



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

DUYGU DÜZENLEME SÜREÇLERİ VE BOYUTSAL KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Kübra SEZER KATAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ**

**DUYGU DÜZENLEME SREĞLERİ VE BOYUTSAL KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Kübra SEZER KATAR

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca engin bilgisi, bütüncül yaklaşımı, maddi manevi yardımları ile her zaman yanımda olduğunu hissettiğim başta tez danışmanım ve hocam Prof. Dr. Sibel ÖRSEL'e,

Asistanlık süreci boyunca sadece iyi hekimlik değil, iyi insan olmak ve aile olmakla ilgili çok şeyler öğrendiğim kliniğimizin idari şefi, hocam Doç. Dr. Hasan KARADAĞ'a,

Hekim ve terapist kimliğiyle, bitmeyen enerjisi ve neşesiyle, en zor zamanlarımda bile bir hoca ve bir arkadaş olarak hep yanımda olan ve bana yol gösteren Doç. Dr. Kadir ÖZDEL'e,

Her anımda her konuda çekinmeden arayıp bir şeyler danışabileceğim, tez sürecinde en büyük yardımcım; asla azalmayan desteği ve empatisiyle Uzm. Dr. Ayşe Gökçen GÜNDOĞMUŞ'a,

Çift ve aile terapisi alanında kendilerinden çok şey öğrendiğim, birlikte çalışmaktan keyif aldığım değerli hocalarım Prof. Dr. Cebail KISA ve Doç. Dr. Süheyla DOĞAN BULUT'a,

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan, güzel arkadaşlar edindiğim Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nin değerli hocalarına, uzmanlarına ve asistanlarına,

Psikiyatri hekimi olma yolunda ilk adımlarımda elimden tutan ve bana mesleğimi daha da sevdiren sevgili kıdemlilerim Uzm. Dr. Mehlika ATMAR, Uzm. Dr. Esra ÇAVDAR KANDIRMAZ, Uzm. Dr. Fatih YİĞMAN, Uzm. Dr. Ayşegül KERVANCIOĞLU'na,

4 yıl boyunca en güzel ve en zor zamanları birlikte göğüslediğim, asistanlık hayatımı kolaylaştıran dostlarım ve eşkıdemlilerim Dr. Esengül EKİCİ, Dr. Orçun ORTAKÖYLÜ, Dr. Gamze ZENGİN İSPİR'e,

Bu süreçte birlikte gülüp birlikte ağladığım, keyifle hatırlayacağım birçok anı biriktirdiğim asistan arkadaşlarıma ve değerli uzmanlarımıza,

Gece gündüz demeden çalıştığımız, nöbet tuttuğumuz kliniğimizin kıymetli psikologları, hemşireleri, personelleri ve sekreterine,

Beni bugünlere getiren en büyük mimarlar olan, canlarım annem Didar SEZER ve babam Halil SEZER ile bir tanecik kardeşim Sencer SEZER'e

Ve bu hayattaki en büyük şansım, yardımcım; bana olan inancı ve desteğiyle canım eşim Oğuzhan KATAR'a,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Dr. Kübra SEZER KATAR



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DUYGU	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Duygu Nörobiyolojisi	4
2.1.3. Duygu Düzenleme	5
2.1.4. Duygu Düzenleyememe.....	7
2.1.5. Bilişsel Duygu Düzenleme	8
2.2. KİŞİLİK	11
2.2.1. Tanım.....	11
2.3. KİŞİLİK BOZUKLUĞU	13
2.3.1. Tanım.....	13
2.3.2. Tarihçe	13
2.3.3. Etyoloji	16
2.3.4. Bilişsel Kuram ve Kişilik Bozuklukları.....	18
2.3.5. Epidemiyoloji	19
2.3.6. Sınıflandırma	20
2.3.7. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarında Kategorik ve Boyutsal Modeller.....	35
2.3.8. Kişilik Patolojileri ve Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42

3.1. ÖRNEKLEM	42
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	43
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	43
3.2.2. DSM-V Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV).....	43
3.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ).....	43
3.2.4. Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği (DRZÖ)	44
3.2.5. DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu (KİD).....	44
3.2.6. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE/PID-5).....	45
3.2.7. Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ)	46
3.2.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	47
3.2.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	47
3.2.10. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ).....	47
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	47
3.4. VERİLERİN ANALİZİ	48
4. BULGULAR.....	49
4.1. HASTA GRUBU VE KONTROL GRUBUNA AİT ÖZELLİKLER	49
4.1.1. Hasta Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler	50
4.1.2. Hasta Grubuna Ait Klinik Veriler.....	55
4.1.3. Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması.....	56
4.2. KORELASYON ANALİZLERİ.....	60
4.3. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ	72
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER.....	74
5.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ	76
5.3. KORELASYON ANALİZLERİ.....	80
5.3.1. UKÖE ve KİÖ İlişkisinin İncelenmesi	82

5.3.2. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Boyutsal Kişilik �zellikleri İlişkisinin İncelenmesi	84
5.3.3. Boyutsal Kişilik �zellikleri ile KİD İlişkisinin İncelenmesi.....	88
5.4. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ	89
6. SONUÇ.....	92
KAYNAKLAR	94
ÖZGEÇMİŞ	111
EKLER.....	112
EK 1: ETİK KURUL ONAYI.....	112
EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	113
EK-3: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	116
EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	117
EK-5: BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ	119
EK-6: DUYGU REGÜLASYON ZORLUĞU ÖLÇEĞİ.....	121
EK-7: KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ	123
EK-8: UYUMSUZ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ENVANTERİ	131
EK-9: KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME FORMU	142
EK-10: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ	146

KISALTMALAR

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruh Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
APA	: American Psychiatric Association
ICD-10	: International Classification of Diseases
SCID-5-CV	: The Structured Clinical Interview for DSM-5 (DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
BDDÖ	: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
DRZÖ	: Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği
KİD	: DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu
UKÖE	: Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri
KİÖ	: Kişilik İnanç Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KGİ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. DSM-V Kişilik Bozuklukları Genel Tanı Ölçütleri.....	25
Tablo 2. Kişilik İşlevselliğinin Bileşenleri.....	31
Tablo 3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Boyut ve Alan Tanımlamaları	32
Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	49
Tablo 5. Hasta ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, medeni durum açısından karşılaştırılması.....	50
Tablo 6. Hasta ve kontrol gruplarının birlikte yaşanan kişi, eğitim yılı açısından karşılaştırılması.....	51
Tablo 7. Hasta ve kontrol gruplarının meslek, gelir açısından karşılaştırılması	51
Tablo 8. Hasta ve kontrol gruplarının çocukluk dönemi stresli yaşam olayları açısından karşılaştırılması.....	52
Tablo 9. Hasta ve kontrol gruplarının dinsel/etnik özellik ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması	53
Tablo 10. Hasta ve kontrol gruplarının aile dışında taciz ve partner/eş tarafından şiddet açısından karşılaştırılması	53
Tablo 11. Hasta ve kontrol gruplarının ailede ruhsal hastalık açısından karşılaştırılması	54
Tablo 12. Hasta ve kontrol gruplarının intihar girişimi, kendine zarar verici davranış ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması	54
Tablo 13. Hasta Grubunda Psikiyatrik Tanılar ve İlaç Kullanım Dağılımı	55
Tablo 14. Anksiyete, Depresyon Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	56
Tablo 15. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	57
Tablo 16. Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	57
Tablo 17. Kişilik İnanç Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	58
Tablo 18. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	59

Tablo 19. Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	60
Tablo 20. Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının (Toplam) İlişkisi	61
Tablo 21. Hasta Grubunda Ölçek Puanlarının (Toplam) İlişkisi.....	61
Tablo 22. Hasta Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları ile Kişilik İnanç Puanlarının İlişkisi	62
Tablo 23. Kontrol Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları ile Kişilik İnanç Puanlarının İlişkisi	63
Tablo 24. Hasta Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Kişilik İnanç Puanları İlişkisi.....	65
Tablo 25. Kontrol Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Kişilik İnanç Puanları İlişkisi.....	66
Tablo 26. Hasta Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları İlişkisi	68
Tablo 27. Kontrol Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları İlişkisi	69
Tablo 28. Hasta Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri, Kişilik İnanç Puanları ile Kişilik İşlevsellik Puanları İlişkisi.....	70
Tablo 29. Kontrol Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri, Kişilik İnanç Puanları ile Kişilik İşlevsellik Puanları İlişkisi.....	71
Tablo 30. Hasta Grubunda Kişilik İşlevselliği Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	73

ÖZET

DUYGU DÜZENLEME SÜREÇLERİ VE BOYUTSAL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç; Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde kategorik sınıflandırmaya alternatif olarak geliştirilen boyutsal değerlendirme sistemi DSM-V’ te III. Bölüm’ de “gelecekte yenilenecek olan DSM için araştırılması önerilen” bölümde yer almaktadır. Bir diğer boyutsal bakış açısı, bilişsel kurama göre geliştirilen kişilik inançlarının yer aldığı kişilik değerlendirmesidir. Çalışmamızda iki boyutsal sistem arasındaki ilişkinin incelenmesi, duygu düzenleme ve bilişsel duygu düzenleme yöntemlerinin kişilik özellikleri ve işlevselliğine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem; Çalışmaya Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği’ne başvuran 200 depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılı hasta, 93 sağlıklı kontrol dâhil edildi. Hastaların değerlendirilmesinde kullanılan sosyodemografik veri formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği(BDDÖ), duygu regülasyon zorluğu ölçeği(DRZÖ), beck anksiyete ölçeği(BAÖ), beck depresyon ölçeği(BDÖ), uyumsuz kişilik özellikleri envanteri(UKÖE), kişilik inanç ölçeği(KİÖ) araştırmaya katılacak olan hastalar tarafından doldurulmuş; DSM-V tanımlarını koymak için yapılandırılmış klinik görüşme aracı (SCID-5-CV), DSM-V kişilik işlevselliği klinik değerlendirme formu (KİD) görüşmeci tarafından yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

Bulgular; Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubu yaş, medeni durum açısından benzerdi. Gruplar arasında duygu düzenleme stratejileri (BDDÖ, DRZÖ) açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna göre UKÖE, KİÖ ve KİD puanları anlamlı olarak yüksektir. Korelasyon analizlerinde uyumsuz kişilik özellikleri ve kişilik inançları arasında her iki grupta da anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hiyerarşik regresyon analizlerinde KİD toplam puanı için, sırasıyla BDDÖ, DRZÖ ve UKÖE’nin anlamlı varyans artışları sağladığı bulunmuştur.

Tartışma ve Sonuç; Çalışmamızda literatürde yeni kavramlar olan boyutsal kişilik özellikleri ve kişilik işlevselliği, ölçüm araçları ile birlikte klinik ve kontrol grubunda incelenerek önemli korelasyonlar elde edilmiştir. Ayrıca duygu düzenleme stratejileri ve uyumsuz kişilik özelliklerinin KİD toplam puanını zayıf fakat anlamlı

şekilde ön gördüğü saptanmıştır. Tezimiz örneklem özellikleri açısından hem bu tanı kriterlerinin hem de boyutsal kişilik özelliklerinin duygu düzenleme ile ilişkisinin incelendiği ilk çalışmadır. Elde edilen bulgular hem psikopatolojisi olan grupta hem de sağlıklı grupta kişilik kavramına yaklaşım açısından önemlidir. Ayrıca kişilik inançları ile bu kişilik özelliklerinin ilişki içerisinde olması bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında yapılacak müdahalelere yol gösterici olacak ve konuyla ilgili yeni araştırmalara, kişilik bozukluğu hastalarında tedavi yöntemleri geliştirilmesine yarar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler; kişilik, duygu düzenleme, kişilik inançları, kişilik özellikleri, kişilik işlevselliği

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTION REGULATION PROCESSES AND DIMENSIONAL PERSONALITY TRAITS

Objective: Dimensional evaluation system developed as an alternative to categorical classification in the evaluation of personality traits is included in the section III of the DSM-V, in the section "Recommended for research in the future DSM". Another dimensional perspective is the personality assessment, which includes personality beliefs developed according to cognitive theory. In our study, it was aimed to examine the relationship between two dimensional systems and to investigate the effects of emotion regulation and cognitive emotion regulation methods on personality traits and functionality.

Method: The study included 200 patients diagnosed with depression and anxiety disorder and 93 healthy controls applied to the Psychiatry Clinic of Dışkapı Training and Research Hospital. The Sociodemographic data form, cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), difficulties of emotion regulation scale (DERS), beck anxiety scale (BAI), beck depression scale (BDI), maladaptive personality traits inventory (PID-5), personality belief questionnaire (PBQ), levels of personality functioning scale (LPFS) and clinical global impression scale (CGI) were used as data collection instruments. Structured clinical interview for DSM-V disorders clinician version (SCID-5-CV) was used to diagnose in patient sample.

Result: The patient and control groups were similar in terms of age and marital status. There was a significant difference between the groups in terms of emotion regulation strategies (CERQ, DERS). Maladaptive personality traits and personality beliefs were significantly higher in the patient group. Correlation analysis revealed significant relationships between maladaptive personality traits and personality beliefs in both groups. In the hierarchical regression analysis, it was found that the CERQ, DERS and PID-5 provided significant increase in variance for the total score of the LPFS.

Discussion and Conclusion: In the present study, the new concepts in the literature, dimensional personality traits and personality functionality were examined

in the clinical and control groups, together with measurement tools, and significant correlations were obtained. In addition, it was determined that emotion regulation strategies and maladaptive personality traits predict the total score of the LPFS weakly but significantly. Our thesis is the first study examining the relationship between these diagnostic criteria and dimensional personality traits and emotion regulation in terms of sample characteristics. The findings are important in terms of approach to personality concept both in the group with psychopathology and in the healthy group. In addition, the relationship between personality beliefs and personality traits will guide the interventions in cognitive behavioral therapy applications and will contribute to the development of new research and treatment methods in personality disorder patients.

Keywords; personality, emotion regulation, personality beliefs, personality traits, personality functioning

1. GİRİŞ

Kişilik bozuklukları psikiyatride her zaman için gündemde olan bir tanı grubudur. DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’e göre kişilik bozukluğu kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür (1). Son dönemde ise kişilik bozukluğu tanısı konmasında şimdiye kadar kullanılan DSM kriterleri ve kategorik incelemenin yerini, kişilik özelliklerinin boyutsal olarak değerlendirilmesine/ saptanmasına bıraktığı görülmektedir.

Tanı ölçütleri olarak kullanılan DSM, tarihsel olarak bakıldığında kategorik kişilik bozukluğu tanımlamaları yapsa da APA Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu bu tanı kriterlerine alternatif olarak çalışılması gereken alanlar bölümüne (Bölüm-III) farklı kişilik bozukluğu tanı kriterleri koymuştur. Bu alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterlerinde kendilik kimliği ve kişilerarası işlevsellikte bozulma ile bu alanlardaki eksikliklerin bir ya da birden fazla patolojik kişilik özelliği (trait) ile bağlantı göstermesi gerekliliğidir (1).

Son yıllarda hem kişilik kavramıyla hem de psikiyatrik patolojilerle birlikte ele alınmaya başlanan bir kavram da “duygu düzenleme/düzenleyememe”dir. Duygu düzenleme, sahip olduğumuz duyguları, onlara sahip olduğumuzda nasıl deneyimlediğimizi ve ifade ettiğimizi, etkilediğimiz süreçleri ifade eder. Duygu düzenleyememe ise deneyim ile baş etme veya duyguları işlemede zorluk veya yetersizlik olarak tanımlanmıştır- (2). Mevcut araştırmalar, duygu düzenlemenin hem bir dereceye kadar gözlemlenebilir hem de nörobiyolojik olarak ölçülen, normal ve patolojik kişilik fonksiyonlarının gelişmesine ve korunmasına katkıda bulunan bir yapı olduğunu öne sürmektedir (3). Kişilik bozukluklarında duygu düzenlemeye ilk kez dikkat çeken de 1993 yılında Linehan olmuştur (4). Duygu düzenleme güçlüğü özellikle borderline kişilik bozukluğu çalışmalarında ele alınmış, daha sonra birçok klinik durumda klinik özellikler, tedavi ve nörogörüntüleme çalışmalarında araştırılmış ve bu konudaki yayınlar artmıştır (5).

Duygu düzenleme ile ilgili pek çok klinik çalışma yapılmıştır. Örneğin depresyon tanısı almış bireylerde yapılan çalışmalarda, bu kişilerin duygularını

tanımlamada, negatif duyguları kabul ve tolere etmede, negatif duyguları yaşarken kendilerini desteklemede, duygularını efektif düzenlemekte zorluklar yaşadıkları saptanmıştır (6–9). Anksiyete bozukluğu ile yapılan çalışmalar da mevcuttur. Klinik olmayan bir örnekleme uzunlamasına yapılmış bir çalışmada katılımcıların negatif duygularıyla başarılı başa çıkma inançları anksiyete semptom şiddetindeki azalmayı öngörmüştür (10).

Boyutsal kişilik özellikleri ve duygu düzenleme/düzenleyememe konusunda çalışmalar mevcuttur. Schimmack ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada nörotisizm tipik olarak duygusal labilite olarak da tanımlanabilir ve olumsuz duyguların deneyimi ile korele bulunmuştur (11). Dışa dönüklük pozitif duyguların ifadesi ile koreledir (12). Açıklık ise duyguları tanıma becerisi, yani duygu düzenleme ile korele saptanmıştır (13).

Sonuç olarak, duygu düzenleme süreçleri, kişilik işlevleri ve kişilik patolojisi çalışmalarında ortak bir sürece işaret etmektedir. Biz de çalışmamızda bilişsel kurama dayalı olan Kişilik İnanç Ölçeği ve DSM-V boyutsal modeli arasındaki ilişkiyi araştırarak boyutsal kişilik değerlendirmelerine katkı sağlamayı ve daha çok bilişsel psikoterapi çalışmalarında yer alan duygu düzenleme kavramının bilişsel süreçlerle ve boyutsal kişilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesini amaçladık. Bu tez çalışması, klinik örnekleme, DSM-V alternatif modele göre oluşturulmuş boyutsal kişilik özellikleri ve kişilik inanç ölçeği arasındaki ilişkinin inceleneceği; duygu düzenleme kavramlarının bu boyutlardaki yerinin ve eşlik eden bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin araştırılacağı bir çalışma olacaktır.

1.1. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

1. Boyutsal kişilik özellikleri ve kişilik inançları arasında bağıntı vardır.
2. Boyutsal kişilik özellikleri ve kişilik inançları, duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla kişiler arası ve kendilik süreçleriyle ilgili işlevsellikte etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DUYGU

2.1.1. Tanım

Günlük yaşamda duygu kelimesini sıklıkla kullanır; kendimize ve çevremize duygularımızdan bahsederiz. Bir yakınımız öldüğünde üzülrüz, bize hazırlanmış doğum günü sürprizine şaşırır ve seviniriz. Sevmediğimiz bir koku duyduğumuzda tiksindir; arkadaşımızın yaptığı şaka ile eğleniriz. Çoğu zaman kısa süreli ve sık yaşadığımız bu durumun psikiyatri literatürüne bakıldığında da sıklıkla karşımıza çıktığını görürüz. Depresyon ya da mani gibi normal sınırların dışına çıkmış patolojik duygu halleri çok iyi tanımlanmış ve araştırılmıştır. Ancak tek başına duygu kavramının ne demek olduğuna bakıldığında basit bir tanım yapmak güçtür.

Duygu denince akla diğer duygular, yaşanan durumlar, çeşitli düşünceler ve fizyolojik tepkiler gelebilir. Duygular yapısal olarak kişinin hedeflerine gerçekte ne kadar uzak olduğu ve aslında hedeflerine ne kadar uzak olması gerektiği arasındaki oranları gösteren bir monitör olarak tanımlanabilir (14). Duygular kişinin ihtiyaçları, amaçları ve ilgileriyle ilişkili olan bir durumun değerlendirilmesinin sonucunda ortaya çıkar (15).

Yapılan tanımlamalar ışığında duyguların özelliklerine baktığımızda ortak birinci özellik, duygulara yol açan şeyle ilgilidir. Bir kişinin bir duruma katıldığı ve mevcut hedefleriyle alakalı olduğunu anladığı zaman duyguların ortaya çıktığı düşünülmektedir (16). Bu hedefler kişinin benliğiyle alakalı olabilir, daha çevresel ve geçici; karmaşık ya da basit, toplumun büyük çoğunluğu tarafından paylaşılmış ya da gizemli olabilir (17). Yaygın olarak tanımlanan ikinci bir duygu özelliğinin, yapısal elementleri ile ilgisi vardır. Duygular genellikle koordine bir şekilde ancak gevşek olarak eşleşmiş deneyimsel, davranışsal, periferik ve santral fizyolojik değişimleri içeren çok yönlü, somutlaştırılmış fenomenler olarak kavramsallaştırılır. Duygunun tanımlanan üçüncü bir özelliği ise, şekil alabilirliğiyle ilgilidir; ayrıca duygular zorunlu bir kaliteye sahiptir, çünkü yaptıklarımızı yarıda kesebilir ve farkındalığımıza göre kendilerini zorlayabilirler (15).

Duygunun bir duyum ve bu duyuma özgü belirli düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ile bazı hareket eğilimleri olarak ele alınması belki de en kapsayıcı tanım sayılabilir (18).

2.1.2. Duygu Nörobiyolojisi

Duyguların içinde bulunduğumuz durum, ihtiyaçlarımız ve isteklerimizle şekillenen psikolojik, fizyolojik boyutları olan karmaşık bir süreç olduğu aşikardır. Peki duygularımız nasıl oluşur, nasıl kontrol edilir? Bunu anlamak için birçok nörogörüntüleme tekniğinden faydalanılmış; beynin yapısal ve fonksiyonel bağlantıları açıklanmaya çalışılmıştır.

Duygu ile ilişkili birçok beyin bölgesi ve nörotransmitter bulunmaktadır (19). Amigdala, insula, prefrontal korteks gibi birçok alan birbiriyle ilişki içinde hareket eder. Duyguların yaşanması ve ifade edilmesinde, iç ve dış uyaranları kontrol etmede en büyük görev limbik sistemdedir. Limbik sistem singulat ve parahipokampal giruslar, hipokampus, amigdala, septal bölge, hipotalamus ve ilişkili talamik, kortikal bölgeler olarak tanımlanabilir (20).

Korku koşullanması ve korku belleği, tehdit algısı, korkulu yüzleri tanıma, kaygı oluşumunda en önemli yapı ise “amigdala”dır (20). Amigdala, medial ve anterior temporal loblar, ventromedial prefrontal korteks ve hipokampus ile pozitif bir bağlantı içerisindedir. Amigdala ile pozitif bağlantı gösteren bu bölgeler, duygu ve stres yanıtı için de önemlidir. Aksine, amigdala ayrıca dorsal anterior singulatin, bilateral dorsal prefrontal ve parietal bölgeler ile negatif korelasyon gösterir. Hipokampus ve amigdala ile negatif korelasyon gösteren bu bölgeler, duygu düzenleme çalışmalarında aktive edilen ve aynı zamanda frontal-parietal ve singulo-operküler ağların bir parçası olan bölgelerle örtüşen bölgelerle aynıdır (21).

Beyinde birçok çalışma ağı (network) bulunmaktadır ve bu ağlardan bazıları duygu düzenleme zorluklarının görüldüğü depresyon, anksiyete gibi psikopatolojilerle ve ruminasyon gibi belirtilerle ilişkilendirilmiştir (22).

Olağan durum ağı (default mode network) ilişkilendirilen ağlarda öne çıkmaktadır. Özellikle iç duygusal durumlara dikkat; iç ve dış dikkat modlarını ayırt

etme veya birbirine kaydırabilme ile ilişkilendirilebilir. Olağan mod ağı, çok çeşitli bölgeleri içerir, ancak en önemlisi medial prefrontal, medial arka singulat ve prekuneus bölgeleri içerir (23). Olağan durum ağı sağlıklı kişilerde dinlenim durumunda artmış aktiviteye, bilişsel görevler sırasında azalmış aktiviteye sahiptir (23). Bazı durumlarda bu ağın "kapatılmaması"nın bilişsel işlevi olumsuz yönde etkileyebileceğine dair ipuçları vardır. Ayrıca subgenual prefrontal korteks ve olağan mod ağı arasında artmış bağlantılar da diğer olağan mod bölgelerinde olduğu gibi majör depresyonda ruminasyonla ilişkilendirilmiştir (24).

Dikkat çekerlik ağı ise beyinde yer alan diğer bir işlevsel ağıdır; limbik ve subkortikal bölgeler ile güçlü bir bağlantıya sahip olan dorsal anterior singulat ve orbitofrontoinsular korteks kısımlarını içerir (25). Dikkat çekerlik ağı anksiyete ve uyarılma ile ilişkilendirilmiştir. Çevredeki belirgin olaylara verilen tepkileri işlemeye ve koordine etmeye hizmet eden bir bölgeler ağı olduğu varsayılmaktadır (21).

2.1.3. Duygu Düzenleme

Duygular hayatımızda önemli bir yer kaplamaktadır. Gerek tepkilerimizde gerek kişiler arası ilişkilerimizde gerek aldığımız kararlarda içinde bulunduğumuz ortama uygun, doğru bir duygusal yanıt ortaya çıkartmaya çalışırız. Sinirlendiğimizde karşı tarafa zarar vermek isteyebiliriz ama her zaman bunu yapmayız; komik ve uygunsuz bir durumda içimizden gülmek gelebilir ama kendimizi tutarız. Duygularımızı çoğunlukla istediğimiz aralıkta ve yoğunlukta tutmaya çalışırız. Duygularımızı "düzenlemeye" çalışırız.

Duygu düzenleme kavramı, duygusal tepkileri gözlemleme, değerlendirme ve değiştirme ile birlikte amacımıza ulaşmamızı sağlayan tüm içsel ve dışsal süreçleri kapsamaktadır (26).

Bu kavram ilk olarak James J. Gross tarafından 1998 yılında tanımlanmıştır. Bu tanıma göre duygu düzenleme sahip olduğumuz duyguları ve sahip olduğumuzda nasıl tecrübe ederek dışa yansıttığımızın sürecidir (27).

Duygu düzenleme denildiğinde birçok düzenleme anlamı akla gelebilir (başka duyguları, düşünceleri, fizyolojiyi ya da davranışları düzenlemesi gibi). Duygu

düzenleme, duyguların kendilerini düzenlemesinin yanında ayrı süreçler olarak ele alınmaktadır. Bu süreçler, otomatik ya da kontrollü olabilir, bilinçli ya da bilinçdışında gerçekleşebilir, duygu üretme sürecini bir ya da birkaç noktada etkileyebilir (28). Duygu düzenleme, yeni bir duygusal tepkinin başlatılmasını ya da devam eden duygusal tepkilerin değişmesini içerir (29). Kendi içinde bir dinamiği (latansı, yükselme zamanı, büyüklüğü, süresi ve davranışsal, deneyimsel veya fizyolojik alanlardaki yanıtların telafi edilmesi) mevcuttur (26).

Duygu düzenleme sürecinin bir takım temel özellikleri bulunmaktadır (28): İlk olarak sıklıkla negatif duygular olmak üzere pozitif duygularımızı da düzenlemeye çalışırız. İkinci olarak bilinçli farkındalık olmadan otomatik olarak sürdürülen bir bileşeni vardır. Son olarak da herhangi bir duygu düzenleme biçiminin mutlaka iyi ya da kötü olup olmadığına dair bir tahminde bulunamayız.

Duygu düzenlemenin hangi mekanizmalarla yapıldığını anlayabilmek için çeşitli modeller önerilmiştir. Gross ve Thompson'a göre "öncül odaklı" ve "yanıt odaklı" olmak üzere 2 yöntem bulunmaktadır (1998). *Öncül odaklı yöntemler* duygusal ve fizyolojik yanıtlar ortaya çıkmadan devreye giren düzenekler olarak değerlendirilebilir. *Yanıt odaklı yöntemler* ise duygu yanıtı ortaya çıkmaktayken veya çıktıktan sonra olan değişimlerdir (28).

Gross ve Thompson'a göre duygu düzenleme "süreç modeli"nde önemli 5 nokta mevcuttur: durum seçimi, durum modifikasyonu, dikkatin yer değiştirmesi, bilişsel değişim, yanıt modülasyonu (28).

1. *Durum seçimi (situation selection)*, ileriye yönelik bir stratejidir. Kişinin istediği veya istemediği duygulara yol açacak durumlar arasında seçim yapmasıdır. Bu seçimlerde önceki deneyimlerimiz, duruma atıflarımız ve beklentilerimiz belirleyici olabilir. Birlikte zaman geçirmekten hoşlanmadığınız iş arkadaşınızın dışarı çıkma teklifi yerine evde eğlenceli bir film seyretmek buna bir örnektir.

2. *Durum modifikasyonu (situation modification)*, bir durum seçildikten sonra o durumun sebep olacağı duygusal sonucu değiştirmek amacıyla yapılan bir stratejidir. Daha çok dışsal düzenlemeleri içerir. Bu şekilde olumsuz sonuçlanan her durum olumsuz duygusal yanıtlara yol açmayabilir. Örneğin; akşam ailenizle film izlemek

üzere plan yapmışken televizyonun bozulması üzerine ailenizle oyun oynamanız buna örnektir.

3. *Dikkatin yer değiştirmesi (attention deployment)*, ilk iki strateji kişinin maruz kaldığı duruma şekil vermekle ilgiliyken bu stratejide dışsal bir değişiklik yapılmaz. Duygusal yanıtı düzenlemek amacıyla dikkatin yönlendirilmesidir. Ayrıca gelişim basamaklarında gelişen ilk duygu düzenleme stratejisidir (30).

- a. Durum seçiminin internal şekli olarak düşünülebilir. Dikkat dağıtma ve konsantrasyon olmak üzere iki şekilde uygulanır.
- b. Dikkati dağıtmada, dikkat o durumun farklı yönlerindedir ya da kişi dikkatini tamamen o durumdan uzaklaştırır. Konsantrasyonda ise dikkat, durumun duygusal özelliklerine odaklanır. Ancak konsantrasyon sürekli duygulara ve sonuçlarına odaklanırsa ruminasyon ve beraberinde depresif semptomlar gelebilir (31).

4. *Bilişsel değişim (cognitive change)*, kısaca içinde bulunduğumuz durumu değerlendirme şeklimizi değiştirmektir. Bunu da durum hakkında nasıl düşündüğümüzü ya da durumun ortaya koyduğu talepleri yönetme kapasitemizi değiştirerek; durumla ilgili duygusal önemi değiştirerek yaparız. Örneğin; içinde bulunduğumuz stresli ya da zor durumu kendimizden daha talihsiz bir durum içinde olan kişiyle karşılaştırarak negatif duygularımızı düzenlemek.

5. *Yanıt modülasyonu (response modulation)* ise süreç modelinde en son ortaya çıkan basamaktır. Fizyolojik, deneyimsel ve davranışsal tepkiler üzerinde olabildiğinde direkt etki etmeyi hedefler. Bu basamak anksiyolitik veya beta bloker gibi ilaçlar ile de değiştirilebilir.

2.1.4. Duygu Düzenleyememe

Duygu düzenleyememe, duyguları esnek olarak karşılayamama ve duyguları yönetememe olarak tanımlanabilir (32). Duygu düzenleyememe kavramına duygusal duyarlılık, afektif yoğunluk, affektif labilite ya da duygusal zedelenebilirlik vb. birçok açıdan odaklanılmıştır. Bu alandaki çalışmalar alkol kötüye kullanımı, posttravmatik stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi hastalıklar ve özellikle borderline

kişilik bozukluğu hastalarında yapılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu hastalarında birçok çalışma yapan Linehan, biyososyal teorisinde kişilerde doğuştan var olan bir duygusal duyarlılıktan bahsetmektedir (4). Bu duyarlılık sonucu kişiler negatif duyguları daha fazla tecrübe etmekte ve de uygun duygu düzenleme stratejilerini öğrenmekte zorluk yaşamaktadır. Linehan bu kişilerde kendine zarar verme gibi bu bozuklukla ilişkili davranışların da altında bu kavramın yattığını savunmaktadır (33). Literatüre bakıldığında daha çok borderline ve antisosyal kişilik bozukluğunda duygu düzenleme zorluklarının rolünün araştırıldığı görülmektedir (34,35). Diğer kişilik patolojilerinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolüne ilişkin çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu tezde, tüm kişilik patolojilerinde ve kişilik özelliklerinde duygu düzenleme güçlükleri irdelenecektir.

Duygu düzenleme zorlukları klinik patolojilerde de araştırılmıştır. Depresyon, anksiyete bozukluğu ve yeme bozukluklarında araştırılan bu kavram, birçok patolojiyle ilişkili bulunmuştur.

398 adölesan ile yapılan bir çalışmada stresli yaşam olayları sonucu ortaya çıkan depresif belirtilerde maladaptif duygu düzenleme stratejilerinin aracılık ettiği saptanmıştır (36). 2017 yılında yapılan bir meta-analizde ise adaptif duygu düzenleme stratejileri daha az depresyon ve anksiyete semptomuyla ilişkili iken, maladaptif stratejiler daha şiddetli depresyon ve anksiyete semptomu ile ilişkili saptanmıştır (37). 100 yeme bozukluğu hastası ve 90 sağlıklı kontrol ile yapılan bir çalışmada, hasta grupta anlamlı düzeyde daha yüksek duygu düzenleme zorlukları saptanmıştır (38). 2017 yılında yapılan bir meta-analizde ise duygu düzenleme anksiyete, depresyon, madde kötüye kullanımı, yeme bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu psikopatolojileri arasında transdiagnostik bir yapı olarak ele alınmıştır. Ayrıca bu çalışmada gerekli tedavinin ardından duygu düzenleyememenin azaldığı saptanmıştır (39).

2.1.5. Bilişsel Duygu Düzenleme

Bilişsel duygu düzenleme, bireylerin kendi duygularını düzenledikleri bilinçli, bilişsel süreçlerle ilgili duygu düzenlemenin bir bölümünü ifade eder. Duygu düzenlemenin birçok bileşeninden biri olan bilişsel parçası, duyguları yönetme ve

düzenlemede büyük pay sahibidir (40). Bilişsel duygu düzenleme kavramı, duygu uyarıcı bilgileri alımını bilişsel olarak yönetmek olarak anlaşılabilir (26).

Son dönemde yapılan görüntüleme çalışmalarıyla birlikte duygunun bilişsel kontrolünün ikiye ayrıldığını göstermektedir: Dikkat kontrolü ve bilişsel değişim (5). Bu stratejiler, duygusal değerlendirme süreçleri ve ilişkili nöral sistemler üzerine etkilerde farklılaşabilirler. Farklı etkileri ile uyaran karşısında verdiğimiz cevapların algılanmasını başlatır (büyütür) veya engelleyebilirler (azaltır). Bu iki kontrol şekli, kapsadıkları stratejiler ile bir süreklilik gösterir. Yapılan görüntüleme çalışmalarında “dikkat dağıtma” stratejisinde amigdala başta olmak üzere midsingulat korteks, insula, talamus ve periaquaduktal gri cevheri içeren kortikal ve subkortikal bölgelerde azalmış aktivite ve orbitofrontal korteks, ön singulat korteks ve bilişsel kontrol ile ilişkili medial ve lateral prefrontal kortekste aktivite artışı olduğu saptanmıştır. “Bilişsel değişim” ile yapılan çalışmalarda ise prefrontal korteks, orbitofrontal korteks ve singulat kortekste aktivasyon olduğu görülmüştür (29).

Ayrıca distraksiyon ve yeniden değerlendirmenin test edildiği fMRI çalışmalarında bilateral amigdalada azaltmış aktivite saptanmıştır. Distraksiyon için amigdala aktivitesinde daha güçlü bir azalma gösterilmiştir. Her iki strateji de medial ve dorsolateral prefrontal ile inferior parietal korteksin ortak kontrol alanlarına dayanırken, orbitofrontal korteks yeniden değerlendirme için seçici olarak aktive edilmiştir. Dorsal anterior cingulate ve parietal korteksin içindeki büyük kümeler literatürle uyumlu olarak distraksiyon durumunda aktif saptanmıştır (41).

Garnefski ve arkadaşlarına göre bilişsel duygu düzenleme, tehdit edici veya stresli olaylar karşısında, zihinsel olarak, duygularımızı yönetme, düzenleme veya kontrol altında tutma olarak tanımlanmaktadır (42). Bu terimi bilişsel başa çıkma terimi yerine kullanmışlardır (42). Literatüre bakıldığında başa çıkma stratejilerinin problem odaklı ve duygu odaklı stratejiler olmak üzere ikiye ayrıldığı görülmektedir (42). Ancak yapılan çalışmalar her zaman en iyi problem çözme yönteminin problem odaklı strateji olamayacağını göstermiştir (16). Bunun yanında başa çıkmayı etkileyen birçok alt faktör olması ve de bilişsel ve davranışsal stratejilerin olması doğrusal bir başa çıkma stratejisinin olduğunu göstermektedir (42).

Garnefski ve arkadaşları bilişsel duygu düzenleme stratejilerine odaklanmış ve 2001 yılında bir ölçek geliştirerek 9 tane bilişsel duygu düzenleme boyutu belirlemiştir: Kendini suçlama; Diğerlerini suçlama, Kabul, Plan yapmaya yeniden odaklanma, Olumlu yeniden odaklanma, Ruminasyon, Olumlu yeniden değerlendirme, Olayın değerini azaltma, Felaketleştirme (42).

1. *Kendini suçlama*; Kişinin olumsuz bir deneyim yaşadığında kendini suçlu görme düşüncelerine karşılık gelir. Yapılan birçok çalışmada kendini suçlama stratejisi depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur (43,44). Ayrıca 148 anksiyete bozukluğu tanılı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada kendini suçlama puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (45).

2. *Diğerlerini suçlama*; Kişinin yaşanan tecrübeye suçu diğerine atma düşüncelerine işaret eder. Ergenlerde yapılmış bir çalışmada diğerlerini suçlama, anksiyete semptomlarıyla ilişkili saptanmıştır (46). Ayrıca diğerlerini suçlama daha çok davranışsal problemlerle ilişkili saptanmıştır (47).

