



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2014-0001**

**UYUMSUZ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ENVANTERİNİN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI,
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Servet KAÇAR

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2014-0001**

**UYUMSUZ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ENVANTERİNİN
TÜRKÇEYE UYARLANMASI,
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Servet KAÇAR

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**

AYDIN-2014

KABUL VE ONAY SAYFASI

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

Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Servet KAÇAR tarafından hazırlanan “Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” başlıklı tez, 11/08/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi:

İmzası:

1- Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

Adnan Menderes Üniversitesi

2- Prof. Dr. Mehmet ESKİN

Adnan Menderes Üniversitesi

3- Prof. Dr. Hacer HARLAK

Adnan Menderes Üniversitesi

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıyla / /2014 tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Güzel DIŞÇIĞIL
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Ruhsal hastalıkların tanılanması sürecinde ölçeklerin anadile uyarlanması ve klinik kullanımı klinik psikoloji alanyazınında oldukça önemli bir yere sahiptir. Klinik uygulamada 2013 yılından itibaren DSM-V (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı) kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda yaygınlık oranı yüksek olan kişilik bozukluklarının tanılanması sürecinde söz konusu ölçeğin uyarlanması ve geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması klinik uygulama açısından oldukça faydalıdır.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
EKLER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Kişilik	1
1.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	1
1.2. Kişilik Bozukluğu.....	3
1.2.1. Tanım.....	3
1.2.2. Tarihçe	3
1.2.3. Kişilik Bozukluklarının Ortak Özellikleri	7
1.2.4. Etiyoloji	7
1.2.4.1. Biyolojik Bağlam.....	8
1.2.4.1.1. Mizaç	8
1.2.4.1.2. Genetik	8
1.2.4.2. Bireysel Bağlam ve Aile Bağlamı	9
1.2.4.2.1. Duygu Düzenleme	9
1.2.4.2.2. Bağlanma	10
1.2.4.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	11
1.2.4.3. Sosyal ve Kültürel Bağlam	12
1.2.5. Epidemiyoloji	12
1.2.6. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması	13
1.2.6.1. DSM-I'den DSM-IV'e Kişilik Bozukluklarının Değişim Süreci.....	14
1.2.6.2. DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozuklukları: Klinik Özellikler ve Epidemiyoloji	17
1.2.6.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	19
1.2.6.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	20

1.2.6.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	20
1.2.6.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	21
1.2.6.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	21
1.2.6.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu.....	22
1.2.6.2.7. Narsisistik Kişilik Bozukluğu.....	23
1.2.6.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	23
1.2.6.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	24
1.2.6.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	24
1.3. DSM-V'e Göre Kişilik Bozuklukları	25
1.3.1. Alternatif Model	25
1.4. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarında Kategorik ve Boyutsal Modeller	28
1.4.1. Eysenck'in Üç Boyutlu Modeli	29
1.4.2. Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli.....	29
1.4.3. Beş Faktör Kişilik Modeli	30
1.4.3.1. Beş Temel Faktör ve Özellikleri.....	31
1.5. Beş Faktör Kişilik Modeli ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki	33
1.5.1. DSM-IV-TR Kişilik Bozuklukları ve Beş Faktör Kişilik Modeli İlişkisi	34
1.5.2. DSM-V Kişilik Bozuklukları ve Beş Faktör Kişilik Modeli İlişkisi.....	39
1.6. Kişilik Bozukluklarının Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi	43
1.6.1. DSM-V'e Göre Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Araçları	44
1.6.1.1. Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin Tanımı	45
1.6.1.2. Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin Klinik Yararlılığı.....	45
1.6.1.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE – PID-5).....	45
1.6.1.3.1. Ölçek Maddelerinin Oluşturulması	46
1.6.1.3.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Geçerlilik ve Güvenirliği.....	47
1.7. Araştırmanın Amacı	48
2. YÖNTEM.....	51
2.1. Araştırmanın Modeli	51
2.2. Araştırmanın Örnekleme	51
2.3. Veri Toplama Araçları.....	55
2.3.1. Demografik Bilgi Formu	55
2.3.2. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)	55

2.3.3. DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu	56
2.3.4. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE - PID-5)	56
2.4. Uyarılama Süreci	58
2.5. Verilerin Toplanması	59
2.6. Verilerin Analizi	60
3. BULGULAR	62
3.1. Katılımcıların Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve Alt Boyutlar Kapsamında Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular	62
3.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	65
3.2.1. Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular	65
3.2.1.1. Korelasyon Analizleri	65
3.2.1.1.1. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Boyut ve Alt Boyutlarının İlişkisi	66
3.2.1.1.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve SCID-II Kişilik Bozuklukları İlişkisi	71
3.2.1.2. Bağlantısız Örneklem t Testi Analizleri	73
3.2.1.2.1. DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Bireylerin UKÖE, Boyut ve Alt Boyutları Açısından Farklılığının İncelenmesi	73
3.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	75
3.3.1. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	75
3.3.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Boyut ve Alt boyutları Açısından Cronbach alfa İç Tutarlık Katsayısı	76
3.4. DSM-IV-TR Kişilik Bozuklukları Tanıları ile DSM-V Kişilik Bozuklukları Tanılarının Uyuşmasına İlişkin Bulgular	77
4. TARTIŞMA	79
4.1. Katılımcıların Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve Alt Boyutlar Kapsamında Ortalama Puanlarına İlişkin Sonuçlar	79
4.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Geçerliliğine İlişkin Sonuçlar	80
4.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar	86
4.4. DSM-IV-TR ve DSM-V Kişilik Bozukluğu Tanı Uyuşmasına İlişkin Sonuçlar	87
5. SONUÇ	89
5.1. Sınırlılıklar ve Öneriler	89

ÖZET	91
SUMMARY	92
KAYNAKLAR.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	104
EKLER	105
TEŞEKKÜR	118

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA** : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
- DSM-II** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 2. Baskı)
- DSM-III** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı)
- DSM-III-R** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3.Baskı Revizyonu)
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)
- DSM-IV-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı Revizyonu)
- DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı)
- UKÖE - PID-5:** Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri
- KB** : Kişilik Bozukluğu
- ASKB** : Antisosyal Kişilik Bozukluğu
- NSKB** : Narsisistik Kişilik Bozukluğu
- BLKB** : Borderline Kişilik Bozukluğu
- HSKB** : Histrionik Kişilik Bozukluğu
- ÇEKB** : Çekingen Kişilik Bozukluğu
- BAKB** : Bağımlı Kişilik Bozukluğu
- OKKB** : Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu
- ŞTKB** : Şizotipal Kişilik Bozukluğu
- ŞDKB** : Şizoid Kişilik Bozukluğu
- PRKB** : Paranoid Kişilik Bozukluğu
- TDK** : Türk Dil Kurumu

MED	: Minimal Duygusal Disfonksiyon Modeli
NIMH	: National Institution Of Mental Health
SPSS	: Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Program)
N	: Kişi sayısı
\bar{X}	: Ortalama
SS	: Standart sapma
P	: Anlamlılık düzeyi
d	: Etki boyu

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 1.1. Uyumsuz Kişilik Özellikleri boyut, alt boyut ve tanımlamaları	26
Çizelge 1.2. Kişiliğin Beş Faktörü, özelliklerin tanımlanması ve ampirik olarak ilişkili sıfatlar	33
Çizelge 1.3. DSM-IV-TR kişilik bozuklukları beş faktör kişilik modeli boyut ve alt boyutları ilişkisi	36
Çizelge 1.4. DSM-V Uyumsuz (Patolojik) Kişilik Özellikleri boyutları ve beş faktör kişilik boyutları ilişkisi	40
Çizelge 1.5. DSM-V Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin beş faktör açısından sınıflandırılması	41
Çizelge 1.6. DSM-V kişilik bozukluğu tipleri ve o bozukluğa ait uyumsuz kişilik özellikleri	42
Çizelge 2.1. Örnekleme ilişkin betimleyici istatistikler	52
Çizelge 2.2. Katılımcıların DSM-IV-TR eksen I ve eksen II, DSM-V kişilik bozukluğu tanımlarının varlığı ve eşanı oranlarına ilişkin bulgular	53
Çizelge 2.3. Katılımcıların DSM-IV-TR eksen I ve eksen II tanımlarına ilişkin bilgiler	54
Çizelge 2.4. Uyumsuz Kişilik Özellikleri (UKÖE-PID-5) uyarılma süreci	59
Çizelge 3.1. Katılımcıların UKÖE ve boyutlar bazında aldıkları ortalama puanlar ve standart sapma	62
Çizelge 3.2. Medeni durum ve eğitim düzeyi açısından UKÖE ortalama puanlar ve standart sapma	62
Çizelge 3.3. Cinsiyet açısından ortalama puanlar ve standart sapma	63
Çizelge 3.4. Yaş grupları açısından boyutlar bazında ortalama puanlar ve standart sapma	64
Çizelge 3.5. Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin boyutlararası korelasyon katsayıları	66
Çizelge 3.6. Olumsuz Duygulanım boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları	67
Çizelge 3.7. Uzak Olma boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları	67
Çizelge 3.8. Terslik/Geçimsizlik boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları	68
Çizelge 3.9. Dizinhibisyon boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları	68

Çizelge 3.10. Psikotizm boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları	69
Çizelge 3.11. Uyumsuz Kişilik Envanteri alt boyutlarına ilişkin korelasyon katsayıları	70
Çizelge 3.12. UKÖE alt boyutlar ve SCID-II kişilik bozuklukları arasındaki korelasyon katsayıları	72
Çizelge 3.13. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE'den aldıkları ortalama ve standart sapma	73
Çizelge 3.14. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE boyutlarından aldıkları ortalama ve standart sapma.....	74
Çizelge 3.15. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE alt boyutlarından aldıkları ortalama ve standart sapma.....	75
Çizelge 3.16. Boyutların madde sayıları ve cronbach alfa katsayıları	76
Çizelge 3.17. Alt Boyutların madde sayıları ve cronbach alfa katsayıları	77
Çizelge 3.18. DSM-IV-TR ve DSM-V kişilik bozukluğu tanılarının uyuşma oranları .	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1.1. DSM-I'den DSM-IV-TR'ye kişilik bozukluklarının değişim süreci17

EKLER DİZİNİ

Sayfa No

Ek-1:ADÜ Etik Kurul İzin Belgesi	105
Ek-2: Aydın Devlet Hastanesi Araştırma İzin Belgesi	106
Ek-3: Ölçek İçin Alınan Araştırma İzni	107
Ek-4: Demografik Bilgi Formu	108
Ek -5: SCID-II Kişilik Bozuklukları İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu....	109
Ek-6: DSM-V Kişilik İşlevselliği Değerlendirme Formu	114
Ek-7: DSM-II Kişilik Bozuklukları.....	115

1. GİRİŞ

1.1. Kişilik

1.1.1. Tanım ve Tarihçe

Türk Dil Kurumu (TDK 1998) kişiliği; bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet olarak tanımlamaktadır.

Kişilik teriminin yabancı dillerdeki ortak kökeni ise ‘persona’ sözcüğüne dayanmaktadır. Persona kelimesinin asıl anlamı, Latin dilinde tiyatro okuyucularının kullandığı ‘maske’dir (Köknel 2005). “Persona ‘per’ ve ‘sonöre’ sözcüklerinden ortaya çıkmıştır. ‘Per’ aracılığı ile ‘sonöre’ ise ses çıkarma veya gibi görünme anlamına gelir” (Çifter 1986:377).

“Ünlü Romalı düşünür Çiçero’nun (M.Ö. 106- M.Ö. 43) persona sözcüğünü dört ayrı biçimde ele aldığı görülmektedir:

- 1- Kişinin belirli bir biçimde görünmesi, ancak öyle olamaması.
- 2- Kişinin yaşamında oynadığı rol.
- 3- Kişinin yaşamında oynadığı rol için gerekli tüm özellikler.
- 4- Görünüş ve asalet” (Sevi 2009:1).

1937 yılında Allport kişilik teriminin, Yunan tiyatrosunda oyuncuların kullandığı maskeyi tanımlayan “persona” kelimesinden türediğini ifade etmiştir (akt. Guilford 1959).

Kişilik, tarih boyunca pek çok kuramcı tarafından tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılmış bir kavramdır. Günümüze değin pek çok düşünür kişiliğin tanımını yapmaya ve kişiliği açıklamaya çalışmıştır. Eski çağlarda kişilik fiziksel özelliklere bakılarak tanımlanmıştır. Hipokrat ve sonrasında Galenos; kanlı (sanguine), sarı safralı (choleric), kara safralı (melancholic) ve balgamlı kişilikler tanımlamışlar ve birçok hastalığı bu salgıların çok salınmasıyla açıklamışlardır (Öztürk 2001).

Binlerce yıldır pek çok düşünürün dikkatini çeken bu konu üzerine kuramlar geliştirilse de bilimsel çerçevede kişilik kuramları 1908’de Freud ile başlamıştır. Freudla başlayan, Adler ve Jung’ la devam eden kişilik çalışmaları, psikoloji tarihi açısından ise ilk kez Gordon Allport (1897–1967)’ un çalışmaları ile gündeme gelmiştir. Allport, bireysel farklılıklar kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır ve 1925’te kardeşi Floyd ile “*Kişilik Özellikleri: Sınıflandırılması ve Ölçümü*” başlıklı çalışmasını yayınlamıştır (Şenyuva 2007). Dolayısıyla, kişilik 1930’lu yıllarda diğer sosyal bilim alanlarından ayrı bir bilimsel disiplin olarak tanımlanmaya başlamıştır (Mc Adams 1997 akt. Yelboğa 2006). “İlk olarak Allport (1937) ve Murray (1938) kişilik psikolojisini, psikolojinin bilimsel bir çalışma alanı olarak düşünmüşlerdir.” (Adams ve Ollson 2010:518).

Yaklaşık 80 yıllık bir tarihi olan “kişilik” kavramı, psikologların uzun yıllardır tanımlama, anlama ve ölçme çabası içinde oldukları bir kavramdır. “Kişilik” teriminin araştırmacılar tarafından genel kabul görmüş bir tanımı söz konusu değildir. Nitekim kişilik psikolojisinin babası sayılan Allport, kişilik sözcüğünün kökenini incelemiş ve alanyazındaki farklı kişilik tanımlarını derlemiştir. 1937 yılında yayınladığı “*Kişilik: Psikolojik Bir Yorum*” adlı kitabında 49 farklı kişilik tanımına yer vermiştir (Allport 1937 akt. Baymur 1997). Bu bağlamda alanyazında farklı araştırmacılar tarafından yapılmış olan pek çok “kişilik” tanımı ile karşılaşmak mümkündür. Bu tanımlara yer verecek olursak;

“Allport, kişiliği; ‘bireyin kendine özgü düşünce ve davranışını belirleyen psikofiziksel sistemlerin dinamik örgütlenmesi’ olarak tanımlamıştır.” (Allport 1961 akt. İnanç ve Yerlikaya 2008).

Aiken (1993) genel anlamda kişiliği, bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal özelliklerinin bir toplamı olarak tanımlar. Daha özel anlamdaki kişilik terimi ise, doğuştan gelen ve sonradan kazanılan zihinsel yetenekler, tutumlar, mizaç, duygu, düşünce ve davranışlardaki bireysel farklılıkların bileşiminden oluşan bir bütünlüğü, tekliği ifade eder (akt. Somer ve ark 2011:1).

Bir başka çalışmacı Morris (1996)’ e göre kişilik, bireyin kendine has, kalıcı duygu, düşünce ve davranış örüntüsüdür ve farklı durum ve zamanlarda kalıcıdır. Berens (1999) de kişiliğin kalıcı yönüne vurgu yapmış ve psikolojik tepkilerin önemli kısımlarını içerdiğini söylemiştir (akt. Taymur ve Türkçapar 2012).

Kişilik, bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler olarak tanımlanabilir. Burada üzerinde durulması gereken iki yön vardır. İlk bölüm tutarlı davranış kalıpları ile ilgilidir. Burada önemli olan nokta kişiliğin tutarlı olmasıdır. Bir diğer nokta, kişilik içi süreci barındırır. Kişilik içi süreçler, kişilerarası süreçlerden farklı olarak, nasıl davranacağımızı ve hissedeceğimizi etkileyen ve içimizde gelişen bütün duygusal, güdüsel ve bilişsel süreçleri içermektedir (Burger 2006)

1.2. Kişilik Bozukluğu

1.2.1. Tanım

Kişilik bozuklukları konusu son 30 yılda giderek daha çok ilgi odağı olmuştur. Söz konusu durumun başlıca üç nedeni vardır. Bunlardan ilki, kişilik bozukluklarının yaygınlığının artmasıdır. İkincisi, kişilik bozukluklarının aile içi ilişkilerde, sosyal ve mesleki uyumda önemli sorunlara yol açmasıdır. Üçüncü etken de, kişilik bozukluklarında daha önce pek bir şey yapılamayacağı inancı yaygınken, giderek tedavi edilebilir olduğunun görülmesidir (Şahin 2009). Bu bağlamda kişilik bozukluklarının tanımlanması ve tanılanması o nispette önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (2003), kişilik bozukluğunu “bireyin davranışsal eğilimlerde ve karakteriyolojik durumlarda genellikle kişiliğin çeşitli alanlarını kapsayan, büyük oranda kişisel ve sosyal ilişkilerde bozulmaları içeren şiddetli bir ruhsal bozukluk” olarak tanımlamıştır (NIMH 2003:9).

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

1.2.2. Tarihçe

Kişilik bozukluğu kavramı oldukça eskidir ve ilk olarak en eski sınıflandırmaları Hipokrat tarafından Hümorale kuramıyla oluşturulmuştur. Hipokrat, mizaca ilişkin kuramında bireylerin mizaç yapıları ile vücut sıvıları arasında ilişkinin olduğunu öne sürmüştür. Bu sıvılar; sarı safra, siyah safra, balgam ve kandır. Bu 4 sıvı bütün bireylerde

mevcuttur ve bulunma oranı bireylerin mizaç yapılarını etkilemektedir. Söz konusu kuram kişiliğin boyutsal anlayışla değerlendirilebileceğinin en eski yansımalarından biridir (Lion 1982, Tyrer ve Ferguson 1988 akt. Gökalp 1997).

M.Ö. 4.yy'da Aristonun öğrencisi Theophrastus günümüzde pek çok kişilik kuramının da ilgisini çeken şu soruyu sormuştur: “Bütün Yunanlılar aynı gökyüzüne bakarken ve benzer eğitimleri almışken neden kişiliklerimiz farklılık oluşturur?” (Revelle 2008). Ardından betimleyici bir yaklaşımla kişilik bozukluklarını ele almış ve 30 ayrı kişilik tanımlamıştır. Bu tanımlanan kişilikler arasında geveze, boyun eğen, yalancı, pinti, burnu büyük, korkak, güvenmeyen.. gibi kişilikler sayılabilir (Perry ve Vailant 1989). Bu kişiliklerin bazılarının bir araya gelmesi ile bazılarının da kendi içinde bir bütünlük sunmasıyla çağımızın kişilik bozuklukları kavramına ulaşılır (Gökalp 1997).

Kişilik bozukluklarına olan ilgi Antik Yunan'a değin uzanıyor olmasına rağmen, modern anlamda yapılan tanımlar 19. yüzyılda başlamıştır. Öncelikle on dokuzuncu yüzyılın başlarında Philippe Pinel (1745-1826) akıl hastalıklarında sıklıkla görülen diğer bilişsel belirtileri göstermeyen ancak şiddet içeren davranışlar sergileyen akıl hastası kişileri tanımlamak için “manie sans délire” kavramını kullanmıştır (Davison ve Neale 2004). James Prichard (1786-1848) ise 1837'de “ahlaki delilik” kavramını ortaya atmıştır. Prichard bazı suçluları gözlemlemiş ve onların ahlak duygularının eksik olduğunu ve öz kontrolü sağlamada güçlük yaşadıklarını gözlemlemiştir. Sonrasında, anormal davranışlara sahip olmanın ruhsal hastalıklarla eş değer tutulmaması gerektiğini düşünmüştür. Böylelikle bugünkü psikiyatrik sınıflandırmanın da temelini oluşturan şu görüş dikkat çekmektedir: kişilik bozuklukları ile ruhsal bozukluklar birbirinden farklıdır (Livesley ve ark 1994). Prichard 1837'de “ahlaki delilik” kavramını; “zekâ, bilgi ve akıl yürütme yetilerinde herhangi bir zayıflama yaratmaksızın özellikle varsanı ve yanılsamaların görülmediği doğal duyular, duygular, eğilimler, mizaç, alışkanlıklar, tutumlar, dürtülerde hastalıklı bir sapma” olarak tanımlar (Gökalp 1997).

19. yüzyıl boyunca ahlaki delilik kavramı kişilik bozukluklarının ilk şekli olarak kullanılmaya devam etmiştir. 1891'de Julius Ludwig August Koch (1841-1908) benzer özellikler gösteren kişiler için “ahlaki delilik” kavramı yerine “hastalıklı kişiler (psychopatic)” kavramına kullanmıştır (Livesley ve ark 1994). Söz konusu dönemde kişilik bozukluklarının, psikiyatristler tarafından sinir sisteminde yapısal bir dejenerasyon olarak ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Ve Fransız psikiyatrisinden “dejenerasyon” kavramı

kullanılmıştır. Bénédict Morel (1809-1873) ruhsal hastalıkları hiyerarşik olarak 6 bölüme ayırmış ve kişilik bozukluklarını 5. sraya yerleştirmiştir. Morel kişilik bozukluğu olanlar için, “kalıtsal olarak sinirli bir mizaca sahip olduklarından çılgınlıklarını sözden çok acayip, tutarsız ve çoğunlukla aşırı, ahlak dışı davranışlarla gösterir.” şeklinde belirtmiştir (Tyrrer ve Ferguson 1988 akt. Gökalp 1997).

20. yüzyıla gelindiğinde durumlar biraz daha farklılaşmıştır. Tanımlayıcı psikiyatriye Avrupalı öncüler tarafından yapılan katkılar 20. yüzyılın ilk dönemlerinde büyük bir etki yaratmıştır. Bu isimlerin başında Kraepelin, Bleuler, Kretschmer ve Schneider gelmektedir (Oldham 2005). Emil Kraepelin (1856-1926) kişilik bozukluğu kavramı ile ilgili olarak hastalığın gerçek nedeninin kişiliğin garip yapılanmasında yattığı görüşünü öne sürmüş ve kişilik bozukluğunu hastalıklı ruhsal durumlar olarak belirtmiştir. Yaptığı konuşmalarda paranoid, antisosyal ve hipokondriak kişilikleri tanımlayan uygun örnekler verdiği ve hastalığın sıklıkla erken erişkinlikte başladığını belirttiği görülür (Gökalp 1997).

20. yüzyılın ortalarına doğru, Alman okulunun temsilcilerinden Ernst Kretschmer (1888-1964) ve Kurt Schneider (1887-1967) vaka tanımlama yöntemi ile kişilik bozukluklarını sınıflandırmışlardır. Schneider tüm kişilik bozukluklarını “psikopatik kişilikler” adı altında toplamış ve bugünkü sınıflandırmanın temelini oluşturmuştur. Yaptığı sınıflandırmada 10 ayrı psikopatik kişilik tanımlamıştır. Bunlar: hipertermik, depresif, güvensiz, fanatik, kendini arayan, duygusal açıdan dengesiz, patlayıcı, duygusuz, zayıf iradeli ve asteniktir (Gökalp 1997).

Bu kişilikler şu şekilde açıklanabilir:

- 1) Depresif psikopatik hastalar; Bu kişilerin birçoğu DSM-III-R’ de eksen I’de distimik tanısı alabilirler.
- 2) Güvensiz psikopatik hastalar; Bu kişiler kendi kendilerini suçlarlar, birçoğu DSM-III’ de bağımlı kişilik bozukluğu tanısı veya DSM-III-R’ de kendi kendini çelmeleyen kişilik bozukluğu tanısı alabilir.
- 3) Kompulsif psikopatik veya duyarlı hastalar; Bu kişiler hayatlarını oldukça katı bir titizlikle yapılandırır; son derece doğru ve dürüsttürler; anksiyete ve obsesyonları vardır.

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

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

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

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

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

Alman okulunun bir diğer temsilcisi olan Ernst Kretschmer (1888-1964) de Hipokrata benzer bir yaklaşımla bedensel yapı ile ruhsal bozukluklar arasında ilişki kurmuştur. Belli beden tiplerine uyan kişilik türleri olan atletik tip- normal kişilik, piknik tip-siklotimik kişilik, astenik tip-şizoid kişilik, displastik kişilik tipleri tanımlanmıştır. Kretschmer kişilik bozukluklarının değil ama kişiliğin ve mizacın ruhsal hastalıklarla olan ilişkisi ile ilgilenmiştir (Gökalp 1997).

20.yüzyılda kişilik bozuklukların anlaşılmasında psikanalitik kuramın önemli katkıları olmuştur.

Sigmund Freud (1856-1939) bilinçdışı cinsel istek ve dürtülerin (id), katı ve bilinçli olarak sürdürülen kurallarla (süperego) çarpışarak bilince ulaşmasını tehdit edebileceğini belirtmiştir. Böyle bir durumda sinyal anksiyetesi üretilir ve bilinçdışı savunma mekanizmaları tetiklenir. Bu başa çıkma stratejileri yetersiz kaldığında açık bir şekilde semptom oluşumu sağlanır. Bu sistem histerik nevroz ya obsesif kompulsif nevroz gibi "semptom nevrozu"nun açıklaması olarak ileri sürülmüştür (Oldham 2005).

Franz Gabriel Alexander (1891-1964) ise 1930'da semptom nevrozunun ego distonik, karakter nevrozunun ise egosintonik olduğunu belirterek nevrotik karakterin başkalarıyla olan ilişkilerde zorluklar yaşadıklarını ifade etmiştir (Gökalp 1997).

20.yüzyılın sonlarına doğru "Obje İlişkileri" kuramcıları olarak da adlandırılan Melanie Klein ve Otto Kernberg'in çalışmaları etkili olmuştur. Objeden kast edilen şey çocuğa bakım veren kişidir. Bu anne, baba ya da bakıcısı olabilir (Şenyuva 2007). Kernberg, özellikle narsisistik ve borderline kişilik örüntüsünü nesne ilişkileri açısından ele almıştır. Nitekim günümüzde de nesne ilişkileri ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiler bilimsel çalışmalarla gündeme gelmektedir.

1.2.3. Kişilik Bozukluklarının Ortak Özellikleri

Kişilik bozukluklarında ortak olarak görülen birtakım özellikler vardır. Bunlardan bahsedecek olursak;

- Kişilik bozukluklarında görülen özellikler kapsamlıdır ve süreklilik gösterir. Tanı konulabilmesi için yaşamın değişik alanlarında uzun süreli zorluklar yaşandığına ilişkin bir öykü alınmış olması gerekir. Söz konusu bu özellikler ego-sintoniktir (benlik tarafından kabul edilir). (Koroğlu 2010)
- Biliş, duygulanım, dürtü denetimi ya da insan ilişkilerinde toplum için belirlenen ölçütlerden büyük oranda sapma göstermiş olması gerekmektedir.
- Çocukluk ya da ilk ergenlikten bu yana bu özelliklerin devam etmesi gerekir.
- Çevre ile çatışmaya yol açması, söz konusu çatışmalardan çevreyi sorumlu tutup, kendisini çevreye değil, çevreyi kendisine uydurmaya çalışması gerekmektedir (Alloplastik uyum) (Öztürk 2001).

1.2.4. Etiyoloji

Kişilik bozukluklarının oluşumunda pek çok faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Bu faktörler gelişimsel psikopatoloji bakış açısından 5 bağlamda değerlendirilecektir.

1.2.4.1. Biyolojik Bağlam

1.2.4.1.1. Mizaç

Cloninger, Svrakic ve Przybeck (1993)'e göre mizaç; kişiliğin doğuştan gelen ve genler aracılığıyla aktarılan tarafıdır. Genel anlamda huy, yaratılış ve tabiat anlamında kullanılan mizaç kavramı Alexander Thomas (1914-2003) ve Stella Chess (1914-2007)'in öncü çalışmalarında davranışın biçimsel tarafı olarak tanımlanmıştır.

Mizaç faktörünün kişilik bozukluğu ile ilişkisini araştıran çalışmalar daha çok antisosyal kişilik bozukluğunu ele almışlardır. Moffit ve Lynam (1994)'a göre, yıkıcı davranışların gelişimi, zor mizaçla ilişkili olan nöropsikolojik bozuklukların altında yatmaktadır (akt. Kerig ve Wenar 2005). Newman ve ark (1997) yaptıkları çalışmada, 3 yaşında zor ve kontrolsüz mizaç özelliği olan çocukların yetişkinlikte antisosyal davranışlar gösterdiğini bulmuşlardır. Nitekim yapılan diğer boylamsal çalışmalarda da zor mizaç ile antisosyal davranışlar arasında ilişki bulunmuş olmasına rağmen, aileye ilişkin faktörlerin aracı bir değişken olabileceği öne sürülmüştür (Mc Mahon ve Estes 1997 akt. Kerig ve Wenar 2005).

1.2.4.1.2. Genetik

Kişilik bozukluklarında genetik faktörlerin etkili olduğuna dair kanıtlar Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ikiz çalışmaları ile desteklenmiştir. 15.000 ikiz ile yapılan çalışmada kişilik bozukluğu eşhastalanım oranının tek yumurta ikizlerinde daha fazla olduğu saptanmıştır. Yetişkinlerle yapılan bir diğer ikiz çalışmasında, borderline kişilik bozukluğu için kalıtım oranları 0.69, bütün kişilik bozuklukları için 0.60 düzeyinde bulunmuştur (Posner ve ark 2003).

Kişilik bozukluklarında genetik faktörlerin etkili olduğunu vurgulayan çalışmalar daha çok A küme kişilik bozuklukları ile yapılmaktadır. Şizofreni tanısı alan bireylerin yakın çevrelerinde şizotipal kişilik bozukluğu daha yaygın olarak görülmektedir (Kaplan ve Sadock 2005). B küme kişilik bozukluklarının oluşumunda da genetik bir geçiş söz konusudur. Bilhassa antisosyal kişilik bozukluğu ile yapılan çalışmalarda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin birinci derece yakınlarında alkolizm ve sosyopati olduğu bulunmuştur (Carey 1992, Larsson ve ark 2006). Ülkemizde Oğuz (2009) tarafından

yapılan bir çalışmada da antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü oranı % 50 olarak bulunmuştur.

