

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

STANDARDİZE KİŞİLİK DEĞERLENDİRMESİ KISALTILMIŞ ÖLÇEĞİ VE
IOWA KİŞİLİK BOZUKLUĞU TARAMASI'NIN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİ

Dr. Cengiz ARCA

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI:
Dr. Öğretim Üyesi Ş. Can Gürel

ANKARA 2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin en başından sonuna kadar, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan, ağabeylik yapan, yanında çalışmaktan gurur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ş.Can Gürel'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Tez sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve sorduğum her soruya sabırla cevap veren Dr. Öğr. Üyesi Talat Demirsöz'e teşekkür ederim. Asistanlık hayatım boyunca, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, eğitimim süresince desteklerini her an hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Berna Uluğ'a, Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a, Prof. Dr. Kazım Yâzıcı'ya, Prof. Dr. Başaran Demir'e, Prof. Dr. Suzan Özer'e, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul'a, Prof. Dr. Emine Eren Koçak'a, Doç. Dr. Özlem Erden Aki'ye, Doç. Dr. Koray Başar'a, Doç. Dr. Yavuz Ayhan'a, Doç. Dr. Sertaç Ak'a, Dr. Öğr. Üyesi İrem Yıldız'a, Dr. Öğr. Üyesi Elçin Özçelik Eroğlu'na ve Nöroloji, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık hayatım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Nilgün Oktar Erdoğan'a, Uzm. Dr. Kezban Burcu Avanoğlu'na, Uzm. Dr. Melike Karaçam Doğan'a, Uzm. Dr. Mert Erdoğan'a, Dr. Yankı Gezer'e, Dr. Hilmi Ertuğ Baki'ye, Dr. İbrahim Aylak'a, Dr. Hayri Can Özden'e, Dr. Oğuz Kaan Yalçinkaya'ya, Dr. Tayfun Öz'e, Dr. Aslı Aytulun'a, Dr. Özge Türkoğlu'na, Dr. Esra Tanrıöver'e, Dr. Tahsin Rollas'a, Dr. Anıl Alp'e, Dr. Gülhan Gülşen'e, Dr. Esat Yıldız'a ve beraber çalıştığım tüm asistan, psikolog, hemşire ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her anında desteğini hep yanımda hissettiğim anneme, babama, kardeşlerim Mizgin ve Kemal'e, dostum Caner'e, yakın zamanda kaybettiğim babaanneme ve tüm sevdiklerime teşekkür borçluyum.

Dr. Cengiz Arca

ÖZET

ARCA, C., Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği ve Iowa Kişilik Bozukluk Taraması'nın Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara 2021. Kişilik bozuklukları (KB), sık görülen, sosyal veya mesleki işlevselliği önemli ölçüde bozan, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkileyen ve de pek çok ruhsal hastalıkla eş tanıli olarak karşımıza çıkan ruhsal bozukluklardır. Yüksek yaygınlığına rağmen kişilik bozukluklarında değerlendirme ve teşhis zordur. Bu nedenle klinik uygulamalarda kolaylık sağlaması adına kısa ve basit tarama ölçeklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi için geliştirilen Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği (SKDKÖ) ve Iowa Kişilik Bozukluk Taraması'nın (IKBT) Türkçeye çevrilmesi ve bu uyarlamaların geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması planlanmıştır. Yaklaşık 4 aylık bir çalışma süresinde ölçeklerin Türkçe uyarlamaları toplam 82 hastaya uygulanmıştır. Psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılan tüm hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. Ölçeklerden SKDKÖ ve IKBT yüz yüze, Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu (CATI+TR-KF) ise öz bildirim şeklinde uygulanmıştır. CATI+TR-KF, KB tanısı için kullanılan DSM-V temelli kategorik bir ölçektir. Çalışmaya katılan 82 hastadan 77'si ölçekleri uygun şekilde doldurmuştur. Bu 77 hastadan 33'üne CATI+TR-KF'ye göre en az bir kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Bu tez çalışmasında SKDKÖ, ve IKBT ölçeklerinin Türkçe uyarlamalarının iç tutarlılık güvenirlikleri değerlendirildiğinde (SKDKÖ için $\alpha = 0,50$ ve IKBT için $\alpha = 0,68$) SKDKÖ için düşük, IKBT için ise orta güvenirlikte olduğu, ortalama 3 hafta ara ile 32 katılımcıya ölçekler yeniden uygulanarak ölçek maddelerinin tekrar test güvenirlikleri değerlendirildiğinde Pearson Korelasyon katsayılarının (SKDKÖ için $r(30) = 0,78$, $p < 0,001$ ve IKBT için $r(30) = 0,84$, $p < 0,001$) her iki ölçek için de yüksek güvenirlikte olduğu gösterilmiştir. SKDKÖ toplam puanının ³⁵ ve IKBT toplam puanının ³⁵ olmasının herhangi kişilik bozukluğu ön tanısında kullanılabileceği gösterilmiştir. Sonuç olarak hem SKDKÖ hem de IKBT'nin Türkçe uyarlamalarının geçerli ve güvenilir ölçekler olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kişilik bozukluğu, değerlendirme ölçekleri, tarama ölçekleri, tanı, geçerlik, güvenirlik

ABSTRACT

ARCA, C., Validity and Reliability of a Turkish Version of the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale and The Iowa Personality Disorder Screen, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara 2021. Personality disorders are common disorders which significantly impair social and occupational functioning, and negatively impact interpersonal relationships. They may be comorbid with a variety of other psychiatric disorders. Despite high prevalence, their assessment and diagnosis is a challenging and time consuming process. Therefore, brief and simple screening tools are required to facilitate the clinical approach. The aims of this study are to translate the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) and The Iowa Personality Disorder Screen (IPDS) to Turkish, conduct validity and reliability analyses of the respective Turkish versions. Turkish versions of the scales were applied to a total of 82 patients during a study period of approximately 4 months and the scales were filled in by 77 of the 82 included patients. Sociodemographic characteristics of all subjects who participated in the study were evaluated. The translated SAPAS and IPDS were administered face-to-face, and Coolidge Axis II Inventory Plus Turkish-Short Form (CATI+TR-SF) was administered as self-report. Thirty three of 77 patients were diagnosed with at least one personality disorder according to CATI+TR-SF. The internal consistency of the Turkish versions of SAPAS was evaluated to be poor SAPAS, whereas IPDS displayed a moderate reliability ($\alpha=0.50$ and $\alpha=0.68$, respectively). The retest reliability of the scale items was evaluated via re-applying the scales to 32 participants with an average interval of 3 weeks, and the Pearson correlation coefficients for both scales ($r(30)=.78$, $p < .001$ for SAPAS and $r(30)=.84$, $p < .001$ for IPDS) has been observed to be highly reliable. It has been shown that a total score of ³5 for SAPAS and a total score of ³5 for IPDS can be useful for screening for any personality disorder. As a result, it has been displayed that the Turkish versions of both SAPAS and IPDS are valid and reliable scales.

Key Words: Personality disorder, assessment, screening scales, diagnosis, validity, reliability

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Kişilik Tanımı ve Tarihçe	1
1.2. Kişilik Bozukluğu Tanımı ve Tarihçe	2
1.3. Kişilik Bozuklukları Epidemiyolojisi	3
1.4. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması	3
1.4.1. A Kümesi	4
1.4.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	4
1.4.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	4
1.4.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	5
1.4.2. B Kümesi	5
1.4.2.1. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu	5
1.4.2.2. Histrionik Kişilik Bozukluğu	6
1.4.2.3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	6
1.4.2.4. Narsistik Kişilik Bozukluğu	6
1.4.3. C Kümesi	7
1.4.3.1. Kaçınan Kişilik Bozukluğu	7
1.4.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu	7
1.4.3.3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	7
1.5. Kişilik Bozuklukları ve Eş Tanılı 1. Eksen Bozuklukları	8

1.5.1. Kişilik Bozuklukları ve Depresyon	9
1.5.2. Kişilik Bozuklukları ve Bipolar Bozukluk	10
1.5.3. Kişilik Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluğu	10
1.5.4. Kişilik Bozuklukları ve DEHB	11
1.5.5. Kişilik Bozuklukları ve Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu	12
1.6. Kişilik Bozukluklarında Tanı ile İlgili Tartışmalar	12
1.7. Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Ölçekler	13
1.7.1. Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Tarama Ölçekleri	14
1.8. Amaç	16
1.9. Araştırmanın Soruları	16
2. YÖNTEM VE ARAÇLAR	17
2.1. Araştırmanın Deseni	17
2.2. Araştırmanın Alanı ve Evreni	17
2.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	18
2.4. Araştırma Araçları	18
2.4.1. Ruhsal Hastalıklar İçin Tanı Görüşmesi	18
2.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	18
2.4.3. Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu (CATI+TR-KF)	19
2.4.4. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği (SKDKÖ) (Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale [SAPAS])	19
2.4.5. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (IKBT) (The Iowa Personality Disorder Screen [IPDS])	20
2.5. Uygulama	20
2.6. İstatistiksel Analiz	21
3. BULGULAR	23
3.1. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin Bulguları	24
3.1.1. Maddeler Arasındaki İlişkiler	24
3.1.2. Geçerlik Analizi	25

3.1.2.1. Yapı Geçerliği	25
3.1.2.2. Yakınsak Geçerliği	26
3.1.3. Güvenirlik Analizi	27
3.1.4. Ölçek Performansı	28
3.2. Iowa Kişilik Bozukluk Taraması'nın Bulguları	29
3.2.1. Maddeler Arasındaki İlişkiler	29
3.2.2. Geçerlik Analizi	29
3.2.2.1. Yapı Geçerliği	29
3.2.2.2. Yakınsak Geçerliği	31
3.2.3. Güvenirlik Analizi	31
3.2.4. Ölçek Performansı	32
3.3. Ölçek Puanlarının Klinik Özelliklerle İlişkisi	33
4. TARTIŞMA	35
4.1. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği	35
4.2. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması	40
4.3. Kısıtlılıklar	43
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6. KAYNAKLAR	47
7. EKLER	56
EK-1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	56
EK-2. Coolidge Eksen İki Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu	57
EK-3. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS)	60
EK-4. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği Türkçe Uyarlaması	62
EK-5. The Iowa Personality Disorder Screen (IPDS)	63
EK-6. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması Türkçe Uyarlaması	65
EK-7. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	69

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
BKB	: Bağımlı Kişilik Bozukluğu
CATI+TR-KF	: Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAA	: Eğri Altındaki Alan
HKB	: Histrionik Kişilik Bozukluğu
HÜTF	: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
ICD	: International Classification of Diseases and Related Health Problems
IKBT	: Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması
IPDS	: The Iowa Personality Disorder Screen
KB	: Kişilik Bozukluğu
KKB	: Kaçıngan Kişilik Bozukluğu
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NKB	: Narsistik Kişilik Bozukluğu
NESARC	: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
PKB	: Paranoid Kişilik Bozukluğu
ROC	: Receiver Operating Characteristic
SAPAS	: Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale
SKDKÖ	: Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği
SKB	: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM
ŞKB	: Şizoid Kişilik Bozukluğu
ŞTKB	: Şizotipal Kişilik Bozukluğu
TBA	: Temel Bileşenler Analizi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklere genel bakış
- Şekil 2.** Araştırmanın akış şeması
- Şekil 3.1.** Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin yamaç birikinti grafiği
- Şekil 3.2.** Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin ROC eğrisi
- Şekil 3.3.** Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın yamaç birikinti grafiği
- Şekil 3.4.** Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın ROC eğrisi
- Şekil 3.5.** Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması puanları ile eksen 1 bozukluk başlangıç yaşları arasındaki ilişki

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.	Örneklemin sosyodemografik ve klinik özellikleri (s:77)
Tablo 3.2.	Örneklemlerin CATI+TR-KF alt ölçekleri ortalamalarının karşılaştırılması
Tablo 3.3.	Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin maddeleri arasındaki ilişki (s:77)
Tablo 3.4.	Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin faktör yapısı (s:77)
Tablo 3.5.	Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği için her bir madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı (s:77)
Tablo 3.6.	Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği için kesme puanı duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri (s:77)
Tablo 3.7.	Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın maddeleri arasındaki ilişki (s:77)
Tablo 3.8.	Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın faktör yapısı (s:77)
Tablo 3.9.	Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması için her bir madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı (s:77)
Tablo 3.10.	Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması için kesme puanı duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri (s:77)
Tablo 3.11.	Ölçek puanlarının intihar girişimi ile ilişkisi
Tablo 3.12.	Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği maddelerinin ortalama puanları (s:77)

1. GİRİŞ

1.1. Kişilik Tanımı ve Tarihçe

Kişilik, düşünce, duygu ve davranışlarında bireye özgü farklılıkları belirleyen, süreklilik gösteren ve kolayca değiştirilemeyen özellikler olarak tanımlanabilir. Bunlar, bireyin yaşamının her alanında otomatik olarak ifade edilen ve bireyde derinlemesine gömülü psikolojik özelliklerin karmaşık bir modelidir. İçsel ve yaygın olan bu özellikler, bireyin kendine özgü algılama, hissetme, düşünme, başa çıkma ve davranış modelini oluşturan biyolojik eğilimler ve deneyimsel öğrenmelerin karmaşık bir matrisinden ortaya çıkar (Millon, 2016). Günümüzde kişilik, karakter ve mizaç olarak iki bileşene ayrılarak incelenmektedir. Karakter, kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla baş etme biçimi olarak tanımlanırken, mizaç doğuştan gelen biyolojik temeli yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir (Öztürk & Uluşahin, 2018).

Psikoloji biliminin gelişimi ile beraber kişilik üzerine yapılan çalışmalarda artış olmuştur. Bu çalışmalarda karakter özellikleri, insan davranışının analiz birimi haline gelmiş, birtakım ölçekler geliştirilmiştir. Serebral lokalizasyon teorileri kabul görmeye başlamış ve karakter özellikleri ile beyin bölgeleri arasında ilişki kurulmaya çalışılmıştır (Berrios, 1993). Özellikle on dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru yapılan çalışmalarda; algılama, tepki süreleri ve bellek performansına ek olarak, kişilik özelliklerini ölçmek için de çaba gösterilmiştir. Bu dönemde birbirinden oldukça farklı yaklaşımlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan bir tanesi olan frenoloji, bireylerin kafa boyutlarını ve şekillerini inceleyerek karakterleri hakkında bilgi edinmenin bir yolu olduğu görüşü savunmaktaydı. Francis Galton tarafından öne sürülen diğer yaklaşım ise dikkatli bilimsel gözlem ve zihinsel testler aracılığıyla kişilik hakkında bilgi sahip olunacağını savunmaktaydı. Bu yaklaşımlar, kişiliğin değerlendirilmesi için meydana gelecek daha sonraki gelişmeler üzerinde büyük bir etki yaratmıştır (Butcher, 2010). Ayrıca, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında normal ve anormal kişiliği sınıflandırmak için birçok başka model veya sistem geliştirilmeye çalışılmıştır. Ancak, bu çabalara rağmen ilk tanı sınıflandırma sistemlerinin

geliştirilmesi sırasında KB genellikle göz ardı edilmiştir. Birçok sınıflandırma sisteminde kişilik patolojisine, yetersiz tanımlanmış “dejenerasyon” kavramı şeklinde tek bir durum olarak yaklaşmıştır. Bununla birlikte, özellikle yirminci yüzyılın başında, kişiliği anlamak ve bireysel farklılıkları göstermek adına daha iyi bir çerçeve sunulmaya çalışılmıştır (Natoli, 2019).

1.2. Kişilik Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi

Yirminci yüzyılın başlarında, kişilik ve kişilik özelliklerine dair araştırmalarda artış olmuştur. Bu dönemde KB tanımı ve sınıflandırılmasıyla ilgili de pek çok tartışma gündeme gelmiştir. KB tanısı ve sınıflandırılması, dönemin hâkim psikiyatri paradigmalarından etkilenmiştir. Bu nedenle kişilik bozukluğunun tanımını yapmak dahi güçleşmiştir. Kişilik bozukluğu, sosyal veya mesleki işlevselliği önemli ölçüde bozan, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkileyen, esnek olmayan uyumsuz düşünme ve davranış modeli olan bireylerdeki ruhsal bozukluğu tanımlar (Nestadt ve ark., 1990).

Kişilik bozukluğunu tanısının konulabilmesi için düşünce ve davranışların kültürel normlardan önemli ölçüde sapması gerekmektedir. Kültürel normlardan sapma, duygulanımda, bilişte (kendini, başkalarını veya olayları uygunsuz şekilde algılama), dürtü kontrolünde veya kişilerarası ilişkilerde sorunlar şeklinde ortaya çıkabilir (Cale & Lilienfeld, 2002). Bu rahatsızlıkların başka bir ruhsal bozukluk, madde bağımlılığı veya başka bir tıbbi durumdan kaynaklanmaması gerekmektedir (Rienzi & Scrams, 1991).

Psikiyatri tarihçilerinin çoğuna göre Philippe Pinel, psikiyatrik nozolojiye kişilik bozukluğunu dahil eden ilk yazardır (Berrios, 1996). Pinel’in nozolojiye olan katkısının ardından kişilik bozukluklarının tanımıyla ilgili tartışmalarda iki isim öne çıkmıştır: Sigmund Freud ve Emil Kraepelin. Kraepelin bu dönemdeki yazılarında patolojik ve normal kişilik arasındaki sınırın doğru şekilde belirlenmediğini öne sürmüştür (Crocq, 2013). Sigmund Freud ise kişilik bozukluklarının ele alınışında yeni bir yol ortaya koymuştur. Freud ile birlikte ortaya çıkan psikanaliz geleneği, farkındalık dışında kalan ve bilinçdışında tutulan erken yaşam olaylarına psikopatolojinin ortaya çıkışında merkezi bir rol vermiştir (Crocq, 2013). Freud’un ve Kraepelin’in etkisi altında, yirminci yüzyılın ilk yarısında ABD’de psikiyatrik tanı

ve kişilik bozukluklarının sınıflandırılması konusunda önemli bazı adımlar atılmıştır. Bu dönemde psikiyatrik tanıyı ve ruh sağlığını tanımlamak için kullanılan dili daha standart hale getirmek amacıyla, 1952'de DSM'nin ilk baskısı önerilmiştir. Bu ilk baskının büyük ölçüde psikanaliz geleneğinden etkilendiği bilinmektedir. İlerleyen zamanda DSM'nin özellikle ilk baskıları için tanısal güvenirlik ve geçerlik sağlanamamış olup, kişilik bozukluklarının tanısında ve sınıflandırılmasında derin bir paradigma değişikliği meydana gelmiştir (Natoli, 2019). Yaşanan bu değişikliklerin ardından DSM'nin kişilik bozukluklarının tanı ve sınıflandırmasında psikanalitik teorinin etkisi azalmıştır ve Kraepelinci yaklaşım öne çıkmıştır.