3. *Kabul*; Kişinin yaşadığı tecrübeyi kabul ettiği ve olaya kendini alıstırdığı manasına gelmektedir. Önceki çalışmalarda “başa çıkma” stratejileri arasında sayılan bu strateji, öz saygı ve optimizm ile pozitif bir ilişki içindeyken anksiyete semptomlarıyla negatif bir ilişki göstermektedir (14).

4. *Plan yapmaya yeniden odaklanma*; Olayla ilgili basamakların nasıl kat edileceği ve negatif olayın üstesinden nasıl gelineceği üzerine odaklanma olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyete belirtileriyle anlamlı olarak negatif ilişki gösterdiği bulunmuştur (43).

5. *Olumlu yeniden odaklanma*; Asıl olay hakkında düşünmek yerine, neşeli ve hoş konular hakkında düşünmeye atıfta bulunur. Kısa dönemde pozitif etkileri olsa da uzun dönemde adaptif başa çıkma üzerine olumsuz etkileri vardır (42).

6. *Ruminasyon*; Yaşanılan negatif olay ile ilgili düşünce ve duygular üzerinde tekrarlayıcı düşüncelerin olmasıdır. Hem klinik hem klinik olmayan örneklemde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon ve endişe ile ilişkili bulunmuştur (46,48).

7. *Olumlu yeniden değerlendirme*; Kişisel gelişim açısından olaya olumlu bir anlam geliştirme düşüncelerini tanımlamaktadır. *Kabul* stratejisinde olduğu gibi öz

saygı ve optimizm ile pozitif bir ilişki içindeyken anksiyete semptomlarıyla negatif bir ilişki göstermektedir (14).

8. *Olayın değerini azaltma*; Yaşanılan olayın ciddiyetini azaltma düşüncelerine ve diğer olaylarla karşılaştırarak göreceliliği vurgulamaktadır. Sosyal karşılaştırma olarak da tanımlanabilecek bu strateji iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (49).

9. *Felaketleştirme*, Kişilerin yaşadıklarının dehşetini belirgin bir şekilde vurgulayan düşüncelere odaklanmaktır. Literatüre bakıldığında bu strateji ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir (43).

Bu 9 bilişsel duygu düzenleme stratejisinin kimi uyum sağlamayı kolaylaştırıcı iken kimi de başa çıkmada güçlük yaratmaktadır. Bu bilişsel başa çıkma stratejileri, ‘uyumsal (more adaptive)’ stratejiler’ (Olumlu yeniden odaklanma, Olumlu yeniden değerlendirme, Plan yapmaya yeniden odaklanma, Olayın değerini azaltma ve Kabul) ve ‘daha az uyumsal (less adaptive) stratejiler’ (Ruminasyon, Kendini suçlama, Diğerlerini suçlama ve Felaketleştirme) olarak ikiye ayrılmaktadır.

Kendini suçlama ve ruminasyon depresif belirtiler ile korelasyona sahip en önemli stratejiler olarak bulunurken felaketleştirme ise anksiyete semptomları ile en önemli korelasyonu gösteren bilişsel strateji olmuştur (46).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile yapılan çalışmalar Aaron T. Beck ‘in 1987 yılında öne sürdüğü “Bilişsel içerik özgünlüğü hipotezi”ni doğrular niteliktedir. Bu hipoteze göre, anksiyetenin, zararın ve tehlikenin büyük görülmesi üzerine endişelenme ile karakterize olduğu düşünülmektedir. Depresyonun ise kendine, geçmiş ve gelecekteki olaylara ilişkin olumsuz değerlendirmelerle karakterize olduğu düşünülmektedir (50).

2.2. KİŞİLİK

2.2.1. Tanım

Kişilik sözcüğünü anlayabilmek için ilk olarak Türk Dil Kurumu’na baktığımızda; “bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet” olarak tanımlandığını görürüz (51).

Kişilik teriminin başka dillerdeki ortak kökeni ise ‘persona’ sözcüğünden gelmektedir. Persona, Antik çağda tiyatro oyuncularının kullandığı maskeye verilen isimdir. Zaman içinde persona sözcüğü maske yerine kişinin gerçek, görülen kimliğini tanımlamıştır.

Kişilik, bireylerin duygu, düşünce, davranış gibi psikolojik tepkilerini ve farklılıklarını belirleyen; yalnızca gerçekleştiği vakitle ya da içinde bulunulan biyolojik hal veya sosyal durum ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir (52).

Kişilik kavramı eski zamanlardan günümüze dek birçok kuramcı tarafından açıklanmaya çalışılmış önemli bir kavramdır. En eski tanımlamalar Sümerlere ait olan Gılgamış destanındaki cesaretli, kibirli ve asi yürekli tanımlamalarıdır (53). Hipokrat ise vücut sıvılarının renklerine göre mizaç yapılarını dört ana grupta toplamış ve bu yaklaşım 17. yüzyıla kadar genel kabul görmüştür. Vücut sıvılarından safranin kararması ile melankolik kişilerde kaygı ve depresyona eğilim, safranin sararması ile kolerik mizaçlıların iritabl ve aktif kişiler olması ilişkilendirilmiştir. Aşırı balgamlı (flegmatik) mizaca sahip olanların ağırkanlı, duygusuz ve soğukkanlı oldukları, iyimser (sanguine) kişilerde ise mizacın başlıca vücut sıvısı olarak kanla temsil edildiği ve bu kişilerin iyimser oldukları tanımlamıştır (54). 19.yüzyılda ise artık kişiliğin bir bozukluk olarak görülebileceği ve bu bozuklukta karakter, yapı, mizaç ve kendiliğin önemli olduğu, özellikle de duygulardaki sapmanın etkisi belirtilmiştir (55).

20.yüzyıla gelindiğinde ise kişilik hakkında Freud ile bilimsel bir çerçeve çizilmeye başlanmış; bu durum Adler, Jung ve Allport ile günümüze devam etmiştir. Allport, bireysel farklılıklar kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır ve 1925’te kardeşi Floyd ile “Kişilik Özellikleri: Sınıflandırılması ve Ölçümü” başlıklı çalışmasını yayınlamıştır (56).

“Allport, kişiliği; ‘bireyin kendine özgü düşünce ve davranışını belirleyen psikofiziksel sistemlerin dinamik örgütlenmesi’ olarak tanımlamıştır (57).

Kişilik, bireylerin bilişsel, duygusal, fiziksel dinamiklerini her yönden kapsamaktadır; psikolojik tepkilerimizde göreceli olarak önemli ve kalıcıdır (58).

2.3. KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.3.1. Tanım

Kişilik bozuklukları son yıllarda daha da önem kazanmaktadır. Bu durumun başlıca üç sebebi vardır (59): Bunlardan ilki, kişilik bozukluklarının toplumsal değişikliklere bağlı olarak rastlanma sıklığındaki artıştır. İkincisi, kişilik bozukluklarının aile içi ilişkilerde, sosyal ve mesleki uyumda önemli sorunlara yol açmasıdır. Üçüncü etken de kişilik bozukluklarının daha önce tedavi edilme olasılığı düşük görülürken bu durumun tersine dönmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü (2003), kişilik bozukluğunu “bireyin davranışsal eğilimlerde ve karakteriyolojik durumlarda genellikle kişiliğin çeşitli alanlarını kapsayan, büyük oranda kişisel ve sosyal ilişkilerde bozulmaları içeren şiddetli bir ruhsal bozukluk” olarak tanımlamıştır (60).

APA (2013)’e göre kişilik bozukluğu; “kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür, yaygındır ve esnekliği yoktur, ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açar. Kişilik özellikleri esneklikten yoksun ve uyumu bozucu olduğunda ve işlevsellikte belirgin bir bozulmaya ya da öznel bir sıkıntıya neden olduğunda ancak o zaman kişilik bozukluklarını oluşturur.”

2.3.2. Tarihçe

Kişilik bozuklarının tarihi Antik Yunan ve hatta daha da eskiye dayanmasına rağmen modern tanımlar 19.yüzyılda yapılmaya başlanmıştır.

Philippe Pinel bu yüzyılda, akıl hastalıklarında sıklıkla görülen bilişsel belirtileri göstermeden şiddet içerikli davranışları olan akıl hastası kişileri “manie sans délire” kavramı ile tanımlamıştır (57). James Prichard ise suçlular üzerinde çalışmalar yapmıştır (61). Ahlak duygularının daha az olduğu ve kendilerini kontrol etmede güçlükler yaşadıklarını gözlemleyerek; bu bireylerin akıl hastalığına sahip grupla bir tutulamayacağını söylemiştir. 1837 yılında ise bu gözlemler sonucu “ahlaki delilik”

kavramını ortaya atmıştır. Bu kavramın günümüze yansması da kişilik bozukluklarının ruhsal bozukluklardan farklı olarak ele alınması gerektiğidir (62).

19. yüzyıl boyunca ahlaki delilik terimi kişilik bozukluklarına karşılık gelen bir kavram olmaya devam etmiştir. 1891’de Julius Ludwig August Koch benzer özellikler gösteren kişiler için “ahlaki delilik” kavramı yerine “hastalıklı kişiler (psychopatic)” kavramına kullanmıştır (62). Bu dönemde psikiyatristler tarafından kişilik bozuklukları, sinir sisteminden kaynaklanan bir dejenerasyon sonucu oluştuğu öne sürülmüştür. Bénédict Morel hiyerarşik olarak 6 bölüme ayırdığı ruhsal hastalıklar içinde kişilik bozukluklarını 5. sraya yerleştirmiştir (63). Morel kişilik bozukluğu olanlar için, “kalıtsal olarak sinirli bir mizaca sahip olduklarından çılgınlıklarını sözden çok acayip, tutarsız ve çoğunlukla aşırı, ahlak dışı davranışlarla gösterir.” şeklinde belirtmiştir (63).

20.yüzyıla gelindiğinde tanımlayıcı psikiyatriye Avrupalı bilim insanlarının katkıları sayesinde kişilik bozukluğunda farklı bir noktaya gelinmiştir. Kraepelin, Bleuler, Kretschmer ve Schneider bu isimlerin başında gelmektedir (64). Kraepelin, Bleuler, Kretschmer şizoid, siklotimik, astenik, otistik gibi kişilik tipleri ya da mizaçlar tanımlamışlardır. O dönem bu kişilik tipleri manik-depresif hastalık ya da şizofreni gibi psikotik patolojilerin öncüsü ya da daha az şiddetli hali olarak görölüyordu. Emil Kraepelin kişilik bozukluklarının sebebinin kişilikteki garip yapılanma olarak görölüyordu. Yaptığı konuşmalarda paranoid, antisosyal ve hipokondriak kişiliklerin erken erişkinlikte başladığını vurguladığı ve bu kişiliklere uyan örnekler verdiği görölmektedir (63).

20. yüzyılın ortalarına doğru, Alman okulunun temsilcilerinden Ernst Kretschmer

ve Kurt Schneider gördükleri vakaları tanımlayarak kişilik bozukluklarında bir sınıflandırma yapmışlardır. Schneider’in, “psikopatik kişilikler” başlığı altında, kişinin yapısında bozulma ve de bazı özelliklerin aşırı sapması ile oluşan 10 farklı kişilik bozukluğu tipi (depresif, hipertimik, fanatik, patlayıcı, labil, duyarlı, anankastik, astenik ve dikkat arayışı) tanımladığı görölmektedir (55). Sonraki yıllarda vücut tiplerinin kişilikle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kretschmer de kişiliği vücut tiplerine göre sınıflandırmıştır (65). Sheldon ise 1942 yılında Kretschmer’in bu

sınıflandırmasını üç primitif embriyonik tabaka (endoderm, mezoderm ve ektoderm) ile uyumlu olarak düzenlemiştir. Endomorf olanların iyi gelişim özelliklerine sahip, sosyal görünümlü, etkin ve konforlarına düşkün olduğu; mezomorf olanların atletik bir vücuda sahip, baskın karakterde ve enerjik olduğu; ektomorf olanların ise ince ve zayıf fiziksel özelliklerle birlikte kendilerini sınırlayan, duyarlı ve utangaç kişiler oldukları tanımlanmıştır. Aynı zamanda Kretschmer ve Sheldon bu kişilik tiplerinin ana ruhsal bozukluklara da yatkınlık oluşturduğuna inanmışlardır (57).

20.yüzyıl ortalarına gelindiğinde Freud ve takipçilerinin psikoanalitik etkisi kişilik bozuklukları ve Amerikan Psikiyatri Birliği üzerinde de görülmeye başlanmıştır. Freud'un geliştirdiği yapısal kurama göre id, bilinçdışı seksüel istek ve dürtülerden oluşur (66). Ego dış dünya kuralları ve idin istekleri arasında denge kurar ve gerçeklik ilkesine göre çalışır. Süperego ise bilinçli bir süreçte içselleşen dış dünya kurallarıdır. Eğer bilinçdışı bir tehdit ortaya çıkarsa sinyal anksiyetesi ardından bilinç dışı savunma mekanizmaları tetiklenir. Yetersiz kaldığı durumda ise histerik nevroz ya da obsesif-kompulsif nevroz gibi semptom nevrozları ortaya çıkar (64). Freud'a göre kişilik gelişiminde bes psikoseksüel aşama vardır. Kişi erişkin yaşamında bu dönemlerin özelliklerini gösteriyor ise bu saplanma olarak adlandırılır. Saplanma ise kişilik yapısını belirler (67).

20.yüzyılın sonlarına gelindiğinde psikodinamik yaklaşım nesne ilişkileri kuramı ile yeni bir noktaya gelmiştir. Bu kurama göre kişilerin ruhsal gelişimleri ve gelecekteki nesne ilişkilerinin kurulmasında, dış dünya, özellikle de bakım veren ile ilişkiler ve bakım veren ile bebek arasındaki ikili ilişki temeldir (68). Modern nesne ilişkileri kuramında bilişsel ve kişiler arası ilişkiler öne çıkmaktadır: ilk olarak dış dünya zihinsel temsiller ve içsel çalışma modelleriyle anlaşılır ve ikinci olarak da (kendilik farkındalığından da önce) erken çocukluk döneminde bakım veren ya da önemli diğeri ile olan ilişkilerle gelişen bir kişiler arası içeriğe sahiptir (57). Kernberg ve Kohut bu alanda önde gelen bilim insanlarıdır. Kernberg'in borderline kişilik organizasyonu üzerindeki ve Kohut'un narsisistik hastalar üzerindeki araştırmaları bu alanda önemli katkıları sağlamışlardır. Nesne ilişkileri kuramının bu kendilik ve kişiler arası ilişkiler üzerine olan vurgusu kişilik işlevselliği araştırmalarında da rol oynamıştır (69).

2.3.3. Etiyoloji

Kişilik bozuklukları etiolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Aşağıda sırasıyla genetik, biyolojik ve psikanalitik etkenler anlatılacaktır.

2.3.3.1. Genetik etkenler: Kişilik bozukluklarının etiolojisinde yer alan genetik faktörlerin araştırılma sürecine en büyük katkı Amerika 15.000 üzerinde ikiz çifti ile yapılmış bir çalışmadan olmuştur (70). Eş hastalanma oranı monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha fazla saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında ikiz çalışmaları ve evlat edinilen kişiler ile yapılan çalışmaların daha çok antisosyal, borderline, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ilgili sonuçlar verdiği görülmüştür.

Torgersen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı bir çalışmada genlerin kişilik bozukluğu tanısına sahip kişilerde varyansın %58'ini oluşturduğunu belirtmiş; çevresel faktörlerin katkısına rağmen, genetiğin çok önemli bir oyuncu olduğunu ortaya koymuştur (71).

A kümesi kişilik bozuklukları şizofreni hastalarının yakınlarında kontrol grubuna göre daha yaygındır. Şizofreni tanısına sahip kişilerin akrabalarında kontrol grubuna göre daha fazla şizotipal kişilik bozukluğu tanısına sahip kişi bulunmaktadır. (72)

B kümesi kişilik bozukluklarının da genetik bir zemini bulunmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu alkol kullanım bozukluğu ile ilişkilidir. Borderline kişilik bozukluğuna sahip kişilerin aile öyküsünde depresyon sıktır.(72) Torgersen ve arkadaşlarının 221 ikiz üzerinde yaptığı bir çalışmada her üç küme için de ailesel geçiş olduğu ve b kümesi kişilik bozukluğu için monozigot ve dizigot ikizler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir eş hastalanma farkı bulunmuştur. (71)

C kümesi kişilik bozukluklarına bakıldığında obsesif kompulsif özelliklerin monozigot ikizlerde dizigot olanlara göre daha yaygın olduğunu görmekteyiz (72)

2.3.3.2. Biyolojik etkenler: İnsanlarda ve insan dışı memelilerde kişilik bozukluklarının etyolojisinde biyolojik faktörlerin yerini araştırmak amacıyla nörotransmitter, hormon ve elektrofizyoloji çalışmaları yapılmıştır (21).

Uyarılmışlık, heyecan, dürtüsellik ve agresyon ile ilgili olduğu saptanan endorfinler, serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemler belli kişilik özellikleri ile ilişkili olabilir (21). Bu alanda en çok araştırılan nörotransmitter serotonin olmuştur (73). Serotonin ve metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasitin kan ve beyin omurilik sıvısında yapılan ölçümleri ile intihar davranışı, dürtüsellik arasında ilişki saptanmıştır (21).

Şizotipal kişilik bozukluğu ile yapılan çalışmalarda düzgün göz hareketleri test edilmiş ve antisakkadik hatalarda artma gibi sakkadik paternlerin şizotipi puanı ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır (74).

Yapılan EEG çalışmalarında ise antisosyal ve borderline kişilik özellikleri olan kişilerde daha fazla EEG anormalliği ve frontal lob işlevsellik varyasyonları saptanmıştır (75,76).

2.3.3.3. Psikanalitik etkenler: Kişilik bozukluklarında psikodinamik modelin ana fikri, farklı tanımlar olarak sınıflansalar da kişilikteki aynı temel defisit farklı davranışsal yansımaları olmasıdır.

Bu modelin öncüsü olan Sigmund Freud, kişilik oluşumunda psikoseksüel gelişim basamaklarında gerçekleşen saplanmaya dikkat çekmiştir. Örneğin anal dönemde saplanma yaşayan bir kişi erişkin dönemde aşırı titizlik, cimrilik, inatçılık gibi özellikler gözlenebilir. Ya da fallik dönemde saplanmış bir birey aşırı çekingenlik, çabuk suçlanma, hipokondriyazis özellikleri gösterebilir.

Freud'dan sonra gelen ve Neo-Freudian olarak adlandırılan Alfred Adler, Carl Jung, Anna Freud, Karen Horney gibi isimler psikodinamik kişilik kuramını farklı alanlarda farklılaşarak geliştirmişlerdir. Erik Erikson gelişim basamaklarında yalnızca psikoseksüel dönemlere değil psikososyal basamaklara da vurgu yapmıştır.

İlerleyen dönemlerde kişilik gelişimi obje ilişkileri ve ego psikolojisi ile açıklanmaya çalışılmıştır.

Ego psikolojisi, başa çıkma ve adaptasyon kavramlarına olan vurgusuyla id psikolojisinin ötesine geçmiştir (53). Anna Freud (1936), Hartmann, Kris ve Lowenstein (1946) başlıca ego psikolojisi teorisyenleri olarak sayılmaktadır.

Objekt ilişkileri teorisyenleri ise kişilik gelişimde pre-ödüpal döneme vurguda bulunmuştur. Çocuğun yaşamında önemli kişilerle kurduğu ilişki önemlidir. Büyüyen bebekte, kendisinin ve başkalarının zihinsel olarak iyi ya da kötü anlamda temsil edildiği (iyi ve kötü anlamında) içsel bir çalışma modeli geliştirdiği varsayılır. Bu kuramı en iyi temsil eden isimler ise Melanie Klein ve Otto Kernberg'tir (53).

Kernberg tarafından tanımlanan borderline kişilik örgütlenmesi çoğu kişilik bozukluğu subtipinin paylaştığı temeli temsil etmektedir. Bu örgütlenmede ego zayıftır, kusurludur. Kısmi nesne ilişkileri mevcuttur. İlkel savunma mekanizmaları kullanır. Bu travmatik faktörler nedeniyle benliğin ve dış objelerin agresifçe yüklenmiş negatif temsilleri iç dünyaya dahil olur. Bu egonun oluşma dönemine müdahale eder. Kişilik bozuklukları subtipleri erişkin dönemde bu süreçteki kompanzatuvar mekanizmalar ile semptomatik olup sınıflanabilirler (21).

Psikodinamik yaklaşım insan davranışlarını anlamada önemli bir adımdır. Ancak problemin yalnızca küçük bir kısmını göstermektedir.

2.3.4. Bilişsel Kuram ve Kişilik Bozuklukları (77)

Bilişsel kurama göre etyolojik olarak evrimsel sürece bakıldığında, kişilik modellerimiz genetik olarak doğal seçilime uğrayarak hayatta kalan stratejiler ile ilişkilidir. Bu ilkel stratejilerin türevleri, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi semptom sendromlarında abartılı bir biçimde ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi kişilik bozukluklarında gözlenebilir. Kabaca kişilik bozuklukları ve semptom bozuklukları, adaptif kişilik stratejilerinin patolojik kısmını temsil eder.

Kişilik bozuklukları söz konusu olduğunda, ana etyopatogenetik mekanizmalar, temel gelişim deneyimleriyle şekillenen ve bazıları biyolojik eğilimlere dayanan temel inançlarımızla ilgili olmalıdır. “Şema” olarak adlandırılan bu inançlar, gelen verileri seçer ve sentezler. Bu süreç, değerlendirmenin ardından afektif ve motivasyonel bir uyarılma ile devam eder. Son olarak da duruma uygun bir strateji

seçilir ve uygulanır. Zincirleme bir reaksiyona benzeyen bu süreç, kişilik özelliklerimize atfedilen davranışlarla sonuçlanır. Bilişsel kuram, bu süreçte şemaları kişiliğin temel yapı taşları olarak kabul etmektedir.

“Dürüst”, “utangaç”, “dışadönük” vb. sık kullanılan davranış kalıpları, doğuştan gelen eğilimler ve çevresel etkiler arasındaki etkileşimler ile gelişen kişilerarası stratejileri temsil eder. Her stratejinin spesifik, işlevsel, hedefe yönelik bir fonksiyonu vardır.

Şemaların aktive olması ve davranışsal ifadesi ise kişilik bozukluklarında önemlidir. Bilişsel davranışçı kurama göre işlevsel olmayan şemalar depresyon gibi birçok psikopatolojide aktive olarak, daha gerçekçi uyumsal şemaların yerini almaktadır. Örneğin, depresyonda, kendini olumsuz görme hali; anksiyete bozukluklarında, kişinin kendini tehdit altında görme hali hiperaktiftir. Kişilik bozukluklarında ifade edilen tipik işlevsel olmayan inançlar ve uyumsuz stratejiler, diğer klinik patolojilerinden farklı olarak, daha uzun süre aktiftir ve stabildir. Uyumsal şemalar yetersizdir.

Bu temel inançlar koşullu ya da koşulsuz formlarda olabilir. Koşulsuz şemalar (sevilmiyorum, dünya tehlikeli bir yerdir, insanlar terk eder vb.) derindeyken koşullu şemalar biraz daha yüzeyde bulunur (“sevilmek için çok fedakâr olmalıyım”, “her şeyi kontrol edersem tehlikeleri önleyebilirim” vb). Bu inançların kişilik bozukluklarında ortaya çıkışında ise genellikle anlamsal ya da varsayımsal olan inançtan zorunlu bir inanca giden bir süreç vardır. Örneğin, histriyonik davranışları olan bir birey “İnsanları eğlendirmezsem, beni görmezden gelecekler” inancına sahiptir. Bu nedenle fıkralar anlatmak ve hikayeler uydurmak için zorunluluk hisseder. İnsanlar eğlenmediyse, “sıkıcıyım” diye düşünür. Koşullu inanç enstrümental inanca evrilir. Birey için yüksek öneme sahip bilgiler işlenirken koşulsuz forma daha hızlı bir geçiş olur.

2.3.5. Epidemiyoloji

Kişilik bozukluklarının görülme sıklık ve yaygınlık oranlar içinde yaşanan topluma ve o toplumdan seçilen çalışma örneklemine göre farklılık gösterebilir. Ayrıca kişilik bozukluğu olan çoğu hastada komorbid psikiyatrik hastalıkların olması kesitsel çalışma yapmayı zorlaştırmaktadır.

Kişilik bozukluklarının tümünü ele aldığımızda erkeklerde görülme sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (78). Ayrıca toplum örnekleminde yapılan çalışmalarda azınlık popülasyonda oranın arttığı görülmüştür (79).

Kişilik bozukluğu tanısının toplumda görülme oranlarını belirlemek için araştırmacılar tarafından klinik ve klinik olmayan örneklemelerde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 2000-2010 yılları arasındaki çalışmaları gözden geçirdiğimizde oranların kullanılan ölçüm aracı ve ayrıca örneklemin sosyodemografik özelliklerine göre değiştiği saptanmıştır (80). Ayrıca Crawford ve arkadaşları tarafından yapılan uluslararası bir kişilik bozukluğu çalışmasında nokta prevalans %6,1 olarak bulunmuştur (79). Coid ve arkadaşlarının yaşları 16-74 aralığında olan 626 kişi ile yaptıkları araştırmada kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının %4,4 olduğunu bildirmişlerdir (78). Trull ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan 43.093 kişilik toplum örnekleme çalışmasında kişilik bozukluğu prevalansı %9,1 saptanmıştır (81). Lenzenweger ve arkadaşları tarafından 214 erişkin ile yapılan çalışmada ise %11,9 saptanmıştır (82).

Dereboy ve arkadaşlarının Aydın ilinde klinik olmayan örnekleme 774 kişi ile yaptığı çalışmada DSM-IV'e göre yaygınlık oranı %20, ICD-10 tanı kriterlerine göre ise %21,2 olarak saptanmıştır (83).

Klinik örnekleme yapılmış kişilik bozukluğu çalışmalarına bakıldığında ise kişilik bozukluğu yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu görülür. Psikiyatri polikliniklerine başvuran hastaların %40'ında borderline kişilik örgütlenmesine rastlanmıştır (84).

Fossati ve arkadaşlarının 431 hasta katılımı ile klinik örnekleme yaptığı bir çalışmada, hastaların 310'unun kişilik bozukluğu tanısını aldığı görülmüştür (85). Zimmerman ve arkadaşlarının 859 ayaktan psikiyatri hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise kişilik bozukluğu yaygınlığı %31,4 saptanmıştır (86).

2.3.6. Sınıflandırma

Kişilik bozukluklarını tanımlama ve sınıflandırma çabası eskiye dayanmaktadır. Psikiyatride tanılarının sınıflandırılması ve kolaylaştırılması için

Amerikan Psikiyatri Birliği 1952 yılında DSM-I (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) yayınlamıştır. DSM-I hastalıkların teşhisinde sıkça kullanılmış ve zaman içinde de yeni düzenlemeler geçirmiştir. Sırasıyla 1968 yılında DSM-II, 1980 yılında DSM-III, 1987 yılında DSM-III-R, 1994 yılında DSM-IV, 2000 yılında da DSM-IV-TR yayınlanmıştır (64). Son olarak ise 2013 yılında DSM-V yayınlanmıştır. Kişilik bozuklukları kavram olarak tüm DSM sürümlerinde yer alsa da tanı kriterleri ilk olarak DSM-III’de yer almıştır.

DSM-III’te hem kişilik bozuklukları 5 eksenli sistemin ikincisinde tanımlanmış hem de 11 kişilik bozukluğu kategorik olarak sınıflanmıştır (87). DSM-III’den sonra DSM-III R ve DSM-IV’e geçişteki değişiklikler görece az olmuştur (88). DSM-V oluşumunda DSM-IV-TR’de yer alan kişilik bozuklukları tanı kriterlerinin aynı kalmasına karar verilmiştir. Ancak günümüzde kullanılan DSM-V’te eksenler tekrardan kaldırılmıştır.

DSM’de kişilik bozuklukları, “DSM-I’den DSM-IV-TR’ye kişilik bozuklukları”, “DSM-V’te kişilik bozuklukları” ve “Kişilik Bozuklukları İçin Alternatif DSM-V Modeli” olmak üzere üç başlıkta ele alınacaktır.

2.3.6.1. DSM-I’den DSM-IV-TR’ye kişilik bozuklukları: DSM-I 1952 yılında yayınlandığında kişilik bozuklukları kısmi gelişimsel duraksamaların yansıması ya da yetersiz/patolojik bakımveren sebebiyle gelişimsel distorsiyonların bir yansıması olarak görülmüştür. Davranışsal tepkiler olarak da tanımlanmış olup içsel ve dışsal strese karşı verilen bir davranış paterni olarak görülürler (89).

Kişilik bozuklukları primer olarak 3 grupta toplanmıştır:

- Kişilik patern bozuklukları: Bu grup bozukluklar dirençli, tedaviyle bile değişmeyen durumlar olarak görülmektedir. Yetersiz, şizoid, siklotimik, paranoid kişilik bu gruptadır.
- Kişilik özellik bozuklukları: Bu gruptaki bozulmalar en az işlev kaybı yaratan ve stres yokluğunda hastaların günlük hayatını rahat sürdürdüğü hastalardır. Duygusal olarak değişken pasif agresif ve kompulsif kişilik olarak kategorize edilirler.

- Sosyopatik kişilik bozuklukları: Bu gruptaki kişiler genellikle sosyal sapma olarak görülen hastaları yansıtıyordu. Antisosyal tepki, disosiyal tepki, cinsel sapkınlık ve bağımlılık olarak 4 gruba ayrılırlar (64).

DSM-II'nin geliştirilmesinde en büyük etken Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nın 8.baskısının çıkması ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı terminolojisini yeniden gözden geçirmeyi istemesi olmuştur. DSM-II'de teori kaynaklı tanıdan uzaklaşmaya çalışılarak kişiliğin daha gözlenebilir, ölçülebilir, tutarlı ve zamanla kalıcı olan yanları üzerine konsensüs oluşturulmaya çalışılmıştır (64). Ayrıca "astenik kişilik bozukluğu" isminde yeni bir tanı eklenmiştir; ancak bu tanı üçüncü versiyonda çıkarılmıştır.

1970'li yılların ortalarında kriterlerin güvenilirliği üzerine; ölçülebilir-gözlenebilir olması üzerine daha fazla vurgu yapılmaya başlandı. Böylelikle 1980 yılında yayınlanan DSM-III'de çok eksenli bir sistem ortaya çıkmıştır. Böylelikle epizodik, alevlenme ve remisyonlarla karakterize psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gibi hastalıklar 1.eksende yer almıştır. Kişilik bozuklukları ise 2.eksende zekâ geriliğiyle birlikte sınıflanmıştır. Bunun sebebi ise iki durumunda erken başlangıçlı ve kalıcı olmasıydı. Ancak zekâ gerilikleri kökensel olarak daha biyolojik görülürken kişilik bozuklukları daha psikolojik kökenli görülmüş; ayrıca eksen 1 bozuklukları yanında göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmıştır (64).

DSM-III'de astenik kişilik bozukluğu ve yetersiz kişilik bozukluğu kaldırılmıştır. Bunun yanında eksploziv kişilik bozukluğu aralıklı patlayıcı bozukluk olarak ve siklotimik kişilik bozukluğu siklotimik bozukluk olarak revize edilerek 1.eksene taşınmıştır. DSM-II'de geniş bir tanı kategorisi olduğu düşünülen şizoid kişilik bozukluğu, DSM-III'de şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu ve kaçınan kişilik bozukluğu olarak 3'e ayrılmıştır. DSM-III'e iki tane yeni kişilik bozukluğu eklenmiştir: Borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu. Geçmişte borderline terimi psikoz ve nevroz arasındaki sınırdaki kişiler için kullanılırken bu DSM versiyonunda duygu düzenleyememe, stabil olmayan kişiler arası ilişkiler ve dürtü kontrol kaybı ile giden bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanmıştır (64).

DSM-III’de kişilik bozukluklarını 3 kümede toplayabiliriz (87):

1. küme: Paranoid, Şizoid, Şizotipal Kişilik Bozukluğu
2. küme: Histriyonik, Narsisistik, Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu
3. küme: Kaçınan, Bağımlı, Kompulsif ve Pasif-Agresif Kişilik Bozukluğu

DSM-III yapılan araştırmalar ve yoğun talep sonucunda revize edilerek DSM-III-R ismiyle 1987 yılında yayınlanmıştır. Bu sürümde kişilik bozuklukları tanı kriterlerinde değişiklik yapılmamakla beraber kesin tanı kriterlerinde bazı ayarlamalar yapılmıştır. DSM-III’de kişilik bozukluğu tanı kriterleri monotetik ve politetik kriterlerle saptanırken revize edilmiş halinde tüm kişilik bozukluklarının politetik kriterlerle saptanması kararlaştırılmıştır. Monotetik ölçütlere sahip kişilik bozukluklarında kriterlerin tümünün karşılanması gerekli iken politetik ölçütler varlığında farklı kombinasyonlarla da tanı konulabilmektedir (58). Ek olarak DSM-III-R’de “İleri Çalışmaya İhtiyaç Duyulan Tanı Kategorileri” kısmına kendine zarar veren kişilik bozukluğu ve sadistik kişilik bozukluğu olmak üzere iki tanı grubu eklenmiştir (64).

DSM-III’le getirilen çok eksenli sistem ile yapılan birçok araştırma ile ortaya çıkan literatür ve mesleki geri bildirimler ile DSM-IV’ün geliştirilmesinde önemli etkenler olmuştur. Bu yeni versiyona geçişte kişilik bozuklukları tanı kümeleri ve kategorileri aynı kalmıştır. Yalnızca pasif-agresif kişilik bozukluğu EK B “İleri Çalışmalar için Kriterler ve Eksenler” bölümüne alınarak “negativistik kişilik bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. DSM-III-R’de “İleri Çalışmaya İhtiyaç Duyulan Tanı Kategorileri” kısmına eklenen kendine zarar veren kişilik bozukluğu ve sadistik kişilik bozukluğu başlıklarından yeterli araştırma verisi ile desteklenmemesi nedeniyle DSM-IV’te vazgeçilmiştir. DSM-IV’te Ek B kısmına yeni bir kişilik bozukluğu önerisi konmuştur: Depresif kişilik bozukluğu. Bu tanım büyük oranda tartışmalı olsa da kötümser bilişsel bir tarz olarak önerilmesi açısından önemlidir. Ancak geçerliliği ve pasif-agresif bozukluk ya da distimik bozukluktan ayrımı devam etmiştir.

DSM-IV-TR’de kişilik bozukluğu; bireyin sahip olduğu kültürün beklentilerinden sapan, yaygın ve katı, ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlayarak zamanla stabilleşen stres ve işlev bozukluğuna öncülük eden içsel tecrübe ve davranış biçimi olarak tanımlanmıştır. 2000 yılında yayınlanan bu versiyonda kişilik

bozuklukları teşhis şartları ve kriterleri değiştirilmemiştir. Tanımlayıcı metinler gözden geçirilerek minimal revizyonlar yapılmıştır.

DSM-IV-TR’de farklılık olarak ilk kez kişilik bozukluklarının genel tanı kriterleri açıklanmıştır.

Genel tanı kriterleri kişilik bozukluklarını anlamak için yararlı bir çaba olsa da spesifik değildir. Ayrıca DSM-IV-TR’de kişilik bozukluklarını erken başlangıçlı, kronik ve nispeten stabil görülen eksen I patolojilerinden ayırmanın zor olduğundan bahsetmektedir. Bazı kişilik bozuklukları eksen I patolojileriyle bir spektrum ilişkisi içinde olabilir. Örneğin, şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreni. Kişilik bozukluklarının spesifik tanı kriterleri ise 3 ana kümede toplanmıştır:

- A kümesi: Şizoid, Şizotipal, Paranoid Kişilik Bozukluğu.
- B kümesi: Borderline, Histrionik, Antisosyal, Narsisistik Kişilik Bozukluğu.
- C kümesi: Çekingen, Bağımlı, Obsesif Kişilik Bozukluğu (90).

2.3.6.2. DSM-V’te kişilik bozuklukları: DSM-IV-TR’den DSM-V’e geçişte kişilik bozuklukları tanı kriterlerinde değişiklik yapılmamıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu önceki versiyondan farklı olarak hem kişilik bozuklukları hem de şizofreni spektrum ve diğer psikotik bozukluklar altında yer almaktadır. DSM-V kişilik bozuklukları genel tanı ölçütleri aşağıda Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM-V Kişilik Bozuklukları Genel Tanı Ölçütleri

DSM-V Kişilik Bozuklukları Genel Tanı Ölçütleri
A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü. Bu örüntü, aşağıdakilerden iki (ya da daha çok) alanda kendini gösterir. 1. Biliş (kendini, diğer insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları). 2. Duygulanım (duygusal tepkilerin aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu). 3. Kişilerarası işlevsellik. 4. Dürtü denetimi.
B. Süregiden, esneklikten yoksun bu örüntü, çok değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
C. Süregiden bu örüntü, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye yol açar.
D. Bu örüntü kalıcı ve uzun bir sürelidir ve başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik dönemine uzanır.
E. Süregiden bu örüntü, başka bir ruhsal bozukluğun bir görünümü olarak ya da başka bir ruhsal bozukluğun bir sonucu olarak daha iyi açıklanamaz.
F. Süregiden bu örüntü, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. baş çarpma) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Aşağıda sırasıyla üç kümede yer alan kişilik bozuklukları açıklanmıştır.

Paranoid Kişilik Bozukluğu: Paranoid kişilik bozukluğunda temel belirti kişiler arası ilişkilerde yaygın güvensizlik ve şüpheciliktir. Bu örüntü erken yetişkinlik döneminde başlar. Yeterli bir temele dayanmaksızın dostlarının ve iş arkadaşlarının bağlılıkları üzerine kuşku duyarlar. Eşlerinin sadakatinden şüphe ederler (59). Yakın ilişkilerinde ve cinsel konularda alıngan ve duyarlı olurlar. Diğerlerine soğuk davranır ve yukardan bakarlar (54).