1.2.4.2. Bireysel Bağlam ve Aile Bağlamı

1.2.4.2.1. Duygu düzenleme

Ross Thompson'un tanımına göre, duygu düzenleme kişinin amaçlarına ulaşması için gözetleme, değerlendirme ve özellikle yoğun ve geçici duygusal tepkileri değiştirmeyi içermektedir (Eisenberg ve ark 2010). Duygu düzenleme, bir amaca ulaşabilmek için bireyin, duygusal tepkilerini izleyebilme, kontrol edebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme yani daha hafif düzeyde olmasını sağlayabilme yeteneğidir. Duygu düzenleme süreci gelişimsel bir süreçtir. Ebeveynler, çocukların üzüntülerine ve duygularını saklamalarına hassasiyet göstererek duygu düzenleme becerilerinin gelişime katkı sağlarlar (Kerig ve Wenar 2005).

Etkili olmayan duygu düzenleme ve duygu düzenleme güçlükleri çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Bu sonuçlardan birisi de kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarında duygu düzenlemenin önemi ilk kez Linehan (1993) tarafından ele alınmıştır. Linehan (1993), borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların doğuştan duygu düzenlemede işlevsizlik yaşadıklarını belirtmiştir (Beck, Freeman ve Davis 2008).

Duygu düzenleme güçlükleri ile yapılan çalışmalar daha çok borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarını ele almaktadır. Yapılan bir çalışmada 50 borderline kişilik bozukluğu tanısı alan, 50 borderline kişilik bozukluğu tanısı almayan birey araştırmaya katılmış, bireylere 24 saat taşınabilen psikofizyolojik olarak geribildirim veren bir cihaz vermişlerdir. Çalışmada katılımcılardan cihaz uyarı verdiğinde hissettikleri duyguları ve bunların yoğunluğunu işaretlemeleri istenmiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler daha fazla ve daha yoğun olumsuz duygu tariflemişlerdir (Ebner ve ark 2004 akt. Conklin ve ark 2006). Gardner ve Qualter (2009), 523 kişilik klinik olmayan örnekleme yaptıkları çalışmada borderline kişilik özellikleri olan bireylerin, duyguları anlama, farkına varma ve kullanma alt alanlarında yetersizlik gösterdiklerini, ancak özellikle de duygularını yönetme konusunda yetersizlikleri olduğunu belirtmişlerdir. Benzer bir bulgu diğer araştırmalar sonucunda da bulunmuştur. Glenn ve Klonsky (2009), 303 üniversite öğrencisi ile hem öz bildirim ölçekleri, hem de yarı yapılandırılmış görüşme formları ile yaptıkları çalışmada duygu düzenlemenin borderline kişilik bozukluğu için

çekirdek bir özellik olduğunu, tek bir varyansı açıkladığını belirtmişlerdir. Yapılan pek çok araştırmada kişilik bozuklukları ile duygu düzenleme arasında güçlü ilişkiler olduğunu belirtmekle birlikte (Bornovalova ve ark 2008, Yen ve ark 2002) alanyazında bu konuya çok fazla yer verilmediği görülmektedir.

Kişilik bozuklukları ve duygu düzenleme arasındaki ilişki son dönemlerde teorik makalelerde de gündeme gelmektedir. Minimal Duygusal Disfonksiyon Modeli (MED; Linden 2006); kişilik bozukluğu hastalarında duygusal problemlerin rolüne öncelik vermektedir. Söz konusu model, kişilik bozukluklarını, duyguların ortaya çıkması, ifade edilmesi, yoğunluğu ve düzenlenmesi konusundaki bozukluk olarak nitelendirmektedir. Söz konusu model Linehan'ın modelini temel alır ancak bir takım farklılıkları mevcuttur. Duygu düzenlemeye odaklanması ve tüm kişilik bozukluklarını ele alması açısından Linehan'ın modelinden farklıdır.

1.2.4.2.2. Bağlanma

John Bowlby'nin bağlanma kuramına göre; bağlanma gerek yetişkinlikte kurulan ilişkilerin oluşumunda gerekse kişilik bozukluklarının oluşumu ve gelişimini anlamada çekirdek bir role sahiptir. Bebek erken dönemde bakım verenle kurduğu ilişkiden dünyaya ve kişiler arası ilişkilerinde diğerlerine karşı zihinsel temsiller oluşturur (Hazan ve Shaver 2000). John Bowlby'den sonra kuramı geliştiren Mary Ainsworth (1913-1999)'e göre dört bağlanma türü vardır: güvenli (secure), saplantılı (preoccupied), korkulu (fearful) ve kayıtsız (dismissing) bağlanma (Bartholemew ve Horowitz 1991).

Bilimsel alanyazında bağlanma ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiye işaret eden çalışmalar mevcuttur. Meyer ve Pilkonis (2006)'e göre, kaygılı-ikircikli bağlanması olan çocuklar ileriki dönemde anksiyete ile ilişkili sorunlar yaşama konusunda risk altındadırlar. Buna karşın dezorganize bağlanması olan çocuklar, öfke ile ilişkili sorunlar yaşama konusunda risk altındadırlar. Güvenli bağlanma ise psikopatolojiye giden yolda koruyucu olarak görülmektedir. Güvenli olarak bağlanan çocuklar, görece olarak duygusal ipuçlarına duyarlı şekilde yanıt vermede, empatik olmada, sürekli arkadaşlıklar kurmada daha başarılı olabilirler.

Brennan ve Shaver (1998), 1407 kişilik normal örneklem (klinik tanı almayan) ile yaptıkları çalışmada, korkulu ve saplantılı bağlanma stiline sahip olan bireylerin, güvenli bağlanma stiline sahip olan bireyler ile kıyaslandığında kişilik bozukluğu tanısı alma

oranlarının 3-4 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Fossati ve ark (2001), 44 borderline kişilik bozukluğu tanısı alan, 98 borderline kişilik bozukluğu dışında B küme kişilik bozukluklarından bir tanı alan, 39 A ve C küme kişilik bozukluklarından tanı alan ve 276 kişilik bozukluğu tanısı almayan örneklem gruplarını karşılaştırmışlar, borderline ve diğer kişilik bozukluk tanısı alan grubun güvensiz bağlanma örüntüleri gösterdiğini ancak diğer bağlanma stilleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamadığını belirtmişlerdir. Kişilik bozukluğu tanısı almayan grupta ise güvenli bağlanma örüntüleri olduğu saptanmıştır. Meyer ve ark (2001), 149 psikotik bir tanı almayan klinik örneklem ile yaptıkları çalışmada güvenli bağlanma örüntüsü olanların kişilik bozuklukları ölçeğinden aldıkları puan arasında eksi yönde bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Sherry ve ark (2007), Amerika’da 86 sı erkek ve 187 si kadın olan toplam 273 kişilik örneklem ile yaptıkları araştırmada bağlanma stillerinin öncelikle çekingen, bağımlı, histriyonik, şizotipal, borderline, paranoid ve son olarak da şizoid kişilik stilleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ülkemizde Erdoğan (2010) tarafından yapılan tez çalışmasında 773 üniversite öğrencisi ile çalışılmış, saplantılı ve korkulu olmak üzere güvensiz bağlanan kimselerde kişilik bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğu ve kişilik bozukluğu ile güvensiz bağlanma arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

1.2.4.2.3. Çocukluk çağı travmaları

Kişilik bozukluklarının oluşumunda son dönemlerde çocukluk çağı travmaları üzerine odaklanan pek çok çalışma bulunmaktadır. Nitekim Battle ve ark (2004)’nın yaptığı bir araştırmada, kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin %73’ünün istismara % 82’sinin ihmal edilmeye maruz kaldığını saptamışlardır. Braver ve ark (1992) istismara uğrayan 30 çocuk ve uğramayan 54 çocuk ile yaptıkları çalışmada istismara uğrayan çocukların borderline kişilik ölçeğinden daha yüksek puan aldığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Gabbard (2000) da borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin yaklaşık olarak % 50’sinin ensest veya çocuklukta yaşanan başka tür cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Bazı çalışmalarda bu oran yükselebilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Arslan ve ark (1977) 39 borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireyle yaptıkları çalışmada katılımcıların % 72,2’sinin çocukluk yaşamında örseleyici yaşantının olduğunu bulmuşlardır.

Öte yandan, antisosyal kişilik bozukluğunun gelişmesi ile çocukluk çağında fiziksel taciz, cinsel taciz ya da ihmal gibi travmalar arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür (Ak ve

Sayar 2002). Algül ve ark (2009) tarafından yapılan bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan 150 katılımcının 118'inin (% 78,7) çocukluk çağında en az bir travmatik olay yaşadığını belirtmiştir.

Ancak bu oranı düşük olarak bildiren çalışmalar da mevcuttur. Ülkemizde Şahin Demirkapı (2013) tarafından yapılan tez çalışmasında, 69 çocukluk çağı travması olan katılımcıya SCID-II kişilik bozuklukları tanı görüşmesi yapılmıştır. Sonuçlara göre, 20 katılımcının (% 28,9) herhangi bir kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı saptanmıştır. Kişilik bozuklukları içerisinde ise en fazla çekingen kişilik bozukluğu tanısının karşılandığı, 69 katılımcıdan 11'inin (% 15,9) çekingen kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı bulunmuştur.

1.2.4.3. Sosyal ve Kültürel Bağlam

Kültür, benlik kavramı ve kendilik algısının oluşumunda, benmerkezcilik/toplum merkezlik ikileminin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Kişilik bozukluğu olan bireyler nasıl davranacakları ve davranışlarının çevreleri tarafından nasıl algılanacağını anlama konusunda sıkıntı yaşayabilirler. Söz konusu durum, toplumda neyin beklendiği ve nelere önem verildiğine atıfta bulunarak kültürel değerler ile kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır (Alarkon ve Foulks 1995).

Nitekim, Alba Catalá-Miñana ve ark (2014) 80 İngiliz 67 İspanyol birey ile bireycilik toplulukculuk kültürde olma ile kişilik ölçekleri arasındaki farklılık olup olmadığını araştırmışlardır. Yapılan bu araştırmada İspanyol bireylerin histriyonik, narsisistik ve obsesif-kompulsif kişilik ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, İngilizlerin ise antisosyal ve borderline kişilik ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Ancak kültür ve kişilik bozuklukları ilişkisine değinen çalışmalar alanyazında oldukça kısıtlıdır.

1.2.5. Epidemiyoloji

Kişilik bozukluklarında sıklık ve yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplumda alınan örneklemeler arasındaki farklılıklara göre değişebilmektedir. Bu sebeple kesin olarak yaygınlığının bulunması zordur.

Köroğlu (2010) derlediği kitabında kişilik bozukluklarının genel sıklığının % 6-9 arasında olmakla % 15 gibi yüksek oranlardan da söz edildiğini belirtmiştir. Nitekim

yapılan çalışmalarda kişilik bozukluklarının normal örneklemlerde yaygınlık oranının % 6 ila % 14 arasında değiştiği görülmektedir. Lenzenweger ve ark (2007) 5692 katılımcı ile kişilik bozukluğu yaygınlığını % 9,1 olarak; Benjet ve ark (2008) ise 2362 katılımcı ile bu oranı % 6,1 olarak saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada yaşları 18 ile 65 arasında değişen 2053 katılımcı ile çalışılmış ve kişilik bozukluğu yaygınlığını % 13,4 olarak saptamışlardır (akt. Lenzenweger 2008). 742 katılımcı ile yapılan bir diğer çalışmada kişilik bozukluğunun toplumdaki yaygınlığının % 9 olduğu saptanmıştır (akt. Paris 2010). Ancak yaygınlığı daha az ya da daha fazla bildiren çalışmalar da mevcuttur. Coid ve ark (2006) yaşları 16-74 aralığında olan 626 ile yaptıkları araştırmada kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının % 4,4 olduğunu bildirmişlerdir. Öte yandan ülkemizde Dereboy ve ark (2014) tarafından öz bildirim ölçeği ile yapılan bir çalışmada ise Aydın ilinde normal örnekleme kişilik bozukluğu yaygınlığı DSM-IV'e göre % 20, ICD-10'a göre ise % 21.20 olarak saptanmıştır.

Klinik örnekleme ise yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Fossati ve ark (2000) 431 psikiyatri hastası ile yaptıkları çalışmada katılımcılardan 310'unun (% 71,9) DSM-IV'e göre bir kişilik bozukluğu tanısını karşıladıklarını belirtmiştir. Zimmerman ve ark (2005), klinik örnekleme yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu görülme yaygınlığını % 31,4 olarak saptamışlardır.

1.2.6. Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması

Kişilik bozukluklarının sınıflandırılması çabası Schneider'dan bu yana sürmektedir. Psikiyatrideki bu tanı karmaşasına çözüm getirmek amacıyla 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-I (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) yayınlanmıştır. Söz konusu dönemin kuramsal yatkınlığı sebebiyle DSM-I psikanalitik ağırlıklıdır (Gökalp 1997). Söz konusu dönemde DSM-I yaygın olarak kullanılmıştır ve yıllar içinde revizyona gidilmiştir. 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-II yayınlanmıştır. 1980 yılında DSM-III, 1987 yılında DSM-III-R, 1994 yılında DSM-IV, 2000 yılında DSM-IV-TR yayınlanmıştır (Oldham 2005). Son olarak ise 2013 yılında DSM-V yayınlanmıştır. Kişilik bozuklukları DSM'nin her baskısında yayınlanmış olmasına karşın kişilik bozukluğu tanı ölçütleri ilk kez DSM-III'de yayımlanmıştır. DSM-III'teki en önemli farklılık, kişilik bozuklukları için tanı koymayı kolaylaştıran işevuruk tanı ölçütlerinin belirlenmiş olmasıdır (Gökalp 1997). DSM-III'den sonra DSM-III R ve DSM-IV'e geçişteki değişiklikler görece az olmuştur (Davison ve Neale 2004). Kişilik

bozuklukları DSM-IV’de eksen II içerisinde yer alırlar ve böylece eksen I tanıları konurken varlıkları ve yoklukları dikkate alınır (Oltmanns ve ark 2003). Ancak günümüzde kullanılan DSM-V’te eksenler tekrardan kaldırılmıştır. Şimdi kronolojik sıra ve yapılan değişiklikler bazında DSM-I’den DSM-V’e kişilik bozuklukları değerlendirilecektir.

1.2.6.1. DSM-I’den DSM-IV’e kişilik bozukluklarının değişim süreci

1952 yılında yayınlanan DSM-I’de kişilik bozuklukları, kısmi gelişimsel gerilikleri ya da bozulmaları yansıtan eksik durumlar olarak görülmüştür.

Kişilik bozuklukları esas olarak;

- a. “kişilik örüntü bozukluğu”,
- b. “kişilik doğuştan eğilim bozukluğu”,
- c. “sosyopatik kişilik bozukluğu” olarak gruplandırılmıştır.

Kişilik örüntü bozukluğu en köklü durumlar olarak görülmektedir, tedavi ile bile değişime dirençlidir. Kişilik örüntü bozukluğu; yetersiz kişilik, şizoid kişilik, siklotimik kişilik ve paranoid kişilik olarak sınıflandırılmıştır. (Oldham 2005).

Kişilik doğuştan eğilim bozukluğu ise en az yaygın olan ve hastalar için en az engelleyici olan bozukluk olarak düşünülmektedir. Bu bozukluğa sahip olan hastalar stressiz koşullarda çok yüksek düzeyde işlevselliğe sahip olabilirler. Ancak yoğun stres altında iken, işlevsellikte bozulmalar görülebilir. Tedaviye yönelik motivasyon ve uyumları hastadan hastaya değişmektedir. Kişilik doğuştan eğilim bozukluğu; heyecansal yönden stabil olmayan kişilik, kompulsif kişilik ve pasif agresif kişilik olarak sınıflandırılmıştır (Oldham 2005).

Sosyopatik kişilik bozuklukları toplumda tanık olduğumuz sosyal sapkınlıklar olarak belirtilmiştir. Bu bozukluk grubu antisosyal tepki, disosyal tepki, cinsel sapkınlık ve bağımlılık olarak kategorilere ayrılmıştır (Oldham 2005). DSM-I’e göre antisosyal kişiler daima güçlük içinde kalırlar, herhangi bir kimseye, gruba ve yasaya bir saygıları yoktur. Yaşam felsefeleri haz almaya yöneliktir, sorumluluk duygularında eksiklik ve davranışlarını rasyonalizasyon ile karakterize kişiliklerdir (Çifter 1986).

DSM-I'den DSM-II'ye geçiş sürecinde teori kaynaklı tanılama sürecinden uzaklaşılması ve kişiliğın gözlenebilir, ölçülebilir, devamlı ve tutarlı ana kümelenmeleri konusunda görüş birliğine varılmıştır. DSM-II'den heyecansal yönden stabil olmayan kişilik çıkarılmış ve astenik kişilik eklenmiştir (Oldham 2005).

DSM-II'de kişilik bozuklukları şu şekilde kategorilendirilmiştir (Çifter 1986:378):

- a. Paranoid Kişilik
- b. Siklotimik Kişilik
- c. Skizoid Kişilik
- d. Eksplosif Kişilik
- e. Obsesif Kompulsif Kişilik
- f. Histerik Kişilik
- g. Astenik Kişilik
- h. Antisosyal Kişilik
- i. Pasif-agresif Kişilik
 - i.1. Pasif Bağımlı Tip
 - i.2. Pasif-Agresif Tip
 - i.3. Agresif Tip
- j. Yetersiz Kişilik

DSM-II kişilik bozuklukları tanımlamaları için Ek-7 bölümüne bakılabilir.

DSM-II'nin yayınlanmasının ardından 1970 li yılların ortalarına doğru bütün tanıların güvenilirliğinin artırılması yönünde vurgu yapılmış ve tüm tanılar için gözlemlenebilir ve ölçülebilir tanı kategorileri oluşturulmuştur. Bu bağlamda 1980 yılında yayınlanan DSM-III'de çok eksenli sistem oluşturulmuştur. Psikotik Bozukluklar, Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları gibi dönemsel olarak nitelenen, şiddetlenmeler ve remisyonlarla giden bozukluklar eksen I'e dâhil edilirken, eksen II'ye zihinsel gerilik ve kişilik bozuklukları dâhil edilmiştir. Bu tanı grupları erken başlangıçlı olmaları, süreğen bir gidişlerinin olması açısından benzerdirler. Kişilik bozukluklarının eksen II'ye yerleştirilmeleri daha fazla tanınmalarına ve geniş çaplı araştırmalar yapılmasına olanak sağlamıştır (Oldham 2005).

DSM-II'den DSM-III'e geçiş sürecinde, yetersiz kişilik bozukluğu ve astenik kişilik bozukluğu tanıları kaldırılmış olup, eksplosif kişilik bozukluğu ise aralıklı patlayıcı

bozukluk olarak, siklotimik kişilik bozukluğu ise siklotimik bozukluk olarak eksen I'e geçirilmiştir. Şizoid kişilik bozukluğu; şizoid, şizotipal ve çekingen kişilik bozukluğu olarak üçe ayrılmıştır. Borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu ise yeni kişilik bozuklukları olarak DSM-III'e eklenmiştir (Oldham 2005).

DSM-III'te kişilik bozuklukları 3 ana küme altında 11 tane olarak yayınlanmıştır. Bunlar;

A Küme: Paranoid, Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları

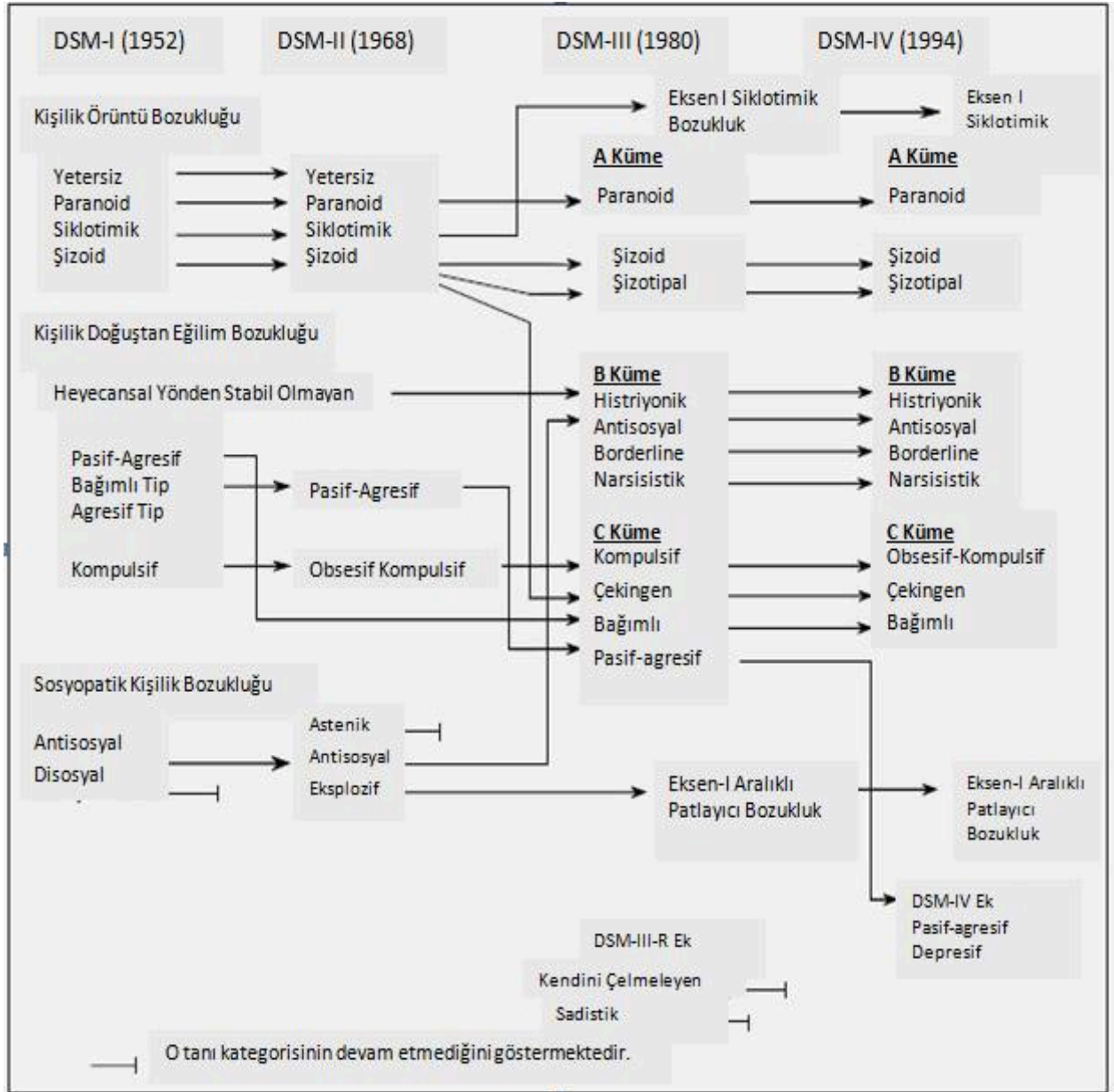
B Küme: Antisosyal, Narsisistik, Histriyonik, Borderline Kişilik Bozuklukları

C Küme: Çekingen, Bağımlı, Obsesif Kompulsif, Pasif Agresif Kişilik Bozukluklarıdır.

1980'de DSM-III'ün yayınlanmasının ardından yoğun bir revizyon sürecine girilmiş ve 1987 yılında DSM-III-R yayınlanmıştır. DSM-III-R'de kişilik bozuklukları tanı kriterleri açısından bir değişiklik yapılmamıştır. DSM-III'den farklı olarak ekler bölümünde "Kendini Çelmeleyen Kişilik Bozukluğu" ve "Sadistik Kişilik Bozukluğu" eklenmiştir (APA 1987).

DSM-III-R kişilik bozuklukları için kategorik yaklaşımı içermektedir. Örneğin; çekingen kişilik bozukluğuna ilişkin klinik karar, bireyin çekingenliğinin boyutu ile değil bozukluğun olup olmaması ile ilgili olarak verilir (APA 1987). Ayrıca DSM-III-R'de örtük bir şekilde "Üç Küme Kategorik Modeli" söz konusudur. Örneğin; "Çekingen Kişilik Bozukluğu" tanısı almış bir birey C küme kişilik bozukluklarından başka bir tanı alma olasılığı yüksek anlamına gelmektedir (Blashfield 1993).

DSM-I'den DSM-IV-TR'ye kişilik bozukluklarının değişim sürecine ilişkin bilgiler Şekil-1.1'de sunulmuştur.



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

Kaynak: Skodol 1997 akt: Oldham 2005. Personality Disorders. *The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*, 3(3), 37, sf. 375.

1.2.6.2. DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozuklukları: klinik özellikler ve epidemiyoloji

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Gözden Geçirilmiş Metninin (DSM-IV-TR) dördüncü baskısında; kişilik bozuklukları ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlayan, zamanla sabitleşen, mutsuzluğa veya bozulmaya yol açan, katı ve yaygın nitelikteki öznel yaşantılar veya kültürel normlardan sapma gösteren davranışlar olarak tanımlanmaktadır.

DSM-IV-TR'ye (APA 2000) göre kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

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

(1) biliş (yani kendini başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları).

(2) duygulanım (yani duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)

(3) kişilerarası işlevsellik

(4) dürtü kontrolü

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

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

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

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

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

Kişilik bozukluğu tanısı konması için; kişinin genç erişkinlik yıllarından itibaren uzun süreli olarak işlevsellik örüntüsünde toplumsal, mesleki ya da diğer önemli hayat alanlarında ciddi sorunlara yol açacak şekilde bozulmanın olması gerekir. Tanı konulabilmesi için kriterler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca kişinin işlevselliğinde bir bozulmanın olması ve özellikle antisosyal kişilik bozukluğu için on sekiz yaşından büyük olmasına dikkat edilmelidir. Diğer kişilik bozuklukları için böyle bir şart aranmamasına karşın uygulamada 18 yaşın altındaki bireylere “kişilik bozukluğu” tanısı konulmamaktadır (APA 2000).

DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozuklukları 3 kümede sınıflandırılır:

A Küme: Şizoid, Şizotipal, Paranoid Kişilik Bozuklukları

B Küme: Antisosyal, Narsisistik, Histrionik, Borderline Kişilik Bozuklukları,

C Küme: Çekingen, Bağımlı, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozuklukları

1.2.6.2.1. Paranoid kişilik bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğunun temel özelliği, yeterli bir temele dayanmaksızın diğer insanlar tarafından zarar göreceği ve tehdit edildiğine ilişkin inançlarının olmasıdır. Sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk içindedir. Duygulanımları kısıtlıdır. Duygusuzmuş gibi görünmektedirler. Kişilerarası ilişkilerde yakınlık göstermekten kaçınırlar. Sürekli kin beslerler ve birden kızgınlık gösterebilirler. Dostlarının, eşinin (ya da sevgilisinin) sadakatinden şüphelenir ve bağlılıkları üzerine yersiz kuşkuları vardır. Referans fikirleri vardır. Kendisiyle alay edildiğini düşünür (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Şahin, 2009).

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

Paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı toplumun % 0,5-2,5'dir (Kaplan ve Sadock 2005). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda % 10 ila 30 arasında; psikiyatri kliniğine ayaktan tedaviye gelenler arasında ise % 2 ila 10 arasında olduğu öngörülmektedir (Cloninger ve Svrakic 2000).

Türkiye'de yapılmış olan yaygınlık çalışmaları incelendiğinde Dereboy ve ark (2014) Aydın ilinde normal popülasyonda 528 katılımcı ile öz bildirim ölçeği (DIP-Q) kullanarak yaptıkları çalışmada paranoid kişilik bozukluğu oranını % 11,7 olarak saptamışlardır.

Şizofreni ve sanrılı bozukluk tanısı alan hastaların ailelerinde daha sık görülür. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür (Köroğlu 2009)

1.2.6.2.2. Şizoid kişilik bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler, soğuk ve uzak dururlar. Şizoid kişilik bozukluğunun temel özelliği; sosyal etkileşime ve yakın kişilerarası ilişkilere isteksiz olmaları ve kısıtlı bir duygulanımları sahip olmalarıdır. İnsan ilişkileriyle ilgilenmemekle birlikte iletişim kurma konusunda isteksizdirler. Göz teması kurmaktan kaçınırlar. Başkalarıyla olduklarında kendilerini rahat hissetmezler. Diğer bireylerin övgü ve eleştirilerine karşı ilgisizdirler. Sorulan sorulara kısa yanıtlar verebilirler. Cinsellikleri salt düşlemleriyle sınırlıdır. Erkekler genellikle bekâr kalırlar, kadınlar edilgin bir tutumla evlenmeye katlanabilirler (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte toplumda % 7,5 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Kaplan ve Sadock 2005). Ülkemizde normal örnekleme öz-bildirim ölçeği kullanılarak (DIP-Q) yapılmış olan çalışmada ise yaygınlık oranı % 7,9 olarak (Dereboy ve ark 2014) bulunmuştur.

Cinsiyet oranı tam olarak bilinmemekle birlikte, erkeklerde kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü bazı çalışmalarda bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock 2005).

1.2.6.2.3. Şizotipal kişilik bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip olan hastalar, tuhaf ve acayıptirler. Büyüsel düşünceleri vardır. Bilişsel ve algısal çarpıklıklarla birlikte alışlagelmişin dışında davranırlar. Düşlemler içindedirler. Toplumdan uzak kalma eğilimleri vardır, kendilerine özgü, alışılmamış, acayip görüşleri, yanılsamaları ve gerçek dışılık duyuları olur. Batıl inançlara inanırlar ve duygulanımları kısıtlı olabilir (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu, 2010, Şahin 2009).

DSM-IV-TR’de genel toplumdaki yaygınlık oranı % 3 olarak bildirilmiştir. Daha önceki çalışmalarda ise bu oran % 2 – 6 arasında değişmektedir (Kaplan ve Sadock 2005). Kimi kaynaklarda cinsiyet oranının tam olarak bilinmediği belirtilmiştir. Ancak Köroğlu (2010)’na göre; erkeklerde daha sık görülmektedir.

Ülkemizde normal popülasyonda yapılmış çalışmada ise yaygınlık oranı % 15,1 (Dereboy ve ark 2014) olarak saptanmıştır.

1.2.6.2.4. Antisosyal kişilik bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler, sürekli olarak başkalarını kandıran, başkalarıyla olan ilişkilerini “işlerine geldiği gibi” yöneten bireylerdir. Yaşam öykülerinde pek çok bozukluk olması muhtemeldir. Yalancılık, evden kaçma, hırsızlık, kavga etme, madde kullanımı ve yasal olmayan pek çok işlere girişebilirler. Vicdan azabı çekmezler, pişmanlık duymazlar. Başkalarına karşı duyarlı ve düşünceli değildirler. Huzursuzluk içindedirler ve saldırgan tutumlar sergileme eğilimindedirler. Başkalarını aldatma ve sorumsuzluk yaşam biçimleridir (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

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

Antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı erkeklerde % 3, kadınlarda ise % 1 dir. Türkiye’de normal popülasyonla yapılmış bir çalışmada yaygınlık oranı % 5,3 (Dereboy ve ark 2014) olarak bulunmuştur. Şenol ve ark (1997)’nin yatarak tedavi gören 738 hasta ile yaptığı bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu için yaygınlık oranı % 3,8 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise Kural ve ark (2005), madde bağımlılarındaki antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı incelemiş ve % 23,5 olarak bulmuştur. Hapishanedeki kişilerin yaklaşık %75’inde görülebilir (Köroğlu 2010).