1.3. Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Toplum taramalarında kişilik bozukluğu prevalansı %3 ila %10 arasında değişmekle birlikte, ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda çok daha yüksek oranda görülmektedir. 2020 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında kişilik bozukluğu prevalansı genelde %7,8, gelişmiş ülkelerde %9,6, gelişmemiş ülkelerde %4,3 bulunmuştur (Winsper ve ark., 2020). Winsper ve arkadaşları bu çalışmada kişilik bozukluğunun prevalansı ile ilgili verileri yalnızca kategorik şekilde topladıklarını ancak kişilik bozukluklarının kategorik olduğu varsayımını tartışmalı bulduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca kişilik bozukluklarının kültür ile yakından ilişkili olduğu, bu nedenle yaygınlığın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük farklılık gösterdiğini öne sürmüşlerdir. Epidemiyolojik çalışmalarda boyutsal yaklaşımlara ve kişilik bozukluğu tanısının kültürler arası uygulanabilirliğini dikkate alacak olan tanı sistemleri geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Tyrer ve arkadaşlarının yaptığı bir epidemiyolojik çalışmada yetişkin popülasyonun yaklaşık %12,2'sinde ve psikiyatri poliklinik başvurusu yapan hastaların ise %50'sinde en az bir kişilik bozukluğu tanı kriterinin karşılandığı gösterilmiştir (Tyrer ve ark., 2010).

1.4. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. baskı (DSM-5), 3 kümeye (A, B ve C) bölünmüş 10 kişilik bozukluğunu içerir.

1.4.1. A Kümesi

A kümesinde paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları bulunmaktadır. A kümesindeki hastalar genellikle şüpheli, münzevi ve tuhaf görünümündedirler (Bouthier & Mahé, 2019). Norveç'te yürütülen bir tedavi izlem çalışmasında A kümesindeki hastaların B ve C kümesinde olan hastalara göre tedaviye daha kötü yanıt verdikleri gösterilmiştir (Karterud ve ark., 2003).

1.4.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu (PKB)

Paranoid KB, kişinin psikotik olmadığı ancak alışlagelmiş, karakteristik bir şüpheyile etrafındakilere yaklaşma eğilimi sergilediği bir kişilik bozukluğudur (Triebwasser ve ark., 2013). PKB olan bireyler aşırı derecede güvensizdir. Aslında, DSM-III'ten bu yana PKB'ye literatürde az yer verilmiş ve göreceli olarak az sayıda ampirik araştırma ile kişilik bozuklukları arasında en az çalışılanlardan biri olmuştur. Birincil olarak PKB'yi araştıran neredeyse hiçbir nörobiyolojik çalışma yoktur. PKB literatürü hakkında bu eksiklik tanı ve tedavi açısından zorluk yaratabilmektedir ve hastaların prognozunu olumsuz etkileyebileceği tahmin edilmektedir.

PKB'ye gösterilen göreceli ilgi azlığı için iki olası neden öne sürülebilir. Birincisi, paranoyanın kendisi, özellikle de baskın bir mizaç özelliği ise tedavi için başvuran veya klinik araştırmalara dahil edilmesi teklif edilen bireye rahatsızlık verebilmektedir (Kelly ve ark., 2007). Bu nedenle, paranoyanın yaşamdaki sorunlarının temel bir bileşeni olduğu bireyler, tedavide veya klinik araştırmalarda yer almaları ve süreklilik sağlamaları zor kişilerdir. Bu sebeplerden dolayı klinisyenin kısa bir kişilik bozukluğu taraması ölçeği ile hastanın durumunu kavraması ve hastanın özel gereksinimlerine göre davranması iş birliğini arttırabilmektedir.

1.4.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu (ŞKB)

ŞKB olan hastalar, diğer kişilerle ilişki kurmakta zorluk çekerler ve yalnız yaşama eğilimindedirler. Ayrıca diğer insanlardan aktif olarak kaçınmakla birlikte asgari

cinsel dürtü gösterirler, övgü veya eleştiriye karşı kayıtsızdırlar ve duygulanımları sığdır (Bouthier & Mahé, 2019).

1.4.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu (ŞTKB)

ŞTKB, düzensiz davranış ve konuşmaların, bilişsel ve algısal bozuklukların, kişilerarası ilişkilerde sorunların bir arada olduğu bir kişilik bozukluğudur. ŞTKB, bazı araştırmalar tarafından şizofreninin premorbid veya prodromal bir aşamasını temsil eden bir formu olarak görülebilmektedir. Klinisyen tarafından şizotipal kişiliğin iyi anlaşılması, nispeten erken yaşta şizotipal semptomatolojiyi iyileştirmek ve risk altındaki alt grupta şizofreni gelişmesini önlemek adına müdahale şansı tanımaktadır (Raine, 2006). Bu nedenle klinisyenin bir kişilik bozukluğu ölçeği kullanarak olası KB tanısını fark etmesi önem arz etmektedir.

1.4.2. B Kümesi

B kümesi kişilik bozuklukları narsistik kişilik bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunu içerir. Bu kişilik bozuklukları genellikle dramatik, heyecanlı, düzensiz veya değişken olarak tanımlanır (Ritzl ve ark., 2018).

1.4.2.1. Sınırda Kişilik Bozukluğu (SKB)

SKB, reddedilmeye aşırı duyarlılık ve bunun sonucunda kişilerarası ilişkiler, öz imge, duygulanım ve davranışlarda istikrarsızlık ile karakterizedir (Foxhall ve ark., 2019). SKB, birçok tıbbi ve psikiyatrik komorbidite ile ilişkilidir ve hastalar kapsamlı tedavilere rağmen genel popülasyona kıyasla daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir.

SKB teşhisinde, ayırıcı tanıda her zaman diğer kişilik bozuklukları bulunmalıdır. Alkol/madde kullanım bozukluğu, intihar amacı olmayan kendine zarar verme davranışı bozukluğu, bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu (doğuştan zihin kuramında eksiklikleri olan hastalar da şiddetli duygudurum düzensizliği görülebilir) gibi hastalıklar ayırıcı tanıda yer alabilir (Chapman, 2019).

1.4.2.2. Histrionik Kişilik Bozukluğu (HKB)

HKB, abartılı duygusallık ve dikkat çekme davranışları örüntüsü ile ayırt edilen psikiyatrik bir bozukluktur (French & Shrestha, 2020). HKB olan kişiler tipik olarak çapkın, baştan çıkarıcı, çekici, manipülatif, dürtüsel ve canlıdır (Novais ve ark., 2015). B kümesi ve diğer kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısında her zaman yer almakla beraber; HKB olanlar başkalarının dikkatini çekmek için fiziksel belirti ve şikayetleri kullanabildiklerinden somatik belirti bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğu da ayırıcı tanıda yer almaktadır (Morrison, 1989).

1.4.2.3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB)

ASKB olan hastalarda, pişmanlık duymaksızın sömürücü, suç unsuru taşıyan davranışlarla sosyal sorumsuzluğun öne çıktığı kökleşmiş, katı ve işlevsiz düşünce biçimleri sıklıkla görülmektedir. Başkalarının haklarını göz ardı etmek ve ihlal etmek, bu kişilik bozukluğunun ana özellikleridir. Ayrıca yasalara uymama, çalışmayı sürdürmemeye, aldatma, kişisel kazanç için manipülasyon ve istikrarlı ilişkiler kuramama gibi belirtileri vardır (Black, 2015).

1.4.2.4. Narsistik Kişilik Bozukluğu (NKB)

NKB olan hastalarda, büyüklenmecilik, hayranlık ihtiyacı, empati eksikliği sıklıkla görülmekte ve bu durumlar kişinin işlevselliğini ve ilişkilerini olumsuz şekilde etkiler (Stinson ve ark., 2008). Ayırıcı tanıda duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları önemlidir. Büyüklenmeci narsisizmi olan kişiler başlangıçta hipomanik/manik bir hastaya benzer şekilde yeni bir fikirle heyecanlandıklarında kabarmış duygudurum ve daha fazla enerji ile kendini gösterebilir; ancak diğer insanlarla olan etkileşimleri ve ilişki kurma biçimleri dikkatle incelendiğinde kişilik yönü öne çıkmaktadır. Diğer uçta, hassas narsisizmi olan kişilerde distimi, depresyon ve anhedoni gibi özellikler kendini gösterebilir. Bununla birlikte, majör depresif bozukluktan ayrımı güç duygulanımla ilişkili semptomlara rağmen büyüklük ve hayranlık duyulma ihtiyacı narsistik kişilik bozukluğunda ön plandadır (Mitra & Fluyau, 2021).

1.4.3. C Kümesi

C kümesinde kaçınan kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğu bulunmaktadır. Bu grupta bunalı, korku ve kaçınma davranışları ön plandadır. Psikolojik otopsi çalışmalarında intihar riskinin C kümesi kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Isometsä ve ark., 1996). Ayaktan hasta örneklemelerinde C kümesi kişilik bozuklukları ve depresyon arasında yüksek düzeyde bir eş tanı oranı bildirilmiştir (Farmer & Nelson-Gray, 1990).

1.4.3.1. Kaçınan Kişilik Bozukluğu (KKB)

Kaçınan kişilik bozukluğunun ayırt edici özellikleri, yaygın bir sosyal çekingenlik, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlılıktır. Buna göre, KKB'si olan hastalar, kendilerini istenmeyen ve diğerlerinden izole olarak algılayarak, sosyal etkileşimlerden belirgin bir kaçınma gösterirler (Weinbrecht ve ark., 2016). Bu semptomlar, günlük yaşamda belirgin bozulmalar ve büyük toplumsal maliyetlerin yanında hastane başvurularında ve klinisyen ile yapılan görüşmelerde de kendini gösterebilir. Hastalar rahatsızlıklarını rahatlıkla dile getiremeyebilecekleri için yeterince yardım alma şansı bulamayabilirler ve bu noktada klinisyenin durumun farkında olması hastanın yardım alma şansını arttıracaktır.

1.4.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu (BKB)

Bağımlı kişilik bozukluğunda, özellikle güçlü ve yetkin olarak görülen diğer bireylerin yanında, bireyin çaresiz ve beceriksiz olduğu ile ilgili düşünceleri öne çıkar (Disney, 2013). Diğer KB'larına kıyasla kültürle daha fazla ilişkili olduğu düşünülmektedir ve değerlendirmede bireycilik ya da kolektivizmin öne çıktığı kültürler arasında farklılıklara dikkat edilmesi gerekliliği ileri sürülmektedir (Chen ve ark., 2009).

1.4.3.3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB)

OKKB, sekiz kişilik özelliği ile karakterize edilir: ayrıntılarla meşgul olma, mükemmeliyetçilik, işe ve üretkenliğe aşırı bağlılık, aşırı vicdanlılık, değersiz

nesneleri elden çıkaramama, görevleri devredememe, cimrilik, katılık/değişmezlik ve inatçılık. Genel popülasyonda en yaygın kişilik bozukluğu olarak görülür ve psikososyal işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olur (Diedrich & Voderholzer, 2015).

1.5. Kişilik Bozuklukları ve Eş Tanılı 1. Eksen Bozuklukları

Kişilik bozukluğu olan bireylerde diğer ruhsal hastalıkların eş tanılı olduğu durumlar tedavinin seyrini ve tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Ayrıca kişilik bozukluğunun varlığı tanısal anlamda güçlüğü de neden olabilmektedir.

Kişilik bozukluğunun başka ruhsal bozukluklar ile eş tanılı olduğu durumlarda, diğer ruhsal bozuklukların sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olduğu gösterilmiş ve bu kişilerin spesifik tedavilerden fayda görebileceği vurgulanmıştır (Bach, 2018). Kişilik bozukluğu olan ve olmayan hastaların tedaviye verdikleri yanıtların karşılaştırıldığı çalışmalarda sonuçlar arasındaki fark olabilmektedir. Bu farklar kişilik bozukluğu olan bireylerin tedaviye devam etme oranlarının düşük olmasından ve terapidaki zayıf kişilerarası etkileşimlerden ve daha uzun, daha yoğun multimodal tedavilere olan ihtiyaçlardan kaynaklanabilmektedir (Stevenson ve ark., 2011). Kişilik bozukluğu, eksen 1 tanılarla önemli ölçüde örtüşme gösterdiğinden eş tanı olarak değerlendirilebilir ve bu durum kişilik patolojisinin yeterli düzeyde yakalanmamasına yol açabilir ve tanısal bazı güçlüklerle neden olabilir (Sarkar & Duggan, 2010).

Çocukluk döneminde başlayan başta majör depresyon olmak üzere eksen 1 bozuklukları yetişkinlik döneminde kişilik bozukluklarına neden olabilir. Ciddi depresyon durumları nörotisizm, bağımlılık, içedönüklük gibi bazı işlevsiz kişilik özellikleriyle ilişkilendirilmiştir (Kasen ve ark., 2001; Block ve ark., 1991). İleriye dönük uzunlamasına izlemi yapılan ergen depresyonlarının kalıcı ve uyumu bozan işlevlerle birlikte olduğu ve bu durumun yetişkin dönemde kişilik patolojisi gelişimi için bir gösterge olabileceği düşünülmektedir (Cohen, 1996). Özellikle yetişkinlik dönemi öncesinde başlayan ve uzun süre devam eden eksen 1 bozukluk olan kişilerin yetişkinlik dönemde KB açısından dikkate alınması gerekmektedir.

1.5.1. Kişilik Bozuklukları ve Depresyon

Depresyon mevcut psikoterapi ve çok sayıda farmakoterapi seçeneklerine rağmen dünya çapında işlevsel kaybının önde gelen nedenlerindendir (Dünya Sağlık Örgütü, 2017). Tedavide antidepresanların etkileri hala sınırlıdır. İlk antidepresan denemesinden sonra hastaların %60'a kadarında yeterli yanıt görülmez ve bu hastaların üçte birine birden de fazla antidepresan uygulansa dahi iyileşme mümkün olmayabilmektedir (Perlis, 2014). Bu hastalarda depresyonun süreğen olarak devam etmesi hastaların yaşam kalitelerini düşürmekte ve nüks ihtimalini arttırmaktadır (Paykel ve ark., 1995). Bazı araştırmacılar süreğen depresyonda eş tanıli kişilik bozukluğu olabileceğini ve bazı depresyonlarda kişilik bozukluğu tanısı atlandığı için depresyonun süreğen bir görünüm verdiğini düşünmektedir.

Tedaviye düşük yanıt veren ve süreğen depresyonlarla ilgili pek çok araştırma yürütülmektedir. Araştırmacılar biyobelirteçler, gen çalışmaları, nörogörüntüleme, mevcut epizodun özellikleri ve eş tanıli hastalıklar üzerine yoğunlaşmaktadır. Bir grup araştırmacı ise tedaviye dirençli depresyonda tedavi direncini açıklığa kavuşturmak için depresyon ile KB arasındaki arayüzü araştırmıştır (Stanley & Wilson, 2006). Bu çalışmada sınırda kişilik bozukluğu ve eş tanıli depresyonu olan bir grup ile ve sadece depresyon tanısı olan bir diğer grup incelenmiştir. Çalışmada hem ruh sağlığı profesyonellerinin değerlendirmeleri hem de hastaların klinik durumlarını öz bildirim ölçekleriyle yaptığı değerlendirmeler ile bu iki grubun depresyon puanları karşılaştırılmıştır.

Klinisyenlerin verdikleri puanlarda iki grup arasında anlamlı fark olmaz iken hastaların öz bildirim yoluyla verdikleri puanlarda sınırda kişilik bozukluğu ve depresyon eş tanıli bulunan grubun sadece depresyonu olan gruba göre daha yüksek depresyon puanları bildirdikleri gösterilmiştir (Stanley & Wilson, 2006). Klinisyenler, depresyon/KB eş tanıli olduğu durumlar ile hastada yalnızca depresyonun olduğu durumların ayrımını yapmakta güçlük yaşamaktadır. Depresyon ve kişilik bozukluğunun eş tanıli olduğu durumları yalnızca depresyon şeklinde değerlendirebilmektedir. Böyle bir yanlış değerlendirme hastaların uygun tedaviyi almasının önünde bir engel olup hastaların hatalı bir biçimde tedaviye dirençli depresyon olarak algılanmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle hastalar

daha yüksek doz ilaçlar, çoklu ilaç denemeleri, EKT gibi maliyeti yüksek tedavilerle tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Ayrımın güç olduğu durumlarda KB için ölçekler ile yapılacak objektif değerlendirmelerin önemi büyüktür. Bu ölçekler klinisyen tarafından ya da hasta tarafından öz bildirim yoluyla uygulanabilir. Ölçeklerdeki sonuçların yardımıyla her hasta için bireyselleştirilmiş bir tedaviyi seçmek mümkün olabilecektir.

1.5.2. Kişilik Bozuklukları ve Bipolar Bozukluk

Farmakoterapiye düşük yanıt ya da yanıtsızlık veya olası manik kaymada ayırıcı tanı için, depresyon tedavisi gören hastalarda hem bipolar bozukluğu hem de sınır KB'yi tanımak ve ikisi arasında ayırım yapmak klinik olarak önemlidir. Her ikisinin de geçerli birer tanı olduğu bilinmekle birlikte, son yıllarda bipolar bozuklukta spektrum kavramının öne çıkmasıyla birlikte sınırda KB'nin bipolar bozukluk spektrumunun bir parçası olarak ele alınması gerektiğine dair bazı görüşler ortaya atılmıştır (Zimmerman & Morgan, 2013). Smith ve arkadaşları ötimik durumda olan bipolar hastaların yaklaşık %30'una sınırda KB tanısının konulduğunu ve bu iki hastalığın yaygınlıklarının yüksek olmasından dolayı tesadüfen bir arada görülme ihtimalleri olsa da yüksek oranda eş tanıli görülmelerinin sınırda KB'nin bipolar spektrum içerisinde yer almasıyla açıklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (Smith ve ark., 2004). Bipolar bozukluk ve KB arasındaki ilişki çoğunlukla tanısal alanda sürmektedir ve bipolar spektrumu kavramıyla yakından ilişkilidir. Bu nedenle özellikle sınırda KB tanısı düşünülen hastalara doğru tanı koymak ve bu hastalarda muhtemel diğer tanıları gözden geçirmek önem arz etmektedir.

1.5.3. Kişilik Bozuklukları ve Anksiyete Bozukluğu

Son 30 yılda yayınlanan 125 epidemiyolojik araştırmaya dayanan bir metaanalizde anksiyete bozukluklarına, yüksek oranda kişilik bozukluklarının eşlik ettiği saptanmıştır. Kişilik bozukluklarının bildirilen sıklıkları travma sonrası stres bozukluğunda (TSSB) %35, agorafobisiz panik bozukluğunda %41, agorafobili panik bozukluğunda ve yaygın anksiyete bozukluğunda %47, sosyal anksiyete bozukluğunda %48 ve obsesif kompulsif bozuklukta %52 olarak bulunmuştur. Bu

meta-analiz ayrıca, tüm anksiyete bozukluklarında birlikte saptanan C kümesi kişilik bozukluklarının oranının %39, birlikte ortaya çıkan B kümesi kişilik bozukluklarının %19 ve A kümesi kişilik bozukluklarının %13 olduğunu göstermiştir. Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu ile daha yüksek oranlarda gözlenen kaçınan KB ve bağımlı KB eş tanılarının, bu kişilerde anksiyete bozukluğunun daha erken yaşlarda başlamasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Friborg ve ark., 2013).

Anksiyete bozukluğu ile kişilik bozukluklarının eş tanı oranlarının yüksek olmasının yanında bu durumlar olumsuz bazı sonuçları da beraberinde getirmektedir. Bu durumlarda, daha yüksek anksiyete düzeyleri, intihar riskinde artış ve tedaviye kötü yanıt gibi birtakım klinik sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Latas & Milovanovic, 2014). Klinisyenin eş tanılı durumların farkında olması bu grupta yer alan hastaların prognozu açısından olumlu olacaktır. Bu nedenle anksiyete bozukluğu olan hastalarda olası kişilik bozukluklarının kısa bazı KB ölçekleriyle değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

1.5.4. Kişilik Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Yetişkin DEHB hastalarında kişilik bozukluğu tanısı yüzdeleri, örneklem özelliklerine bağlı olarak %10 ile %75 arasında değişmektedir. Özellikle B kümesi ve daha az ölçüde C kümesinden kişilik bozuklukları, DEHB popülasyonlarında sıklıkla bulunmuştur. DEHB ile birlikte antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğunun daha sık komorbidite gösterdiği pek çok çalışmada gösterilmiştir (Matthies & Philipsen, 2016).