Klinik örnekleme erkeklerde daha yaygındır. Prevalansının; Amerikan toplumu üzerine yapılan araştırmalarda %2,3 ila %4,4 arasında değiştiği saptanmıştır (1). Türkiye’de yapılan bir çalışmada toplumda görülme sıklığının %11.7 bulunmuştur (83).

Ayrıca şizofreni hastaların yakın akrabalarında paranoid kişilik bozukluğu prevalansının arttığına ve/veya perseküsyon hezeyanlarının ön planda olduğu sanrısız bozuklukla daha fazla ailesel ilişki olduğuna dair kanıtlar vardır (1).

Şizoid Kişilik Bozukluğu: Şizoid kişilik bozukluğunda problem sosyal ilişkilerde bağlanma sorunu ve kişiler arası etkileşimlerde kısıtlı duygu

dışavurumunun yaygın olarak görülmesidir. Yakınlık isteklerinde eksiklik vardır ve izole görünürler (1). Belirgin duygusal dalgalanma göstermezler; dışardan gelen eleştiri ve iltifatlara aldırılmazlar. Yakınlık gösteren kişileri de kendilerinden uzaklaştırırlar (54).

Çocukluk, ergenlik döneminde yalnızlık, zayıf akran ilişkileri, okul başarısızlığı ile kendini gösterebilir. Şizofreni tanısı olan hastaların bir kısmı hastalık öncesi şizoid kişilik özellikleri gösterebilir (91). Daha çok yalnız kalabilecekleri işlerde çalışmayı tercih ederler. Kadın şizoid bozukluğu hastaları pasif bir şekilde evlenmeyi kabul edebilirler. Matematik astronomi konulara abartılı ilgi gösterebilirler (72).

Yurtdışında yapılan çalışmalarda prevalansı %3,1- %4,9 arasında saptanmıştır. Erkeklerde az farkla daha sık görülmektedir (1). Türkiye’de Aydın ilinde yapılan bir çalışmada görülme sıklığı %4.1 olarak olarak saptanmıştır (56). Türkiye’de Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise %7.9 olarak saptanmıştır (83).

Şizotipal Kişilik Bozukluğu: Bu kişilik bozukluğu şizofreni hastalığında yapılan kalıtım araştırmaları sırasında Seymour Kety ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (92). Bu kişiler olağandışı özelliklere sahip eksantrik kişilerdir. Garip ve büyüsel inanışları vardır. Zaman zaman algısal alanda bozulmalar yaşayabilirler (54). Yakın ilişkilerde kısıtlılık, sosyal ve kişilerarası alanlarda rahatsız hissetme yaygındır. Stresli dönemlerde dakikalarla saatler arası sürebilen psikotik ataklar yaşayabilirler. Duygulanımları genelde kısıtlı veya uygunsuzdur (1). Kendi duygularını ve özellikle karşı taraftan gelen öfke gibi negatif duyguları farkedemezler (72).

Şizotipal kişilik bozukluğu DSM-V’te şizofreni hastalığı spektrumu içinde görüldüğünden iki başlık altında da yer almaktadır. Uzunlamasına yapılan bir izlem çalışmasında şizotipal kişilik bozukluğu hastalarının %17’sinde şizofreni belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (91).

Erkeklerde az da olsa farkla daha sık görülür (1). Türkiye’de yapılan bir çalışmada %15,1 oranında görüldüğü belirtilmiştir (83).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu: Antisosyal kişilik bozukluğu temel olarak çocukluk ve ergenlikten itibaren başlayan başkalarının hakkını ihlal etme ve buna

aldırış etmeme ile karakterizedir. Sosyopatik, psikopatik kişilik bozuklukları gibi terimlerle de zaman zaman ifade edilmiştir. Aldatma ve manipölasyon antisosyal hastaların sıklıkla başvurduğu yöntemlerdendir (1).

Bu tanının konabilmesi için kişilerin en az 18 yaşında olmaları gerekir. Çocuklukta, 15 yaşından önce, davranış bozukluğu belirtileri gösterirler. Yalancılık, hırsızlık, evden kaçma siktir. Adli problemler yaşayabilirler. Alkol ve diğer psikoaktif maddelere, kumara düşkünlük, sorumsuz davranışlar gösterirler. Çocuklukta bedensel kötü muamele öyküsü siktir (54).

Türkiye’de alkol ve madde kullanan hastalarda yapılan bir çalışmada yatarak tedavi gören 3 hastanın 1’inde antisosyal kişilik bozukluğu bulunduğı ve bu grupta en sık görülen kişilik bozukluğu türünün de antisosyal kişilik bozukluğu olduğı saptanmıştır (93). Erkeklerde görölme sıklığı daha fazladır ancak kadınlarda yeterince tanı konmadığıyla ilgili endişeler mevcuttur. Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada yaygınlık oranı %5.3 olarak saptanmıştır (83).

Bu kişilik bozukluğunda sıklık sosyoköltürel ve ekonomik faktörlerle değişebilir. Kişiler yaşlandıkça, özellikle 40’lı yaşlarda belirtiler yatışabilir. Birinci dereceden yakınlarından bu tanıya sahip olan kişilerde görölme riski daha yüksektir (1).

Borderline Kişilik Bozukluğu: Yıllardan beri tartışmalı olan bu tanıyı çeşitli araştırmacılar farklı terimlerle açıklamaya çalışmışlardır. “Gezici (ambulatory) şizofreni”, “sanki kişilik (as-if personality)” (Helene Deutsch tarafından adlandırılmıştır), psödonevrotik şizofreni (Paul Hoch ve Phillip Politan tarafından tanımlanmıştır), ve psikotik karakter bozukluğu (John Frosch tarafından tanımlanmıştır) (72). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanı sistemi ICD-10’da ise “duygusal yönden dengesiz kişilik bozukluğu” terimi kullanılmaktadır (60).

Bu tanıya sahip kişiler nevroz ve psikoz arasında bir sınırdadır ve olağan dışı bir şekilde değişken afekt, duygudurum, davranış gösterirler. Öngörülemez davranışları olur, sürekli bir kriz hali içinde görünürler. Yalnız kalmayı tolere edemezler. Yakın ilişkide oldukları kişilere bağımlı olabilirler ancak engellenmiş hissettiklerinde yakınlarına anormal bir öfkeyle yaklaşabilirler (72).

Toplumdaki yaygınlık oranının kesin olmamakla birlikte %1-2 oranında olduğu ve kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görüldüğü bilinmektedir. 1. Derece akrabalarında majör depresif bozukluk, alkol kullanım bozukluğu, madde kötüye kullanımı sık görülmektedir (72). Türkiye’de yapılan bir çalışmada yaygınlık oranı %13,5 saptanmıştır (83). Ülkemizde 738 yatarak tedavi göre psikiyatri hastası üzerinde yapılmış bir çalışmada ise %10,2 oranında olduğu bulunmuştur (94).

Histriyonik Kişilik Bozukluğu: Bu tanıya sahip kişilerin temel özelliği duygusal alanda aşırılık ve sürekli ilgi arayışı içinde olmalarıdır. Odak noktasında olmadıklarında rahatsız ve takdir edilmemiş hissederler. Öfke patlamaları geçirebilirler. Stres altındayken gerçeği değerlendirme yetileri azalabilir. Dramatik, renkli, dışa dönük ve flörtöz davranırlar. Çoğunlukla uygunsuz ve baştan çıkarıcı bir tarzları vardır (1).

Çabuk yakınlaşırlar ancak hızla reddedilmiş hissederek uzaklaşabilirler. Dengeli ilişkiler kuramazlar. Bağımlılık ihtiyaçları nedeniyle kolay güvenir ve aldanabilirler (54,72).

Toplumda %1 ila 3 arasında görüldüğü tahmin edilmektedir. Kadınlarda daha sıktır (72). Türkiye’de kişilik bozukluklarını araştıran bir çalışmada yaygınlık oranı %6,7 olarak saptanmıştır (83). Şenol ve arkadaşlarının klinik popülasyonda yaptığı bir çalışmada oran %3,8 olarak saptanmıştır (94).

Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerde birçok alanda grandiyözite, takdir edilme ihtiyacı, empati yapabilmede eksiklik söz konusudur. Bu patern erken erişkinlik döneminde başlar. Kendilerini gerek fiziksel gerekse ruhsal olarak aşırı beğenir ve diğerinden üstün görürler. En üstün olma çabasında diğer insanları kullanmakta, sömürmekten çekinmezler. Kişiler arası ilişkilerde zorluk yaşarlar. Şöhret ve talihe ulaşmak isterler. Eleştiriye dayanamazlar. Öz saygıları kırılındır. Beklentileri karşılanmayınca hayal kırıklığına uğrarlar, hızla deprese olabilirler (54,72).

Narsisistik kişilik bozukluğunun toplumdaki yaygınlık oranı %1-6 arasında değişmektedir (72). Türkiye’de normal popülasyon örnekleminde yaygınlık oranı %7,1 olarak saptanmıştır (83).

Kaçınan Kişilik Bozukluğu: Bu tanı grubundaki hastalar toplum içinde olumsuz değerlendirilmekten korkarlar ve kendilerini fazlaca gözlerler. Utangaç, çekingen ve reddedilmeye karşı duyarlı olurlar. Asosyal değillerdir; aksine arkadaşlık kurmak için fazlaca istek duyarlar. Ancak reddedilmeye karşı olan hassasiyetleri nedeniyle toplum içinde konuşmaktan ya da diğerine bir teklifte bulunmaktan kaçınırlar. Risk almazlar (1,72).

Kadın ve erkek cinsiyet arasında görülme sıklığı açısından fark yoktur. Genel popülasyonda görülme sıklığı %0,5-1 iken psikiyatri kliniklerinde bu oran %10'a ulaşır (59). Türkiye'de yapılan bir çalışmada normal toplumdaki yaygınlık oranı %6,2 olarak saptanmıştır (83).

Bağımlı Kişilik Bozukluğu: Bağımlı kişilik bozukluğuna sahip kişiler yaşadıkları ayrılık anksiyetesi ve bakım ihtiyacı ile itaatkâr ve yapışkan davranışlar sergilerler. Günlük yaşamda birçok insanın rutin olarak yaptığı şeylerde başkasına danışma ihtiyacı hissederler. Nerede yaşayacakları ve ne iş yapacaklarına kendileri karar veremezler. Bir işleri olduğunda başkalarının girişimde bulunmasını beklerler ve sorumluluk alamazlar (1,54).

Psikiyatri kliniklerinde en sık karşılaşılan kişilik bozukluğudur ancak başvuru genelde komorbid hastalıklar nedeniyle olur (59). Genel popülasyondaki yaygınlık oranı %2-3 arasındadır (72). Bağımlı kişilik bozukluğu tanısının Türkiye'de yapılan bir çalışmada yaygınlık oranı %5,2 saptanmıştır (83). Kimi çalışmalarda kadınlarda daha yüksek oranda saptansa da her iki cinsten oranlar birbirine yakındır (72).

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu: ICD-10 sınıflamasında “anankastik kişilik bozukluğu” olarak geçmektedir. Bu tanıya sahip kişilerde mükemmeliyetçilik, titizlik, kuralcılık, inatçılık, duygusal yönden katılık ön plandadır. Spontan hareket etmezler. Hata yapmaktan çok korktukları için çoğunlukla kararsız kalırlar. Duygudurumları genelde ciddidir. Karşı tarafın da kurallara uymasını beklerler ve bu gerçekleşmezse hoşgörüsüz olabilirler. Kişiler arası ilişki becerileri kısıtlıdır. Espri yetenekleri azdır (54,72).

Genel popülasyondaki yaygınlık oranı %2,1-7,9 arası değişmektedir (1,83). Türkiye'de normal popülasyonda yaygınlık oranı ise %14,1 bulunmuştur (83).

2.3.6.3. Kişilik bozuklukları için alternatif DSM-V modeli: Kişilik bozuklukları tanısı koyarken halihazırda DSM-V 2.bölümde yer alan ve yukarıda sırasıyla anlatılan kişilik bozuklukları tanı kriterleri uygulanmaktadır. Fakat APA Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu bu tanı kriterlerine alternatif olarak çalışılması gereken alanlar Bölüm-III'e farklı bir kişilik bozukluğu tanı kriteri koymuşlardır (1).

DSM-V'te yer alan alternatif kişilik bozukluğu genel tanı kriterleri şu şekildedir:

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

Tanımda A ölçütünü ilgilendiren iki alan bulunmaktadır:

1. Kendilik kimliği duygusunda bozulma
2. Etkili kişilerarası 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.” (APA 2013).

Bu yeni modelde kişilik bozuklukları, kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve patolojik kişilik özellikleri ile karakterizedir. DSM-V bu genel kişilik bozukluğu tanımı altında 6 adet alt tip tanımlamaktadır: Kaçıngan, obsesif kompulsif, borderline, antisosyal, şizotipal ve narsisistik. Bu model ayrıca spesifik bir kişilik bozukluğu tanısı konmadığında, “özellik tanımlanmış kişilik bozukluğu” tanısını da içermektedir (1).

Genel tanı kriterleri maddelerine daha yakından bakacak olursak;

A Tanı Ölçütü: Kişilik İşlevselliğinin Düzeyi: A tanı kriterinde kişilik psikopatolojisinin temel yapısı tanımlanmıştır. Bu temel yapıyı kendilik ve kişiler arası işlevsellik alanındaki bozukluklar kurmaktadır. Kendilik işlevselliğinde kimlik ve kendine yön verme; kişiler arası alanda ise empati ve samimiyet alt boyutları bulunmaktadır.

Kişilik işlevselliğinde yetersizlik olması bir kişilik bozukluğunun varlığını öngörür. Bu yetersizliğin şiddeti, kişinin tipik bir şiddetli kişilik bozukluğunun ya da birden fazla kişilik bozukluğunun olup olmadığına dair öngöründe bulunmamızı sağlar. Bir kişilik bozukluğu tanısı için orta düzeyde bozulma gerekir; bu eşik bilimsel kanıtlara dayalıdır ve klinisyenlerin kişilik bozukluğu tanısını doğru ve etkin şekilde koyabilme becerilerini en üst seviyeye ulaştırır.

Bu boyutlar aşağıdaki çizelgede ayrıntılarıyla sunulmuştur.

Tablo 2. Kişilik İşlevselliğinin Bileşenleri

Kendilik: 1. Kimlik: Kendini değerli olarak görme, kendisi ile diğerleri arasındaki sınırları çizme; özsaygının sürekliliği ve öz değerlendirmenin doğruluğu; bir dizi duygusal deneyimi düzenleme becerisi. 2. Kendini yönlendirme: Kısa süreli ve uzun süreli amaçların anlamlı olması ve tutarlı şekilde bunların peşinden gitme; davranışları için olumsuz sosyal ve yapıcı içsel standartların kullanılması; kendini uygun şekilde ifade etme becerisi. Kişilerarası: 1. Empati: Diğerlerinin deneyimlerini ve motivasyonlarını anlama ve onlara değer verme; farlı bakış açılarını tolere edebilme; davranışlarının diğerleri üzerindeki etkilerini anlayabilme. 2. Samimiyet/Yakınlık: Diğerleriyle ilişkinin derinliği ve süresi; yakınlık kurma kapasitesi ve istekliliği; kişilerarası davranışa verilen önemin karşılıklı olması

B Tanı Ölçütü: Patolojik Kişilik Özellikleri: B tanı kriterinde belirtilen uyumsuz kişilik özellikleri ise 5 ana başlık altında 25 kişilik özelliği olarak belirtilmiştir, 5 boyut, 25 alan ve tanımlamalarına ilişkin bilgiler Çizelge 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Boyut ve Alan Tanımlamaları

Boyutlar ve Özellikleri	Tanımlayıcı özellikler
OLUMSUZ DUYGULANIM (Duygusal Denge)	Olumsuz duyguları geniş bir yelpazede sık ve yoğun deneyimleme (kaygı, çökkünlük, suçluluk, utanma, endişe, öfke) ve bunların davranışsal (kendine zarar verme) ve kişilerarası (bağımlılık) belirtileri.
<i>Duyguca oynak olma</i>	Duygusal yaşantılarda ve duygudurumda dengesizlik; kolayca uyarılan, yoğun ve/veya olaylar ve durumlarla orantısız duygular.
<i>Kaygılı olma</i>	Farklı durumlara karşı sinirlilik, gerginlik veya panik hissi; geçmiş deneyimlerin olumsuz etkilerinden ve gelecekteki olumsuz olasılıklardan endişelenme, belirsizlik konusunda korku; en kötünün olmasını bekleme.
<i>Ayrılma güvensizliği</i>	Fiziksel ve duygusal olarak kendine yetme konusunda güvensizlik hissine dayanan önemli diğerinden kişilerden ayrılma ya da reddedilme nedeniyle yalnız kalmaktan korkma
<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 sık öfke duyguları hissetme, minör aşağılanmalara karşı öfke ve asabiyet gösterme, intikam davranışı.
<i>Takılıp kalma</i>	Görevlerde veya belirli bir şekilde bir şeyler yapmakta işlevsel/ etkili olmasının ötesinde, başarısızlıklara rağmen aynı davranışı sürdürmede ısrar, işlevsel olmayan ve uzun süren davranışlarda ısrar etme.
<i>Çökkünlük</i>	Uzak olma bölümüne bakınız.
<i>Şüphencilik</i>	Uzak olma bölümüne bakınız.
<i>Duygulanımda kısıtlılığın (olmaması)</i>	Duygulanımda kısıtlılığın olmaması olumsuz duygulanım bölümüne dâhildir. Duygulanımda kısıtlılık alt boyutu için Uzak olma bölümüne bakınız.
UZAK OLMA (Dışadönüklük)	Hem kişilerarası etkileşimlerden (günlük etkileşimlerden arkadaşlıklara ve yakın ilişkilere kadar değişen) hem de sınırlı duygusal deneyim ve ifade, özellikle haz alma kapasitesinde kısıtlılık dahil olmak üzere sosyo-duygusal deneyimden kaçınma.
<i>İçe kapanıklık</i>	Başkalarıyla olmaktansa yalnızlığı tercih etme, sosyal ortamlarda suskunluk, sosyal etkinliklerden kaçınma, sosyal iletişimi başlatmada güçlük.
<i>Yakınlıktan kaçınma</i>	Yakın ve romantik ilişkilerden, kişilerarası bağlanmadan, cinsel ilişkiden kaçınma.
<i>Anhedoni</i>	Hayatın deneyimlerinden zevk almama, katılım veya enerji eksikliği; zevk ve ilgi kaybı.
<i>Çökkünlük</i>	Umutsuz ve aşağı hissetme, gelecek hakkında kötümser düşünme, süregiden suçluluk ve utanç duyguları, düşük öz-değer duyguları, intihar düşünceleri ve davranışı.

<i>Duygulanımda kısıtlılık</i>	Duygusal olarak uyarıcı durumlara çok az tepki; daralmış duygusal deneyim ve ifade, çekici durumlarda kayıtsızlık ve uzaklaşma.
<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)	Abartılı bir öz-önem, diğerlerinden üstün olma beklentisi, özel ilgi beklentisi; diğer bireylerin ihtiyaçlarına ve duygularına karşı duyarsızlık, vurdumduymazlık.
<i>Manipülatif olma</i>	Diğerlerini etkilemek veya kontrol etmek için hile yapma, cazibe kullanma, kendini zorla kabul ettirme.
<i>Hilekâr olma</i>	Dürüst olmama, sahtekârlık yapma, kendini yanlış tanıtmama.
<i>Grandiöz olma</i>	Kişinin diğerlerinden üstün olduğuna ve özel bir muamele hak ettiğine inanması; ben-merkezcilik; yetki duyguları, başkalarına karşı küçümseme.
<i>Dikkat çekmeye çalışma</i>	Dikkat çekme ve kendini diğerlerinin ilgi ve hayranlık 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. Başkalarının duyguları veya sorunları için endişe endişelenmeme; eylemlerinin başkaları üzerindeki olumsuz veya zararlı etkileri hakkında suçluluk veya pişmanlık hissetmeme
<i>Düşmanlık gösterme</i>	Olumsuz duygulanım bölümüne bakınız.
DİSİNHİBİSYON (Sorumluluk)	Anlık haz almaya yönelim, geçmişi öğrenmeden veya gelecekteki sonuçları dikkate almadan dürtüsel davranışlar.
<i>Sorumsuz olma</i>	Mali ya da diğer zorunlulukları/anlaşmaları önemsememe, verilen sözlere karşı saygı duymama ve bir işin sonunu getiremememe, diğer insanların mülküne karşı dikkatsiz davranma.
<i>Dürtüsel olma</i>	Uyaranlara karşı düşünmeden karar verme, sonucunu düşünmeden ya da plansız şekilde anlık hareket etme, plan oluşturma ve takibinde zorluk, aciliyet hissi ve kendine zarar veren davranışlar.
<i>Dikkati dağınık olma</i>	Görevlerde odaklanma güçlüğü; dış uyaranlar ile dikkatin kolayca dağılması, amaca yönelik davranışı sürdürmede güçlük.
<i>Kendini riske atma</i>	Gereksiz yere ve sonuçlarına bakılmaksızın tehlikeli, riskli ve kendisine zarar verme potansiyeli olan etkinliklere katılma, sınırlamalar konusunda endişe duymama ve tehlikenin gerçekliğini reddetme; içerdiği risk seviyesinden bağımsız olarak hedeflerin dikkatsizce takip edilmesi.
<i>Katı mükemmeliyetçiliğin (olmaması)</i>	Kendisinin ve diğerlerinin davranışlarını içeren, her şeyin kusursuz, mükemmel olması konusunda katı bir ısrar, her şeyi yaparken tek bir doğrunun olduğuna inanma, düşüncelerini ve bakış açısını değiştirmede güçlük, ayrıntılar, organizasyon ve sıralama ile meşgul olma. Katı mükemmeliyetçiliğin olmaması Dizinhibisyon boyutuna dâhildir.

PSİKOTİZM (Kolay anlaşılabilirlik)	Hem süreç (ör. algı, disosiyasyon) hem de içerik (ör. inanışlar) dahil olmak üzere kültürle uyum olmayan garip, eksantrik veya olağandışı davranış ve bilişlerin sergilenmesi.
<i>Olağandışı inançlar ve yaşantılar</i>	Olağandışı yetenekleri olduğuna dair inanç, zihin okuma, telekinezi vb., varsanı benzeri deneyimler yaşama.
<i>Tuhaf biri olma</i>	Olağandışı, tuhaf davranış, görünüm ve konuşma, tahmin edilemez ve farklı düşüncelere sahip olma, olağandışı ve uygunsuz şeyler söyleme.
<i>Bilişsel ve algısal düzensizlik</i>	Kendine ve çevreye yabancılaşma ve disosiyasyon gibi tuhaf deneyimler yaşama, uyku ve uyanıklığı birbiriyle karıştırdığı deneyimler yaşama.

Kaynak: (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: APA; 2013, sf. 779.

C ve D Tanı Ölçütleri: Yaygınlık ve Değişmezlik: Kişilik işlevselliğindeki yetersizlik ve patolojik kişilik özellikleri “göreceli olarak” bir dizi kişisel ve sosyal durum karşısında değişiklik göstermemektedir. Kişilik, bireyin kendisi ve çevresi hakkındaki düşünme, bunları algılama ve bunlarla ilişki kurma paterni şeklinde tanımlanabilir. “Göreceli olarak” terimi, aşırı patolojik kişilikler haricinde tanı alan kişilerin bir miktar uyum gösterebilmeleri sebebiyle kullanılmaktadır. Kişilik bozukluğu örüntüsü uyum bozucudur ve göreceli olarak katıdır; sosyal, mesleki ya da diğer önemli uğraşı alanlarında yetersizliğe sebep olur. Kişi davranışlarının sonuçları olumsuz olsa bile davranışlarını düzenlemeye çalışmaz. Kişilik özellikleri bireyin semptomlarına göre daha stabil olsa da değişebilir. Asıl kişilik işlevselliğindeki bozulmalar semptomlardan daha stabildir.

E, F ve G Tanı Ölçütleri: Kişilik Bozukluğu için Alternatif Açıklamalar (Ayrıcı Tanılar): Bazı özel durumlarda kişilik bozukluğu olarak görünen patoloji başka bir ruhsal bozuklukla, madde etkisi ya da başka bir sağlık durumunun etkileriyle, içinde bulunulan gelişimsel evrenin (örn. ergenlik, yaşlılık) ya da sosyokültürel çevrenin özellikleriyle daha iyi açıklanabilir. Eğer başka bir ruhsal bozukluk varsa, kişilik bozukluğu tanısı yanlış olabilir (örn. kişinin şizofreni tanısı varsa şizotipal kişilik bozukluğunun özellikleri de bulunacaktır). Öte yandan kişide majör depresyon gibi bir tanı varsa, kişilik bozukluğu da aynı anda bulunabilir.

Spesifik Kişilik Bozuklukları: DSM-V Alternatif Modelinde, DSM-IV-TR’de yer alan 10 ana kişilik bozukluğu tanısının 6 tanesi yer almaktadır: Şizotipal, antisosyal, borderline, narsisistik, kaçınan ve obsesif-kompulsif (95). Aşağıda sırasıyla bu altı kişilik bozukluğunun tipik özellikleri sıralanmıştır.

- Antisosyal Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; yasalara uygun ve etik davranmama, benmerkezcilik, diğerlerine karşı duygusuzluk, katı yüreklilik, sorumsuzluk, hilekarlık, manipülatif olma ve/veya risk alma
- Kaçınan Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; sosyal durumlardan kaçınma, yetersizliğin kişilerarası ilişkilerde yetersizlik ve becerisizlik duygularından dolayı ketlenme, reddedilme ve olumsuz değerlendirilme kaygısıyla endişeli beklentiler içine girme, alay edilme ve mahcup düşme korkusu
- Borderline Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; benlik imajı, kişisel amaçları, kişilerarası ilişkileri ve duygulanımının değişken olması, dürtüsellik, risk alma ve/veya düşmanlık
- Narsisistik Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; değişken ve kolay incinebilen özsaygı ve özsaygıyı onay arayışı ve dikkat çekme yoluyla düzenlemeye çalışma, açık ya da örtük bir grandiyözite
- Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; yönetici ve resmi yakın ilişki, katı mükemmeliyetçilik, esnek olamama, kısıtlı duygusal ifade
- Şizotipal Kişilik Bozukluğu tipik özellikleri; sosyal ve yakın ilişki kurmada yetersizlik, biliş/algı/davranışta tuhafılık, çarpık benlik imajı ve anlaşılamayan kişisel amaçlar, kısıtlı duygusal ifade ve şüphecilik

2.3.7. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarında Kategorik ve Boyutsal Modeller

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi özellikle DSM-III yayınladıktan sonra daha da önem kazanmıştır. Hipokrat döneminden beri olan sınıflandırma, daha iyi anlama ve saptama ihtiyacı günümüzde kişilik bozukluklarının daha tedavi edilebilir olmasıyla ön plana çıkmıştır. Günümüze kadar kişilik bozuklukları tanısı koymada faydalanan kategorik sınıflandırmalar var ya da yok şeklinde tanı koyup

klisisyenleri daha hızlı hareket etmeye yöneltse de normal ile hastalık arasında yapay bir ayırım oluşturmaktadır (96).

Normal ve anormallik yelpazesinde yer alan kişilik patolojilerini belli başlıklar altında gruplandırmaya çalışmak başlı başına bir zorluktur. Kategorik sınıflandırma ile var ya da yok şeklinde bir yaklaşımda bir kişi birden fazla tanı alabilmektedir (97). Ayrıca aynı kategoride yer alan kişilik bozukluğu hastaları birbirinden çok farklı klinik tablolar sergileyebilir (96). Klisisyenler çoğunlukla kişilik bozukluğunun özel adı yerine b kümesi, c kümesi gibi ifadeler kullanmaktadırlar. Klinikte en sık konan kişilik bozukluğu tanısının tanımlanmamış kişilik bozukluğu olması şaşırtıcı değildir. Bu durum tanıların güvenilirliği ve spesifitesinde sorunlara sebep olmaktadır (96).

Elbette kategorik sınıflandırma prototip ve semptom şiddeti fazla olan hastalarda tanı koyma ve somutlaştırarak iletişim dilini kolaylaştırma gibi avantajlara sahiptir (98).

Kişilik bozuklukları sınıflandırmasında yelpaze modeli, kişilik bozukluklarının bir çizgi üzerinde devamlılık arz ettiği; birbirleri arasında yumuşak geçişlerle devam ettiklerine dikkat çekmektedir (96).

Boyutsal modelde ise, bir kişide birbirinden farklı özellikler farklı yoğunluklarda yer alabilir. Literatüre bakıldığında da farklı kişilik özelliklerinin tanımlandığı ve şiddetinin ölçülebildiği boyutsal bir sistem önerilmektedir (98).

DSM-V alışma grubu bu açıdan bakıldığında kişilik bozukluklarına yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. DSM-V alternatif modeli, kişilik bozuklukları için tek bir tanı kriteri vermekte, farklılıkları tip olarak adlandırmaktadır (99).

Boyutsal yaklaşımda ise böyle bir ayırım bulunmamaktadır. Çünkü normal ve anormal aslında süreklilik arz eder. Özellik ve belirti boyutunda kişiliği değerlendirmek tanısals olarak klisisyenleri daha iyi yönlendirir.

Bu alanda literatüre bakıldığında kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşımı içeren Eysenck'in üç Boyutlu Modeli, Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli, Beş Faktör Modeli önde gelen modeller olarak sayılabilir.

Eysenck'in üç Boyutlu Modeli: Hans Eysenck diğer kişilik kuramlarının aksine kişilik etyolojisinin değil boyutsal olarak sınıflandırılmasının üzerinde

durmuştur. Boyutlar arasındaki farklılıkların kalıtsal olabileceğini belirtmiştir. Eysenck kişiliği başlangıçta nörotisizm ve dışa dönüklük biçiminde iki geniş faktörde, sonrasında psikotizm faktörünü ekleyerek üç boyutlu bir yapıda değerlendirmiştir. Dışa dönüklük boyutu sosyalliği ve dürtüsellliği, nörotisizm boyutu duygusal tutarlılık ve aşırı tepkisel davranışları, psikotizm boyutu ise soğukluğu temsil etmektedir. Eysenck'in kişilik modeline göre; psikotik gruptaki kişiler duyarsız, yalnız, mesafeli, gariptir; toplumsal kurallara uyma konusunda sıkıntılıdır. Dışa dönük boyuttakiler, sosyal, çok arkadaşı olan, iletişim kurabilen, girişken ve dürtüsel davranan kişilerdir. Nörotik boyut kişiler ise depresif, özgüveni düşük, kaygılı kişilerdir (100)

Psikobiyojik Model: Cloninger (1987)'e göre kişilik, mizaç ve karakterden oluşur. Psikolojik ve biyolojik sistemlerin dinamik organizasyonudur. Günlük konuşmada kişilik, mizaç ve karakter terimleri sıklıkla birbiri yerine kullanılsa da farklı kavramlardır. Huy anlamında kullanılan mizaç kavramı daha yapısal ve biyolojik karakter ise daha yaşamsal ve kültürel bir komponent olarak tanımlanabilir (96). Cloninger'e göre mizaç; kişiliğin doğuştan gelen ve genler aracılığıyla aktarılan tarafıdır. Cloninger'in

Psikobiyojik Modeli'nde 4 temel mizaç özelliği 3 temel karakter özelliği tanımlanmıştır. Mizaç özellikleri zarardan kaçınma, yenilik arama, ödüle bağımlılık ve sebat etme; karakter özellikleri ise kendi kendini yönetme, iş birliği yapma, kendi kendini aşmadır (101)

Mizaç ve karakter, etyolojik olarak farklı olmalarına rağmen işlevsel olarak ilişkilidir. Ayrıca mizaç ve karakter kişilik bozuklukları ile de ilişkilidir. Ülkemize kişilik bozuklukları tanısı olan ve olmayan 774 katılımcı ile yapılan bir çalışmada tanısı olan katılımcıların tanı almayanlarla karşılaştırıldığında kendini yönetme ve iş birliği karakter boyutlarından daha düşük puanlar alma eğiliminde olduklarını saptamışlardır. Ayrıca B kümesinde yer alan kişilik bozukluklarının, A ve C kümesinde yer alan kişilik bozukluklarına göre kişilik boyutları ile ilişkisi daha yüksek saptanmıştır (83).

Beş Faktör Kişilik Modeli: Bir diğer boyutsal model ise Beş Faktör Kişilik Modelidir. Catell ve Eysenck'in özellikleri ile yapılan faktör analitik çalışmalar sonucunda 5 faktör önemli bulunarak bu faktörler "Big Five" olarak

adlandırılmıştır(102). Nörotisizm-Ruhsal dengesizlik, Ekstraversiyon-Dışadönüklük, Openness-Açıklık, Agreeableness-Uzlaşmacılık, Conscientiousness-Vicdanlılık ve dürüstlük alt boyutlarını tanımlamaktadır.

DSM ile kategorik olarak tanımlanmış kişilik bozuklukları ilişkisi incelendiğinde A kümesinde extraversion ve uzlaşıcılık boyutu düşük saptanmıştır. Paranoid küme yüksek öfke ve hostilite, düşük güvenme, açıksözlülük ve uyumluluk gösterir. Şizoidler sıcaklık, nezaket ve olumlu duyguları göstermezken, Şizotipal kişilik bozukluğu tanısına sahip bireyler yüksek anksiyete düzeyi ile fantezi, eylem ve fikirlere açıklık gösterirler (103).

B kümesi bozuklukların boyutsal incelemede ayrı özelliklere sahiptir. Histrionik kişilerde yüksek dışadönük, deneyimlere açıklık; borderline kişilerde nörotisizm alanı yüksek (duygusal dengesizlik); narsisistik kişilerde düşük uzlaşmacılık, elseverlik, ılımlılık ve şevkatlilik; antisosyallerde düşük dürüstlük-vicdanlılık ve uzlaşmacılık özellikleri öne çıkar.

C kümesi ise iki ana alana ayrılabilir: Yüksek nörotisizm (kaçıngan, bağımlı) ve yüksek dürüstlük- vicdanlılık (Obsesif) (96).

Literatürde yer alan boyutsal modeller çerçevesinde günümüze kadar gelinerek DSM-V kişilik bozuklukları çalışma grubu, literatürde 2004 yılından önce oluşturulmuş boyutsal modelleri incelemiş ve 18 modelde kesişen kişilik özelliklerinde, ortak iki uçlu bir yapı olduğunu saptamıştır (104). Bu ikili yapılar dışadönüklük ve içe dönüklük, terslik ve uyum, kısıtlama ve dürtüsellik, olumsuz duygulanım ve duygusal stabilite olarak sıralanmış. Teklifsizlik ve deneyime kapalılık isimlerinde Revize Edilmiş NEO Kişilik Envanteri’de (NEO PI-R) ana boyutlardan biri olan beşinci bir alan tanımlansa da geçtikleri çalışmalarda çok güçlü sunulmadığı görülmüştür. Ayrıca bu boyut DSM-IV kişilik bozukluklarıyla da korele saptanmamıştır. Ancak şizotipal kişilik bozukluğunun anahtar özelliklerini içeren bir boyut daha “psikotizm” bu dört boyuta eklenmiş ve de Harkness’ın kişilik psikopatolojisi ile güçlü bir klinik ilişkide olduğu saptanmış (105).

Kişilik bozuklukları ile ilişkili uyumsuz kişilik özellikleri boyutlarına-kutuplarına odaklanma sürecinde, Widiger & Simonsen (2005) tarafından tarif edilen modele güçlü bir benzerlik gösteren Beş Faktör Kişilik modelinin DSM-IV kişilik

bozukluklarıyla ilişkisini gösteren literatür dikkatleri çekmiştir (105). Sonuç olarak var olan model ve ölçekleri göz önüne alarak 37 özellikten oluşan bir maladaptif kişilik özellikleri listesi yapan grup, literatüre, 3 aşamalı bir araştırma ve analiz sürecinden sonra 5 boyut ve 25 alandan oluşan, Amerikan sosyokültürel yapısına uygun bir ölçek kazandırmıştır. Tezimizde de kullandığımız uyumsuz kişilik özelliklerini ölçen bu envanterin ve DSM’de boyutsal değerlendirmenin gelişimi bu şekilde özetlenebilir.

2.3.8. Kişilik Patolojileri ve Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki

Kişilerin deneyimlediği olumsuz yaşam olaylarında duygularını düzenleyerek nasıl üstesinden geldikleri, tepkilerini ve kişiler arası ilişkilerini nasıl düzenledikleri duygu düzenleme stratejileri ile aydınlatılmaya çalışılmıştır. Duygu düzenleme kavramının kişiliğin bir boyutu olarak görülmesi bu açıdan şaşırtıcı değildir.

Linehan’ın biyososyal kuramına göre, temelde var olan negatif duygulanım, artmış duygusal duyarlılık, duygusal uyarana karşı aşırı tepkisellik, duygusal uyarılma gerçekleşikten sonra başlangıç duygusal düzeye yavaş dönüş ile karakterize duygu düzenleme güçlükleri, borderline kişilik bozukluğunda semptomatolojinin öncülü çekirdek psikopatolojik süreçtir (33). Linehan’ın özellikle borderline hastalar üzerinde çalışmalar yaptığı bilinmektedir. Literatüre bakıldığında diğer kişilik bozukluklarının duygu düzenleme ile ilişkisine dikkat çeken yayınlar da görülmektedir.

2016 yılında 932 üniversite öğrencisi ile yapılmış bir çalışmada patolojik kişilik özellikleri ile duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada uyumsuz kişilik özellikleri envanteri ve duygu düzenleme zorluğu ölçeği kullanılmıştır. Uyumsuz kişilik özelliklerinden olumsuz duygulanım, duygusal farkındalık dışında tüm boyutlarla; uzak olma, hedefe yönelik davranışlar hariç tüm boyutlarla; terslik-geçimsizlik, dürtü kontrol güçlükleri ile; disinhibisyon, duygusal tepkileri kabul edememe hariç tüm boyutlarla; son olarak psikotizm de duygusal tepkileri kabul edememe, dürtü kontrol güçlükleri ve duygusal tepkilerde net olamama ile pozitif bir ilişki göstermiştir (106).