1.2.6.2.5. Borderline kişilik bozukluğu

“Borderline” terimi nevrozla psikoz arasındaki sınıra karşılık gelmektedir (Köroğlu 2009). Borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerin temel özellikleri; insanlar arası ilişkilerde, kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlık ve çelişkiler yaşamalarıdır. Oynak bir duygulanım söz konusudur, mutsuzken bir süre sonra büyük bir mutluluk içinde gibi davranabilirler. Davranışlarını öngörmek zor olabilir. Kendilerine zarar verebilirler. İntihar girişiminde bulunabilirler. Boşluk hissi ve can sıkıntısı hissedebilirler. Kişilerarası ilişkilerinde “değersizleştirme” ve “yüceltme” arasında gidip gelen tutarsız ilişkilere sahiptirler. Öfkelerini kontrol etmekte güçlük çekebilirler. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeye karşı çılgınca çaba harcamaları söz konusudur. Para, cinsellik gibi konularda

dürtüsel davranırlar. Madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma ya da tıknırcasına yeme gibi belirtileri olabilir (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Kesin ve net bir yaygınlık çalışması olmamakla birlikte toplumdaki yaygınlığının yaklaşık % 1-2 olduğu tahmin edilmektedir (Kaplan ve Sadock 2005).

Ülkemizde yapılan yaygınlık çalışmasında Dereboy ve ark (2014)'nın yaygınlık oranını % 13,5 olarak bulduğu görülmektedir. Ayrıca ülkemizde klinik örnekleme yapılan çalışmalar da mevcuttur. Şenol ve ark (1997) klinik örneklemedeki yaygınlığı % 10,2 olarak bildirirken; Özçetin ve ark (2008) %7,7 olarak bildirmişlerdir.

Kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat daha yaygındır (Kaplan ve Sadock 2005). Kadınlarda daha fazla görülmesi kısmen mizaç farklılıklarının bir nedeni olabilir (Young ve ark 2009 akt. Yetiş 2010). Ayrıca borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların eş hastalanma oranı da oldukça yüksektir. Köroğlu (2010), borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların % 90'ının başka psikiyatrik tanılar aldığını belirtmiştir.

1.2.6.2.6. Histrionik kişilik bozukluğu

Histriyonik kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin temel özelliği, hemen her alanda aşırı duygusallık ve ilgilenilme arayışı içinde olmalarıdır. Aşırı şekilde dikkat çekici davranırlar. Davranışları ayartıcı ve baştan çıkarıcı olabilir. Duygu ve düşüncelerini abartma eğilimi gösterirler. Tiyatral davranışları vardır. Eğer ilgi üzerlerinde olmazsa öfke patlamaları, ağlama davranışları görülebilir. Kişilerarası ilişkilerin olduğundan daha yakın olması gerektiğini savunurlar. Telkine yatkındırlar, olay ve konuşmalardan kolayca etkilenirler. Duyguları hızlı biçimde değişir ve sığıdır (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Genel popülasyonda görülme sıklığı % 2-3 iken, klinik örnekleme yaygınlığının %10-15 olduğu bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock 2005). Ülkemizde normal popülasyonla yapılmış bir çalışmada yaygınlık oranı % 6,7 (Dereboy ve ark 2014) olarak bulunmuştur. Klinik örnekleme yapılmış çalışmalarda ise bu oranlar % 5 (Şenol ve ark 1997) ve % 5,7 (Özçetin ve ark 2008) olarak bulunmuştur.

Cinsiyet oranına bakıldığında; kadınların daha fazla tanı aldıkları bilinmektedir (Köroğlu 2010).

1.2.6.2.7. Narsisistik kişilik bozukluğu

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı alanların temel özelliği, kendisine hayranlık duyulması gereksinimi ve başkalarının duygularını anlamakta yetersiz olmalarıdır. Özel bir insan olduklarını, kendilerine özel hakların olması gerektiğini düşünürler. Eleştirilme ve yenilgi konusunda çok hassas davranırlar. Çevrelerindeki bireyler ile eşduyum kurmakta güçlük çekerler, kendilerinin “biricik” olduklarına yönelik inançları vardır. Dolayısı ile bencil ve benmerkezci davranışları vardır. Kendilerine hayran olunmasını beklerler. Kişilerarası ilişkileri kendi istekleri doğrultusunda manipüle ederler (Kaplan ve Sadock, 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Narsisistik kişilik bozukluğunun genel popülasyondaki yaygınlığı %1'den az iken, klinik örneklemedeki yaygınlığı %2-16'dır (Kaplan ve Sadock 2005). Ülkemizde normal popülasyonda yaygınlık oranı daha yüksektir. Türkiye'de normal popülasyonda yaygınlık oranı % 7,1 (Dereboy ve ark 2014) olarak bulunmuştur.

1.2.6.2.8. Çekingen kişilik bozukluğu

Çekingen kişilik bozukluğuna sahip bireylerin yetersizlik hisleri söz konusudur. Reddedilmeye ve olumsuz değerlendirilmeye yönelik aşırı duyarlı davranırlar. Kendilerine güvenleri yoktur. Kişilerarası ilişkiler konusunda isteklidirler. Kendilerini beceriksiz ve diğer insanlar tarafından istenmeyen bir kişi olarak görürler (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009). Aşırı derecede utangaçtır, alay edilecek ya da eleştirilecek olmaktan ötürü sosyal ortamlara girmekten çekinir. Bu çekinme, bütün ortamlardan kaçınma şeklindedir (Gabbard 2000).

Çekingen kişilik bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı %1-10'dur (Kaplan ve Sadock 2005). Genel popülasyonda % 0,5-1; psikiyatri popülasyonunda ise % 10 oranında görülmektedir (Şahin 2009).

Ülkemizde normal popülasyonda yaygınlık oranı % 6,2 (Dereboy ve ark 2014) olarak bulunmuştur. Klinik örneklemede yapılan bir çalışmada ise yaygınlık oranı % 30,8 olarak bulunmuştur (Özçetin ve ark 2008).

1.2.6.2.9. Bağımlı kişilik bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler pasiftirler, kendi gereksinimleri başka bireylerinkinden sonra gelmektedir. Kendileri ile ilgili kararları başkalarının almasını isterler. Uysal ve boyun eğen kişilerdir. Kendilerine güvenmezler ve uzun süre yalnız kalmak istemezler. Kendilerine güvenmezler, sürekli öğüt ve telkine ihtiyaç duyarlar (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, tüm kişilik bozukluklarının % 2,5'ine bu tanının konulduğu bilinmektedir (Kaplan ve Sadock 2005).

Ülkemizde normal populasyonda yapılmış bir çalışmada yaygınlık oranı % 5,2 (Dereboy ve ark 2014) bulunmuştur. Özçetin ve ark (2008) klinik örnekleme yaptıkları çalışmada ise bu oranı % 17,3 olarak bulmuştur. Bağımlı kişilik bozukluğu kadınlarda daha sık görülmektedir (Köroğlu 2009).

1.2.6.2.10. Obsesif-Kompulsif kişilik bozukluğu

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun temel özelliği mükemmeliyetçilik, düzenlilik ve kuralcılıktır. Kurallara katı bir şekilde bağlıdırlar, esneklik gösteremezler. Ayrıntılara fazla bir şekilde takılırlar. Çok özel bir değeri olmasa bile nesnelere biriktirirler ve bir türlü elden çıkaramazlar. Para harcama konusunda kısıtlı davranırlar. Otoriter davranırlar. Kendilerini işe ve çalışmaya adanlar. Kişilerarası ilişkilerinde soğuk davranırlar (Kaplan ve Sadock 2005, Köroğlu 2009, Köroğlu 2010, Şahin 2009).

Genel populasyondaki yaygınlığının %1, psikiyatri kliniğindeki yaygınlığının % 3-10 olduğu bilinmektedir (Şahin 2009). Ülkemizde normal populasyonla yapılmış bir yaygınlık çalışmasında yaygınlık oranı % 14,1 (Dereboy ve ark 2014) olarak bulunmuştur. Klinik örnekleme ise bu oran % 19,3'dür (Özçetin ve ark 2008). Erkeklerde kadınlardan daha yaygındır (Kaplan ve Sadock 2005).

1.3. DSM-V'e Göre Kişilik Bozuklukları

1.3.1. Alternatif Model

DSM-IV-TR'den DSM-V'e geçişte kişilik bozuklukları tanı kriterlerinin DSM-IV-TR ile aynı kalmasına karar verilmiştir. Ancak APA Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu bu tanı kriterlerine alternatif olarak çalışılması gereken alanlar bölümüne (Bölüm-III) farklı bir kişilik bozukluğu tanı kriteri koymuşlardır (APA 2013).

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

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

Tanımda A ölçütünü ilgilendiren iki alan bulunmaktadır:

1. Kendilik kimliği duygusunda bozulma
2. Etkili kişilerarası işlevsellik geliştirmede yetersizlik.

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

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

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

E. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik özellikleri, sadece bir tıbbi durumun veya maddenin/ilacın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamalıdır.” (APA 2013).

Bu bağlamda bakıldığında DSM-V çalışma grubu kişilik patolojisine yeni bir bakış açısı getirmiştir. Bu yeni tanımlamada; kişilik işlevlerindeki çekirdek bozulmalar, patolojik kişilik özellikleri ve belirgin patolojik tiplerine yer verilmektedir. DSM-V alternatif modeli, kişilik bozuklukları için tek bir tanı kriteri vermekte, farklılıkları tip olarak adlandırmaktadır (Şar 2010). DSM-5 bu genel kişilik bozukluğu tanımı altında 6 adet alt tip tanımlamaktadır: Kaçınan, obsesif kompulsif, sınırda, antisosyal, şizotipal ve narsisistik (APA 2013). B tanı kriterinde belirtilen uyumsuz kişilik özellikleri ise 5 ana

başlık altında 25 kişilik özelliği olarak belirtilmiştir, 5 boyut, 25 alt boyut ve tanımlamalarına ilişkin bilgiler Çizelge 1.1.'de sunulmuştur.

Çizelge 1.1. Uyumsuz Kişilik Özellikleri boyut, alt boyut ve tanımlamaları

Boyutlar (Karşıt Uçları) ve Özellikler	Tanımlamalar
OLUMSUZ DUYGULANIM (Duygusal Denge)	Olumsuz duyguları yoğun ve sık deneyimleme (endişe, çökkünlük, suçluluk, utanma, kaygı, öfke) ve bunların davranışsal (kendine zarar verme) ve kişilerarası (bağımlılık) belirtileri.
Duyguca oynak olma	Duygudurumda dengesizlik; olaylar ve durumlarla orantısız olarak hızlı ortaya çıkan ve yoğun duygular.
Kaygılı olma	Farklı durumlara karşı tedirgin, gergin ve telaşlı hissetme, geçmiş deneyimlerin olumsuz etkilerinden ve gelecekteki olumsuz olasılıklardan endişelenme, en kötünün olmasını bekleme.
Ayrılma güvensizliği	Diğer kişilerden ayrılma ya da reddedilme nedeniyle yalnız kalmaktan korkma, kendine yetme konusunda güvensizlik hissi.
Boyun eğici olma	Kendi istek, arzu ve ilgileri diğer kişilerden farklı olsa bile, davranışlarını onların arzu, istek ve eylemlerine göre uyarlama.
Düşmanlık gösterme	Sürekli ve yoğun olarak öfke duyguları hissetme, önemsenmeyecek aşağılanmalara karşı öfke ve asabiyet gösterme, intikam davranışı.
Takılıp kalma	Başarısızlıklara rağmen aynı davranışı sürdürmede ısrar, işlevsel olmayan ve uzun süren davranışlarda ısrar etme.
Çökkünlük	Uzak olma bölümüne bakınız.
Şüphencilik	Uzak olma bölümüne bakınız.
Duygulanımda kısıtlılığın (olmaması)	Duygulanımda kısıtlılığın olmaması olumsuz duygulanım bölümüne dâhildir. Duygulanımda kısıtlılık alt boyutu için Uzak olma bölümüne bakınız.
UZAK OLMA (Dışadönüklük)	Sosyo-duygusal deneyimlerden kaçınma, kişilerarası ilişkilerde içe kapanıklık (günlük rutin iletişimden yakın ilişkilere kadar), duygularını ifade etmede kısıtlılık, haz almakta güçlük duyma.
İçe kapanıklık	Diğerleriyle birlikte olmaktansa yalnızlığı tercih etme, sosyal ortamlarda suskun kalma, sosyal etkinliklerden kaçınma, sosyal iletişimi başlatmada güçlük.
Yakınlıktan kaçınma	Yakın ve duygusal ilişkilerden, cinsel ilişkiden, kişilerarası bağlanmadan kaçınma.
Anhedoni	Olaylar ve durumlar karşısında enerji ve hazzın olmaması.
Çökkünlük	Umutsuzluk, gelecek hakkında kötümser düşünme, süregiden suçluluk ve utanç duyguları, intihar düşünceleri ve davranışı
Duygulanımda kısıtlılık	Duyguları ifade etmekte zorluk yaşama, duygusal açıdan uyaran olay ve durumlara sınırlı tepki verme, merak uyandıran, cazip durumlara karşı kayıtsızlık ve uzak durma.

Çizelge 1.1.Devam

Şüphencilik	Kişilerarası ilişkilerde zarar göreceği beklentisi, diğer bireylerin sadakatinden şüphe duyma, diğer bireyler tarafından kullanılacağı, zarar göreceği ve mağdur edileceği hisleri.
TERSLİK/GEÇİMSİZLİK (Uyuşabilirlik)	Diğer bireylerden üstün olma beklentisi, abartılı bir şekilde kendini önemseme, özel ilgi beklentisi, diğer bireylerin ihtiyaçlarına karşı duyarsızlık, vurdumduymazlık.
Manipülatif olma	Diğerlerini etkilemek için hile yapma, cazibe kullanma, kendini zorla kabul ettirme.
Hilekar olma	Dürüst olmama, sahtekârlık yapma, kendini yanlış tanıtmama.
Grandiöz olma	Ben-merkezci davranma, kendisinin özel olduğunu ve farklı muameleyi hak ettiğini düşünme, diğer insanlara yetki verme isteği.
Dikkat çekmeye çalışma	Dikkat çeken davranışlar ve kendini diğerlerinin ilgi ve odak noktası yapma uğraşı.
Katı olma	Diğer bireylerin duygu ve sorunlarına karşı ilgisizlik, suçluluk duygusu hissetmeme, diğer insanların üzerinde yarattığı olumsuz etkilere karşı pişmanlık hissetmeme.
Düşmanlık gösterme	Olumsuz duygulanım bölümüne bakınız.
DİZİNHİBİSYON (Sorumluluk)	Hemen haz almaya yönelim, geçmiş olayları ve gelecekteki sonuçlarını düşünmeden dürtüsel davranışlara yönelme.
Sorumsuz olma	Mali ya da diğer zorunlulukları önemsememe, verilen sözlere karşı saygı duymama ve bir işin sonunu getirememe, diğer insanların eşya ve mal-mülklerine karşı dikkatsiz davranma.
Dürtüsel olma	Uyaranlara karşı düşünmeden karar verme, plansız, ya da sonuçlarını düşünmeden anlık bir şekilde davranma, plan yapmada ve takip etmede zorluk, acele etme hissi ve kendine zarar veren davranışlar.
Dikkati dağınık olma	Odaklanmada güçlük yaşama, uyaranlar karşısında dikkatin kolayca dağılması, hedef yönelimli davranışı sürdürmekte güçlük yaşama.
Kendini riske atma	Sonuçlarına aldırmandan riskli, tehlikeli ve kendisine zarar verme ihtimali olan etkinliklere katılma, yapabileceği şeylere karşı endişesinin olmaması ve tehlike gerçekliğini inkar etme.
Katı mükemmeliyetçiliğin (olmaması)	Her şeyin mükemmel, kusursuz ve hatasız olması konusunda katı bir şekilde ısrar etme, her şeyi yaparken tek bir doğrunun olduğuna inanma, bakış açısını ve düşünceleri değiştirmede güçlük, ayrıntılar, organizasyon ve sıralama ile meşgul olma. Katı mükemmeliyetçiliğin olmaması Dizinhibisyon boyutuna dâhildir.
PSİKOTİZM (Kolay anlaşılabilirlik)	Kültürle uyuşmayan tuhaf, olağandışı davranışlar ve düşünceler sergileme.
Olağandışı inançlar ve yaşantılar	Olağandışı yetenekleri olduğuna dair inanç, zihin okuma vb., varsanı benzeri deneyimler yaşama.

Tuhaf biri olma	Olağandışı, tuhaf davranış, görünüm ve konuşma, tahmin edilemez ve farklı düşüncelere sahip olma, olağandışı ve uygunsuz şeyler söyleme.
Bilişsel ve algısal düzensizlik	Kendine ve çevreye yabancılaşma ve disosiyasyon gibi tuhaf deneyimler yaşama, uyku ve uyanıklığı birbiriyle karıştırdığı deneyimler yaşama.

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

1.4. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarında Kategorik ve Boyutsal Modeller

Kişilik bozukluğunun kategorik tanılama modeli, bir kişilik bozukluğunu var veya yok şeklinde belirtir (Cloninger ve Svrakic 2000). Kategorik tanımlar belirti kümeleri belli bir eşiği aştığında ve işlevsellik üzerine etki ortaya çıktığında bir tanının varlığına işaret eder (Aslan 2008). Buna karşın boyutsal model ise ayrı kişilik özelliklerinin birbirinden bağımsız olduğunu ve kişilerde farklı düzeylerde olabileceğini belirtmektedir (Aslan 2008). Yani kategorik yaklaşım kişilik bozukluklarını “var” ya da yok” diye ayırırken, boyutsal yaklaşım kişilik özelliklerinin devamlılığı olarak nitelendirmektedir (Shedler ve Westen 2004).

Kişilik bozukluklarının tanılanması sürecinde kategorik yaklaşımın bir takım avantajları vardır. Öncelikle klinik odak noktasının seçilmesi ve uygun tedavi planının oluşturulmasında kolaylık sağlar. Ayrıca kavramsallaştırmaya olanak sağladığı için klinisyenler arası iletişimi de kolaylaştırır (Trull ve Durrett 2005).

Ancak boyutsal yaklaşım ile kıyaslandığında kategorik yaklaşımın pek çok dezavantajı söz konusudur. Boyutsal yaklaşımın kişilik bozukluklarının tanılanmasında doğal bir sınıflandırma getirdiği, kategorik yaklaşımın ise yapay ayrımlar oluşturduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca kategorik yaklaşımın keyfi bir ayırım öne sürerek klinisyenlerin kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendirirken istatistiksel gücü düşürebileceği bilinmektedir. Nitekim klinisyenler için önemli bir faktör olan bozukluğun şiddeti hakkında bilgi vermemektedir (Haslam 2003). Kategorik yaklaşımın bir diğer eleştirilen özelliği ise eş tanı oranının artmasına neden olmasıdır. Söz konusu durum ise geçerliliğin sorgulanmasına yol açmaktadır (Aslan 2008). Nitekim Arkar (2008) ülkemizde yaptığı çalışmada 544 hastadan, 140'ında (% 25,7), birden fazla DSM-IV kişilik bozukluğu tanısı saptamıştır. Ayrıca kişilik bozukluğu tanısı alan 245 hasta toplam 501 kişilik bozukluğu tanısı ölçütlerini karşılamıştır. Bu durum hasta başına 2,04 tanının karşıladığına işaret

etmektedir. Benzer şekilde Dereboy ve ark (2014), 774 kişi ile yaptıkları çalışmada 140 (% 18,4) katılımcının birden fazla kişilik bozukluğu tanısını karşıladığını belirtmişlerdir.

Söz konusu nedenlerden ötürü birçok araştırmacı kategorik yaklaşım yerine kişilik özelliklerinin her kişide farklı oranlarda bulunmasını içeren bir sistem önermektedir (Ball 2001). Boyutsal yaklaşımı içeren 3 model bulunmaktadır: Eysenck'in Üç Boyutlu Modeli, Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli, Beş Faktör Modeli.

1.4.1. Eysenck'in Üç Boyutlu Modeli

Hans Eysenck (1916-1997)'e göre çağdaş kişilik kuramları anlaşılmaz, ölçülemez ve karmakarışık kavramlarla doludur. Ona göre asıl olan açık, anlaşılabilir kişilik boyutlarının tanımlanmasıdır (Yanbastı 1990). Eysenck kişiliğin gelişimi üzerinde çalışmak yerine, kişilik ve kişilik özelliklerinin nasıl daha iyi ölçüleceği üzerinde durmuştur. Başlangıçta kişiliğin en temel 2 boyutu üzerinde durarak içe dönük-dışa dönük ve nörotizmden bahsetmiş, sonra üçüncü boyut olan psikotizmi eklemiştir (Lewis ve ark 2002). Eysenck'in kişilik modeline göre; psikotik boyuttakiler duyarsız, yalnız, mesafeli, garip, sosyal geleneklere uyma konusunda sıkıntılı; dışa dönük boyuttakiler, sosyal, çok arkadaşı olan, iletişim kurabilen, girişken ve dürtüsel davranan; nörotik boyuttakiler, depresif, özgüveni düşük, kaygılı kişilerdir (Eysenck ve Eysenck 1975 akt. Karancı ve ark 2007).

1.4.2. Psikobiyolojik Model

Cloninger (1987)'e göre kişilik, psiko-biyolojik sistemlerin dinamik organizasyonudur ve kişiyi diğerlerinden farklı yapan mizaç ve karakterden oluşan bir yapıdır. Günümüzde pek çok yazarın kişilik üzerinde ortak olarak belirttikleri yön, kişiliği oluşturan unsurların; mizaç, karakter ve zekâ olduğu yönündedir.

Günlük hayatta kişilik, mizaç ve karakter terimleri sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Genel anlamda huy, yaratılış ve tabiat anlamında kullanılan mizaç kavramı Alexander Thomas ve Stella Chess'in öncü çalışmalarında davranışın biçimsel tarafı olarak tanımlanmıştır. Günümüz çalışmalarında ise mizacın duygusal, motivasyonel ve uyumsal yönlerini içermektedir (Aslan 2008). Cloninger ve ark (1993)'a göre mizaç; kişiliğin doğuştan gelen ve genler aracılığıyla aktarılan tarafıdır. Mizaç, duygusal temelleri olan, gelişimsel olarak durağan olan, sosyal ve kültürel öğrenmelerden etkilenmeyen

kişilik içerikleri olarak da tanımlanmaktadır (Goldsmith ve ark 1987). Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli'ne göre 4 temel mizaç özelliği tanımlanmıştır. Bunlar, zarardan kaçınma, yenilik arama, ödüle bağımlılık ve sebat etmedir (Cloninger 1987).

Karakter ise mizacın aksine sosyal öğrenmeden, kültürel etkenlerden, bireyin yaşamından etkilenir (Aslan 2008). Karakter, kişinin büyürken kullandığı savunma mekanizmalarının, içsel mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlerine adaptasyonunun bir sonucudur. Karakterin kalıtımı daha zayıftır ve sosyo-kültürel öğrenmeden belli bir düzeyde etkilenir (Cloninger ve ark 1993). Mizaçtan farklı olarak karakter, yaş ve olgunlaşma ile birlikte gelişmektedir. (Svrakic ve ark 2002 akt. Şenyuva 2007). Cloninger (1987); üç önemli karakter özelliği tanımlamıştır. Bunlar; kendi kendini yönetme, iş birliği yapma, kendi kendini aşmadır.

Mizaç ve karakter, oluşumları açısından farklılık yaratmasına rağmen aralarındaki etkileşim ile kişiliği oluşturma bazında birbirleriyle bağıntılıdır. Mizaç bilinçdışı otomatik tepkileri içermekte, karakter ise bilinçli ve farkında olduğumuz amaçlı davranışları yansıtmaktadır (Aslan 2008).

Ayrıca mizaç ve karakter kişilik bozuklukları ile de ilişkilidir. Teoride karakter özellikleri kişilik bozukluklarının varlığını ya da yokluğunu belirlerken, mizaç özellikleri belirli kişilik bozukluklarını birbirinden ayırmaktadır (Jylha ve ark 2013). Arkar (2008) ülkemizde Psikiyatri Birimine başvuran 365 katılımcı ile yaptığı çalışmada karakter boyutlarının düşüklüğü, özellikle kendini yönetmedeki ve işbirliği yapmadaki düşüklük ile kişilik bozukluğu belirti sayısı arasında tutarlı bir ilişkili olduğunu saptamıştır. Dereboy ve ark (2014) ülkemizde 774 katılımcı ile yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcıların tanı almayanlarla kıyaslandığında kendini yönetme ve işbirliği karakter boyutlarından daha düşük puanlar alma eğiliminde olduklarını saptamışlardır. Ayrıca A ve C küme kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında B küme kişilik bozukluklarının, kişilik boyutları ile daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır.

1.4.3. Beş Faktör Kişilik Modeli

Bir diğer boyutsal model Beş Faktör Kişilik Modelidir. Beş faktör modeli oluşturulurken, çok çeşitli dillerdeki kişilik özelliklerinin nasıl ifade edildiği ile ilgili çalışmalar yapılmış ve kişiliğin tanımı yapılırken bir takım özellikler belirli terimlerle ifade edilmiştir. Dile dayalı ilk kişilik özelliği çalışmaları İngiliz dilinde yapılmış ve elde edilen

bulgular beş faktörlü bir yapıya işaret etmiştir (Goldberg 1990). Çeşitli çalışmalarla ortaya konan beş faktörü Norman (1963), Dışadönüklük, Yumuşak başlılık, Öz-denetim, Duygusal dengelilik ve Kültür olarak isimlendirmiştir (Somer ve ark 2011). Mc Crae ve Costa (1984), yaptıkları analizler sonucunda Norman'ın Dışadönüklük, Yumuşak başlılık, Öz-denetim, Duygusal dengelilik faktörleri ile uyumlu bir sonuç elde etmelerine karşın, beşinci faktör olan kültür yerine açık fikirlilik, orijinallik gibi özellikleri içeren “Deneyime açıklık” boyutu olarak yorumlamışlardır (Somer ve ark 2011).

1.4.3.1. Beş temel faktör ve özellikleri

a. Dışadönüklük-İçedönüklük

Bu faktörün özellikleri Eysenck'in dışadönüklük boyutu ile benzerlik göstermektedir. Faktörün temel özellikleri sosyal olma, konuşkan, atak, hayat dolu, neşelilik vb.dir (Somer ve ark 2011). Bu boyutun bir tarafında dışadönük bireyler, diğer tarafında ise içedönük bireyler bulunmaktadır. Dışadönüklük boyutu yüksek bireyler pozitif, sosyal, enerjik, neşeli, baskın, iddialı ve diğerlerine karşı ilgili; bu boyutu düşük içedönük bireyler, çekingen, sakin, yalnızlığı tercih eden şekilde tanımlanmaktadır (Bono ve ark 2002). Bu boyutun 6 özelliği (facet) bulunmaktadır. Bunlar: sıcaklık (warmth), sosyallik (gregariousness), girişkenlik (assertiveness), etkinlik (activity), heyecan arayışı (excitement seeking) ve olumlu duygulardır (positive emotions).

b. Yumuşak Başlılık/Uzlaşılabilirlik-Hırçınlık/Antagonizm

Bu faktör uyumluluk ya da uzlaşmacılık olarak da isimlendirilebilir. Uyumluluk boyutundan yüksek puan alan bireylerin yardımsever, şefkatli ve güvenilir olduğu, düşük puan alanların ise düşmanca ve kuşkulu oldukları söylenmektedir. Uyumlu insanlar işbirliğine açıkken, uyumluluğu düşük insanlar çıkarları için rekabete girme eğilimindedir (Burger 2006). Bu faktörün diğer ucu hırçınlık/ antagonizmdir. Mc Crae ve Costa (1987), antagonistik bireylerin bilişsel olarak şüpheli, duygusal açıdan katı ve sempaticiden uzak, davranışsal açıdan ise işbirliğinden uzak ve kaba bireyler olduklarını belirtmiştir. Araştırmacılar, yumuşak başlılık faktörünün kişilerarası ilişkilerde etkili olduğunu, ayrıca bunun yanı sıra kendilik algısını da etkilediğini belirtmektedirler. Bu boyutun 6 özelliği (facet) bulunmaktadır. Bunlar: güven (trust), açıksözlülük (straightforwardness), özgecilik (altruism), itaat (compliance), alçakgönüllülük (modesty) ve duygusal zekâdır (tender mindedness).

c. Özdenetim/Sorumluluk-Yönsüzlük/Dağınıklık

Bu faktör özdisiplin olarak da isimlendirilebilir. Başarı odaklı olma ve zekâ ile ilişkilendirilmiş bir boyuttur (Girgin 2007). Bu boyuttan yüksek puan alan kişiler, düzenli, planlı ve kararlı kişilerdir. Düşük puan alan bireyler ise dikkatsizdir ve dikkatleri kolay dağılır (Burger 2006). “Araştırmacılar söz konusu boyutun, hem hareket hem de odaklaşmayı içerdiğinden ilerletici ve ketleyici yönlerini bir arada içerdiğini belirtmektedir. Sorumluluk boyutunun ilerletici yönü, başarı ihtiyacı ve çalışma kararlılığında görülürken, ketleyici yönü ahlaki titizlik ve tedbirli olma özelliklerinde ortaya çıkmaktadır. Yeterlik, düzen, görevşinaslık, başarı çabası, öz-disiplin ve tedbirlilik alt boyutlarının bu boyutu temsil edeceğini önerilmektedir.” (Somer ve ark 2011). Bu boyutun 6 özelliği (facet) bulunmaktadır. Bu özellikler: yetenek (competence), düzen (order), göreve bağlılık (dutifulness), başarı arayışı (achievement striving), öz disiplin (self-discipline) ve temkinlilik (deliberation).

d. Duygusal Tutarsızlık/Nörotisizm-Duygusal Tutarlılık

Nörotik bireyler, uzun süreli olumsuz duygulanımlar yaşamaya eğilimlidirler. Kişiler arası ilişki kurmakta ve ilişkilerine bağlı kalmakta zorluk yaşarlar (Girgin 2007). Araştırmacılar, nevroitiklik boyutundan yüksek puan alan bireylerin kuruntulu düşünceler ve düşmanca tepkiler gibi uygun olmayan sorun çözme becerileri geliştirdiklerini belirtmişlerdir (Somer ve ark 2011). Nevrotiklik düzeyi düşük bireyler, sakin, iyi uyum sağlayan kişilerdir (Burger 2006). Nörotisizm boyutuna ait 6 özellik (facet) vardır. Bu boyutlar, endişe (anxiety), depresyon (depression), dürtüsellik (impulsivity), öfke-düşmanlık (angry hostility), kendinin farkındalığı (Self-Consciousness) ve kırılganlık (Vulnerability).

e. Gelişime Açıklık-Gelişmemişlik

Beş Faktör Modelinde üzerinde en az uzlaşmaya varılmış faktördür (Somer ve ark 2011). Açıklık boyutu, deneyimlere açık olma anlamındadır. Bu boyutu oluşturan özellikler, geleneksellikten uzak olma, bağımsız düşünme, yaratıcı olma vb. özelliklerdir (Feist 1998). Gelişime açıklık boyutuna ait 6 özellik (facet) vardır. Bu boyutlar, fantezi (fantasy), estetik (aesthetics), hisler (feelings), eylemler (actions), düşünceler (ideas) ve değerlerdir (values). Kişiliğin beş boyutu, bu boyutlara ait özellik ve ilişkili sıfatlar Çizelge 1.2.’de sunulmuştur.