DEHB ve kişilik bozuklukları arasındaki komorbid ilişki literatürde tartışmalı olsa da DEHB'si olan bireylerde farklı kişilik bozukluklarının gelişiminden sorumlu olası mekanizmalar bu alanda çalışma yapan araştırmacıların ilgisini çekmektedir. DEHB ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkide, genetik ve sinirsel düzeyde biyolojik mekanizmalar, doğuştan gelen mizaç özellikleri ve olumsuz çevresel koşullar dahil olmak üzere çok yönlü mekanizmalar rol oynuyor gibi görünmektedir (Matthies & Philipsen, 2016). Van Dijk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sınırda KB ve DEHB tanısı olan hastalar incelenmiş ve araştırmacılar sınırda KB tanısı konulan

hastalarda DEHB'nin sıklıkla gözden kaçabildiğini göstermişlerdir (van Dijk ve ark., 2011). Gözden kaçan eş tanıli durumlar nedeniyle hem DEHB hem de KB yetersiz tedavi edilebilmekte ve bu durum hastalık prognozunu olumsuz etkilemektedir.

1.5.5. Kişilik Bozuklukları ve Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu

Hastaların alkol/madde kullanımlarının yalnızca bağımlılıkla ilişkili olamayabileceği, komorbid kişilik bozukluğunun yarattığı ruhsal sıkıntıyı azaltma isteği ile uyumu bozan bir biçimde alkol/madde kullanımının artabileceği akılda bulundurulmalıdır. NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) çalışmasında herhangi bir kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini karşılayanların oranı %21,5 bulunmuştur ve bu oran genel toplum taramalarına göre çok yüksektir (Trull ve ark., 2010). Büyük epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler, alkol/madde kullanım bozukluğunun ve kişilik bozukluklarının iç içe geçmiş doğasını vurgulamaktadır. Bu nedenle hastaların KB açısından objektif testler ile değerlendirilmesi, özellikle prognoz ve tedavi yanıtı bakımından önem arz etmektedir.

1.6. Kişilik Bozukluklarında Tanı ile İlgili Tartışmalar

Kişilik bozukluklarının tanısallık konumu ve ruhsal durum bozukluklarının seyri üzerindeki etkileri hakkında psikiyatride uzun süredir devam eden bir tartışma bulunmaktadır. Sınıflandırma sistemlerindeki boyutsal ve kategorik yaklaşımlar ve bunlar arasındaki farklılıklar, tanı ölçeklerinin farklı kuramlara dayanması ve kişilik bozukluklarının kendine özgü heterojen yapısı ile beraber bu hastaların değerlendirilmesinde pek çok zorluk yaşanmaktadır. Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde bütün bu zorluklar mevcutken hangi sebeplerden dolayı bu hastalığa tanı konması gerektiğini kavramak önemlidir. Kişilik bozukluğu ya da kişilik bozukluğunun tanısallık eşiği aşmayan bazı özelliklerin varlığında yanlış ya da eksik tedaviler uygulanabilir ve bu kişilerin kendileri ve toplum için ortaya çıkarabilecekleri önemli riskler gözden kaçabilir.

Pek çok ruhsal hastalıkta olduğu gibi kişilik bozukluklarında da doğru tanı koyulabilmesi için klinik görüşmeler büyük önem arz etmektedir. Hastalarla yapılan görüşmeler hastanın terapistine ya da klinisyene kendisini yakın hissetmesine ve

içerisindeki tüm malzemeyi dışarı vurmasını yardımcı olur. Öte yandan hastanın terapistine ya da klinisyene kendisini daha yakın hissetmesinin, hastanın öyküsünden ve karakter özelliklerinden bahsetmesini güçleştirme ihtimali bulunmaktadır. Bu noktada klinik görüşmeler yardımıyla tanı koymaya çalıştığımız hastalarda da görüşmelerden önce verilecek bir kişilik bozukluğu tarama testlerinin tanısal açıdan yardımcı olabileceği ve klinisyenin hastanın kişilik özellikleriyle ilişkili yaşayabileceği durumlara yaklaşımı açısından yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Örneğin McWilliams, hastalarının kişilik özellikleri ya da kişilik bozuklukları hakkında farkındalığı yüksek terapistlerin histrionik ve sınırda kişilik özellikleri olan hastalarda kişisel sınırlar konusunda daha temkinli, obsesif kişilik özellikleri olan hastalarda duygulanımın takibinde daha dikkatli, şizoid kişilik özellikleri olan hastalarda sessizliklere karşı daha toleranslı olabileceklerini ileri sürmektedir (McWilliams, 2016).

1.7. Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Ölçekler

Kişilik bozukluğunun değerlendirilmesinde, kategoriler veya boyutlar kullanılarak kişilik bozukluklarının en iyi şekilde tanımlanıp tanımlanmadığından daha fazla tartışılan bir konu olmamıştır. Kategorik ve boyutsal modellerin doğası gereği uyumsuz olduğuna ve aralarından seçim yapılması gerektiğine yaygın olarak inanılmaktadır (Clark ve ark., 1997). Tartışma bununla da sınırlı kalmamaktadır. “Kişilik bozukluğu ile ilgili değerlendirmeler yaparken normal anormalden ayıran nedir?” Bu soru yalnızca KB değerlendirilmesi için sorulan bir soru olmamakla birlikte kişilik bozukluklarının heterojen yapısı ve eksen 1 hastalıklara göre farklı özellikler taşıması yanıt vermeyi güçleştirmektedir. Bazı araştırmacılar kişilik bozukluklarının tanısının konulması için kullanılan ölçeklerde pratik kararlar verebilmek için keyfi kesme puanları seçildiğini belirtmektedir. Normallik ve anormallik arasındaki keskin kavramsal tanımlamanın mümkün olmadığını iddia etmektedirler. Tüm bu sorulara daha net cevaplar verebilmek için özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısında, yapılandırılmış görüşmelerden davranışsal değerlendirme araçlarına, cümle tamamlama, duyuşal değerlendirme görevleri ve figürler veya el gibi nesnelerin çizimi gibi projektif testlere kadar çok sayıda klinik kişilik değerlendirme prosedürü araştırılmış ve geliştirilmiştir. Kişilik değerlendirme

yöntemlerinin, araştırma yayınlarının ve klinik uygulamalarının artan oranlarının bazı önemli nedenleri bulunmaktadır. Örneğin, kişilik değerlendirme araçları genellikle araştırmalarda anormal davranış ve psikolojik süreçler ile ilgili ölçüt olarak kullanılır. Psikolojik testler, sağlık bakım ortamlarında psikolojik tarama ve geleneksel ruh sağlığı değerlendirmesi gibi çeşitli uygulamalarla, günümüzde klinisyenler için ilgi çekici bir hedef haline gelmiştir.

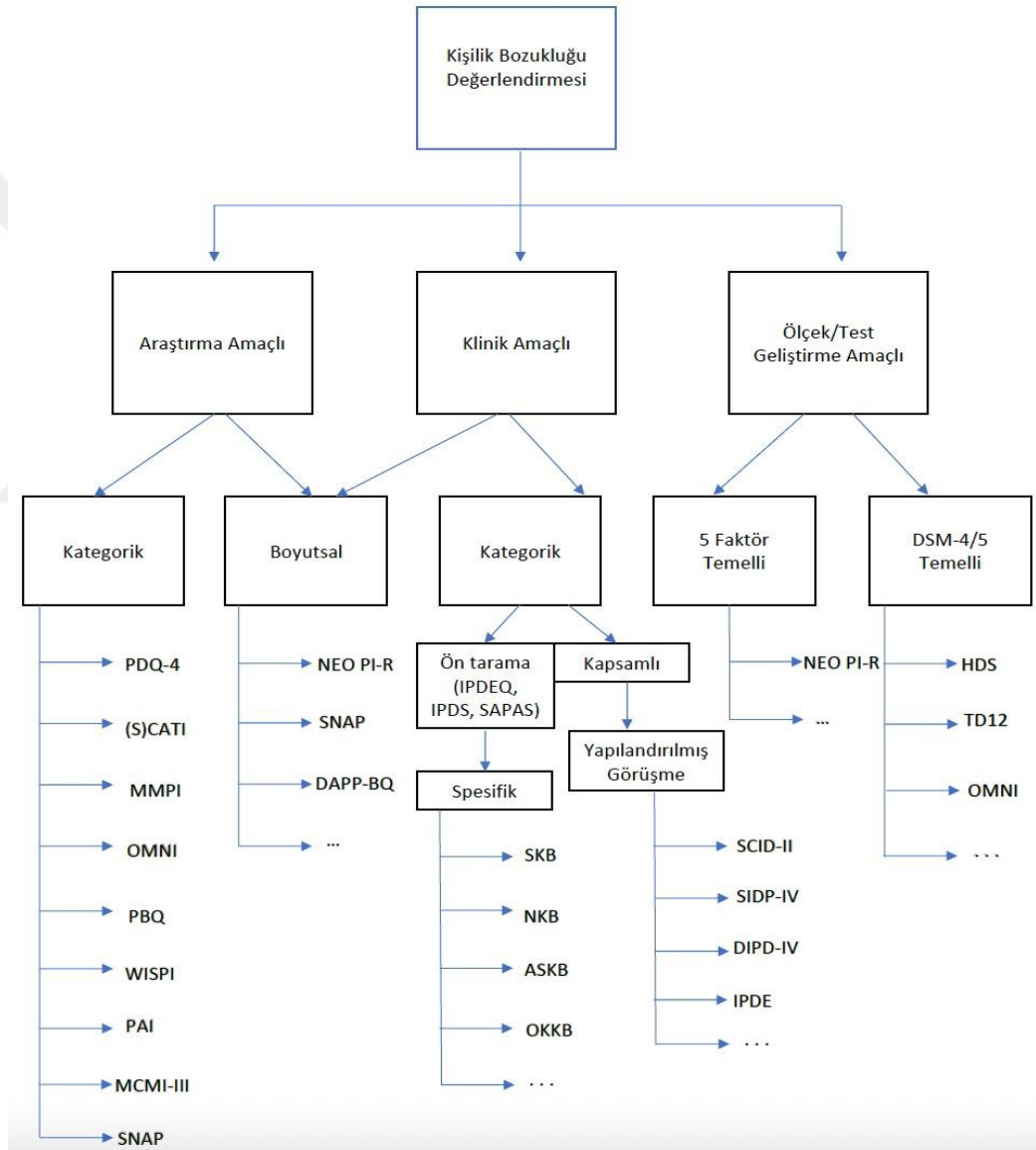
Kişilik bozuklukları tanısı koymak için çeşitli kuramcıların görüşlerine ve sınıflandırma yöntemlerine göre değişebilen farklı tanı yöntemleri mevcuttur. Tanısal araştırmalar için nörogörüntüleme ve biyobelirteç çalışmaları devam etmekle birlikte günümüzde henüz kişilik bozukluklarına tanı konması için kullanılabilecek kesin bir biyobelirteç mevcut değildir (Valencia ve ark., 2016). Kişilik bozukluklarını sınıflandırmak için yaygın şekilde kullanılan ICD ve DSM tanı sistemleri semptom odaklı olmakla birlikte KB'yi kategorilere göre tanımlamak klinisyenler için ortak bir dil oluşturma amacıyla tercih edilmektedir. Ancak kategorik sınıflandırmalar; eş tanı oranlarının yüksekliği, kategoriler arasında örtüşmelerin olması, geçerliğin zayıf olması, yapay olarak üretilmiş olmaları ve kesin bilgilere dayanmamaları nedeniyle eleştirilmektedir (Aslan, 2008; Haslam, 2003).

Kişilik bozukluklarına tanı koymak için yapılandırılmış/yarı yapılandırılmış görüşmeler, öz bildirim ölçekleri, projektif testler ve klinisyenler tarafından klinik görüşme sırasında edinilen izlenimlerin değerlendirilmesi kullanılabilir ve yöntemler Şekil 1'de özetlenmektedir (Furnham ve ark., 2014). Kişilik bozuklukları ile ilgili pek çok ölçek bulunmasına rağmen bunların çok azı Türkçeye çevrilmiştir. Klinik uygulamalarda en çok kullanılan ve Türkçeye çevirisi ve geçerlik güvenirlik çalışması ilk yapılmış olan ölçek, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) olmakla birlikte ölçeğin uygulanması ve değerlendirilmesi için uzun zaman gerekmektedir (Savaşır, 1978).

1.7.1. Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi İçin Kullanılan Tarama Ölçekleri

Kişilik bozukluğunun değerlendirilmesi için bazı kısa tarama ölçekleri bulunmaktadır. Bu ölçekler ile yapılan değerlendirmelerin tedavi planlaması ve

hastanın psikoterapi ihtiyacı hakkında hastayı bilgilendirmek için ilk aşamada kullanımlarının değerli olduğu düşünülmektedir (Morse & Pilkonis, 2007). Gonzalez tarafından yapılan bir çalışmada, KB için özellikle iki hızlı tarama testinin kullanımı vurgulanmıştır: Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği ve Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (Gonzalez, 2014). Çalışma, kişilik bozukluğu prevalansı %42 olduğu tahmin edilen 53 madde veya alkol kötüye kullanımı hastasının taranmasını içermektedir. Her iki testin de hızlı ve kolay uygulanabildiği, tamamlanması yaklaşık 2 dakika sürdüğü ve klinik uygulamada kullanılması tatmin edici olduğu görülmüştür.



Şekil 1: KB değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklere genel bakış.

(Furnham ve ark., (2014) "A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders" makalesinden alınmıştır)

1.8. Amaç

Bu araştırmada, Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği ve Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışmasının yapılması ve kolay ve hızlı kısa KB ölçeklerinin klinik uygulamalarda yer alması amaçlanmaktadır. Bu sayede klinisyenlerin tanısal güçlükleri aşması, hastaların tedavisinde uygun ve bireyselleştirilmiş tedaviler kullanılması, çoklu tedavi denemelerinin önüne geçilmesi ve advers etkilerin önlenmesi amaçlanmaktadır.

1.9. Araştırmanın Soruları

1. SAPAS Türkçe uyarlaması:

- 1) Kişilik bozukluğu tanısı olanlar ile kişilik bozukluğu tanısı olmayanları ayırt ediyor mu?
- 2) İç tutarlılığı nasıl?
- 3) Faktör dağılımı yapıldığında nasıl sonuç veriyor?
- 4) KB tanısı için kesme noktası var mı?

2. IPDS Türkçe uyarlaması:

- 1) Kişilik bozukluğu tanısı olanlar ile kişilik bozukluğu tanısı olmayanları ayırt ediyor mu?
- 2) İç tutarlılığı nasıl?
- 3) Faktör dağılımı yapıldığında nasıl sonuç veriyor?
- 4) KB tanısı için kesme noktası var mı?

2. YÖNTEM VE ARAÇLAR

2.1. Araştırmanın Deseni

Kişilik bozukluklarının değerlendirildiği bu araştırmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran tüm hastaların ardışık olarak değerlendirilmesi planlanmıştır. Araştırmaya hasta alımı Haziran 2021'de başlamış ve 4 ay süreyle polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastaların değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Araştırma sırasında 01.12.2019 tarihinde Çin'de başlayarak tüm dünyayı etkileyen COVID-19 Pandemisi nedeniyle önlemler alınmıştır. Bu önlemler kapsamında araştırmada bazı değişikliklere gidilmiştir. Tekrar test için değerlendirilmesi gereken hastalar telefonla aranmıştır ve ölçekler kısa bir sürede tek bir araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Yapılan değişiklikler, alınan önlemler, psikiyatri polikliniğine başvuran hasta sayısındaki sınırlamalar nedeniyle araştırmaya alınacak hasta sayısının 80 olmasına karar verilmiştir.

Belirtilen süreçte içinde ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışması için 82 hastaya ölçekler aynı araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Alanı ve Evreni

Araştırmaya Haziran 2021 ve Eylül 2021 tarihleri arasında HÜTF Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran tüm hastalar davet edilmiştir. Araştırmanın özellikleri araştırmacı tarafından anlatılmış ve bilgilendirilmiş olur formu imzalayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan ve bilgilendirilmiş olur formu imzalayan hastalardan 5'i ölçekleri uygun şekilde doldurmadığı için analizlere dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan hastaların değerlendirilmesi HÜTF Psikiyatri A.D. poliklinik odalarında yapılmıştır.

Araştırmanın deseni ve amacı HÜTF Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve 29.06.2021 tarihinde onaylanmıştır (Etik kurul kayıt numarası: GO 21/790). Sonuçlar daha öncesinde başka bir yerde yayınlanmamıştır.

2.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Araştırmaya dahil olma ölçütleri:

- Çalışmaya dahil olmayı isteyen, kabul eden, 18 yaşın üzerinde olan, yapılandırılmamış tanı görüşmesi ile tanısı doğrulanan ve test doldurma kapasitesi olan hastalar
- Zekâ geriliği ve psikoz öyküsü (şizofreni, psikotik özellikli mani, sanrılı bozukluk vb. gibi) olmayan
- Aydınlatılmış onam formunun imzalanması

Araştırmadan dışlanma ölçütleri:

- Hastanın çalışmada kullanılacak ölçekler uygun şekilde doldurmaması
- Zekâ geriliği ve psikoz öyküsü (şizofreni, psikotik özellikli mani, sanrılı bozukluk vb. gibi) olan

2.4. Araştırma Araçları

Hastalar, kendi doldurdıkları ölçekler ve araştırmacının doldurduğu ölçekler ile değerlendirilmiştir. Ölçekler ayrı ayrı tanıtılacaktır.

2.4.1. Ruhsal Hastalıklar İçin Tanı Görüşmesi

Katılan tüm hastalara DSM-5 tanı ölçütlerini temel alan bir klinik görüşme yapılmıştır.

2.4.2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, meslek durumu, ruhsal hastalığının başlangıç yaşı, geçmişte intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı, soygeçmiş özellikleri gibi sosyodemografik bilgileri değerlendiren ve araştırmacının sorucevap şeklinde uyguladığı bir ankettir ve EK-1’de sunulmuştur.

2.4.3. Coolidge Eksen II Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu (CATI+TRKF)

Temel amaç olarak, DSM-5 kriterlerine dayanan kişilik bozukluklarının değerlendirilmesini hedefleyen ve 250 maddeden oluşan bir öz bildirim envanteri olan Coolidge Eksen İki Envanteri Plus'ın 78 sorudan oluşan kısa formudur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2017 yılında Bilge ve Sertel Berk tarafından yapılmıştır (Bilge & Sertel Berk, 2017). Yapılan analizlerde Eksen II alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri 0,64-0,83 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test analizinde korelasyon katsayıları 0,67- 0,90 arasındadır. Açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %75,58'ini açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Yakınsak geçerlik analizlerinde elde edilen korelasyon katsayıları 0,27-0,75 arasında değişmektedir. Ayırt edici geçerlik analizinde kişilik bozukluğu puan ortalamalarının psikolojik veya psikiyatrik başvuru öyküsü olan grup lehine anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçek içerisinde ölçeğin katılımcılar tarafından dikkatlice doldurulup doldurulmadığını anlayabilmek için yer alan 2 soru bulunmaktadır ve bu 2 soruya yanlış yanıt verdikleri düşünülen katılımcıların bu ölçekle ilgili puanlamaları araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamızda 5 hasta bu 2 soruya uygun şekilde cevap vermediği için verileri analize katılmamıştır.