Duygu düzenleme stratejilerinin 83 bipolar bozukluk hastası (BP), 53 borderline kişilik bozukluğu (BPD) ve 54 bipolar bozukluk ve BKB komorbid tanısı olan hastada araştırıldığı bir çalışmada duygu düzenleme stratejilerinde en büyük bozulma komorbid grupta, ardından BPD grubunda ve en az BP grubunda saptanmıştır. Komorbid grubundaki spesifik bozukluklar arasında dürtüsellik, hedefe yönelik davranışlarda zorluklar ve duygu düzenleme stratejilerine ulaşmakta güçlükler vardı. Benzer bir lineer profil, maladaptif bilişsel duygu düzenleme stratejileri için, felaketleştirme ve ruminasyon ağırlıklı olarak ölçülmüştür. Her ne kadar BPD ve komorbid tanısı olan grupla anlamlı farklılık saptanmasa da bipolar hasta grubunda uyumsal duygu düzenleme stratejilerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (107).

2016 yılında 299 kişi ile yapılmış bir çalışmada yüksek psikopatoloji seviyeleri ile karakterize edilen bir topluluk örneğinden elde edilen sonuçlar hem kişilik ve hem de duygu düzenlemenin, öz bildirim ve görüşmeci tarafından puanlanan psikopatolojiyi öngörmeye, güçlü şekilde ilişkili ve ayırt edilebilir yapıları temsil ettiğini göstermiştir. Daha spesifik olarak, olumsuz duygusal deneyimlere adaptif olarak cevap vermedeki zorluklar, nörotisizm ve diğer kişilik özellikleri ile karşılaştırıldığında içselleştirilmiş psikopatolojinin ve psikotizmin öngörülmesinde daha prediktif saptanmıştır. Nörotisizm ise özellikle kaygı ve diğer içselleştirilmiş psikopatolojide, duygu düzenlemenin ve diğer beş faktörlü model özelliklerinin ötesinde prediktif saptanmıştır. (108)

2017 yılında yapılmış bir başka çalışmada B kümesi kişilik bozukluklarıyla duyguların normalin altında kontrolü; A ve C kümesi kişilik özellikleri ile ise duyguların normalin üstünde kontrolü anlamlı derecede ilişkili saptamıştır (3).

Genel kişilik özelliklerine benzer şekilde, duygu düzenlemedeki zorluklar davranış, afekt ve bilişsel olarak istikrarlı bireysel farklılıkları temsil eder. Duygu düzenleme ve kişilik özellikleri önemli ölçüde örtüşmesine rağmen, birbirinden ayırt edilebilir yapılar olup bir dizi klinik semptom ve tanıyı öngörmeye anlamlı açıklayıcı katkılar sağladığı gösterilmiştir (108).

Araştırmanın amacı;

Öncelikle Türk toplumunda geçerlik güvenirliği yapılmış yeni iki ölçüm envanterini klinik örnekleme de değerlendirmek ve boyutsal kişilik özellikleri ile kişilik inançları arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Çalışmamızın diğer bir amacı ise, kişilik işlevselliğinde daha yüksek bozukluk gösteren kişilerin sahip olduğu kişilik özelliklerini ve bu ilişkiye çeşitli duygu düzenleme stratejilerinin eşlik edip etmediğini saptamaktır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Tezimizde S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanısı ile başvuran 235 hasta ile aile hekimliği polikliniğine başvuran 100 hasta ve hasta yakınından oluşan kontrol grubu oluşturmuştur. 235 hastadan 15'i ölçekleri tamamlamaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. 20 hasta ve 7 kontrol ise normalliği bozması nedeniyle istatistik analize dahil edilmemiştir.

Örneklem seçimi olasılıklı olmayan-gelişigüzel örnekleme şeklinde yapılmıştır. Araştırmada iki grubumuz vardır. Araştırma grubu, DSM-V'e göre anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanılarını karşılayan gruptur. Kontrol grubu da DSM-V'e göre psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış gruptur. Araştırmaya dâhil olma ölçütleri şu şekildedir:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okuma – yazması olmak
- Aile hekimliği polikliniğinden alınacak kontrol grubunda (hasta ve hasta yakınlarında) psikiyatrik başvurusu-hastalık tanısı olmaması

Araştırmadan dışlanma ölçütleri ise şunlardır:

- Epilepsi, demans, deliryum gibi organik mental durum varlığı
- Anlıksal yetiyitimi olması
- Son 6 ay içinde EKT tedavisi almış olması
- İşitme – görme sorunu nedeniyle çalışmadaki testleri uygulayamayacak olması
- Belirgin bilişsel sekel bırakan tıbbi hastalık geçirmiş olması
- Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olması
- Şizofreni ve psikotik spektrumda yer alan bir hastalığı olması, iki uçlu duygu durum bozukluğu tanısı olması

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Başvuran kişilere ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri gibi kişisel bilgileri ve daha önce bir psikiyatri birimine başvurma ve tanı alma ile ilaç kullanımı bilgilerini içermektedir.

3.2.2. DSM-V Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV)

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), DSM-5 tanılarını koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur (109). Bu görüşme kılavuzu, DSM-V tanı sınıflandırmasını bilen klinisyenler ya da ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanabilmektedir. 18 yaşını doldurmuş kişilere uygulanabilir; birden fazla oturumda tamamlanabilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (110).

3.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Garnefski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Ataman (2011) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan bir görüşme aracıdır (42,111). Otuz altı maddeden oluşan ölçeğin dokuz alt ölçeği bulunmaktadır ve her alt ölçekte 4 madde bulunmaktadır. Beşli likert tipindeki bu ölçek, kişilerin negatif yaşam olayları karşısında kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçmeyi amaçlar. Ölçek, “kendini suçlama”, “kabul etme”, “düşünceye odaklanma”, “pozitif tekrar odaklanma”, “plan yapmaya tekrar odaklanma”, “pozitif yeniden gözden geçirme”, “bakış açısına yerleştirmek”, “yıkım” ve “diğerlerini suçlama” olmak üzere toplam dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa değeri.67 ile.81 arasında değer almaktadır (42). Ölçeğin Onat ve Otrar tarafından yapılmış Türkçe uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=.784$, test-r-test güvenirlik katsayısı ise “ $r=.1,00$ ” olarak tespit edilmiştir (112). Ölçeğin geçerlilik çalışmaları kapsamında, ölçüt bağımlı geçerlik yönteminden yararlanılmıştır.

3.2.4. Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği (DRZÖ)

Gratz ve Roemer tarafından yılında geliştirilen bu ölçek erişkinlerin karşılaştırmalı olarak duygu düzenleme güçlüklerini ölçmeyi amaçlar (113). Toplamda 36 maddeden oluşan ölçek 5'li likert tipindedir. Toplamda altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin duygusal tepkileri fark edememe (farkındalık), duygusal tepkilerde net olmama (belirsizlik), duygusal tepkileri kabullenmeme (kabul), etkili stratejilere sınırlı ulaşım (strateji), olumsuz duygular yaşarken dürtüsel davranışları kontrol etmede güçlük (dürtü) ve olumsuz duygular yaşarken hedef yönelimli davranışlar sergilemede güçlük (hedefler) olmak üzere altı alt boyutu vardır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Rugancı ve Gençöz tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin toplam varyansın %62,4'ünü açıklayan altı faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları.75 ile.94, test tekrar test güvenirlik katsayıları ise.60-.85 arasında değişmektedir. Rugancı ve Gençöz'ün uyarlama çalışmasında 10. maddenin çıkarılması önerilmesi sebebiyle ölçeğin 35 maddelik formu kullanılmıştır (114).

3.2.5. DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu (KİD)

DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu DSM-V Kişilik Bozukluğu Çalışma Grubu'nun çalışmaları sonucu oluşturulan bir ölçüm formudur. Bu form DSM-V Kişilik Bozukluğu alternatif modeline göre Kişilik Bozukluğu tanı ölçütlerini; kişilik işlevselliğini (kendilik ve kişilerarası) 5'li likert tipinde değerlendirir ve belirlenen bu puanlara karşılık gelen açıklamaları içermektedir. Madde sayısı 12 olan KİD'den alınabilecek toplam puan 0-48 arasındadır. Kendilik ve kişilerarası işlevsellik alanları ve bunların alt boyutlarından alınan toplam puanlar da hesaplanabilmektedir. KİD kişilerarası toplam puan aralığı 0-24; empati ve samimiyet boyutlarının ayrı ayrı toplam puan aralığı 0-12'dir. Katılımcıların DSM-V alternatif modelinde yer alan A tanı kriterine göre kendilik ve/veya kişiler arası alanlarda işlevsellik değerlendirmesi yapılmıştır. İşlevsellikte orta ve üzeri bozulma (>2) olduğu saptananlar DSM-V'e göre kişilik bozukluğu olduğu yönünde değerlendirilmiştir. Klinisyen tarafından puanlanır. Dereboy tarafından 2011 yılında Türkçe'ye

uyarlanmış ve 2015 yılında Konduz tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (115).

3.2.6. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE/PID-5)

Krueger ve arkadaşları (2012) tarafından DSM-V Kişilik Bozuklukları Alternatif Modelindeki uyumsuz kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçek 4 lü likert tipi hazırlanmış 220 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-660'dır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, kişilik patolojisinin daha fazla olduğunu gösterir. Ölçek 5 boyut altında 25 alt boyuta ilişkin bilgi vermektedir. Kaçar tarafından 2014 yılında ve Çökmüş ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (116,117). Krueger ve arkadaşları ölçeğin her alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0,72 ile 0,96 arasında değiştiğini belirtmiştir. Yapılan Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında tüm ölçek için cronbach alfa değeri.972 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları açısından cronbach alfa katsayısının.82 ile.95 arasında farklılaştığı görülmektedir. Ölçek 5 boyut altında 25 alt boyuta ilişkin bilgi vermektedir. Söz konusu boyut ve alt boyutlar şu şekildedir:

- a. Olumsuz Duygulanım
 - a.1. Duyguca oynak olma
 - a.2. Kaygılı/endişeli olma
 - a.3. Ayrılma güvensizliği
 - a.4. Takılıp kalma
 - a.5. Boyun eğici olma
 - a.6. Düşmanlık gösterme
 - a.7. Duygulanımda kısıtlılık
- b. Uzak Olma
 - b.1. Çökkünlük
 - b.2. Şüphecilik
 - b.3. İç kapanıklık
 - b.4. Anhedoni
 - b.5. Yakınlıktan kaçınma

- c. Terslik, Geçimsizlik
 - c.1. Manipülatif olma
 - c.2. Hilekâr olma
 - c.3. Grandiöz olma
 - c.4. Dikkat çekmeye çalışma
 - c.5. Katı olma
- d. Dizinhibisyon
 - d.1. Sorumsuz olma
 - d.2. Dürtüsel olma
 - d.3. Katı mükemmeliyetçilik
 - d.4. Dikkati dağınık olma
 - d.5. Kendini riske atma
- e. Psikotizm
 - e.1. Olağan dışı inançlar ve yaşantılar
 - e.2. Tuhaf biri olma
 - e.3. Bilişsel ve algısal düzensizlik (105).

3.2.7. Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ)

Beck ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen ölçek DSM-IV tanı sınıflamasında yer alan eksen-II 9 kişilik bozukluğuna karşılık gelen şemaları saptamaktadır (118). Her bir kişilik bozukluğu için 14 sorudan oluşan toplamda 126 madde içermektedir. Ölçek puanlaması 0 ile 4 arasında yapılır ve 5’li likert tarzındadır. Bu ölçek klinik kullanımda; bilişsel bir profil çıkartmak ve tedavide kullanılabilecek disfonksiyonel inançları tanımlamada kullanılabilir. Türkçapar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır (119). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları.67 ile.90, test tekrar test güvenirlik katsayıları ise .65-.87 arasında değişmektedir.

3.2.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (120) (121). Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Anksiyete şiddetini ölçmeyi amaçlayan bu test 21 maddeden oluşur ve 4'lü likert tipindedir.

3.2.9. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek 21 maddeden oluşur (122). 4'lü likert tipinde olan bu ölçeğin 6 alt ölçeği bulunmaktadır. Hisli tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan bu ölçek depresyon düzeyini belirlemeyi amaçlar (123).

3.2.10. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ)

Hastalığın şiddeti, hastanın tedaviye ne ölçüde cevap verdiği ve tedaviye uyumunu değerlendiren "Klinik Global İzlenim Ölçeği" (KGİ) Guy ve arkadaşları tarafından 1976 yılında geliştirilmiştir (124). Klinisyen tarafından uygulanan bu ölçek 3 boyut değerlendirir ve 7'li likert tipindedir.

3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın uygulama aşamasından önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Etik kurul onayları sonrası uygulama aşamasına geçilmiştir. Söz konusu çalışma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri poliklinik ve servisinde gerçekleştirilmiştir.

Şizofreni, psikotik spektrumda yer alan bir hastalık veya iki uçlu duygu durum bozukluğu tanısı olan hastalar dışında psikiyatri polikliniğimize başvuran hastalar ile aile hekimliği polikliniğinden alınacak kontrol grubundan -hasta ve hasta yakınlarından- kişilerin gönüllü oluru alınarak yapılmıştır.

Sosyodemografik veri formu, bilişsel duygu düzenleme ölçeği, duygu regülasyon zorluğu ölçeği, beck anksiyete ölçeği, beck depresyon ölçeği, uyumsuz

kişilik özellikleri envanteri, kişilik inanç ölçeği araştırmaya katılacak olan hastalar tarafından doldurulmuş; DSM-V tanıları koymak için yapılandırılmış klinik görüşme aracı (SCID-5-CV), DSM-V kişilik işlevselliği klinik değerlendirme formu, klinik global izlenim ölçeği görüşmeci tarafından yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 25 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal (nicel) değişkenler için ortalama (X), standart sapma (ss), minimum ve maksimum istatistikleri verilmiştir.

Ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmıştır. Ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterlidir. Buna göre ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Çalışmada test tekniklerinden Kikare testi, kısmi korelasyon testi, bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının birbiri üzerine etkisi multiple regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bulgular bölümünde örneklemimize ait özellikler, ölçek karşılaştırmaları, korelasyon ve regresyon analiz sonuçları yer alacaktır.

4.1. HASTA GRUBU VE KONTROL GRUBUNA AİT ÖZELLİKLER

Katılımcıların betimleyici özellikleri Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Kontrol		Hasta		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	25 altı	14	15,1	43	21,5	57	19,5
	25-34	34	36,6	31	15,5	65	22,2
	35-44	23	24,7	58	29,0	81	27,6
	44 üstü	22	23,7	68	34,0	90	30,7
Cinsiyet	Kadın	54	58,1	154	77,0	208	71,0
	Erkek	39	41,9	46	23,0	85	29,0
Medeni durum	Bekar	45	48,4	87	43,5	132	45,1
	Evli	48	51,6	113	56,5	161	54,9
Birlikte yaşanan kişi	Eş-çocuk	46	49,5	101	50,5	147	50,2
	Anne-baba	23	24,7	57	28,5	80	27,3
	Yalnız	24	25,8	42	21,0	66	22,5
Eğitim yılı	5 ve altı	4	4,3	54	27,0	58	19,8
	6-8	3	3,2	23	11,5	26	8,9
	9-12	10	10,8	64	32,0	74	25,3
	13-16	47	50,5	53	26,5	100	34,1
	16 üstü	29	31,2	6	3,0	35	11,9
Meslek	İşsiz	4	4,3	19	9,5	23	7,8
	Öğrenci	13	14,0	31	15,5	44	15,0
	Ev hanımı	8	8,6	83	41,5	91	31,1
	İşçi/memur	50	53,8	37	18,5	87	29,7
	Emekli	10	10,8	16	8,0	26	8,9
	Serbest	8	8,6	14	7,0	22	7,5
Gelir	Düşük	16	17,2	58	29,0	74	25,3
	Orta	25	26,9	84	42,0	109	37,2
	Yüksek	52	55,9	58	29,0	110	37,5

4.1.1. Hasta Grubu ve Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Veriler

Hasta ve kontrol grubunun ortalama yaş değerleri sırasıyla 35,70 ve 37,69 idi. İki grup arasında yaş değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,203$).

Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Hem hasta hem kontrol grubunda kadın oranı daha yüksekti (sırasıyla %77,0, %58,1).

Hasta grubunun %56,5' i evli ($N=113$), %43,5'i bekar ($N=87$); kontrol grubunun %51,6'sı evli ($N=48$), %48,4'ü bekar ($N=45$) saptandı. İki grup arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, medeni durum açısından karşılaştırılması

	Kontrol			Hasta		X^2	p
	n	%		n	%		
Yaş (ort.)	35,70			37,69			0,203
Cinsiyet	Kadın	54	58,1	154	77,0	11,052	0,001*
	Erkek	39	41,9	46	23,0		
Medeni durum	Bekar	45	48,4	87	43,5	0,612	0,434
	Evli	48	51,6	113	56,5		

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Kikare

Gruplar arasında birlikte yaşanan kişi açısından bakıldığında hasta grubun %50,5'inin eş ve çocuklarıyla ($N=101$), %28,5'inin ebeveynleriyle ($N=57$), %21'inin yalnız yaşadığı ($N=42$); kontrol grubun %49,5'inin eş ve çocuklarıyla ($N=46$), %24,7'sinin ebeveynleriyle ($N=23$), %25,8'inin yalnız yaşadığı ($N=24$) görüldü. İki grup arasında anlamlı istatistiksel ilişkili saptanmadı ($p=0,608$).

Hasta ve kontrol grubunun eğitim yılı sürelerine bakıldığında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubunun çoğunluğu 13-16 yıl eğitim görmüş iken (50,5) hasta grubunun çoğunluğu 9-12 yıl eğitim görmüştür (%32,0) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta ve kontrol gruplarının birlikte yaşanan kişi, eğitim yılı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	n	%		
Birlikte yaşanan kişi	Eş-çocuk	46	49,5	101	50,5	0,995	0,608
	Anne-baba	23	24,7	57	28,5		
	Yalnız	24	25,8	42	21,0		
Eğitim yılı	5 ve altı	4	4,3	54	27,0	85,725	0,000*
	6-8	3	3,2	23	11,5		
	9-12	10	10,8	64	32,0		
	13-16	47	50,5	53	26,5		
	16 üstü	29	31,2	6	3,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

Meslek açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı ilişki görüldü (p<0,05). Kontrol grubunun çoğunluğu işçi, memur iken (53,8) hasta grubunun çoğunluğu ev hanımı idi (%41,5).

Ayrıca gruplar arasında gelir açısından istatistiksel anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Kontrol grubunun çoğunluğu geliri yüksek iken (55,9) hasta grubunun çoğunluğunun ortadır (%42,0) (Tablo 7).

Tablo 7. Hasta ve kontrol gruplarının meslek, gelir açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	n	%		
Meslek	İşsiz	4	4,3	19	9,5	51,749	0,000*
	Öğrenci	13	14,0	31	15,5		
	Ev hanımı	8	8,6	83	41,5		
	İşçi/memur	50	53,8	37	18,5		
	Emekli	10	10,8	16	8,0		
	Serbest	8	8,6	14	7,0		
Gelir	Düşük	16	17,2	58	29,0	19,646	0,000*
	Orta	25	26,9	84	42,0		
	Yüksek	52	55,9	58	29,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

Hasta ve kontrol grupları arasında anne-baba ayrılığı/boşanması ile 0-6 yaş arası büyüten kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,957$ ve $p=0,613$). Ayrıca çocukken anne ve babadan ayrı kalma durumuna bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık görülmedi ($p=0,092$). Çocukken önemli bir ayrılık, göç yaşama durumu açısından iki grup istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubunda çocukken önemli ayrılık, göç yaşama oranı %16,5 iken kontrol grubunda %4,3 idi. (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta ve kontrol gruplarının çocukluk dönemi stresli yaşam olayları açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		χ^2	P
		n	%	N	%		
Anne-baba boşanma/ayrılık durumu	Evet	7	7,5	17	8,5	0,003	0,957
	Hayır	86	92,5	183	91,5		
0-6 yaş arasında büyüten	Anne-baba	84	90,3	175	87,5	0,256	0,613
	Diğer	9	9,7	25	12,5		
Çocukken önemli ayrılık/göç yaşama	Evet	4	4,3	33	16,5	7,492	0,006*
	Hayır	89	95,7	167	83,5		
Çocukken anne ve babadan ayrı kalma	Evet	12	12,9	44	22,0	2,835	0,092

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, **Fisher exact, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Kikare

Hasta grubu ve kontrol grubunda ailede babanın anneye şiddet uygulama oranları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubunda ailede babanın anneye şiddet uygulama oranı daha yüksektir (%25,5). Yaşanılan toplumdan farklı bir dinsel ya da etnik özellik varlığı açısından iki grup arasında anlamlı fark görülmedi ($p=0,334$).

İki grup arasında çocukluk döneminde şiddete maruz kalma durumu açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubunda çocukluk döneminde şiddete maruz kalma oranı daha yüksektir (%29,5) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta ve kontrol gruplarının dinsel/etnik özellik ve aile içi şiddet açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	N	%		
Aile içinde yaşanan toplumdaki farklı bir dinsel ya da etnik özellik	Evet	5	5,4	6	3,0	**	0,334
	Hayır	88	94,6	194	97,0		
Ailede babanın anneye şiddet uygulaması	Evet	7	7,5	51	25,5	11,809	0,001*
	Hayır	86	92,5	149	74,5		
Çocukluk döneminde şiddete maruz kalma	Evet	12	12,9	59	29,5	8,641	0,003*
	Hayır	81	87,1	141	70,5		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, **Fisher exact, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

Şu anki partner veya eş tarafından şiddete maruz kalma durumu arasında iki gruba bakıldığında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Hasta grubunda şu anki partner/ eş tarafından şiddete maruz kalma oranı daha yüksektir (%18,0) (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta ve kontrol gruplarının aile dışında taciz ve partner/eş tarafından şiddet açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	N	%		
Geçmişte aile dışında sözlü-fiziksel tacize uğrama	Evet	14	15,1	38	19,0	0,434	0,510
	Hayır	79	84,9	162	81,0		
Şu anda partner/eş tarafından şiddete maruz kalma	Evet	3	3,2	36	18,0	10,762	0,001*
	Hayır	90	96,8	164	82,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, **Fisher exact, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

Hasta ve kontrol gruplarında ailede herhangi bir ruhsal hastalık durumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Hasta grubunda ailede herhangi bir ruhsal hastalık kalma oranı daha yüksektir (%26,0) (Tablo 11).

Tablo 11. Hasta ve kontrol gruplarının ailede ruhsal hastalık açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	N	%		
Ailede herhangi bir ruhsal hastalık	Evet	9	9,7	52	26,0	9,294	0,002*
	Hayır	84	90,3	148	74,0		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, **Fisher exact, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

Her iki grupta intihar girişimi arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p<0,05). Hasta grubunda intihar girişimi %22,0 iken kontrol grubunda %3,2 idi.

Hasta ile kontrol grubu arasında kendine zarar verici davranışlarda bulunma durumu açısından da istatistiksel derecede farklılık saptandı (p<0,05). Hasta grubunda kendine zarar verici davranışlarda bulunma oranı daha yüksekti (%22,5).

Gruplar arasında alkol ve alkol dışı madde kullanımı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 12).

Tablo 12. Hasta ve kontrol gruplarının intihar girişimi, kendine zarar verici davranış ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması

		Kontrol		Hasta		X ²	p
		n	%	n	%		
İntihar girişimi	Evet	3	3,2	44	22,0	15,249	0,000*
	Hayır	90	96,8	156	78,0		
Kendine zarar verici davranış	Evet	6	6,5	45	22,5	10,284	0,001*
	Hayır	87	93,5	155	77,5		
Alkol kullanımı	Evet	21	22,6	28	14,0	2,768	0,096
	Hayır	72	77,4	172	86,0		
Alkol dışı madde kullanımı	Evet	1	1,1	3	1,5	**	0,999
	Hayır	92	98,9	197	98,5		

*p<0,05 anlamlı ilişki var, **Fisher exact, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare

4.1.2. Hasta Grubuna Ait Klinik Veriler

Çalışmaya katılan hastaların DSM-V'e göre aldıkları tanılara bakıldığında hastaların %51,5'i majör depresyon, %53,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %11'i agorafobi, %15'i panik bozukluk, %5,5'i sosyal anksiyete bozukluğu tanısına sahipti. Hastaların %60'nın geçmişte ilaç kullanım öyküsü varken, %80'i hali hazırda ilaç kullanmakta idi. İlaç kullananların %53,5'i seratonin geri alım inhibitörü (SGAİ), %12,5'i seratonin-norepinefrin geri alım inhibitörü, %10'u ise diğer grup ilaçları (TSA, antipsikotik vb.) kullanmakta idi (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta Grubunda Psikiyatrik Tanılar ve İlaç Kullanım Dağılımı

		Hasta	
		N	%
Major Depresyon	Hayır	97	48,5
	Evet	103	51,5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Hayır	93	46,5
	Evet	107	53,5
Agorafobi	Hayır	178	89,0
	Evet	22	11,0
Panik Bozukluk	Hayır	170	85,0
	Evet	30	15,0
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Hayır	189	94,5
	Evet	11	5,5
Diğer	Hayır	149	74,5
	Evet	51	25,5
Geçmişte psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	80	40,0
	Var	120	60,0
Şu anda psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	48	24,0
	SGAİ	107	53,5
	SNGİ	25	12,5
	Diğer	20	10,0

4.1.3. Hasta Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Tez çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin örneklemimizde normal dağılım gösterdiği saptanmıştır.

Hasta ve kontrol grupları arasında Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubundakilerin anksiyete ve depresyon puanları daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14. Anksiyete, Depresyon Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
BAÖ	7,44	8,64	22,55	13,94	-11,34	0,000*
BDÖ	6,96	7,60	20,77	12,51	-11,66	0,000*

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; t testi

İki grup arasında Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) toplam puanları ve ruminasyon, felaketleştirme, diğerlerini suçlama, alt boyutları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubundakilerin ruminasyon, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutlarında puanlar daha yüksek iken kontrol grubundakilerin bilişsel duygu düzenleme toplam puan düzeyi daha yüksektir (Tablo 15).

Tablo 15. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Kendini Suçlama	10,34	3,18	11,17	3,64	-1,879	0,061
Kabul	12,42	3,04	12,73	3,68	-0,747	0,456
Ruminasyon	12,17	3,48	14,33	3,44	-4,978	0,000*
Olumlu Yeniden Odaklanma	11,45	3,92	10,64	4,03	1,619	0,107
Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma	14,49	3,48	14,36	3,79	0,301	0,764
Olumlu Yeniden Değerlendirme	14,14	3,65	13,20	4,09	1,891	0,060
Olayın Değerini Azaltma	13,71	3,41	13,45	3,73	0,569	0,570
Felaketleştirme	8,38	2,95	10,96	4,07	-6,135	0,000*
Diğerlerini Suçlama	9,40	2,93	10,63	4,05	-2,939	0,004*
BDDÖ toplam	120,05	16,66	115,19	16,97	2,300	0,022*

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi

Kontrol ve hasta grupları arasında netlik, kabul, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme, strateji alt boyutlarında ve Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği (DRZÖ) toplam puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,05). Hasta grubundakilerin netlik, kabul, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme, strateji, DRZÖ toplam puan düzeyi daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. Duygu Regülasyon Zorluğu Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Farkındalık	12,78	4,07	13,37	4,40	-1,084	0,279
Netlik	10,47	3,87	12,68	4,08	-4,378	0,000*
Kabul	10,65	4,21	14,61	6,09	-6,455	0,000*
Dürtü Kontrolü	11,55	4,31	15,40	6,04	-6,232	0,000*
Amaca Yönelik Davranabilme	13,30	4,51	17,16	4,71	-6,613	0,000*
Strateji	15,35	5,74	22,76	7,68	-9,188	0,000*
DRZÖ toplam	74,11	19,59	95,98	23,96	-8,267	0,000*

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi

Hasta ve kontrol grupları arasında Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ) alt boyutlarından çekingen, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, paranoid kişilik inanç puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubundakilerin çekingen, bağımlı, pasif agresif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, paranoid puan düzeyi daha yüksektir (Tablo 17).

Tablo 17. Kişilik İnanç Ölçeği Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Çekingen	17,18	7,91	24,45	10,04	-6,692	0,000*
Bağımlı	13,85	8,47	25,93	12,70	-9,617	0,000*
Pasif Agresif	20,33	9,46	28,45	11,31	-6,012	0,000*
Obsesif Kompulsif	28,10	11,85	30,79	12,35	-1,760	0,079
Antisosyal	15,16	8,80	18,94	10,47	-3,211	0,002*
Narsisistik	13,59	9,22	17,36	11,35	-2,800	0,005*
Histriyonik	13,86	8,27	18,77	10,51	-4,326	0,000*
Şizoid	24,12	10,03	26,42	11,26	-1,685	0,093
Paranoid	14,87	10,51	24,47	14,33	-6,447	0,000*

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; t testi

Kontrol ve hasta grupları arasında Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE) toplam ve alt boyut puanlarına bakıldığında ise duyguca oynak olma, kaygılı/endişeli olma, duygulanımda kısıtlılık, düşmanlık gösterme, boyun eğici olma, takılıp kalma, ayrılma güvensizliği alanları, olumsuz duygulanım alt boyutu, çökkünlük, şüphecilik, içe kapanıklık, anhedoni, yakınlıktan kaçınma alanları, uzak olma alt boyutu, hilekar olma, katı olma alanları, terslik/geçimsizlik alt boyutu, sorumsuz olma, dürtüsel olma, katı mükemmelliyetçilik, dikkati dağınık olma alanları, disinhibisyon alt boyutu, tuhaf biri olma, bilişsel-algısal düzensizlik, olağandışı inançlar-yaşantılar alanları, psikotizm alt boyutu ve UKÖE toplam puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Hasta grubundakilerin duyguca oynak olma, kaygılı/endişeli olma, duygulanımda kısıtlılık, düşmanlık gösterme, boyun eğici olma, takılıp kalma, ayrılma güvensizliği alanları, olumsuz duygulanım alt boyutu, çökkünlük, şüphecilik, içe

kapanıklık, anhedoni, yakınlıktan kaçınma alanları, uzak olma alt boyutu, hilekar olma, katı olma alanları, terslik/geçimsizlik alt boyutu, sorumsuz olma, dürtüsel olma, katı mükemmelliyetçilik, dikkati dağınık olma alanları, disinhibisyon alt boyutu, tuhaf biri olma, bilişsel-algisal düzensizlik, olağandışı inançlar-yaşantılar alanları, psikotizm alt boyutu ve UKÖE toplam puan düzeyleri daha yüksektir (Tablo 18).

Tablo 18. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Duyguca Oynak Olma	9,42	4,29	13,13	4,55	-6,607	0,000*
Kaygılı/Endişeli Olma	9,48	5,08	15,37	5,53	-8,694	0,000*
Duygulanımda Kısıtlılık	7,81	3,27	8,73	3,26	-2,255	0,025*
Düşmanlık Gösterme	9,96	4,52	13,82	5,77	-6,215	0,000*
Boyun Eğici Olma	3,77	2,04	5,07	2,49	-4,685	0,000*
Takılıp Kalma	10,70	4,57	14,61	5,43	-6,022	0,000*
Ayrılma Güvensizliği	5,61	3,69	8,76	4,16	-6,235	0,000*
Olumsuz Duygulanım	56,75	18,24	79,48	22,37	-8,561	0,000*
Çökkünlük	8,12	6,10	15,36	7,42	-8,210	0,000*
Şüphencilik	7,34	3,04	10,04	4,18	-6,242	0,000*
İçe Kapanıklık	9,66	4,40	14,28	5,72	-7,583	0,000*
Anhedoni	7,62	3,55	13,34	5,24	-10,944	0,000*
Yakınlıktan Kaçınma	5,94	3,72	7,79	3,43	-4,189	0,000*
Uzak Olma	38,68	15,74	60,81	19,56	-9,562	0,000*
Manipulatif Olma	3,55	2,70	3,90	2,73	-1,030	0,304
Hilekar Olma	6,27	4,08	7,54	4,82	-2,339	0,020*
Grandiyöz Olma	6,22	3,38	6,91	3,70	-1,537	0,125
Dikkat Çekmeye Çalışma	6,22	3,74	6,47	3,65	-0,541	0,589
Katı Olma	10,99	5,15	12,87	6,16	-2,552	0,011*
Terslik/Geçimsizlik	33,24	14,95	37,68	17,03	-2,159	0,032*
Sorumsuz Olma	4,58	3,16	6,47	3,83	-4,137	0,000*
Dürtüsel Olma	5,76	2,92	7,62	3,73	-4,606	0,000*
Katı Mükemmelliyetçilik	15,26	5,17	16,69	5,78	-2,039	0,042*
Dikkati Dağınık Olma	8,61	5,56	13,48	5,73	-6,824	0,000*
Kendini Riske Etme	17,68	5,84	16,19	6,34	1,915	0,056
Disinhibisyon	51,89	14,20	60,44	16,72	-4,263	0,000*
Tuhaf Biri Olma	9,89	7,91	14,87	8,47	-4,777	0,000*
Bilişsel-Algisal Düzensizlik	7,08	5,58	13,47	7,53	-8,126	0,000*
Olağandışı İnançlar-Yaşantılar	4,78	4,04	7,06	4,69	-4,032	0,000*
Psikotizm	21,75	15,50	35,40	18,71	-6,121	0,000*
Uyumsuz Kişilik Özellikleri	202,31	66,14	273,80	82,14	-7,355	0,000*

*p<0,05 anlamlı fark var, p>0,05 anlamlı fark yok; t testi

Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu (KİD) puanlarının kontrol ve hasta grubu ortalama puanları karşılaştırıldı. Kimlik, kendini yönlendirme ve kendilik alt boyutu ile empati, samimiyet ve kişilerarası alt boyutunda; ayrıca KİD toplam puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hasta grubundakilerin tüm boyutlarda ve KİD toplam puanları düzeyi daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 19. Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu Puanlarının Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
Kimlik	0,26	0,64	1,99	1,91	-11,466	0,000*
Kendini Yönlendirme	0,23	0,47	1,12	1,32	-8,470	0,000*
Kendilik	0,49	0,96	3,11	2,77	-11,868	0,000*
Empati	0,39	0,86	1,27	1,56	-6,178	0,000*
Samimiyet	0,26	0,61	1,17	1,66	-6,815	0,000*
Kişilerarası	0,40	0,93	2,32	2,37	-9,920	0,000*
KİD toplam	0,87	1,71	5,35	3,90	-13,677	0,000*

* $p<0,05$ anlamlı fark var, $p>0,05$ anlamlı fark yok; t testi,

4.2. KORELASYON ANALİZLERİ

Tez çalışmamız çerçevesinde ilk olarak UKÖE, KİD, BDDÖ ve DRZÖ toplam puan korelasyonları sıralanmıştır. Her iki grupta da anksiyete ve depresyon puanları kontrol edilmiştir.

İlk olarak kontrol grubunda ölçek toplam puanlarının korelasyon katsayılarının $r=-0,235$ ile $r=-0,515$ arasında değiştiği görülmüştür ($p<0,05$). Depresyon ve anksiyete puanları kontrol değişkeni olarak alındığında ise katsayılar da düşme olduğu; BDDÖ toplam puanı ile DRZÖ toplam puanı arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı ilişkinin devam ettiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının (Toplam) İlişkisi

		1	2	3	4
BDDÖ (1)	r	1	-,515	-,235	-,086
	p		0,000*	0,023*	0,410
DRZÖ (2)	r		1	,368	,329
	p			0,000*	0,001*
UKÖE (3)	r			1	0,186
	p				0,074
KİD (4)	r				1
	p				

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Hasta grubunda tüm ölçeklerin toplam puanları birbiriyle istatistik olarak anlamlı ilişki göstermektedir. Ancak kontrole alındığında anlamlı katsayılar da değişiklikler ve düşmeler olmuştur.

Ölçek toplam puanlarının korelasyon katsayıları $r=-0,224$ ila $r=0,537$ arasında değiştiği saptanmış ($p<0,05$); depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde ise katsayıların düşme göstererek $r=-0,168$ - $r=0,306$ arasında istatistiksel anlamlı ilişki zayıf da olsa devam etmiştir ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hasta Grubunda Ölçek Puanlarının (Toplam) İlişkisi

		1	2	3	4
BDDÖ	r	1	-,328*	-,242*	-,284*
	p		0,000	0,001	0,000
DRZÖ	r		1	,537*	,485*
	p			0,000	0,000
UKÖE	r			1	,437*
	p				0,000
KİD	r				1
	p				

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Uyumsuz kişilik özellikleri ve kişilik inanç puanları arasındaki korelasyon bulguları aşağıda sıralanmıştır.

İlk olarak hasta grubunda kişilik inançlarının tümü uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=0,298$ - $r=0,511$) ($p<0,05$).

Çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsisistik, histrionik, şizoid ve paranoid alt boyutları ise ayrı ayrı tüm uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile r değeri 0,200 ila 0,539 arasında değişen orta ve yüksek derecede anlamlı korelasyonlar göstermiştir ($p<0,05$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde ise uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon $r= 0,245- 0,377$ arasında saptanmıştır ($p<0,05$). Kişilik inançlarının her birinin uyumsuz kişilik özellikleri boyutlarıyla ayrı anlamlı korelasyonları düşük-orta düzeyde devam etmiştir ($r= 0,131-0,393$) ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hasta Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları ile Kişilik İnanç Puanlarının İlişkisi

		Olumsuz Duygulanım	Uzak Olma	Terslik/ Geçimsizlik	Disinhibisyon	Psikotizm	Uyumsuz Kişilik Özellikleri
Çekingen	r	,427**	,410**	,258**	,276**	,312**	,395**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bağımlı	r	,497**	,416**	,296**	,320**	,358**	,443**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pasif Agresif	r	,454**	,388**	,283**	,314**	,350**	,418**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Obsesif Kompulsif	r	,438**	,294**	,266**	,323**	,297**	,378**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Antisosyal	r	,354**	,279**	,375**	,296**	,314**	,372**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Narsisistik	r	,319**	,200**	,365**	,304**	,285**	,337**
	p	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000
Histrionik	r	,414**	,295**	,433**	,391**	,409**	,445**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Şizoid	r	,312**	,318**	,199**	,252**	,198**	,298**
	p	0,000	0,000	0,005	0,000	0,005	0,000
Paranoid	r	,484**	,539**	,339**	,379**	,453**	,511**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Kontrol grubuna bakıldığında şizoid ve obsesif kompulsif boyutu dışında tüm kişilik inançları uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon

göstermiştir ($r=0,250$ - $r=0,388$) ($p<0,05$). Çekingen, bağımlı ve paranoid alt boyutlarının ayrı ayrı tüm uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile r değeri 0,221 ile 0,433 arasında değişen orta ve yüksek derecede anlamlı korelasyonlar göstermiştir ($p<0,05$). Şizoid ve narsisistik boyutundaki kişilik inançları yalnızca terslik/geçimsizlik alt boyutuyla anlamlı korelasyon gösterirken ($r=0,232$ ve $r=0,439$), obsesif kompulsif boyutu ise disinhibisyon kişilik boyutuyla anlamlı bir korelasyon göstermektedir ($p<0,05$) ($r=0,227$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde ise şizoid ve obsesif kompulsif boyutu dışında tüm kişilik inançlarının uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=0,215$ - $r=0,355$) ($p<0,05$). Şizoid kişilik boyutu terslik/geçimsizlik alt boyutuyla anlamlı derecede korelasyon göstermeye devam ederken ($r=0,233$) ($p<0,05$) obsesif kompulsif kişilik inanç boyutu hiçbir uyumsuz kişilik özelliği boyutuyla anlamlı derecede korelasyon göstermemiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Kontrol Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları ile Kişilik İnanç Puanlarının İlişkisi

		Olumsuz Duygulanım	Uzak Olma	Terslik/ Geçimsizlik	Disinhibisyon	Psikotizm	Uyumsuz Kişilik Özellikleri
Çekingen	r	,321**	,386**	,267**	,330**	,324**	,388**
	p	0,002	0,000	0,010	0,001	0,002	0,000
Bağımlı	r	,411**	,324**	,221*	,253*	,319**	,369**
	p	0,000	0,002	0,033	0,014	0,002	0,000
Pasif Agresif	r	0,113	,237*	,230*	0,190	,284**	,247*
	p	0,282	0,022	0,027	0,069	0,006	0,017
Obsesif Kompulsif	r	0,071	0,054	0,144	,227*	0,131	0,144
	p	0,500	0,604	0,169	0,029	0,212	0,168
Antisosyal	r	0,082	0,130	,382**	,290**	,205*	,250*
	p	0,432	0,216	0,000	0,005	0,048	0,016
Narsisistik	r	0,050	0,067	,439**	0,153	0,193	,207*
	p	0,634	0,523	0,000	0,142	0,064	0,046
Histriyonik	r	0,158	0,024	,408**	,276**	,213*	,251*
	p	0,130	0,819	0,000	0,007	0,040	0,015
Şizoid	r	0,008	0,199	,232*	0,184	0,195	0,187
	p	0,942	0,056	0,025	0,078	0,061	0,073
Paranoid	r	,300**	,433**	,316**	,382**	,373**	,426**
	p	0,004	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Hasta grubunda DRZÖ ve KİÖ boyutlarının korelasyonuna bakıldığında kişilik inanç boyutlarının DRZÖ toplam puanı ile anlamlı korelasyonlar gösterdiği saptanmıştır ($r=0,147$ - $r=0,588$) ($p<0,05$). Bağımlı kişilik inanç boyutu ile strateji alt boyutunda anlamlılık en yüksek düzeyde saptanırken ($r=0,560$); narsistik kişilik boyutu ile amaca yönelik hareket etme boyutu arasında en düşük derecede anlamlılık saptanmıştır ($r=0,143$) ($p<0,05$).

Anksiyete ve depresyon puanları kontrol edilerek korelasyon analizleri değerlendirildiğinde anlamlı katsayılar da düşme olmuştur.

DRZÖ farkındalık alt boyut puanı ile pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid kişilik inanç puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ netlik alt boyut puanı ile bağımlı, histriyonik kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ kabul alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ dürtü kontrolü alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

DRZÖ amaca yönelik davranabilme alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı, pasif agresif, histriyonik, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ strateji alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ toplam puanı ile çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hasta Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Kişilik İnancı Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Çekingen	r	0,038	,307**	,454**	,403**	,397**	,504**	,516**
	p	0,598	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bağımlı	r	0,049	,393**	,555**	,444**	,402**	,560**	,588**
	p	0,493	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pasif Agresif	r	-0,056	,194**	,324**	,386**	,313**	,423**	,400**
	p	0,429	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Obsesif Kompulsif	r	-,206**	0,091	,395**	,340**	,219**	,385**	,331**
	p	0,003	0,198	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000
Antisosyal	r	-0,108	,206**	,297**	,309**	0,102	,282**	,279**
	p	0,129	0,003	0,000	0,000	0,150	0,000	0,000
Narsisistik	r	-0,129	,145*	,228**	,254**	,143*	,251**	,231**
	p	0,068	0,040	0,001	0,000	0,044	0,000	0,001
Histriyonik	r	-0,095	,272**	,397**	,382**	,282**	,400**	,410**
	p	0,182	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Şizoid	r	-,155*	-0,013	0,061	,299**	,140*	,186**	,147*
	p	0,029	0,854	0,388	0,000	0,048	0,008	0,037
Paranoid	r	0,017	,287**	,348**	,475**	,322**	,411**	,455**
	p	0,809	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Farkındalık (1), Netlik (2), Kabul (3), Dürtü Kontrolü (4), Amaca Yönelik Davranabilme (5), Strateji (6), Duygu Regülasyon Güçlüğü (7)

Kontrol grubunda çekingen, bağımlı ve paranoid kişilik inanç boyutları dışında kalan boyutlarda ile DRZÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bağımlı kişilik inanç boyutu ile kabul alt boyutunda anlamlılık en yüksek düzeyde saptanırken ($r=0,487$); şizoid kişilik boyutu ile amaca yönelik hareket etme boyutu arasında en düşük derecede anlamlılık saptanmıştır ($r=0,213$) ($p<0,05$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol değişkeni alınarak DRZÖ ve KİÖ boyutları karşılaştırıldığında Farkındalık, Netlik alt boyut puanları ile kişilik inanç boyutlarının puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

DRZÖ kabul alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif, paranoid kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ Dürtü Kontrolü alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı pozitif yönlü,

istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ amacına yönelik davranabilme alt boyut puanı ile bağımlı kişilik inanç puanı arasında pozitif, narsisistik, şizoid kişilik inanç puanları arasında negatif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ strateji alt boyut puanı ile çekingen, bağımlı kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ toplam puanı ile çekingen, bağımlı kişilik inanç puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 25).

Depresyon ve Anksiyete puanları kontrol değişkeni olarak alındığında anlamlı katsayılar da düşme olmuştur.

Tablo 25. Kontrol Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Kişilik İnanç Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Çekingen	r	-0,034	,228*	,340**	,325**	0,166	,371**	,329**
	p	0,745	0,028	0,001	0,001	0,112	0,000	0,001
Bağımlı	r	0,009	,316**	,487**	,359**	,324**	,352**	,426**
	p	0,933	0,002	0,000	0,000	0,002	0,001	0,000
Pasif Agresif	r	-0,104	0,109	,222*	0,202	0,043	0,096	0,130
	p	0,319	0,297	0,033	0,052	0,684	0,359	0,214
Obsesif Kompulsif	r	0,004	-0,001	,235*	0,102	-0,040	0,010	0,067
	p	0,968	0,996	0,023	0,330	0,703	0,928	0,521
Antisosyal	r	-0,027	-0,031	0,100	0,149	-0,038	0,013	0,038
	p	0,800	0,768	0,339	0,155	0,718	0,900	0,719
Narsisistik	r	-0,090	-0,060	0,026	0,055	-,262*	-0,069	-0,093
	p	0,391	0,568	0,805	0,603	0,011	0,512	0,373
Histriyonik	r	-0,118	-0,001	0,131	0,062	-0,135	-0,054	-0,030
	p	0,260	0,993	0,211	0,557	0,196	0,605	0,775
Şizoid	r	0,015	-0,089	-0,031	-0,021	-,213*	-0,085	-0,100
	p	0,889	0,394	0,765	0,844	0,041	0,420	0,342
Paranoid	r	0,003	0,125	,344**	,317**	0,166	,231*	,275**
	p	0,976	0,232	0,001	0,002	0,111	0,026	0,008

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Farkındalık (1), Netlik (2), Kabul (3), Dürtü Kontrolü (4), Amaca Yönelik Davranabilme (5), Strateji (6), DRZÖ toplam puan (7)

Hasta grubunda uyumsuz kişilik özelliklerinin beş alt boyutu ve UKÖE toplam puanı tüm duygu regülasyon zorluğu boyutlarıyla ve toplam puanı r katsayısı 0,266 ile 0,588 arasında değişen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerisindedir ($p<0,05$). Boyutlar arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları en düşük terslik/geçimsizlik boyutu ile netlik puanı arasında ($r= 0,173$) ve en yüksek olumsuz duygulanım boyutu ile strateji puanı arasında ($r=0,538$) saptanmıştır ($p<0,05$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol değişkeni olarak bakıldığında anlamlı katsayılar da düşme olmuştur. DRZÖ alt boyutu Farkındalık puanı ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

DRZÖ netlik alt boyut puanı ile UKÖE'nin uzak olma, psikotizm, uyumsuz kişilik özellikleri puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ kabul alt boyut puanı ile UKÖE'nin olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon, psikotizm, uyumsuz kişilik özellikleri puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ dürtü kontrolü alt boyut puanı ile UKÖE'nin olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon, psikotizm, uyumsuz kişilik özellikleri puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ amaca yönelik davranabilme alt boyut puanı ile UKÖE'nin olumsuz duygulanım, uzak olma, disinhibisyon puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). DRZÖ strateji alt boyut puanı ile UKÖE'nin olumsuz duygulanım, uzak olma, disinhibisyon, psikotizm, Uyumsuz Kişilik Özellikleri toplam puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Duygu regülasyon zorluğu toplam puanı ile UKOE'nin olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon, psikotizm, Uyumsuz Kişilik Özellikleri toplam puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hasta Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Olumsuz Duygulanım	r	0,029	,287**	,488**	,492**	,382**	,538**	,550**
	p	0,684	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Uzak Olma	r	,219**	,352**	,424**	,522**	,380**	,521**	,582**
	p	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Terslik/Geçimsizlik	r	0,020	,173*	,247**	,289**	0,097	,242**	,266**
	p	0,782	0,014	0,000	0,000	0,173	0,001	0,000
Disinhibisyon	r	0,072	,261**	,300**	,453**	,298**	,348**	,419**
	p	0,313	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Psikotizm	r	0,106	,345**	,346**	,490**	,271**	,418**	,477**
	p	0,135	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Uyumsuz Kişilik Özellikleri Toplam Puan	r	0,103	,330**	,425**	,522**	,337**	,487**	,537**
	p	0,147	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Farkındalık (1), Netlik (2), Kabul (3), Dürtü Kontrolü (4), Amaca Yönelik Davranabilme (5), Strateji (6), DRZÖ toplam puan (7)

Kontrol grubunda DRZÖ ve UKÖE boyutlarının ilişkisine bakıldığında terslik/geçimsizlik alt boyutu dışında uyumsuz kişilik boyutlarının DRZÖ toplam puanıyla r değeri 0,308 ile 0,30 arasında değişen anlamlı korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$).

Boyutlar arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları en düşük disinhibisyon boyutu ile netlik puanı arasında ($r = 0,212$) ve en yüksek olumsuz duygulanım boyutu ile amaca yönelik davranabilme puanı arasında ($r = 0,449$) saptanmıştır ($p < 0,05$).

Kontrol değişkeni ile değerlendirildiğinde anlamlı katsayılar da düşme olmuştur ve DRZÖ farkındalık, netlik, kabul, dürtü kontrolü, strateji boyut puanları ile uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

DRZÖ amaca yönelik davranabilme boyutu ve DRZÖ toplam puanı ile UKÖE olumsuz duygulanım boyutunun puanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Kontrol Grubunda Duygu Regülasyon Zorluğu Puanları ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Olumsuz Duygulanım	r	0,037	,287**	,255*	,358**	,449**	,438**	,430**
	p	0,727	0,005	0,014	0,000	0,000	0,000	0,000
Uzak Olma	r	0,079	,216*	,215*	,355**	,267**	,371**	,353**
	p	0,451	0,038	0,039	0,000	0,010	0,000	0,001
Terslik/Geçimsizlik	r	0,015	0,088	0,056	0,149	0,074	0,057	0,099
	p	0,890	0,402	0,595	0,155	0,482	0,587	0,346
Disinhibisyon	r	0,096	,212*	,212*	,339**	,298**	,277**	,332**
	p	0,362	0,041	0,041	0,001	0,004	0,007	0,001
Psikotizm	r	0,074	,323**	0,152	,319**	0,154	,310**	,308**
	p	0,481	0,002	0,146	0,002	0,140	0,003	0,003
Uyumsuz Kişilik Özellikleri Toplam Puan	r	0,070	,272**	,215*	,365**	,304**	,354**	,368**
	p	0,504	0,008	0,038	0,000	0,003	0,000	0,000

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Farkındalık (1), Netlik (2), Kabul (3), Dürtü Kontrolü (4), Amaca Yönelik Davranabilme (5), Strateji (6), Duygu Regülasyon Güçlüğü (7)

Hasta grubunda uyumsuz kişilik özellikleri ve inançlarının KİD toplam puan ve boyutlarıyla olan ilişkisine bakıldığında KİD toplam puanının tüm kişilik inanç ve uyumsuz kişilik özellikleri boyutları ile r katsayısı 0,178 ila 0,475 arasında değişen istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler kurduğu görülmüştür ($p<0,05$). KİD kendilik boyutu ve kimlik, kendini yönlendirme alt boyutları kişilik inançları, uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutlarıyla bazı alanlarda zayıf ilişkiler kurmuş; UKÖE toplam puanı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). KİD kişilerarası boyutu ise kişilik inançlarından obsesif kompulsif boyut hariç tüm UKÖE ve KİÖ boyutlarıyla r katsayısı 0,153 ila 0,333 arasında değişen anlamlı korelasyonlar kurmuştur ($p<0,05$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde anlamlı katsayılar da düşme olmuştur. KİD toplam puanının şizoid boyutu hariç tüm kişilik inanç ve uyumsuz kişilik özellikleri boyutları ile r katsayısı 0,148 ila 0,334 arasında değişen zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler kurduğu görülmüştür ($p<0,05$). KİD empati puanları ile UKÖE toplam, KİÖ boyut puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kendilik puanı ile narsisistik puanı arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). KİD samimiyet boyut puanı ile obsesif kompulsif kişilik inanç puanı arasında negatif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Kişilerarası puanı ile bağımlı, antisosyal, narsisistik, histriyonik, paranoid, uzak olma kişilik inançları; UKÖE terslik/geçimsizlik, psikotizm boyutları, UKÖE toplam puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Hasta Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri, Kişilik İnanç Puanları ile Kişilik İşlevsellik Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Çekingen	r	-0,136	-0,091	-0,138	-0,129	-0,076	,153*	,338**
	p	0,055	0,202	0,052	0,068	0,287	0,031	0,000
Bağımlı	r	-0,015	-0,015	-0,017	-0,052	-0,016	,267**	,475**
	p	0,829	0,828	0,815	0,467	0,823	0,000	0,000
Pasif Agresif	r	-,148*	-0,106	-,150*	-0,034	-0,066	,185**	,282**
	p	0,036	0,134	0,033	0,635	0,356	0,009	0,000
Obsesif Kompulsif	r	-0,072	-0,099	-0,094	-0,074	-0,133	0,131	,281**
	p	0,312	0,162	0,183	0,299	0,060	0,064	0,000
Antisosyal	r	-0,108	-0,138	-0,138	0,014	0,034	,236**	,301**
	p	0,127	0,052	0,051	0,845	0,628	0,001	0,000
Narsisistik	r	-0,136	-0,107	-,145*	0,013	0,034	,233**	,246**
	p	0,054	0,130	0,041	0,852	0,631	0,001	0,000
Histriyonik	r	-,169*	-0,105	-,166*	-0,071	-0,041	,236**	,305**
	p	0,017	0,141	0,019	0,315	0,567	0,001	0,000
Şizoid	r	-0,135	-,142*	-,159*	-0,084	-0,080	,174*	,178*
	p	0,057	0,045	0,024	0,236	0,258	0,014	0,012
Paranoid	r	-0,105	-0,114	-0,125	-0,057	0,033	,342**	,435**
	p	0,140	0,108	0,077	0,420	0,644	0,000	0,000
Olumsuz Duygulanım	r	0,049	-0,064	0,004	-0,107	-0,011	,252**	,371**
	p	0,490	0,365	0,952	0,132	0,881	0,000	0,000
Uzak Olma	r	0,036	-0,019	0,016	-0,061	0,029	,333**	,472**
	p	0,617	0,787	0,821	0,388	0,688	0,000	0,000
Terslik/Geçimsizlik	r	0,028	-0,108	-0,032	0,008	0,022	,286**	,288**
	p	0,698	0,129	0,652	0,911	0,759	0,000	0,000
Disinhibisyon	r	0,061	-0,083	0,003	-0,078	-0,006	,326**	,347**
	p	0,389	0,244	0,967	0,275	0,932	0,000	0,000
Psikotizm	r	0,028	-0,041	-0,001	-0,027	0,037	,330**	,408**
	p	0,697	0,566	0,993	0,708	0,604	0,000	0,000
Uyumsuz Kişilik Özellikleri Toplam Puan	r	0,046	-0,071	-0,001	-0,064	0,016	,349**	,437**
	p	0,515	0,321	0,987	0,368	0,827	0,000	0,000

* $p<0,05$ anlamlı ilişki var, $p>0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Kimlik (1), Kendini Yönlendirme (2), Kendilik (3), Empati (4), Samimiyet (5), Kişilerarası (6), KİD Toplam (7)

Kontrol grubunda uyumsuz kişilik özellikleri (UKÖE) ile kişilik inanç boyutlarının kişilik işlevselliği ile ilişkisi incelendiğinde kişilik inanç boyutlarından çekingen ($r=0,306$), pasif agresif ($r=0,245$), paranoid ($r=0,278$) ve psikotizm kişilik özellik boyutu ($r=0,248$) KİD toplam puanı ile anlamlı ilişki içerisindedir ($p<0,05$). Uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile KİD toplam arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde anlamlı korelasyon sayısında ve katsayılarında düşme olmuştur. KİD kişilerarası boyutu ile narsisistik kişilik inanç puanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). KİD toplam puanı ile kişilik inançlarından çekingen, pasif agresif, histriyonik, paranoid puanı arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Kontrol Grubunda Uyumsuz Kişilik Özellikleri, Kişilik İnanç Puanları ile Kişilik İşlevsellik Puanları İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7
Çekingen	r	0,003	0,059	0,029	-0,068	0,060	0,187	,306**
	p	0,974	0,574	0,780	0,517	0,566	0,073	0,003
Bağımlı	r	0,001	0,020	0,013	-0,113	0,039	0,086	0,201
	p	0,991	0,852	0,900	0,282	0,708	0,413	0,054
Pasif Agresif	r	0,022	-0,015	-0,002	-0,073	-0,057	0,169	,245*
	p	0,838	0,889	0,988	0,484	0,588	0,105	0,018
Obsesif Kompulsif	r	-0,063	-0,055	-0,074	-0,052	-0,161	0,148	0,130
	p	0,546	0,602	0,482	0,623	0,123	0,158	0,216
Antisosyal	r	-0,048	0,028	-0,018	-0,126	-0,036	,212*	0,200
	p	0,648	0,790	0,860	0,229	0,729	0,042	0,054
Narsisistik	r	-0,033	0,137	0,030	-0,137	-0,039	0,184	0,113
	p	0,750	0,190	0,773	0,189	0,709	0,077	0,280
Histriyonik	r	-0,007	0,070	0,027	-0,122	-0,069	0,134	0,195
	p	0,943	0,506	0,801	0,243	0,513	0,201	0,061
Şizoid	r	0,051	0,174	0,115	0,016	0,074	0,147	0,136
	p	0,627	0,095	0,270	0,879	0,483	0,160	0,194
Paranoid	r	0,073	0,140	0,115	-0,089	0,027	,227*	,278**
	p	0,488	0,179	0,273	0,394	0,794	0,029	0,007

Tablo 29. (Devam)

		1	2	3	4	5	6	7
Olumsuz Duygulanım	r	0,128	0,050	0,114	-0,158	0,022	0,013	0,142
	p	0,221	0,636	0,276	0,130	0,837	0,898	0,175
Uzak Olma	r	-0,018	0,023	-0,014	-0,128	-0,034	0,119	0,093
	p	0,868	0,825	0,896	0,222	0,743	0,256	0,375
Terslik/Geçimsizlik	r	-0,011	0,130	0,049	-0,099	-0,054	0,175	0,115
	p	0,917	0,214	0,640	0,344	0,610	0,094	0,271
Disinhibisyon	r	0,015	0,044	0,035	-0,062	0,026	0,140	0,191
	p	0,886	0,672	0,739	0,552	0,805	0,180	0,067
Psikotizm	r	-0,050	0,038	-0,018	-0,038	-0,026	,261*	,248*
	p	0,631	0,720	0,864	0,715	0,808	0,012	0,017
Uyumsuz Kişilik Özellikleri Toplam Puan	r	0,020	0,067	0,043	-0,119	-0,015	0,163	0,186
	p	0,848	0,523	0,685	0,256	0,888	0,119	0,074

* $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok; Pearson Korelasyon

Kimlik (1), Kendini Yönlendirme (2), Kendilik (3), Empati (4), Samimiyet (5), Kişilerarası (6), KİD toplam (7)

4.3. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ

DRZÖ, BDDÖ, UKÖE ve KİD ölçeklerinin toplam puan korelasyon sonuçları dikkate alınarak hasta örnekleminde hiyerarşik regresyon modeli kuruldu. KİD toplam puanını öngörmek için sırasıyla anksiyete ve depresyon puanları, BDDÖ toplam puanı, DRZÖ toplam puanı ve UKÖE toplam puanı ile hiyerarşik regresyon analizi yapıldı. Hasta grubunda modeller istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ilk aşamasında, anksiyete ve depresyon (BAÖ, BDÖ) puanlarından BDÖ için $p < 0,05$ idi ve varyansın anlamlı bir kısmını açıklamaktaydı ($R^2 = 0,282$; $p = 0,000$). İkinci aşamada modele BDDÖ eklendiğinde modelin açıkladığı varyansta yükseliş görüldü ($\Delta R^2 = 0,020$, $p = 0,018$). Üçüncü aşamada modele DRZÖ eklendi. Modelin açıkladığı varyans miktarında artış tespit edildi ($R^2 = 0,327$, $p = 0,007$; $\Delta R^2 = 0,020$). Son aşamada modele UKÖE eklendiğinde varyans miktarının arttığı saptandı ($R^2 = 0,347$, $p = 0,016$; $\Delta R^2 = 0,019$). Modele BDDÖ eklenmesi modelde 2,0'lik, 2. modele DRZÖ eklenmesi 2,5'lik, 3. modele UKÖE eklenmesi 1,9'luk açıklanma yüzdesinde anlamlı artışa neden olmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Hasta Grubunda Kişilik İşlevselliği Toplam Puanını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bağımsız Değişken	β	t	p	F	R ²	ΔR^2
BAÖ	0,027	0,397	0,692	38,600*	0,282	x
BDÖ	0,518	7,594	0,000*			
BAÖ	0,042	0,621	0,535	28,246*	0,302	0,020*
BDÖ	0,468	6,650	0,000*			
BDDÖ	-0,149	-2,387	0,018*			
BAÖ	-0,001	-0,021	0,983	23,705*	0,327	0,025*
BDÖ	0,358	4,463	0,000*			
BDDÖ	-0,111	-1,757	0,081			
DRZÖ	0,218	2,709	0,007*			
BAÖ	-0,016	-0,241	0,810	20,614*	0,347	0,019*
BDÖ	0,320	3,953	0,000*			
BDDÖ	-0,100	-1,596	0,112			
DRZÖ	0,161	1,936	0,054			
UKÖE	0,173	2,425	0,016*			

*p<0,05 anlamlı etki var, p>0,05 anlamlı etki yok; Çoklu regresyon

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun ortalama yaş değerleri sırasıyla 35,70 ve 37,69 idi. İki grup yaş değerleri açısından benzerdi. Çalışmaya katılanlar medeni durum açısından incelendiğinde hasta grubunun %56,5 evli, %43,5 bekâr iken, kontrol grubunda bu değerler sırası ile %51,6 ve %48,4 idi. İki grup arasında medeni durum açısından farklılık bulunmadı. Hasta ve kontrol grubunun yaş ve medeni durum açısından benzer olması çalışmanın güvenilirliği açısından önemliydi.

Hasta ve kontrol grubumuzun tümüne bakıldığında kadın sayısının erkeklerden fazla olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında, kadınların erkeklerden daha çok yardım arayışı içinde olmaları ve de sorunlarını erkeklerden daha iyi tanıyarak sağlık hizmetlerine başvurmaları bu konuda önemli etkenlerdendir (125,126).

Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubu eğitim süreleri açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü. Hasta grubun ortalama eğitim süresi 10,74 yıl bulunurken, kontrol grubunun ortalama eğitim süreleri 15,43 olarak bulundu. Eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda ilkökul ve ortaokul mezunu olma oranları kontrol grubuna göre yüksek iken, yüksekokul ve üniversite mezunu olma daha düşük saptandı. Çalışmada ortaya çıkan bu sonuç hastanenin bulunduğu bölgenin düşük sosyokültürel bir yerleşim alanında bulunması ile ilişkilendirilebilir.

Hasta ve kontrol grubu çalıştıkları meslek dağılımlarına göre değerlendirildiğinde iki grup arasında farklılık saptandı. Hasta grubunda çalışmayan hasta oranı %9,5 bulunurken, kontrol grubunda bu oran %4,3 olarak bulundu. İlk olarak hasta grubunda çalışmaya dâhil edilen hastaların çoğunun kadın ve ev hanımı olmasının bu durumu açıklayabileceği düşünülmüştür.

Hasta ve kontrol grubu arasında gelir düzeyi açısından anlamlı farklılık saptandı. Hasta grubunun %29 oranında düşük gelir, %42 oranında orta gelir ve %29 oranında yüksek gelir seviyesinde, kontrol grubunda ise oranların sırasıyla %17,2, %26,9, %55,9 olduğu görülmüştür. Bu durum hasta grubunda çalışmayan ve ev hanımı

katılımcı sayısının çokluğu ile ilişkilendirilebilir. Hasta ve kontrol grubu arasında anne-baba boşanması, 0-6 yaş arası büyüten kişi, çocukluk çağında anne ve babadan ayrı kalma, aile içinde yaşanan toplumdaki etnik ya da dinsel açıdan farklı özellik açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çocukken önemli bir ayrılık/ göç yaşama oranlarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Hasta ve kontrol grubu arasında aile içinde babanın anneye şiddet uygulaması açısından farklılık saptanmıştır. Ayrıca çocukluk döneminde aile içinde şiddete maruz kalma oranlarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Erken dönem negatif yaşam olaylarının (fiziksel/ duygusal ihmal, istismar, ayrılık, aile dağılması) depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir yer kapladığı bilinmektedir (127,128). Çocukluk çağı istismarları erişkinlikte psikiyatrik bozukluk gelişme ihtimalini artırmaktadır (129). Kişilik bozuklukları gelişiminde gelişimsel kuramlara, stres-diatez modeline bakıldığında da biyolojik faktörlerle birlikte çocukluk çağı travmaları gibi çevresel faktörlerin yer kapladığı literatürde vurgulanmıştır (130,131). Tez çalışmamızda da çocukken önemli bir ayrılık/ göç yaşama, aile içi şiddet, şu anki partner tarafından şiddete maruz kalma açısından anlamlı farklılık bulunması literatürle uyumlu saptanmıştır (132).

İntihar oranlarına bakıldığında çalışmamızda hasta grupta anlamlı olarak yükseklik saptandı. Literatüre bakıldığında kişilik bozukluklarında yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Özellikle ergenlik çağındaki kişilerde yapılmış çalışmalarda borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozuklukları ile intihar girişimi ve davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (133,134).

Hem intihar jest ve tehdidi hem de davranışı özellikle borderline kişilik bozukluğu tanımlı hastalarda yüksek saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde borderline kişilik bozukluğu klinik örnekleminde yapılmış çalışmada intihar oranı %9 saptanmıştır (135). Borderline kişilik bozukluğu tanımlı hastaların dörtte üçünde intihar davranışı görülmektedir (136). Literatüre bakıldığında kendine zarar verme davranışlarının borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluğu tanımlı hastalarda sık olduğu bilinmektedir. 2000 yılında DSM-IV'e göre borderline kişilik bozukluğu tanımlı hastalarda yapılmış bir çalışmada, bu davranışların %70-80 oranında

görüldüğü belirtilmektedir (137). Çalışmamızda klinik örnekleme kendine zarar verici davranış ve intihar oranları literatürle uyumlu şekilde daha yüksek saptanmıştır.

293 kişiden oluşan örneklemimizin tümüne bakıldığında ise 35,2% oranında majör depresyon 36,5% oranında yaygın anksiyete bozukluğu, 7,5% oranında agorafobi, 10,2% panik bozukluk 3,8% oranında sosyal anksiyete bozukluğu ve %17,4 oranında diğer hastalıklar saptanmıştır.

Major depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu psikiyatri hastalarında sıklıkla komorbidite gösteren hastalıklardandır (72). Dahil etme kriterlerimiz de dikkate alındığında hasta örneklemimizde görülen psikiyatrik bozuklukların oranının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (138,139).

5.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasta ve kontrol grubu bilişsel duygu düzenleme (BDDÖ) puanları açısından karşılaştırıldığında BDDÖ toplam puanı ve ruminasyon, felaketleştirme ve diğerlerini suçlama alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Literatüre bakıldığında depresyon ve anksiyete semptomları olan klinik grup kontrol grubuyla karşılaştırıldığında felaketleştirme, kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon, kabul ve olumlu yeniden değerlendirme boyutlarında anlamlılık saptanmıştır (40). Bu çalışmada kontrol grubunda hasta grubuna göre olumlu yeniden değerlendirme anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir. Ayrıca Garnefski ve arkadaşlarının 5 farklı yaş grubunda depresyon örnekleminde yaptığı çalışmada depresif belirtiler ruminasyon ve felaketleştirme ile pozitif, olumlu yeniden değerlendirme ile negatif anlamlı bir ilişki içinde saptanmıştır (43). 1065 kişilik geniş bir örnekleme duygu düzenleme ile psikopatoloji ilişkisini araştıran uzunlamasına bir çalışmada ruminasyon ve disregüle öfke ile üzüntü dışavurumunun depresif belirtilerdeki değişikliği öngördüğü saptanmıştır (140). Martin ve Dahlen'in üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada da kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme depresyon, anksiyete ve stres düzeyiyle pozitif şekilde korele saptanmıştır (141). Ülkemizde depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluğu hastalarında yapılmış bir çalışmada depresyon ve somatizasyon bozukluğu olan hastalarda kendini suçlama alt boyutunun;

üç tanı grubunda da felaketleştirme alt boyutunun anlamlı olarak fazla kullanıldığı saptanmıştır (142). Elde ettiğimiz veriler depresyona dair bilişsel kuramla (kendilik, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz değerlendirmeler) uyumlu olup depresyonda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

İki grup arasında duygu regülasyon zorluğu ölçeği (DRZÖ) puanları açısından farklılıklara bakıldığında farkındalık alt boyutu hariç diğer beş alt boyutta (netlik, kabul, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme ve strateji) istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Gürdal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada klinik grupta kontrol grubuna göre DRZÖ'nün anlamlı derecede farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır (142) Bilgin'in 2015 yılında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hastalarında yaptığı tez çalışmasında sağlıklı kontrollere göre DRZÖ'nün tüm alt boyutlarında puanların anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (143). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) hastaları ile Tsypes ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları bir çalışmada, endişeli bir durum olmadığı koşullarda da YAB tanılı hastaların kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde duygu düzenleme güçlüğü olduğu bulunmuştur (144). Bu çalışmada ayrıca depresif belirtilerden bağımsız olarak da duyguları anlamada zorluk saptanmıştır (144). Çalışmamızda anksiyete bozuklukları ve majör depresyon ile yüksek eş tanı gösterse de duygu düzenleme zorluklarının psikopatolojilerde önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Duygu düzenlemede güçlükler ölçeği ile yapılmış maladaptif duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kişiler arası stres ile korelasyonuna bakıldığı bir çalışmada depresyon tüm maladaptif duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili bulunmuştur. Kişiler arası stres ise farkındalık, dürtü kontrolü, amaca yönelik davranabilme, strateji ile ilişkili saptanmıştır (145).

Literatürde ergenlerde duygu düzenleme ve depresyon, anksiyete ilişkisini araştıran 35 çalışma ile yapılmış bir meta-analizde tüm adaptif ve maladaptif duygu düzenleme stratejileri depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (37). Ülkemizde 2014 yılında yapılan bir tez çalışmasında yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresyon, panik bozukluk hastaları sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve farkındalık alt boyutu dışında DRZÖ'nün tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (146).

Literatür bulguları ışığında duygularını düzenlemekte zorlanan bireylerin daha çok depresyon ve anksiyete yaşadıklarını, aynı zamanda depresyon ve anksiyete bozukluklarının kendisinin de duygu regülasyon süreçlerini olumsuz etkilediğini söylemek mümkündür. Bizim çalışmamızda da bu iki durum arasında ilişki saptanmakla birlikte kesitsel değerlendirme yapıldığı için nedensel ilişki hakkında yorum yapılması güçtür.

Hasta ve kontrol grupları kişilik inançları açısından karşılaştırıldığında da literatürle uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmamızda şizoid inançlar ve obsesif-kompulsif inançlar dışında kalan tüm alt boyutlarda gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır. KİÖ'yü geliştiren Beck ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı çalışmada heterojen bir psikiyatri poliklinik örnekleminde kişilik bozukluğuna sahip hastaların tümünde kişilik inanç skorlarının anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir (147). Ayrıca psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda kişilik bozuklukları görülme oranlarının %10 ila 60 arasında değiştiği bilinmektedir (59). 583 hasta ve 15 sağlıklı kontrol örnekleminde yapılan ve kişilik bozukluğu inançlarını araştıran bir çalışmada kişilik inançlarının DSM-IV kişilik bozuklukları tanımlarını ayırt etme gücü %73,5 saptanmıştır (148). Belli kişilik bozuklukları belli kişilik inançları varlığında tahmin edilebilir ya da bunun tam tersi geçerlidir. Ancak bu çalışmada buna ek olarak genel olarak psikopatoloji ile ilişkili olarak belli kişilik bozukluklarına özgü öne çıkan kişilik inançları olduğu da vurgulanmıştır (148). Klinik uygulamada hastalara tedavi uygulanmaya başlanmadan önce genel psikopatoloji ile birlikte görülebilecek kişilik inançlarına da dikkat etmek önemlidir.

Diğer ruhsal bozukluklarla kişilik patolojilerinin eş-tanı oranlarının yüksekliği tanı ve tedavi sürecini etkilemektedir. Çalışmamızda gösterildiği üzere hasta grubunda kişilik inanç puanlarının anlamlı olarak yüksek olması kişinin psikiyatrik hastalığının takibi, ilaç seçimi, tedavi yanıtı, yapılacak müdahaleler konusunda klinisyenleri daha dikkatli olmaya yöneltmelidir. Ayrıca sağlıklı kontrol gruplarında da kişilik inanç puanlarının yüksek olması hastalıktan koruyucu önlemler geliştirme açısından yol gösterebilir. Çalışmamızda gruplar arasında görülme sıklığı açısından şizoid ve obsesif-kompulsif gruplara anlamlı fark saptanmaması kontrol grubumuzun sosyodemografik özellikleriyle ilişkili olabilir.

Boyutsal kişilik özellikleri (UKÖE) ve kişilik işlevselliği (KİD) açısından gruplar incelendiğinde KİÖ'ye benzer sonuçlar saptanmıştır. DSM-V alternatif kişilik bozuklukları için önerilen tanı kriterlerine bakıldığında A tanı kriterinde kendilik ve kişiler arası alanlarından oluşan kişilik işlevselliğini, B tanı kriterine bakıldığında ise kişilik özellikleri bulunmaktadır. Tezimizde A tanı kriteri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. B tanı kriterine bakıldığında da manipulatif olma, grandiyöz olma, dikkat çekmeye çalışma ve kendini riske etme alanları dışında kalan tüm alanlarda, alt boyutlarda ve ölçek toplam puanlarında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Literatürde DSM-V ile tanımlanan bu iki ölçüm aracının psikopatoloji ile olan ilişkisini inceleyen çalışma sayısı kısıtlı olsa da farklı boyutsal kişilik modellerinden geliştirilmiş ölçek çalışmaları mevcuttur. 2012 yılında Lamers ve arkadaşlarının 1161 kişi ile yaptığı çalışmada beş büyük kişilik faktörü pozitif ruh sağlığı ve psikopatolojiyle farklı şekilde ilişkili bulunmuştur; duygusal stabilite (ters nörotisizm) psikopatolojiyi asıl korele eden faktörken, dışadönüklük ve uzlaşmacılık özellikleri pozitif ruh sağlığı ile ilişkili saptanmıştır (149). Duygusal stabilitenin DSM-5'te boyutsal kişilik özellikleri altında değerlendirilen parametrelerden biri olduğu düşünüldüğünde verilerimiz geçmiş çalışma bulgularını desteklemektedir.

OKB hastalarında boyutsal kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre zarardan kaçma puanları daha yüksek; yenilik arayışı, kendini yönlendirme ve iş birliği yapma puanları ise daha düşük saptanmıştır. Ayrıca yalnızca OKB tanısı olan hastalarda da sonuçlarda değişiklik saptanmamıştır (150).