Çizelge 1.2. Kişiliğin Beş Faktörü, özelliklerin tanımlanması ve ampirik olarak ilişkili sıfatlar

Faktör	Özellik(Facet)	Sıfatlar
Nörotisizm	Endişe	Endişeli, korkulu, kaygılı, gergin
	Öfke, düşmanlık	Sinirli, sabırsız, kaprisli, kaba
	Depresyon	Kötümser, kaygılı, doyumsuz, kaprisli
	Kendinin Farkındalığı	Utangaç, öz güvensiz, ürkek, ketlenmiş
	Dürtüsellik	Aceleci, ben-merkezci, heyecanlı, yüksek sesli
	Kırılganlık	Güvensiz, etkisiz, sakin düşünemeyen, endişeli
Dışadönüklük	Sıcaklık	Arkadaş canlısı, sıcak, sosyal, ilgisiz olmayan
	Sosyallik	Sosyal, canayakın, konuşkan, içe kapanık olmayan
	Girişkenlik	Girişken, güçlü, saldırgan, kendinden emin
	Etkinlik	Enerjik, telaşlı, çabuk, aktif
	Heyecan arayışı	Haz arayan, maceracı, cüretkar, cesur
	Olumlu Duygular	Heveslilik, komik, iyimser, neşeli
Deneyime açıklık	Fantezi	Hayalci, yaratıcı, sanatçı, karmaşık
	Estetik	Sanatçı, orijinal, azimli, idealist
	Hisler	Heyecanlı, spontan, sevecen, içgörülü
	Eylemler	Geniş ilgi alanı, çok yönlü, maceracı, yaratıcı
	Düşünceler	Meraklı, orijinal, içgörülü, çok yönlü
	Değerler	Muhafazakâr olmayan, dikkatli olmayan, flörtöz, geleneksel olmayan
Uyuşabilirlik	Güven	Güvenen, kuşku duymayan, bağışlayıcı, tedbirli olmayan
	Açıksözlülük	Kurnaz olmayan, otokratik olmayan, cazibeli olmayan,
	Özgecilik	Yumuşak kalpli, nazik, cömert, kibar
	İtaat	Dik kafalı olmayan, talepkar olmayan, inatçı olmayan
	Alçakgönüllülük	Hava atmayan, becerikli olmayan, tartışmaya girmeyen
	Duygusal Zeka	Sempatik, yumuşak kalpli, sıcak, kibar
Titizlik (Sorumluluk) (Öz Denetim)	Yetenek	Verimli, titiz, becerikli, akıllı
	Düzen	Düzenli, kusursuz, sistemli, titiz
	Göreve Bağlılık	Titiz, dikkatli, dikkati kolay dağılmayan, tembel olmayan
	Başarı arayışı	Hırslı, üretken, girişken, ısrarlı
	Öz disiplin	Enerjik, tembel olmayan, düzenli, unutkan olmayan
	Temkinlilik	Aceleci olmayan, dürtüsel olmayan, dikkatsiz olmayan, olgun

Kaynak: Perry J, C., Vaillant G.E. (1989). *Personality disorders*, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th. Ed., Williams ve Williams, "Chapter 27.1", Baltimore, sf. 785.

1.5. Beş Faktör Kişilik Modeli Ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki

Beş Faktör Kişilik Modeli genel kişilik işlevselliğindeki 5 ana alanı içermektedir. Temel kişilik özelliklerinin kavramsallaştırılmasında kullanılan en yaygın modeldir (Trull

ve Durrett 2005). Bu alanlar: Dışadönüklük, Yumuşak başlılık, Öz-denetim, Duygusal Dengelilik ve Gelişime Açıklıktır. Bu model, kişiliğin alternatif modellerini ve farklı kişilik özelliklerini temsil etme konusunda başarılı olmuş güçlü boyutsal bir modeldir (Ozer ve Reise 1994).

Son 20 yıldır, Beş Faktör Kişilik Modeli ve DSM kişilik bozuklukları arasındaki ilişki araştırmaların önemli bir parçası haline gelmiştir (Widiger ve Costa 2002 akt. Samuel 2008). Wiggins ve Pincus (1989), Beş Faktör Kişilik Modeli ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi bildiren ilk araştırmayı yapmışlardır. Üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada DSM-III kişilik bozuklukları ile beş faktör kişilik modeli arasında güçlü ilişkiler saptamışlardır. Söz konusu araştırmanın sonrasında pek çok araştırmacı Beş Faktör Kişilik Modeli ile Kişilik Bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır.

1.5.1. DSM-IV-TR Kişilik Bozuklukları ve Beş Faktör Kişilik Modeli İlişkisi

DSM-IV-TR kişilik bozuklukları tanıları kategorik bir tanı sistemidir. Bu sistem kökenini Kraepelin'in ruhsal hastalıklara ilişkin varsayımlarından almaktadır. Bu varsayıma göre; ruhsal hastalıklar normallik ve hastalıklar arasındaki sınırlarla birbirinden farklı olan tıbbi koşullar olarak görülmektedir (Trull ve Durrett 2005). Nitekim DSM-IV-TR kişilik bozuklukları için bir genel tanı kriteri, toplam 10 kişilik bozukluğu için de ayrı ayrı 7-9 maddeden oluşan tanı kriterleri önermektedir. Söz konusu kriterlerin kesme noktaları da mevcuttur. (Widiger ve ark 2002).

DSM-IV-TR kişilik bozukluklarının kategorik olarak sınıflandırılması klinik uygulamalar bağlamında zorluklar yaratmaktadır. APA (2000 s.686); bireylerin birden fazla kişilik bozukluğu tanısını karşılaması durumunda klinisyenin önem sırasına göre tüm kişilik bozukluklarını belirtmesi gerektiğini bildirmiştir. Ancak çoklu kişilik bozukluğunu değerlendirebilmek için toplam 80 kişilik bozukluğu maddesinin tek tek değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu 80 maddenin tek tek değerlendirilmesi bir klinisyenin ortalama 2-4 saatini almaktadır. Bu nedenle klinik uygulamalar sırasında klinisyenler, bireyde olma ihtimali olan bir ya da iki kişilik bozukluğu tanısını sorgulamaktadır (Gunderson 1992 akt. Widiger ve ark 2002) Ayrıca Başka Türü Adlandırılmayan Kişilik Bozukluklarının değerlendirilmesi de klinik anlamda pek çok karmaşıklığa yol açmaktadır.

Söz konusu nedenlerden ötürü DSM-IV-TR kişilik bozukluğu tanılmasında farklı bir bakış açısı ihtiyacı hissedilmiştir. Mc Crae ve Costa (1999), kişilik değerlendirmesinde Beş Faktör Kişilik Modeli'nin daha iyi bir temel sağladığını belirtmiştir (Widiger ve ark

2002). Nitekim yapılan çalışmalar DSM-IV-TR kişilik bozukluğu tanı kriterlerinin, beş faktör kişilik modelinin boyut ve alt boyutlarının uyumsuz (maladaptif) bir versiyonu olarak anlaşılabilirliğini göstermektedir (O'Connor 2002, Samuel ve Widiger 2008, Saulsman ve Page 2004). Livesley (2001), DSM'nin tüm kategorik tanıların beş faktör kişilik modeli ile uyuşma içerisinde olduğunu belirtmiştir (akt. Widiger ve Mullins-Sweatt 2009). Clark (2007), kişiliğin beş faktör modelinin normal ve anormal kişilik özelliklerinin üst düzey yapılarını temsil ettiğini ifade etmiştir.

Klinisyen ve araştırmacıların yaptıkları çalışmalar DSM-IV-TR ile Beş Faktör Kişilik Modeli'nin ilişkili olduğunu göstermektedir. Beş Faktör Kişilik Modeli'nin kişilik tanımlamaları DSM-IV-TR kişilik bozukluklarının özelliklerini kapsamaktadır. Çizelge 1.3.'te DSM-IV-TR kişilik bozukluklarının Beş Faktör Kişilik Modeli açısından tanımlanması verilmiştir. Bu bilgiler Lynam ve Widiger (2001)'in araştırmacılarla, Samuel ve Widiger (2004)'in klinisyenlerle yaptıkları çalışmalar sonucunda derlenmiştir.

Çizelge 1.3. DSM-IV-TR kişilik bozuklukları beş faktör kişilik modeli boyut ve alt boyutları ilişkisi

	PRKB	ŞDKB	ŞTKB	ASKB	BLKB	HSKB	NSKB	ÇEKB	BAKB	OKKB
Nörotisizm										
Endişe			Y		Y			Y	Y	
Kendinin Farkındalığı	Y			Y	Y		Y			
Depresyon					Y	Y		Y		
Özbiçinç			Y			Y	Y	Y	Y	
Dürtüsellik					Y					
İncinebilirlik					Y			Y	Y	
Dışadönüklük										
Sıcaklık		D	D			Y			Y	
Sosyallik		D	D			Y		D		
Girişkenlik								D	D	Y
Etkinlik										
Heyecan Arayışı				Y		Y		D		
Olumlu Duygular		D	D			Y				
Deneyime Açıklık										
Fantezi			Y			Y	Y			
Estetik										
Hisler		D				Y				
Eylemler			Y							
Düşünceler			Y							
Değerler										D
Uyuşabilirlik										
Güven	D		D		D	Y			Y	
Açıksözlülük	D			D						
Özgeçilik				D			D		Y	
İtaat	D			D	D				Y	D
Alçakgönüllülük							D		Y	
Duygusal Zeka				D			D			
Sorumluluk										
Yetenek					D					Y
Düzen										Y
Göreve Bağlılık				D						Y
Başarı arayışı							Y			Y
Öz disiplin				D						
Temkinlilik				D						

Y: Yüksek düzeyde ilişkili,

D: Düşük düzeyde ilişkili

Kaynak: Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2009, 5, 197–220, sf. 200.

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler şüpheli, güvensiz ve eleştireldirler. Klinik özelliklere bakıldığında Beş Faktör Kişilik Modeli açısından, paranoid kişilik bozukluğu düşük düzeyde uyuşabilirlik ile özellik açısından ise düşük düzey güven ile karakterizedir. Nitekim güven duymama, paranoid kişilik bozukluğunun temel özelliklerinden biridir (Widiger ve ark 1995 akt. Widiger ve ark 2002). Paranoid kişilik bozukluğunda itaat ve açıklısluluk özellikleri de düşük düzeydedir.

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler sosyal iletişime girme konusunda isteksizdirler. Şizoid kişilik bozukluğu, düşük düzey dışadönüklük ile özellik açısından bakıldığında ise düşük düzey sıcaklık ve sosyallik ile karakterizedir. Olumlu duygular ve hisler özelliklerinden de düşük puan alırlar. Nitekim şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler, soğuk ve uzak dururlar (Widiger ve ark 2002).

Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireyler, bilişsel ve algısal çarpıklıklarla birlikte alışlagelmişin dışında davranırlar (Köroğlu 2010). Beş Faktör Kişilik Modeli açısından düşünüldüğünde şizotipal kişilik bozukluğu yüksek düzeyde fantezi, eylemler ve düşünceler ile karakterizedir (Widiger 1993).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler, vicdan azabı çekmezler, pişmanlık duymazlar. Başkalarına karşı duyarlı ve düşünceli değildirler (Köroğlu 2010). Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde uyuşabilirlik boyutu oldukça düşük düzeydedir. Ayrıca sorumluluk boyutundan da düşük puan alırlar.

Borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerin temel özellikleri; kişilerarası ilişkilerde, kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlık ve çelişkiler yaşamalarıdır (Köroğlu 2010). Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde yoğun bir nevroitiklik söz konusudur. Nitekim Çizelge 1.3.te görüldüğü gibi borderline kişilik bozukluğu ile nevrotizizm özellikleri arasında yüksek ilişki söz konusudur.

Histriyonik kişilik bozukluğu olan bireyler ise duygularını yoğun bir şekilde yaşarlar ve tiyatral davranışları söz konusudur (Köroğlu 2010). Beş Faktör Kişilik Modeli açısından bakıldığında, histriyonik kişilik bozukluğu dışadönüklük boyutu ile karakterizedir. Histriyonik kişilik bozukluğu olan bireyler sıcakkanlılık, sosyallik, heyecan arayışı ve olumlu duygular özelliklerinden yüksek puan alırlar (Widiger ve ark 2002).

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı alanların temel özelliği, kendisine hayranlık duyulması gereksinimi ve başkalarının duygularını anlamakta yetersiz olmalarıdır (Köroğlu 2010). Beş Faktör Kişilik Modeli açısından bakıldığında bu bozukluk, düşük

düzyer uyuşabilirlik ile karakterizedir. Özellik düzeyinde ise, düşük düzey özgeçilik, alçakgönüllük ve duygusal zekâ ile ilişkilidir (Widiger ve ark 2002).

Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler aşırı derecede utangaçtır, alay edilecek ya da eleştirilecek olmaktan ötürü sosyal ortamlara girmekten çekinir (Gabbard 2000). Beş Faktör Kişilik Modelinin bakış açısından, çekingen kişilik bozukluğu dışadönüklük ve nevrotizm boyutları ile ilişkilidir. Özellik düzeyinde ise; düşük düzey sosyallik, girişkenlik ve heyecan arayışı ile karakterizedir. Nevrotizm özelliklerinde ise; yüksek düzeyde endişe, depresyon, öz bilinç ve incinebilirlik ile ilişkilidir (Widiger ve ark 2002).

Bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler pasiftirler, kendi gereksinimleri başka bireylerinkinden sonra gelmektedir (Köroğlu 2010). Bağımlı kişilik bozukluğu ise Beş Faktör Kişilik Modeli açısından, uyuşabilirlik, yüksek düzeyde nörotisizm ve düşük düzeyde girişkenlik ile ilişkilidir (Widiger ve ark 2002).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun temel özelliği mükemmeliyetçilik, düzenlilik ve kuralcılıktır. Beş Faktör Kişilik Modeli açısından ise sorumluluk boyutu ile yüksek düzeyde ilişkilidir. Özellik düzeyinde ise yetenek, düzen, başarı arayışı ve göreve bağlılık ile yüksek düzeyde ilişkilidir (Widiger ve ark 2002).

Özetle Beş Faktör Kişilik Modeli DSM-IV-TR kişilik bozuklukları tanıları ile oldukça ilişkilidir (Bkz. Çizelge 1.3). Livesley (2001), gözden geçirme çalışmasında pek çok çalışmanın DSM kişilik bozuklukları tanıları ile beş faktör arasında güçlü ilişkilere ilişkin kanıtlar bulunduğunu ve bütün kişilik bozuklukları tanılarının Beş Faktör Kişilik Modeli çerçevesinde uyarlanabileceğini belirtmiştir (Mullins-Sweatt ve Widiger 2006).

Bunun yanı sıra Beş Faktör Kişilik Modeli kişilik bozukluklarındaki eştanı sorununun açıklanmasında yardımcı olmakta ve her kişilik bozukluğu için daha kapsamlı tanı kriterleri önermektedir. Samuel ve Widiger (2008), Beş Faktör Kişilik Modeli ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları incelemişler ve kişilik bozukluklarının birbirleri ile ilişkili göründüklerini ve eştanının istisnai bir durum olmadığını belirtmişlerdir. Nitekim, kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunun nörotisizm ile olumlu yönde, dışadönüklük, uyuşabilirlik ve sorumluluk ile eksi düzeyde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak özellik (facet) düzeyinde Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile kişilik bozuklukları açısından daha az örtüşmenin olduğunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı yapılırken Beş Faktör Kişilik Modeli Özelliklerinden (facet) yararlanılabilir.

Beş Faktör Kişilik Modeli kapsamlı tanı kriterleri de önermektedir. Örneğin Beş Faktör Kişilik Modeli çekingen kişilik bozukluğunu şizoid kişilik bozukluğundan ayırırken yalnızca “içe çekilme” belirtisini kullanmaz, aynı zamanda “endişe” ve “kendinin farkındalığı” alt boyutlarını da kullanır (Bkz. Nörotizm alt boyutları, Sf. 34). Şizoid kişilik bozukluğunu, çekingen kişilik bozukluğundan ayırırken ise, düşük düzeyde “olumlu duygular” alt boyutunu kullanır (Widiger ve Mullins-Sweatt 2009).

1.5.2. DSM-V ve Beş Faktör Kişilik Modeli İlişkisi

2013 yılında yayınlanan DSM-V'in Kişilik Bozuklukları Alternatif Modeli'ne göre kişilik bozukluklarının genel bir tanı kriteri mevcuttur. Alternatif Modele göre; kişilik bozukluğunun tanılanmasının 3 ana bileşeni vardır: a) Kişilik İşlevselliğinin Düzeyi, b) İşlevsel Olmayan Kişilik Özellikleri, c) Kişilik Bozukluğunun Tipi. Kişilik bozukluğunun tipleri ise, kişilik işlevselliğinin düzeyi ve işlevsel olmayan kişilik özelliklerinin birleşmesini temel almaktadır (APA 2013).

Kişilik işlevselliğinin değerlendirilmesi yapılırken, klinisyen öncelikle kişilik işlevselliğinde yetersizlik olup olmadığına bakar. Eğer yetersizlik var ise bunun ne düzeyde olduğunu değerlendirir. Kişilik işlevselliğinin düzeyi, *kimlik ve kişilerarası ilişkiler* alanında değerlendirilmektedir (Widiger ve ark 2013).

DSM-V Alternatif Modeline göre, klinisyen bireyi aynı zamanda 5 ana alanda 25 işlevsel olmayan kişilik özelliği açısından tanımlamalıdır (APA 2013, Krueger ve ark 2012). Benzer şekilde Beş Faktör Kişilik Modeli ise kişiliği 5 faktör altında 30 kişilik özelliği açısından ele almaktadır. Bu bağlamda Beş Faktör Kişilik Modeli, araştırmacılar tarafından DSM-V kişilik modeli için en güçlü aday olarak görülmüştür. Nitekim DSM-V Alternatif Modelindeki bu 5 ana alan Beş Faktör Kişilik Modeli ile yakından ilişkilidir (Widiger 2011, Trull 2012). Ayrıca DSM-V Çalışma Grubu DSM-V'in tüm tanı kriterlerinin kategorik tanılama sisteminden boyutsal olarak tanılanması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunun için öncelikle kişilik bozukluklarından başlanmasının uygun olacağını, eğer kişilik bozuklukları için klinisyenler tarafından kabul edilebilir ve iyi işleyen bir boyutsal yaklaşım olması halinde, tüm alanlarda boyutsal yaklaşımın kullanılabileceğini belirtmişlerdir (Rounsaville ve ark 2002 akt. Widiger ve Mullins-Sweatt 2009). Zira, First ve ark (2002)'na göre; kişilik bozuklukları kategorik olarak tanılanması en zor ruhsal bozukluktur (Widiger ve Mullins-Sweatt 2009)

Kişilik bozukluklarının kategorik tanılama sürecinden boyutsal tanılama sürecine geçmesi için bir neden de hali hazırda iyi geliştirilmiş, deneysel olarak kanıtlanmış, kişilik bozuklukları tanılarına kolayca entegre olabilecek bir modelin olmasıdır. Bu model Beş Faktör Kişilik Modelidir (Widiger ve Trull 2007). Zira, Markon, Krueger ve Watson (2005), Clark ve Livesley'in boyutsal modeli ve diğer boyutsal modellerle yaptıkları faktör analizi çalışmasında bütün alternatif modellerin bütünleyici tek bir beş faktör yapısı ile iyi düzeyde entegre olduğunu, bu beş faktör yapısının da Beş Faktör Kişilik Modeli olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda Beş Faktör Kişilik Modeli diğer boyutsal modelleri de temsil edici olması açısından güçlü bir modeldir. Nitekim DSM-V Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu, alternatif kişilik modelinin Beş Faktör Kişilik Modelinin kapsamlı halini temsil ettiğini belirtmişlerdir (APA 2013: 773).

DSM-V Kişilik Bozuklukları Alternatif Modeli Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin boyut ve alt boyutları, Beş Faktör Kişilik Modeli ile uyumsuzdur. DSM-V uyumsuz kişilik özellikleri boyutlarından Olumsuz Duygulanım Beş Faktör Kişilik Modelinden Nörotisizm ile, Uzak Olma Beş Faktör Kişilik Modelinden İçedönüklük ile, Terslik, Geçimsizlik Beş Faktör Kişilik Modelinden yine Terslik, Geçimsizlik ile, Psicotizm Beş Faktör Kişilik Modelinden Deneyime Açıklık ile, Dizinhibisyon ise Beş Faktör Kişilik Modelinden düşük düzeyde Sorumluluk ile örtüşmektedir (Widiger 2011, Trull 2012). Çizelge 1.4' te söz konusu ilişkiler sunulmuştur.

Çizelge 1.4. DSM-V uyumsuz (Patolojik) kişilik özellikleri boyutları ve beş faktör kişilik boyutları ilişkisi

DSM-V	5FK
Olumsuz Duygulanım	Nörotisizm
Uzak Olma	İçedönüklük
Terslik, Geçimsizlik	Terslik, Geçimsizlik
Psicotizm	Deneyime Açıklık
Dizinhibisyon	Sorumluluk (Düşük düzey)

Ayrıca DSM-V Uyumsuz Kişilik Özellikleri alt boyutları da Beş Faktör Kişilik Modelinin beş boyutu ile ilişki içindedir. Çizelge 1.5.'te DSM-V 25 uyumsuz kişilik özelliği beş boyut açısından kategorilendirilmiştir.

Çizelge 1.5. DSM-V Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin beş faktör açısından sınıflandırılması

<i>Nörotisizm</i>	
	Kaygılı/Endişeli Olma Duyguca Oynak Olma Düşmanlık Gösterme Ayrılma Güvensizliği Çökkünlük
<i>Dışadönüklük</i>	
Yakınlıktan Kaçınma İçe Kapanıklık Duygulanımda Kısıtlılık Anhedoni	
<i>Deneyime Açıklık</i>	
	Algısal Düzensizlik Olağandışı İnanç ve Yaşantılar Tuhaf Biri Olma
<i>Uyuşabilirlik</i>	
Şüphencilik Grandiöz Olma Hilekar Olma Manipülatif Olma Katı Olma	Boyun Eğici Olma
<i>Sorumluluk</i>	
Sorumsuz Olma Dikkat Dağınıklığı Dürtüsel Olma Risk Alma	Takılıp Kalma Katı Mükemmeliyetçilik

Kaynak: Gore, W. L. (2013). *The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model*. Master's Thesis. Kentuck University College of Arts and Sciences, sf. 13.

DSM-V Alternatif Modeli ile Beş Faktör Kişilik Modeli, kişilik bozukluğunun tipi açısından değerlendirildiğinde de uyuşma göstermektedir. DSM-V Alternatif Modelinde 6 kişilik bozukluğu tanısı mevcuttur. Bu tanılar; Borderline, Antisosyal, Şizotipal, Narsisistik, Obsesif-Kompulsif ve Çekingen Kişilik Bozukluğu tanılarıdır. Bu tanıların içerisinde, uyumsuz kişilik özelliklerini içeren maddeler de mevcuttur. Söz konusu uyumsuz kişilik özellikleri Miller ve ark (2005)'nin belirttiği Beş Faktör Kişilik Prototipleri ile uyuşmaktadır. Örneğin; DSM-V Alternatif Modelinde Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı duyguca oynak olma, endişelilik, ayrılma güvensizliği, çökkünlük, dürtüsellik, riske girme ve düşmanlık özelliklerini içermektedir. Bu 7 özellik Beş Faktör Borderline Ölçeği (FFBI)'nin alt ölçekleri ile de uyuşmaktadır (Trull ve Widiger 2013).

Nitekim Çizelge 1.6.'da DSM-V Alternatif Modeli kişilik bozukluğu tipleri ile söz konusu bozukluğun uyumsuz kişilik özellikleri verilmiştir.

Çizelge 1.6. DSM-V kişilik bozukluğu tipleri ve o bozukluğa ait uyumsuz kişilik özellikleri

DSM-5 Kişilik Özellikleri	BLKB	OKKB	ÇEKB	ŞT KB	ASKB	NS KB	Gen. KB
Duyguca Oynak Olma	X						
Kaygılı Olma	X		X				X
Ayrılma Güvensizliği	X						
Takılıp Kalma		X					
Boyun Eğici Olma							X
Düşmanlık	X				X		X
Kısıtlı Duygulanım				X			
Çökkünlük	X						
Şüphecilik				X			
İçe kapanıklık			X	X			X
Anhedoni			X				
Yakınlıktan kaçma			X				
Manipülatif Olma					X		
Hilekar Olma					X		
Grandiöz Olma						X	
Dikkat Çekmeye Çalışma						X	
Katı Olma					X		
Sorumsuzluk					X		
Dürtüsellik	X				X		X
Katı Mükemmeliyetçilik		X					
Dikkat dağınıklığı							X
Riske girme	X				X		X
Olağandışı inanç ve deneyimler				X			
Tuhaflik				X			
Bilişsel ve algısal düzensizlik				X			

Kaynak: Trull, T. J. (2012). The five-factor model of personality disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80(6), 1697-1720, sf. 1708.

1.6. Kişilik Bozuklukların Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Klinisyenler kişilik bozukluklarını değerlendirirken öncelikle iki önemli maddeyi göz önünde bulundurmalarıdır:

- a. Hastanın semptomları kısa süreli ve dönemsel mi yoksa yaygın ve uzun süreli mi?
- b. Bu uzun süreli belirtiler mesleki ve sosyal işlevsellikte sıkıntıya yol açıyor mu? (Beck ve ark 2008).

Bu bağlamda a maddesi kapsamında dikkat edilecek nokta kişilik bozukluklarını DSM-IV-TR'ye göre eksen I'de kodlanan dönemsel bozukluklardan ayırmaktır. Zira, kişilik bozuklukları ile diğer psikiyatrik bozuklukların eşanı oranı oldukça yüksektir. Fossati ve ark (2009) 431 psikiyatri hastası ile yaptıkları çalışmada katılımcılardan 310'unun (% 71,9) DSM-IV'e göre bir kişilik bozukluğu tanısını karşıladıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda eksen I bozuklukları belirtilerinin kişilik bozuklukları belirtileri ile karışması oldukça muhtemeldir. Örneğin; sosyal yetersizlik algısı, majör depresif bozukluk, sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğunun ortak belirtisi olabilir. Zira, depresyonda öz yeterlik algısının olumsuz olduğu bilinmektedir (Çırakoğlu ve ark 2008). Benzer şekilde farklı kişilik bozukluklarında da ortak belirtiler mevcuttur. Örneğin; paranoid düşünce, paranoid kişilik bozukluğu için tanımlayıcı bir kriterdir, ancak stres koşulları altında borderline kişilik bozukluğunda da görülebilir (Beck ve ark 2008). Ya da iletişim kurmaktan kaçınma hem çekingen hem de şizoid kişilik bozukluğunun ortak bir özelliğidir (Banerjee ve ark 2009). Söz konusu sebeplerden ötürü klinisyenlerin kişilik bozuklukları açısından ayırıcı tanıları bilmeleri önemlidir.

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesine ilişkin yaklaşımlar üç grupta ele alınabilir. Bunlar;

1. Kişinin kendisinin işaretlediği ve öz değerlendirme yaptığı sorular (Kişi soruları doğru-yanlış ya da derecelendirme biçiminde işaretler)
2. Eğitimli görüşmecilerin gerçekleştirdiği yapılandırılmış-yarı yapılandırılmış görüşmeler
3. Kişinin yakın çevresinden birisi ile yapılan görüşmelerdir (Farmer ve ark 2002 akt. Taymur ve Türkçapar 2012).

Bireylerin kendisinin işaretlediği ve öz değerlendirme yaptığı formlar, klinisyenler için en pratik değerlendirme stratejisi olmakla birlikte, sadece söz konusu formlara bağlı olarak tanı konulmaması konusunda bilgiler de mevcuttur (Beck ve ark 2008). Klinisyenler

tarafından gerçekleştirilen klinik görüşmeler, birey ile klinisyenin iletişim kurmasını sağlar, ayrıca klinisyene sözel olmayan iletişim kaynaklarını kullanmak açısından yardımcı olmaktadır. Ancak klinik görüşme, diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla kıyaslandığında kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde birtakım kısıtlılıklara sahiptir. Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde yalnızca, belirtilere değil, bireyin uyumsuz davranışlarına, bu uyumsuz davranışların birey ve sosyal çevresi üzerindeki etkilerine, çevresi ile ilişkileri ve tutumuna ayrıca tüm alanlardaki sosyal işlevselliğine odaklanılmalıdır. Ayrıca söz konusu belirtilerin yaşam boyu süren belirtiler olup olmadığı da değerlendirilmelidir (Banerjee ve ark 2009). Öz değerlendirme formları ve klinik görüşmeler, bireylerin kendini sunma düzeylerinden etkilenmektedirler. Örneğin; antisosyal eğilimleri olan bir birey bu eğilimi yansıtmak istemeyebilir ya da obsesif eğilimleri olan bir birey uyumsuz davranışlarını ifade etmek istemeyebilir. Söz konusu nedenlerden ötürü, kişinin yakın çevresi ile de görüşme yapılabilmektedir. Yakın çevresi ile yapılan görüşmeler birebir güvenilir bir yöntem olmamakla birlikte, hastanın paylaşmak istemediği bilgilere ulaşma açısından son derece yararlı bir yöntemdir (Beck ve ark 2008).