Coolidge Eksen İki Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu ve puanlama yöntemi EK-2'de sunulmuştur.

2.4.4. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği (SKDKÖ) (Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale [SAPAS])

Moran ve arkadaşları tarafından klinik uygulamalarda kişilik bozukluklarını kısa ve pratik bir şekilde değerlendirebilmek için geliştirilmiş olan SAPAS ölçeği, Standardize Kişilik Değerlendirme (Standardized Assessment of Personality [SAP]) ölçeği açılış bölümünden alınan, ikili olarak (evet veya hayır) derecelendirilmiş 8 maddeden oluşmaktadır. Birinci basamakta 303 katılımcının dahil edildiği bir örneklemin SAP ile değerlendirilmesinin ardından yapılan analizde, bu 8 araştırma maddesindeki toplam puanın, daha sonra elde edilen nihai SAP kişilik bozukluğu

tanısını tatmin edici bir şekilde yordadığı gösterilmiştir. Yazarlar, bu 8 maddenin performansı ile birlikte kişilik bozukluğunun teşhisi için SAPAS'ın bir tarama görevi görebileceğini ileri sürmüştür (Moran ve ark., 2003). SAPAS ve puanlaması EK-3'te sunulmuştur.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin Türkçeye çevrilmesi için ölçek geliştiricilerinden olan Dr. Paul Moran'dan (Centre for Academic Mental Health, University of Bristol) izin alınmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi iki araştırmacı tarafından (Dr. Ş.C. Gürel ve Dr. C. Arca) yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi, (Dr. T. Demirsöz) tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir.

Araştırmacıların yeniden gözden geçirmesiyle çeviriye son hali verilmiştir.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması EK-4'te sunulmuştur.

2.4.5. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (IKBT) (The Iowa Personality Disorder Screen [IPDS])

Langbehn ve arkadaşları tarafından 1999'da DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme'ye dayanarak oluşturulmuştur. Genel kişilik bozukluklarına ait spesifik kriterleri 11 soruda sorgulayan yapılandırılmış kısa bir görüşmedir (Langbehn ve ark., 1999). IKBT EK-5'te sunulmuştur.

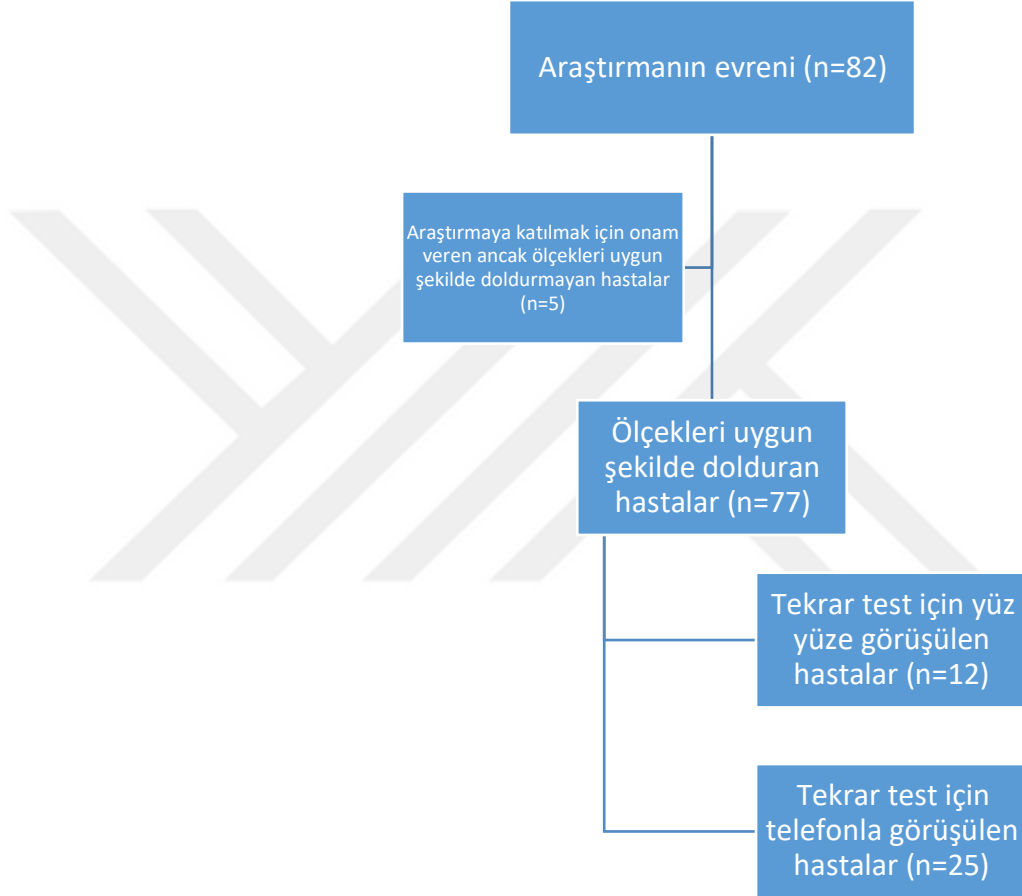
Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın Türkçeye çevrilmesi için ölçek geliştiricilerinden olan Dr. Douglas R. Langbehn'den (Department of Psychiatry, University of Iowa) izin alınmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi iki araştırmacı (Dr. Ş.C. Gürel ve Dr. C. Arca) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi, Dr. T. Demirsöz tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Araştırmacıların yeniden gözden geçirmesiyle çeviriye son hali verilmiştir.

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın Türkçe uyarlaması ve puanlama yöntemi EK-6'da sunulmuştur.

2.5. Uygulama

Araştırmaya psikiyatri polikliniğine başvuranlar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme ölçütlerini karşılayan hastalar dahil edilmiştir. Araştırmacı bu hastaları önce polikliniğe davet ederek yüz yüze görüşmüştür.

Görüşmelerde 82 katılımcıya SKDKÖ, IKBT ölçekleri, sosyodemografik ve klinik bilgiler formu yüz yüze, CATI+TR-KF katılımcılar tarafından öz bildirim şeklinde uygulanmıştır. Katılımcıların 5'i ölçekleri uygun şekilde doldurmadıkları için çalışmadan çıkarılmıştır. Tekrar test için görüşme sağlanan 37 hastanın 25'i ile pandemi koşulları nedeniyle telefon görüşmesi yapılmıştır, 12'si ile 2-4 hafta içerisinde yeniden psikiyatri polikliniğe başvurdıkları için ikinci görüşme de yüz yüze yapılmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2: Araştırmanın akış şeması.

2.6. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için Mac SPSS v.25 programı ve R yazılım dili kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler içinse ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca olarak verilmiştir. Bağımsız grupların kategorik değişkenler yönünden karşılaştırılması ki kare testi ile yapılmıştır. KB

tanısı konan ölçek kesim noktalarını bulabilmek için ROC eğrisi analizi uygulanmış, en iyi kesim noktasına ait duyarlılık ve özgüllük değerleri belirlenmiştir. Ölçekler maddelerinin tekrar test güvenilirliğini test etmek için -1 ile +1 arasında değişen Pearson Katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek maddelerinin madde analizi yapılmış, iç tutarlılığı göstermek amacıyla madde-toplam korelasyonları ve Cronbach alfa katsayıları incelenmiştir. Klinik değişkenler ve ölçek puanları arasındaki ilişki general linear model ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Analizlere başlamadan önce, kayıp veri analizi yapılmıştır. Sonrasında, veriler için normal dağılıma uygunluk test edilmiş ve ayrıca verilerin aşırı değerlere sahip olup olmadıkları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda verilerde kayıp veri olmadığı, aşırı skora sahip denek olmadığı ve ayrıca verilerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir.

3. BULGULAR

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar arasından gelişi güzel seçilen ve araştırmaya katılmaya davet edilen 82 katılımcının tamamı katılmayı kabul etti ancak 5 katılımcı verilen ölçekleri uygun şekilde doldurmadığı için araştırmadan çıkarıldı. Örneklemenin ortalama yaşı 31,6 yıldır (SD=12,4). Kırk altısı (%59,7) kadın, otuz biri (%40,3) erkekti. Diğer sosyodemografik ve klinik bilgiler Tablo 3.1.'de verilmiştir. 77 kişiden toplam 33 kişiye (%42,9) CATI+TR-KF ile kategorik olarak KB tanısı konmuştur. KB tanısı için çalışmada yer alan örneklemenin CATI+TR-KF'den aldıkları puanların ortalaması hesaplanmış, 2 standart sapma puanının üzerinde yer alan katılımcılar KB olarak kabul edilmiştir. Her bir KB alt grubu için çalışmamızda hesaplanan CATI+TR-KF ortalama puanı ve CATI+TR-KF ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Bilge ve arkadaşları tarafından hesaplanan ortalama puanlar Tablo 3.2.'de verilmiştir. Çalışmada KB tanısı konulan 33 kişiye toplamda 87 KB tanısı ve her bir kişi için ortalama 2,96 (± 2) KB tanısı konulmuştur. 21 katılımcıya birden fazla KB tanısı konulmuştur. KB tanısı için çalışmada yer alan örneklemenin CATI+TR-KF'den aldıkları puanların ortalaması hesaplanmış, Bilge ve Sertel Berk'in çalışmasının sonucunda hesaplanan CATI+TR-KF ortalama puanından 2 standart sapmanın üzerinde yer alan katılımcılar KB olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda hesaplanan ve Bilge ve arkadaşlarının çalışmasında bulunan CATI+TR-KF ortalama puanları Tablo 3.2.'de verilmiştir. Araştırmanın diğer bulguları SKDKÖ ve İKBT için ayrı ayrı sunulacaktır.

Tablo 3.1. Örneklemenin sosyodemografik ve klinik özellikleri.

	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	46	59.7
Erkek	31	40.3
Yaş		
18-39	50	64.9
40-64	16	20.8
<65	1	1.3
Eğitim		

İlkokul	4	5.2
Ortaokul	8	10.4
Lise	31	40.3
Üniversite	34	44.2
Psikiyatrik Hastalıklar	77	
Major Depresyon	26	33.8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16	20.8
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	9	11.7
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5	6.5
Kişilik Bozukluğu	5	6.5
Bipolar Afektif Bozukluk	4	5.2
Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu	4	5.2
Panik Bozukluk	4	5.2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2	2.6
Yeme Bozukluğu	2	2.6

Tablo 3.2. Örneklemelerin CATI+TR-KF alt ölçekleri ortalamalarının karşılaştırılması.

	Klinik Örneklem (s=77)	Klinik Örneklem (Bilge ve ark.) (s=138)	Toplum Örneklemi (Bilge ve ark.) (s=648)
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Paranoid KB	18.78±5.62	20.08±5.31	18.25±4.35
Şizotipal KB	15.04±5.25	16.78±4.91	13.36±4.19
Şizoid KB	17.14±4.78	16.88±4.49	14.17±3.88
Antisosyal KB	14.60±4.93	16.44±4.90	13.03±3.97
Sınırdaki KB	20.73±6.25	21.67±5.75	17.98±4.38
Histrionik KB	16.73±3.70	17.55±4.07	15.46±3.87
Narsistik KB	20.27±4.37	21.01±4.24	18.87±4.33
Obsesif Kompulsif KB	22.48±5.30	23.32±4.70	20.49±4.77
Çekingen KB	19.09±4.91	18.94±4.52	16.28±4.21
Bağımlı KB	14.49±4.56	15.86±4.74	11.89±3.92

3.1. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin Bulguları

3.1.1. Maddeler Arasındaki İlişkiler

8 madde arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Tekniği kullanılmıştır ve Tablo 3.3.'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin maddeleri arasındaki ilişki.

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8
S 1	1							
S 2	0.370	1						
S 3	0.130	0.218	1					
S 4	0.068	0.179	0.327	1				
S 5	0.113	0.055	0.220	0.491	1			
S 6	-0.004	0.212	0.268	0.054	0.120	1		
S 7	0.004	-0.045	0.034	-0.017	0.026	0.303	1	
S 8	-0.143	-0.202	0.000	-0.069	0.-105	0.304	0.184	1

Koyu renkle gösterilenler düşük düzeyde ya da orta düzeyde ilişkili olduğu gösterilen ölçek maddeleri

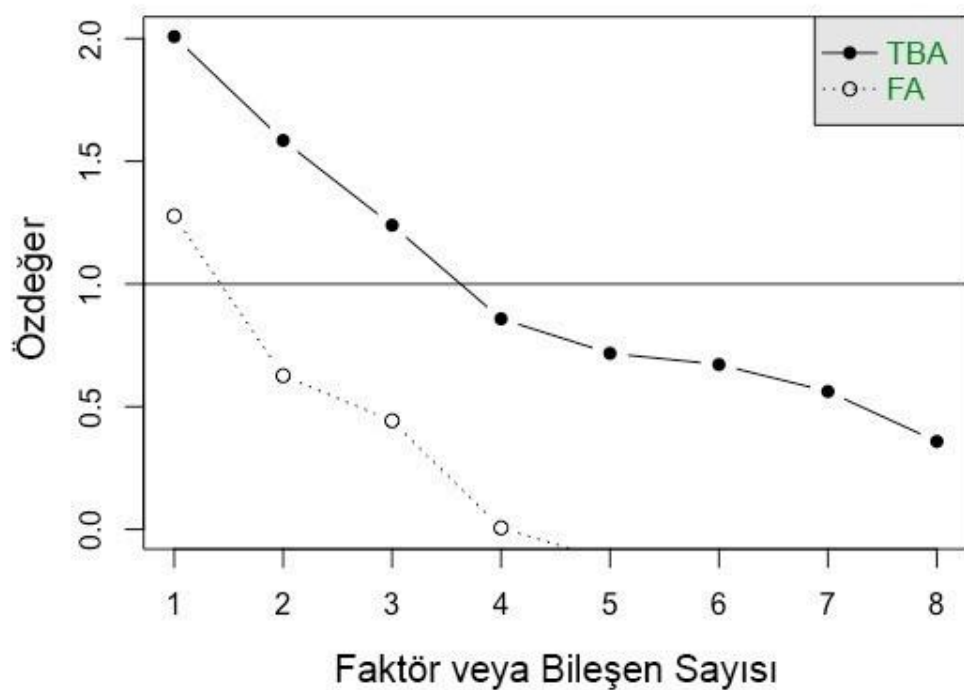
3.1.2. Geçerlik Analizi

3.1.2.1. Yapı Geçerliği

Ölçeğin geçerlik analizi için ilk olarak, Cronbach alfa kullanarak SKDKÖ iç tutarlılığı analiz edildi. Korelasyon matrisi içindeki tüm korelasyonların genel anlamlılığını test eden Bartlett küresellik testi istatistiksel olarak anlamlıydı ($X^2 = 78,171$; $p \leq 0,0001$). Bu sonuç veri setinde faktör analizi modelinin kullanılmasının uygun olduğunu gösterdi. Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliği ölçümü, değişkenler arasındaki ilişkilerin gücünün orta derecede olduğunu (KMO = 0,53) gösterdi ve bu sonuçlar analize devam etmek için kabul edilebilirdi. Daha sonra Oblimin faktör döndürme yöntemi kullanılarak temel bileşenler analizi yürütüldü ve faktör yapısı belirlendi. Temel bileşenler analizi yapıldıktan sonra toplam varyansın %60,01'ini açıklayan üç faktörlü bir çözüm elde edilmiştir. Birinci faktör (özdeğer (eigen value) = 2,00) SKDKÖ'nün 3,4,5. maddelerini gruplandırmıştır. İkinci faktör (özdeğer = 1,58) 6,7,8 içeriyordu. Son olarak, üçüncü faktör (özdeğer = 1,23) 1,2. maddelerden oluşmuştur ve Tablo 3.4.'te verilmiştir. 1.0'dan büyük öz değerleri (özdeğerler: 2,00, 1,58, 1,23) ve yamaç birikinti grafiğinin (scree plot) incelenmesine göre üç faktör çıkarılmıştır ve Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin Faktör Yapısı.

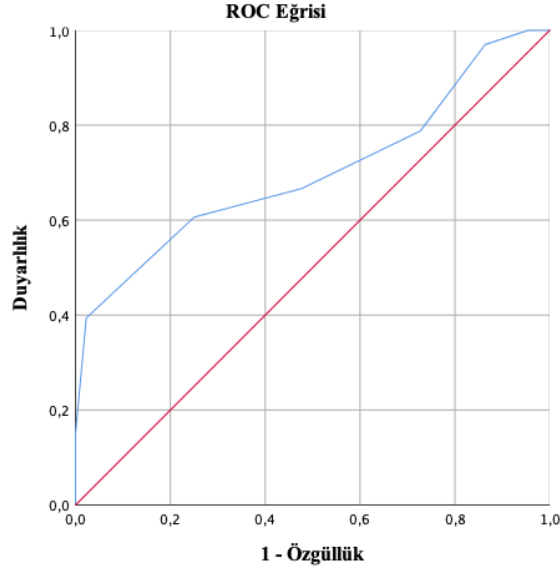
	F 1	F 2	F 3
1. Genel olarak, arkadaş edinmekte ve arkadaşlıklarınızı sürdürmekte zorlanır mısınız? (evet = 1; hayır = 0)			0.77
2. Normalde, kendinizi yalnız kalmayı tercih eden biri olarak tanımlar mısınız? (evet = 1; hayır = 0)			0.84
3. Genel olarak diğer insanlara güvenir misiniz? (evet = 0 hayır = 1)	0.50		
4. Normalde, kolayca öfkeden kendinizi kaybeder misiniz? (evet = 1; hayır = 0)	0.86		
5. Normalde, dürtüsel hareket eden tipte bir insan mısınız? (evet = 1; hayır = 0)	0.84		
6. Normalde, endişeli bir insan mısınız? (evet = 1; hayır = 0)		0.79	
7. Genel olarak, başka insanlara çok bağımlı mısınız? (evet = 1; hayır = 0)		0.65	
8. Genel olarak, mükemmeliyetçi misiniz? (evet = 1; hayır = 0)		0.66	

**Şekil 3.1** Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin yamaç birikinti grafiği.

3.1.2.2 Yakınsak Geçerliği

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin eşzamanlı geçerliği, standart bir KB ölçeği olarak kabul edilen CATI+TR-KF ile karşılaştırılarak değerlendirildi. İncelenen örnekleme katılımcılar arasında CATI+TR-KF ile herhangi bir KB tanısı konmuş olanların SKDKÖ için ROC eğrisi analiz edildi.

Örneklerimizde ROC analizi sonrasında bulunan ROC eğrisi, 45° referans çizgisinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıydı ($p = 0,003$). EAA 0,70 (%95 CI=0,58-0,83) olup, tüm olası kesme puanları dikkate alındığında orta düzeyde ayırt edicilik gösterdi. ROC eğrisi Şekil 3.2.'de gösterilmiştir.



Şekil 3.2. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nin ROC eğrisi.

3.1.3. Güvenirlik Analizi

İç tutarlılığı belirlemede Cronbach alfa korelasyon analizi tekniği kullanılmıştır. Toplam SKDKÖ puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,50 olup, kalan maddelerle en az tutarlı olan madde "Genel olarak mükemmeliyetçi misiniz?" sorusu olarak saptanmıştır. Tablo 3.5., SKDKÖ'den her bir maddenin Cronbach alfa katsayılarını göstermektedir.