Kişilik ve psikopatolojinin birbiri üzerinde belirtiler, görünüm ya da dışavurum açısından etkisi patoplastik bir ilişki olarak tanımlanabilir (151). Bu ilişki iki taraflıdır; psikopatoloji kişinin premorbid kişilik özelliklerine göre çeşitlilik gösterebilirken kişiliğin görünümü de psikopatolojiden etkilenebilir. Literatürde birçok farklı klinik grupta farklı boyutsal kişilik özelliklerinin öne çıktığı görülmektedir. Bilindiği kadarıyla tez çalışmamız dışında, ülkemizde UKÖE geçerlik güvenilirlik çalışmaları dışında klinik grupta uygulanmamıştır. Tez bulgularımız çerçevesinde boyutsal olarak değerlendirildiğinde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile psikiyatri polikliniğinde

takibi olan bireylerde kişilik özellikleri sağlıklı bireylere göre genel olarak daha şiddetli görülmektedir denilebilir. Bu durum tedavi arayışındaki bireylerde kişilik özellikleri ile ilgili kararlara varmadan önce psikopatolojinin tedavisinin önemini de öne çıkarmaktadır.

Costa ve arkadaşlarının akut depresif epizot hastalarında NEO-PI-R ile ölçüm yaptığı çalışmaya göre hastaların boyutsal kişilik özellik skorlarında psikofarmakolojik tedavi sonrası anlamlı değişiklikler saptanmıştır (152). Costa ve arkadaşları kişilik özelliklerinin biyolojik temelleri olduğunu ve hastalık süreci veya tedavi ile düzeylerinin değişebileceğini; kişilik özellikleri düzeylerindeki bu depresyon kaynaklı değişiklikleri bir bozukluk olarak görmek yerine, bunları bireyin halihazırdaki durumunun yansımaları olarak yorumlanması gerektiğini öne sürmektedir.

Tez çalışmamız ülkemizde kişilik işlevselliği değerlendirme formunun (KİD) hasta ve kontrol grubunda karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Literatüre bakıldığında bu konuda öne çıkan çalışma Few ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95). KİD'in psikometrik özelliklerinin de incelendiği bu çalışmada kendilik boyutunun kimlik alt boyutunda bozulma depresyon, anksiyete ve kısa semptom envanteri ile anlamlı ölçüde bağlantılı saptanmıştır.

5.3. KORELASYON ANALİZLERİ

Tezimizde kurduğumuz hipotezler kapsamında ilk olarak DRZÖ, BDDÖ, UKÖE ve KİD ölçeklerinin toplam puan korelasyonları değerlendirilmiştir. Bulgular hem hasta hem kontrol grubunda DRZÖ toplam puanının, UKÖE ve KİD puanıyla korelasyon gösterdiğini, anksiyete ve depresyon puanlarını kontrol değişkeni olarak alındığında kontrol grubunda anlamlılık ortadan kalkarken hasta grubunda devam ettiğini göstermiştir. BDDÖ açısından bakıldığında ise hasta grubunda UKÖE ve KİD puanıyla başta korelasyon saptanırken anksiyete ve depresyon etkisi ortadan kaldırıldığında yalnızca KİD ile kurduğu anlamlı ilişki devam etmiştir.

Kişilik ve psikopatoloji ilişkisi sanıldığından daha karmaşıktır. Widiger (2011) bu iki kavram arasında 3 farklı şekilde ilişki olduğunu söylemektedir (151). Kişilik ve psikopatoloji, birbirlerinin sunumunu veya ortaya çıkışını etkileyebilir (patoplastik bir

ilişki). Spektrumsal ilişki olarak adlandırılan ortak, altta yatan bir etiyolojiyi paylaşabilirler. Son olarak, birbirlerinin gelişiminde veya etiyolojisinde nedensel bir role sahip olabilirler. Klinisyenler çoğunlukla hastaların kişiliğini, onları ilk gördükleri anda yani var olan psikopatolojileri en yoğunken değerlendirirler. Çok endişeli, depresif, öfkeli ya da perişan insanlar genellikle kendi normal düşünme, hissetme, davranış ve başkalarıyla ilişki biçimlerinin doğru bir tanımını yapamazlar. Duygudurumları, kaygı veya diğer ruhsal bozukluklar başarılı bir şekilde tedavi edildikten sonra, kendilerini tanımlayışları da değişir (151). Gunderson ve arkadaşları gerçekleştirdikleri uzunlamasına takip çalışmasında borderline kişilik bozukluğu tanısı koydukları hastaların bir kısmında gördükleri gelişmenin, DSM-IV'e göre kişilerde var olan eksen 1 patolojilerinin remisyona girmesiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır (153).

Bilişsel duygu düzenlemenin kaynağı sayılabilecek başa çıkma ve duygu düzenleme stratejileri ile kişilik ilişkisine bakıldığında ise farklı sonuçlar karşımıza çıkar. Bu konuda yapılmış çalışmaları derleyen geniş bir meta-analizde beş büyük kişilik özelliği ile başa çıkma ilişkisi incelenmiştir (154). Kişilik özellik ve bozukluk düzeyinde doğrudan ve dolaylı olarak başa çıkma mekanizmalarını etkiler. Bu meta-analize göre problem çözme ve bilişsel yeniden yapılanmayı dışadönüklük ve sorumluluk boyutlarının daha fazla; nörotisizmin daha az öngördüğü; nörotisizmin, iyimser düşünme, geri çekilme ve duygu odaklı başa çıkma gibi problemleri stratejileri öngördüğü, ancak dışadönüklük boyutunun ek olarak destek arayışını da öngördüğü bulunmuştur (154).

Yapılan literatür taramasında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bir çok çalışmada anksiyete ve depresyon puanlarını yordadığı saptanmıştır (155,156).

Literatürde farklı kişilik ve kişilik bozukluklarıyla duygu düzenleyememe ilişkisini araştıran çalışma sayısı kısıtlıdır. Adı özellikle borderline kişilik bozukluğu ile anılan duygu düzenleyememe terimi üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerden olan diyalektik davranışçı terapinin tedavi hedefleri arasında yer alır. Biyososyal teoriye göre borderline kişilik bozukluğuna sahip bireyler biyolojik olarak duygusal kırılganlığa yatkınlık/mizaç ile doğarlar; duygusal yanıtlarla ve duygu yoğunluğuyla ilgili sıkıntılar yaşarlar (157). Eğer becerikli bir aile ve çevresi yoksa, bu yatkın çocuk

duyguları düzenlemek için gerekli becerilerden yoksun bırakılır, genellikle duygularından korkar (157).

Duygu düzenleyememenin borderline kişilik bozukluğunun çekirdek belirtilerinden olmasının yanı sıra kaçınan kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğunun birlikte görüldüğü kişilerde yapılan bir çalışmada kaçınan kişilik bozukluğu varlığında da duygu düzenleme güçlüğü puanlarında yükselme saptanmıştır (158).

Tezimizde DSM-V'e göre kişilik bozukluğu tanısı koymada alternatif tanı kriterlerinin iki ana bileşeni olan uyumsuz kişilik özellikleri ve kişilik işlevselliği duygu regülasyon güçlüğü ile ilişkili bulunmuştur. Elde ettiğimiz sonuçlar mevcut literatürün sağladığı veriler ışığında değerlendirildiğinde, bize kişilik özelliklerinin psikopatolojisiyle olan ilişkisi ve bilişsel başa çıkma, duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili önemli bilgiler vermekte, kişilik özellikleri bağlamında duygu düzenleme stratejilerinin bilişsel duygu düzenleme özelliklerinden daha çekirdek bir etkisi olduğunu, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin etkisinin ise daha çok psikopatoloji üzerinden gerçekleştiğini ve kişilik tarafından öngörüldüğünü düşündürmektedir. Bulgularımız duygu regülasyonunda güçlükler yaşamayan kişilik özellikleri ve kişilik işlevselliğinin oluşumunda daha temel bir mekanizma olduğuyla uyumludur.

5.3.1. UKÖE ve KİÖ İlişkisinin İncelenmesi

Literatüre bakıldığında kişilik bozuklukları ve kişilik özelliklerini çeşitli kuramlar çerçevesinde daha iyi saptamak ve şiddetini belirlemek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Tez çalışmamızda boyutsal kişilik özellikleri ile bilişsel kurama göre oluşturulmuş olan kişilik inançlarının birbiriyle olan ilişkisi saptanarak klinik pratikte daha iyiye ulaşılmaya çalışılmıştır. Bilindiği kadarıyla kişiliğin işlevsel olmayan inançlarının yani bilişsel boyutunun belirlenmesine aracılık eden KİÖ ile uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin ilişkisine klinik örneklemede daha önce bakılan bir çalışma yoktur. Tezimizde 126 soruluk ve 9 kişilik bozukluğunu değerlendirilen ölçek formu kullanılmıştır ve bu açıdan ülkemizde ilk olacaktır.

Tezimizde hem hasta hem kontrol gruplarında anksiyete ve depresyon puanları da kontrol edilerek yapılan analizlerde birçok alt boyutta anlamlı ilişki saptanmıştır.

KİÖ'nün çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid ve paranoid tutum-inançlarla ilgili dokuz alt boyutu da olumsuz duygulanım, terslik/geçimsizlik, uzak olma, disinhibisyon, psikotizm alt boyutlarıyla anlamlı istatistiksel ilişki göstermiştir. En fazla anlamlılık paranoid inançlar ile uzak olma arasında, en az anlamlılık ise şizoid inançlarla psikotizm alt boyutu arasında saptanmıştır. Bulgular tezimizin ilk hipotezini destekler niteliktedir.

Bu alanda literatür tarandığında çalışma bulgularımızı destekleyen birçok yayına rastlanmıştır. DSM-IV'de yer alan kategorik kişilik bozukluklarının, bilişsel kuramda işlevsiz tutum ve inançlar olarak kavramsallaştırılarak boyutsal bir ölçüm yapan KİÖ'nün kısa formunun, 5 faktör kişilik envanteri ve boyutsal kişilik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada olumsuz duygulanım nörotizm ile, uzak olma ters olarak ekstraversiyon ile, terslik/geçimsizlik ters olarak uzlaşmacılık ile ve disinhibisyon ters olarak sorumluluk ile yüksek bir şekilde korele saptanmıştır (159). Psikotizm ise beş kişilik boyutunun tümüyle orta derece koreledir. KİÖ'nün kısa formunun alt boyutları uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile anlamlı ilişkiler kurmuştur (159).

Norveç örnekleminde yapılan bu çalışma tez çalışmamız bulgularıyla uyumlu en güncel çalışmalardan biridir. Bu çalışmada klinik olmayan örnekleme saptanan kişilik inançları ve kişilik özelliklerine ayrıntılı bakıldığında (159): Paranoid inançlar şüphecilik ve şizoid inançlar yakınlıktan kaçınma ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Antisosyal inançlar katı olma ve hilekarlığı güçlü şekilde öngörmüştür. Borderline inançların tüm alanlardan PID-5'in tüm boyutlarından alanlarla önemli ilişkileri vardır, ancak özellikle çökkünlük, kaygılı olma, anhedoni, duyguca oynaklık ve şüphecilik ile ilişkilidir. Histronik inançlar dikkat çekmeye çalışma ile ilişkilidir. Narsisistik inançlar öncelikle grandiyöziteyi öngörmüştür. Kaçınan inançlar en çok çökkünlük ve kaygılı olma ile ilişkilidir. Bağımlı inançlar öncelikle ayrılma güvensizliği ile ilişkilidir. Obsesif kompulsif inançlar, katı mükemmeliyetçiliğin güçlü bir yordayıcısıdır.

2013 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik olmayan örnekleme yapılmış bir tez çalışmasında KİÖ ve Coolidge Eksen II Envanteri Plus (CATI+) ile UKÖE uygulanmış; KİÖ skorlarının CATI+ ve UKÖE skorlarını predikte ettiği saptanmıştır (160).

Literatür taramasında KIÖ'nün 59 sorudan oluşan ve 7 kişilik bozukluğunu araştıran formu ile klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmaya göre olumsuz duygulanım bağımlı/kaçıngan, obsesif-kompulsif, paranoid ve histrionik inançlarla; psikotizm obsesif- kompulsif, otonomi, paranoid ve şizoid inançlarla ilişkili saptanmıştır (161). Ayrıca fonksiyonel olmayan inançlar da anlamlı bir şekilde kişilik özellikleri alt boyutlarıyla ilişkili saptanmıştır. Örneğin, bağımlı/kaçıngan inançlar olumsuz yüksek olumsuz duygulanım, uzak olma ve disinhibisyon ile ilişkilidir. Obsesif-kompulsif biliş ise yüksek olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik ve psikotizm ile ayrıca düşük disinhibisyon ile ilişkilidir. Bu bulgular, işlevsel olmayan inançların DSM-5 özellik modelini ve daha genel olarak patolojik kişilik özellikleri ile işlevsel olmayan inançlar arasındaki uyumluluğun genişletilebilirliği göstermektedir.

DSM-V alternatif kişilik bozuklukları modeline göre oluşturulmuş bir ölçek olan UKÖE ile 5 faktör kişilik modeli de karşılaştırılmıştır (162). Sonuçlar, psikotizm alt boyutu da dahil DSM-V boyutsal özellik modelinin beş alanının hepsinin, genel kişilik yapısının uyumsuz değişkenleri olduğu hipotezini desteklemiştir.

Tezimizde birçok alt boyutta düşük-orta derecede saptanan korelasyonlar literatürle uyumludur. Bununla birlikte her iki ölçeğin de katılımcı tarafından dolduruluyor olması, kendini iyi gösterme eğilimi örneklemimizdeki korelasyon ilişkilerini etkiliyor olabilir. Ayrıca boyutsal kişilik özellikleri envanterinin tartışma bölümünün ilk kısmında ele alındığı üzere Türk toplumunun kişilik özelliklerini boyut ve alan düzeyinde kavramsal olarak kapsamaması da olasıdır.

5.3.2. Duygu Düzenleme Stratejileri ve Boyutsal Kişilik Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Tezimizde duygu düzenleme stratejileri ile uyumsuz kişilik özellikleri arasındaki korelasyonlar hem duygu düzenleme gücüğü hem de bilişsel duygu düzenleme açısından ele alınmıştır. Bilindiği kadarıyla hem ikisi arasındaki ilişkiyi hem de boyutsal kişilik özellikleri ile ilişkisini ülkemizde inceleyen ilk tez çalışmasıdır.

Duygu regülasyon zorluğu ve uyumsuz kişilik özellikleri ilişkisine bakıldığında hem hasta hem kontrol grubunda uyumsuz kişilik özellikleri puanı

arttıkça duygu regülasyon zorluğu toplam puanının da anlamlı derece de arttığı gözlenmiştir. Alt boyutlar açısından bakıldığında ise hasta grubunda olumsuz duygulanım, disinhibiyon ve psikotizmin farkındalık dışında tüm duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarıyla anlamlı derece korele olduğu görülmüştür. Terslik/geçimsizlik alt boyutu ile netlik, strateji, kabul, dürtü kontrolü stratejileri ile ilişkisi olduğu saptanırken uzak olma tüm stratejiler ile ilişkili bulunmuştur. Psikotizm alt boyutu ise yalnızca netlik, dürtü kontrolü, strateji alt boyutları ile anlamlı bir ilişki içerisinde bulunmuştur.

Kontrol grubunda olumsuz duygulanım, uzak olma ve disinhibiyon farkındalık dışında tüm duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarıyla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Terslik/geçimsizlik alt boyutu ile duygu düzenleme güçlüğü stratejileri arasında anlamlı ilişki saptanmazken psikotizm alt boyutu yalnızca netlik, dürtü kontrolü, strateji alt boyutları ile anlamlı bir ilişki içerisinde bulunmuştur.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri açısından kişilik özellikleri değerlendirildiğinde ise her iki grupta da iki değişken arasında genel olarak ters yönde bağlantı olduğu saptanmıştır. Hasta grup incelendiğinde olumsuz duygulanım arttıkça kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, diğerlerini suçlama artarken yeniden değerlendirme azalmaktadır. Uzak olma boyutunda alınan puanlar arttıkça kendini suçlama, kabul, ruminasyon ve felaketleştirme artmakta, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme azalmaktadır. Terslik/geçimsizlik boyutu ile yalnızca felaketleştirme stratejisi ilişkiliyken disinhibisyon arttıkça ruminasyon ve felaketleştirme artmış; olumlu yeniden odaklanma ve olumlu yeniden değerlendirme azalmıştır. Psikotizm boyutu ise kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ile pozitif yönde; plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma ile ters yönde bağlantılı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise olumsuz duygulanım arttıkça kendini suçlama, felaketleştirme artmıştır. Plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ile; uzak olma, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ters yönde ilişki göstermiştir. Terslik/geçimsizlik ve psikotizm boyutu adaptif ya da adaptif olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili saptanmazken disinhibisyon boyutu, yalnızca olumlu yeniden odaklanma ile ters yönde bir ilişki göstermiştir.

Literatüre bakıldığında duygu düzenleme stratejileri ve kişilik özellikleri ilişkisini araştıran çalışma sayısının hızla arttığı görülmektedir. Ancak görüldüğü kadarıyla bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin tümü ile uyumsuz kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma yoktur.

John ve Gross tarafından sağlıklı bir örnekleme, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden yalnızca yeniden değerlendirme ve bastırmanın beş büyük kişilik modeli ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada yeniden değerlendirme ile yalnızca nörotisizm arasında olmakla birlikte ters yönde ilişki olduğu saptanmıştır (163). Nörotisizmi düşük olan bireyler yeniden değerlendirme stratejisini daha kolay kullanarak olumsuz duyguları karşısında daha az etkilenmiş olabilirler. Kişiliğin beş faktörü ile paralellik gösteren uyumsuz kişilik özelliklerine göre nörotisizm ile olumsuz duygulanım uyumaktadır. Buna göre tezimizde hem kontrol hem hasta grubunda olumsuz duygulanım ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olumlu yeniden değerlendirme arasında ters yönde ilişki saptanması yani olumsuz duygulanımı daha fazla olan bireylerin bu stratejiyi daha az kullanıyor olmaları literatür ile uyumlu bir bulgudur.

Pollock ve arkadaşlarının 932 üniversite öğrencisinde yaptığı bir çalışmada olumsuz duygulanım, duygusal farkındalık eksikliği dışında duygu düzenleyememenin tüm boyutlarıyla; uzak olma, hedefe yönelik davranışlarda bulunmakta zorluklar dışında duygu düzenleyememenin tüm boyutlarıyla; terslik/geçimsizlik, dürtü kontrol güçlükleri ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ile pozitif bir ilişki içerisinde saptanmıştır (106). Disinhibisyon, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi dışında, duygu düzenleyememenin tüm boyutlarıyla; son olarak, psikotizm, duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, dürtü kontrol güçlükleri ve duygusal netliğin olmaması ile olumlu ilişki göstermiştir. Çalışmamızda kontrol grubunda olumsuz duygulanım ile ilgili sonuçlar uyumluyken psikotizm bulguları sadece netlik ve dürtü kontrolü alanları için örtüşmektedir. Pollock ve arkadaşlarının çalışması aksine terslik/geçimsizlik boyutunda kontrol grubumuzda ilişki bulunmaması kontrol grubumuzun eğitim düzeyi ve örneklem sayısı ile ilişkili olabilir.

Fowler ve arkadaşlarının 2017 yılında klinik örnekleme yaptığı bir çalışmada UKÖE alt boyutlarından olumsuz duygulanım ve uzak olma, daha yüksek duygu

düzenleyememe ile ilişkili bulunmuştur (164). Bu çalışmanın klinik bir örnekleme gerçekleştirilmesi ve bu iki alt boyut arasında saptanan ilişkinin sonuçlarının bulgularımıza benzer olması önem arz etmektedir.

2018 yılında 440 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde DRZÖ ve patolojik kişilik özelliklerini ölçmek amacıyla da UKÖE'nin kısa formu kullanılmıştır. Bu çalışmada DRZÖ toplam puanı tüm kişilik özellikleri boyutlarıyla ve UKÖE toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur (165).

Bilindiği gibi UKÖE, beş faktör kişilik model özelliklerinin adaptif olmayan varyantlarına odaklanmaktadır (166). DSM-V uyumsuz kişilik özellikleri boyutlarından olumsuz duygulanım beş faktör kişilik modelinden nörotisizm ile, uzak olma içedönüklük ile, terslik, geçimsizlik yine terslik, geçimsizlik ile, psikotizm deneyime açıklık ile, dizinhibisyon ise beş faktör kişilik modelinden düşük düzeyde sorumluluk ile örtüşmektedir (167).

Literatürde beş faktör kişilik özelliği ile duygu düzenleme stratejileri ilişkisini inceleyen çalışmalar da yapılmıştır. İnce'nin 2012 yılında 1298 kişinin katıldığı klinik olmayan örnekleme yaptığı çalışmada deneyime açıklık ve duygusal tutarsızlık sırasıyla olumlu ve olumsuz bilişsel duygu düzenleme ile ilişkilidir. Duygusal tutarsızlık, negatif değerlilik ve felaketleştirme kişilerarası problemler ile pozitif, dışadönüklük ise negatif ilişki göstermektedir. Kişilik psikopatolojisi açısından ise, duygusal tutarsızlık, felaketleştirme, başkalarını suçlama ve ilişkilerde soğuk ve dominant olmanın kişilik bozukluklarındaki işlevsel olmayan inanışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca duygusal tutarsızlık ve negatif değerliliğin kişilik bozukluğu inanışları üzerindeki etkisi kişilerarası problemlerin aracı rolü ile açıklanabilirken, negatif değerliliğin etkisine negatif bilişsel duygu düzenleme de aracılık etmiştir. Açıklık ve nörotisizm pozitif ve negatif duygu düzenleme ile ilişkili saptanmıştır (168).

Beş büyük kişilik modeli ile yapılan çalışmalardan biri de Short ve arkadaşları tarafından travma sonrası stres bozukluğu hastalarında yapılmıştır. Bu çalışmada duygu regülasyon zorluklarını incelenmiş ve nörotisizmin DRZÖ'nün tüm boyutları ilişkisi olduğu görülmüştür (169).

Literatürde özellikle beş büyük kişilik modeli ve nörotisizm ile çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu açıdan tez çalışmamızda yeni bir boyutsal kişilik modelinin incelenmiş ve birçok kişilik boyutu dikkate alınmıştır. Elde ettiğimiz veriler önceki çalışmalarda olduğu gibi kişilik özellikleri ile duygu düzenleme stratejileri arasında farklı şekillerde olmakla birlikte bağlantı olduğunu desteklemekte, çalışmanın tüm verileri göz önünde bulundurulduğunda bu ilişkinin iki yönlü olabileceğini düşündürmektedir.

5.3.3. Boyutsal Kişilik Özellikleri ile KİD İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda boyutsal olarak kişilik bozukluğu tanısı koymaya yarayan iki ölçek arasındaki ilişki incelenmiştir. Tüm boyutlar ve neredeyse tüm alanlarla; hem hasta hem kontrol grubunda anksiyete ve depresyon puanları kontrol edildikten sonra da işlevsellik arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında bu iki ölçeğin çeşitli ülkelerde farklı örneklemelerde, orijinal ve kısa formlarının geçerlik güvenirlik çalışmalarına odaklanıldığı ve klinik örneklemde yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu görülmüştür.

Bach ve arkadaşlarının polikliniğe başvuran hastalar ve mahkumlar ile yaptığı bir çalışmada verilerimize benzer şekilde UKÖE ve KİD arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (170).

DSM-V Bölüm III'de yer alan bu iki ölçek arasında yani kişilik bozukluklarına spesifik özellikler ve işlev kaybı kümeleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada her bir küme için orta ila yüksek arası değişen anlamlı ilişkiler saptanmıştır (171). Ancak bu çalışmada bir kişilik bozukluğu işlev kaybına ait kriterlerin başka bir kişilik bozukluğu kriterleri ile de ilişki gösterebileceği saptanmıştır. Örneğin kaçınan kişilik bozukluğu özellikleri ile borderline kişilik bozukluğu işlev kaybı kriterlerinin ilişki içinde olması beklenilir bir durumken çoğu vakada şizotipal kişilik özelliklerinin narsisistik kişilik bozukluğu işlev kaybı kriterleriyle uyuşması gibi beklenmedik ilişkiler de olabilmektedir (171). Bu çalışmanın sonuçları da tez çalışmamızda UKÖE-KİÖ-KİD arasında saptadığımız korelasyonları açıklamada yol göstermektedir.

5.4. HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZLERİ

Tez çalışmamızda geliştirdiğimiz ikinci hipoteze uygun olarak DSM-V kişilik bozuklukları alternatif-boyutsal- tanı kriterlerine göre geliştirilen uyumsuz kişilik özellikleri ve duygu düzenleme stratejilerinin kişiler arası ve kendilik süreçleriyle ilgili işlevsellikte etkili olup olmadığı araştırılmıştır.

KİD yordayıcılarını tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizlerinde sırasıyla anksiyete ve depresyon puanlarının, BDDÖ, DRZÖ ve UKÖE'nin anlamlı artışlara sebep olduğu ancak modeli açıklama katsayılarının düşük ve birbirine yakın olduğu saptanmıştır.

Yapılan literatür taraması ve korelasyon analiz sonuçlarımıza göre kurduğumuz bu modele göre kişilik işlevselliğini ön görmede öne çıkan bir duygu düzenleme stratejisi ya da kişilik özellik patolojisi bulunmamaktadır. Ancak kendilik ve kişilerarası işlevsellik toplam puan yüksekliğini orta derecede etkileyen değişkenler saptanmıştır.

Literatürde anksiyete ve depresyon başta olmak üzere yeme bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi hastalıklarda duygu düzenlemenin kilit bir rolü olduğu ve belki de transdiagnostik bir kavram olduğu öne sürülmüştür (39,172). Ayrıca borderline kişilik bozukluğu araştırmaları liderliğinde başlayan duygu düzenleyememenin kişilik patolojilerinde daha temel bir bileşen olduğu iddiası regresyon analizlerinde çıkan katsayı değişikliklerini açıklayabilir.

Kişilik işlevselliğini, kişilik patoloji şiddetinden ayrı olarak değerlendirmenin ne kadar yararlı olduğu ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında görülmektedir ki kişilik bozukluğunda işlevsellik kaybı ile ilgili kavramlar kişilik özellikleri kavramından ayrılmıyor olabilir (173). Örneğin uyumsuz kişilik özellikleri çerçevesinden bakarsak; bir hastanın katı olma düzeyini derecelendirirken, klinisyenlerden bireyin "başkalarının duyguları veya sorunları için endişe eksikliği; suçluluk eksikliği veya kişinin davranışlarının diğerleri üzerindeki olumsuz veya zararlı etkileri hakkında endişe duyma, saldırganlık; sadizm" derecesini derecelendirmeleri istenir (173). "Katı olma"nın bu açıklaması, KİD'de tanımlanan kişilerarası boyutunun empati alt boyutundaki bozulma ile (örneğin, "kendi davranışının başkaları üzerindeki etkisinden habersiz veya ilgisiz...") ve samimiyet alt

boyutundaki bozulma ile ("Azalmış karşılıklılık; diğerleri öncelikle olarak kendiliği [olumsuz ya da olumlu] nasıl etkilediği açısından kavramsallaştırılır.") büyük ölçüde örtüşmektedir (173).

Bu ilişkiyle ilgili ilk çalışmalar DSM-IV-TR'nin yayınlandığı ve kişilik bozukluklarına kategorik yaklaşımın hâkim olduğu dönemde başlamıştır. Hill ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kişilik özellikleri problemlerinin ağırlıklı olarak kişilerarası bir bağlamda ortaya çıktığı ve bu bağlamda değerlendirilebileceği sonucuna ulaşmıştır (174).

Bu veriler, tez çalışmamızda ulaştığımız regresyon sonuçları ile birlikte ele alındığında kişilik bozukluğu ve uyumsuz kişilik özelliklerinin ayrı olarak değerlendirilmesinin gereksiz ya da bu ölçekler ile olanaksız olabileceğini düşündürmektedir. Few ve arkadaşlarının çalışmasında KİD puanları, DSM-IV'de yer alan kişilik bozukluğu tanımlarını ve her bir kişilik bozukluğu için önerilen görüşmeci tarafından puanlanan DSM-5 kişilik özelliklerinin varyansını açıklamamaktadır (95). Bu sonuçlar, ölçeğin kendi özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir ya da kişilik bozukluğunun şiddeti patolojik kişilik özelliklerinden ayrı bir durum olmayabilir (95).

Sonuçlarımız bu alanda var olan kısıtlı literatür verileri göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde ülkemizde klinik örnekleme kişilik işlevsellik şiddetini yordamada birçok değişken olduğunu göstermektedir. Ayrıca kişilik işlevselliğinin duygu düzenleme stratejileri ve uyumsuz kişilik özellikleriyle olan yakın ilişkisine ışık tutmaktadır.

Çalışmanın sonuçlarının yorumlanmasında çalışmanın bazı kısıtlılıklarının olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta ve kontrol grubu, yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzer olmasına rağmen, eğitim düzeyleri açısından farklılık göstermekteydi. Çalışmada değerlendirilen bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kişinin eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünüldüğünde, kontrol grubuyla eğitim düzeylerinin benzer olmaması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. İki grup arasında kadın/erkek oranının benzer olmasına rağmen, hasta örnekleminde kadın sayısının erkek sayısından fazla olması çalışma açısından kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Çalışmada kişilik işlevselliği görüşmeci tarafından değerlendirilmektedir ancak boyutsal kişilik özellikleri ve kişilik inançlarının katılımcılar tarafından dolduruluyor

olması sonuçlarda yanlılık yaratabilir. Ayrıca kişilik işlevselliğinin değerlendirilmesinde yapılandırılmış/yarı-yapılandırılmış bir görüşme olmaması değerlendiriciler arası farklı sonuçlar elde edilmesine yol açabilir. Çalışmadaki bir diğer kısıtlılık, hasta grubunun örnekleminin tek bir merkezden seçilmesi ve örneklemin görece az sayıda olmasıdır. Bu durumun örneklem çeşitliliğini daraltması nedeni ile de kişilik patolojileri açısından popülasyonu doğru yansıtmayabileceği düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalarda, çok merkezli hasta seçiminin, örneklem çeşitliliği açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Daha geniş örneklemlerle yapılacak çalışmaların, özellikle yordayıcılığı saptamak amacı ile yapılan hiyerarşik regresyon analizlerinde daha doğru sonuç vereceği düşünülmektedir.



6. SONUÇ

Bu çalışma duygu düzenleme stratejileri ile boyutsal kişilik özellikleri ilişkisini araştırmayı amaçlamıştır. Ayrıca DSM-V ile kişilik bozukluğu tanısı koymada kategorik tanı kriterlerine alternatif olarak geliştirilen boyutsal tanı kriterlerinin klinik örnekleme yeri araştırılmıştır. Bu doğrultuda kişilik inançları ile boyutsal kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiş; duygu düzenleme stratejilerinin kişilik özellikleri ve kişilik işlevselliği ilişkisindeki rolü araştırılmıştır.

KİÖ ve UKÖE arasındaki ilişkiye hasta grubunda bakıldığında kişilik inançlarının tümü uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı ilişki göstermiştir. Çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsisistik, histrionik, şizoid ve paranoid alt boyutları ise ayrı ayrı tüm uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile ilişkili saptanmıştır.

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol edildiğinde ise uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Kişilik inançlarının her birinin uyumsuz kişilik özellikleri boyutlarıyla ayrı anlamlı ilişkileri azalmakla birlikte devam etmiştir.

Kontrol grubunda bakıldığında şizoid ve obsesif kompulsif boyutu dışında tüm kişilik inançları uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı ilişkiler göstermiştir. Çekingen, bağımlı ve paranoid alt boyutlarının ayrı ayrı tüm uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Şizoid ve narsisistik boyutundaki kişilik inançları yalnızca terslik/geçimsizlik alt boyutuyla ilişkiliyken, obsesif kompulsif boyutu ise disinhibisyon kişilik boyutuyla ilişki göstermektedir.

Depresyon ve anksiyete puanları kontrol değişkeni olarak bakıldığında ise şizoid ve obsesif kompulsif boyutu dışında tüm kişilik inançlarının uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ilişkili saptanmıştır. Şizoid kişilik boyutu terslik/geçimsizlik alt boyutuyla ilişkiliyken obsesif kompulsif kişilik inanç boyutu hiçbir uyumsuz kişilik özelliği boyutuyla anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

Çalışma, kişilik bozukluklarına ve kişilik kavramına güncel yaklaşım olan boyutsal yaklaşım doğrultusunda araştırılan ve yaygınlaşmaya başlayan kişilik

özellikleri ve kişilik işlevselliğinin duygu düzenleme ile ilişkisini sağlıklı kontrol ve hasta örnekleminde araştıran ilk çalışmadır. Çalışma sonucunda bilişsel kurama göre kişilik bozukluklarına boyutsal yaklaşım ile DSM-V boyutsal kişilik özellikleri arasında ilişki saptanmıştır. Ayrıca kişilik işlevselliği puanlarını ön görmede duygu düzenleme stratejilerinin ve kişilik özelliklerinin rolü tartışılmıştır.

Araştırmanın kısıtlılıklarına rağmen elde edilen bu bulgu doğrultusunda, kişiliğin boyutsal değerlendirilmesinde farklı kuramlar arası ilişkiler olduğu, kişilik işlevselliğinde duygu düzenleme stratejilerinin etkisi göz önünde bulundurulduğunda uygulanacak terapötik müdahalelerde bu konuya da odaklanılabileceği, polikliniklere başvuran hastalarda kişilik değerlendirmesinin daha kapsamlı ve işlevselliği göz önünde bulundurarak yapılmasının önemli olduğu görüşüne varılmıştır. Sonuçlar kişilik patolojisi ile diğer ruhsal hastalıklar konusunda özellikle psikopatoloji varlığında kişilik özelliklerini değerlendirirken daha dikkatli olunması gerektiğini de göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V). Vol. 152, American Journal of Psychiatry. 2014. 1228–1228 p.
2. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press; 2011.
3. Borges LM, Naugle AE. The role of emotion regulation in predicting personality dimensions. *Personal Ment Health*. 2017;11(4):314–34.
4. Linehan MM. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. First edit. New York: NY: Guilford Press; 1993.
5. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(5):242–9.
6. Rude SS, McCarthy CT. Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cogn Emot*. 2003;17(5):799–806.
7. Hayes SC, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Strosahl K, Wilson KG, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004;54(4):553–78.
8. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*. 2006;44(9):1251–63.
9. Mearns J, Patchett E, Catanzaro SJ. Multitrait-multimethod matrix validation of the Negative Mood Regulation Scale. *J Res Pers* [Internet]. 2009;43(5):910–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.003>
10. Kassel JD, Bornovalova M, Mehta N. Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behav Res Ther*. 2007;45(5):939–50.
11. Schimmack U, Oishi S, Radhakrishnan P, Dzokoto V, Ahadi S. Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *J Pers Soc Psychol*. 2002;82(4):582–93.

12. Costa PT, McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *J Pers Soc Psychol.* 1980;38(4):668–78.
13. Matsumoto D, LeRoux J, Wilson-Cohn C, Raroque J, Kookken K, Ekman P, et al. A new test to measure emotion recognition ability: Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian brief affect recognition test (JACBART). *J Nonverbal Behav.* 2000;24(3):179–209.
14. Carver CS, Scheier MF. Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychol Rev.* 1990;97(1):19–35.
15. Frijda N. The Empirical Status of the Laws of Emotion. *Am Psychol.* 1988;43(5):349–58.
16. Lazarus RS. The emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993;44(1):1–21.
17. Gross JJ. Emotion regulation. *Handb Emot.* 2008;3(31):497–512.
18. Goleman D. EMOTIONAL INTELLIGENCE-WHY IT CAN MATTER MORE THAN IQ. Bloomsbury; 1995.
19. LeDoux J. The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life 1998. Türkçeye ç. Pegasus Yayınları; 2006. 124–129 p.
20. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell, Thomas M. Siegelbaum SA, Hudspeth AJ. Principles of Neural Science. Fifth edit. McGraw-Hill;
21. Sadock BJ, Sadock VA, editors. KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY VOLUME I / I I. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
22. Sylvester CM, Corbetta M, Raichle ME, Rodebaugh TL, Schlaggar BL, Sheline YI, et al. Functional network dysfunction in anxiety and anxiety disorders. *Trends Neurosci* [Internet]. 2012;35(9):527–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2012.04.012>
23. Raichle ME, MacLeod AM, Snyder AZ, Powers WJ, Gusnard DA, Shulman GL. A default mode of brain function Marcus. *Proc Natl Acad Sci.* 2001;98(2):676–82.

24. Hamilton JP, Farmer M, Fogelman P, Gotlib IH. Depressive Rumination, the Default-Mode Network, and the Dark Matter of Clinical Neuroscience. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2015;78(4):224–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.02.020>
25. Seeley WW, Menon V, Schatzberg AF, Keller J, Glover GH, Kenna H, et al. Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *J Neurosci*. 2007;27(9):2349–56.
26. Thompson RA. Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Dev Psychopathol*. 2019;31:805–15.
27. Gross JJ. The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review Ih Ih. *Rev Gen Psychol*. 1998;2(5):271–99.
28. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation : Conceptual Foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation* (3th ed). The Guilford Press; 2007. p. 3–24.
29. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(5):242–9.
30. Rothbart MK, Ziaie H, O’Boyle CG. Self-regulation and emotion in infancy. *New Dir Child Adolesc Dev*. 1992;(55):7–23.
31. Just N, Alloy LB. The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(2):221–9.
32. Carpenter RW, Trull TJ. Components of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;15(1):1–13.
33. Neacsiu AD, Bohus M, Linehan MM. Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handb Emot Regul* (2nd ed) [Internet]. 2014;(1):491–507. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc12&NEWS=N&AN=2013-44085-029>

34. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Personal Disord Theory, Res Treat*. 2009;S(1):18–26.
35. Donahue JJ, McClure KS, Moon SM. The relationship between emotion regulation difficulties and psychopathic personality characteristics. *Personal Disord Theory, Res Treat*. 2014;5(2):186–94.
36. Stikkelbroek Y, Bodden DHM, Kleinjan M, Reijnders M, Van Baar AL. Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PLoS One*. 2016;11(8):e0161062.
37. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc*. 2017;46(2).
38. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med*. 2010;40(11):1887–97.
39. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017;57(September):141–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
40. Garnefski N, Kommer T Van Den, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *Eur J Pers*. 2002;16(June):403–20.
41. Kanske P, Heissler J, Schönfelder S, Bongers A, Wessa M. How to regulate emotion? Neural networks for reappraisal and distraction. *Cereb Cortex*. 2011;21(6):1379–88.
42. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30:1311–27.

43. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif.* 2006;40(8):1659–69.
44. Kraines MA, Krug CP, Wells TT. Decision Justification Theory in Depression: Regret and Self-Blame. *Cognit Ther Res.* 2017;41(4):556–61.
45. Pozzi G, Frustaci A, Tedeschi D, Solaroli S, Grandinetti P, Di Nicola M, et al. Coping strategies in a sample of anxiety patients: Factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain Behav.* 2015;5(8):1–10.
46. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cogn Emot.* 2018;32(7).
47. MCGEE R, WOLFE D, OLSON J. Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):827–46.
48. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:217–237.
49. Allan S, Gilbert P. A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Pers Individ Dif.* 1995;19(3):293–9.
50. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating Anxiety and Depression: A Test of the Cognitive Content-Specificity Hypothesis. *J Abnorm Psychol.* 1987;96(3):179–83.
51. TDK. Büyük Türkçe Sözlük. büyük türkçe sözlük. 2011. 2161 p.
52. Berens L V., Nardi D. Sixteen Personality Types: Descriptions for Self-Discovery. 1st ed. California: Telos Publications; 1999.
53. Thomas jay c., Segal daniel l. Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology. 2006.
54. Öztürk MO, Uluşahin A. RUH SAĞLIĞI ve BOZUKLUKLARI. 2016. 788 p.
55. Loranger AW, Janca A SNA. Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (Ipde). 1997.

56. Şenyuva HŞ. Aydın İlinden Alınan Normal Bir Popülasyonda Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışmaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2007;
57. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality Disorders in Modern Life 2nd Edition. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2004.
58. Taymur I, Turkcapar M. Personality: Description, Classification and Evaluation. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry [Internet]. 2012;4(2):154. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.5455/cap.20120410>
59. Doğan Ş. Kişilik Bozuklukları. Klin Gelişim. 2009;22(4):45–55.
60. NIMH (National Institute for Mental Health). Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion: Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorders. London: Department of Health. 2003;
61. Whitlock FA. Prichard and the concept of moral insanity. Australas Psychiatry. 1967;1(2):72–9.
62. Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical Distinctions in the Study of Personality Disorder: Implications for Classification. 1994;103(1):6–17.
63. Gökalp PG. Kişilik Bozuklukları Kavramının Tarihsel Gelişimi: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatr Derg. 1997;8(3):216–22.
64. Oldham JM. Personality Disorders. Focus J Lifelong Learn Psychiatry. 2005;III(3).
65. Kretschmer E. Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Routledge; 2013.
66. Freud S. The Ego and the Id. (Trans, by J. Riviere). Strachey J, editor. Vol. 149, American Journal of Psychiatry. New York: W.W. Norton; 1960.
67. Burger JM. Personality. 8th ed. California: Wadsworth Publishing; 2010.

68. Ünal S. Nesne İlişkileri Kuramı. In: Işık E, Taner E, Işık U, editors. Güncel Klinik Psikiyatri. 2nd ed. 2008. p. 19–22.
69. 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;93(4):332–46.
70. POLLIN W, ALLEN MG, HOFFER A, STABENAU JR, HRUBEC Z. Psychopathology in 15,909 Pairs of Veteran Twins: Evidence for a Genetic Factor in the Pathogenesis of Schizophrenia and Its Relative Absence in Psychoneurosis. *Am J Psychiatry*. 1969;126(5):597–610.
71. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A Twin Study of Personality Disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416–25.
72. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry Paperback [Internet]. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2015. 446–449 p. Available from: <https://juniperpublishers.com/pbsij/pdf/PBSIJ.MS.ID.555668.pdf>
73. Coccaro EF. Function in Personality. In: *Biology of Personality Disorders*. 1998. p. 17(1).
74. Ettinger U, Kumari V, Crawford TJ, Flak V, Sharma T, Davis RE, et al. Saccadic eye movements, schizotypy, and the role of neuroticism. *Biol Psychol*. 2005;68(1):61–78.
75. Deckel AW, Hesselbrock V, Bauer L. Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG and neuropsychological findings. *J Clin Psychol*. 1996;52(6):639–50.
76. Cowdry RW, Pickar D, Davies R. Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *Int J Psychiatry Med*. 1985;15(3):201–11.
77. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. 2004. 412 p.
78. Coid J, Yang MIN, Yrer PT, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423–31.

79. Crawford MJ, Rushwaya T, Bajaj P, Tyrer P. The prevalence of personality disorder among ethnic minorities : fi ndings from a national household survey. 2012;
80. Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(3):223–33.
81. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC Personality Disorder Diagnosis: Gender, Prevelance, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. 2010;24(4):412–26.
82. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 2007;
83. 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. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(2):139–47.
84. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. New York: American Psychiatric Press; 1984.
85. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Battaglia M, Donati D, Donini Mm, et al. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Compr Psychiatry*. 2000;41(3):206–15.
86. Zimmerman M, Rothschild L, Ph D, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911–8.
87. APA. American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual (Third Edition). Am Psychiatr Assoc. 1980;
88. Davison G, Neale J. *Anormal Psikolojisi*. 7th ed. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2004.
89. APA. American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1952;947. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5#0>

90. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th, text ed. Washington DC: Author; 2000.
91. Skodol AE. Manifestations, Clinical Diagnosis, and Comorbidity. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 57–87.
92. Kety SS. Schizotypal personality disorder: An operational definition of Bleuler's latent schizophrenia? Schizophr Bull. 1985;11(4):590–4.
93. Bahar E, Cüneyt EE, Ömer S, Duran Ç. Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatr ve Nörolojik Bilim Derg. 2003;16(2):71–9.
94. Senol S, Yüksel N. Borderline disorder in Turkey: a 2- to 4-year follow-up. 1997;109–12.
95. Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Terry DP, et al. Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. J Abnorm Psychol. 2013;122(4):1057–69.
96. Aslan S. Kişilik Huy ve Psikopatoloji. Rev Cases Hypotheses Psychiatry. 2008;2(1–2):7–18.
97. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. Am Psychol. 2007;62(2):71–83.
98. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1(1):355–80.
99. Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: “Batı Cephesinde Yeni bir Şey Yok” mu? 2013;
100. Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatr Derg. 2007;18(3):1–8.

101. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(6):573–88.
102. Mc Crae RR, Costa PT. Validation of the Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(1):81–90.
103. Morey LC, Gunderson JG, Quigley BD, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, et al. THE REPRESENTATION OF BORDERLINE, AVOIDANT, OBSESSIVE-COMPULSIVE, AND SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDERS BY THE FIVE-FACTOR MODEL. *J Pers Disord*. 2002;16(3):215–34.
104. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *J Pers Disord*. 2005;19(2):110–30.
105. 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;42(9):1879–90.
106. Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2016;95:168–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.049>
107. Bayes A, Parker G, McClure G. Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;204:103–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.027>
108. Stanton K, Rozek DC, Stasik-O'Brien SM, Ellickson-Larew S, Watson D. A transdiagnostic approach to examining the incremental predictive power of emotion regulation and basic personality dimensions. *J Abnorm Psychol*. 2016;125(7):960–75.
109. First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *Encycl Clin Psychol*. 2015;1–6.
110. ELBİR M, TOPBAŞ ÖALP, BAYAD S, KOCABAŞ T, TOPAK OZ, ÇETİN Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatr*

Derg. 2019;30(1):51–6.

111. Ataman E. Stres veren ya ş am olaylari kar ş isinda b i l iş sel duygu düzenleme stratej i ler i n i n depresyon ve kaygi düzey i n i bel i rlemedek i rolü. 2011.
112. Onat O. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması:Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. Eğitim Bilim Derg. 2013;31(31):123–43.
113. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. J Psychopathol Behav Assess [Internet]. 2004;26(1):41–54. Available from: <http://www.springerlink.com/openurl.asp?id=doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
114. Rugancı RN. The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world (Doctoral dissertation). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
115. Konduz N. DSM-5’e Göre Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Kişilerarası İşlevsellikte Yetersizlik Düzeyleri. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ; 2015.
116. KAÇAR S. Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması. 2014.
117. Çökmüş FP, Yüzeren S, Sücüllüoğlu Dikici D, Aydın O, Aydın PÜ, Akdeniz F, et al. Reliability and validity of Turkish form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) adult version. Klin Psikofarmakol Bul ek S1. 2018;28:29.
118. Beck AT, Beck JS. The personality belief questionnaire. Unpublished assessment instrument. Bala Cynwyd, PA; 1991.
119. Türkçapar MH, Örsel S, Uğurlu M, Sargın E, Turhan M, Akkoyunlu S, et al. Kişilik İnanç Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Klin Psikiyatr. 2008;10:177–91.
120. Beck AT, Brown G, Epstein NYS, A R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and. Clin Psychol. 1988;56(6):893–7.

121. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother An Int Q*. 1998;12(2):163–72.
122. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–71.
123. N H. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. Vol. 7, *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989. p. 3–13.
124. Guy W. Clinical Global Impression (CGI). In: *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 100–2.
125. Bhugra D. Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;80(1):1–12.
126. George LK, Blazer DG, Hughes DC, Fowler N. Social support and the outcome of major depression. *Br J Psychiatry*. 1989;154(APR.):478–85.
127. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE. Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am J Psychiatry*. 2006;163(6):993–1000.
128. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal Kora M, Alyanak B. Çocukluk Dönemi İstismar Ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2001;2(2):69–78.
129. Orsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, Aktaş EA. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients | Psikiyatri hastaları{dotless}nda çocukluk çağı{dotless} travmaları{dotless}ni{dotless}n si{dotless}kli{dotless}ği{dotless} ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2011;12(2):130–6.
130. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;8(10):737–54.
131. Şar V, Akyüz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(10):1583–1590.

132. Rowe LS, Doss BD, Hsueh AC, Libet J, Mitchell AE. Coexisting Difficulties and Couple Therapy Outcomes: Psychopathology and Intimate Partner Violence. *J Fam Psychol.* 2011;25(3):455–8.
133. BRENT DA, JOHNSON BA, PERPER J, CONNOLLY J, BRIDGE J, BARTLE S, et al. Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1994;33(8):1080–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199410000-00003>
134. Marton P, Korenblum M, Kutcher S, Stein B, Kennedy B, Pakes J. Personality dysfunction in depressed adolescents. *Can J Psychiatry.* 1989;34(8):810–3.
135. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Pers Disord.* 1993;1:63–85.
136. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004;18(3):226–39.
137. Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res.* 2000;95(3):251–60.
138. Gaudiano BA, Dalrymple KL, Zimmerman M. Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depress Anxiety.* 2009;26(1):54–64.
139. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(11):1609–40.
140. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behav Res Ther* [Internet]. 2011;49(9):544–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>

141. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif*. 2005;39(7):1249–60.
142. Gürdal C, Sevi Tok ES, Sorias O. Erken Kayıplar, Bağlanma, Mizaç-Karakter zellikleri ve Duygu Düzenlemenin Psikopatoloji Gelişimi zerine Etkisi. *Türk Psikiyatr Derg*. 2018;29(3):180–92.
143. Bilgin TS. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon ve İmpulsivite İlişkisi-Uzmanlık Tezi. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ; 2015.
144. Tsydes A, Aldao A, Mennin DS. Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2013;27(2):197–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.008>
145. Moriya J, Takahashi Y. Depression and interpersonal stress: The mediating role of emotion regulation. *Motiv Emot*. 2013;37(3):600–8.
146. Mehmet K. MAJOR DEPRESYON, YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUğU VE PANİK BOZUKLUğUNDAKİ DUYGU DÜZENLEME GçLKLERİNE MİZAç-KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN VE ANKSİYETE DUYARLILIğININ ETKİSİ. 2014.
147. Beck AT, Butler AC, Brown GK, Dahlsgaard KK. Cognitive theory of personality disorders: A test using the Personality Belief Questionnaire. *Manuscr Submitt Publ*. 2000;
148. Arntz A, Dreessen L, Schouten E, Weertman A. Beliefs in personality disorders: A test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behav Res Ther*. 2004;42(10):1215–25.
149. Lamers SMA, Westerhof GJ, Kovács V, Bohlmeijer ET. Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *J Res Pers* [Internet]. 2012;46(5):517–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012>
150. Alonso P, Menchón JM, Jiménez S, Segalàs J, Mataix-cols D, Jaurieta N, et al. Personality dimensions in obsessive – compulsive disorder : Relation to clinical variables ☆. 2008;157:159–68.

151. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. 2011;10(2):103–6.
152. Costa PT, Bagby RM, Herbst JH, McCrae RR. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord*. 2005;89(1–3):45–55.
153. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, Yen S, Rettew JB, Dolan-Sewell R, et al. Plausibility and possible determinants of sudden “remissions” in borderline patients. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 2003;66(2):111–9.
154. Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *J Pers Soc Psychol*. 2007;93(6):1080–107.
155. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010;30(2):217–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
156. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, et al. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2016;98:218–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.022>
157. Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2006;3(9):62–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975829> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2963469>
158. Gratz KL, Tull MT, Matusiewicz AM, Breetz AA, Lejuez CW. Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personal Disord Theory, Res Treat*. 2013;4(4):304–14.
159. Thimm JC, Jordan S, Bach B. The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): Psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychol* [Internet]. 2016;4(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0169-5>

160. KRUS GC. RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONALITY DISORDER BELIEFS AND PERSONALITY DISORDER FEATURES AMONG YOUNG AND OLDER ADULTS. University of Colorado Colorado Springs; 2015.
161. Hopwood CJ, Schade N, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE. Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model. *J Psychopathol Behav Assess*. 2013;35(2):162–72.
162. Gore WL, Widiger TA. The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *J Abnorm Psychol*. 2013;122(3):816–21.
163. John OP, Gross JJ. Healthy and Unhealthy Emotion Regulation : Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *J Pers*. 2004;72(6):1301–34.
164. Fowler JC, Patriquin MA, Madan A, Allen JG, Frueh BC, Oldham JM. Incremental validity of the PID-5 in relation to the five factor model and traditional polythetic personality criteria of the DSM-5. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017;26(2):1–9.
165. Abdi R, Pak R. The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2019;142(April):282–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.09.026>
166. Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE, Hopwood CJ. The Convergent Structure of DSM-5 Personality Trait Facets and Five-Factor Model Trait Domains. *Assessment*. 2013;20(3):308–11.
167. Trull TJ. The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *J Pers*. 2012;80(6):1697–720.
168. İnce MA. COGNITIVE ASPECTS OF PERSONALITY DISORDERS: INFLUENCES OF BASIC PERSONALITY TRAITS, COGNITIVE EMOTION REGULATION, AND INTERPERSONAL PROBLEMS. MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY; 2012.
169. Short NA, Norr AM, Mathes BM, Oglesby ME, Schmidt NB. An Examination

- of the Specific Associations Between Facets of Difficulties in Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptom Clusters. *Cognit Ther Res*. 2016;40(6):783–91.
170. Bach B, Anderson JL. Patient-Reported ICD-11 Personality Disorder Severity and DSM-5 Level of Personality Functioning. *J Pers Disord*. 2018;1–19.
171. Anderson JL, Sellbom M, Salekin RT. Utility of the Personality Inventory for DSM-5–Brief Form (PID-5-BF) in the Measurement of Maladaptive Personality and Psychopathology. *Assessment*. 2018;25(5):596–607.
172. Elfhag K, Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav*. 2008;9(3):285–93.
173. American Psychiatric Association. Changes to the reformulation of personality disorders for DSM-5. 2011;(Washington, DC):Author.
174. Hill J, Fudge H, Harrington R, Pickles A, Rutter M. Complementary approaches to the assessment of personality disorder. The personality assessment schedule and adult personality functioning assessment compared. *Br J Psychiatry*. 2000;176(MAY):434–9.

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı : Kübra SEZER KATAR
Doğum yeri ve tarihi : Ankara, 29.03.1991
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Medeni Durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : sezer.kubra91@gmail.com 05525464571
Yabancı Dili : İngilizce

II. Eğitim

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2015)
Ankara Atatürk Lisesi (2005-2009)
Tevfik İleri İlköğretim Okulu (1997-2005)

III. Ünvanları

Pratisyen Hekim
Asistan Hekim

IV. Mesleki Deneyimi

2015-2016 Kağızman Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

V. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

VI. Bilimsel İlgi Alanları

Paylaşılmış psikotik bozukluk: Bir olgu sunumu, Poster bildirisi, TPD 21. Klinik
Eğitim Sempozyumu

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 17.12.2018
KARAR NO : 57/06

Hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde **Prof.Dr. Sibel ÖRSEL** sorumluluğunda yapılması planlanan **Dr. Kübra SEZER KATAR'** a ait **"Duygu Düzenleme Süreçleri ve Boyutsal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması"** konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye

Prof. Dr. Fatih YALÇINKAYA
Üye

Doç. Dr. Huriye Hayat GÜVEN
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ÖRSEL
Üye
(Katılmadı)

Doç. Dr. Jülide EKİCİ
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

B.M.M. Burcu DEMİR
Üye

Hülya BALA
Üye

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Hasta adı- soyadı: Telefon:
2. Doğum tarihi : Adres :
3. Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek
4. Medeni durumu: 0. Bekar
 1. Evli
 2. Ayrı yaşıyor
 3. Boşanmış
 4. Dul
5. Birlikte yaşadığı kişiler: 0. Eş ve çocukları ile
 1. Ebeveynleri ile
 2. Yalnız
 3. Geniş aile ile
 4. Tanıdıkları ile
 5. Diğer
6. Eğitim durumu : 0. Okur – yazar
 1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Üniversite / Yüksekokul
7. Meslek : (0) İşsiz
 (1) Öğrenci
 (2) Ev hanımı
 (3) İşçi/memur
 (4) Emekli
 (5) Serbest
8. Aylık ort. Gelir: 0. 0-1300 TL
 1. 1300-2000 TL
 2. 2000-4000 TL
 3. 4000 ve üzeri
9. Şuan yaşadığınız yer : 0- Köy 1- İlçe 2- Şehir 3- Büyükşehir
10. Yetiştirdiğiniz yer : 0- Köy 1- İlçe 2- Şehir 3- Büyükşehir
11. Anneniz.....: 0-Sağ 1-Ölü (Öldüğünde kaç yaşındaydınız?....)
12. Babanız.....: 0-Sağ 1-Ölü (Öldüğünde kaç yaşındaydınız?....)
13. Kaç kardeşiniz.....:.....
14. Siz baştan itibaren kaçınıcı çocuksunuz.....
15. Anne-baba boşanması-ayrılığı var mı: 0-Evet(siz kaç yaşındaydınız?) 1-Hayır
16. 0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?
 a. Anne-baba (tek ebeveyn ise lütfen belirtiniz:.....)
 b. Anneanne/babanne-dede
 c. Diğer akrabalar
 d. Kurum

17. Çocukken önemli bir ayrılık / göç yaşadınız mı?
- Evet
 - Hayır
18. Çocukken anne babanızdan belli bir dönem ayrı kaldınız mı?
- Evet (Kaç yaşındaydınız?.)
 - Hayır
19. Ailenizin içinde yaşadığınız toplumdan farklı bir dinsel ya da etnik özelliği var mıydı?
- Evet
 - Hayır
20. Yetiştığınız ailede babanız annenize şiddet uygular mıydı ?
- Evet
 - Hayır
21. Çocukluk döneminde aile içinde şiddete uğradınız mı?(anne- baba- kardeş ve diğer)
- Evet
 - Hayır
22. Geçmişte aile dışında sözlü-fiziksel tacize uğradınız mı?
- Evet
 - Hayır
23. Şu anda bir partneriniz/eşiniz varsa şiddete maruz kaldığınız oldu mu?
- Evet
 - Hayır
24. Ailenizde herhangi bir ruhsal hastalığı olan veya bu nedenle tedavi gören var mı?
- Evet (Kim ve rahatsızlığı nedir?.....)
 - Hayır
25. İntihar girişiminiz oldu mu ?
- Evet (Kaç kez?.....)
 - Hayır
26. Geçmişte kendinize zarar verici davranışta bulunduğunuz oldu mu?
- Evet
 - Hayır
27. Alkol kullanımınız var mı?
- Evet (Başlama yaşı:..... Günde ne kadar içersiniz?.....)
 - Hayır
28. Alkol dışı madde (esrar, eroin, kokain, uyarıcı hap gibi) kullanımınız var mı?
- Evet (Hangilerini?:..... Günde ne kadar içersiniz?.....)
 - Hayır
29. Geçmişte ya da şu anda kronik bedensel bir rahatsızlığınız oldu mu?
- Evet (Nedir?:..... Kullandığınız ilaçlar:.....)
 - Hayır
30. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?
- Evet (Hangi tanıyla?:..... Hangi Tarihte?:
Kullandığı ilaçlar:
.....)
 - Hayır

31. Şu anda psikiyatrik ilaç kullanımınız var mı?
- a. Evet (Ne kullanıyorsunuz? Ne kadar süredir?.....)
 - b. Hayır



EK-3: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 ☐ (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
☐ (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
☐ (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
☐ (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 ☐ (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
☐ (1) Gelecek için karamsarım.
☐ (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
☐ (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 ☐ (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
☐ (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
☐ (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
☐ (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 ☐ (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
☐ (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
☐ (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
☐ (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 ☐ (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
☐ (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
☐ (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
☐ (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 ☐ (0) Kendimden memnunum.
☐ (1) Kendimden pek memnun değilim.
☐ (2) Kendime kızgıyım.
☐ (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 ☐ (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
☐ (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
☐ (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
☐ (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 ☐ (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
☐ (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
☐ (2) Kendimi öldürmek isterdim.
☐ (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 ☐ (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
☐ (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
☐ (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
☐ (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 ☐ (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
☐ (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
☐ (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
☐ (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

- 11 ☐ (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
☐ (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
☐ (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
☐ (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 ☐ (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
☐ (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
☐ (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
☐ (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 ☐ (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
☐ (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
☐ (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
☐ (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 ☐ (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
☐ (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
☐ (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
☐ (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 ☐ (0) Uykum her zamanki gibi.
☐ (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
☐ (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
☐ (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 ☐ (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
☐ (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
☐ (2) Her şey beni yoruyor.
☐ (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 ☐ (0) İştahım her zamanki gibi.
☐ (1) Eskisinden daha iştahsızım.
☐ (2) İştahım çok azaldı.
☐ (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 ☐ (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
☐ (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
☐ (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
☐ (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 ☐ (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
☐ (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
☐ (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
☐ (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 ☐ (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
☐ (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
☐ (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
☐ (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 ☐ (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
☐ (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
☐ (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
☐ (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam skor:

EK-5: BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Hemen hepimizin yaşamında hoş olmayan kötü şeyler olabilmekte ve bu olaylara verdiğimiz tepkiler de birbirinden farklı olabilmektedir. Aşağıdaki cümlelerde başınıza gelmiş olan olumsuz ya da nahoş olaylar karşısında genellikle **ne düşündüğünüz** sorulmaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra *sizin* durumunuza en uygun seçeneği işaretleyerek yanıt vermeniz istenmektedir.

BAŞIMA KÖTÜ BİR OLAY GELDİĞİNDE...

	Hiç	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Her zaman
1. Bunun suçlusu benim diye düşünürüm.					
2. Artık bu olayın olup bittiğini kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.					
3. Bu yaşadığımla ilgili ne hissettiğimi düşünürüm.					
4. Yaşadıklarımın daha hoş olan şeyleri düşünürüm.					
5. Yapabileceğim en iyi şeyi düşünürüm.					
6. Bu olaydan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.					
7. Her şey çok daha kötü olabilirdi diye düşünürüm.					
8. Yaşadığım olayın başkalarının başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.					
9. Bu olayda başkalarının suçu olduğunu düşünürüm.					
10. Bu olayın tek sorumlusunun ben olduğumu düşünürüm.					
11. Durumu kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.					
12. Zihnim yaşadığım olay hakkında ne düşündüğüm ve hissettiğimle sürekli meşgul olur.					
13. Olayla hiç ilgisi olmayan hoş şeyler düşünürüm.					
14. Bu durumla en iyi nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.					
15. Başımdan geçenlerin bir sonucu olarak daha güçlü bir insan haline gelebileceğimi düşünürüm.					
16. Diğer insanların çok daha kötü tecrübeler geçirdiklerini düşünürüm.					

17. Başıma gelen olayın ne kadar korkunç olduğunu düşünüp dururum.					
18. Başımdan geçen olaydan başkalarının sorumlu olduğunu düşünürüm.					
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.					
20. Bu olayla ilgili hiçbir şeyi değiştiremeyeceğimi düşünürüm.					
21. Bu olayla ilgili neden böyle hissettiğimi anlamak isterim.					
22. Başımdan geçen olay yerine hoş bir şeyler düşünürüm.					
23. Bu durumu nasıl değiştireceğimi düşünürüm.					
24. Bu durumun olumlu yanlarının da olduğunu düşünürüm.					
25. Diğer şeylerle karşılaştırıldığında bunun o kadar da kötü olmadığını düşünürüm.					
26. Yaşadığım bu şeyin bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğunu düşünürüm.					
27. Bu olayda diğerlerinin yaptığı hataları düşünürüm.					
28. Esas sebebin kendimle ilgili olduğunu düşünürüm.					
29. Bununla yaşamayı öğrenmem gerektiğini düşünürüm.					
30. Bu durumun bende uyandırdığı duygularla boğuşurum.					
31. Hoş olayları düşünürüm.					
32. Yapabileceğim en iyi şeyle ilgili bir plan düşünürüm.					
33. Bu durumun olumlu yanlarını ararım.					
34. Kendime hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu söylerim.					
35. Sürekli bu durumun ne kadar korkunç olduğunu düşünürüm.					
36. Esas sebebin başkalarıyla ilgili olduğunu düşünürüm.					

EK-6: DUYGU REGÜLASYON ZORLUĞU ÖLÇEĞİ

DUYGU REGÜLASYON ZORLUĞU ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (%0-%10)	Bazen (%11-%35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)	Çoğu zaman (%66-%90)	Hemen hemen her zaman (%91-%100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygulanma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşam.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5

20. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün artındadır.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK-7: KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ

KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ

Adı soyadı: _____ Tarih: _____

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle	Çok fazla	Orta derecede	Biraz	Hiç
inanıyorum	inanıyorum	inanıyorum	inanıyorum	inanmıyorum

Örnek

1. Dünya tehlikeli bir yerdir.
(Lütfen daire içine alınız.)

NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

4	3	2	1	0
Tümüyle	Çok Fazla	Orta Derecede	Biraz	Hiç

	4	3	2	1	0
	Tümüyle	Çok Fazla	Orta Derecede	Biraz	Hiç
1. İnsanlarla ilişkilerde beceriksiz, işte veya sosyal hayatta istenilmeyen birisiyim.	4	3	2	1	0
2. Diğer insanlar eleştirel, soğuk, aşağılayıcı ya da dışlayıcı olabilirler.	4	3	2	1	0
3. Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
4. İnsanlar bana yakınlaşırlarsa benim "gerçekten" ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
5. Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılamaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
6. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
7. Rahatsızlık verici bir şey hisseder ya da düşünürsem bunu zihnimden atmaya çalışmalı veya dikkatimi başka yere vermeliyim (örneğin, başka şeyler düşünmek, içki içmek, ilaç almak, ya da televizyon seyretmek gibi) .	4	3	2	1	0
8. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
9. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0

10. Başkaları beni eleştiriyorsa bunda haklıdırlar.	4	3	2	1	0
11. Başarısız olunacak bir işle uğraşılmıyorsa hiçbir şey yapmamak daha iyidir.	4	3	2	1	0
12. Bir sorun üzerinde düşünmezsem onunla ilgili bir şey yapmam da gerekmez.	4	3	2	1	0
13. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
14. Eğer bir sorunu görmezden gelirim o sorun ortadan kalkar.	4	3	2	1	0
15. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
16. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
17. Bana yardım eden kişi -eğer olmayı isterse-verici, destekleyici ve güvenilir olabilmelidir.	4	3	2	1	0
18. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
19. Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
20. Olabilecek en kötü şey terkedilmektir.	4	3	2	1	0
21. Eğer sevilmezsem hep mutsuz olurum.	4	3	2	1	0
22. Bana yardımcı ve destekleyici olanları gücendirecek hiçbir şey yapmamalıyım.	4	3	2	1	0
23. İnsanların iyi niyetinin sürmesi için itaatkar olmalıyım.	4	3	2	1	0
24. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
25. Bir ilişkiyi mümkün olduğunca yakın hale getirmeliyim.	4	3	2	1	0
26. Kendi başıma karar veremem	4	3	2	1	0
27. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0
28. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0

29. Kendi kendime yeterim ancak amaçlarıma ulaşmak için başkalarının yardımına gereksinimim var.	4	3	2	1	0
30. Kendime olan saygımı korumanın tek yolu tepkimi dolaylı biçimde ortaya koymaktır. Örneğin, kurallara tam olarak uymayarak.	4	3	2	1	0
31. Başkalarına bağlanmaktan hoşlanırım ancak biri tarafından hükmedilmek gibi bir bedel ödemek istemem.	4	3	2	1	0
32. Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
33. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarınca denetlenmek veya hükmedilmek dayanılmazdır.	4	3	2	1	0
35. İşleri kendi bildiğime göre yapmalıyım	4	3	2	1	0
36. Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
37. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
38. En iyisi kızgınlığımı doğrudan ifade etmek yerine, hoşnutsuzluğumu uyumsuzlukla göstermektir.	4	3	2	1	0
39. Benim için neyin en iyisi olduğunu biliyorum ve diğer insanlar bana ne yapmam gerektiğini söylememeliler.	4	3	2	1	0
40. Kurallar keyfidir ve beni sıkar.	4	3	2	1	0
41. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
42. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
43. Kendimden ve başkalarından tamamen ben sorumluyum.	4	3	2	1	0
44. Bir şeyleri yapabilmek için tamamen kendi gücüme güvenmek zorundayım.	4	3	2	1	0
45. Başkaları çok dikkatsiz, çoğu kez sorumsuz, kendi isteklerinin peşinde koşan ya da yetersiz kişilerdir.	4	3	2	1	0

46. Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
47. Bir işi düzgün yapabilmek için düzene, belirli bir sisteme ve kurallarla gereksinimim vardır.	4	3	2	1	0
48. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
49. Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
50. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
51. Her zaman duygularımı tam olarak kontrol etme ihtiyacındayım.	4	3	2	1	0
52. İnsanlar işleri benim tarzımda yapmalıdırlar.	4	3	2	1	0
53. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
54. Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
55. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
56. Bir şeyleri yapma tarzım genellikle en iyi yöntemdir.	4	3	2	1	0
57. Kendime dikkat etmeliyim.	4	3	2	1	0
58. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
59. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
60. Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
61. Sözüne sadık olmak ya da borcunu ödemek önemli değildir.	4	3	2	1	0
62. Yakalanmadığın müddetçe yalan söylemek ve aldatmak normaldir.	4	3	2	1	0
63. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlar, zayıflar ve aldatılmayı hak ediyorlar.	4	3	2	1	0

65. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
66. Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0
67. Başkalarının benim hakkımda ne düşündüğü hiç önemli değil.	4	3	2	1	0
68. Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
69. Yaptığım yanıma kâr kalacağı için ortaya çıkacak kötü sonuçlar hakkında endişelenmeme gerek yok.	4	3	2	1	0
70. Eğer insanlar kendilerini koruyamıyorlarsa, bu onların sorunudur.	4	3	2	1	0
71. Ben çok özel biriyim.	4	3	2	1	0
72. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
73. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim	4	3	2	1	0
74. Tanınmak, övülmek ve hayranlık duyulmak çok önemlidir.	4	3	2	1	0
75. Benim mevkime saygı göstermeyenler cezalandırılmalıdırlar.	4	3	2	1	0
76. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
77. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu farketmelidirler.	4	3	2	1	0
78. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
79. Diğer insanlar elde ettikleri övgü veya zenginlikleri hak etmiyorlar.	4	3	2	1	0
80. İnsanların beni eleştirmeye hakları yok.	4	3	2	1	0
81. Hiç kimsenin ihtiyaçları benimkilere engel olmamalıdır.	4	3	2	1	0
82. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0

83. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
84. Büyük şeyler beklemek için haklı nedenlerim var.	4	3	2	1	0
85. Ben ilginç ve heyecan verici bir kişiyim.	4	3	2	1	0
86. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
87. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0
88. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
89. İstedığımı almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
90. İnsanlar bana karşı çok olumlu karşılık vermiyorlarsa kötüdürler.	4	3	2	1	0
91. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
92. İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0
93. Bir şeyleri düşünerek kendimi rahatsız etmemeli, içimden geldiği gibi davranabilmeliyim.	4	3	2	1	0
94. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
95. Can sıkıntısına tahammül edemem.	4	3	2	1	0
96. Eğer bir şeyi yapmaktan hoşlandığımı hissedersen, hemen başlamalı ve yapmalıyım.	4	3	2	1	0
97. Sadece abartılı davranırsam insanlar bana dikkat eder.	4	3	2	1	0
98. Hisler ve sezgiler, mantıklı düşünme ve planlamaya göre çok daha önemlidir.	4	3	2	1	0
99. Diğer insanların benim için ne düşündüğü önemsizdir.	4	3	2	1	0
100. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0

101. Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmak-tansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım	4	3	2	1	0
102. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissederim.	4	3	2	1	0
103. Ne yapacağıma karar verirken başkalarından etkilenmem.	4	3	2	1	0
104. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurmak benim için önemli değildir.	4	3	2	1	0
105. Kendi değerlerimi ve amaçlarımı kendim belirlerim.	4	3	2	1	0
106. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
107. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
108. Herhangi birinin yardımı olmaksızın kendi başıma işleri halledebilirim.	4	3	2	1	0
109. Diğer bir insana "bağlanıp" kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
110. Diğer insanlara kendimi açmamalıyım.	4	3	2	1	0
111. İlişkiye girmemek koşuluyla, diğer insanları kendi amaçlarım için kullanabilirim.	4	3	2	1	0
112. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
113. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
114. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
115. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullan-maya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
116. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
117. Diğer insanlara kendini açmak güvenilir değildir.	4	3	2	1	0
118. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kul-lanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
119. Eğer fırsat veririm insanları beni kullanırlar.	4	3	2	1	0

120. Çoğunlukla diğer insanlar dostça değildir.	4	3	2	1	0
121. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
122. Çoğu kez insanlar bilerek beni rahatsız etmek istiyorlar.	4	3	2	1	0
123. Diğer insanlara bana kötü davranıp sonra da çekip gideceklerini düşünmelerine izin verirsem başımı ciddi bir belaya sokmuş olurum.	4	3	2	1	0
124. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
125. İnsanlar sıklıkla söylediğinden farklı bir anlamı kasteder.	4	3	2	1	0
126. Yakın olduğum kişi sadakatsiz veya güvenilmez olabilir.	4	3	2	1	0

EK-8: UYUMSUZ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ENVANTERİ

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri

Aşağıda farklı farklı insanların kendileri hakkında belirtebilecekleri bir takım ifadeler var. Biz sizin kendinizi nasıl tanımladığınızı öğrenmek istiyoruz. Bu ifadelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu yüzden kendinizi olabildiğince dürüst bir şekilde belirtebilirsiniz, yanıtlarınız güvenli bir şekilde saklanacaktır. Sizden istediğimiz, biraz vakit ayırarak, her ifadeyi dikkatlice okumanız ve sizi en iyi tanımlayan yanıtı seçmenizdir. Teşekkür ederiz.

	Çok yanlış veya çoğu zaman yanlış	Oldukça yanlış	Oldukça doğru	Çok doğru veya çoğu zaman doğru
1. Başkalarının yaparken zevk alıyor gibi göründükleri şeylerden, ben o kadar da keyif almıyorum.				
2. Birçok insan benle uğraşiyor.				
3. İnsanlar benim için gözü kara derler.				
4. Hep aklıma eseni yapıyormuşum gibi geliyor.				
5. Sıklıkla hiç kimseye açıklayamayacağım kadar alışılmadık düşüncelerim vardır.				
6. Diğer şeyler dikkatimi çektiği için, konuşmanın akışını kaybederim.				
7. Riskli durumlardan uzak dururum.				
8. Söz konusu duygularım olduğunda, insanlar bana “soğuk nevale” derler.				
9. Başkalarının isteklerine göre davranırım.				
10. İnsanlarla çok içli dışlı olmamayı tercih ederim.				
11. Sık sık tekme tokat kavgalara girerim.				
12. Seveni olmayan biri olmaktan korkarım.				
13. Bir yanımda, dostça değildir ve kabadır.				
14. Sırf fark edilmek için bir şeyler yaptığım olur.				

15.	Çoğu zaman başkalarının yapmamı beklediği şeyleri yaparım.				
16.	Çoğu zaman, işlerin nereye varacağını düşünmeden aklıma estiği gibi davranırım.				
17.	Benim için iyi olmadığını bildiğim halde, acele kararlar almaktan kendini alıkoyamıyorum.				
18.	Bazen duygularım doğru dürüst bir neden yokken değişir.				
19.	Diğer insanlara sıkıntı versem bile aslında umurumda olmaz.				
20.	İçimdekileri kendime saklarım.				
21.	Sıklıkla, başkalarına tuhaf veya acayip gelen şeyler söylerim.				
22.	O an aklıma ne eserse onu yaparım.				
23.	Hiçbir şey bana çok ilgi çekici görünmüyor.				
24.	Görünüşe bakılırsa, çevremdeki insanlar davranışlarımı garip buluyorlar.				
25.	Gerçekten acayip bir düşünce tarzım olduğunu bana söyleyenler olmuştur.				
26.	Hayattan neredeyse hiç zevk almıyorum.				
27.	Sık sık, yaptığım hiçbir şeyin önemi/anlamı yokmuş hissine kapılıyorum.				
28.	Biri beni azıcık rahatsız eden bir şey yapacak olsa, hemen terslerim.				
29.	Hiçbir şey üzerinde dikkatimi toplayamıyorum.				
30.	Canlı, hareketli bir insanım.				
31.	Başkalarının gözünde sorumsuz biriyim.				
32.	Gerektiği zaman kaba / zalim olabilirim.				
33.	Düşüncelerimin yolundan çıkıp acayip ve alışılmadık noktalara yöneldiği sıkça olur.				
34.	Herşeyin tamamen yerli yerinde olduğundan emin olmak için çok fazla zaman harcadığımı söyleyenler oluyor.				