Bu 3 farklı değerlendirme stratejileri birbirinden farklı yanları barındırmakla birlikte, belli ortak özelliklerinin olması beklenmektedir. Bu özellikler geçerli ve güvenilir olmaları, kolay uygulanabilmeleri, klinisyen ve birey arasında tutarlılık olması ve bireylerin akut dönemsel bozukluklarından etkilenme düzeyinin az olmasıdır (Taymur ve Türkçapar 2012).

1.6.1. DSM-V'e Göre Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Araçları

2013 yılında yayınlanan DSM-V'in Kişilik Bozuklukları Alternatif Modeli'ne göre kişilik bozukluğunun tanımlanmasının 3 ana bileşeni vardır: a) Kişilik İşlevselliğinin Düzeyi, b) İşlevsel Olmayan Kişilik Özellikleri, c) Kişilik Bozukluğunun Tipi. Kişilik bozukluğunun tipleri ise, kişilik işlevselliğinin düzeyi ve işlevsel olmayan kişilik özelliklerinin birleşmesini temel almaktadır (APA 2013). DSM-5 Alternatif Modeline göre, klinisyen bireyi 5 ana alanda 25 işlevsel olmayan kişilik özelliği açısından tanımlamalıdır (APA 2013, Krueger ve ark 2012). Bu amaçla Krueger ve ark (2012), Uyumsuz Kişilik Özellikleri Modeli için bir ön çalışma yapmak ve değerlendirme aracı geliştirmek amacıyla "Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri"ni geliştirmişlerdir.

1.6.1.1. Uyumsuz kişilik özelliklerinin tanımı

Kişilik özelliği bir bireyin zamana ve duruma karşı göreceli olarak tutarlılık gösteren hissetme, algılama, davranma ve düşünme eğilimidir. Göreceli olarak tutarlılık göstermektedir çünkü, örneğin kaygılı/endişeli olma özelliği yüksek olan bireyler her zaman ve bütün durumlarda endişeli olmak zorunda değildirler. Nitekim bireylerin kişilik özelliklerinin düzeyleri yaşam boyunca değişebilir. Bazı değişimler daha geneldir ve olgunlaşmayı temsil eder (örneğin ergenlik dönemindeki bireyler dürtüsel olma alt boyutundan daha yüksek puan alabilirler.), diğer değişimler ise hayat deneyimleri ile ilişkili olabilir (APA 2013).

Kişilik özellikleri boyutsal bir yaklaşımı benimsemektedir. Bireyler kişilik özelliği yelpazesinin herhangi bir yerinde konumlanabilirler. Yani kişilik özellikleri bireyde var ya da yok şeklinde değil farklı derecelerde bulunmaktadır.

1.6.1.2. Uyumsuz kişilik özelliklerinin klinik yararlılığı

Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin klinikteki kullanımı pek çok açıdan yarar sağlayabilir. Öncelikle bozukluğun derecesi, kendine zarar verme riski, şiddet ve suç, uygun tedavi yöntemi ve psikiyatrik tanı koyma hakkındaki klinik kararlara katkıda bulunabilir. Ayrıca bir bireyin uyumsuz kişilik özellikleri profilini bilmek, klinisyene geniş bir bilgi kaynağı sağlar. Benzer şekilde tedavinin planlanması ve gidişatın tahminine yönelik de bilgi verir. Bununla birlikte, kişilik işlevselliğinin ve uyumsuz kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi bir bireyde kişilik bozukluğu olup olmadığının belirlenmesi ile de ilişkilidir (APA 2013).

1.6.1.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (PID-5, UKÖE)

Söz konusu envanteri geliştirme aşamasında DSM-V Çalışma Grubu, DSM-V'e uygun kişilik modellerine ve uyumsuz kişilik özelliklerine yönelik gözden geçirme çalışmaları yapmışlardır. Özellikle Widiger ve Simonsen (2005) alanyazındaki 18 modeli gözden geçirmişler ve dört temel iki kutuplu boyutun (dışadönüklüğe karşı içedönüklük, yumuşak başlılığa karşı terslik-geçimsizlik, sorumluluğa karşı dağınıklık, nörotisizme karşı duygusal tutarlılık) kişilik özellikleri için bütünleştirici bir yapıya işaret ettiğini saptamışlardır. Beşinci bir boyut olarak deneyime açıklığa karşı gelişmemişlik boyutunu tanımlamışlar, ancak söz konusu boyutun inceledikleri kişilik modelleriyle iyi düzeyde temsil edilmediğini belirtmişlerdir (Krueger ve ark 2012). Yine de söz konusu boyut NEO-PR Kişilik Envanterinde başlıca değerlendirilen bir boyuttur. Widiger ve Simonsen (2005)

tarafından tanımlanan dört boyuta ek olarak Krueger ve ark (2012) psikotizm boyutunu eklemişlerdir. Söz konusu model Beş Faktör Kişilik Modeli ile güçlü bir benzerlik içindedir. Ancak Samuel ve Widiger (2008)'ın yaptıkları bir çalışmada DSM-IV kişilik bozuklukları ile beş faktör boyutları arasında ilişki olmasına rağmen, histriyonik kişilik bozukluğu ile dışadönüklük arasında, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile sorumluluk arasında bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nde histriyonik ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu spesifik DSM-IV tanımlarını temsil edilen özellikler ile belirtilmiştir. Boyutların içeriğini daha kapsamlı temsil etmesi için "İçedönüklük" boyutunu "Uzak Olma" "Dağınıklık-Yönsüzlük" boyutunu "Dizihibisyon" olarak değiştirmişlerdir (Krueger ve ark 2012).

1.6.1.3.1. Ölçek maddelerinin oluşturulması

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin maddeleri oluşturulurken, DSM-V Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu ve üyeleri alanyazın taraması yaparak 37 kişilik özelliğinin bulunduğu bir liste oluşturmuştur. Liste oluşturulduktan sonra tüm araştırmacılardan bu kişilik özelliklerini kısaca tanımlamaları ve bu tanımları temel alarak ölçek maddeleri yazmaları istenmiştir. Ölçüm aracının oluşturulması sürecinde her kişilik özelliğinin güvenilir bir şekilde ölçülmesi ve kişilik özelliklerinin birbirleri ile aynılığını ya da ölçek maddelerinin ait oldukları kişilik özelliğine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla iki kere veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir. Veriler online olarak toplanmış olmakla birlikte ilk iki veri toplama sürecinde "Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusunu evet olarak yanıtlayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir (Krueger ve ark 2012).

Veri toplama sürecinin ilk aşamasında 762 kişi çalışmaya katılmış olup, her 37 kişilik özelliği için 8 madde katılımcılar tarafından yanıtlanmıştır. Ölçek maddelerinin sırası seçkisiz olarak atanmıştır. 296 ölçek maddesi 4'e bölünmüş ve 148 ölçek maddesi bulunan 6 farklı form (AB, AC, AD, BC, BD, CD) hazırlanmıştır. Katılımcıların hangi formda maddeleri yanıtlayacakları da seçkisiz olarak atanmıştır. Birinci veri toplama aşamasının ardından veriler analiz edilmiştir. 65 ölçek maddesi, kişilik özelliği ile iyi düzeyde ilişkisinin olmaması ve tek bir faktöre bağlanmamaları nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır (Krueger ve ark 2012).

Veri toplama sürecinin ikinci aşamasında çıkarılan maddelerin yerine 85 madde daha eklenmiştir. Toplamda 316 madde katılımcılara sunulmuştur. Bu süreçte katılımcılara

tüm maddeler sunulmuştur. Yapılan analizler sonrası, 37 kişilik özelliğinin 25 boyutta temsil edildiği saptanmıştır. Ayrıca her bir kişilik özelliği 4 ila 14 arasında değişen sayıda madde tarafından temsil edilerek madde sayısı 220'ye indirilmiştir (Krueger ve ark 2012).

Üçüncü veri toplama sürecinde ise 220 madde demografik özellikler açısından Amerikan örneklemini temsil ettiği düşünülen klinik tanı almamış 264 katılımcıya uygulanmıştır (Krueger ve ark 2012).

1.6.1.3.2. Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin geçerlik ve güvenilirliği

Krueger ve ark (2012) ölçeğin iç tutarlık katsayısının $\alpha=.86$, Hopwood ve ark (2012) $\alpha=.86$, Few (2013) ise $\alpha=.87$ olarak saptamışlardır. Krueger ve ark (2012), ölçeğin her alt boyutunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.72 ile 0.96 arasında değiştiğini belirtmiştir. Fossati ve ark (2013), 710 İtalyan ile yaptıkları çalışmada PID-5'in tüm alt boyutları için güvenilirlik katsayısının .70'in üzerinde, her boyut için ise .90'ın üzerinde olduğunu bulmuşlardır. Quilty ve ark (2013) 201 kişilik klinik örneklem ile yaptıkları çalışmada Olumsuz Duygulanım boyutunun iç tutarlık katsayısının $\alpha=.84$, Uzak Olma boyutunun iç tutarlık katsayısının $\alpha=.75$, Psikotizm boyutunun iç tutarlık katsayısının $\alpha=.87$, Terslik, Geçimsizlik boyutunun iç tutarlık katsayısının $\alpha=.83$ ve Dizinhibisyon boyutunun iç tutarlık katsayısının $\alpha=.80$ olduğunu bulmuşlardır. Ölçeğin tüm alt boyutlarının iç tutarlık katsayısının .70 den daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. De Clercq ve ark (2014) 434 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada ölçeğin 16 alt boyutunun iç tutarlık katsayısının .80'in üzerinde, 8 tanesinin .69 - .78 arasında, 1 alt boyutunun ise .58 olduğunu belirtmiştir. Söz konusu bulgular ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin psikometrik geçerliğini araştıran çalışmalar oldukça azdır. Krueger ve ark (2012), ölçeğin beş faktörlü bir yapıya işaret ettiğini belirtmişlerdir. Olumsuz duygulanım için faktör uyum katsayısı 0.91, uzak olma için 0.96, terslik/geçimsizlik için 0.97, dizinhibisyon için 0.93, psikotizm için ise 0.89 olarak belirtilmiştir. Wright ve ark (2012) 2461 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada faktör yapılarının ana makale ile benzerlik gösterdiğini, faktör uyum katsayılarının (Factor Congruency Coefficient) Olumsuz Duygulanım için .91, Uzak Olma için .89, Terslik-Geçimsizlik için .80, Dizinhibisyon için .82 ve Psikotizm için .76 olduğunu belirtmişlerdir. Fossati ve ark (2013) 710 kişi ile yaptıkları doğrulayıcı faktör analizi çalışmasında ölçeğin beş faktörlü yapıya işaret ettiğini, en yüksek faktör yüklerinin

psikotizm boyutu alt boyutlarına ait olduğunu belirtmişlerdir. Quilty ve ark (2013), 201 klinik örneklem ile yaptıkları araştırmada ölçeğin tüm boyutlarının tek bir yapıya işaret ettiğini saptamışlardır.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin geçerliğini araştıran diğer araştırmalarda alternatif kişilik modelleri (FFM, HEXACO, PSY-5) ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Anderson ve ark (2013) UKÖE ile MMPI-2'in alt ölçeklerinden 5 Psikopatoloji Ölçeği (PSY-5) arasındaki ilişkiyi incelemiş, UKÖE'nin dört boyutunun ile PSY-5'te eşdeğer boyutlarla ilişkili olduğunu, yalnızca terslik/geçimsizlik boyutunun bağlantısı olmayan boyutlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Katı mükemmeliyetçilik ve duygulanımda kısıtlılık alt boyutunun hiçbir PSY-5 alt boyutu ile ilişkili olmadığını saptamışlardır. Thomas ve ark (2013), UKÖE'nin boyutları ile 5FK'nin boyutları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve UKÖE ile 5FK boyutlarının uyuşum içerisinde olduklarını, olumsuz duygulanım boyutunun nörotisizm boyutunu, düşük uyuşabilirlik boyutunun terslik boyutunu, düşük düzey dışadönüklük boyutunun uzak olma boyutunu, öz denetim boyunun ise düşük düzeyde dizinhibisyon boyutunu temsil ettiğini ifade etmişlerdir. De Fruyt ve ark (2013) 240 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada da UKÖE ile 5FK ile uyuşumunun olduğunu belirtmişlerdir. Quilty ve ark (2013), 201 klinik örneklem ile yaptıkları araştırmada NEO-PR ile uyuşum geçerliğini değerlendirmişler, Olumsuz Duygulanımın PID-5 boyutları ile en ilişkili boyut olduğunu ($r=.39$) saptamışlardır. Gore (2013), UKÖE'nin beş boyutu ile beş faktör kişilik modelinin boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu, en düşük korelasyon katsayısının ise, psikotizm boyutu ile deneyime açıklık boyutu arasında ($r= .17$) olduğunu belirtmiştir.

Öte yandan, UKÖE'nin DSM-IV-TR tanıları ile ilişkisini değerlendiren çalışmalar da mevcuttur. Few ve ark (2013), UKÖE'nin DSM-IV kişilik bozukluğu tanılarının % 33 (Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile % 69 (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) aralığında ortalama olarak % 45 lik bir varyansı açıkladığını saptamışlardır. Fossati ve ark (2013), Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin boyutlarının DSM-IV kişilik bozukluğu varyansının % 40'ından fazlasını açıkladığı saptamışlardır. Alt boyutlar bazında ele alındığında ise, toplam varyansın % 70'ini açıkladığı saptanmıştır.

1.7. Araştırmanın Amacı

Kişilik bozukluğu, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Ülkemizde yapılan

epidemiyolojik bir çalışmada Dereboy ve ark (2014) Aydın ilinde normal örnekleme kişilik bozukluğu yaygınlığı DSM-IV'e göre % 20, ICD-10'a göre ise % 21.20 olarak bulmuşlardır. Yaygınlığı oldukça yüksek olan kişilik bozukluklarının tanınması oldukça önemlidir. Ancak DSM-IV'ün kişilik bozukluğu tanınmasında sıkıntılar mevcuttur. DSM-IV-TR mutlaka bir kişilik bozukluğu olmasa bile klinik olarak anlamlı kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi gerektiğini ve bu kişilik özelliklerinin eksen-II'de kodlanması gerektiğini önermektedir. Ancak DSM-IV klinisyenlere rehberlik edecek bir kişilik modeli sağlamamaktadır. Ruhsal hastalıkların tanınması ve sınıflandırılması konusunda 2013 yılından itibaren DSM-V kullanılmaya başlanmıştır. Söz konusu ihtiyaca karşılık olarak, DSM-V Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu üyeleri DSM-V'te III. bölüm olan Araştırılması Gereken Alanlar bölümüne alternatif bir kişilik modeli yayınlamışlardır. Söz konusu modelde B tanı kriteri kapsamında, kişilik işlevselliğindeki bozulmaya eşlik eden uyumsuz kişilik özellikleri olması gerektiğini belirtilmiştir. Tanı kriterinde belirtilen uyumsuz kişilik özellikleri ise 5 ana başlık altında 25 kişilik özelliği olarak belirtilmiştir. Krueger ve ark (2012) uyumsuz kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla "Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri" ni geliştirmişlerdir.

Kişilik bozuklukları ile ilgili çalışmalarda sıkça kullanıldığı için bu çalışmada Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanmasına karar verilmiştir. Söz konusu envanter dünya genelinde yalnızca bir çalışmada klinik örnekleme uygulanmış olup, kişilik bozukluğu örnekleme ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca ülkemizde bu konuda geliştirilmiş veya uyarlanmış herhangi bir ölçeğin bulunmaması yapılacak çalışmalar için eksiktir. Dolayısıyla, DSM-V Alternatif Modeli kapsamında uyumsuz kişilik özelliklerini değerlendirebilecek bir ölçeğe ihtiyaç vardır. Bu nedenle, çalışmada Krueger ve ark (2012)'nin geliştirmiş olduğu ölçek Türkçe'ye uyarlanmış ve uyarlanan ölçeğin yapı geçerliği incelenmiş ve iç tutarlılık güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Yapı Geçerliği

- a. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Türkçe formunun boyut ve alt boyutları arasındaki korelasyon katsayısı nedir?
- b. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri alt boyutları ile SCID-II Kişilik Bozuklukları tanıları arasındaki korelasyon katsayısı nedir?

- c. Kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nden aldıkları toplam puan, boyut ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Güvenirlilik
 - a. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Türkçe formunda madde-toplam puan korelasyonu en yüksek ve en düşük katsayısı nedir?
 - b. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Türkçe formunun, boyut ve alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı nedir?
3. DSM-IV-TR kişilik bozukluğu tanıları ile DSM-V Alternatif Model'e göre kişilik bozukluğu tanıları arasındaki uyuşum katsayısı nedir?

2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme, veri toplama araçları, ölçek uyarlama süreci ve verilerin analizi ile ilgili bilgiler verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma Krueger ve ark (2012) tarafından geliştirilmiş olan Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'ni (UKÖE - PID-5) Türkçe'ye uyarlama çalışmasıdır.

2.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi ve Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri poliklinik ya da servisinde tedavi gören 18-65 yaş arası 120 yetişkin katılımcı oluşturmuştur.

Örneklem seçimi olasılıksal olmayan- amaçlı örnekleme şeklinde yapılmıştır. Araştırmada iki grubumuz vardır. *Araştırma grubu*, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı karşılayan gruptur. *Kontrol grubu* da DSM-IV-TR' ye göre kişilik bozukluğu tanısı karşılamayan gruptur. Kişilik bozukluklarının eksen I bozuklukları ile eştanı oranının yüksek olması nedeniyle, kontrol grubu kişilik bozukluğu tanısı almayan ancak eksen I tanısı alan kişilerden oluşturulmuştur. Eksen I tanılarının Uyumsuz Kişilik özellikleri envanterinde verilen cevapları etkileme düzeyi her iki grupta da eşit düzeyde tutulmaya çalışılmıştır. Araştırmaya dâhil olma ölçütleri şu şekildedir:

- 18- 65 yaş aralığında olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalamak,
- Özbildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde zekâ geriliği veya psikotik bozukluğunun olmaması,
- Delirium, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluğun olmaması.

Katılımcıların betimleyici özellikleri Çizelge 2.1.'de sunulmuştur.

Çizelge 2.1. Örnekleme ilişkin betimleyici istatistikler

		<i>n</i>	%
		(Kişi Sayısı)	(Yüzde)
Cinsiyet	Kadın	75	62.5
	Erkek	45	37.5
Yaş	18-29	52	43.3
	30-44	43	35.8
	45-65	25	20.8
Eğitim Düzeyi	0-8 yıl	34	28.3
	9-12 yıl	37	30.8
	12 üstü	49	40.8
Medeni Durum	Bekar	41	34.2
	Evli	59	49.2
	Ayrı yaşıyor	20	16.7
Yaşadığı Yer	Büyükşehir	50	41.7
	İl	26	21.7
	İlçe	28	23.3
	Belde/Köy	16	13.3
Aylık Gelir	0-999 TL	35	29.2
	1000-1999 TL	29	24.2
	2000-2999 TL	28	23.3
	3000TL ve üzeri	28	23.3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	46	38.3
	Çalışmıyor	74	61.7
		\bar{X}	SS
Yaş		35.45	11.34

Katılımcıların tümünün DSM-IV-TR eksen-I ve eksen-II, DSM-V kişilik bozukluğu tanılarının varlığı, eşanı oranları, sayı ve yüzdelerine ilişkin bulgular Çizelge 2.2.'de sunulmuştur.

Çizelge 2.2. Katılımcıların DSM-IV-TR eksen I ve eksen II, DSM-V kişilik bozukluğu tanılarının varlığı ve eştanı oranları

		<i>n</i> (<i>Kişi Sayısı</i>)	% (<i>Yüzde</i>)
DSM-IV-TR EKSEN I TANISI	Var	106	88.3
	Yok	14	11.7
EKSEN I EŞ TANILARI	Var	9	8.5
	Yok	97	91.5
DSM-IV-TR EKSEN II TANISI	Var	61	50.8
	Yok	59	49.2
EKSEN II EŞ TANILARI	Var	20	32.8
	Yok	41	67.2
DSM-V KB TANISI	Var	49	40.8
	Yok	71	59.2

Eksen I tanısı alan katılımcıların hangi tanıları karşıladıkları değerlendirildiğinde, %29.2'sinin (n=35) Majör Depresif Bozukluk tanısını, % 15'inin (n=18) de Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını karşıladığı saptanmıştır. Genel tanı başlıkları düzeyinde incelendiğinde ise, Anksiyete Bozukluklarının (n=47, % 39.2) en fazla karşılanan eksen I tanısı olduğu bulunmuştur.

DSM-IV-TR'ye göre eksen II tanıların karşılanma oranları değerlendirildiğinde ise eksen II tanısı alan bireylerin % 37.7'sinin (n=23) borderline kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı, borderline kişilik bozukluğunun en fazla karşılanan eksen II tanısı olduğu saptanmıştır. Söz konusu bulguya benzer şekilde B küme kişilik bozukluklarının en fazla karşılanan tanı kümesi olduğu saptanmıştır. Ayrıca tanı bazında değerlendirildiğinde birden fazla kişilik bozukluğu tanısının da sık bir biçimde konulduğu bulunmuştur. 61 kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcının, 20'si (% 32.8) birden fazla kişilik bozukluğu tanısı almıştır. 61 kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcının toplamda 92 kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı bulunmuştur. Dolayısıyla kişi başına 1.51 tanının karşılandığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin DSM-IV-TR Eksen I ve Eksen II tanılarına ilişkin bilgiler ise Çizelge 2.3'de sunulmuştur.

Çizelge 2.3. Katılımcıların DSM-IV-TR Eksen I ve Eksen II tanlarına ilişkin bilgiler

	<i>n</i>	%		
EKSEN I TANILARI	<u>Yeme Bozuklukları</u>	2	1.7	
	Anoreksia Nervoza	2	1.7	
	<u>Duygudurum Bozuklukları</u>	41	34.1	
	Majör Depresif Bozukluk	35	29.2	
	Distimi	1	0.8	
	Bipolar Bozukluk	4	3.3	
	Siklotimi	1	0.8	
	<u>Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Boz.</u>	2	1.7	
	DEHB	2	1.7	
	<u>Dissosiyatif Bozukluklar</u>	1	0.8	
	Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu	1	0.8	
	<u>Anksiyete Bozuklukları</u>	47	39.2	
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	18	15.0	
	Panik Bozukluk	11	9.2	
	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	9	7.5	
	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	3	2.5	
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	5	4.2	
	Özgül Fobi	1	0.8	
	<u>Somatoform Bozukluklar</u>	3	2.4	
	Konversiyon Bozukluğu	3	2.4	
	<u>Dürtü Denetimi Bozuklukları</u>	1	0.8	
	Trikotillomani	1	0.8	
	<u>Uyum Bozuklukları</u>	9	7.5	
	EKSEN II TANILARI	<u>A Küme</u>	10	16.1
		Paranoid	8	13.1
		Şizoid	0	0.0
		Şizotipal	2	3.3
<u>B Küme</u>		50	82.0	
Antisosyal		8	13.1	
Narsisistik		9	14.8	
Histrionik		10	16.4	
Borderline		23	37.7	
<u>C Küme</u>		31	50.9	
Çekingen		14	23.0	
Bağımlı		5	8.2	
Obsesif-Kompulsif		12	19.7	
<u>Başka Türü Adlandırılmayan</u>		1	1.6	

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılara ait kişisel bilgileri içeren bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri ve daha önce bir psikiyatri birimine başvurma ve tanı alma durumuna ilişkin bilgileri alınmıştır (Ek-4).

2.3.2. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)

Kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Spitzer, Williams ve ark (1990) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermektedir. Öz-bildirim formu hasta tarafından doldurulduktan sonra klinisyen görüşme sırasında özellikle formda “evet” olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durmaktadır (Coşkunol ve ark 1994). Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok (1), eşik altı (2) ve eşik üstü (3) biçiminde puanlanır ve bireyin kişilik bozuklukları tanısını karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir. Ayrıca görüşme sırasında, hastanın şikâyetleri doğrultusunda gerekli görülen küme sorularının uygulanması şeklinde (örneğin kişinin değişken ve dramatik şekilde sonlanan ilişkilerinin var olması durumunda B küme sorularının sorulması) uygulanabilir (First ve ark 1995a). Her kişilik bozukluğu için kişinin karşılaması gereken ‘3’ puanları sayılarak kişinin o kişilik bozukluğunu karşılayıp karşılamadığına bakılır.

Skodol, Rosnick, Kellman ve ark (1988), SCID-II tanılarının tanısız gücünün 0.45 (Narsisistik Kişilik Bozukluğu) ile 0.95 (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) arasında farklılaştığını belirtmişlerdir. First, Spitzer, Gibbon ve ark (1995b), 284 kişi (psikiyatrik tanı alan ve almayan) ile yaptıkları çalışmada ölçeğin psikiyatrik tanı alan grup için test tekrar test güvenilirliği kappa değerlerinin 0.24 (Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile 0.74 (Histriyonik Kişilik Bozukluğu) arasında değiştiğini belirtmişlerdir. Psikiyatrik tanı grubu için ortalama kappa değeri .53 olarak saptanmıştır.

SCID-II'nin Türkçe'ye çeviri çalışmaları Sorias ve ark (1990) tarafından yapılmıştır (Coşkunol ve ark 1994). Güvenirlik çalışması Coşkunol ve ark (1994) tarafından gerçekleştirilen SCID-II'nin kullanıcılar arası uyuma düzeyi 0,798 olarak saptanmıştır.

Söz konusu araştırmada, SCID-II görüşme formunda DSM-III-R tanı kriterlerinden Kendini Çelmeleyen Kişilik Bozukluğu ve Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu tanıları dışlanarak DSM-IV-TR tanıları elde edilmeye çalışılmıştır. Söz konusu form Ek-5'te sunulmuştur.

2.3.3. DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu

APA (2013)'te yayınlanan söz konusu form DSM-V Alternatif Modeli'nin A tanı kriterindeki genel kişilik işlevselliği öneri ölçütlerini içermektedir. Dereboy (2013) tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır (Ek-6). Katılımcıların DSM-V alternatif modelinde yer alan A tanı kriterine göre kendilik ve/veya kişiler arası alanlarda işlevsellik değerlendirmesi yapılmıştır. İşlevsellikte orta ve üzeri bozulma (>2) olduğu saptananlar DSM-V'e göre kişilik bozukluğu olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

2.3.4. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE - PID-5)

Krueger ve ark (2012) tarafından DSM-V Kişilik Bozuklukları Alternatif Modelindeki uyumsuz kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Söz konusu envanter, 4 lü derecelendirme tipi hazırlanmış (0- Çok yanlış veya çoğu zaman yanlış, 3- çok doğru veya çoğu zaman doğru) 220 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-660'dır. Ölçekten alınan yüksek puan, kişilik patolojisinin daha fazla olduğunun göstergesidir. Ölçek 5 boyut altında 25 alt boyuta ilişkin bilgi vermektedir. Söz konusu boyut ve alt boyutlar şu şekildedir:

a. Olumsuz Duygulanım

- a.1. Duyguca oynak olma
- a.2. Kaygılı/endişeli olma
- a.3. Ayrılma güvensizliği
- a.4. Takılıp kalma
- a.5. Boyun eğici olma
- a.6. Düşmanlık gösterme
- a.7. Duygulanımda kısıtlılık

b. Uzak Olma

- b.1. Çökkünlük
- b.2. Şüphencilik
- b.3. İçe kapanıklık
- b.4. Anhedoni

- b.5. Yakınlıktan kaçınma
- c. Terslik, Geçimsizlik
 - c.1. Manipülatif olma
 - c.2. Hilekar olma
 - c.3. Grandiöz olma
 - c.4. Dikkat çekmeye çalışma
 - c.5. Katı olma
- d. Dizinhibisyon
 - d.1. Sorumsuz olma
 - d.2. Dürtüsel olma
 - d.3. Katı mükemmeliyetçilik
 - d.4. Dikkati dağınık olma
 - d.5. Kendini riske atma
- e. Psikotizm
 - e.1. Olağan dışı inançlar ve yaşantılar
 - e.2. Tuhaf biri olma
 - e.3. Bilişsel ve algısal düzensizlik. (APA 2013).

Krueger ve ark (2012) ölçeğin iç tutarlık katsayısının .86, Hopwood, Thomas, Markon ve arkadaşları .86, Few (2012) ise .87 olarak saptamışlardır. Krueger ve ark (2012), ölçeğin her alt boyutunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.72 ile 0.96 arasında değiştiğini belirtmiştir. Fossati ve ark (2013), 710 İtalyan ile yaptıkları çalışmada PID-5'in tüm alt boyutları için güvenirlik katsayısının .70'in üzerinde, her boyut için ise .90'ın üzerinde olduğunu bulmuşlardır. Söz konusu bulgular ölçeğin iç tutarlığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Krueger ve ark (2012), ölçeğin beş faktörlü bir yapıya işaret ettiğini belirtmişlerdir. Olumsuz duygulanım için faktör uyumu katsayısı 0.91, uzak olma için 0.96, terslik/geçimsizlik için 0.97, dizinhibisyon için 0.93, psikotizm için ise 0.89 olarak belirtilmiştir. Few ve ark (2013), UKÖE'nin DSM-IV kişilik bozukluğu tanılarının % 33 (Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile % 69 (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) aralığında ortalama olarak % 45 lik bir varyansı açıkladığını saptamışlardır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması araştırmamız kapsamında yapılacaktır. Ancak, ölçek için alınan araştırma izninin sınırlı süreli olması ve

yalnızca bu araştırma için kullanımına izin verilmiş olması nedeniyle ölçek ekler bölümünde sunulmamıştır.

2.4. Uyarlama Süreci

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE - PID-5)'nin Türkçe'ye uyarlama aşaması altı adımdan oluşmaktadır. Bu adımlar şu şekildedir;

1. Ölçeğin geliştiricisinden yazılı izin alınması:

Ölçeği geliştiren Robert Krueger'e e-posta aracılığı ile ulaşılmış ve ölçeğin Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacağına dair izin alınmıştır (Ek-3).

2. Ölçek maddelerinin İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesi ve çeviri havuzunun oluşturulması:

Ölçek maddeleri bu aşamada araştırmacı tarafından tek tek Türkçe'ye çevrilmiş ve her madde için olası 3-4 farklı çeviri yapılarak, çeviri havuzu oluşturulmuştur.

3. Çeviri maddelerinin İngilizce-Türkçe uygunluklarının karşılaştırmalı olarak derecelendirilmesi:

Bu aşamada tüm maddeler, uzmanlık alanları Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Klinik Psikoloji olan 2 profesör, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında uzmanlık eğitimleri devam eden 2 asistan hekim ve Klinik Psikoloji Anabilim dalında yüksek lisans eğitimi devam eden 1 psikolog tarafından oluşturulan proje ekibi tarafından, *orijinal maddeye ve ait olduğu boyuta uygunluğu ve dilimizde anlaşılabilirliği* açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonrası yüksek puan alan maddeler ayrı bir formda kaydedilmiştir.