3.5. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği için her bir madde silindiğinde hesaplanan Cronbach alfa katsayısı.

Maddeler	Cronbach Alfa
1. Genel olarak, arkadaş edinmekte ve arkadaşlıklarınızı sürdürmekte zorlanır mısınız?	0.48
2. Normalde, kendinizi yalnız kalmayı tercih eden biri olarak tanımlar mısınız?	0.46
3. Genel olarak diğer insanlara güvenir misiniz?	0.40
4. Normalde, kolayca öfkeden kendinizi kaybeder misiniz?	0.42
5. Normalde, dürtüsel hareket eden tipte bir insan mısınız?	0.44
6. Normalde, endişeli bir insan mısınız?	0.40
7. Genel olarak, başka insanlara çok bağımlı mısınız?	0.49
8. Genel olarak, mükemmeliyetçi misiniz?	0.55

Katılımcıların 32'si (%41,6) tekrar test güvenilirliği için ortalama 23,47 ($\pm 3,18$) gün sonra yeniden değerlendirildi. Toplam puan için test-tekrar test katsayısı 0,78 olarak bulundu ($r(30) = 0,78, p < 0,001$).

3.1.4. Ölçek Performansı

SKDKÖ'nün bir dizi kesme puanındaki performansı Tablo 3.6.'da gösterilmektedir. Bu veriler, duyarlılık-özgüllük grafiği ile birlikte CATI+TR-KF ile bir KB tanısı için optimal SKDKÖ kesme puanının ne olduğunu ortaya çıkarmıştır. 5 kesme puanı, en iyi duyarlılık (%60,6), özgüllük (%75) dengesine sahipti. Kesme puanı 5 olarak alındığında deneklerin %68,8'nin doğru sınıflandırıldığı görüldü.

Tablo 3.6. SKDKÖ için kesme puanı duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri.

SKDKÖ Kesme Puanı	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif Prediktif Değer	Negatif Prediktif Değer	Doğru Şekilde Sınıflandırma
2	97	13.6	45.7	85.7	%19.5
3	77.8	27.2	44.8	63.1	%49.4
4	66.7	52.3	51.2	67.6	%58.4
5	60.6	75	64.5	71.7	%68.8
6	39.4	97.7	92.9	68.3	%72.8

3.2. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın Bulguları

3.2.1. Maddeler Arasındaki İlişkiler

11 madde arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi tekniği kullanılmıştır ve Tablo 3.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın maddeleri arasındaki ilişki.

	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11
I 1	1										
I 2	0.137	1									
I 3	0.308	0.083	1								
I 4	0.232	0.019	-0.005	1							
I 5	0.233	0.170	0.344	0.073	1						
I 6	0.121	0.219	0.087	0.089	0.355	1					
I 7	0.469	0.167	0.289	0.233	0.351	0.383	1				
I 8	0.194	0.110	0.139	0.207	0.300	0.274	0.226	1			
I 9	0.356	0.051	0.046	0.380	0.138	0.019	0.274	0.317	1		
I 10	0.309	0.103	0.043	0.059	0.245	0.098	0.159	0.212	0.212	1	
I 11	0.052	-0.141	-0.078	0.155	0.057	0.051	-0.016	-0.030	0.012	0.077	1

Koyu renkle gösterilenler düşük düzeyde ya da orta düzeyde ilişkili olduğu gösterilen ölçek maddeleri

3.2.2. Geçerlik Analizi

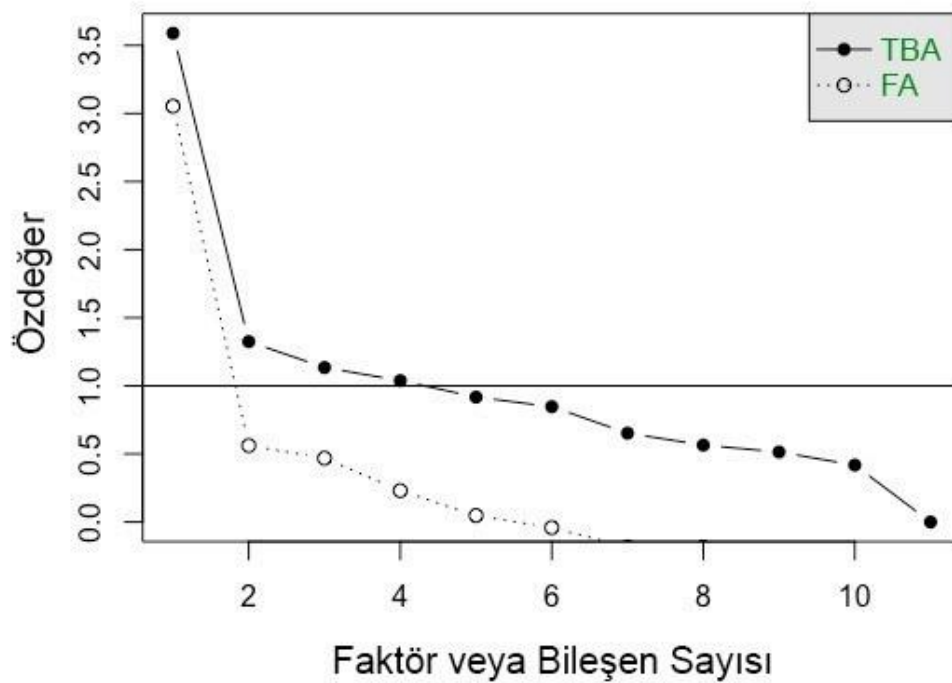
3.2.2.1. Yapı Geçerliği

Ölçeğin geçerlik analizi için ilk olarak, Cronbach alfa kullanarak IKBT 'nin iç tutarlılığı analiz edildi. Kaiser-Meyer-Olkin testi (0,71) ve Bartlett küresellik testi ($X^2 = 126,022$; $p \leq 0,0001$) kullanılarak faktör analizi gereksinimleri kontrol edildi. Daha sonra Oblimin faktör döndürme yöntemi kullanılarak temel bileşenler analiz edildi ve faktör yapısı belirlendi. Böylece temel bileşenler analizi yapıldıktan sonra toplam varyansın %48,87'ini açıklayan üç faktörlü bir çözüm elde edilmiştir. Birinci faktör (özdeğer = 2,87), Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın 1, 4, 7, 8, 9, 10. maddelerini gruplandırmıştır. İkinci faktör (özdeğer = 1,40) 5, 6. maddeleri içeriyordu. Son olarak, üçüncü faktör (özdeğer = 1,10) 2,3,11. maddelerden oluşmuştur ve Tablo 3.8.'de verilmiştir. 1,0'dan büyük özdeğerleri (özdeğerler:

2,87, 1,40, 1,1, 1,05) ve yamaç birikinti grafiğinin incelenmesi kriterine göre üç faktör çıkarılmıştır ve Şekil 3.3'te gösterilmiştir.

3.8. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın faktör yapısı.

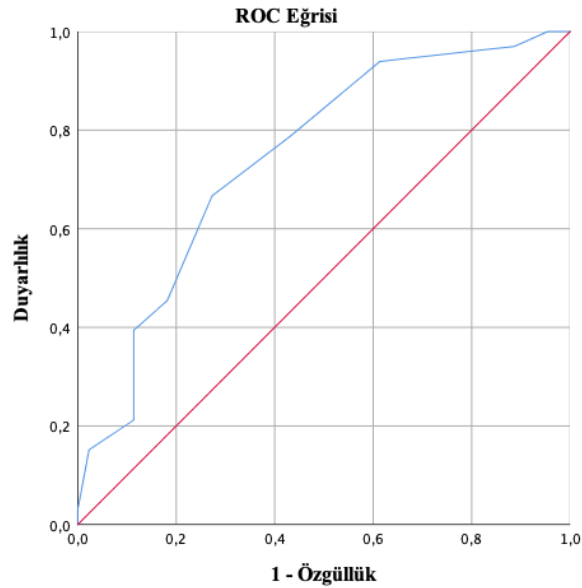
	F 1	F 2	F 3
1. Ruh halinde belirgin değişimler	0.66		
2. İlgi odağı olmadığında rahatsız olma			-0.37
3. Anında tatmin olmaya yönelik eylemler			-0.55
4. Başkalarına güvenme konusunda isteksiz	0.69		
5. Aşırı sosyal kaygı		-0.70	
6. Beğenildiğinden emin olmakla ilgili istek		-0.85	
7. Sabit bir öz imaj eksikliği	0.42	-0.40	
8. Hak ettiği değeri görmediğine olan inanç	0.39		
9. Başkaları tarafından sömürülme ya da zarar görme beklentisi	0.84		
10. Kin tutma ya da sessiz kalarak insanları cezalandırma	0.37		
11. Başkalarının endişelerine ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma			0.79



Şekil 3.3. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın yamaç birikinti grafiği.

3.2.2.2 Yakınsak Geçerliği

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın eşzamanlı geçerliğine, çalışmada altın standart KB tanı değerlendirmesi olarak kabul edilen CATI+TR-KF ölçeği ile karşılaştırılarak bakıldı. Bakılan örneklemede katılımcılar arasında CATI+TR-KF ile herhangi bir KB tanısı konmuş olanların IKBT için ROC analizi yapıldı ve analiz sonucu Şekil 3.4.'te gösterilmiştir. Bizim örneğimizde, örnek için ROC eğrisi, 45° referans çizgisinden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklıydı ($p < 0,001$). EAA 0,74 (%95 CI=0,63-0,86) olup, tüm olası kesme puanları dikkate alındığında orta düzeyde ayırt edicilik saptandı. ROC eğrisi ve eğri altındaki alan Şekil 3.4.'te gösterilmiştir.



Şekil 3.4. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın ROC eğrisi.

3.2.3. Güvenirlik Analizi

Tablo 3.9. IKBT'den her bir maddenin Cronbach alfa katsayılarını göstermektedir. Toplam IKBT puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,68 olup, kalan

maddelerle en az tutarlı olan madde “Başkalarının endişelerine ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma” hakkında soruların sorulduğu 11. maddedir.

3.9. IKBT için her bir madde silindiğinde hesaplanan Cronbach alfa katsayısı.

	Cronbach Alfa
1. Ruh halinde belirgin değişimler	0.63
2. İlgi odağı olmadığında rahatsız olma	0.68
3. Anında tatmin olmaya yönelik eylemler	0.67
4. Başkalarına güvenme konusunda isteksiz	0.67
5. Aşırı sosyal kaygı	0.64
6. Beğenildiğinden emin olmakla ilgili istek	0.66
7. Sabit bir öz imaj eksikliği	0.63
8. Hak ettiği değeri görmediğine olan inanç	0.65
9. Başkaları tarafından sömürülme ya da zarar görme beklentisi	0.66
10. Kin tutma ya da sessiz kalarak insanları cezalandırma	0.67
11. Başkalarının endişelerine ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma	0.71

Katılımcıların 32’si (%41,6) tekrar test güvenilirliği için ortalama 23,47 (± 3.18) gün sonra yeniden değerlendirildi. Toplam puan için test-tekrar test katsayısı 0.84 olarak bulundu ($r(30) = 0,84, p < 0,001$).

3.2.4. Ölçek Performansı

IKBT’nin bir dizi kesme puanındaki performansı Tablo 3.10.’da gösterilmektedir. Bu veriler, duyarlılık-özellik grafiği ile birlikte CATI+TR-KF ile bir KB tanısı için optimal IKBT kesme puanının olduğunu ortaya çıkarmıştır. 5 kesme puanı, en iyi duyarlılık (%66,7), özellik (%72,8) dengesine sahiptir.

Tablo 3.10. IKBT için kesme puanı duyarlılık, özellik, pozitif ve negatif prediktif değerleri.

IKBT Kesme Puanı	Duyarlılık	Özellik	Pozitif Prediktif Değer	Negatif Prediktif Değer	Doğru Şekilde Sınıflandırma
2	97	11.4	45.1	83.3	%42.9
3	81.8	38.6	50	73.9	%57.1
4	78.8	56.8	57.8	78.1	%66.2
5	66.7	72.8	64.7	74.4	%70.1
6	45.5	81.9	65.2	66.7	%66.2
7	39.4	88.7	72.2	66.1	%67.5
8	21.2	88.6	58.3	60	%59.7

3.3. Ölçek Puanlarının Klinik Özelliklerle İlişkisi

Coolidge Eksen II Plus Türkçe Kısa Formu'nda kişilik bozukluğu tanısı ile cinsiyet ($X^2 = 0,99737$, $df = 1$, $p = 0,3179$), ailede psikiyatrik hastalık varlığı ($X^2 = 6,9524$, $df = 6$, $p = 0,3253$), intihar girişimi öyküsü ($X^2 = 4,4421$, $df = 6$, $p = 0,6171$) arasında anlamlı ilişki saptanmadı. CATI+TR-KF'de kişilik bozukluğu tanısının varlığı ile, başlangıç yaşı ($\beta = -0,03318$ se = $0,02348$ $p = 0,158$), hastalık süresi ($\beta = -0,06527$ se = $0,05539$ $p = 0,239$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği kesme puanı >4 alındığında KB tanısı ile cinsiyet ($X^2 = 2,0357$, $df = 1$, $p = 0,1536$), intihar girişimi öyküsü ($X^2 = 2,116$, $df = 1$, $p = 0,1458$), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($X^2 = 1,781$, $df = 1$, $p = 0,182$) varlığı bakımından anlamlı fark görülmedi.

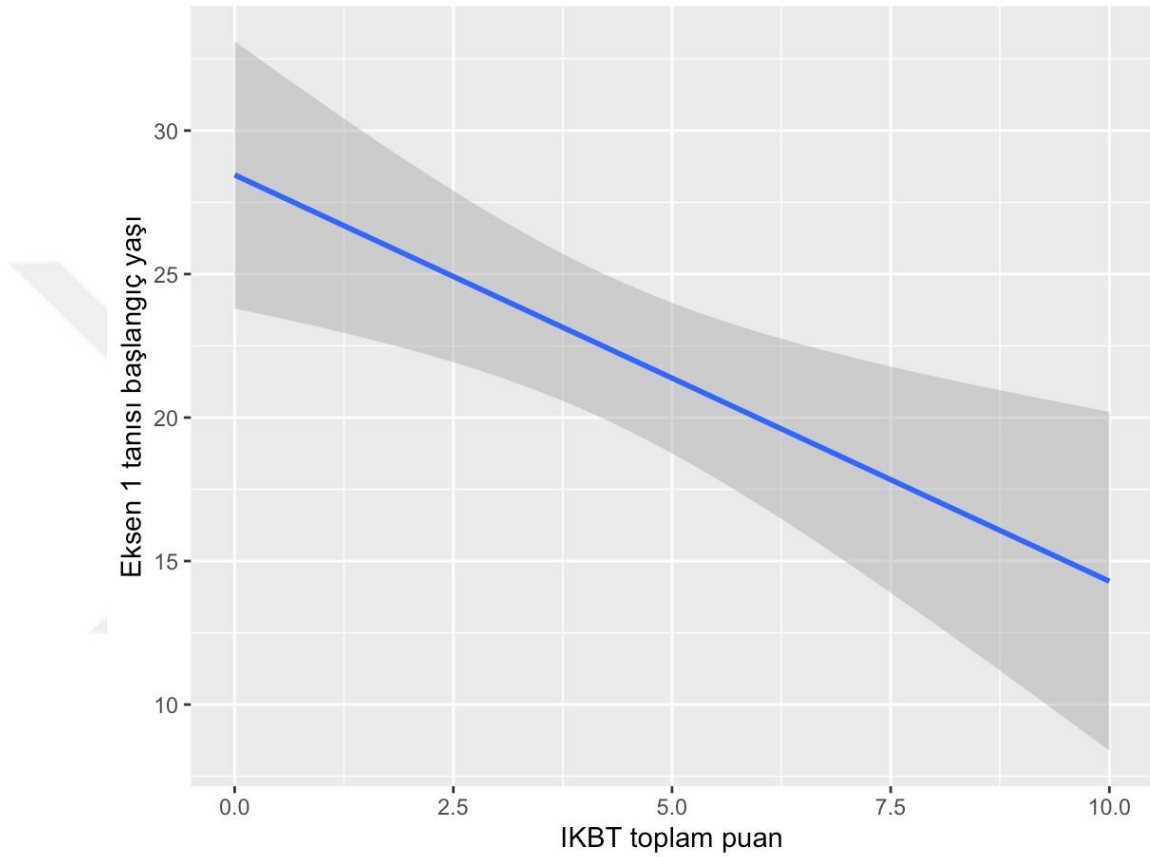
Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması kesme puanı >4 alındığında KB tanısı ile cinsiyet ($X^2 = 1,4603$, $df = 1$, $p = 0,2269$), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ($X^2 = 1,0862$, $df = 1$, $p = 0,2973$) varlığı bakımından anlamlı fark görülmedi. IKBT'ye göre kesme puanı 5 ve üzeri olarak değerlendirilip, KB tanısı bulunan hastalarda intihar girişimi öyküsü, KB bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla saptandı ($X^2 = 7,5215$, $df = 1$, $p < 0,01$). SKDKÖ ve IKBT için ölçek puanlarının intihar girişimi ile olan ilişkisi Tablo 3.11.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.11. Ölçek puanlarının intihar girişimi ile ilişkisi.

	İntihar girişimi var	İntihar girişimi yok
IKBT < 5	5	40
IKBT ≥ 5	13	19
SKDKÖ < 5	9	37
SKDKÖ ≥ 5	9	22

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği toplam puanı ile eksen 1 bozukluğun başlangıç yaşının ($\beta = -0,7860$, se = $0,8747$, $p = 0,372$) ve toplam hastalık süresinin ($\beta = 0,2063$, se = $0,3970$, $p = 0,605$) ilişkisi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. IKBT toplam puanı ile de eksen 1 bozukluğun toplam hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($\beta = 0,2279$, se =

0,2707, $p = 0,403$). Ancak eksen 1 bozukluğun başlangıç yaşı düştükçe, bir başka değişle daha erken yaşta başladığında, IKBT puanının mevcut örnekleimde anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($\beta = -1,4159$, $se = 0,5623$, $p < 0,05$). Bu ilişki Şekil 3.5.'te gösterilmiştir.



Şekil 3.5. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması puanları ile eksen 1 bozukluk başlangıç yaşları arasındaki ilişki.

