Klinik pratikte ve bilimsel araştırmalarda kullanılarak bu alanda ilerlemeye katkı sağlaması amaçlanan KİDÖÖ, LPFS-SR'nin Türkçe adaptasyonu olarak güçlü geçerlik ve güvenirlik verileri sağlamıştır. Ancak kişilik işlevselliği kavramının ve ölçüm yöntemlerinin henüz olgunlaşmadığı göz önüne alındığında, kategorik sistemin yerini alacak yeni bir modelin geliştirilebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



6. SONUÇLAR

1. LPFS-SR'nin türkçe adaptasyonu olan KİDÖÖ geçerli ve güvenilirlerdir.
2. KİDÖÖ ile kişilik işlevselliği değerlendirilirken kişilik bozukluğu tanısı için total puan kullanılmalıdır ve kesme puanı 277.5'tir.
3. Kişilik bozukluğu eksen I tanıları için zemin hazırlayıcı olabilmekle beraber; kişilik işlevselliğindeki bozulma eksen I tanılarından bağımsızdır.



7. KAYNAKLAR

1. Crocq MA. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013 Jun;15(2):147–53.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third. Washington, D.C.; 1980.
3. von Zerssen D. Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. *J Affect Disord*. 2002 Apr;68(2–3):143–58.
4. Ball SA. Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: introduction to special section. *J Pers*. 2001 Apr;69(2):147–53.
5. Haslam N. Categorical versus dimensional models of mental disorder: the taxometric evidence. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Dec;37(6):696–704.
6. Aslan S. Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry*. 2008;2(1–2):7–18.
7. WIDIGER TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. 2011 Jun 12;10(2):103–6.
8. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess*. 2011 Jul;93(4):332–46.
9. Zachar P, Krueger RF, Kendler KS. Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(1):1–10.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 2013.
11. Morey LC. Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychol Assess*. 2017 Oct;29(10):1302–8.
12. Hopwood CJ, Good EW, Morey LC. Validity of the *DSM–5* Levels of Personality Functioning Scale–Self Report. *J Pers Assess*. 2018 Nov 2;100(6):650–9.
13. Hemmati A, Morey LC, McCredie MN, Rezaei F, Nazari A, Rahmani F. Validation of the Persian Translation of the Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR): Comparison of College Students and Patients

with Personality Disorders. *J Psychopathol Behav Assess*. 2020 Sep 14;42(3):546–59.

14. Łakuta P, Ciecuch J, Strus W, Morey LC. Psychometric Evaluation of the Polish adaptation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale (LPFS-SR). *Psychiatr Pol*. 2023 Apr 30;57(2):261–74.
15. Allport GW. Pattern and growth in personality. *Pattern and growth in personality*. Oxford, England: Holt, Reinhart & Winston; 1961. 593, xiv, 593–xiv p.
16. YAZICI H. İnsan ve Kültür. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018 Dec 30;8(2):277–88.
17. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1993. 404 p.
18. Magnavita JJ (Ed.). *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. Magnavita JJ, editor. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2004. 580, xx, 580–xx p.
19. Confucius. *Analects*. With selections from traditional commentaries. Edward Slingerland (trans), editor. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company; 2003. 195 p.
20. La médecine chinoise traditionnelle. Sang et souffles. In: *Aperçus de civilisation chinoise Les Dossiers du Grand Ricci*. Paris, France: Association Ricci, Desclée de Brouwer; 2003. p. 196.
21. Theophrastus, Bennett CE (Trans), Hammond WA (Trans). *The Characters*. Vol. 37. New York: NY: Longman, Greens & Co; 1902.
22. Diderot D (ed), d’Alembert J le R (ed). *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*. 1751.
23. Kraepelin E. *Klinische Psychiatrie Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7th ed. Vol. 2. Leipzig, Germany: Verlag Barth; 1904. 815–841 p.
24. Freud S. Character and Anal Eroticism. In: Strachey J, editor. *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London, UK: The Hogarth Press; 1959. p. 169–75.
25. Millon T. Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal. 3rd ed. Vol. 208. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.

26. Cervone D, Pervin LA. Personality: Theory and research. John Wiley & Sons; 2022.
27. Songar A. Psikiyatri: modern psikobiyojoloji ve ruh hastalıkları. Geçit Kitabevi; 1977.
28. Jung C, Beebe J. Psychological types. Routledge; 2016.
29. Adler A. The practice and theory of individual psychology. Vol. 133. Routledge; 2013.
30. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. Arch Gen Psychiatry. 1987;44(6):573–88.
31. World Health Organization. <https://icd.who.int/>. 2022. ICD-11: International classification of diseases (11th revision).
32. Weissman MM. The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. J Pers Disord. 1993;Suppl 1:44–62.
33. Weissman MM, Merikangas KR. The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. J Clin Psychiatry. 1986 Jun;47 Suppl:11–7.
34. Volkert J, Gablonski TC, Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2018 Dec 28;213(6):709–15.
35. Dereboy C, Güzel HS, Dereboy F, Okyay P, Eskin M. Personality disorders in a community sample in Turkey: Prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. International Journal of Social Psychiatry. 2014 Mar 7;60(2):139–47.
36. Buss DM, Greiling H. Adaptive Individual Differences. J Pers. 1999 Feb 25;67(2):209–43.
37. Charles Murray C, Herrnstein RJ. Race, Genes and I.Q. — An Apologia. The New Republic. 1994 Oct 31;211(18).
38. Meehl PE. Toward an Integrated Theory of Schizotaxia, Schizotypy, and Schizophrenia. J Pers Disord. 1990 Mar;4(1):1–99.
39. Millon T. Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning. Millon T, editor. Saunders; 1969.
40. Chipuer HM, Plomin R, Pedersen NL, McClearn GE, Nesselroade JR. Genetic influence on family environment: The role of personality. Dev Psychol. 1993 Jan;29(1):110–8.