35.	Tehlikeli sporlardan ve etkinliklerden uzak dururum.				
36.	Kafamda düşle gerçeğin birbirine karıştığı zamanlar olabiliyor.				
37.	Bazen, kimi organlarım ölmüş veya benim değilmiş gibi tuhaf hislere kapılıyorum.				
38.	Kolay kızarım.				
39.	Tehlikeli işler yapmaya gelince sınır tanımam.				
40.	Doğrusunu isterseniz, ben başkalarından daha önemliyim.				
41.	Olmamış şeyler hakkında olmuş gibi hikayeler uydururum.				
42.	Başkaları öyle şeyler yaptığını anlatıyorlar ki, hiç hatırlamıyorum.				
43.	Sırf insanları kendime hayran bırakmak için bir şeyler yaptığım olur.				
44.	Garip ama bazen çevremdeki nesnelerin bana olduklarından farklı biçimlerde görüldüğü olur.				
45.	Olaylar karşısındaki duygularım çok uzun sürmez.				
46.	Durmam gerektiği zaman bile, bir etkinliği sonlandırmak benim için zordur.				
47.	İşlerimi önceden planlama konusunda iyi değilimdir.				
48.	Başkalarının riskli saydığı pek çok şey yaparım.				
49.	Küçük ayrıntılara çok fazla takıldığım söylenir.				
50.	Yalnız kalacağım diye çok kaygılanırım.				
51.	Elimdeki işi tam anlamıyla doğru yapmak için uğraşırken bazı şeyleri kaçıyorum.				
52.	Düşüncelerim sıklıkla başkalarına anlamsız gelir.				
53.	İstedigimi elde etmeme yarayacaksa sık sık kendimle ilgili bir şeyler uydururum.				
54.	Diğer insanların canının yandığını görmek beni gerçekten rahatsız etmez.				
55.	İnsanların sanki tuhaf bir şeyler söylemişim gibi baktıkları sık oluyor.				

56.	İstediğimi elde etmek için insanları öyle pohpohlarım ki, farkına bile varmazlar.				
57.	Yalnız kalmaktansa kötü bir ilişkiyi sürdürmeyi tercih ederim.				
58.	Çoğu zaman düşünerek davranırım.				
59.	Sıklıkla uykuya dalarken veya uyanırken rüya benzeri canlı hayaller görürüm.				
60.	İşe yaramıyor olsa bile, işleri bildiğim gibi yapmayı sürdürürüm.				
61.	Kendimden hiç memnun değilim.				
62.	Duygusal tepkilerim neredeyse herkesten daha güçlüdür.				
63.	Kim ne derse yaparım.				
64.	Birkaç saat yalnız kalmaya bile dayanmam.				
65.	Çok az insanın sahip olduğu üstün niteliklerim vardır.				
66.	Gelecek bana gerçekten umutsuz görünüyor.				
67.	Riske girmeyi severim.				
68.	Başka şeyler dikkatimi çektiği için hedeflerime ulaşamıyorum.				
69.	Bir şey yapmak istersem, riskler beni durduramaz.				
70.	Görünüşe göre, başkaları beni oldukça tuhaf veya alışılmadık buluyorlar.				
71.	Aklımdan olmadık ve tuhaf düşünceler geçer.				
72.	Başkalarının duygularına aldığım.				
73.	Hayatta istediklerini elde etmek için başkalarının sırtına basmak gerekir.				
74.	İnsanların dikkatini çekmek hoşuma gider.				
75.	Elimden geldiğince toplu yapılan her şeyden uzak dururum.				
76.	İstediklerimi elde etmemi sağlayacaksa, hile yapabilirim.				
77.	Bazen bildik bir şeye bakarken sanki onu ilk defa görüyormuşum gibi geliyor.				

78.	Bir işi bırakıp diğerine geçmek bana zor gelir.				
79.	Çok kötü şeylerin olmasından kaygılanırım.				
80.	İşleri bildiğim yoldan yaparım, bir işim iyi gitmediğinde bile bildiğim yoldan ayrılamam.				
81.	Ölsem, dünya daha iyi bir yer olur.				
82.	İnsanlarla aramdaki mesafeyi korurum.				
83.	Sıklıkla ne düşüneceğimi kontrol edemem.				
84.	Duygusal değilimdir.				
85.	Yetkili olsalar bile, insanların bana ne yapacağını söylemesinden hoşlanmam.				
86.	İnsanları birçok kez ufak tefek hayal kırıklıklarına uğrattığım için çok utanıyorum.				
87.	Az da olsa, tehlikeli olabilecek her şeyden uzak dururum.				
88.	Kısa zamanda ulaşılacak hedeflerin bile peşinden koşmakta zorluk çekerim.				
89.	Gönül ilişkilerinden uzak durmayı tercih ediyorum.				
90.	Başka birine asla zarar vermem.				
91.	Duygularımı çok belli etmem.				
92.	Çok çabuk sinirlenirim.				
93.	Geçmişte yaptığım hatalar yüzünden başıma kötü şeyler geleceği kaygısına sık kapılırım.				
94.	İnsanların aklından geçenleri okumak gibi bazı olağanüstü yeteneklerim var.				
95.	Geleceği düşünmek beni çok endişelendirir.				
96.	Hiçbir şeyi kendime dert etmem.				
97.	Aşık olmak hoşuma gider.				
98.	Yok yere riske girmektense, güvenli yoldan gitmeyi tercih ederim.				
99.	Bazen diğer insanların duyamadığı sesler duyarım.				
100.	Belirli şeylere kafayı takarım ve kendimi alamam.				
101.	İnsanlar, ne hissettiğimi anlamakta zorluk çektiklerini söylerler.				

102.	Çok duygusal bir insanımdır.				
103.	Ellerinde olsa insanlar benden yararlanırlardı.				
104.	Kendimi çoğu zaman yetersiz hissedirim.				
105.	Yaptığım iş kesinlikle mükemmel olmalıdır; tersi kabul edilemez.				
106.	Gerçekten orada olmayan birilerinin varlığını hissetmek gibi sıradışı yaşantılarım vardır.				
107.	İnsanlara istediklerimi yaptırma konusunda üstüme yoktur.				
108.	İnsanlar bana yakınlaşmaya başladığında ilişkimi keserim.				
109.	Hep bir şeyler için tasalanırım.				
110.	Neredeyse her şey için endişelenirim.				
111.	Kalabalığın içinde öne çıkmaktan hoşlanırım.				
112.	Arada sırada birazcık riske girmenin bence sakıncası yok.				
113.	Sıklıkla başkalarının dikkatini çekecek cüretkar davranışlarım olur.				
114.	Neredeyse herkesten daha iyiyim.				
115.	Çevremdeki insanlar her şeyi düzenlemek istememden yakınırlar.				
116.	Bana yanlış yapandan mutlaka acısını çıkarırım.				
117.	Bazı kişilerin beni aldatma ya da bana zarar verme ihtimaline karşı her zaman tetikte dururum.				
118.	Dikkatimi yapılması gereken işler üzerine toplamakta zorluk çekerim.				
119.	İntihar etmekten çok söz ederim.				
120.	Cinselliğe dayanan ilişkilerle pek ilgilenmem.				

121.	Bir şeylere takılıp kaldığım çok olur.				
122.	Ufacık şeyler bile beni kolaylıkla duygusallaştırır.				
123.	İnsanları deli etse bile, yaptıklarımın tamamen kusursuz olmasında ısrar ederim.				
124.	Her gün yaptığım şeylerin neredeyse hiç birinden keyif almıyorum.				
125.	İstediklerimi elde etmek için insanlara duymaktan hoşlanacakları şeyler söylerim.				
126.	Amacına ulaşmak için bazen “bire on katmak” gerekir.				
127.	Hayatta yalnız kalmaktan korktuğum kadar başka hiçbir şeyden korkmam.				
128.	İşe yaramayacağı belli olsa bile, bildiğim yoldan şaşmam.				
129.	Ne kendi eşyalarıma ne de başkalarının eşyalarına özen gösteririm.				
130.	Çok endişeli bir insanım.				
131.	İnsanlar aslında güvenilirdir.				
132.	Dikkatim kolay dağılır.				
133.	İnsanlar bana hep haksızlık ediyorlarmış gibi geliyor.				
134.	İşime yarayacaksa, hiç tereddüt etmeden insanları kandırırım.				
135.	Yaptığım şeylerin mükemmel olduğundan emin olmak için defalarca gözden geçiririm.				
136.	İnsanlarla vakit geçirmekten hoşlanmam.				
137.	Anlamsız gelse bile, başladığım işi sürdürmeye kendimi mecbur hissedirim.				
138.	Duygularımın an be an nasıl değişeceğini hiç bilmem.				
139.	Gerçekte olmayan şeyleri gördüğüm olmuştur.				
140.	İşlerin belirli bir yol yordam izlenerek yapılması benim için önemlidir.				

141.	Her zaman en kötüsünün olmasını beklerim.				
142.	Çok zor olsa da gerçekleri söylemeye çalışırım.				
143.	Bazı insanların zihinleri ile eşyaları hareket ettirebileceğine inanırım.				
144.	Dikkatimi herhangi bir şey üzerinde uzun süre toplayamam.				
145.	Gönül ilişkilerinden uzak dururum.				
146.	Arkadaş edinmek ilgimi çekmez.				
147.	İnsanlarla olabildiğince az konuşurum.				
148.	İşe yaramaz bir insanım.				
149.	Terkedilmemek için yapmayacağım şey yoktur.				
150.	Sadece düşüncelerimi göndererek bazen insanları etkileyebiliyorum.				
151.	Hayat bana oldukça tatsız geliyor.				
152.	Çoğu insan için bir anlam ifade etmeyen tuhaf bir düşünme tarzım vardır.				
153.	Davranışlarımla birilerini incitip incitmediğimi umursamam.				
154.	Bazen başka birilerine ait düşünceler tarafından 'kontrol edildiğim hissine kapılıyorum.				
155.	Hayatı dolu dolu yaşarım.				
156.	Tutamayacağım sözler veririm.				
157.	Hiçbir şey bana kendimi iyi hissettirmiyor.				
158.	Bir sürü şeyden hemen rahatsız olurum.				
159.	Ne kadar tehlikeli olduğuna aldırmadan canımın istediğini yaparım.				
160.	Sık sık faturaları (elektrik, su, vs) ödemeyi unuturum.				
161.	İnsanlara çok yakın olmaktan hoşlanmam.				

162.	İnsanları elimde oynatma konusunda iyiyimdir.				
163.	Her şey bana boş görünüyor.				
164.	Asla risk almam.				
165.	Ufacık birşey bile beni duygulandırır.				
166.	Benim için başkalarının duygularını incitmek o kadar da önemli değildir.				
167.	Duygularımı asla başkalarına belli etmem.				
168.	Sık sık kendimi zavallı gibi hissederim.				
169.	İnsan olarak hiçbir değerim yok.				
170.	Genellikle düşmanlık gösteririm.				
171.	Sorumluluklardan kaçmak için çekip gittiğim olmuştur.				
172.	Birtakım tuhaf tavır veya adetlerim olduğu bana birçok kez söylenmiştir.				
173.	Fark edilen biri olmak hoşuma gider.				
174.	Kötü şeyler olabilir diye hep korkarım ve ürkerim.				
175.	Asla yalnız kalmak istemem.				
176.	Bir şeyleri mümkün olduğu kadar iyi yapsam bile mükemmel olsun diye uğraşmaya devam ederim.				
177.	Tanıdıklarımın benden faydalanmaya çalıştıkları hissine kapıldığım çok enderdir.				
178.	Er ya da geç, bir gün intihar edeceğimi biliyorum.				
179.	Tanıdığım herkesten çok daha büyük işler başarmış durumdayım.				
180.	Yolumu açacaksa kesinlikle cazibemi kullanabilirim.				
181.	Nerede nasıl hissedeceğim hiç belli olmaz.				
182.	Mecbur kalmadıkça insanlarla muhatap olmam.				
183.	Başkalarının sorunlarına aldırmam.				
184.	Başkalarını duygulandıran şeyler beni etkilemez.				

185.	Başkalarının garip veya acayip bulduğu birçok alışkanlığım vardır.				
186.	Topluluk içine girmekten kaçınırım.				
187.	Ben özel bir muamaleyi hak ediyorum.				
188.	İnsanların azıcık üstüme gelmesi bile beni çok kızdırır.				
189.	Nadiren birşeylere heves ederim.				
190.	Arkadaş bildiğim insanların bile bana ihanet edeceklerinden şüphelenirim.				
191.	Dikkat çekmeyi çok isterim.				
192.	Bazen başka birinin düşüncelerimi beynimden çıkarıp aldığını düşünürüm.				
193.	Kendimden veya çevremdeki dünyadan kopmuş gibi hissettiğim zamanlar olur.				
194.	Sık sık, olaylar arasında çoğu insanın gözden kaçırdığı olağandışı bağlantılar kurarım.				
195.	Tehlikeli olabilecek şeyler yaparken zarar görebileceğim aklıma gelmez.				
196.	Eşyaların yerli yerinde olmamasına katlanamam.				
197.	Çoğu zaman benden daha önemsiz kimselerle muhatap olmak zorunda kalıyorum.				
198.	Bazen kimin patron olduğunu anlatmak için insanları terslerim.				
199.	Ufacık şeyler bile dikkatimin dağılmasına yol açar.				
200.	İnsanları aptal durumuna düşürmekten hoşlanırım.				
201.	Eğer havamda değilsem, toplantıları ya da randevularımı atlatıveririm.				
202.	Başkalarının benden beklentilerine uygun bir biçimde davranmaya çalışırım.				
203.	Sevgilim olmasındansa yalnız olmayı tercih ederim.				

204.	Bana mantıklı gelse de sıklıkla başkalarına tuhaf gelen düşüncelerim olur.				
205.	Aklıma eseni yapan biriyim.				
206.	İstediğimi elde etmek için insanları kullanırım.				
207.	Başkalarını inciten şeyler yaptığımda niçin suçlu hissetmem gerektiğini anlamıyorum.				
208.	İnsanın başkalarına niye dostluk göstermesi gerektiğini çoğu zaman anlamıyorum.				
209.	Tarifi mümkün olmayan oldukça garip şeyler yaşadığım olmuştur.				
210.	Verdiğim sözlerimi tutarım.				
211.	Dikkat çekmek hoşuma gider.				
212.	Çoğu zaman kendimi suçlu hissederim.				
213.	Sık sık dalar giderim ve sonra birden kendime geldiğimde aradan uzunca bir sürenin geçmiş olduğunu fark ederim.				
214.	Kolay yalan söylerim.				
215.	Riske girmekten nefret ederim.				
216.	Hak eden kişilere kötülük yaparım.				
217.	Etrafımdaki şeylerin gerçek değilmiş gibi veya fazla gerçekmiş gibi geldiği sık olur.				
218.	İşime geldiğinde olayları büyütürüm.				
219.	Benim için başkalarını kullanmak kolaydır.				
220.	Kendime göre katı kurallarım vardır.				

EK-9: KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME FORMU

Hastaya İlişkin Bilgiler	
Adı Soyadı	Hasta No

Değerlendirmeye İlişkin Bilgiler	
Adı Soyadı	Değerlendirme Tarihi

DSM ve ICD ÖLÇÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 0 *hiç yok*
 1 *biraz karşılıyor*
 2 *oldukça karşılıyor*
 3 *tümünü karşılıyor*

DSM-IV ve DSM-5 GENEL TANI ÖLÇÜTLERİ	
A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerine belirgin biçimde aykırı düşen ve süreklilik gösteren bir psikolojik yaşantı ve davranış örüntüsü söz konusu olup aşağıdakilerden en az ikisiyle belirlidir:	
1. Bilgi (yani, kendini/başkalarını/olayları algılama ve yorumlama)	
2. Duygulanım (yani duygusal yanıtın aralığı, yoğunluğu, oynaklığı ve uygunluğu)	
3. Kişilerarası işlevsellik	
4. Dürtü kontrolü	
B. Bu örüntü, esneklikten yoksun görünmeli ve çok çeşitli durumlarda görülür; önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalara ve klinik açıdan anlamlı düzeyde sıkıntıya yol açmaktadır.	
C. Bu örüntü ergenlik veya gençlikte (erken erişkinlik) başlamış olup uzun sürelidir ve kararlılık göstermektedir.	
D. Söz konusu örüntüyü başka bir mental bozukluğun belirtisi olarak veya bir maddenin (ilaç veya uyuşturucu) ya da bir genel tıbbi hastalığın doğrudan fizyolojik etkileriyle (ör: kafa travması) ilişkilendirilerek daha iyi açıklanamaz.	

ICD-10 GENEL TANI ÖLÇÜTLERİ	
A. Belirgin biçimde uyumsuz tutum ve davranışlar genellikle işlevselliğin çeşitli alanlarında söz konusudur; örneğin duygulanım, uyarılma, dürtü kontrolü, algılama ve düşünme biçimleri, başkalarıyla ilişki kurma stili	
B. Bu anormal davranış biçimi uzun süreli ve sürekli; mental hastalık epizodlarıyla sınırlı değildir	
C. Söz konusu anormal davranış örüntüsü yaygındır ve çok çeşitli kişisel ve sosyal durumlar için kesinlikle maladaptif niteliktedir	
D. Yukarıdaki belirtiler her zaman çocukluk veya ergenlikte belirir ve erişkinlikte devam eder	
E. Bozukluk belirgin düzeyde kişisel sıkıntıya yol açar; ancak bu sıkıntılar daha ileri dönemlerde görünür hale gelebilir	
F. Bozukluğa her zaman değilse de çok zaman iş ve sosyal performansta belirgin sorunlar eşlik eder.	

DSM-5 GENEL TANI ÖLÇÜTLERİ (Araştırma Amaçlı)	
A. Kişilik işlevselliğinde aşağıdakilerle belirli bozukluklar:	
B. Aşağıdaki alanlarda patolojik kişilik treytleri:	
C. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve kişilik treytlерinin görünümü zaman içinde ve çeşitli durumlar arasında değişiklik göstermemeli, süreklilik göstermeli.	
D. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik treytleri, bireyin gelişimsel evresi veya sosyokültürel çevresi için normatif özelliklerle açıklanamaz olmalı.	
E. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik treytleri, sadece bir tıbbi durumun veya maddenin/ilacın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalı	

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ AYRINTILI DEĞERLENDİRME

(iç sayfalardaki değerlendirme kılavuzuna başvurun)

- 0 *bozulma yok*
 1 *hafif bozulma*
 2 *orta bozulma*
 3 *ağır bozulma*
 4 *çok ağır bozulma*

1 Kişilik işlevselliğinde bozukluklar	
a Kimlik	0 1 2 3 4
• özduygusu ve kendinin sınırları	0 1 2 3 4
• özdeğerlendirme ve özdeğer	0 1 2 3 4
• duygu düzenlemesi	0 1 2 3 4
b Kendini yönlendirme	0 1 2 3 4
• amaçlar belirleme ve ulaşma	0 1 2 3 4
• İçsel standartlar ve doyum	0 1 2 3 4
• kendine bakabilme	0 1 2 3 4
2 Kişilerarası işlevsellikte bozukluklar	
a Eşduyumu	0 1 2 3 4
• başkalarının yaşantılarını anlama	0 1 2 3 4
• başkalarının bakış açılarını önemseme	0 1 2 3 4
• Başkaları üstündeki etkisini fark etme	0 1 2 3 4
b Samimiyet	0 1 2 3 4
• bağlarının derinliği ve süresi	0 1 2 3 4
• yakın ve karşılıklı ilişkiler kurabilme	0 1 2 3 4
• işbirliği yapabilme	0 1 2 3 4

Öz / Kendilik	0 BOZULMA YOK	1 HAFİF BOZULMA	2 ORTA BOZULMA	3 AĞIR BOZULMA	4 ÇOK AĞIR BOZULMA
1. Kimlik – kendini benzersiz, özerk ve fail (iradele, kararlı, çalışkan, etkili) biri olarak görme (deneyimleme), kendisi ile başkaları arasındaki sınırları tanımlama – kendini doğru (isabetli) değerlendirme ve özdeğerin düzenlenmesi – duyguların çeşitliliği ve düzenlenmesi	Kendisinin benzersizliğinin her zaman farkında; psikososyal rollerine uygun olan sınırları gözetmekte ve korumakta. Kendini doğru (isabetli) değerlendirmekte, ayrıca pozitif özdeğer duygusu süreklilik göstermekte ve kendi kendine düzenlenmekte. Yelpazedeki bütün duyguları yaşayabilme, katlanabilme ve düzenleyebilme kapasitesi bulunmakta.	Özduygusu görece sağlam olmakla birlikte, ruhsal sıkıntı veya güçlü duygular yaşadığında sınırların netliğinde bir miktar azalma olmaktadır. Özdeğer duygusu kimi zaman düşmekte, yanı sıra kendini aşırı eleştirel veya bir ölçüde çarpıtılmış biçimde değerlendirmekte. Güçlü duygular sıkıntıya yol açabildiğinden, duygusal yaşantıların yelpazesi sınırlı tutulmaktadır.	Kimliğini tanımlama konusunda başkalarına aşırı bağımlı; yanı sıra sınırlarını çizmekte eksikliği var. Sağlam olmayan özdeğeri dış değerlendirmelerden çok etkilendiği için bu konuda aşırı kaygılı olmasına ve onaylanma arayışına yol açmakta. Aşaklık veya eksik olma duygularını gidermek için kendini fazlasıyla iyi (işmiş) veya kötü (sönmüş) değerlendirmekte. Duygusal düzenleme dışardan olumlu değerlendirmelere dayanmakta. Özdeğere yönelik tehditler öfke ve utanç gibi güçlü duygular uyandırmakta.	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. Özdeğer duygusu kırılan olup olaylardan kolayca etkilenebilir, özimgesi tutarlı değil. Özdeğerlendirme uçlarda olup ya kendinden tiksime, ya kendini büyütme, ya da ikisinin akıldışı ve gerçekdışı bir karışımı biçimini almaktadır. Duyguları hızlıca değişebilmekte veya kronik, aman vermez bir umarsızlık duygusu yaşamakta.	Benzersiz bir kendilik ve özerklik/faillik duygusu ya neredeyse yok ya da dışardan kötülük görme algısı çevresinde örgütlenmiş. Başkalarıyla arasındaki sınırlar silikleşmiş veya tümünden silinmiş. Özimgesi dayanıksız veya çarpıtılmış olup başkalarıyla etkileşimlerden kolayca etkilenebilir; kendini değerlendirmesinde çarpıtmalar ve kafa karışıklığı belirgin. Bağlamla veya içsel yaşantıyla uyumlu olmayan duygular yaşamakta. Nefret ve agresyon, her ne kadar yadsınır başkalarına atfedilebilirler de, baskın duygular olabilmekte. Düşünceleri eylemlerden iyi ayırt edemediği için amaç belirleme yetisi ciddi biçimde bozulmuş olup gerçekçi olmayan veya tutarsız amaçlar belirleyebilmekte. Davranışları için içsel standartlar açık ve net değil veya çelişkili. Yaşamı anlamsız veya tehlikeli olarak deneyimlemekte. 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.
2. Kendine yön verme – kendine amaçlar belirleyip bunların peşinden koşabilme yetisi – davranışları için içsel standartların olması; doyuma ulaşabilmesi (emek verdiği işlerde sonuçtan tatmin olması) – kendine bakabilme, yaşantılarını anlayıp yorumlayabilme yetisi	Kişisel yetilerinin gerçekçi değerlendirmesine dayanan ulaşılabilir amaçlar belirlemekte ve onlara ulaşmaya çabalamakta. Davranışları için uygun standartlar kullanmakta ve çeşitli alanlarda doyum yaşayabilmekte. İçsel yaşantıları üzerine düşünebilmekte ve onları anlamlandırabilmekte.	Amaçlarına ulaşmaya yönelik etkinlikleri ya aşırı, ya da amaçları konusunda çelişki yaşamakta. Gerçekçi olmayan veya toplumsal açıdan uygunsuz kişisel standartları olması, doyumu kimi yönlerden sınırlandırmakta İçsel yaşantıları üzerine düşünebilmekte, ancak tek bir türde öz bilgi (ör. düşünceleri veya duyguları) üzerinde çok fazla durabilmekte.	İçinden geldiği için değil dışardan onay almak için amaçlarına ulaşmaya çalışmakta, dolayısıyla amaçları tutarlılık ve/veya süreklilikten yoksun olabilmekte. 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. İçsel yaşantıları üzerine düşünme kapasitesinde eksiklik var.	Kişisel amaçlar belirlemekte ve/veya amaçlarına ulaşmakta zorluk yaşamakta. Davranışları için içsel standartlar açık ve net değil veya çelişkili. Yaşamı anlamsız veya tehlikeli olarak deneyimlemekte. Kendi zihinsel süreçleri üzerine düşünme ve anlama yetisi belirgin biçimde bozuk.	Düşünceleri eylemlerden iyi ayırt edemediği için amaç belirleme yetisi ciddi biçimde bozulmuş olup gerçekçi olmayan veya tutarsız amaçlar belirleyebilmekte. Davranışları için içsel standartlar yok gibi. Gerçek anlamda doyumu düşünmek bile onun için olanaksız. Kendi yaşantıları üzerine düşünme yetisi yok. Kişisel güdülenmelerini tanıyamayabilmekte veya kendinin dışında olarak deneyimlemekte.

<i>Kişilerarası</i>	0 BOZULMA YOK	1 HAFF BOZULMA	2 ORTA BOZULMA	3 AĞIR BOZULMA	4 ÇOK AĞIR BOZULMA
1. Eşduyum – <i>başkalarının yaşadıklarını ve davranışlarının ardındaki itici güçleri (güdülenmeler) doğru anlayabilmekte.</i> – <i>başka insanların bakış açılarının farklılığına dikkat etme; önemseme</i> – <i>davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini fark etme</i>	Çoğu zaman başka insanların yaşadıklarını ve davranışlarının ardındaki itici güçleri (güdülenmeler) doğru anlayabilmekte. Farklı düşüncede olsa bile, başka insanların bakış açılarına önem vermekte ve dinleyip anlamaya çalışmakta. Sözleri ve yaptıklarının başka insanları nasıl etkilediğinin farkında.	Başka insanları anlama ve yaşadıklarına değer verme yetisinde bir ölçüde kısıtlılık var; başkalarını uygun olmayan beklentilere veya ipleri eline geçirme arzusuna sahip insanlar olarak görme eğiliminde. Yapabildiği halde, farklı bakış açılarını dikkate alıp anlamaya çalışmakta uğraşmamakta. Kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini bazen farkında, bazen değil.	Başkalarının yaşadıklarını, sadece kendisiyle arasında bir bağlantı algıladığında umursama, hem de fazlasıyla. Aşırı ölçüde ben merkezli düşünmekte; başka insanların yaşadıklarına değer verme ve çeşitli bakış açılarını dikkate alma yetisinde belirgin kısıtlılık söz konusu. Kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini genellikle ya farkında değil ya umurunda değil, ya da bu konuda ayağı yere basmayan değerlendirmeler yapmakta.	Başkalarının duygularını, düşüncelerini 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. Genel olarak başkalarının bakış açılarına dikkat alamamakta, fikir ayrılıkları veya farklı görüşlerden çok tedirgin olmakta. Kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini ya farkında değil ya da bu konuda kafası karışık; insanların düşünce ve davranışları karşısında sık sık şaşkınlığa kapılmakta, yıkıcı güdülerini çoğu kez başkalarına atfetmekte.	Başkalarının yaşadıklarını dikkate alma ve anlama konusunda derin bir yetisizlik. Başkalarının bakış açılarına neredeyse hiç dikkat etmemekte (olanca dikkati kendi gereksinimlerini doyurmaya ve zarardan kaçınmaya çevrilmiş durumda). Yaşadığı sosyal etkileşimler kafasını karıştırabilmekte, nerede olduğunu kimle konuştuğunu unutabilmekte.
2. Samimiyet – <i>başkalarıyla bağların derinliği ve süresi;</i> – <i>samimi ve karşılıklı (tek taraflı olmayan) ilişki kurup sürdürebilme</i> – <i>işbirliği kurabilme</i>	Kişisel ve sosyal yaşamında çok sayıda uzun süreli doyurucu ilişki sürdürmekte. Yakın, özenli ve karşılıklı ilişkilere isteyerek girmektedir. İşbirliği içinde çalışma ve karşılıklı kazanç için çabalamakta, başka insanların çeşitli görüş, duygu ve davranışlarına esnek biçimde yaklaşmakta.	Kişisel ve sosyal yaşamında çok sayıda uzun süreli doyurucu ilişki sürdürmekte, ilişkilerinin doyuruculuğu ve derinliği kimi açılardan sınırlı. İçini açmakta zorlandığı olsa da, samimi ve karşılıklı ilişki kurma kapasitesi ve isteği bulunmaktadır. Ancak, yoğun duygular veya çatışmalar yaşanması durumunda bu kapasite bütülmekte. Gerçekçi olmayan standartlar yüzünden sınırlı işbirliğine girebilmekte; başka insanların görüş, duygu, davranışlarına saygı duyma ve karşılık verme yetisi bir miktar kısıtlı.	Kişisel ve sosyal yaşamında ilişkiler kurma kapasitesi ve arzusu bulunmakta birlikte, bağlantıları büyük ölçüde yüzeysel olabilmekte. Daha çok özdeğer ve öz düzenleme gereksinimlerini karşılamak için yakın ilişkilere girmektedir ve başkaları tarafından kusursuz biçimde anlaşılmasını beklemektedir. İlişkilerin karşılıklı olması gereğini görmeme eğiliminde ve asıl olarak kişisel kazanç amacıyla işbirliğine girmektedir.	Kişisel ve sosyal yaşamında az da olsa ilişkiler kurmayı istemekle birlikte, olumlu ve uzun süreli bağlantılar kurma kapasitesinde belirgin eksiklik söz konusu. İlişkilerini, yakın birilerine mutlaka ihtiyacı olduğu inancı ve/veya yüzüstü bırakılma veya kötüye kullanılma beklentileri üzerine kurmakta. Yakınlık yaşadıklarına yönelik duyguları korku/ reddedilme ile umursuzca bağlantı kurma arzusu arasında salınım göstermektedir. Çok az karşılıklık; başka insanları temelde kendisini olumlu mu, olumsuz mu etkiledikleri bakımından değerlendirmekte; sıklıkla karşısındaki insanlar tarafından küçümsendiği, önemsenmediği biçimindeki algıları yüzünden işbirliği kurma çabaları bozulmakta.	Yakınlaşma arzusu ya da derin bir ilgisizlik nedeniyle ya da zarar göreceğini umması nedeniyle sınırlı. Başkalarıyla temasları uzak, dağınık veya hep olumsuz olmaktadır. İlişkilerini değerlendirirken yalnızca kendisine rahatlık mı, yoksa acı ve ızdırıp mı verdikleri üzerinde durmakta; başka hiçbir nokta üzerinde durmamakta. Sosyal veya kişilerarası davranışları karşılıklı olmayıp, daha çok temel gereksinimlerini doyurma veya acıdan kaçma çabasına dayanmaktadır.

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- ① hiç uymuyor
② ve ④ biraz uyuyor
③ ve ⑤ oldukça uyuyor
⑥ ve ⑥ tümüyle uyuyor

+

-

ÖZELLİĞİN KISA TANIMI

1	Duyguca oynamak olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Değişken duygular ve sık duygudurum değişiklikleri yaşamak; kolayca uyarılabilen, yoğun ve/veya olay ve durumla orantısız duygular hissetme.
2	Kaygılı/endişeli olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Çeşitli durumlara tepki olarak yoğun telaş, gerginlik ve/veya panik duyguları yaşamak; aklını kaçırma, kontrolünü kaybetme veya rezil olma korkuları.
3	Ayrılma güvensizliği	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Yakınları tarafından reddedilme veya onlardan ayrı düşme korkusu; buna eşlik eden aşırı bağımlılık ve özerkliğini kaybetme korkuları.
4	Taklup kalma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Artık etkisiz ve işe yaramaz olduğu halde bir davranış ısrarla sürdürme; tekrarlayan başarısızlıklara rağmen aynı davranışı sürdürme.
5	Boyun eğici olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Davranışlarını başkalarının çıkar ve arzularına göre uyarlamak.
6	Düşmanlık gösterme	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Sürekli kızgın olma veya sık sık kızma; hafif bir saygısızlık ve küçümsenme karşısında öfkelenme veya sinirlilik (irritabilite); kaba, kötü, aç alıcı davranış.
7	Duygulanımda kısıtlılık (-)				①	④	⑤	⑥	Sık sık kendini çökkün, zavallı ve/veya umutsuz hissetme; karamsar olma; kendini değersiz hissetme; intihar düşüncesi ve davranış.
8	Çökkünlük	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Başka insanların kötü niyetli ve zarar verici olacağına yönelik beklenti içinde olma veya bu yöndeki işaretlere aşırı duyarlı olma, kötülük görme duyguları.
9	Şüphencilik	③	②	①	①	④	⑤	⑥	
Negatif Duygulanım									
7	Duygulanımda kısıtlılık	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Duygu uyandıran durumlara az tepki verme, hissedilen ve ifade edilen duyguların kısıtlı olması; kayıtsızlık veya soğukluk.
8	Çökkünlük	③	②	①	①	④	⑤	⑥	
9	Şüphencilik	③	②	①	①	④	⑤	⑥	
10	İçe kapanıklık	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Yalnız kalmayı başkaları ile olmaya tercih etme; sosyal ortamlarda çekingen davranma; sosyal temaslardan ve etkinliklerden kaçınma.
11	Anhedoni	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Yaşadıklarının keyfine varamama, bulunduğu ortamlarda yaşananlara katılmama, zevk alma ve ilgi duyma kapasitesinde kısıtlılık.
12	Yakınlıktan kaçınma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Yakın veya romantik ilişkilerden, başka insanlara bağlanmaktan, samimi cinsel ilişkilerden kaçınma.
Uzak olma (Detachment)									
6	Düşmanlık gösterme	③	②	①	①	④	⑤	⑥	
13	Manipülatif olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Başkalarını etkilemek ve kontrol edebilmek için çeşitli numaralara başvurma; istediğini elde etmek için baştan çıkarıcı davranma, yağcılık yapma.
14	Hilekar olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Yalancı ve düzenbaz olma, kendini olduğundan farklı gösterme; olaylar hakkında konuşurken abartma ya da hikayeler uydurma.
15	Grandiyöz olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Kendinde her şeye hak görme, kendini dünyanın merkezinde sanma; başkalarından daha iyi olduğuna yüreктen inanma; başka insanlara üstten bakma.
16	Dikkat çekmeye çalışma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Başkalarının dikkatini üzerine çekmek ve dikkatlerin üzerinde kalmasını sağlamak için aşırı çaba içinde olma; başkalarını kendine hayran bırakmak için uğraşma.
17	Katı olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Başkalarının derdleri ve duygularına ilgisiz kalma; suçluluk veya pişmanlık hissetmeme; saldırgan olma; başkalarına acı çekirtmekten haz alma (sadizm).
Tenslik, Geçimsizlik (Antagonism)									
18	Sorumsuz olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Odev ve yükümlülüklerini göz ardı etme, yerine getirmeme, sözleşmelere uymama; kendisiyle varılan anlaşmalara aykırı davranma, sözünde durmama.
19	İmpulsif olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Aklına eseni yapma, yaşamını planlamakta ve planlı yaşamakta zorluk çekme; duygusal baskı altındayken telaşa kapılma ve kendine zarar verme.
20	Katı mükemmeliyetçilik (-)	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Her şeyin kusursuz, mükemmel, hatasız olması konusunda katı ve ısrarcı olma; sürekli ayrıntılara, düzenlemelere ve her şeyin düzenli olmasına kafasını yorma.
21	Dikkati dağınık olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Kendini yaptığı işe vermekte ve o işe odaklanmakta zorluk çekme, dikkatin dışarıdan gelen uyarılarla kolaylıkla dağılması.
22	Kendini riske atma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Hiç gereği yokken tehlikeli, riskli ve kendine zarar verebilecek şeyler yapma; can sıkıntısını savuşturmak için düşüncesizce işlere girişme.
Disinhibisyon									
23	Olağandışı inançlar, yaşantılar	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Başka insanlar tarafından tuhaf görülen veya acayip karşılanan düşünce içeriği, gerçekliği olağandışı yaşanması.
24	Tuhaf biri olma	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Acayip, olağandışı, garip davranma ya da görünme; uygunsuz ve olağandışı şeyler söyleme.
25	Bilişsel ve algısal düzensizlik	③	②	①	①	④	⑤	⑥	Bulanık çevresel, mecazi (metaforik), anlaşılması zor veya stereotipik düşünce ve konuşma; garip şeyler işitme, görme, hissetme ve/veya garip tatlar, kokular.
Psikozizm									

EK-10: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Normal, hasta değil | ☐ |
| 2. Hastalık sınırında | ☐ |
| 3. Hafif düzeyde hasta | ☐ |
| 4. Orta düzeyde hasta | ☐ |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | ☐ |
| 6. Ağır hasta | ☐ |
| 7. Çok ağır hasta | ☐ |

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Çok düzeldi | ☐ |
| 2. Oldukça düzeldi | ☐ |
| 3. Biraz düzeldi | ☐ |
| 4. Hiç değişiklik yok | ☐ |
| 5. Biraz kötüleşti | ☐ |
| 6. Oldukça kötüleşti | ☐ |
| 7. Çok kötüleşti | ☐ |

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Hiç yok | ☐ |
| 2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor | ☐ |
| 3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor | ☐ |
| 4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor | ☐ |