4. Türkçe maddelerin İngilizce'ye geri çevrilmesi:

Proje ekibi tarafından değerlendirilen ve yüksek puan alan maddeler, İngiliz dili alanında eğitim almış bir uzman tarafından İngilizce'ye geri çevrilmiştir.

5. Geri çevirisi yapılan (Back-translation) maddeler ile orijinal maddelerin karşılaştırılması:

Geri çevirisi yapılan (tekrardan İngilizce'ye çevrilen) maddeler araştırmacı tarafından ölçekteki orijinal maddeler ile uygunluğu açısından karşılaştırılmıştır.

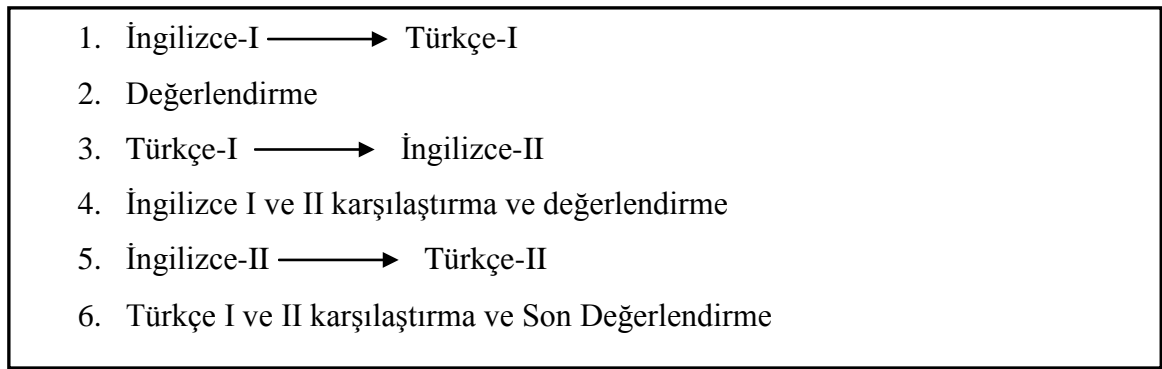
6. Geri çevirisi yapılan maddelerin Türkçe'ye çevrilmesi ve değerlendirilmesi

Geri çevirisi yapılan maddelerin Mütercim-Tercümanlık alanında eğitim almış bir uzman tarafından Türkçe'ye çeviri işlemi gerçekleştirilmiştir. Yapılan çeviri ile orijinal formdan Türkçe'ye yapılan ilk çeviri dil ve anlam benzerliği açısından değerlendirilmiştir.

Uyarlama basamaklarında Brislin ve arkadaşlarının (1973 akt: Tektaş 2010)'in öne sürdüğü 5 aşamalı tekniğe ek olarak orijinal dilden hedef dile tekrar çeviri ve değerlendirme işlemi yapılmıştır (Bkz. Basamak 6).

Uyarlama sürecinin aşamaları Çizelge 2.4'de belirtilmiştir.

Çizelge 2.4. Uyumsuz Kişilik Özellikleri (UKÖE-PID-5) uyarlama süreci



2.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulama aşamasından önce Adnan Menderes Üniversitesi'nde uygulama yapabilmek amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından (Protokol No: 2013/295) (Ek-1) ve Aydın Devlet Hastanesi'nde uygulama yapabilmek amacıyla Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (13.03.2014/3968) (Ek-2) etik kurul onayı alınmıştır.

Etik kurul onayları sonrası uygulama aşamasına geçilmiştir. Söz konusu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri poliklinik ve servisinde, Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi'nde öncelikle psikolojik değerlendirme birimi arşiv bilgileri gözden geçirilmiştir. Daha önce SCID-II değerlendirmesi yapılan ve araştırmanın ölçütlerini sağlayan bireyler çalışmaya davet edilmiştir. Kabul eden bireyler ADÜ Psikiyatri Anabilimdalı binasında araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş, onamları alınmış, demografik bilgi formu ve öz-bildirim formu olan Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterini

doldurması istenmiştir. Söz konusu katılımcıların kişilik bozukluğu tanıları sorgulanmamış, arşiv bilgilerinden aynen alınmıştır.

Daha önce psikolojik değerlendirilmesi yapılmamış katılımcılar için Adnan Menderes Üniversitesi ve Aydın Devlet Hastanesi'nde benzer uygulama yapılmıştır. Katılımcıların psikiyatri anabilimdalı psikolog ya da asistanları tarafından araştırmacıya yönlendirilmesi sağlanmıştır. Araştırmacı, katılımcıya araştırmayı anlatmış, onamını almış demografik bilgi formu ve öz bildirime dayalı olan UKÖE'nin doldurulmasını talep etmiştir. Ayrıca SCID-II Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II) da katılımcılar tarafından işaretlendikten sonra araştırmacı tarafından ortalama 30 dakika süren klinik görüşme yapılmıştır.

Ayrıca araştırmacı ve ADÜ Psikiyatri poliklinik ve servisi çalışanları tarafından DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu kullanılarak katılımcıların DSM-V kişilik bozukluğu tanıları da değerlendirilmiştir ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcıların eksen I tanıları da yönlendirmeyi sağlayan psikolog ve psikiyatrist ya da dosya bilgilerinden elde edilmiştir.

2.6. Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 17.0 programına aktarılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, frekans (sıklık), güvenilirlik analizi, madde analizi, korelasyon analizi, bağlantısız örneklem t testi kullanılmıştır.

Verilere öngörülen analizlerin yapılması için, analizlere ait varsayımlar test edilerek verilerin analize uygun olup olmadıkları incelenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak, kişilik bozukluğu tanı alma ya da almama değişkeninin Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin toplam puan, boyut ve alt boyutlarına göre normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiştir. Bunun için uç (extrem) değerlerin olup olmadığını belirlemek için Box Plot' lar, normal dağılım eğrileri, Kolmogorov – Smirnov ve normallik analizinden yararlanılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda normal dağılım gösterdikleri görülmüştür. Varyans homojenliği varsayımının test edildiği Levene Testleri incelendiğinde, bütün düzeyler ve parametrelerde varyansların homojen dağıldığı görülmüştür.

İlerleyen bölümde ise araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sırasıyla aşağıdaki analizler yürütülmüştür:

- 1) Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri boyut ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizleri,
- 2) Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri alt boyutları ve SCID-II kişilik bozukluğu toplam puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizleri,
- 3) Kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri toplam puan, boyut ve alt boyutları açısından fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bağlantısız örneklem t testi,
- 4) Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin boyut ve alt boyutlarının Cronbach alfa değerinin incelenmesi amacıyla güvenilirlik,
- 5) DSM-IV-TR kişilik bozukluğu tanısı ile DSM-V kişilik bozukluğu tanısı arasındaki uyumu değerlendirmek için ki kare (kappa uyum katsayısı) analizi yürütülmüştür.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve Alt Boyutlar Kapsamında Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların UKÖE ve boyutlarından aldıkları ortalama ve standart sapmalara ilişkin bilgiler Çizelge 3.1.'de, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve yaş grupları açısından Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ve standart sapmalara ilişkin bilgiler Çizelge 3.2., Çizelge 3.3., Çizelge 3.4.'de, sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Katılımcıların UKÖE ve boyutlar bazında aldıkları ortalama puanlar ve standart sapma

	\bar{X}	SS	Puan Aralığı	Madde Sayısı
UKÖE	286.65	78.20	113.00-480.00	220
Olumsuz Duygulanım	81.95	17.26	38.00-124.00	53
Uzak Olma	66.42	22.31	12.00-128.00	45
Terslik/Geçimsizlik	54.76	19.49	8.00-98.00	43
Dizihibisyon	58.62	14.10	23.00-96.00	46
Psikotizm	37.08	19.69	0.00-81.00	33

Çizelge 3.2. Medeni durum ve eğitim düzeyi açısından UKÖE ortalama puanlar ve standart sapma

		\bar{X}	SS
Medeni Durum	Evli (n= 59)	289.47	71.83
	Bekar (n= 20)	291.85	79.08
	Boşanmış/Dul (n= 41)	280.07	87.58
Eğitim Düzeyi	0-8 yıl (n= 34)	314.61	81.11
	9-12 yıl (n= 37)	291.48	75.35
	12 ve üstü (n=49)	263.61	72.58

Çizelge 3.3 Cinsiyet açısından alınan ortalama puanlar ve standart sapma

		Kadın (n=75)	Erkek (n=45)
		\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)
UKÖE		281.49 (74.87)	295.26 (83.61)
NEGATİF			
DUYGULANIM			
	Duyguca Oynak Olma	13.13 (4.12)	12.13 (3.72)
	Kaygılı Olma	15.21 (4.98)	14.73 (5.70)
	Ayrılma Güvensizliği	8.21 (3.97)	8.26 (4.70)
	Boyun Eğici Olma	5.97 (2.67)	5.48 (2.52)
	Düşmanlık Gösterme	13.50 (5.46)	14.82 (6.28)
	Takılıp Kalma	13.81 (4.85)	14.13 (4.15)
	Duygulanımda Kısıtlılık ^a	12.50 (3.71)	11.71 (4.20)
UZAK OLMA			
	İçe Kapanıklık	15.20 (5.84)	14.68 (6.52)
	Yakınlıktan Kaçınma	8.93 (3.47)	6.64 (3.77)
	Anhedoni	13.73 (4.94)	12.26 (4.83)
	Çökkünlük	19.57 (8.93)	19.17 (9.21)
	Şüphencilik	10.42 (3.79)	11.24 (3.89)
TERS LİK/GEÇİMSİZ LİK			
	Manipülatif Olma	3.85 (2.47)	4.40 (2.83)
	Hilekar Olma	7.62 (4.02)	8.44 (4.22)
	Grandiöz Olma	7.01 (3.70)	8.28 (3.24)
	Dikkat Çekmeye Çalışma	9.04 (4.56)	17.34 (4.54)
	Katı Olma	11.12 (6.20)	9.42 (4.57)
DİZİNHİBİSYON			
	Sorumsuz Olma	6.77 (2.98)	7.80 (4.34)
	Dürtüsel Olma	7.34 (3.96)	8.40 (3.82)
	Dikkati Dağınık Olma	13.29 (5.04)	13.35 (5.80)
	Kendini Riske Atma	16.77 (7.00)	20.08 (6.52)
	Katı Mükemmeliyetçilik ^a	12.13 (6.12)	12.82 (5.00)
PSİKOTİZM			
	Olağandışı İnançlar Yaşantılar	7.14 (5.05)	9.42 (5.67)
	Tuhaf Biri Olma	14.05 (8.34)	17.53 (9.42)
	Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	13.37 (7.12)	14.31 (7.92)

^aTers Kodlanan Alt Boyut

Çizelge 3.4. Yaş grupları açısından ortalama puanlar ve standart sapma

		18-29	30-44	45-65
		(n=52)	(n=43)	(n=25)
		\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)
UKÖE		273.63 (82.63)	298.88 (70.21)	292.72 (80.65)
NEGATİF				
DUYGULANIM	Duyguca Oynak Olma	12.76 (4.42)	12.32 (3.55)	13.48 (3.79)
	Kaygılı Olma	13.36 (5.07)	26.27 (5.05)	16.36 (5.13)
	Ayrılma Güvensizliği	7.38 (4.14)	9.32 (4.48)	8.12 (3.72)
	Boyun Eğici Olma	5.46 (2.54)	6.16 (2.74)	5.84 (2.56)
	Düşmanlık Gösterme	12.98 (4.86)	15.18 (6.35)	14.08 (6.37)
	Takılıp Kalma	13.59 (4.67)	13.62 (4.82)	15.16 (3.91)
	Duygulanımda Kısıtlılık ^a	12.84 (3.82)	11.37 (3.86)	12.32 (4.03)
UZAK OLMA	İçe Kapanıklık	13.71 (5.66)	16.20 (5.58)	15.64 (7.38)
	Yakınlıktan Kaçınma	7.26 (4.22)	8.51 (2.97)	9.00 (3.68)
	Anhedoni	12.23 (5.40)	14.39 (4.31)	13.08 (4.66)
	Çökkünlük	17.51 (9.76)	21.51 (7.65)	19.80 (9.00)
	Şüphencilik	10.21 (3.91)	11.20 (3.83)	11.00 (3.67)
TERSLİK				
/GEÇİMSİZLİK	Manipülatif Olma	3.90 (2.71)	4.27 (2.65)	4.00 (2.39)
	Hilekar Olma	8.28 (4.49)	7.83 (4.08)	7.36 (3.30)
	Grandiöz Olma	7.26 (3.05)	7.39 (3.75)	8.12 (4.30)
	Dikkat Çekmeye Çalışma	9.09 (4.39)	9.67 (4.62)	8.52 (4.83)
	Katı Olma	11.21 (7.17)	13.30 (8.24)	11.88 (6.40)
DİZİNHİBİSYON	Sorumsuz Olma	7.50 (3.94)	7.04 (3.22)	6.64 (3.37)
	Dürtüsel Olma	7.92 (4.30)	7.44 (3.43)	7.88 (4.03)
	Dikkati Dağınık Olma	13.50 (5.84)	13.16 (4.97)	13.20 (4.94)
	Kendini Riske Atma	18.05 (7.33)	17.83 (6.19)	18.24 (7.79)
	Katı mükemmeliyetçilik ^a	13.38 (5.64)	12.02 (5.93)	10.96 (5.35)
PSİKOTİZM	Olağandışı İnançlar Yaşantılar	7.13 (5.29)	8.20 (5.18)	9.44 (5.78)
	Tuhaf Biri Olma	15.34 (9.85)	15.37 (8.38)	15.36 (7.87)
	Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	13.13 (7.64)	14.97 (6.25)	12.80 (8.69)

^a Ters Kodlanan Alt Boyut

3.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Geçerliğine İlişkin Bulgular

3.2.1. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

“Yapı geçerliği (construct/conceptual/theoretical validity), psikolojik test ya da ölçeğin kuramsal bir yapıyı, boyutu, özelliği ne derecede temsil ettiğiyle ilgilidir” (Dağ 2005).

Yapı geçerliği, iç tutarlılık analizi, aynı veya benzer yapıları ölçen testin/testlerin sonuçları ile geliştirilen testin sonuçlarının karşılaştırılması, faktör analizinin yapılması, testin elde edilen sonuçlarına göre oluşan uç grupların (alt %27 ile üst %27) karşılaştırılması ve geliştirilen testten alınan toplam puan ile alt testlerinin puanlarının korelasyonunun hesaplanması gibi yöntemlerle ortaya çıkarılabilmektedir (Dağ 2005).

Yapı geçerliği çalışmalarında grup karşılaştırmaları bu yaklaşımın en yaygın uygulanma biçimidir ve testlerin uygun tanı gruplarında sınanmasıyla gerçekleştirilir. Testin ölçtüğü özellik açısından, tanı grubuyla sağlıklı (“normal”) deneklerden oluşturulan kontrol grubu arasında fark bulunması, testin ilgili özelliği geçerli olarak ölçtüğünün bir göstergesi olmaktadır (Karakaş 2004).

Bu çalışmada da Krueger ve ark (2012) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısını ortaya koymak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmasına karar verilmiştir. Ancak ölçeğin 220 maddeli bir ölçek ve örneklem sayısının 120 kişi olması nedeniyle, örneklemin faktör analizi için yetersiz olduğuna karar verilmiştir. Bu bağlamda araştırmamız kapsamında ölçeğin orijinal boyut ve alt boyut maddeleri değiştirilmeden alınmış ve toplam puanlar elde edilmiştir. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin yapı geçerliği; ölçeğin toplam puan, boyut ve alt boyutlarının korelasyon katsayıları; UKÖE alt boyutları ve SCID-II kişilik bozuklukları toplam puanlarının korelasyon katsayıları; kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan grupların toplam puan, boyut ve alt boyutlar açısından karşılaştırılması şeklinde incelenecektir.

3.2.1.1. Korelasyon analizleri

Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki ya da daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon analizi sonucunda bir korelasyon katsayısı elde edilir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arası ilişkinin düzeyine ilişkin bilgi

vermektedir (Büyüköztürk 2004). Cohen (1988)'e göre korelasyon analizinde 0,10 – 0,29 aralığındaki değer düşük ilişkiye; 0,30 – 0,49 arasındaki değer orta düzeyde ilişkiye ve 0,50 – 1 arasındaki değer ise iki değişken arasındaki yüksek ilişkiye işaretler. Araştırmamız kapsamında hesaplanan korelasyon katsayıları bu çerçevede yorumlanacaktır.

Bu çalışma kapsamında Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin (UKÖE)'nin boyutları ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi anlamak amacıyla Pearson Korelasyon analizleri yürütülmüştür. Ayrıca Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin alt boyutları ile SCID-II Kişilik bozukluğu puanları arasındaki ilişkiyi anlamak amacıyla Pearson Korelasyon analizleri yürütülmüştür. Söz konusu analizler aşağıda başlık halinde sunulmuştur:

3.2.1.1.1. Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin boyut ve alt boyutlarının ilişkisi

Uyumsuz kişilik Özellikleri Envanteri'nin beş boyutu Olumsuz Duygulanım, Uzak Olma, Terslik/Geçimsizlik, Dizinhibisyon ve Psicotizm boyutları arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla Pearson Korelasyon analizleri yürütülmüştür.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, tüm boyutların birbirleri ile olumlu yönde, orta ve yüksek düzeyde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *olumsuz duygulanım* ile *uzak olma* boyutları arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde ve olumlu yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.5.'de sunulmuştur.

Çizelge 3.5. Uyumsuz kişilik özellikleri envanteri boyutlararası korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5
1. Olumsuz Duygulanım	1				
2. Uzak Olma	.69**	1			
3. Terslik/Geçimsizlik	.49**	.40**	1		
4. Dizinhibisyon	.37**	.43**	.56**	1	
5. Psicotizm	.54**	.62**	.63**	.62**	1

** $p < .01$

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin beş boyutuna ait alt boyutların birbirleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, olumsuz duygulanım boyutunun tüm alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerin yüksek, orta ve düşük düzeyde olduğu ancak alt boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *takılıp kalma* ile *duyguca oynak olma* alt boyutları arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.6’da sunulmuştur.

Çizelge 3.6. Olumsuz Duygulanım boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Duyguca Oynak Olma	1						
2. Kaygılı/Endişeli Olma	.52**	1					
3. Ayrılma Güvensizliği	.30**	.44**	1				
4. Boyun Eğici Olma	.39**	.43**	.19*	1			
5. Düşmanlık Gösterme	.39**	.34**	.28**	.18*	1		
6. Takılıp Kalma	.65**	.52**	.33**	.43**	.62**	1	
7. Duygulanımda Kısıtlılık ^a	-.25**	-.28**	-.21*	-.36**	-.61**	-.51**	1

^aTers Kodlanan Alt Boyut, * $p < .05$ ** $p < .01$

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, uzak olma boyutunun tüm alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu ilişkiler orta ve yüksek düzeyde ilişkiye işaret etmektedir. Alt boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *çökkünlük* ile *anhedoni* alt boyutları arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.7’de sunulmuştur.

Çizelge 3.7. Uzak Olma boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5
1. İçekapanıklık	1				
2. Yakınlıktan Kaçınma	.36**	1			
3. Anhedoni	.67**	.37**	1		
4. Çökkünlük	.64**	.40**	.80**	1	
5. Şüphencilik	.52**	.26**	.48**	.56**	1

** $p < .01$

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, terslik/geçimsizlik boyutunun bazı alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Yalnızca dikkat çekmeye çalışma alt boyutu ile katı olma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Alt boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *manipülatif olma* ile *hilekar olma* alt boyutları arasında olduğu ve aralarında olumlu yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.8.'de sunulmuştur.

Çizelge 3.8. Terslik/Geçimsizlik boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5
1. Manipülatif Olma	1				
2. Hilekar Olma	.62**	1			
3. Grandiöz Olma	.42**	.23**	1		
4. Dikkat Çekmeye Çalışma	.33**	.38**	.33**	1	
5. Katı Olma	.57**	.42**	.38**	.13	1

** $p < .01$

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, dizinhibisyon boyutunun bazı alt boyutlarının birbirleri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Katı mükemmeliyetçilik alt boyutunun hiçbir alt boyut ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı, alt boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *sorumsuz olma* ile *dürtüsel olma* alt boyutları arasında olduğu ve aralarında olumlu yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca katı mükemmeliyetçilik alt boyutunun diğer alt boyutlar ile eksi yönde bir ilişkisinin olduğu ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.9.'da sunulmuştur.

Çizelge 3.9. Dizinhibisyon boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5
1. Sorumsuz Olma	1				
2. Dürtüsel Olma	.50**	1			
3. Dikkati Dağınık Olma	.45**	.44**	1		
4. Kendini Riske Atma	.17	.49**	.08	1	
5. Katı Mükemmeliyetçilik ^a	.01	-.14	-.22*	-.13	1

^a Ters Kodlanan Alt Boyut * $p < .05$ ** $p < .01$

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, psikotizm boyutunun tüm alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Alt boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *bilişsel ve algısal düzensizlik ve tuhaf biri olma* alt boyutları arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde ve olumlu yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu analize ait korelasyon katsayıları Çizelge 3.10.'da sunulmuştur.

Çizelge 3.10. Psikotizm boyutunun alt boyutlarına ait korelasyon katsayıları

	1	2	3
1. Olağandışı İnançlar ve Yaşantılar	1		
2. Tuhaf Biri Olma	.71**	1	
3. Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	.73**	.75**	1

** $p < .01$

Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin 25 alt boyutunun kendi aralarındaki korelasyon katsayılarına ilişkin bilgiler Çizelge 3.11'de sunulmuştur.

Çizelge 3.11. Uyumsuz Kişilik özellikleri envanteri alt boyutlarına ilişkin korelasyon katsayıları

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1.	1																									
2.	.52**	1																								
3.	.30**	.44**	1																							
4.	.39**	.43**	.19*	1																						
5.	.40**	.34**	.28**	.17*	1																					
6.	.66**	.52**	.33**	.43**	.62**	1																				
7.	-.26**	-.28**	-.21*	-.35**	-.61**	-.51**	1																			
8.	.42**	.52**	.30**	.32**	.59**	.58**	-.57**	1																		
9.	.33**	.30**	.02	.24**	.20*	.23**	-.29**	.36**	1																	
10.	.35**	.59**	.28**	.30**	.48**	.41**	-.40**	.67**	.37**	1																
11.	.46**	.62**	.36**	.33**	.52**	.52**	-.41**	.64**	.40**	.80**	1															
12.	.50**	.47**	.08	.25**	.53**	.57**	-.40**	.52**	.26**	.48**	.56**	1														
13.	.02	.04	.27**	.07	.34**	.15	-.36**	.14	.02	.12	.20*	.10	1													
14.	.13	.06	.32**	.20*	.20*	.17	-.29**	.08	.02	.10	.21*	.04	.62**	1												
15.	.19*	.11	.14	.11	.31*	.36**	-.24**	.06	.01	.04	.07	.25**	.42**	.23**	1											
16.	.17	.18	.30**	.26**	.15	.24*	-.19*	-.05	-.23**	-.09	-.04	.09	.33**	.38**	.33**	1										
17.	.12	.14	.26**	-.01	.64**	.34**	-.61**	.43	.16	.34**	.42**	.29**	.57**	.42**	.38**	.13	1									
18.	.34**	.34**	.39**	.21*	.48**	.44**	-.45**	.46	.09	.38**	.54**	.30**	.42**	.50**	.23*	.27**	.58**	1								
19.	.47**	.24**	.15	.22*	.54**	.59**	-.46**	.34	.19*	.25**	.39**	.50**	.30**	.27	.20*	.23*	.42**	.50**	1							
20.	.61**	.39**	.36**	.42**	.52**	.57**	-.41**	.45	.18	.44**	.51**	.41**	.15	.24	.05	.21*	.18*	.45**	.44**	1						
21.	.18*	-.10	-.16	-.03	.37**	.28**	-.35**	.11	.17	.03	.18*	.25**	.24**	.06	.24**	-.01	.44**	.17*	.49**	.08	1					
22.	-.42**	-.36**	-.14	-.25	-.25	-.47	.22*	-.23*	-.30**	-.16	-.18*	-.27**	.01	.09	-.26**	.01	-.11	.01	-.14	-.22*	-.13	1				
23.	.27**	.23**	.06	.13	.55**	.36**	-.47**	.33**	.20*	.32**	.48**	.43**	.46**	.34	.37**	.06	.60**	.42**	.47**	.33**	.55**	-.17	1			
24.	.49**	.41**	.23*	.30**	.57**	.56**	-.50**	.45**	.25**	.34**	.55**	.45**	.32**	.36	.32**	.15	.56**	.56**	.56**	.47**	.50**	-.26**	.71**	1		
25.	.42**	.40**	.16	.27**	.58**	.47**	-.51**	.47**	.39**	.45**	.67**	.56**	.31**	.34	.16	.03	.54**	.49**	.51**	.44**	.34**	-.27**	.73**	.75**	1	

^aTers Kodlanan Alt Boyut * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$ Korelasyon katsayısı .50'den büyük olanlar kalın yazı tipi ile belirtilmiştir.

1=Duyguca Oynak Olma, 2=Kaygılı Olma, 3=Ayrılmaya Güvensizliği, 4=Boyun Eğici Olma, 5=Düşmanlık Gösterme, 6=Takılıp Kalma, 7=Duygulanımda Kısıtlılık ^a, 8=İçe Kapanıklık, 9=Yakınlıktan Kaçınma, 10=Anhedoni, 11=Çökkünlük, 12=Şüphencilik, 13=Manipülatif Olma, 14=Hilekar Olma, 15=Grandiöz Olma, 16=Dikkat Çekmeye Çalışma, 17=Katı Olma, 18=Sorumsuz Olma, 19=Dürtüsel Olma, 20=Dikkat Dağınıklığı, 21=Riske Girme, 22=Katı Mükemmeliyetçilik ^a, 23=Olağandışı İnançlar ve Yaşantılar, 24=Tuhaf Biri Olma, 25=Bilişsel ve Algısal Düzensizlik

3.2.1.1.2. Uyumsuz kişilik özellikleri envanteri ve SCID-II kişilik bozuklukları ilişkisi

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterine ait 25 alt boyut ile SCID-II Kişilik Bozuklukları 10 kişilik bozukluğu puanı arasındaki ilişkileri anlamak amacıyla Pearson Korelasyon analizleri yürütülmüştür.

Buna göre; paranoid kişilik bozukluğu toplam puanı en yüksek içe kapanıklık, yakınlıktan kaçınma ve şüphencilik alt boyutları ile; şizoid kişilik bozukluğu bilişsel ve algısal düzensizlik alt boyutu ile; şizotipal kişilik bozukluğu olağandışı inançlar ve yaşantılar ve bilişsel ve algısal düzensizlik alt boyutu ile; narsisistik kişilik bozukluğu katı olma, manipülatif olma, grandiyöz olma alt boyutu ile; antisosyal kişilik bozukluğu düşmanlık gösterme ve katı olma alt boyutu ile; borderline kişilik bozukluğu dürtüsel olma ve çökkünlük alt boyutu ile; çekingen kişilik bozukluğu dikkati dağınık olma ve içe kapanıklık alt boyutu ile; bağımlı kişilik bozukluğu ayrılma güvensizliği ve boyun eğici olma alt boyutu ile; obsesif kompulsif kişilik bozukluğu katı mükemmelliyetçilik alt boyutu ile ilişkili bulunmuştur. Söz konusu analize ilişkin bilgiler Çizelge 3.12.'de sunulmuştur.

Çizelge 3.12. UKÖE alt boyutlar ve SCID-II kişilik bozuklukları arasındaki korelasyon katsayıları

	PRKB	ŞDKB	ŞTKB	ASKB	NSKB	HSKB	BLKB	ÇEKB	BAKB	OKKB
Duyguca Oynak Olma	.11	.04	.03	.04	.15	.19*	.18*	.28**	.23**	.06
Kaygılı Olma	.11	-.04	-.03	.15	.06	.01	.06	.21**	.28**	.09
Ayrılma Güvensizliği	.23*	-.03	.02	.09	.13	.13	.25**	.25**	.42**	.05
Boyun Eğici Olma	.09	-.05	-.11	.01	.03	.08	.11	.26**	.31**	.14
Düşmanlık Gösterme	.21*	.12	.15	.47**	.28**	.14	.28**	.09	.07	.02
Takılıp Kalma	.27**	.16	.13	.21*	.22*	.27**	.19*	.39**	.26**	.13
Duygulanımda Kısıtlılık ^a	-.27**	-.20*	-.19*	-.44**	-.28**	-.22**	-.28**	-.21*	-.13	-.03
İçe Kapanıklık	.29**	.09	.09	.30**	.21*	.14	.29**	.36**	.19*	.12
Yakınlıktan Kaçınma	.28**	.09	.02	.08	.11	.00	.19*	.14	.07	.23*
Anhedoni	.24**	.02	.06	.19*	.13	.03	.25**	.23*	.22*	.21*
Çökkünlük	.26**	.06	.09	.29**	.19*	.06	.31**	.31**	.28**	.12
Şüphencilik	.27**	.10	.18*	.27**	.23*	.10	.19*	.32**	.17	.09
Manipülatif Olma	.19*	.04	.15	.17	.28**	.26**	.27**	.03	.11	.00
Hilekar Olma	.06	-.07	.00	.00	.05	.09	.24**	.03	.12	-.08
Grandiöz Olma	.11	.00	.00	.09	.26**	.36**	.11	.06	.17	.08
Dikkat Çekmeye Çalışma	.01	.01	.00	-.11	.17	.29**	.09	.05	.19*	-.04
Katı Olma	.20*	.04	.15	.45**	.35**	.18	.31**	.01	.04	-.04
Sorumsuz Olma	.21*	-.01	.04	.32**	.23*	.15	.30**	.30**	.20*	.01
Dürtüsel Olma	.22*	.19*	.24**	.22**	.28**	.18*	.32**	.27**	.13	.01
Dikkat Dağımlığı	.20*	.11	.08	.15	.16	.13	.29**	.39**	.27**	.10
Riske Girme	.12	.15	.19*	.34**	.22*	.19*	.22*	.05	.00	-.06
Katı Mükemmeliyetçilik ^a	-.14	-.16	-.19	-.12	-.09	-.18	.02	-.14	-.08	-.28**
Olağandışı İnançlar ve Yaşantılar	.16	.13	.29**	.32**	.21*	.15	.15	.08	.09	.06
Tuhaf Olma	.15	.16	.25**	.29**	.16	.17	.28**	.26**	.15	.03
Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	.27**	.21*	.27**	.31**	.16	.07	.27**	.23*	.15	.04

^a Ters Kodlanan Alt Boyut * $p < .05$ ** $p < .01$

3.2.1.2. Bağlantısız örneklem t testi analizleri

3.2.1.2.1. DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE, boyut ve alt boyutları açısından farklılığının incelenmesi

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinden alınan puanların, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek üzere bağlantısız örneklem için t testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin UKÖE'den aldıkları puan ile kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerin UKÖE'den aldıkları puan arasında anlamlı bir farklılık vardır. Gruplar arası farkın büyüklüğünü belirlemek amacıyla Cohen d puanı (Cohen, 1988) hesaplanmış ve .70 olarak bulunmuştur. Söz konusu katsayı gruplar arası farkın 0.70 standart sapma büyüklüğünde ve etki boyunun orta etki boyunun üst sınırlarında olduğunu göstermektedir.

Kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin UKÖE'den aldıkları toplam puan, kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerin aldıkları puanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Grupların ortalamalarına ve standart sapmalarına ilişkin bilgiler Çizelge 3.13'de verilmiştir.

Çizelge 3.13. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE'den aldıkları ortalama ve standart sapma

	<i>KB tanısı alan grup</i>	<i>KB tanısı almayan grup</i>			
	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
UKÖE	311.67 (76.23)	260.79 (72.09)	3.75	0.000	0.70

d ≥ .20 Küçük Etki Boyu, *d* ≥ .50 Orta Etki Boyu, *d* ≥ .80 Büyük Etki Boyu

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri boyutlarından alınan puanların, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek üzere bağlantısız örneklem için t testi uygulanmıştır.

Analiz sonucunda, boyutlar açısından gruplararası karşılaştırmalar yapıldığında yalnızca dizinhibisyon boyutunda anlamlı farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Diğer dört boyut açısından etki büyüklüğü değerleri hesaplandığında ise anlamlı farklılığa ilişkin etki boyunun orta etki boyuna işaret ettiği saptanmıştır. Ayrıca boyutlara ilişkin etki büyüklüğü

katsayısının medyan değeri 0.55 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu analizlere ilişkin bilgiler Çizelge 3.14’de sunulmuştur.

Çizelge 3.14. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE boyutlarından aldıkları ortalama ve standart sapmalar

	<i>KB tanısı alan grup</i>	<i>KB tanısı almayan grup</i>			
	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Olumsuz Duygulanım	87.01 (16.61)	76.72 (16.47)	-3.40	.001	0.63
Uzak Olma	72.18 (21.09)	60.47 (22.14)	-2.96	.004	0.55
Terslik/Geçimsizlik	58.73 (20.48)	50.66 (17.65)	-2.31	.023	0.43
Dizihibisyon	60.72 (14.78)	56.45 (13.13)	-1.67	.098	0.31
Psikotizm	42.37 (19.86)	31.61 (18.10)	-3.10	.002	0.58

d ≥ .20 Küçük Etki Boyu, *d* ≥ .50 Orta Etki Boyu, *d* ≥ .80 Büyük Etki Boyu. Anlamlı farklılık olan analizlerin etki boyu değerleri kalın yazı ile sunulmuştur.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri alt boyutlarından alınan puanların, DSM-IV-TR’ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek üzere bağlantısız örneklem için t testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; duygulanımda kısıtlılığın olmaması, katı mükemmeliyetçiliğinin olmaması, anhedoni, kaygılı olma, çökkünlük, dikkat dağınıklığı, tuhaf biri olma, duyguya oynak olma, düşmanlık gösterme, sorumsuz olma, bilişsel ve algısal düzensizlik, takılıp kalma, ayrılma güvensizliği, boyun eğici olma, şüphecilik, olağandışı inançlar ve yaşantılar ve içe kapanıklık alt boyutlarında kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Kendini riske atma, dürtüsel olma, grandiyöz olma, hilekâr olma, katı olma, manipülatif olma, yakınlıktan kaçınma ve dikkat çekmeye çalışma alt boyutlarında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Gruplar arası farkın büyüklüğünü belirlemek amacıyla Cohen d puanı (Cohen 1988) hesaplanmış ve en büyük etki boyunun dikkati dağınık olma alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca alt boyutlara ilişkin etki büyüklüğü katsayısının medyan değeri 0.41 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu analizlere ilişkin bilgiler Çizelge 3.15’te sunulmuştur.

Çizelge 3.15. KB tanısı alan ve almayan bireylerin UKÖE alt boyutlarından aldıkları ortalama ve standart sapmalar

	<i>KB tanısı alan grup</i>	<i>KB tanısı almayan grup</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	\bar{X} (SS)	\bar{X} (SS)			
Duyguca Oynak Olma	13.62 (3.60)	11.86 (4.19)	-2.46	0.015	0,45
Kaygılı Olma	16.06 (5.30)	13.96 (5.01)	-2.23	0.028	0,41
Ayrılma Güvensizliği	9.16 (4.63)	7.27 (3.59)	-2.49	0.014	0,46
Boyun Eğici Olma	6.31 (2.74)	5.25 (2.38)	-2.24	0.026	0,41
Düşmanlık Gösterme	15.40 (5.87)	12.54 (5.37)	-2.78	0.006	0,51
Takılıp Kalma	15.01 (4.48)	12.81 (4.45)	-2.69	0.008	0,50
Duygulanımda Kısıtlılık ^a	11.42 (4.05)	13.01 (3.60)	2.27	0.025	0,42
İçe Kapanıklık	16.45 (6.42)	13.50 (5.37)	-2.72	0.007	0,50
Yakınlıktan Kaçınma	8.24 (3.76)	7.88 (3.74)	-.51	0.610	0,09
Anhedoni	14.31 (4.82)	12.01 (4.81)	-2.60	0.010	0,48
Çökkünlük	21.67 (8.63)	17.10 (8.85)	-2.86	0.005	0,53
Şüphencilik	11.49 (3.44)	9.94 (4.08)	-2.24	0.027	0,41
Manipülatif Olma	4.40 (2.77)	3.69 (2.40)	-1.50	0.130	0,28
Hilekar Olma	8.29 (4.36)	7.55 (3.82)	-.98	0.330	0,18
Grandiyöz Olma	7.78 (3.79)	7.18 (3.35)	-.92	0.360	0,17
Dikkat Çekmeye Çalışma	9.60 (4.75)	8.74 (4.32)	-1.03	0.300	0,19
Katı Olma	13.22 (8.48)	10.93 (6.01)	-1.70	0.090	0,31
Sorumsuz Olma	8.09 (3.82)	6.18 (3.01)	-3.03	0.003	0,56
Dürtüsel Olma	8.32 (4.10)	7.13 (3.66)	-1.67	0.100	0,31
Dikkati Dağınık Olma	14.98 (5.11)	11.59 (5.01)	-3.67	0.000	0,68
Kendini Riske Atma	18.26 (7.27)	17.76 (6.73)	-.39	0.700	0,07
Katı Mükemmelliyeçilik ^a	11.04 (5.35)	13.77 (5.79)	2.68	0.008	0,49
Olağandışı İnançlar ve Yaşantılar	8.98 (5.49)	6.98 (5.11)	-2.06	0.041	0,38
Tuhaf Biri Olma	18.13 (9.05)	12.49 (7.80)	-3.65	0.000	0,67
Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	15.26 (7.50)	12.13 (7.04)	-2.35	0.020	0,43

^a Ters Kodlanan Alt Boyut, *Anlamli farklılık olan analizlerin etki boyları kalın yazı tipi ile sunulmuştur.*

d ≥ .20 Küçük Etki Boyu, d ≥ .50 Orta Etki Boyu, d ≥ .80 Büyük Etki Boyu

3.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

3.3.1. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

UKÖE'nin iç tutarlığını değerlendirmek amacıyla madde toplam puan korelasyonları elde edilmiştir. Test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı

arasındaki ilişkiyi açıklayan madde-toplam puan korelasyon değerlerinin pozitif ve yüksek olması maddelerin benzer değişkenleri ölçtüğünü ve testin iç tutarlığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk 2012). Büyüköztürk (2012) madde-toplam korelasyon katsayısı .30 ve üzeri olan maddelerin ayırtecdiciliğinin iyi olduğunu ve .20'nin altında kalan maddelerin çıkarılmasını gerektiğini savunmuştur.

Çalışmamızda alt boyutlar bazında yapılan madde analizinde en düşük madde toplam puan korelasyonunun sorumsuz olma alt boyutunda (Madde 210) olduğu, en yüksek madde toplam puan korelasyonunun çökkünlük alt boyutunda (Madde 66) ve tuhaf biri olma alt boyutunda (Madde 205) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin geneline bakıldığında ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyon değerleri kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte ayırtecdiciliği düşük maddelerin de bulunduğu saptanmıştır.

3.3.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Boyut ve Alt Boyutları Açısından Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayısı

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin güvenilirlik çalışması kapsamında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmış ve tüm ölçek için Cronbach alfa değeri .972 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin boyutları açısından Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı hesaplandığında, iç tutarlık katsayılarının .82 ile .95 arasında farklılaştığı görülmektedir. Boyutların madde sayıları ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarına ilişkin bulgular Çizelge 3.16'da sunulmuştur.

Çizelge 3.16. Boyutların madde sayıları ve cronbach alfa katsayıları

	Madde Sayısı	α
Olumsuz Duygulanım	53	.86
Uzak Olma	45	.94
Terslik/Geçimsizlik	43	.90
Dizihibisyon	46	.82
Psikotizm	33	.95

Alt boyutlar baz alınarak analiz yapıldığında ise, Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının .64 ile .91 aralığında yer aldığı görülmüştür. Söz konusu bulgular Çizelge 3.17.'de sunulmuştur.

Çizelge 3.17. Alt Boyutların madde sayıları ve cronbach alfa katsayıları

Alt Boyut	Madde Sayısı	α	MTPK	
			En Düşük Madde	En Yüksek Madde
1. Anhedoni	8	.77	.18 (Madde 189)	.64 (Madde 26)
2. Endişeli/Kaygılı Olma	9	.81	.16 (Madde 96)	.71 (Madde 110)
3. Dikkat Çekmeye Çalışma	8	.79	.28 (Madde 113)	.67 (Madde 74)
4. Katı Olma	14	.89	.44 (Madde 90)	.64 (Madde 207)
5. Hilekarlık	10	.74	.18 (Madde 142)	.55 (Madde 206)
6. Çökkünlük	14	.90	.30 (Madde 86)	.75 (Madde 66)
7. Dikkati Dağınık Olma	9	.81	.40 (Madde 132)	.62 (Madde 199)
8. Tuhaf Biri Olma	13	.91	.48 (Madde 33)	.75 (Madde 205)
9. Duyguca Oynak Olma	7	.71	.42 (Madde 62)	.48 (Madde 138)
10. Grandiöz Olma	6	.69	.39 (Madde 187)	.47 (Madde 114)
11. Düşmanlık	10	.81	.36 (Madde 170)	.63 (Madde 38)
12. Dürtüsel Olma	6	.77	.20 (Madde 58)	.72 (Madde 16)
13. Yakınlıktan Kaçınma	6	.74	.36 (Madde 97)	.60 (Madde 145)
14. Sorumsuz Olma	7	.65	.15 (Madde 210)	.47 (Madde 171)
15. Manipülatif Olma	5	.70	.44 (Madde 107)	.52 (Madde 219)
16. Bilişsel ve Algısal Düzensizlik	12	.88	.42 (Madde 42)	.66 (Madde 36)
17. Takılıp Kalma	9	.72	.28 (Madde 121)	.50 (Madde 60)
18. Duygulanımda Kısıtlılık	7	.67	.30 (Madde 45)	.49 (Madde 167)
19. Katı Mükemmeliyetçilik	10	.81	.24 (Madde 220)	.66 (Madde 196)
20. Kendini Riske Atma	14	.80	.20 (Madde 98)	.66 (Madde 67)
21. Ayrılma Güvensizliği	7	.77	.30 (Madde 12)	.72 (Madde 127)
22. Boyun Eğici Olma	4	.64	.31 (Madde 202)	.51 (Madde 15)
23. Şüphencilik	7	.66	.23 (Madde 131)	.53 (Madde 133)
24. Olağandışı İnanç ve Yaşantılar	8	.85	.43 (Madde 150)	.73 (Madde 139)
25. İçer Kapanıklık	10	.83	.19 (Madde 10)	.72 (Madde 182)

3.4. DSM-IV-TR Kişilik Bozuklukları Tanıları ile DSM-V Kişilik Bozuklukları Tanılarının Uyuşmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların DSM-V için genel kişilik bozukluğu tanısını karşılamaları ve DSM-IV-TR'den herhangi bir kişilik bozukluğu tanısını karşılamaları arasındaki örtüşme Kappa Uyum İstatistiği ile incelenmiştir.

Sonuçlara göre, her iki sistemle de kişilik bozukluğu tanısı alan hasta sayısı 54, her iki sistemle de kişilik bozukluğu tanısı almayanların sayısı 44'tür. Bu durumda iki tanı sistemi arasındaki uyuma $98/120= \% 82$ düzeyindedir. Uyuşmazlık oranı ise $22/120= \% 18$ düzeyindedir. Hesaplanan kapa istatistiği ($\kappa = 0.63$) tanı sistemleri arasındaki uyumun önemli derecede yüksek olduğunu göstermektedir. Söz konusu analize ilişkin bulgular Çizelge 3.18.'de verilmiştir.

Çizelge 3.18. DSM-IV-TR ve DSM-V kişilik bozukluğu tanılarının uyuma oranları

		DSM-V KB	
		Var	Yok
DSM-IV-TR KB	Var	54	17
	Yok	5	44

4. TARTIŞMA

Bu araştırmada Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması, Türkçe formun geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması amaçlanmıştır. Araştırmanın bu bölümünde belirtilen amaçlar doğrultusunda elde edilen bulgular ilgili alanyazındaki diğer araştırma sonuçları ile birlikte ele alınarak karşılaştırılmıştır.

4.1. Katılımcıların Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ve Boyutlar Kapsamında Aldıkları Ortalama Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Çalışmamızda katılımcıların UKÖE'nin boyutları kapsamında aldıkları ortalama puanlar ve standart sapma değerlendirildiğinde, olumsuz duygulanım boyutu için 81.95 ± 17.26 ; uzak olma boyutu için 66.42 ± 22.31 ; terslik/geçimsizlik boyutu için 54.76 ± 19.49 ; dizinhibisyon boyutu için 58.62 ± 14.10 ; psikotizm boyutu için ise 37.08 ± 19.69 olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda UKÖE'nin boyut puan ortalamaları, Gore (2013)'un 585 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmanın puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Olumsuz Duygulanım=60.59; uzak olma=38.63; terslik/geçimsizlik: 37.92; dizinhibisyon: 43.99; psikotizm: 28.09). Söz konusu sonucun nedeni, araştırmaya klinik örneklemin dahil edilmesi olabilir. Kontrol grubu açısından düşünüldüğünde eksen I tanılarının UKÖE puanlarını etkileyebilir. Örneğin majör depresif bozukluk tanısını karşılayan bir bireyin olumsuz duygulanım boyutunun çökkünlük alt boyutundan yüksek puan alması olasıdır. Araştırma grubu açısından bakıldığında ise kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin UKÖE'nden yüksek puan alması beklenmektedir. Katılımcıların boyutlardan aldıkları puanlar madde sayılarına bölüldüğünde ise, katılımcıların en yüksek ortalamayı olumsuz duygulanım boyutundan aldıkları saptanmıştır. Katılımcıların % 73.3'ü anksiyete ve duygudurum bozukluklarından bir tanıyı karşılamaktadır. McCrae ve Costa (1987), birçok araştırmacının olumsuz duygulanım boyutunun temelinde anksiyete, depresyon, kızgınlık, sıkıntı gibi olumsuz duyguları içerdiği yolunda fikir birliği içinde olduklarına işaret etmektedirler. Dolayısıyla eksen I tanısı olan kontrol grubunun olumsuz duygulanım puanlarının yüksek olması manidardır. Benzer şekilde Samuel ve Widiger (2008), kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunun nörotisizm ile olumlu düzeyde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Dolayısıyla, araştırma grubunun da olumsuz duygulanım puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

4.2. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Geçerliğine İlişkin Sonuçlar

Araştırmamızın ilk amacı Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin yapı geçerliğini değerlendirmektir. Bu amaçla doğrulayıcı faktör analizi yapılmasına karar verilmiş ancak örneklem sayısının 120 kişi, ölçeğin madde sayısının 220 olması nedeniyle faktör analizi uygulanamamıştır. Ölçeğin yapısını değerlendirmek amacıyla ana makaledeki boyut ve alt boyutlar değiştirilmeden alınmış, boyut ve alt boyutlar arası ve SCID-II toplam puanı ile korelasyon katsayıları hesaplanmış ve gruplararası (kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan gruplar) karşılaştırmalar yapılmıştır.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, tüm boyutların birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Boyutlar arasında en yüksek korelasyon katsayısının *olumsuz duygulanım* ile *uzak olma* boyutları arasında olduğu ve aralarında yüksek düzeyde, olumlu yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerin nevroitiklik düzeyi arttıkça, diğerlerinden uzak olma düzeylerinin arttığı söylenebilir. Ya da uzak olma düzeyi arttıkça bireylerin nevroitiklik düzeylerinin arttığı söylenebilir. Nörotik bireyler, uzun süreli olumsuz duygulanımlar yaşamaya eğilimlidirler. Kişiler arası ilişki kurmakta ve ilişkilerine bağlı kalmakta zorluk yaşarlar (Girgin 2007). Araştırmacılar, nevroitiklik boyutundan yüksek puan alan bireylerin kuruntulu düşünceler ve düşmanca tepkiler gibi uygun olmayan sorun çözme becerileri geliştirdiklerini belirtmişlerdir (Somer ve ark 2011). Dolayısı ile nevroitik bireylerin diğer bireylerden uzak olma düzeylerinin de artması manidardır. Tam zıttı düşünülduğünde ise diğerlerinden uzak olma düzeyi arttıkça bireylerin nevroitiklik düzeyi de artmaktadır.

Boyutlar arasında en düşük korelasyon katsayısının ise, *olumsuz duygulanım* ile *dizinhibisyon* boyutları arasında olduğu ve aralarında düşük düzeyde, olumlu yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Söz konusu bulgunun, boyuta ait alt boyutlar ve bireylerin karşıladıkları kişilik bozuklukları tanısı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Örneğin antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bir bireyin hem dizinhibisyon hem de olumsuz duygulanım boyutlarından yüksek puan alması beklenirken, çekingen kişilik bozukluğuna sahip bir birey için olumsuz duygulanım alt boyutlarından (kaygılı olma, ayrılma güvensizliği vb.) yüksek puan alması, dizinhibisyon (dürtüsel olma, sorumsuz olma vb.) alt boyutlardan ise düşük puan alması beklenmektedir. Kişilik bozuklukları

tanılarının tümünün değerlendirilmesi nedeniyle korelasyon katsayısının düşmüş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda boyutların birbirleri ile korelasyon katsayılarının 0.37 ile 0.69 aralığında yer aldığı görülmektedir. Krueger ve ark (2012) boyutların kendi içlerinde korelasyon katsayılarının 0.11 ile 0.48 arasında değiştiğini, Anderson ve ark (2013) ise UKÖE nin tüm boyutları arasındaki korelasyon katsayısının -.04 (Terslik/Geçimsizlik ile Uzak Olma) ile .37 (Terslik/Geçimsizlik ile Psicotizm) arasında yer aldığını saptamışlardır. Diğer çalışmalar ile kıyaslandığında çalışmamızdaki boyutlar arası korelasyon katsayılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Söz konusu farklılığın araştırmamızdaki örneklemin klinik örneklem olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Benzer şekilde Quilty ve ark (2013) da 201 kişilik psikiyatri örneklemini ile yaptıkları çalışmada boyutlararası korelasyon katsayısının .18 ile .69 arasında, farklılaştığını belirtmişlerdir. Söz konusu katsayılar, bizim araştırmamızdaki katsayılara oldukça yakındır.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin beş boyutuna ait alt boyutların birbirleri ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan korelasyon analizinde, psicotizm ve uzak olma boyutunun tüm alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Terslik/geçimsizlik boyutunun ise bazı alt boyutlarının birbirleri ile olumlu yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Yalnızca dikkat çekmeye çalışma alt boyutu ile katı olma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Krueger ve ark (2012), söz konusu alt boyutlar arası korelasyon katsayısının .36, Quilty ve ark (2013) ise .29 olduğunu belirtmişlerdir.

Olumsuz duygulanım boyutunda duygulanımda kısıtlılığın olmaması alt boyutunun boyutuna ait hiçbir alt boyutla olumlu yönde bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Nitekim duygulanımda kısıtlılığın olmaması alt boyutu ile olumsuz duygulanım boyutu arasında eksi yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Krueger ve ark (2012) da duygulanımda kısıtlılık alt boyutunun diğer alt boyutlar ile iyi düzeyde ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir. Gore (2013) da benzer şekilde duygulanımda kısıtlılık alt boyutunun olumsuz duygulanım boyutundan alınıp uzak olma boyutuna eklenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Dizihibisyon boyutunda ise katı mükemmeliyetçilik alt boyutunun boyutuna ait üç alt boyutla anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Anderson ve ark (2013) da

UKÖE ile MMPI-2'in alt ölçeklerinden 5 Psikopatoloji Ölçeği (PSY-5) arasındaki ilişkiyi incelemiş, katı mükemmeliyetçilik ve duygulanımda kısıtlılık alt boyutunun hiçbir PSY-5 alt boyutu ile ilişkili olmadığını saptamışlardır. Watson ve ark (2013), duygulanımda kısıtlılık alt boyutunun beş faktör boyutlarından nörotisizm ile anlamlı ve güçlü bir korelasyon katsayısının olmadığını saptamışlardır. Anderson ve ark (2014) katı mükemmeliyetçilik alt boyutunun bütün alt boyutlarla eksi yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir

Dikkati dağınık olma alt boyutunun ise olumsuz duygulanım boyutuna ait alt boyutlarla korelasyon katsayısının (ortanca $r = .42$), dizinhibisyon boyutundaki alt boyutlar ile korelasyon katsayısından (ortanca $r = .15$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla dikkati dağınık olma alt boyutunun dizinhibisyon boyutundan alınıp, olumsuz duygulanım boyutuna eklenmesi önerilmektedir. Kavramsal olarak düşünüldüğünde söz konusu bulgu anlamlıdır. Nitekim olumsuz duygulanımı yüksek bireylerin odaklanma ve dikkat ile ilgili konularda güçlükler yaşamaları muhtemeldir. Ayrıca kaygının bilişsel modeline göre, bireyler tehlike etkenine karşı dikkat yanlılığı nedeniyle dikkat dağınıklığı gösterebilirler (Rinck ve ark 2003).

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin tüm boyutlarının birbirleri ile anlamlı düzeyde ve olumlu yönde ilişkilerinin olması, tek bir yapı içerisinde olduklarına ilişkin bir bulgudur.

Araştırmamızda Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin alt boyutları ile SCID-II kişilik bozukluklarının ilişkisinin incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Söz konusu analizin sonuçlarına göre; bazı kişilik bozuklukları ile UKÖE alt boyutları arasında anlamlı ve olumlu yönde ilişkilerin olmadığı saptanmıştır.

Söz konusu korelasyon katsayılarının literatürdeki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni ölçüm aracımızın doğası ile ilişkili olabilir. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin katılımcı formunun kullanılması katılımcılar üzerinde sosyal arzulanırlık yaratmış ve belirli maddeleri işaretlememelerine neden olmuş olabilir. Nitekim diğer çalışmaların bulguları şu şekildedir: Miller ve ark (2014), da DSM-V Uyumsuz Kişilik Özelliklerinin DSM-IV kişilik bozukluğu tanıları ile ortalama korelasyon katsayısının .63 olduğunu, kişilik bozukluğu puanları ve Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri arasındaki korelasyon

katsayısının ise .43 (Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile .81 (Borderline ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu) arasında değiştiğini bulmuşlardır. Anderson ve ark (2014) Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkinin etki boyunun $>.30$ 'dan yüksek olduğunu belirterek, kişilik bozuklukları ile UKÖE alt boyutları arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Boyutlar ve kişilik bozukluğu arasındaki korelasyon katsayılarının ise 0.18 ile 0.49 arasında farklılaştığını belirtmiştir.

Bozukluklar bazında bakıldığında ise; paranoid kişilik bozukluğu toplam puanı en yüksek içe kapanıklık alt boyutu ile; şizoid kişilik bozukluğu bilişsel ve algısal düzensizlik alt boyutu ile; şizotipal kişilik bozukluğu olağandışı inançlar ve yaşantılar alt boyutu ile; narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluğu katı olma alt boyutu ile; borderline kişilik bozukluğu dürtüsel olma alt boyutu ile; çekingen kişilik bozukluğu dikkati dağınık olma alt boyutu ile; bağımlı kişilik bozukluğu ayılma güvensizliği alt boyutu ile; obsesif kompulsif kişilik bozukluğu katı mükemmelliyeçilik alt boyutu ile ilişkili bulunmuştur. Söz konusu alt boyutların kişilik bozukluklarının çekirdek özellikleri incelendiğinde anlamlı olduğu düşünülmüştür. Alanyazında benzer bulgulara rastlanmaktadır. Anderson ve ark (2014), narsisistik, antisosyal ve histrionik kişilik bozukluğu ile terslik/geçimsizlik boyutu arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkinin mevcut olduğunu ve söz konusu tanılarının terslik geçimsizlik boyutu ile iyi düzeyde yordandığını belirtmişlerdir. Ayrıca şizotipal kişilik bozukluğunun ise psikotizm boyutu ile iyi düzeyde yordandığını ifade etmişlerdir.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların UKÖE, boyutlar ve alt boyutlar bazında aldıkları puanların karşılaştırması yapılmıştır. Sonuçlara göre, kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nden aldıkları puan ile kişilik bozukluğu tanısı almayan bireylerin Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nden aldıkları puan arasında anlamlı bir farklılık vardır. Gruplar arası farkın büyüklüğünü belirlemek amacıyla Cohen d puanı hesaplanmış ve .70 olarak bulunmuştur. Söz konusu bulgu Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin kişilik bozukluğu tanısını iyi düzeyde ayırt edebildiğini göstermektedir.

Nitekim alanyazındaki da birebir aynı analiz ile yapılmış çalışma olmamakla birlikte DSM-IV-TR kişilik bozuklukları ile Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri ile yapılmış regresyon çalışmalarına rastlanabilir. Fossati ve ark (2013), Uyumsuz Kişilik

Özellikleri Envanteri'nin boyutlarının DSM-IV kişilik bozukluğu varyansının % 40'ından fazlasını açıkladığı saptamışlardır. Alt boyutlar bazında ele alındığında ise, toplam varyansın % 70'ini açıkladığı saptanmıştır. Few ve ark (2013), UKÖE'nin DSM-IV kişilik bozukluğu tanılarının % 33 (Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile % 69 (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) aralığında ortalama olarak % 45 lik bir varyansı açıkladığını saptamışlardır.

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri boyutlarından alınan puanların, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler açısından farklılaşmış ve farklılaşmadığını incelemek üzere bağlantısız örneklem için t testi uygulanmıştır. Boyutlar açısından gruplararası karşılaştırmalar yapıldığında yalnızca dizinhibisyon boyutunda anlamlı farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Sonuçlara göre kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik ve psikotizm boyutlarından aldıkları puanlar kişilik bozukluğu tanısı almayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir. Etki büyüklüğü değerleri hesaplandığında ise anlamlı farklılığa ilişkin etki boyunun orta etki boyuna işaret ettiği saptanmıştır. En yüksek etki boyunun 0.63 ile olumsuz duygulanım boyutuna ait olduğu belirlenmiştir.

Söz konusu bulgumuz alanyazındaki bulgular ile uyumaktadır. Samuel ve Widiger (2008), kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunun nörotisizm ile olumlu yönde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Hopwood ve ark (2012), bütün kişilik bozuklukları ile olumsuz duygulanım boyutu arasındaki korelasyonun 0.68 düzeyinde olduğunu ve kişilik bozuklukları ile ilişki düzeyi en yüksek iki boyuttan biri olduğunu belirtmişlerdir. Anderson ve ark (2014), ise olumsuz duygulanım boyutunun bütün kişilik bozuklukları ile ilişkili olduğunu korelasyon katsayılarının ise 0.23 ile 0.50 arasında farklılaştığını belirtmişlerdir.

Costa (2001)'ya göre, olumsuz duygulanım endişe, kızgınlık, utanma gibi üzüntü verici duyguları içeren olumsuz bir duygu alanı olarak karşımıza çıkmaktadır (akt. Sevi 2009). Olumsuz duygulanım boyutunun kişilik bozukluğu örneğinde anlamlı olarak yüksek olması beklenir bir bulgudur. Söz konusu bulgu kişilik bozukluğu olan bireylerin duygularını düzenlemekte güçlük yaşadıklarını ifade edebilir. Kişilik bozukluklarının çekirdek özelliklerine baktığımızda, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının düşmanlık ve öfke duygularını, şizoid ve çekingen kişilik bozukluklarının endişe duygularını düzenleme konusunda güçlük yaşadıkları bilinmektedir. Nitekim yapılan

çalışmalar kişilik bozukluğu olan bireylerin duygu düzenleme konusunda güçlükler yaşadıklarını belirtmektedir (Bornovalova ve ark 2008, Yen ve ark 2002). Yapılan bir çalışmada ise 50 borderline kişilik bozukluğu tanısı alan, 50 borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan bireyle çalışılmış, bireylere 24 saat taşınabilen psikofizyolojik olarak geribildirim veren bir cihaz vermişlerdir. Çalışmada katılımcılardan cihaz uyarı verdiğinde hissettikleri duyguları ve bunların yoğunluğunu işaretlemeleri istenmiştir. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler daha fazla ve daha yoğun negatif duygu tariflemişlerdir (akt. Conklin ve ark 2006).