41. Belsky J, Rovine M. Temperament and attachment security in the strange situation: An empirical rapprochement. *Child Dev.* 1987;787–95.
42. Mahoney MJ. Human change processes. New York. 1991;
43. Kegan R. The evolving self: Problem and process in human development. Harvard University Press; 1982.
44. Widiger TA, Frances A. The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(6):615–23.
45. Satterfield WA, Lyddon WJ. Client attachment and perceptions of the working alliance with counselor trainees. *J Couns Psychol.* 1995 Apr;42(2):187–9.
46. Guidano VF. The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy. Guilford Press; 1991.
47. Millon T, Millon CM, Meagher SE, Grossman SD, Ramnath R. Personality Disorders in Modern Life [Internet]. Wiley; 2004. Available from: <https://books.google.com.tr/books?id=mHnbLYVAn9kC>
48. Field TM. 14 – Attachment as Psychobiological Attunement: Being on the Same Wavelength. In 1985. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:140401307>
49. Weissman MM, Paykel ES. The depressed woman: A study of social relationships. The depressed woman: A study of social relationships. Oxford, England: U Chicago Press; 1974. 289, xix, 289–xix p.
50. Magnavita JJ, MacFarlane MM. Family treatment of personality disorders: Historical overview and current perspectives. In: Family treatment of personality disorders: Advances in clinical practice. Binghamton, NY, US: Haworth Clinical Practice Press; 2004. p. 3–39.
51. Millon T, Davis R. Millon clinical multi-axial inventory II. 2nd ed. National Computer Systems; 1987.
52. Wagner ME, Schubert HJP, Schubert DSP. Sibship-Constellation Effects on Psychosocial Development, Creativity, and Health. In 1979. p. 57–148.
53. Dunn J, Kendrick C. Interaction between young siblings: Association with the interaction between mother and firstborn child. *Dev Psychol.* 1981 May;17(3):336–43.
54. Cicirelli VG. Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychol Aging.* 1989;4(2):211–6.

55. Yankelovich D. New rules: Searching for self-fulfillment in a world turned upside down. New York: Random House; 1981.
56. Millon T, Davis RD. Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond [Internet]. Wiley; 1996. (A Wiley-Interscience publication). Available from: <https://books.google.com.tr/books?id=jYMoAQAAMAAJ>
57. Fromm E. The Sane Society [Internet]. Rinehart; 1969. (Holt paperback Winston). Available from: <https://books.google.com.tr/books?id=zRJmAAAAIAAJ>
58. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827–37.
59. Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S, et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive–compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med*. 2005;35(3):443–51.
60. Skodol A, Bender D, Gunderson J, Oldham J. Personality Disorders. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Publishing; 2014.
61. Fenton MC, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Skodol A, Krueger B, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 2012 Mar 8;107(3):599–609.
62. Hasin D. Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Nov 1;68(11):1158.
63. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal of Psychiatry*. 2011 Mar;168(3):257–64.
64. Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Gunderson JG, et al. Two-Year Prospective Naturalistic Study of Remission From Major Depressive Disorder as a Function of Personality Disorder Comorbidity. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):78–85.
65. Skodol AE, Geier T, Grant BF, Hasin DS. PERSONALITY DISORDERS AND THE PERSISTENCE OF ANXIETY DISORDERS IN A NATIONALLY REPRESENTATIVE SAMPLE. *Depress Anxiety*. 2014 Sep;31(9):721–8.

66. Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Markowitz JC, Sanislow CA, Yen S, et al. The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychol Med*. 2011 May 14;41(5):1019–28.
67. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Feb;159(2):276–83.
68. Schneider K. *Klinische psychopathologie*. Georg thieme verlag; 2007.
69. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005 Apr 1;1(1):355–80.
70. Wright AGC, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *J Abnorm Psychol*. 2012 Nov;121(4):951–7.
71. Widiger TA, Rogers JH. Prevalence and Comorbidity of Personality Disorders. *Psychiatr Ann*. 1989 Mar;19(3):132–6.
72. Krueger RF. Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013;4(4):355–62.
73. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*. 2007;62(2):71–83.
74. Morey LC, Benson KT, Busch AJ, Skodol AE. Personality Disorders in DSM-5: Emerging Research on the Alternative Model. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Apr 8;17(4):24.
75. Coolidge FL, Segal DL. Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998 Aug;18(5):585–99.
76. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC; 1952.
77. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington DC; 1968.
78. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 rev. 1987.
79. Mellso G, Varghese F, Joshua S, Hicks A. The reliability of axis II of DSM-III. *Am J Psychiatry*. 1982 Oct;139(10):1360–1.

80. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 1994.
81. BECK AT. JAMES L. PRETZER. Major Theories of Personality Disorder. 1996;36.
82. Morey LC, Hopwood CJ, Klein DN. Passive-Aggressive, Depressive, and Sadistic Personality Disorders. In: Personality Disorders: Toward the DSM-V. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States : SAGE Publications, Inc.; 2007. p. 353–74.
83. Klein MH, Benjamin LS, Rosenfeld R, Treece C, Husted J, Greist JH. The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, Reliability, and Validity. *J Pers Disord*. 1993 Dec;7(4):285–303.
84. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). 2000.
85. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
86. Davison GC, Neale JM, Hindman D. Abnormal psychology. Wiley New York; 1996.
87. Widiger TA. The DSM-III-R Categorical Personality Disorder Diagnoses: A Critique and an Alternative. *Psychol Inq*. 1993 Apr;4(2):75–90.
88. Shedler J, Westen D. Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*. 2004 Oct;161(10):1743–54.
89. Taymur I, Turkcapar M. Personality: Description, Classification and Evaluation. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(2):154.
90. Costa PT, McCrae RR. The revised neo personality inventory (neo-pi-r). The SAGE handbook of personality theory and assessment. 2008;2(2):179–98.
91. Farmer A, McGuffin P, Williams J. Measuring psychopathology. Oxford University Press; 2002.
92. Thomas JC, Segal DL. Comprehensive handbook of personality and psychopathology, personality and everyday functioning. Vol. 1. John Wiley & Sons; 2006.
93. Costa PT, McCrae RR. The revised neo personality inventory (neo-pi-r). The SAGE handbook of personality theory and assessment. 2008;2(2):179–98.

94. Ozer DJ, Reise SP. Personality Assessment. *Annu Rev Psychol.* 1994 Jan;45(1):357–88.
95. Burger JM. Kişilik (çev. İnan Deniz Erguvan Sarıoğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları. 2006;78.
96. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Kuramdan uygulamaya beş faktör kişilik modeli ve beş faktör kişilik envanteri:(5FKE). Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi; 2011.
97. Feist GJ. A Meta-Analysis of Personality in Scientific and Artistic Creativity. *Personality and Social Psychology Review.* 1998 Nov 21;2(4):290–309.
98. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
99. Widiger TA, Krueger RF. Personality disorders in the DSM-5: Current status, lessons learned, and future challenges. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2013;4(4):341–341.
100. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med.* 2012 Sep 8;42(9):1879–90.
101. Sar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: " Batı cephesinde yeni bir şey yok". *Klinik Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2010;13(4):196–208. Available from: <http://search/yayin/detay/122947>
102. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009 Apr 1;5(1):197–220.
103. Trull TJ. The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *J Pers.* 2012 Dec 5;80(6):1697–720.
104. Widiger TA. The DSM-5 Dimensional Model of Personality Disorder: Rationale and Empirical Support. *J Pers Disord.* 2011 Apr;25(2):222–34.
105. Gore WL. The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model.
106. Morey LC. Thoughts on the assessment of the DSM–5 alternative model for personality disorders: Comment on Sleep et al. (2019). *Psychol Assess.* 2019 Oct;31(10):1192–9.
107. Sleep CE, Lynam DR, Widiger TA, Crowe ML, Miller JD. Difficulties with the conceptualization and assessment of Criterion A in the DSM–5 alternative model of personality disorder: A reply to Morey (2019). *Psychol Assess.* 2019 Oct;31(10):1200–5.

108. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol.* 2017 May;126(4):454–77.
109. Krueger RF, Markon KE. The Role of the DSM-5 Personality Trait Model in Moving Toward a Quantitative and Empirically Based Approach to Classifying Personality and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014 Mar 28;10(1):477–501.
110. Dereboy F, Dereboy Ç, KAÇAR-BAŞARAN S, KIRCI-DALLIOĞLU Ç, ASLAN-KUNT D. Prevalence of Personality Disorder Diagnosed with SCID-II Among Psychiatry Patients in Turkey: Systematic Review and Meta-Analysis. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2021;
111. Morey LC. Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychol Assess.* 2017 Oct;29(10):1302–8.
112. Karakoç AGDrFY, Dönmez ProfDrL. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2014 May 1;13(40):39–49.
113. John OP, Srivastava S. The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. 1999;
114. Somer O, Goldberg LR. The structure of Turkish trait-descriptive adjectives. *J Pers Soc Psychol.* 1999;76(3):431.
115. Szarota P. Polska Lista Przymiotnikowa (PLP): Narzędzie do diagnozy Pięciu Wielkich czynników osobowości. *Studia Psychologiczne.* 1995;
116. Raad B De, Perugini M, Hrebícková M, Szarota P. Lingua franca of personality: Taxonomies and structures based on the psycholexical approach. *J Cross Cult Psychol.* 1998;29(1):212–32.
117. Hrebickova M, Ostendorf F. Lexikalni pristup k osobnosti. V: Klasifikace pridavnych jmen do kategorii osobnostni deskripce./Lexical approach to personality: V. Classification of adjectives into categories of personality description. *Cesk Psychol.* 1995;39:265–76.
118. Yang K shu, Bond MH. Exploring implicit personality theories with indigenous or imported constructs: The Chinese case. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(6):1087.

119. Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol.* 1998;75(3):729–50.
120. Schmitt DP, Allik J, McCrae RR, Benet-Martínez V. The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits. *J Cross Cult Psychol.* 2007 Mar 26;38(2):173–212.
121. Sümer N, Lajunen T, Özkan T. Big five personality traits as the distal predictors of road accident. *Traffic and transport psychology: Theory and application.* 2005;215:215–27.
122. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1990. 212, iv, 212–iv p.
123. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S, Saygılı R. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1994;9(32):26–9.
124. Segal DL, Coolidge FL, O'riley A. Structured and Semistructured Interviews. Practical Resources for the Mental Health Professional, Clinician's Handbook of Adult Behavioral Assessment, M Hersen. Burlington, Academic Press; 2006.
125. Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry.* 1994;35(4):316–27.
126. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5- Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2019;
127. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. Sage publications; 2021.
128. Hahs-Vaughn DL. Applied multivariate statistical concepts. Taylor & Francis; 2016.
129. Sleep CE, Lynam DR, Widiger TA, Crowe ML, Miller JD. An evaluation of DSM–5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. *Psychol Assess.* 2019 Oct;31(10):1181–91.

130. Cangur S, Ercan I. Comparison of Model Fit Indices Used in Structural Equation Modeling Under Multivariate Normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*. 2015 May 1;14(1):152–67.
131. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*. 2003;8(2):23–74.
132. Sharma B. A focus on reliability in developmental research through Cronbach's Alpha among medical, dental and paramedical professionals. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*. 2016 Nov 30;3(4):271–8.
133. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016 Jun;15(2):155–63.
134. SAMUEL D, WIDIGER T. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis☆. *Clin Psychol Rev*. 2008 Dec;28(8):1326–42.
135. Saulsman LM, Page AC. Can trait measures diagnose personality disorders? *Curr Opin Psychiatry*. 2003 Jan;16(1):83–8.
136. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2004 Jan;23(8):1055–85.
137. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater Reliability and Internal Consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0. *J Pers Disord*. 1997 Sep;11(3):279–84.
138. Wright AGC., Zimmermann J. At the nexus of science and practice: Answering basic clinical questions in personality disorder assessment and diagnosis with quantitative modeling techniques. In: *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. Washington: American Psychological Association; 2015. p. 109–44.
139. Wright AGC, Hopwood CJ, Skodol AE, Morey LC. Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *J Abnorm Psychol*. 2016 Nov;125(8):1120–34.
140. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, et al. The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol*. 2015 May;124(2):387–98.

141. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. Evaluation of the SCID-II Personality Disorder Traits for DSM-IV: Coherence, Discrimination, Relations With General Personality Traits, and Functional Impairment. *J Pers Disord.* 2007 Dec;21(6):626–37.
142. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders. *J Abnorm Psychol.* 2012 May;121(2):424–32.
143. Wygant DB, Sellbom M, Sleep CE, Wall TD, Applegate KC, Krueger RF, et al. Examining the DSM–5 alternative personality disorder model operationalization of antisocial personality disorder and psychopathy in a male correctional sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2016 Jul;7(3):229–39.
144. Hentschel AG, Pukrop R. The Essential Features of Personality Disorder in DSM-5. *Journal of Nervous & Mental Disease.* 2014 May;202(5):412–8.
145. Tyrer P. What are the borders of borderline personality disorder? *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Apr 23;89(s379):38–44.