4. TARTIŞMA

4.1. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği

Klinik pratikte KB taraması için bilinen en kısa ölçeklerden biri olduğu düşünülen SKDKÖ'nün bu performansı onu kullanım açısından uygun bir araç yapmakta ancak IKBT ile kıyaslandığında pek çok metrik ölçümde geride kaldığı görülmektedir. Öte yandan ölçeğin sadece 8 sorudan oluşması ve yaklaşık 1-2 dakika sürede tamamlanması önemli bir özelliğidir. Bu çalışmada SKDKÖ, yüz yüze uygulanmıştır ancak bazı araştırmacılar tarafından öz bildirim şeklinde uygulandığında da sonuçların geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Germans ve ark., 2008). SKDKÖ'nün daha önce çeşitli dillerde güvenilir ve geçerli kısa bir ölçek olduğu Farsça, İspanyolca ve Danca dilleri için gösterilmiştir (Muñoz-Negro ve ark., 2020; Sepehri ve ark., 2017; Hesse ve ark., 2008). Muñoz ve arkadaşlarının çalışmasında psikiyatri poliklinik başvurusu olan 59 hasta, Sepehri ve arkadaşlarının çalışmasında klinik olmayan popülasyondan 385 kişi, Hesse ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 58 madde kötüye kullanımı olan hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma, rutin klinik pratikte kişilik bozukluklarını hızlı değerlendirebileceği düşünülen SAPAS'ın Türkçe uygulandığında yararlılığını göstermek için bir ön kanıt sağlamaktadır.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği 6. maddesi olan "Normalde, endişeli bir insan mısınız?" sorusu katılımcıların %76,6'sı tarafından "Evet" olarak cevaplanmış ve 3,84 (+1,76) olan ölçek toplam puan ortalaması içerisinde 0,79 puan ile diğer ölçek maddelerine göre öne çıkmıştır. Orijinal makalede "worrier" ifadesi yerine Türkçe çeviride "endişeli" kelimesi kullanılmıştır ancak bu çeviri sırasında "worrier" kelimesinin nicelik bildiren tarafı "çok endişeli" şeklinde yeterince vurgulanmamış olabileceğinden bu soruya katılımcılar tarafından daha yüksek oranda evet cevabı verildiği düşünülmektedir. Tablo 3.12.'de her bir maddenin ortalama puanı yer almaktadır.

Tablo 3.12. Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği maddelerinin ortalama puanları.

Maddeler	Ortalama puan
1. Genel olarak, arkadaş edinmekte ve arkadaşlıklarınızı sürdürmekte zorlanır mısınız?	0.25
2. Normalde, kendinizi yalnız kalmayı tercih eden biri olarak tanımlar mısınız?	0.64
3. Genel olarak diğer insanlara güvenir misiniz?	0.57
4. Normalde, kolayca öfkeden kendinizi kaybeder misiniz?	0.36
5. Normalde, dürtüsel hareket eden tipte bir insan mısınız?	0.43
6. Normalde, endişeli bir insan mısınız?	0.79
7. Genel olarak, başka insanlara çok bağımlı mısınız?	0.26
8. Genel olarak, mükemmeliyetçi misiniz?	0.55
Ölçek toplam puan	3.84

Temel bileşenler analizi, SKDKÖ puanlarındaki değişkenliğin büyük bir bölümünü açıklamaktadır ve tüm KB türleri ve kümeleri (A, B, C) ile yeterli derecede uyum gösteren 3 faktörün varlığını ortaya koymuştur. B kümesini açıkladığı düşünülen ilk faktör, madde 3, 4 ve 5'i içermektedir. Bu faktörde yer alan 3. maddenin (Başkalarına güven) teorik olarak paranoid KB ile alakası olduğu düşünülmekte ve faktör 3'te yer alması beklenmektedir. Başkalarına güven ile ilgili maddenin özellikle insan ilişkilerinde zorluk yaşayan B kümesinin yer aldığı faktör 1'de yer alması şaşırtıcı olmamıştır. Buradaki muhtemel neden sorunun yeteri kadar vurgulu sorulmamış olması olabilir. "Diğer insanlar" olarak ifade edilen "other people" çevirisi yüzeysel kalmış gibi görünmektedir. Katılımcılar burada yakın çevreleri ve tanımadıkları insanları düşünerek soruya yanıt vermiş olabilir. "Diğer insanlar" yerine "tanımadığı insanlar" şeklinde bir vurgu özellikle paranoid KB grubu için farklı bir anlam ifade edebilirdi. Bir başka muhtemel açıklama ise paranoid KB ve sınırda KB tanısı olanların benzer bazı klinik özellikler göstermesi olabilir. Nurnberg ve arkadaşlarının çalışmasında sınırda KB tanısı olanların %41'inde aynı zamanda paranoid KB tanısı da olduğu gösterilmiştir (George ve ark., 1991). Sonuç olarak eş tanılar nedeniyle faktör dağılımının bu şekilde olduğu düşünülebilir. C kümesini açıkladığı düşünülen ikinci faktörde 6, 7 ve 8. maddeler yer almaktadır. Üçüncü faktör, A kümesini açıkladığı düşünülen 1 ve 2. maddeleri içermektedir. SKDKÖ'nün kişilik bozukluklarının boyutsal yapısını bile yakalayabildiği bulgusu, bireyleri klinik eşik altında tahmin etmenin gerekli olduğu

popülasyon çalışmalarında veya gerçekten klinik ortamlarda değerlendirirken özellikle ilgi çekici olabilir. Bu durumun KB değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasının kategorik bir yaklaşımdan daha boyutlu bir yaklaşıma doğru kaydığı anda potansiyel ve pratik bir avantaj olabileceği düşünülmektedir.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nde eğri altındaki alan 0,70 olarak bulunmuş olup, bu orta derecede ayırt ediciliğe işaret etmektedir. Munoz-Negro ve arkadaşlarının çalışmasında ise eğri altında alan 0,89 olarak bulunmuştur. SKDKÖ'nün ayırt ediciliğinin diğer uyarlama çalışmalarına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği'nden alınan 5 veya daha fazla puan, %60,6 duyarlılık ve %75 özgüllük ile vakaların %68,8'indeki kişilik bozukluğunu ayırt edici bir şekilde gösterdi. 5 olan eşik puanı, orijinal SAPAS için önerilen 3 eşik puanından farklıdır (Moran ve ark., 2003). Orijinal makalede SAPAS 3 kesme puanı için %94 duyarlılık bulunmuştur ancak bizim çalışmamızda SKDKÖ kesme puanı olarak 3 olarak kabul edildiğinde duyarlılık %77,8 olmakla birlikte özgüllük oranı büyük miktarda düşme gösterdiği için kesme puanının 5 olması gerektiği düşünülmektedir. Kesme puanları arasındaki farkın bir açıklaması nedeni orijinal çalışmada incelenen 60 kişilik örnekleme 33 kişiye KB tanısı konulurken bizim örneklemimizde 77 kişiden 33 kişiye KB tanısı konmuş olması olabilir. Bu nedenle çalışmamızda KB tanısı olanların yakalanabilmesi için daha yüksek puanlara ihtiyaç duyulmuş olabilir. Muhtemel sebeplerden bir diğeri çalışmanın pandemi koşullarında gerçekleştirilmiş olmasıdır. Pandemi döneminde ruhsal hastalıklarda kötüleşmeye dair pek çok çalışma yapıldı. Çalışmalarda yataklı servislerin kapatılmasının ya da kapasitelerinin azaltılmasının, poliklinik hizmetlerinin yeterince sağlanamamasının ve ruh sağlığı profesyonellerinin pandemi ile alakalı hizmetlerde görev almasının ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Rajagopalan ve ark., 2020). Çalışmanın yürütüldüğü yaz aylarında yeterli personel olmayışı ve sınırlı poliklinik hizmeti nedeniyle görece az sayıda hasta polikliniğe başvurmuştur. Polikliniğimizde bu dönemde triyaj uygulanarak hastaların randevuları aciliyete göre sıralandırılmaktaydı. Bu nedenle

genellikle belirti sayısının fazla ve belirtilerin şiddetli olduğu hastaların poliklinik başvurularının kabul edildiği ve bu hastalarının psikopatoloji puanlarının yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenlerden dolayı kesme puanlarında ve ortalama SKDKÖ ortalama puanlarında yükseklik olduğu düşünülmektedir. Öte yandan SAPAS İspanya versiyonunda araştırmacılar 5 kesme puanını kabul ettiklerinde örneklemdaki kişilik bozuklarını %81,5 oranında ayırt edebildiklerini göstermişlerdir (Muñoz-Negro ve ark., 2020). Bu açıdan SKDKÖ için çalışmamızın orijinal çalışma ile olmasa da İspanya çalışmasıyla uyumlu olduğu söylenebilir. Tarama testi olarak kullanılması planlanan testte daha düşük kesme puanları da tercih edilebilir. Öte yandan geniş örneklemelerde kesme noktalarındaki tutarsızlığın ana nedenlerine yönelik araştırmalar yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ölçeklerin geliştirilmesi ya da uyarlanması sırasında güvenilirliklerin araştırılması için en sık kullanılan yöntemlerden biri iç tutarlılık katsayılarının hesaplanmasıdır. Bu yöntem ölçekte yer alan maddelerin birbirleriyle yüksek korelasyon göstereceği mantığına dayanmaktadır. Bu şekilde maddelerin benzer bir kavramı ölçtüğü sonucuna varılabilir. Bu nedenle birden çok ve birbiriyle ilişkisiz kavramları ölçen ve az sayıda soru içeren ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları düşük olabilir. Bu çalışmada SKDKÖ toplam puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,50 olarak hesaplanmıştır. Klinik örneklemin ve KB'nin heterojenliği, ölçek sayısının görece az sayıda maddeden oluşması nedeniyle yüksek bir Cronbach alfa katsayısı beklentisine girilmemiştir. KB tanısı tek bir tanı gibi görünmekle beraber alt tanı gruplarının bazı açılardan hiç benzeşmedikleri açıktır. Orijinal çalışmada Cronbach alfa 0,68 olarak hesaplanmakla birlikte Danimarka'da madde kötüye kullanımı olan hastalarda yapılan çalışmada 0,62; İspanya'da yapılan çalışmada 0,66 olarak hesaplanmıştır (Moran ve ark., 2003; Hesse ve ark., 2008; Muñoz-Negro ve ark., 2020). İran'da yapılan çalışmada Cronbach alfa 0,38; Hollanda'da SAPAS'ın öz bildirim versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği için yapılan bir çalışmada Cronbach alfa 0,45, Fok ve arkadaşları tarafından SAPAS'ın genel popülasyona uyarlaması için yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdaki sonuca benzer şekilde Cronbach alfa

0,51 olarak hesaplanmıştır (Sepehri ve ark., 2017; Germans ve ark., 2008; Fok ve ark., 2015). Çalışma sonuçlarında Cronbach alfa değerleri birbirinden farklı bulunmakta ve ayrıca genellikle düşük değerlerde bulunmuştur. Özetle Cronbach alfa değeri ölçek maddelerinin sayısına ve ölçülen temel yapının boyutluluğuna bağlılık göstermektedir (Kongerslev ve ark., 2012). SAPAS'ın heterojen ve çok boyutlu bir yapı olan KB için tarama yapması nedeniyle yüksek düzeyde bir iç tutarlılık göstermediği düşünülmektedir. 8. madde olan "Genel olarak mükemmeliyetçi misiniz?" sorusu iç tutarlılık hesaplanırken dışarıda tutulduğunda Cronbach alfa katsayısı çok az da olsa artmaktadır. Bunun sebebi katılımcıların "mükemmeliyet" kelimesine başka anlamlar yüklemesi ile ilgili olabilir. SAPAS'ın geliştirilmesinin ardından geçen yaklaşık 18 yılda sosyal medya ve internet kullanımının bazı kelimelerin anlamlarına etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir. Burada obsesif bir belirtiyi nitelemek için seçilen "mükemmeliyetçilik" ifadesinin farklı şekilde anlaşılmış olması nedeniyle bu durum ortaya çıkmış olabilir. Türkçede klinisyenler tarafından genellikle rijit (katı/değişmez) bir düşünce yapısını ifade etmek için tercih edilen bu kelimenin genel popülasyonda her şeyin en iyisini istemek ile eş anlamda kullandığı gözlemlenmektedir. Bu nedenle farklı şekilde anlaşılmış olma ihtimali bulunmaktadır.

Çalışmamızın sonuçları SAPAS'ın Türkçe versiyonunun, sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluk tanısı olan hastalarda KB taraması için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Herhangi bir psikometrik ölçek geliştirilirken kavramsal ve operasyonel olarak akla ilk gelen şey ölçeğin tek bir yapıya odaklanması gerektiğidir. Psikiyatride pek çok hastalığın heterojen klinik görünümü içerdiği kabul edilmekle birlikte ölçek çalışmalarında homojen bir sonuç çıkması beklentisi gerçekçi görünmemektedir. SKDKÖ, KB gibi birden çok alt türü olan oldukça heterojen ve karmaşık bir yapıyı yalnızca sekiz soruyla ve bir dakika gibi kısa bir sürede değerlendirmektedir.

Eşzamanlı geçerliği için altın standart bir test olarak kullanılan ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş CATI+TR-KF ile karşılaştırıldığında iyi sonuçlar vermektedir. SKDKÖ, bir KB'nin klinik teşhisini koymak için uygun değildir. Ancak,

vaka tanımlama için iki aşamalı bir prosedürde ilk adım olarak başarıyla kullanılabilir. SKDKÖ'den 5 veya daha yüksek puan alan hastalarda KB tanısı için ayrıntılı (yarı) yapılandırılmış bir görüşme yapılması iyi bir uygulama olacaktır. Ayrıca klinisyenler ve araştırmacılar, örneğin yapısına ve mevcut hastalık grubundaki duyarlılık ve özgülüğün önemine bağlı olarak eşiği uyarlayabilirler.

4.2. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması

Klinik pratikte KB taraması için bilinen en kısa ölçeklerden biri olduğu düşünülen IKBT'nin bu performansı onu kullanım açısından uygun bir araç yapmaktadır. IPDS'nin daha önce çeşitli dillerde güvenilir ve geçerli bir kısa bir ölçek olduğu Norveççe ve Danca dilleri için gösterilmişti (Germans ve ark., 2010; Hesse ve ark., 2008). Germans ve arkadaşlarının çalışmasında Danimarka'da psikiyatri poliklinik başvurusu olan 195 hasta, Hesse ve arkadaşlarının çalışmasındaysa 145 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Bu çalışma, rutin klinik pratikte kişilik bozukluklarını hızlı değerlendirebileceği düşünülen IPDS'nin Türkçe uygulandığında yararlılığını göstermek için bir ön kanıt sağlamaktadır.

Temel bileşenler analizi toplam varyansın %48,87'ini açıklayan üç faktörlü bir çözüm elde edilmiştir. Birinci faktör IKBT'nin 1, 4, 7, 8, 9, 10. maddelerini içermektedir. Birinci faktörde yer alan maddelerin A ve B kümesini temsil ettiği düşünülmektedir. İkinci faktör 5. ve 6. maddeleri içermekte ve C kümesi olduğu düşünülen grubu temsil etmektedir. Üçüncü faktör 2, 3, 11. maddeleri içermekte ve B kümesi olduğu düşünülen grubu temsil etmektedir ancak B kümesinde olması beklenen 1. (ruh halinde belirgin değişimler), 7. (sabit bir öz imaj eksikliği) ve 8. (hak ettiği değeri görmediğine olan inanç) maddeler birinci faktörde yer almaktadır. Özellikle 1. ve 7. maddenin sınırda KB grubunu temsil ettiği düşünülmektedir. IKBT'nin SKDKÖ çalışması sonuçlarına benzer şekilde A ve B kümesi maddelerinin aynı faktörde yüklenmesi dikkat çekmektedir. A kümesini ve özellikle paranioid KB'yi temsil ettiği düşünülen 4, 9, ve 10. maddeler faktör 1'de birlikte bulunmaktadırlar. Langbehn ve arkadaşları ölçeğin geliştirilmesi ile ilgili ilk makalede 1, 2, 3, 7, ve 8. maddeleri B kümesi için; 4, 5, 6, 9, ve 10. maddeleri hem

A hem C kümesi için seçtiklerini ifade etmektedir. Çalışmamızda IKBT'nin KB'nin boyutsal yapısını özellikle C kümesi için yakalayabildiği, B kümesini ise 2 faktörde ve A kümesini tek faktör gösterebildiği bulgusu yapı geçerliği için önemli bir bulgu olabilir. Langbehn ve arkadaşlarının hedeflediği gibi ölçeğin KB taramasında bireyleri klinik eşik altında ve komorbid durumlarda tahmin etmek adına önemli olabileceği tahmin edilmektedir. KB değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasının kategorik bir yaklaşımdan daha boyutlu bir yaklaşıma doğru kaydığı anda potansiyel ve pratik bir avantaj olabileceği düşünülmektedir.

Eğri altındaki alan 0,74 olarak bulunmuş olup orta derecede ayırt edici özellik göstermektedir. Bu değer Germans ve arkadaşlarının çalışmasında bulunan 0,88 ve Olsson ve arkadaşlarının çalışmasında bulunan 0,86 değerinden daha düşüktür (Germans ve ark., 2010; Olsson ve ark., 2011).

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'ndan 5 veya daha fazla puan, duyarlık %66,7 ve özgüllük %72,8 ile vakaların %70,1'indeki kişilik bozukluğunu ayırt edici bir şekilde gösterdi. Orijinal makalede çeşitli maddelerin kombinasyonları için ayrı ayrı kesme puanları belirlenmişken Danimarka popülasyonunda yapılan çalışmada 4 kesme puanı için duyarlılık %77,3, özgüllük %84,7 olarak hesaplanmıştır (Germans ve ark., 2010). Aradaki farkın en muhtemel nedeni Germans ve arkadaşlarının çalışmasında incelenen 195 kişilik örneklemde 97 kişiye KB tanısı konulurken bizim örneklemimizde 77 kişiden 33 kişiye KB tanısı konmuş olması olabilir. Çalışmamızda bu nedenle KB yakalanabilmesi için yüksek puanlara ihtiyaç duyulmuş olabilir. Geniş örneklemlemler ile farklı ölçek maddelerinin gruplandırıldığı şekilde yapılacak çalışmalarla yeni kesme noktaları belirlenebilir.

Toplam IKBT puanı için Cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak hesaplanmıştır. Germans ve arkadaşlarının çalışmasında IPDS için Cronbach alfa 0,64 olarak hesaplanmakta ve çalışmamıza yakın sonuçlar göstermektedir (Germans ve ark., 2010).

Çalışmamızın sonuçları IPDS'nin Türkçe versiyonunun, sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluk tanısı olan hastalarda KB taraması için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Düşük genel tutarlılık, IKBT'nin psikometrik kaliteden

yoksun olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanmamalıdır. 11 maddelik setin oldukça düşük karşılıklı ilişki düzeyi, bu belirli madde setinin birbiriyle ilişkili ancak ayrı özellikleri yansıttığını ortaya koymaktadır. Maddelerin bu göreceli eksikliği, IKBT'nin çok yönlü içeriğine işaret eder ve KB kavramının oldukça heterojen içeriğini yansıtır. IKBT, KB gibi birden çok alt türü olan oldukça heterojen ve karmaşık bir yapıyı yalnızca 11 madde (15-19 soru) ile değerlendirmektedir. Nitekim, IPDS, tek boyutlu bir yapıya dokunan yapı temelli bir ölçekten ziyade, nispeten ilgisiz maddelerden oluşan bir ölçektir (Streiner, 2003). Bu nedenle düşük iç tutarlılık düzeyi, KB kavramının tam zenginliğinin temsili için ödenmesi gereken bedeldir.

Eşzamanlı geçerliği için altın standart bir test olarak kullanılan ve Türkçe geçerlik ve güvenirliliği gösterilmiş CATI+TR-KF ile karşılaştırıldığında iyi sonuçlar vermektedir. IKBT, bir KB'nin klinik teşhisini koymak için uygun değildir. Ancak, vaka tanımlama için iki aşamalı bir prosedürde ilk adım olarak başarıyla kullanılabilir. IKBT'den 5 veya daha yüksek puan alan hastalarda KB tanısı için ayrıntılı (yarı) yapılandırılmış bir görüşme yapılmalıdır. Klinisyenler ve araştırmacılar, örneğin doğasına ve mevcut hastalık grubu duyarlılık ve özgüllüğün önemine bağlı olarak eşiği uyarlayabilirler.