8. EKLER

8.1. Şekil Listesi

Şekil 1. DSM-I'den DSM-IV-TR'ye kişilik bozukluklarının değişim süreci

Şekil 2. A küme kişilik bozuklukları

Şekil 3. B küme kişilik bozuklukları

Şekil 4. C küme kişilik bozuklukları

Şekil 5. DSM'nin çok eksenli modeli

Şekil 6. HiTOP'a göre mental bozuklukların 4 boyutu

Şekil 7. HiTOP'a göre kişilik patolojisinin 5 boyutu ile 5 faktör kişilik modelinin ilişkisi

Şekil 8. HiTOP'un 6 boyutu ve boyutlara dahil olan bozukluklar

Şekil 9. KİDÖÖ toplam puanı için ROC eğrisi

8.2. Tablo Listesi

Tablo 1. Level of personality functioning scale (LPFS) kişilik işlevselliği düzeyi değerlendirme ölçeği

Tablo 2. Uyumsuz kişilik özellikleri boyutları ve alt boyutları

Tablo 3. Uyumsuz kişilik özellikleri ve beş faktör modeli ilişkisi

Tablo 4. Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışarıda bırakma kriterleri

Tablo 5. LPFS-SR'nin toplum örnekleminde bildirilmiş sonuçları

Tablo 6. Sosyodemografik veriler açısından grupların karşılaştırılması

Tablo 7. Hasta grubunda görülen eksen I tanılarının ve kişilik bozukluklarının dağılımı

Tablo 8. BFI alt ölçekleri puanları bakımından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

Tablo 9. SCID-II alt ölçekleri bakımından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

Tablo 10. KİDÖÖ puanları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırması

Tablo 11. Tek faktörlü modelin faktör yükleri, tanımlayıcı değerleri ve düzeltilmiş madde toplam korelasyon değerleri

Tablo 12. KİDÖÖ'nün alt ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonu

Tablo 13. 4 faktörlü modelin faktör yükleri

Tablo 14. 5 faktörlü modelin faktör yükleri

Tablo 15. 6 faktörlü modelin faktör yükleri

Tablo 16. Tek faktörlü CFA modeli

Tablo 17. 4 faktörlü orijinal modelin CFA modeli

Tablo 18. 4 faktörlü CFA modeli

Tablo 19. 5 faktörlü CFA modeli

Tablo 20. 6 faktörlü CFA modeli

Tablo 21. Model uyum indeksleri

Tablo 22. KİDÖÖ ölçeğinin alt ölçeklerinin BFI alt ölçekleriyle korelasyonu

Tablo 23. BFI alt ölçeklerinin 6 faktörlü modelle korelasyonu

Tablo 24. KİDÖÖ alt ölçeklerinin SCID-II alt ölçekleri ile korelasyonu

Tablo 25. SCID-II alt ölçeklerinin 6 faktörlü modelle korelasyonu

Tablo 26. Altı faktörlü modele göre hasta ve kontrol gruplarının KİDÖÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 27. KİDÖÖ puanları ve 6 faktörlü model için ROC analizi sonuçları

Tablo 28. Kişilik bozukluğu varlığını kestirmede SCID-II ve KİDÖÖ ile oluşturulan lojistik regresyon modelleri

Tablo 29. Kişilik bozukluklarında birinci ve ikinci sırada gözlenen eksen I bozuklukları ve bunlara göre kişilik işlevselliği puanlarının dağılımı

Tablo 30. Hasta grubunda eksen I tanılarına göre KİDÖÖ toplam ve alt ölçek puanları

Tablo 31. Hasta grubunda eksen I tanılarına göre KİDÖÖ kesme puanlarını geçen hastaların oranları



8.3. Sosyodemografik Veri Formu

Yaş:

Cinsiyet: () Kadın () Erkek

Medeni Durum: () Bekar () Evli () Boşanmış () Dul () Diğer...

Varsa çocuk sayısı:....

Eğitim Düzeyi: () İlkokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

Meslek:() Memur () İşçi () Esnaf () Ev Hanımı

() Emekli () Serbest Meslek () İşsiz/Çalışmıyor () Diğer

Hangi Gelir Düzeyinde Olduğunuzu Düşünüyorsunuz?

() Alt () Orta () Üst

Ailenizde/Akrabalarınızda Psikiyatrik Hastalığı Olan Biri Var mı? () Var () Yok

Varsa yakınlık derecesi ve hastalık tanısını belirtiniz.....

Daha Önce Psikiyatri Başvurunuz Var mı? ()Var ()Yok

Varsa tanınızı/tanılarınızı belirtiniz.....

Ne Kadar Süredir Düzenli Psikiyatrik Tedavi Görüyorsunuz?

() 1 yıldan az () 1-2 yıl () 2-3 yıl () 3-5 yıl () 5 yıldan fazla

Psikiyatride yatış öykünüz var mı? () Var () Yok

Varsa sayısını ve süresini belirtiniz.....

İntihar Girişiminde Bulundunuz mu?()Evet ()Hayır

Cevabınız ‘evet’ ise kaç kere olduğunu ve kullanılan yöntemi belirtiniz.....

Sigara Kullanır mısınız? ()Evet ()Hayır

Alkol Kullanır mısınız? ()Evet ()Hayır

Uyuşturucu Kullanım Öykünüz Var mı? ()Evet ()Hayır

8.4. Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeği (KİDÖÖ)

Ad-Soyad:.....

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne ölçüde doğru olduğunu belirtiniz.

		Asla	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Karşılaştığım farklı durumlarda, o duruma uygun şekilde davranmayı başarırım.	1	2	3	4
2	Diğer insanlar hakkında anlayabildiğim tek şey onların zayıf yönleridir.	1	2	3	4
3	Yakın ilişkilerimin neredeyse hiç biri iyi sonuçlanmaz.	1	2	3	4
4	Farklı zamanlarda farklı duygulara sahip olsam da, hepsiyle gayet iyi başedebilirim.	1	2	3	4
5	Denesem de, başarılı ve devamlı bir ilişki sürdüremiyorum.	1	2	3	4
6	Yakın ilişkiler kurmak istememe rağmen bazen güçlü duygular beni engelliyor.	1	2	3	4
7	Hayatımdaki olaylar, beni kolayca etkileyip kendimi nasıl hissettiğimi değiştirebilir.	1	2	3	4
8	Başkalarından gelen değerlendirmeler, benim için neyin önemli olduğunu belirlemede önemlidir.	1	2	3	4
9	Başkalarına yakın olmak bana cazip gelmiyor.	1	2	3	4
10	Başkalarıyla yakınlaşmak beni sadece savunmasız bırakır ve bu riske de girmeye değmez.	1	2	3	4
11	Aynı fikirde olmadığım kişilerin de bakış açılarını önemseyebilirim.	1	2	3	4
12	Sadece beni çok iyi anlayan biriyle yakın olabilirim.	1	2	3	4
13	Ancak ihtiyaçlarımı anlayabilecek ve karşılayabilecek biriyle samimi olabilirim.	1	2	3	4
14	Herhangi bir zamanda duygularıma dışarıdan bakabilir ve nasıl hissettiğimi tarafsız olarak değerlendirebilirim.	1	2	3	4
15	Düşüncelerimin kendi düşüncelerim mi yoksa başkalarının düşünmemi istediği şeyler mi olduğunu her zaman ayırtıramıyorum.	1	2	3	4
16	Tatmin edici bulacağım bir hayat yaşamayı hayal bile edemiyorum.	1	2	3	4
17	Keskin fikir ayrılıkları olduğunda buna katlanamıyorum.	1	2	3	4
18	Başka insanların neyi neden yaptıkları hakkında hiçbir fikrim yok.	1	2	3	4
19	Diğer insanlarla pek olumlu etkileşimim yok.	1	2	3	4
20	Diğer insanları nasıl etkilediğime çok fazla dikkat etmiyorum ya da umursamıyorum.	1	2	3	4
21	Diğer insanları neyin motive ettiğini hiç anlamıyorum.	1	2	3	4
22	Yaşadıklarım , hissettiklerim ve yaptıklarım üzerinde düşünerek vaktimi harcamam.	1	2	3	4
23	Başkalarının beni onaylamasına çok ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne ölçüde doğru olduğunu belirtiniz.

		Asla	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
24	Amaçlarımı belirlemede ve tamamlamada zorluk çekiyorum.	1	2	3	4
25	Hislerim veya yaptıklarım hakkında çok fikrim yok.	1	2	3	4
26	Hem kişisel hem de iş yerinde tatmin edici birçok ilişkim vardır.	1	2	3	4
27	İlişkilerim var ama çok samimi olduğunu düşündüğüm ilişkim pek fazla değildir.	1	2	3	4
28	Amaçlarımı belirlemekte biraz zorluk çekiyorum.	1	2	3	4
29	Farklı amaçlar arasında karar vermekte zorlanıyorum.	1	2	3	4
30	Genelde uzun vadeli amaçlarımı göz ardı ederek ,anlık duruma göre hareket ederim.	1	2	3	4
31	Sadece beni bir şekilde etkileme ihtimali olan kişileri dikkate alırım.	1	2	3	4
32	İnsanlara bana yapabilecekleri veya benim için yapabilecekleri şeyler ölçüsünde önem veririm.	1	2	3	4
33	Hayatımda iyi şeyler olacağına dair pek umudum yok.	1	2	3	4
34	Kendim için ulaşılması çok zor olan kişisel standartlar belirlerim.	1	2	3	4
35	Kendim hakkında ya çok iyi ya da çok kötü hissetme eğilimindeyim.	1	2	3	4
36	Hedeflerimi kendim belirlemek yerine başkalarının benim için belirlemesine izin verme eğilimindeyim.	1	2	3	4
37	Başkalarıyla ilişkilerimde esnek ve iş birlikçi olmaya gayret ediyorum.	1	2	3	4
38	Genelde diğer insanların duygularını onlardan daha iyi anlıyorum.	1	2	3	4
39	Yakın ilişkilerime özen gösteriyorum çünkü onlar benim için önemli.	1	2	3	4
40	Değerlerim ile başkalarının sahip olmamı istedikleri değerler arasındaki farkları görüyorum.	1	2	3	4
41	Hayatıma dışarıdan bakmakta ve hayatımı tarafsız olarak değerlendirmekte iyi değilimdir .	1	2	3	4
42	Kendim için tam olarak hangi standartları belirlediğimden emin değilim.	1	2	3	4
43	Sadece hayatımı kolaylaştırabilecek ilişkilerle ilgileniyorum.	1	2	3	4
44	Diğer insanları nasıl etkilediğimin epey farkındayım.	1	2	3	4
45	Yakın bir ilişkideyken, sanki diğer kişi olmadan yaşayamazmışım gibi hissediyorum.	1	2	3	4
46	Yakın ilişkilerde uzak durmak ve sırnaşık olmak arasında gidip gelirim.	1	2	3	4
47	Çoğu durumda hislerim , başkalarının benden beklediğinden çok daha farklıdır.	1	2	3	4

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne ölçüde doğru olduğunu belirtiniz.

		Asla	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
48	Sıkıntılı zamanlarda benim için önemli olan şeyleri gözden kaçırdığım olur.	1	2	3	4
49	Diğer insanlarla etkileşimde bulunmak genellikle kafamı karıştırır.	1	2	3	4
50	Çoğu insan hayatında işleri bana göre daha çok yoluna koymuş gibi görünüyor.	1	2	3	4
51	Yeteneklerime göre gerçekçi hedeflerim vardır.	1	2	3	4
52	İnsanlarla uzun süreli ilişkiler kurarım ama bu ilişkilerim çoğu zaman tatmin edici olmuyor.	1	2	3	4
53	Hayat, çok fazla anlamı olmayan tehlikeli bir yerdir.	1	2	3	4
54	Çevremdeki çoğu kişinin yıkıcı amaçları var.	1	2	3	4
55	Yaptığım çoğu şey başkalarının yaptıklarına bir tepkidir.	1	2	3	4
56	Duygularım hızlı değişiyor.	1	2	3	4
57	Hayatımı temelde başkalarının eylemleri tarafından şekilleniyor.	1	2	3	4
58	Amaçlarım, çoğunlukla kişisel bir seçim olmaktan ziyade başkaları tarafından dayatılır.	1	2	3	4
59	Tercihlerim mevcut koşullara bağlı olarak oldukça değişkenlik gösterir.	1	2	3	4
60	Diğer insanlar genellikle benden çok şey bekler.	1	2	3	4
61	İnsanlar çoğu ortamda başkalarının duygularını ve amaçlarını okumakta iyi olduğumu düşünürler.	1	2	3	4
62	İnsanlar benim nefret dolu olduğumu düşünüyorlar ama bu genellikle onlardan kaynaklanıyor.	1	2	3	4
63	İlişkiler esas olarak bir acı ve ıstırap kaynağıdır.	1	2	3	4
64	Bazen umursadığım tek şey hedeflerimdir.	1	2	3	4
65	Bazen kendime acımasızca davranıyorum.	1	2	3	4
66	Bazen kimi insanların aynı benim gibi olduğunu hissediyorum; bazen de bana hiç benzemediklerini hissediyorum .	1	2	3	4
67	Bazen diğer insanlar bana uymadığı için onlara ayak uyduramıyorum.	1	2	3	4
68	İnsanlar üzerinde yarattığım etkiyi bazen gözden kaçırabilirim.	1	2	3	4
69	İnsanlarla kurduğum başarılı bir ilişkinin ölçütü, ihtiyaçlarımın karşılanıp karşılanmadığıdır.	1	2	3	4
70	Kendim için belirlediğim hedefler ya gerçekleşmesi mümkün olmayan ya da toplumca onaylanmayan şeylerdir.	1	2	3	4
71	Başkalarının beni algılama şekli, gerçekte olduğumdan tamamen farklıdır.	1	2	3	4
72	Kişiliğimin birbiriyle pek uyuşmayan kısımları vardır.	1	2	3	4
73	İnsanlarla ilişkilerimde,esas olarak dikkat ettiğim şey beni nasıl etkileyebilecekleridir.	1	2	3	4

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne ölçüde doğru olduğunu belirtiniz.