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'ndan 5 veya daha yüksek alanlarda intihar girişimi öyküsü varlığı daha düşük puan alanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ölçeğin bu performansı KB ve intihar girişimleri arasındaki ilişki açısından önemli olabilir. Özellikle sınırda KB olmak üzere KB, intihar davranışı için bir risk faktörüdür. İntihar eden kişilerin en az üçte birinde (%31-62), intihar girişiminde bulunanların ise %77'sinde KB tanısı olduğu gösterilmiştir (Suominen ve ark., 2000). Harris ve Barraclough tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında KB olan kişilerde intihar riski beklenen değer in yedi katı olarak bulunmuştur (Harris & Barraclough, 1997). KB olan kişilerde hem intihar girişiminin daha fazla görülmesi hem de intihar girişiminin tekrarlama ihtimalinin daha fazla olması nedeniyle bir klinik pratikte KB tarama ölçeğinin kullanılmasının faydası olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan intihar davranışı gibi çok boyutlu bir durumu ele

almak ve intiharı öngörmek karmaşık ve güç bir iş olduğundan klinisyenlerin intihar davranışı ile ilgili şüpheleri olduğunda spesifik ölçekler kullanmasında fayda vardır. Eksen 1 bozukluğu olan katılımcılarda hastalık erken yaşta başladığında, IGBT puanının mevcut örnekleme anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Yetişkinlik dönemi öncesinde başlayan eksen 1 bozukluklarda ilerleyen yıllarda daha çok KB görüldüğü bildirilmiştir (Kasen ve ark., 1999). Bu nedenle erişkin psikiyatri kliniklerinde KB açısından dikkate alınması ve mümkünse KB ile ilgili ölçeklerle taranması önemlidir.

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması, SKDKÖ ile karşılaştırıldığında geçerlik ve güvenirlik ölçümlerinde ve kesme puanının üzerinde klinik bazı özellikler ile gösterilen ilişki açısından öne çıkmaktadır. Burada en önemli etkenin IGBT’de bulunan 11 madde içerisinde yer alan bazı maddelerde iki sorunun olması ve bu sayede soruların daha net cevaplanabilmesi olduğu düşünülmektedir. IGBT’de, SKDKÖ’ye daha fazla sorunun bulunması bir miktar zaman kaybı yaratmakla birlikte IGBT’nin pek çok KB ölçeğine göre pratik ve kısa bir ölçek olduğu akılda tutulmalıdır. Klinisyenin bir tercih yapması gerekiyorsa IGBT’nin SKDKÖ’ye göre bir adım öne çıktığı düşünülmektedir.

4.3. Kısıtlılıklar

Çalışmadaki en büyük kısıtlılık çalışmanın COVID-19 Pandemisi döneminde gerçekleştirilmiş olmasıdır. COVID-19 Pandemisi nedeniyle birçok düzenlemeye gidilmiştir. Bunlardan ilki KB değerlendirilmesi için gerekli olan ölçek seçimidir. Uzun ve yapılandırılmış bir ölçek kullanılarak yüz yüze yapılacak bir araştırmanın enfeksiyon bulaşma riskini arttıracakı düşünülmüştür. Bu nedenle KB değerlendirilmesi için yapılandırılmış bir görüşme yerine bir öz bildirim ölçeği olan CATI+TR-KF tercih edilmiştir. Ayrıca çalışma yürütüldüğü sırada Türkiye’de geçerliği ve güvenirliği henüz yeni tamamlanmış olan SCID-V KB modülünün kullanım imkânı olmamıştır. Hem sağlık önlemleri hem de güncel yapılandırılmış görüşme ölçeği kullanma arzusu nedeniyle SCID-II KB modülü çalışmada tercih edilmemiştir. CATI+TR-KF, bir öz bildirim ölçeği olduğu için poliklinik ortamlarında yeterince

motive olamayan ve dikkatini sürdürmekte zorlanan katılımcıların performansının sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Diğer bir kısıtlılık, katılımcıların tek görüşmeci tarafından değerlendirilmiş olmasıdır. Burada katılımcıların daha az kişiyle temas etmesi hedeflenmiş olup bu nedenden dolayı görüşmeciler arası güvenirlik değerlendirilememiştir. Çalışmanın COVID-19 Pandemisi döneminde yapılması nedeniyle hastaneye başvurulardaki azalma olduğu ve poliklinikte uygulanan triyaj bir diğer kısıtlılıktır. Klinik olarak stabil olan hastaların gereksinimleri telepsikiyatri hizmetleri karşılandığından ya da hastalar poliklinik başvurusunda bulunmadığından çalışmamızda yer alan örneklemin Türkiye'deki 3. basamak sağlık hizmetleri popülasyonunu yansıtmadığı düşünülmektedir.

Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği için farklı bir kısıtlılık bulunmaktadır. Ölçeğin orijinal çalışması olan SAPAS, SAP'ın kısaltılmış bir formudur. Araştırmamızda Türkçe geçerlik ve güvenirliği araştırılan bu ölçeğin SAP'ın henüz Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmadan kullanılmış olması bir kısıtlılıktır. SAP'ın geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olsaydı, belki de Türkiye'den incelenen örnekleme SAP'ın genelini yordayacak maddeler başka sorular SKDKÖ'de yer alabilecekti.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak KB değerlendirilmesi için kullanılabilecek pek çok ölçek mevcut olmakla birlikte hem klinik pratikte hem de araştırma çalışmalarında KB değerlendirilmesi için uygun yöntemin konusunda tartışmalar devam etmektedir. Kişilik bozuklarının değerlendirilmesinde teoride en iyi yöntem klinik görüşmelere ve vaka formülasyonuna dayandığından bazı klinisyenler tarafından bu ölçekler yeteri kadar kullanılmamaktadır. Örneğin Türkiye’de 1998’de tamamlanan Türkiye Ruh Sağlığı Profili ve yakın zamanda sonuçları yayınlanması beklenen Türkiye Ruh Sağlığı Profili 2 çalışmalarında KB değerlendirilmemiştir. Bu nedenle ülkemizde kişilik bozuklarının yaygınlığına dair net bir veri bulunmamaktadır.

Bu çalışmada Standardize Kişilik Değerlendirmesi Ölçeği ve Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu iki ölçeğin kullanıma girmesiyle birlikte klinik değerlendirmelerde ve araştırmalarda kolaylık sağlayabileceğini düşünülmektedir. Sonraki çalışmalarda daha geniş örneklem sayılarıyla özel hasta gruplarında yapılandırılmış görüşmelerle daha kapsamlı geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılması önerilir. Spesifik gruplarla yapılan çalışmalar sayesinde gözden kaçan KB tanıları ya da eş tanıli durumlar fark edilebilir. Ruhsal hastalıklarda bazı araştırmacılar tedavi arayışını başlatan hastalığı birincil tanı olarak görmektedirler ve pek çok KB tanısı olan kimse genellikle eksen 1 tanılar için poliklinik başvurularında bulunmaktadır. Ancak yine de özellikle eş tanıların olduğu bu gruplarda KB tanısı olarak ya da eşik altı KB belirtilerinin varlığında hastaların tedavi için asıl başvurdukları hastalığın prognozu üzerine etki edebileceğinden KB tanısı için tarama testleri kullanılması önerilmektedir. Sadece klinik popülasyon için değil aynı zamanda toplum taramaları da yapılarak özellikle hastane başvurularının az olduğu bilinen A kümesi hastalarına ulaşılabilecektir. Morse ve arkadaşları pratik bir yöntem olarak bireyleri, KB açısından yeterince taramak için birden fazla öz bildirim değerlendirmesini kullanmanın faydalı olabileceğini ifade etmektedir (Morse & Pilkonis, 2007).

Bu çalışma sonucunda SKDKÖ ve IKBT olmak üzere iki KB tarama ölçeğinin Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Klinik pratikte bu iki ölçeğin kullanılması fayda sağlayacaktır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda bu ölçeklerin öz bildirim şeklinde uygulanarak Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

- Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry*, 2(1–2), 7–18.
- Bach, B. (2018). Treating comorbid depression and personality disorders in DSM5 and ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 874–875.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30351-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30351-1)
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14–30.
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X)
- Bilge, Y., & Sertel Berk, H. Ö. (2017). Coolidge Eksen II Envanteri Plus'ta (CATI+) Yer Alan DSM-III-R, DSM-IV-TR Ve DSM-V Kişilik Bozuklukları Alt Ölçeklerinin Türkçe Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Journal of International Social Research*, 10(53), 459–474. <https://doi.org/10.17719/jisr.20175334134>
- Black, D. W. (2015). The natural history of antisocial personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 309–314.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000703>
- Block, J. H., Gjerde, P. F., & Block, J. H. (1991). Personality Antecedents of Depressive Tendencies in 18-Year-Olds: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(5), 726–738.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.5.726>
- Bouthier, M., & Mahé, V. (2019). Paranoid personality disorder and criminal offense. *Encephale*, 45(2), 162–168.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.07.005>
- Butcher, J. N. (2010). Personality assessment from the nineteenth to the early twenty-first century: Past achievements and contemporary challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 1–20.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131420>
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex-differentiated manifestations of psychopathy?

Journal of Personality Disorders, 16(1), 52–72.

<https://doi.org/10.1521/pedi.16.1.52.22557>

Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation.

Development and Psychopathology, 31(3), 1143–1156.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>

Chen, Y., Nettles, M. E., & Chen, S. W. (2009). Rethinking dependent personality disorder: Comparing different human relatedness in cultural contexts.

Journal of Nervous and Mental Disease, 197(11), 793–800.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181be76ae>

Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special Feature: Personality

Disorder Assessment: The Challenge of Construct Validity. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 205–231.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.205>

Cohen, P. (1996). Childhood Risks for Young Adult Symptoms of Personality

Disorder: Method and Substance. *Multivariate Behavioral Research*, 31(1),

121–148. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3101_7

Crocq, M.-A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 147–153.

<https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/macrocq>

Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive–Compulsive Personality

Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2).

<https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>

Disney, K. L. (2013). Dependent personality disorder: A critical review. *Clinical*

Psychology Review, 33(8), 1184–1196.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.001>

Farmer, R., & Nelson-Gray, R. O. (1990). Personality disorders and depression:

Hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 10(4), 453–476.

[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90048-F](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90048-F)

Fok, M. L.-Y., Seegobin, S., Frissa, S., Hatch, S. L., Hotopf, M., Hayes, R. D., &

- Moran, P. (2015). Validation of the standardised assessment of personality - abbreviated scale in a general population sample. *Personality and Mental Health*, 9(4), 250–257. <https://doi.org/10.1002/pmh.1307>
- Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Button, K. (2019). The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 289–326. <https://doi.org/10.1111/bjc.12216>
- French, J., & Shrestha, S. (2020). Histrionic Personality Disorder. İçinde *StatPearls [Internet]*.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A metaanalysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 143–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004>
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., & Fruyt, F. De. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, 05(14), 1646–1686. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175>
- George, H., Siegel, O., Ph, D., & Ph, D. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(10), 1371–1377. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.10.1371>
- German E. Berrios. (1996). Personality and its disorders. İçinde *The History of Mental Symptoms Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (ss. 419–442).
- Germans, S., Van Heck, G. L., Moran, P., & Hodiament, P. P. G. (2008). The Selfreport Standardized Assessment of Personality-abbreviated Scale: Preliminary results of a brief screening test for personality disorders. *Personality and Mental Health*, 2(2), 70–76. <https://doi.org/10.1002/pmh.34>

- Germans, S., VanHeck, G. L., Langbehn, D. R., & Hodiament, P. P. G. (2010). The Iowa Personality Disorder Screen: Preliminary results of the validation of a self-administered version in a Dutch population. İçinde *European Journal of Psychological Assessment* (C. 26, Sayı 1).
<https://doi.org/10.1027/10155759/a000003>
- Gonzalez, C. (2014). Screening for personality disorder in drug and alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 217(1–2), 121–123.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.007>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(MAR.), 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Haslam, N. (2003). The dimensional view of personality disorders: A review of the taxometric evidence. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 75–93.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00208-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00208-8)
- Hesse, M., Rasmussen, J., & Pedersen, M. K. (2008). Standardised assessment of personality - A study of validity and reliability in substance abusers. *BMC Psychiatry*, 8, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-7>
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnqvist, J. K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 153(5), 667–673.
<https://doi.org/10.1176/ajp.153.5.667>
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., Haavaldsen, G., Irion, T., Leirvåg, H., Tørum, E., & Urnes, Ø. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243–262. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.243.22151>
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., & Brook, J. S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1529–1535.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1529>

- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Childhood depression and adult personality disorder: Alternative pathways of continuity. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 231–236.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.231>
- Kelly, B. D., Casey, P., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L., & Dowrick, C. (2007). The role of personality disorder in “difficult to reach” patients with depression: Findings from the ODIN study. *European Psychiatry*, 22(3), 153–159.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.07.003>
- Kongerslev, M., Moran, P., Bo, S., & Simonsen, E. (2012). Screening for personality disorder in incarcerated adolescent boys: preliminary validation of an adolescent version of the standardised assessment of personality - abbreviated scale (SAPAS-AV). *BMC Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-94>
- Langbehn, D. R., Pfohl, B. M., Reynolds, S., Clark, L. A., Battaglia, M., Bellodi, L., Cadoret, R., Grove, W., Pilkonis, P., & Links, P. (1999). The Iowa Personality Disorder Screen: Development and Preliminary Validation of a Brief Screening Interview. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 75–89.
<https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.75>
- Latas, M., & Milovanovic, S. (2014). Personality disorders and anxiety disorders: What is the relationship? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 57–61.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000025>
- Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)—Review of Recent Findings. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 1–7.
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4>
- McWilliams, N. (2016). *Psikanalitik Tanı*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Millon, T. (2016). What Is a Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 289–306. <https://doi.org/10.1521/pedi.2016.30.3.289>
- Mitra, P., & Fluyau, D. (2021). Narcissistic Personality Disorder. İçinde *StatPearls [Internet]*.

- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183(SEPT.), 228–232. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.228>
- Morrison, J. (1989). Histrionic Personality Disorder in Women with Somatization Disorder. *Psychosomatics*, 30(4), 433–437. [https://doi.org/10.1016/S00333182\(89\)72250-7](https://doi.org/10.1016/S00333182(89)72250-7)
- Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2007). Screening for personality disorders. *Journal of personality disorders*, 21(2), 179–198. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.179>
- Muñoz-Negro, J. E., Gómez Passalacqua, R., Pumar Alonso, N., & Cervilla, J. A. (2020). Validity and reliability of a Spanish version of the Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) for personality disorder screening in community mental health settings. *European Journal of Psychiatry*, 34(4), 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.06.003>
- Natoli, A. P. (2019). The DSM's Reconnection to Psychoanalytic Theory through the Alternative Model for Personality Disorders. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(6), 1023–1045. <https://doi.org/10.1177/0003065120903060>
- Nestadt, G., Romanoski, A. J., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M. F., Gruenberg, E. M., & McHugh, P. R. (1990). An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychological Medicine*, 20(2), 413–422. <https://doi.org/10.1017/S0033291700017724>
- Novais, F., Araújo, A., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 6(September), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01463>
- Olsson, I., Sørensen, Ø., & Dahl, A. A. (2011). A cross-sectional testing of The Iowa Personality Disorder Screen in a psychiatric outpatient setting. *BMC Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-105>
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: C. 15. Baskı*.

- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). *Residual symptoms after partial remission : an important outcome in depression*. 1171–1180.
- Perlis, R. H. (2014). Pharmacogenomic Testing and Personalized Treatment of Depression. *Clinical Chemistry*, 60(1), 53–59.
<https://doi.org/10.1373/clinchem.2013.204446>
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291–326.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Rajagopalan, A., Chen, A., & Gearin, P. (2020). *COVID-19 Pandemic : Impact on psychiatric care in the United States Ermal Bojdani. January*.
- Rienzi, B. M., & Scrams, D. J. (1991). Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological reports*, 69(3 Pt 1), 976–978. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.69.3.976>
- Ritzl, A., Csukly, G., Balázs, K., & Égerházi, A. (2018). Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Research*, 270(October 2017), 154–159.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.017>
- Sarkar, J., & Duggan, C. (2010). Diagnosis and classification of personality disorder: Difficulties, their resolution and implications for practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(5), 388–396.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.006015>
- Savaşır, I. (1978). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin Türkçe Uyarlanması Ve Standardizasyon Projesi*.
- Sepehri, M., Farhang, S., Barzegar, H., Shamekhi, H., Fakhari, A., & Dastgiri, S. (2017). Reliability and validity of the Farsi version of the standardized assessment of personality-abbreviated scale. *Journal of Analytical Research in Clinical Medicine*, 5(2), 38–44. <https://doi.org/10.15171/jarcm.2017.008>
- Smith, D. J., Muir, W. J., & Blackwood, D. H. R. (2004). Is Borderline Personality Disorder Part of the Bipolar Spectrum? *Harvard Review of Psychiatry*, 12(3),

- 133–139. <https://doi.org/10.1080/10673220490472346>
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened Subjective Experience of Depression in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307–318. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.307>
- Stevenson, J., Brodaty, H., Boyce, P., & Byth, K. (2011). Personality disorder comorbidity and outcome: Comparison of three age groups. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(9), 771–779. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.595685>
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., Ruan, W. J., Pulay, A. J., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033–1045. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0701>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Suominen, K. H., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Ostamo, A. I., & Lönnqvist, J. K. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 118–125. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002118.x>
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 795–805. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_055
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412–426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndeti, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J., & Barrett, B. (2010). Personality disorder: A new global perspective. *World Psychiatry*, 9(1), 56–60.

- <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x>
- Valencia, M., Mauricio, J., & Arias, C. (2016). Potential Biomarkers in personality disorders: current state and future research. Potenciales Biomarcadores en Trastornos de la Personalidad: estado actual y trabajo futuro *R e v i e w* Biomarkers in Personality Disorders. *Int.J.Psychol.Res. R E V I E W International Journal of Psychological Research*, 9(1), 98–112.
- van Dijk, F., Lappenschaar, M., Kan, C., Verkes, R. J., & Buitelaar, J. (2011). Lifespan attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder symptoms in female patients: A latent class approach. *Psychiatry Research*, 190(2–3), 327–334.
- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.06.023>
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0665-6>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Zimmerman, M., & Morgan, T. A. (2013). The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 155–169.
- <https://doi.org/10.31887/dcns.2013.15.2/mzimmerman>

7. EKLER

EK-1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Hasta no:

Tarih:

Doğum yılı:

Hastanın cinsiyeti:

Hastanın eğitim durumu:

-İlkokul mezunu

-Ortaokul mezunu

-Lise mezunu

-Üniversite

mezunu

Medeni durumu

-Evli

-Dul-

-Boşanmış

-Bekar

-Diğer (.....)

İntihar girişiminiz oldu mu?

Evet/Hayır

Kendinize zarar verme davranışınız oldu mu? (Kesik, yanık gibi)

Evet/Hayır

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mıdır? Evet/Hayır

a. Birinci derece akraba b. İkinci derece akraba c. Üçüncü derece akraba

Tanısı nedir:

Ruhsal hastalığınız kaç yaşında başladı?