		Asla	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
74	Duygularım çok güçlendiğinde, onları görmezden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
75	Başkalarıyla aynı fikirde olmadığımda, olaylara onların tarafından bakmaya çalışmanın bir faydası olacağını düşünmüyorum.	1	2	3	4
76	Bir şeyi iyi yaptığımı hissettiğimde çoğunlukla haklıyım.	1	2	3	4
77	Bir şeyi iyi yapamadığımda öfkelenebilirim veya beceriksizliğimden utanabilirim.	1	2	3	4
78	Başarılı olduğumda sanki hak etmiyordum gibi hissederim.	1	2	3	4
79	Başkaları beni onaylamadığında, elimde olmayan duygusal tepkiler veririm.	1	2	3	4
80	Kendim hakkında düşünürken, tek bir noktada takılıp kalırım.	1	2	3	4

Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz-bildirim Ölçeği (KİDÖÖ) için alt ölçek puanları ve toplam puan hesaplama :

Adım 1: Her item için ham item puanını aşağıdaki tablonun en sağ sütunundaki ağırlıkla çarparak ortaya çıkan sonucu tablodaki uygun sütuna yerleştirin.

Adım 2: Her bir alt ölçek için ilgili sütundaki ağırlıklandırılmış puanları toplayarak empati, kendini yönlendirme, kimlik, yakınlık alt ölçeklerine ait puanları hesaplayın.

Adım 3: Tüm alt ölçeklerin puanlarını toplayarak toplam puanı hesaplayın.

Soru sayısı	Kimlik	Kendini yönlendirme	Empati	Yakınlık	Ağırlık
1					-0.5
2					2.5
3					2.5
4					-0.5
5					2.5
6					0.5
7					2.5

8					1.5
9					3.5
10					3.5
11					-0.5
12					1.5
13					1.5
14					-0.5
15					3.5
16					3.5
17					2.5
18					2.5
19					3.5
20					1.5
21					3.5
22					3.5
23					1.5
24					2.5
25					2.5
26					-0.5
27					1.5
28					0.5
29					0.5
30					3.5
31					1.5
32					3.5
33					2.5
34					0.5
35					2.5
36					1.5
37					-0.5
38					1.5
39					-0.5

40					-0.5
41					1.5
42					2.5
43					3.5
44					-0.5
45					2.5
46					2.5
47					3.5
48					0.5
49					3.5
50					1.5
51					-0.5
52					0.5
53					2.5
54					2.5
55					2.5
56					2.5
57					3.5
58					3.5
59					3.5
60					0.5
61					-0.5
62					3.5
63					3.5
64					0.5
65					0.5
66					2.5
67					0.5
68					0.5
69					3.5
70					1.5
71					3.5

72					2.5
73					2.5
74					0.5
75					0.5
76					-0.5
77					1.5
78					1.5
79					1.5
80					0.5

Klinisyenlere Talimatlar

Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz-bildirim Ölçeği (KİDÖÖ), 18 yaş ve üzeri yetişkinler için 80 maddelik, kendi kendine puanlanan kişilik işleyişi değerlendirme ölçeğidir. “Kimlik, Kendini Yönlendirme, Empati ve Yakınlık” olmak üzere kişiliğin birbiriyle ilişkili dört temel işlevini değerlendirir ve bu alt bileşen ölçeklerinin her biri 16 ila 23 maddeden oluşur. Dört alt ölçek puanı toplanır ve genel kişilik işleyişindeki bozulmanın düzeyi ile ilgili bir skor elde edilir.

Ölçüm, kişi tarafından klinisyen gözetiminde tamamlanır. Kişiden, her maddenin kendisini ne kadar iyi tanımladığını derecelendirmesi istenir.

Puanlama ve Yorumlama

Ölçekteki her madde 4 kademedede derecelendirilir. Maddelere ilişkin yanıt kategorileri 1=tamamen yanlış, asla doğru değil; 2=bazen doğru; 3=çoğu zaman doğru; 4=kesinlikle, her zaman doğru şeklindedir. Maddelerin hiçbirisi ters kodlanmamıştır, ancak bazıları negatif ağırlıklandırılmıştır ve bu nedenle toplam puandan düşülmektedir (yukarıdaki talimatlara bakınız).

Ağırlıklı madde puanları toplanarak dört alt bileşen ve bir toplam puan oluşturulur. Elde edilen puanlar, klinisyenin klinik gözlemini de hesaba katarak bireyde var olan kişilik bozukluğunun ciddiyetini anlamasına olanak tanır. Aşağıdaki puanlar, 306 katılımcıdan oluşan bir toplum örnekleminin puanlarıdır. Puanlar ortalamanın üzerinde +1,0 standart sapmayı (SD) aştığında, subklinik sorunlar ifade edilebilir; ortalamanın üzerinde 1,5 ila 2,0 standart sapmayı aşan puanlar, daha fazla değerlendirme, tedavi ve takip gerektiren klinik

olarak anlamlı kişilik bozukluğuna işaret edebilir. Klinik yargınız kararınıza rehberlik etmelidir.

	Toplam	Kimlik	Kendini yönlendirme	Empati	Yakınlık
Ortalama	232.4	75.8	53.4	39.1	64.1
+1 SS	308.8	101.0	73.6	53.3	87.1
+1.5 SS	347.1	113.6	83.7	60.5	98.6
+2.0 SS	385.3	126.2	93.7	67.6	110.1

Kaynak: Morey, L.C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. Psychological Assessment, 29, 1302-1308.

DOI:10.1037/pas0000450

8.5. BFI (Big Five Inventory)

Aşağıda sizi kısmen tanımlayan (ya da pek tanımlayamayan) bir takım özellikler sunulmaktadır. Örneğin, başkaları ile zaman geçirmekten hoşlanan birisi olduğunuzu düşünüyor musunuz? Lütfen aşağıda verilen özelliklerin sizi ne oranda yansıttığını ya da yansıtmadığını belirtmek için sizi en iyi tanımlayan rakamı her bir özelliğin yanına yazınız.