Düzenli takip edildiğiniz bir psikiyatrist var mı? Evet/Hayır

EK 2. Coolidge Eksen İki Envanteri Plus Türkçe Kısa Formu

		Kesinlikle Yanlış	Yanlış Yakın	Doğruya Yakın	Kesinlikle Doğru
1.	Birseylere karar verme konusunda özgür zorlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	İnsanların benim hakkımda söylediği ne iyi ne de kötü şeyler umurumda olmaz.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Mükemmel olma isteğim bir işi zamanında bitirmemi engeller.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Özel bir insan olduğumu hissedirim ve bunun fark edilmesini hak ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	İlgi odağı olmamak beni gerçekten rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Son birkaç yıl içinde en azından bir kavgaya karıştım.	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Ailem de dâhil, insanların bana yakın olmasından hoşlanmam ve bunu istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	İnsanlar beni kızdırır.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Diğer insanlara fazla bağımlı olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Sordukları sorulara cevap veremeyebileceğim için insanların yanında sessiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Bir işe başlamadan önce, o işle ilgili küçük detayları ve o işle ilgili listeleri yada programları kafama çok takarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Problemlerimin özel olduğumu ve ancak özel biri tarafından anlaşılabilceğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Dışarı çıktığım zaman ilginç, vahşi ve etkileyici gözükmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Yoğun fakat dengesiz ilişkiler kurmaya meyilliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Bazı insanlar işimi çok fazla şansa bıraktığımı söylerler.	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Televizyon veya radyoda, insanlar bana hitaben ya da benim hakkımda konuşuyorlarmış gibi hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	İnsanlar benim onlardan istediğim kadar bana sadık değiller.	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Kendimi çoğu zaman işe yaramaz ve çaresiz hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	İnsanların beni seveceklerinden emin olmadıkça onlarla yaklaşmak istemem.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	İnsanlar bana soğuk biri olduğumu söyler.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Hak ettiğimi düşünürsem birini incitmek için yalan söyleyebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Duygularım çok hızlı değişir.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Çoğu zaman kim olduğumu merak ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Birçok insanla bir arada olabildiğim şeyleri yapmaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Gerçekte var olmayan bir gücün ya da bir insanın varlığını hissettiğim oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Beni bir şekilde etkisi altına almak, bana zarar vermek ya da beni mahvetmek isteyen insanlar olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Yalnızken kendimi çaresiz ve gergin hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Eleştirilmek ya da birisi tarafından sevilmemek beni kolaylıkla incitir.	(1)	(2)	(3)	(4)

29.	Doğru yapmayacakları için işleri başkalarının yapmasına izin vermek hoşuma gitmez .	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Çok başarılı, güçlü ya da akıllı olmayı hayal ettiğim çok olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Sırtımın sıvazlanmasından, iyi sözler işitmekten ve övgüler almaktan hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Paramı harcamakta veya cinsellikle, uyuşturucu kullanmakta, market hırsızlığında, hızlı araba kullanmada ya da tıknırcasına yemek yeme konusunda oldukça pervasız davrandığım oldu.(Bunlardan en az ikisinde)	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Bir sonraki işimi ayarlamadan birden fazla işten ayrıldığım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Gülmeyi ve komik olmayı severim.	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	İnsanlar yaptığım ya da söylediğim şeylerin ya da görünüşümün tuhaf, sıra dışı ya da acayip olduğunu düşünebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	İnsanlar arkamdan benim hakkımda konuşurlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Beni sevmeyeceklerinden korktuğum için hatalı bile olsalar insanlara karşı çıkmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Onları tanımıyor olsam bile insanların yanında çok rahatımdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Hiçbir hatıra değeri olmasa bile eski ya da değersiz şeyleri saklarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Güzel olmayı, harika bir vücuda sahip olmayı ya da mükemmel aşkı bulmayı hayal ettiğim çok olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
41.	İstediğim şeyi hemen elde edemezsem çok hayal kırıklığına uğrarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
42.	Birilerinin beni yalnız bırakmasından çok korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
43.	Gerçekten istediğin şeyi elde etmek için bazen insanları ezmen ya da incitmen gerektiği, hayatın bir gerçeğidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
44.	Çok sayıda arkadaşım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
45.	İnsanlar ne anlatmaya çalıştığımı anlamıyorlar.	(1)	(2)	(3)	(4)
46.	İnsanların sırf beni sinir etmek için uğraştıklarını düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)
47.	Kendimden pek emin değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
48.	Yanlış birşey söylerim ve aptal durumuna düşerim diye insanların yanında sessiz kalırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
49.	Hazır olmak için çok zaman harcadığımdan işleri vaktinde bitirmekte sıkıntı yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
50.	İnsanlardan özel ilgi görmek ve olumlu sözler işitmekten hoşlanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
51.	Hayatımda birden çok sefer kendimi öldüreceğimi söylediğim ya da bunu denediğim oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
52.	İnsanlar asi biri olduğumu düşünür.	(1)	(2)	(3)	(4)
53.	Kendimi diğer insanlardan farklı veya onlara uzak bulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	Başkalarına sır vermek beni tedirgin eder çünkü söylediğim şeylerin aleyhime kullanılmasından korkarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
55.	A Milli futbol takımında kaptanlık yaptım.	(1)	(2)	(3)	(4)
56.	Yeni bir şey yapmadan önce yaşayabileceğim sorunlarla ilgili çok fazla endişem olur.	(1)	(2)	(3)	(4)

57.	Bana değişmeyeceğimin ya da inatçı olduğumun söylendiği oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)
58.	İnsanların beni bencil olmakla suçladığı olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)
59.	Dışarı çıktığımda insanların beni fark etmesi hoşuma gider.	(1)	(2)	(3)	(4)
60.	Öfkem kolayca kontrolden çıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)
61.	Bazı insanların benim çok farklı davrandığımı düşündüklerinden şüpheleniyorum. Örneğin, garip, tuhaf ya da aptal olduğumu düşünüyor olabilirler.	(1)	(2)	(3)	(4)
62.	Biri tarafından aşağılandığımda ya da hakarete uğradığımda ona hemen saldırır ya da öfkemi gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
63.	İnsanlara kendimi sevdirebilmek için çirkin şeyler yaptığım ya da kendimi küçük düşürdüğüm olmuştur.	(1)	(2)	(3)	(4)
64.	Başkaları etrafımdayken kendimi beceriksiz hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
65.	Çok endişeli biriyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
66.	Başarılı insanları çok kıskanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
67.	Hayattan pek zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)
68.	Kehanette bulunmak, zihin okumak, altıncı his gibi özel güçlere sahip olduğumu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
69.	Eşimin ya da sevgilimin sadakatini sorgularım.	(1)	(2)	(3)	(4)
70.	Sualtı Taarruz Komutanlığı'nda komandoydum.	(1)	(2)	(3)	(4)
71.	İnsanları kötü bir biçimde yargılamaya meyilliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
72.	Diğer insanların sahip olduğu başarılar keşke benim olsa.	(1)	(2)	(3)	(4)
73.	Kendimi çok sık boşlukta ya da kötü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
74.	Birini incittiğimde ya da birine kötü davrandığımda kendimi iyi hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
75.	Diğer insanlar kadar iyi değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)
76.	Başkalarına kolayca kanarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
77.	Stres altındayken, gerçek değilmiş gibi, garip ya da tuhaf hissetmeye başlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
78.	Para ya da zevk için insanları dolandırdığım ya da aldattığım oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3. Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale

Please ask your patients the following questions. Only tick a response if the patient thinks that the description applies *most of the time* and *in most situations*.

- | | | | |
|----|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. | In general, do you have difficulty making and keeping friends? | ☐ Yes | ☐ No |
| 2. | Would you normally describe yourself as a loner? | ☐ Yes | ☐ No |
| 3. | In general, do you trust other people? | ☐ Yes | ☐ No |
| 4. | Do you normally lose your temper easily? | ☐ Yes | ☐ No |
| 5. | Are you normally an impulsive sort of person? | ☐ Yes | ☐ No |
| 6. | Are you normally a worrier? | ☐ Yes | ☐ No |
| 7. | In general, do you depend on others a lot? | ☐ Yes | ☐ No |
| 8. | In general, are you a perfectionist? | ☐ Yes | ☐ No |

Responses in bold should be scored as 1, those not in bold as 0.

EK 4. Standardize Kişilik Değerlendirmesi- Kısaltılmış Ölçeği Türkçe uyarlaması

Lütfen hastalarınıza aşağıdaki soruları sorun. Yalnızca hasta açıklamanın çoğu zaman ve çoğu durum için geçerli olduğunu düşünüyorsa bir yanıtı işaretleyin.

1. Genel olarak, arkadaş edinmekte ve arkadaşlıklarınızı sürdürmekte zorlanırmısınız? (**Evet** / Hayır)
2. Normalde, kendinizi yalnız kalmayı tercih eden biri olarak tanımlar mısınız? (**Evet** / Hayır)
3. Genel olarak diğer insanlara güvenir misiniz? (Evet / **Hayır**)
4. Normalde, kolayca öfkeden kendinizi kaybeder misiniz? (**Evet** / Hayır)
5. Normalde, dürtüsel hareket eden tipte bir insan mısınız? (**Evet** / Hayır)
6. Normalde, endişeli bir insan mısınız? (**Evet** / Hayır)
7. Genel olarak, başka insanlara çok bağımlı mısınız? (**Evet** / Hayır)
8. Genel olarak, mükemmeliyetçi misiniz? (**Evet** / Hayır)

Bold olarak yazılan yanıtlar 1, bold olarak yazılmayan yanıtlar 0 olarak puanlanacaktır.

Toplam puan:

EK 5. The Iowa Personality Disorder Screen

Appendix. The Iowa Personality Disorder Screen, Version 1.2

The Iowa Personality Disorder Screen

Iowa Personality Disorder Screen

Name: _____

Version 1.2 April 9, 1994

Number: _____ Date: _____

I'd like to ask you a few questions about some of your thoughts and feelings. Your answers will help me better understand what you are usually like. If the way you have been in recent weeks or months is different from the way you usually are, please look back to when you were your usual self.

1. Experiences marked shifts in mood throughout the course of a typical day, experiences sudden spells of depression, irritability, anxiety or anger (Rate only if both responses are positive) Y N

Some people find their mood changes frequently—as if they spend every day on an emotional roller coaster. For example, they might switch from feeling angry to depressed to anxious many times a day. Does this sound like you?

(IF YES): Have you been this way most of your life?

2. Feels uncomfortable in situations where he/she is not the center of attention (Rate only if both responses are positive) Y N

Some people prefer to be the center of attention, while others are content to remain on the edge of things. How would you describe yourself?

(IF CENTER): Does it bother you when someone else is in the spotlight?

3. Actions usually directed toward obtaining immediate satisfaction; difficulty persisting with long-term goals (Rate if either response is positive) Y N

Do you frequently insist on having what you want right now, even when waiting a little longer would get you something much better?

Do you often get in trouble at work or with friends because you act excited at first but then lose interest in projects and don't follow through?

4. Is reluctant to confide in others because of unwarranted fear that the information will be used against him or her. Y N

Do you find that most people will take advantage of you if you let them know too much about you?

5. Excessive social anxiety, e.g., extreme discomfort in social situations involving unfamiliar people (Rate if either response is positive) Y N

Do you generally feel nervous or anxious around people?

Do you avoid situations where you have to meet new people?

6. Unwilling to get involved with people unless certain of being liked such that the number of friends has been limited (Rate only if both responses are positive) Y N

Do you avoid getting to know people because you're worried they may not like you?

(IF OFTEN): Has this affected the number of friends you have?

7. Lack of stable self image (Rate if either response is positive). Y N

Do you keep changing the way you present yourself to people because you don't know who you really are?

Do you often feel like your beliefs change so much that you don't know what you really believe any more?

8. Prone to discuss and overemphasize importance of own achievements and why he/she should be considered a special case Y N

Do you often get angry or irritated because people don't recognize your special talents or achievements as much as they should?

9. Expects to be exploited or harmed by others (Rate only if both responses are positive) Y N

Do you often suspect that people you know may be trying to cheat or take of advantage of you?

(IF YES): Do you worry about this a lot?

10. Bears grudges or is unforgiving of insults or slights Y N

Do you tend to hold grudges or give people the silent treatment for days at a time?

11. Insensitive to the concerns and needs of others (Rate if either response is positive) Y N

Do you get annoyed when friends or family complain about their problems?

Do people complain that you're not very sympathetic to their problems?

EK 6. Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması'nın Türkçe uyarlaması

Size bazı duygu ve düşünceleriniz hakkında birkaç soru sormak istiyorum. Cevaplarınız, genellikle nasıl biri olduğunuzu daha iyi anlamama yardımcı olacak. Son haftalarda veya aylarda yolunuz, normalde olduğunuzdan farklıysa, lütfen her zamanki halinize bakın.

1. Ruh halinde belirgin değişiklikler yaşar: sıradan bir gün boyunca ani çökkünlük, sinirlilik, kaygı veya öfke deneyimleri yaşar. (Yalnızca her iki yanıt da olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Bazı insanlar, her gününü sanki duygusal bir lunapark trenindelermiş gibi duygudurumlarının çok sık değiştiğini görürler. Örneğin, gün içinde defalarca kızgın hissederken birden çökkün hissetmeye başlayabilirler. Bu, sizin durumunuza benziyor mu?

(EVET İSE): Hayatınızın çoğunda bu şekilde miydiniz?

2. İlgili odağı olmadığı durumlarda kendini rahatsız hisseder. (Yalnızca her iki yanıt da olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Bazı insanlar ilgi odağı olmayı tercih ederken, diğerleri olayların dışında kalmaktan memnundur. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

(İLGİ ODAĞI İSE): Sizin yerinize bir başkasının ilgi odağında olması sizi rahatsız eder mi?

3. Genellikle anında tatmin elde etmeye yönelik eylemlerde bulunur; uzun vadeli hedefler için sebat etmekte zorluk yaşar. (İki yanıttan herhangi biri olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Biraz daha beklemek size çok daha iyi bir şey getirecek olsa bile o anda istediğiniz şeye sahip olmak konusunda sıklıkla ısrarcı olur musunuz?

Başlangıçta heyecanlı davranıp sonrasında planlara olan ilginizi kaybettiğiniz veya sürdüremediğiniz için iş yaşamınızda veya arkadaşlık ilişkilerinizde sık sorun yaşadığınız olur mu?

4. Bilgilerin kendisine karşı kullanılacağına dair yersiz korku nedeniyle başkalarına güvenmek konusunda isteksizdir. (Evet / Hayır)

İnsanların sizin hakkınızda çok şey bilmelerine izin vererseniz sizi kendi menfaatleri için kullanacaklarını düşünür müsünüz?

5. Aşırı sosyal kaygı; örneğin, tanıdık olmayan insanları içeren sosyal ortamlarda son derece rahatsız hissetme (İki yanıttan herhangi biri olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

İnsanların yanında genellikle gergin veya endişeli hisseder misiniz?

Yeni insanlarla tanışmak zorunda kalacağınız durumlardan kaçınır mısınız?

6. Arkadaş sayısını sınırlayacak şekilde sevildiğinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istememe (Yalnızca her iki yanıt da olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Sizi beğenmeyeceklerinden endişelendiğiniz için insanları tanımaktan kaçınırmısınız?

(SIKLIKLA İSE): Bu durum sahip olduğunuz arkadaş sayısını etkiledi mi?

7. Sabit bir öz imaj eksikliği (Yalnızca her iki yanıt da olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Gerçekte kim olduğunuzu bilmediğiniz için insanlara kendinizi tanııtma şeklinizi sürekli olarak değiştirir misiniz?

İnançlarınızın çok sık değiştiğini hissettiğiniz için artık gerçekten neye inandığınızı bilmediğiniz oluyor mu?

8. Kendi başarılarının önemi ve neden özel birisi olarak görülmesi gerektiği hakkında tartışmaya ve fazla vurgulamaya eğilimli (Evet / Hayır)

İnsanlar özel yeteneklerinizi veya başarılarınızı olması gerektiği kadar fark etmedikleri için sıklıkla sinirli veya rahatsız olur musunuz?

9. Başkaları tarafından sömürülme veya zarar görme beklentisi (Yalnızca her iki yanıt da olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Tanıdığınız kişilerin sizi aldatmaya veya sizden faydalanmaya çalıştığından sık sık şüphelenir misiniz?

(EVET İSE): Bu konuda çok endişeleniyor musunuz?

10. Kin besler ya da hakaretleri veya aşağılamaları affetmez (Evet / Hayır)

Günlerce kin tuttuğunuz veya sessiz kalarak insanlara ceza verme eğiliminde olduğunuz olur mu?

11. Başkalarının endişelerine ve ihtiyaçlarına karşı duyarsız kalma (İki yanıtta herhangi biri olumlu ise evet olarak değerlendirin) (Evet / Hayır)

Arkadaşlarınız veya aileniz sorunlarından yakındıklarında rahatsız olur musunuz?

İnsanlar, onların sorunlarına pek anlayış göstermediğinizden şikâyet eder mi?

Toplam puan:

EK 7. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hekimin Açıklaması

Ruhsal hastalıkları taramaya yönelik bir ölçek çalışması yürütmekteyiz. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran kişiler ile yapılacak bu araştırmanın ismi “Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği ve Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması’nın Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği”dir.

Kişilik bozukluğu, sosyal veya mesleki işlevselliği önemli ölçüde bozan ve kişilerarası ilişkilerde sıkıntıya neden olabilen bir ruhsal bozukluktur. Bu araştırma kapsamında kişilik bozuklukları ile ilgili iki uygulaması kolay ve hızlı ölçeği, “Standardize Kişilik Değerlendirmesi Kısaltılmış Ölçeği” ve “Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması” tarama ölçeklerinin Türkçeye uyarlanması amaçlanmaktadır.

Araştırmayı katılmayı kabul ederseniz, Dr. Cengiz Arca tarafından psikiyatrik değerlendirmeleriniz yapılacaktır. Bu değerlendirmeler psikiyatrik muayene, ölçekler ve testleri içermektedir. Bu çalışma ile ilgili değerlendirmeler poliklinik randevunuzun olduğu günlerde gerçekleştirilecek olup çalışma için hastaneye gelmeniz gerekmemektedir. İlk görüşmede ölçeklerinde değerlendirilmesi yüz yüze gerçekleştirilecektir ve yaklaşık 20 dakika sürmesi beklenmektedir. Ölçekler ile yeniden değerlendirilmesi gerektiği için 15-30 gün süresinde kontrole geldiğinde yüz yüze aksi takdirde (yakın zamanda kontrol randevunuz olmaması durumunda) onay verirsiniz telefonla aranarak görüşme yapılacaktır. Yapılacak ikinci görüşmenin 8 dakika sürmesi beklenmektedir.

Araştırmaya yaklaşık seksen gönüllünün katılmasını beklemekteyiz. Bu çalışmada sizin de bir katılımcı olmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmaya katılmak istememeniz, tedavinizi ve takibinizi etkilemeyecektir. Biz araştırma hakkında sizi bilgilendirdikten sonra, çalışmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız. Çalışmaya devam etmek istemediğiniz takdirde istediğiniz zaman onamınızı geri çekme hakkınız mevcuttur.

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya kanuni temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizlenecektir.

Çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecek ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzaladığınızda siz veya kanuni temsilciniz söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız.

Katılımcının Beyanı

Dr.Öğr.Üyesi. Ş.Can Gürel'in sorumluluğunda, Dr. Cengiz Arca tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam gerekli hallerde tıbbi kayıtlarımın inceleneceğini biliyorum ve hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine ve inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Cengiz Arca'yı 0532 707 93 36 (cep) no'lu telefonda ve HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Testlerin tekrarlanması için söz konusu araştırmaya yeniden hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. ☐ kabul etmiyorum.

☐

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı,

soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı Adı,

soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim Adı

soyadı, unvanı:

Adres: Tel.

İmza