- 1 = Hiç katılmıyorum
2 = Biraz katılmıyorum
3 = Ne katılıyorum ne de katılmıyorum (kararsızım)
4 = Biraz katılıyorum
5 = Tamamen katılıyorum

Kendimi biri olarak görüyorum

- | | |
|---|---|
| ___ 1. Konuşkan | ___ 23. Tembel olma eğiliminde olan |
| ___ 2. Başkalarında hata arayan | ___ 24. Duygusal olarak dengeli, kolayca keyfi kaçmayan |
| ___ 3. İşini tam yapan | ___ 25. Keşfeden, icat eden |
| ___ 4. Bunalımlı, melankolik | ___ 26. Atılgan bir kişiliğe sahip |
| ___ 5. Orijinal, yeni görüşler ortaya koyan | ___ 27. Soğuk ve mesafeli olabilen |
| ___ 6. Ketum/vakur | ___ 28. Görevi tamamlanıncaya kadar sebat edebilen |
| ___ 7. Yardımsever ve çıkarıcı olmayan | ___ 29. Dakikası dakikasına uymayan |
| ___ 8. Biraz umursamaz | ___ 30. Sanata ve estetik değerlere önem veren |
| ___ 9. Rahat, stresle kolay baş eden | ___ 31. Bazen utangaç, çekingen olan |
| ___ 10. Çok değişik konuları merak eden | ___ 32. Hemen hemen herkese karşı saygılı ve nazik olan |
| ___ 11. Enerji dolu | ___ 33. İşleri verimli yapan |
| ___ 12. Başkalarıyla sürekli didişen | ___ 34. Gergin ortamlarda sakin kalabilen |
| ___ 13. Güvenilir bir çalışan | ___ 35. Rutin işleri yapmayı tercih eden |
| ___ 14. Gergin olabilen | ___ 36. Sosyal, girişken |
| ___ 15. Maharetli, derin düşünen | ___ 37. Bazen başkalarına kaba davranabilen |
| ___ 16. Heyecan yaratabilen | ___ 38. Planlar yapan ve bunları takip eden |
| ___ 17. Affedici bir yapıya sahip | ___ 39. Kolayca sinirlenen |
| ___ 18. Dağınık olma eğiliminde | ___ 40. Düşünmeyi seven, fikirler geliştirebilen |
| ___ 19. Çok endişelenen | ___ 41. Sanata ilgisi çok az olan |
| ___ 20. Hayal gücü yüksek | ___ 42. Başkalarıyla iş birliği yapmayı seven |
| ___ 21. Sessiz bir yapıda | ___ 43. Kolaylıkla dikkati dağılan |
| ___ 22. Genellikle başkalarına güvenen | ___ 44. Sanat, müzik ve edebiyatta çok bilgili |

8.6. SCID-II SPQ

Lütfen soruları dikkatle okuyup, yerine göre sadece "EVET" ya da "HAYIR" cevaplarından birini işaretleyiniz.			
1	Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?	Evet	Hayır
2	Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?	Evet	Hayır
3	Sizi seveceklerinde emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmekten, iletişim kurmaktan kaçır mısınız?	Evet	Hayır
4	İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçır mısınız?	Evet	Hayır
5	Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap vermemek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?	Evet	Hayır
6	Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?	Evet	Hayır
7	Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?	Evet	Hayır
8	Gündelik kararlarınızı vermeden önce başkalarından öğüt ya da destek almaya gereksinim duyar mısınız?	Evet	Hayır
9	Sizinle ilgili önemli konularda kararı başkalarına mı bırakırsınız?	Evet	Hayır
10	İnsanların kararına karşı çıkmaktan çekinir misiniz? Genellikle her söyleneni kabul eder misiniz?	Evet	Hayır
11	Yardım edecek biri olmadığında bir işi ya da görevi tek başınıza başlatmakta zorlanır mısınız?	Evet	Hayır
12	İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?	Evet	Hayır
13	Kendi başınıza kaldığınızda genellikle kendinizi rahatsız hisseder misiniz?	Evet	Hayır
14	Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?	Evet	Hayır
15	Terkedilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?	Evet	Hayır
16	Her şeyi tam doğru yapmaya çalışırken çok zaman harcadığınız için işlerinizi bitirmekte zorlanır mısınız?	Evet	Hayır
17	İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?	Evet	Hayır
18	Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?	Evet	Hayır

19	Sizden başkasının doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?	Evet	Hayır
20	Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?	Evet	Hayır
21	Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sırayla yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?	Evet	Hayır
22	Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?	Evet	Hayır
23	Çevrenizde toplum kurallarına uymayanlara kızar mısınız?	Evet	Hayır
24	İnsanlara yakınlık göstermekte zorlanır mısınız?	Evet	Hayır
25	İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?	Evet	Hayır
26	Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	Evet	Hayır
27	İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?	Evet	Hayır
28	İstemediğiniz, sevmediğiniz bir iş yapmanız istediğinde sinirlenir ya da küser misiniz?	Evet	Hayır
29	Aslında yapmak istemediğiniz ama yapmanız gereken işleri bilerek ağırdan alır mısınız?	Evet	Hayır
30	İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?	Evet	Hayır
31	Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unutur musunuz?	Evet	Hayır
32	Görevlerinizi Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?	Evet	Hayır
33	Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?	Evet	Hayır
34	İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?	Evet	Hayır
35	Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz olduğunu düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
36	Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz genellikle size kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?	Evet	Hayır
37	Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?	Evet	Hayır
38	Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?	Evet	Hayır

39	Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?	Evet	Hayır
40	Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?	Evet	Hayır
41	Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin insanları kızdırdığı olur mu? Bu durum sizi şaşırtır mı?	Evet	Hayır
42	Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?	Evet	Hayır
43	Eğlenceli ortamlarda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenmediğiniz olur mu?	Evet	Hayır
44	Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?	Evet	Hayır
45	Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?	Evet	Hayır
46	Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?	Evet	Hayır
47	Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?	Evet	Hayır
48	Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?	Evet	Hayır
49	Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
50	Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?	Evet	Hayır
51	İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?	Evet	Hayır
52	Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?	Evet	Hayır
53	Başkalarının sizin hakkınızda bir şey bilmesinden tedirgin olur musunuz?	Evet	Hayır
54	Alıngan bir insan sayılır mısınız?	Evet	Hayır
55	Kıskanç bir insan sayılır mısınız?	Evet	Hayır
56	Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?	Evet	Hayır
57	Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar?" diye düşündüğünüz oldu mu?	Evet	Hayır
58	İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?	Evet	Hayır

59	Bir toplantıda tanımadığınız bir kaç kişinin olması, sizi rahatsız eder mi?	Evet	Hayır
60	Hiç olağan dışı (ya da doğaüstü) olaylara tanık oldunuz mu?	Evet	Hayır
61	Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?	Evet	Hayır
62	Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylere karıştırdığınız oldu mu?	Evet	Hayır
63	Kimseyi göremeseniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
64	Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?	Evet	Hayır
65	İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha rahat mı olursunuz?	Evet	Hayır
66	Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?	Evet	Hayır
67	Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?	Evet	Hayır
68	Hiç kimseyle, hiçbir zaman, cinsel bir yakınlaşmanızın olmam	Evet	Hayır
69	Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?	Evet	Hayır
70	Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?	Evet	Hayır
71	Karşı cinsten insanlarla beraber olma, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?	Evet	Hayır
72	Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?	Evet	Hayır
73	Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırır çağırırlar. Sizde böyle biri misiniz?	Evet	Hayır
74	İnsanların size bakması sizle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?	Evet	Hayır
75	Olaylar ya da insanlar karşısında çabuk parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?	Evet	Hayır
76	Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)	Evet	Hayır
77	Sizce kendi öncelikleriniz başkalarının isteklerinden önce mi gelir?	Evet	Hayır
78	Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğinizi söylediler mi?	Evet	Hayır
79	Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?	Evet	Hayır

80	İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun uzun süre etkisinde kalır mısınız?	Evet	Hayır
81	İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?	Evet	Hayır
82	İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
83	İnsanlardan anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı?	Evet	Hayır
84	Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu düşünür mü?	Evet	Hayır
85	Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
86	Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?	Evet	Hayır
87	Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
88	İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?	Evet	Hayır
89	İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan ya da acılarına katılamadığınızdan şikâyet ederler mi?	Evet	Hayır
90	İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?	Evet	Hayır
91	İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu?	Evet	Hayır
92	Hiç başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu?	Evet	Hayır
93	Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?	Evet	Hayır
94	Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?	Evet	Hayır
95	Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?	Evet	Hayır
96	Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
97	Hiç, marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırıldığınız oldu mu?	Evet	Hayır
98	Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin, sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemlerinizi oldu mu?	Evet	Hayır
99	Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkелendiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
100	Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızarsınız?	Evet	Hayır
101	Hiç, kendiniz öldürmeye ya da yaralamaya kalktınız mı? ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?	Evet	Hayır

102	Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?	Evet	Hayır
103	Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
104	Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar vermediğiniz, ya da istediğinizi bilmediğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
105	Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?	Evet	Hayır
106	Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?	Evet	Hayır
107	Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?	Evet	Hayır
108	Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?	Evet	Hayır
	Bundan sonraki sorular 15 yaşından önceki hayatınızla ilgilidir	Evet	Hayır
109	15 yaşından önce okuldan kaçarmıydınız?	Evet	Hayır
110	Çocukken hiç evden kaçtınız mı?	Evet	Hayır
111	Kavgacı bir çocuk muydunuz?	Evet	Hayır
112	15 yaşından önce kavgada alet kullanırmıydınız?	Evet	Hayır
113	Hiç başka bir insanı sizle cinsel ilişkiye zorladınız mı?	Evet	Hayır
114	Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?	Evet	Hayır
115	Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakarmıydınız?	Evet	Hayır
116	Hiç size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
117	Hiç yangın çıkardınız mı?	Evet	Hayır
118	Çocukken yalan söyler miydiniz?	Evet	Hayır
119	15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?	Evet	Hayır
120	15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?	Evet	Hayır

8.7. Ölçek (LPFS-SR) Kullanım İzni

Permission request for LPFS

21 Şubat 2022 17:45

Kimden: "morey" <b[redacted].tr>

Kime: "Begum YAMAN" <b[redacted].tr>

Hello—yes, you have my permission to use the LPFS-SR; good luck with your project!

Best,

Les Morey

Alinış yapılan metni göster - Yanıtla - Tümüne Yanıt Ver - İlet - Daha Fazla İşlem

21 Şubat 2022 16:49

Kimden: "Begum YAMAN" <b[redacted].tr>

Kime: "morey" <m[redacted].tr>

Kk: "Numan KONUK" <n[redacted].du.tr>

Dear Professor Leslie C. Morey,

We are planning to study Turkish adaptation, validity and reliability of Level of Personality Functioning Scale for Turkish population. So, we would kindly request your permission to use original version of the LPFS in this study. Its obvious that we will be needed of your further assistance to make a progress on this topic.

We would be very appriciated if you permit to use original version of your valuable work. Although you noticed that its open to freely used , we needed your official response to start application for our institutional ethical committee.

Thank you very much for your cooperation in advance.

Sincerely Yours,

Begüm YAMAN ÖZCAN , MD, Research Assistant

Numan KONUK , MD, Prof. of Psychiatry
numankonuk@duzce.edu.tr

8.8. Aydınlatılmış Onam Formu

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Türkçe Kişilik İşlevselliği Düzeyi Öz Bildirim Ölçeğinin Geçerlik – Güvenirliği ve Birinci Eksen Tanılar ile İlişkisinin İncelenmesi”dir. Bu araştırmanın amacı, psikiyatrik tanı aracı olarak yurt dışında kullanılan bir ölçeğin dilimize uyarlanması ve toplumumuzdaki işe yararlılığının ölçülmesidir. Bu çalışmada size herhangi bir tedavi uygulanmayacak olup sadece cevaplamanız için yazılı ve sözlü olarak sorular sorulacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen süre 45 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı en az 640 kişidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulan sorulara mümkün olduğu kadar doğru cevapları vermek ve soruların tamamını yanıtlamak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık veya yarar söz konusu değildir.

Araştırmaya bağlı bir zarar gelişmesi öngörülmemektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman no.lu telefondan Prof. Dr. Numan KONUK’a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma herhangi bir kurum veya kuruluş tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, sorulara eksik veya yanlış yanıt vermeniz nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz .

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hekim tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,
Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,
Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,
Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

8.9. İntihal Değerlendirme Belgesi

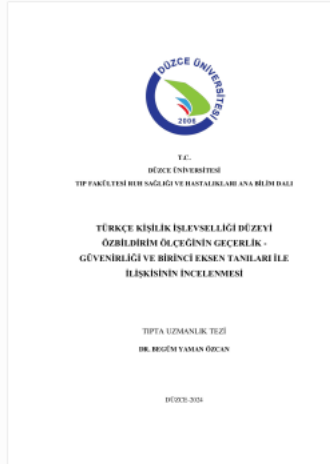


Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: BEGÜM ÖZCAN
Ödev başlığı: TEZ VE DİĞER
Gönderi Başlığı: tez
Dosya adı: BEG_M_tez_intihal_i_in.docx
Dosya boyutu: 3.47M
Sayfa sayısı: 103
Kelime sayısı: 21,542
Karakter sayısı: 136,500
Gönderim Tarihi: 27-Oca-2024 12:55ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2279258846



Copyright 2024 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

ORJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%2	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