UKÖE'nin alt boyutları kapsamında karşılaştırma yapıldığında ise; en büyük etki boyunun dikkati dağınık olma ve tuhaf biri olma alt boyutlarında olduğu belirlenmiştir. Özellikle tuhaf olma alt boyutu açısından bakıldığında, kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin tanı olmayanlarla karşılaştırıldığından kendilerini daha “tuhaf” algıladıkları belirlenmiştir. Söz konusu bulgu benlik kavramı ile açıklanabilir. Benlik kavramı bireyin kendi hakkındaki bilgi ve inançlarından oluşmaktadır. Benlik kavramının gelişiminde dış dünya ile etkileşim büyük rol oynamaktadır. Yani diğerlerinin tepkileri bizim kendimize ilişkin algımızı etkilemektedir (Bilgin 2008). Bu bağlamda kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin dış dünya tarafından “tuhaf” olarak tanındıkları ve kurdukları bu etkileşimler neticesinde kendilerinin tuhaf bir birey olduklarına ilişkin bir algılama içerisine girmiş olabilirler. Söz konusu bulguya benzer şekilde ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında Öğrük (2010), kişilik bozukluklarının nasıl algılandığını araştırmış ve algıya yönelik yapılan değerlendirmede tüm kişilik bozukluklarının olumsuz şekilde algılandığını saptamışlardır.

Ayrıca alt boyutlara ilişkin etki büyüklüğü katsayısının ortanca değeri 0.41 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu ortanca değeri, boyutlar baz alındığında 0.55 olarak belirlenmiştir. Boyutların etki boyu ortanca değeri, alt boyutların etki boyu ortanca değerinden daha yüksek bulunmuştur. Söz konusu bulgu kişilik bozuklukların boyutlarla daha fazla ilişkili olması ile açıklanabilir. Nitekim, Samuel ve Widiger (2008) kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunun nörotisizm ile olumlu yönde, dışadönüklük, uyuşabilirlik ve sorumluluk ile eksi yönde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak özellik (facet) düzeyinde Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Kişilik Bozuklukları açısından daha az örtüşmenin olduğunu bildirmişlerdir. Ölçeğin tümünden alt boyutlara doğru

inildiğinde daha az örtüşmenin olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı yapılırken alt boyutlardan yararlanılabilir.

Sonuç olarak, UKÖE'nin boyutları arasında anlamlı ilişkilerin olması tek bir boyuta ilişkin olduklarını ifade etmektedir. Ayrıca alt boyutlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde de anlamlı ilişkiler olduğu yalnızca duygulanımda kısıtlılık, katı mükemmeliyetçilik ve dikkati dağınık olma alt boyutlarının yapılacak diğer araştırmalarla yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. SCID-II kişilik bozukluğu tanıları ile UKÖE alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise anlamlı ve orta düzeyde ilişkilerin olduğu bulunmuştur. UKÖE'nin ayrıca DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireylerin ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır. Boyutlar bazında dizinhibisyon boyutunun anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır. Alt boyutlar bazında ise daha az örtüşmenin olduğu bulunmuştur. Ancak yine de UKÖE'nin geçerliğini değerlendiren bir ön çalışma niteliğinde söz konusu çalışmada yapı geçerliğinin sağlandığını belirtebiliriz. Zira UKÖE'nin yapı geçerliğini destekleyen çalışmalar da gün geçtikçe artmaktadır (Anderson ve ark 2013, Hopwood ve ark 2013, Wright ve ark 2012).

4.3. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin güvenilirlik çalışması kapsamında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve tüm ölçek için Cronbach alfa değeri .972 olarak bulunmuştur. Ölçeğin boyutları açısından Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplandığında, iç tutarlılık katsayılarının .82 (Dizinhibisyon) ile .95 (Psikotizm) arasında farklılaştığı görülmektedir. En düşük Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısının dizinhibisyon boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bulguları alanyazındaki çalışmalar ile desteklenmiştir. Anderson ve ark (2013) dizinhibisyon için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının .89 olarak, uzak olma ve olumsuz duygulanım için .93, terslik/geçimsizlik ve psikotizm boyutu için ise .94 olarak bulunduğunu belirtmişlerdir. Fossati ve ark. (2013), da olumsuz duygulanım ve dizinhibisyon için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının .94, uzak olma için .95, terslik/geçimsizlik ve psikotizm için .96 olarak belirtmişlerdir.

Alt boyutlar baz alınarak analiz yapıldığında ise, Cronbach alfa iç tutarlık katsayılarının .64 (Boyun Eğici Olma) ile .91 (Tuhaf Biri Olma) aralığında yer aldığı

görülmüştür. Boyun eğici olma alt boyutunun madde sayısının az olması iç tutarlılık katsayısının düşmesine neden olmuş olabilir. Söz konusu bulgumuza benzer şekilde De Fruyt ve ark (2013) ise alt boyutlar bazında .75 (Boyun Eğici Olma, Şüphencilik) ile .95 (Tuhaf Biri Olma) arası bir iç tutarlılık katsayısı olduğunu belirtmişlerdir.

Genel olarak yapılan çalışmalarda alt boyutların iç tutarlılık katsayısının .70 ile .95 aralığında olduğunu belirtilmiştir. Few ve ark (2013), UKÖE'nin boyutlarının cronbach alfa güvenirlik katsayısının .91 ile .96 arasında, alt boyutlar içinse .78 ile .95 arasında yer aldığını belirtmişlerdir. Quilty ve ark (2013), UKÖE alt boyutları için Cronbach alfa güvenirlik katsayısının .70'den büyük, .72 (Şüphencilik) ile .96 (Çökkünlük) aralığında farklılaştığını belirtmişlerdir. Watson ve ark (2013) 388 psikiyatrik tanı almayan birey ile 202 psikiyatrik tanı almış birey ile yaptıkları çalışmada, tanı alan grup için alt boyutların güvenirlik katsayısının .73 ile .95, tanı almayan grup içinse .77 ile .95 arasında farklılaştığını belirtmişlerdir. Wright ve ark (2012), ölçeğin alt boyutları için .72 ile .96 arasında değişen bir Cronbach alfa katsayısı bulmuşlardır. Miller ve ark (2014) ise alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının .79 - .95 aralığında yer aldığını bildirmişlerdir. Hopwood ve ark (2013) alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısının .69 ile .95 arasında yer aldığını ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak UKÖE'nin iç tutarlık katsayısının yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak bazı alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının düşük olduğu, bu durumun madde sayılarının az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

4.4. DSM-IV-TR ve DSM-V Kişilik Bozukluğu Tanı Uyuşmasına İlişkin Sonuçlar

Katılımcıların DSM-V için genel kişilik bozukluğu tanısını karşılamaları ve DSM-IV-TR'den herhangi bir kişilik bozukluğu tanısını karşılamaları arasındaki örtüşme Kappa Uyum İstatistiği ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, hesaplanan kappa istatistiği ($\kappa = 0.63$) tanı sistemleri arasındaki uyuşmanın önemli derecede yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak tanıları bakıldığında, DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin 17'sinin DSM-V'e göre kişilik bozukluğu tanısını karşılamadığı saptanmıştır. Söz konusu durumun DSM-IV-TR'nin kategorik, DSM-V'in ise boyutsal bir yaklaşımı benimsiyor olması ile ilintili olabileceği düşünülmüştür. Nitekim, kategorik yaklaşımlarda tanı koyma ve eş tanı oranı oldukça yüksektir. Nitekim Arkar (2008) ülkemizde yaptığı çalışmada 544 hastadan, 140'ında (%25.7), birden fazla DSM-IV kişilik bozukluğu tanısı saptamıştır.

Ayrıca kişilik bozukluğu tanısı alan 245 hasta toplam 501 kişilik bozukluğu tanısı ölçütlerini karşılamıştır. Bu durum hasta başına 2,04 tanının karşıladığına işaret etmektedir. Benzer şekilde Dereboy ve ark (2014), 774 kişi ile yaptıkları çalışmada 140 (% 18,4) katılımcının birden fazla kişilik bozukluğu tanısını karşıladığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da DSM-IV-TR'ye göre 61 kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcının toplamda 92 kişilik bozukluğu tanısını karşıladığı bulunmuştur. Dolayısıyla kişi başına 1.51 tanının karşılandığı saptanmıştır.

5. SONUÇ

Bu çalışma, Krueger ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilen Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (Maladaptive Personality Trait Inventory) isimli ölçeği Türkçe'ye uyarlamak ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmak amacıyla yürütülmüştür. Ölçek Türkçe'ye uyarlandıktan sonra 120 kişiden oluşan klinik örneklem (61 kişilik bozukluğu tanısı alan, 59 kişilik bozukluğu tanısı almayan) ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda Türkçe'ye uyarlanan formun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Ayrıca söz konusu çalışma DSM-V ve kişilik bozuklukları alanında ülkemizde yapılan nadir çalışmalardan biridir. Klinik örneklem ile çalışılmış olması da bu nispette önemlidir. Ayrıca söz konusu çalışmanın gücü 0.61 etki büyüklüğünde, 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmanın bir takım sınırlılıkları ve gelecek araştırmalara önerilerimiz de mevcuttur.

Çalışmamızın ilk kısıtlılığı örneklem grubuyla ilişkilidir. Çalışmanın Türkçe'ye yeni uyarlanan bir ölçek olması ve öncelikli olarak klinik örnekleme uygulanması bir sınırlılıktır. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin tabakalı örnekleme (stratified sampling) yöntemiyle psikiyatrik bir tanı almayan örnekleme uygulanması ve faktör yapılarının belirlenmesi gerekmektedir.

İkinci bir sınırlılık uyumsuz kişilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan aracın doğasıyla ilgilidir. Ölçeğin öz bildirim dayalı bir ölçek olması, sosyal arzulanırlık etkisi yaratmış olabilir. Nitekim kişilik bozuklukları tanısı alan bireyler yaşadıkları çatışmalardan çevreyi sorumlu tutup, kendisini çevreye değil, çevreyi kendisine uydurmaya çalışabilmektedir (Öztürk 2001). Yani duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik farkındalıkları azdır. Dolayısıyla öz bildirim formuna ek olarak katılımcıların ailelerinden bilgi alınabilir ya da Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nin klinisyen formu da kullanılabilirdi.

Çalışmamızın bir diğer sınırlılığı güvenilirlik yöntemine ilişkindir. Çalışmada güvenilirlik yöntemi olarak Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Ancak kişiliğin kuramsal olarak zamana karşı değişmezlik yapısı göz önüne alındığında

güvenirlilik değerlendirme yöntemi olarak katılımcılara UKÖE iki hafta sonra tekrar verilip, test tekrar test güvenirliliğinin değerlendirilmesi de uygun olurdu.

Ayrıca giriş bölümünde de bahsedildiği üzere UKÖE beş faktör kişilik modeli ile yakın benzerlik içindedir. UKÖE'nin geçerliliğini değerlendirmede hâlihazırda Türkçe'ye uyarlanmış olan beş faktör kişilik modeli ölçüm araçları kullanılabilirdi. Gelecek araştırmalar için ayrıca ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Beş Faktör Kişilik Modeli ile ilişkisine bakılabilir. Nitekim alanyazında benzer çalışmalara rastlamak mümkündür.

Ayrıca UKÖE kişilik bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilen bir ölçek olsa da yalnızca klinik psikoloji alanında değil adli psikoloji ya da endüstri psikolojisi alanında da kullanılabilir. Örneğin antisosyal kişilik bozukluğu için terslik/geçimsizlik boyutunun alt boyutları kullanılabilir. Veyahut personel seçimlerinde söz konusu envanterin kullanımı uygun olabilir.

ÖZET

Kaçar S. Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanterinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması

Kişilik bozuklukları, yüzyıllardır tartışılıyor olmasına karşın ilk olarak DSM-III’te tanı kriterleri olarak sunulmuştur. DSM-III’ten günümüze, kişilik bozuklukları tanılarında köklü değişiklikler olmamakla birlikte tanılarının kategorik yaklaşım ile belirlenmesine yönelik tartışmalar söz konusudur. Tanı tartışmalarına karşılık, 2013 yılında yayınlanan DSM-V’te Araştırılması Gereken Alanlar bölümüne alternatif bir kişilik modeli yayınlanmıştır. Söz konusu modelde B tanı kriteri kapsamında, kişilik işlevselliğindeki bozulmaya eşlik eden uyumsuz kişilik özellikleri olması gerektiği belirtilmiştir. Krueger ve arkadaşları (2012) uyumsuz kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla “Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri” ni geliştirmişlerdir. Bu çalışmada Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri Türkçe’ye uyarlanarak Türkçe formun geçerlik ve güvenirliliği araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini DSM-IV-TR’ye göre 61 kişilik bozukluğu tanısı alan, 59 tanı almayan 120 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri, DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu, DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II) ve Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Uyarlama aşamalarından sonra yapılan yapı geçerliği analizlerinde ölçeğin tüm boyutlarının birbirleri ile ilişkili olduğu, alt boyutlar bazında analiz edildiğinde ise duygulanımda kısıtlılık, katı mükemmeliyetçilik alt boyutlarının diğer alt boyutlarla anlamlı ilişkilerinin olmadığı ve dikkati dağınık olma alt boyutunun olumsuz duygulanım boyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri’nin kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan bireyler açısından anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır. Boyutlar bazında yalnızca dizinhibisyon boyutunda, alt boyutlar bazında da bazı alt boyutlarda anlamlı olarak farklılaşma olmadığı saptanmıştır. Alt boyutların SCID-II ile ilişkisinde, anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Ölçeğin güvenirliliği Cronbach alfa katsayısı ile sınanmıştır. Sonuç olarak, Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri’nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmış olmakla birlikte ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda; sonuçlar ve sınırlılıklar ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: DSM-V, kişilik bozukluğu, geçerlik, güvenirlilik, PID-5.

SUMMARY

Kaçar S. Adaptation of the Maladaptive Personality Trait Inventory into Turkish, Validity and Reliability Study

Although being discussed by centuries, personality disorders have been published being diagnostic criterions in DSM-III. Since DSM-III, there has not been any radical changes, however there has been lots of discussions about categorical approach of determining personality disorders. In reply to diagnosing discussions, in DSM-V section III part an alternative personality model has been published. In that model, B diagnosing criterion includes “one or more pathological personality traits.” In order to evaluate maladaptive personality disorders, Krueger et al (2012) have published “Maladaptive Personality Traits Inventory. (PID-5)” After publishing this inventory, it has been felt the need for adaptation in many languages and using personality disorders sample. Because of the fact that, in this research PID-5 was adapted Turkish language and investigated validity and reliability of PID-5. Sample consists of 120 people, 59 people have diagnosed with personality disorders and 61 people haven't diagnosed with personality disorders. Turkish version of the Maladaptive Personality Disorders, SCID-II Interview Form for Personality Disorders, DSM-V Personality Functioning Form and Demographic Information Form were used as data collection instruments. After the adaptation step construct validity has been investigated. In those analyses, all domains of the PID-5 have been found correlated each other, however restricted affectivity and rigid perfectionism have been found not correlated with other domains. And distractibility trait has been correlated with negative affectivity domain. And also PID-5 points cut off significantly between experimental and control group. SCID-II and PID-5 traits correlated significantly. The reliability of the scale was analyzed by Cronbach alfa coefficient. In conclusion the Maladaptive Personality Trait Inventory was found to be a valid and reliable instrument. However it is needed for additional investigations. Conclusions and limitations have been discussed with the literature informations.

Key Words: DSM-V, personality disorders, reliability, validity, PID-5.

KAYNAKLAR

- Ak İ, Sayar K. Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Sosyobiyojik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12 (3):155-158.
- Alarkon RD, Foulks EF. Personality Disorders and Culture: Contemporary Clinical Views. *Cultural Diversity and Mental Health* 1995;1(1):3-17.
- Alba Catalá M, Walker K, Bowen E, Lila M. Intimate Partner Violence Offenders: A Comparison of English and Cultural Differences in Personality and Aggressive Behavior in Spanish Offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 2014; 1-18.
- Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, Başoğlu C, Ebrinç S, Çetin M. Antisosyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10: 278-285.
- Anderson JL, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C. A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research* 2014; 216: 363–372.
- Anderson JL, Sellbom M, Bagby M, Quilty LC, Veltri COC, Markon KE, Krueger RF. On the Convergence Between PSY-5 Domains and PID-5 Domains and Facets: Implications for Assessment of DSM-5 Personality Traits. *Assesment* 2013; 20(3):286–294.
- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: APA; 2013.
- APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA; 1987.
- APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA; 1994.
- APA (American Psychiatric Association). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA; 2000.
- Arkar H. Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:115-124.
- Arslan SH, Karlıdağ R, Alparslan ZN, Tamam L, Ünal M. Borderline Kişilik Bozukluğunda Ökseleyici Çocukluk Yaşantıları ve Ruhsal Bulgular. *Düşünen Adam* 1977;10 (3):33-39.
- Aslan S. Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular, Varsayımlar* 2008;1-2:7-18.
- Ball S. Reconceptualizing Personality Disorder Categories Using Personality Trait Dimensions: Introduction to Special Section. *Journal of Personality* 2001;69(2):147-153.

- Banerjee PJM, Gibbon S, Huband N. Assessment Of Personality Disorder. *Advances In Psychiatric Treatment* 2009;15:389–397.
- Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991;61: 226-244.
- Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini, MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TM. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders* 2004;18 (2):193–211.
- Baymur F. *Genel Psikoloji*. (12. Baskı). İstanbul: İnkilap Kitapevi; 1997.
- Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi*. (Çev. Ed. T. Özakkaş) İstanbul: Litera Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2004); 2008.
- Benjet C, Guilherme B, Medina-Mora ME. DSM-IV personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(3):227-234.
- Bilgin N. *Sosyal Psikoloji*. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları; 2008.
- Blashfield RK. Variants of Categorical and Dimensional Models. *Psychological Inquiry* 1993;4(2):95-98.
- Bono JE, Boles TL, Judge TA, Lauver, KJ. The role of personality in task and relationship conflict. *Journal of Personality* 2002;70 (3):1311-1344.
- Bornovalova MA, Gratz KL, Daughters SB, Nick Delany-Brumsey A, Lynch TR, Kosson D, Lejuez CW. A Multimodal Assessment of the Relationship Between Emotion Dysregulation and Borderline Personality Disorder Among Inner-city Substance Users In Residential Treatment. *Journal of Psychiatric Research* 2008;42:717-726.
- Braver M, Bumberry J, Green K, Rawson R. Childhood Abuse and Current Psychological Functioning in a University Counseling Center Population. *Journal of Counseling Psychology* 1992;39(2):252-257.
- Brennan KA, Shaver PR. Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving. *Journal of Personality* 1998;66(5):835-878.
- Burger JM. *Kişilik* (Çev. İ. D. Erguvan Sarıoğlu). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2004); 2006.
- Büyüköztürk Ş. *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum (16. Baskı)*. Ankara: Pegem Akademi; 2012.
- Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: PegemA Yayıncılık; 2004.
- Carey G. Twin Imitation for Antisocial Behavior: Implications for Genetic and Family Environment Research. *Journal Of Abnormal Psychology* 1992;101(1):18-25.

Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review Psychology* 2007;58:227–257.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry* 1993;50:975-990.

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

Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arch. Gen Psychiatry* 1987;44:573-588.

Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd Edition. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.*

Coid J, Yang M, Tyrer P. Prevalence and correlates of personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 2006;188:423–431.

Conklin ZC, Bradley R, Westen D. Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;194(2):69-77.

Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9(32):26-29.

Çırakoğlu OC, Uluç S, Uluç BN. Üniversite Öğrencileri Depresif Belirtileri Nasıl Algılıyor? Depresyonun Algılanan Nedenleri, Çareleri ve Yardım Davranışları Üzerine Niteliksel Bir Çalışma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(2): 119-126.

Çifter İ. *Psikiyatri*. Ankara: Şenal Basım Yayın; 1986.

Dağ İ. Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik, güvenirlik. *3P Dergisi* 2005; 13: 17-23.

Davison GC, Neale JM, Oltmanns TF. *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları* (4. Baskı). (İ. Dağ, çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (orijinal çalışma basım tarihi 1995); 2003.

Davison GC, Neale JM. *Anormal Psikolojisi* (7. Baskı).(İ. Dağ, çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (orijinal çalışma basım tarihi 1997); 2004.

De Clercq B, De Fruyt F, De Bolle M, Van Hiel A, Krueger RF, Markon, KE. The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality* 2014;82(2):158-169.

De Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, Wille B, Markon KE, Krueger RF. General and Maladaptive Traits in a Five-Factor Framework for DSM-5 in a University Student Sample. *Assessment* 2013; 20(3): 295–307.

Dereboy Ç, Güzel HŞ, Dereboy İF, Okyay P, Eskin M. Personality disorders in a community sample in Turkey: Prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. *International Journal of Social Psychiatry* 2014;60(2):139–147.

Dereboy F. DSM-V Kişilik İşlevselliği Klinik Değerlendirme Formu Türkçe Çevirisi 2013. Adnan Menderes Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Ders Notları.

Eisenberg N, Spinard TL, Eggum ND. Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. *Annual Review Clinical Psychology* 2010; 495(6):495-525.

Erdoğan E. *Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Biçemleri ve Kişilik Bozuklukları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2010.

Feist GJ. A Meta-Analysis of Personality in Scientific and Artistic Creativity. *Personality and Social Psychology Review* 1998; 2(4): 290-309.

Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Terry DP, Collins B, MacKillop J. Examination of the Section III DSM-5 Diagnostic System for Personality Disorders in an Outpatient Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology* 2013;122(4):1057-1069.

Few LR. *Validation Of The Proposed Dsm-5 Dimensional Diagnostic System For Personality Disorders*. Doctor's Thesis. Georgia University. 2013.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site Test-retest Reliability Study. *Journal of Personality Disorders* 1995b;9(2):92-104.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. The Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II).Part I: Description. *Journal of Personality Disorders* 1995a; 9(2):83-91.

Fossati A, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. Temperament, Character, And Attachment Patterns in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 2001;15:390-402.

Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment* 2013; 20(6):689-708.

Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Battaglia M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, Novella L, Prolo F. Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry* 2000;41:206-215.

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

Gardner K, Qualter P. Emotional Intelligence and Borderline Personality Disorder. *Personality and Individual Difference* 2009;47:94-98.

Girgin B. *Beş Faktör Kişilik Modelinin İşyerinde Duygusal Tacize (Mobbing) Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, Türkiye. 2007.

Glenn CR, Klonsky ED. Emotion Dysregulation As A Core Feature of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* 2009; 23(1):20-28.

Goldberg LR. An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59:1216-1229.

Goldsmith H, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, Hinde RH, McCall RB. Roundtable: What Is Temperament? Four Approaches. *Child Development* 1987;58:505-529.

Gore WL. *The DSM-5 Dimensional Trait Model and the Five Factor Model*. Master's Thesis. Kentuck University College of Arts and Sciences; 2013.

Gökalp PG. Kişilik Bozuklukları Kavramının Tarihsel Gelişimi: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(3):216-222.

Guilford JP. *Personality*. ABD: McGraw-Hill Book Company; 1959.

Haslam N. The dimensional view of personality disorders: a review of the taxometric evidence. *Clinical Psychology Review* 2003; 23:75–93.

Hazan C, Shaver PR. Bağlanma: yakın ilişkilerle ilgili araştırmalar için bir çerçeve. (Çev: A. Dönmez). *Türk Psikoloji Bülteni* 2000; 6 (16-17): 29-50.

Hopwood CJ, Schade N, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE. Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment* 2013; 35, 162–172.

Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012; 121:424-432.

İnanç YB, Yerlikaya EE. Kişilik Kuramları. Ankara: Pegem Akademi: 2008.

Jylha P, Ketokiv M, Mantere O, Melartin T, Suominen K, Vuorilehto M, Holma M, Holma I, Isometsa E. Temperament, character and personality disorders. *European Psychiatry* 2013;28:483-491.

Kaplan, Sadock. *Klinik Psikiyatri (İkinci Baskı)*. (H. Aydın, A. Bozkurt, Çev.) İstanbul: Güneş Kitabevi (orijinal çalışma basım tarihi 2002); 2005.

Karakaş S. *Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Arastırma ve Geliştirme Çalışmaları*. Ankara: Dizayn Ofset; 2004.

Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):254-261.

Kerig PK, Wenar C. *Developmental Psychopathology from Infancy through Adolescence. (Fifth Edition)*. New York: McGraw Hill; 2005.

Köknel Ö. *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik* (17. Basım). İstanbul: Akdeniz Yayıncılık; 2005.

- Köroğlu E. *Kişilik Bozuklukları (İkinci Baskı)*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2010.
- Köroğlu E. *Psikiyatri El Kitabı (İkinci Baskı)*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009.
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine* 2012;1-12.
- Krueger RF, Eaton NR, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment* 2011;93:325–331.
- Kural S, Evren C, Çakmak D. Alkol/Madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer I. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2005;6 (1):9-18.
- Larsson H, Andershed H, Lichtenstein P. A Genetic Factor Explains Most of the Variation in the Psychopathic Personality. *Journal Of Abnormal Psychology* 2006, 115(2):221–230.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kesler RC. DSM-IV Personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007;62:553-564.
- Lenzenweger MF. Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 2008;31:395–403.
- Lewis CA, Francis LJ, Shevlin M. ve ark. Confirmatory factor analysis of the French translation of the abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). *European Journal of Psychological Assessment* 2002;18(2):179-185.
- Linden M. Minimal emotional dysfunctions (MED) in personality disorders. *European Psychiatry* 2006;21:325-332.
- Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology* 1994;103:6-17.
- Lynam DR, Widiger TA. Using the five factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology* 2001; 110: 401-412.
- Markon KE, Krueger RF, Watson D. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005; 88:139–157.
- Mc Adams DP, Ollson BD. Personality Development:Continuity and Change Over the Life Course. *Annual Review of Psychology* 2010; 61:517-542.
- Mc Crae RR, Costa PT. Validation of the Five-Factor Model of Personality Across Instruments and Observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52(1):81-90.

Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M. Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorder* 2001;15(5):371-389.

Meyer B. Pilkonis PA. Developing Treatments That Bridge Personality and Psychopathology. *Personality and Psychopathology* içinde 262-291. New York: The Guilford Pres; 2006.

Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA, Reynolds SK, Lynam DR. A simplified technique for scoring the DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment* 2005;12: 404-415.

Miller JD, Few LR, Lynam DR, MacKillop J. Pathological Personality Traits Can Capture DSM-IV Personality Disorder Types. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2014; 1-9.

Miller JD, McCain J, Lynam DR, Few LR, Gentile B, MacKillop J, Campbell WK. A Comparison of the Criterion Validity of Popular Measures of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder via the Use of Expert Ratings. *Psychological Assessment* 2014; DOI: 10.1037/a0036613.

Morris CH. *Psikolojiyi Anlamak*. (Çev. Ed. Belgin Ayvaşık ve Melike Sayıl) Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 1996.

Mullins-Sweatt SN, Widiger TA. The Five Factor Model of Personality Disorder: A Translation across Science and Practice. R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds). *Personality and psychopathology* (pp. 39-20). New York, NY, US: Guilford Pres; 2006.

Newman DL, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA. Antecedents of adult interpersonal functioning: Effects of individual differences in age-3 temperament. *Developmental Psychology* 1997;33:206-217.

NIMH (National Institute for Mental Health). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion: Policy implementation guidance for the development of services for people with personality disorders*. London: Department of Health; 2003.

O'Connor BP. A quantitative review of the comprehensiveness of the five factor model in relation to popular personality inventories. *Assessment* 2002; 9:188–203.

Oğuz M. Antisozyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Eksen I-Eksen II Komorbiditesinin Ve Psikopati Düzeylerinin Araştırılması Ve Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, Türkiye. 2009.

Oldham JM. Personality Disorders. *The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry* 2005; 3(3):372-382.

Ozer DJ, Reise SP. Personality assessment. *Annual Review of Psychology* 1994; 45:357-388.

Öğrük G.Özel Bir Örnekte Kişilik Bozukluğunun Yaygınlığı ve Algılanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2010.

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

Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (8. baskı). Ankara: Feryal Matbaası; 2001.

Paris J. Estimating The Prevalence Of Personality Disorders In The Community. *Journal of Personality Disorders* 2010;24(4):405–411.

Perry JC, Vaillant GE. Personality disorders, Kaplan HI ve Sadock BJ (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th. Ed., Williams ve Williams, “Chapter 27.1”, Baltimore; 1989.

Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N, Thomas K. N, Levy KN, Fossella J, Silbersweig D, Stern E, Clarkin JF, Kernberg OF. An approach to the psychobiology of personality disorders. *Development and Psychopathology* 2003;15:1093-1106.

Quilty LC, Ayearst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assesment* 2013.

Revelle W. Association for Research in Personality: the home for psychological generalists. P (newsletter of the Association for Research in Personality 2008; 2:1-5.

Rinck M, Becker ES, Kellermann J, Roth WT. Selective attention in anxiety: Distraction and enhancement in visual search. *Depression and Anxiety* 2003; 18, 18-28.

Samuel DB, Widiger TA. Clinicians’ personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 2004;18:286-308.

Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and the DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical Psychology Review* 2008;28(8):326–1342.

Samuel DB. Comparing Personality Disorder Models: FFM And DSM-IV-TR. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kentuck University. 2008.

Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: a metaanalytic review. *Clinical Psychology Review* 2004; 23:1055–1085.

Sevi S. *Psikobiyolojik Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Kuramı: Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ile Beş Faktör Kişilik Envanterinin (5FKE) Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2009.

Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five Factor Model. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161:1743-1754.

Sherry A, Lyddon WJ, Henson R. Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling and Development* 2007;85:337-348.

Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler SE. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry* 1988;145:1297-1299.

Somer O, Korkmaz M, Tatar A. *Kuramdan Uygulamaya Beş Faktör Kişilik Modeli ve Beş Faktör Kişilik Envanteri*. (2. Baskı). İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları; 2011.

Şahin D. Kişilik Bozuklukları. *Klinik Gelişim* 2009; 45-55.

Şahin Demirkapı E. *Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojilerle İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2013.

Şar V. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: “Batı Cephesinde Yeni bir Şey Yok” mu?. *Klinik Psikiyatri* 2010;13:196-208.

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

Şenyuva HŞ. *Aydın İlinden Alınan Normal Bir Popülasyonda Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışmaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, Türkiye. 2007.

Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4 (2):154-177.

Tektaş SS. Vermunt (1994) öğrenme stilleri envanterinin Türkçeye uyarlanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2010.

Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE, Hopwood CJ. The Convergent Structure of DSM-5 Personality Trait Facets and Five-Factor Model Trait Domains. *Assessment* 2013; 20(3):308–311.

Trull TJ, Durrett C. Categorical and dimensional models of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005;1:355-380.

Trull TJ, Widiger TA. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013;15(2):135–146.

Trull TJ. The five-factor model of personality disorder and DSM–5. *Journal of Personality* 2012;80(6):1697-1720.

Türk Dil Kurumu (TDK) Türkçe Sözlük (9. Baskı). Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi; 1998.

Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Trait-Dimensional Model to General *DSM-5* Integrating Normal and Pathological Personality: Relating the Trait-Dimensional Model to General *DSM-5* Traits of Personality. *Assesment* 2013; 20, 312-326.

Widiger TA, Costa PT, McCrae RR. A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. In T. A. Widiger & P. T. Costa (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 431-456). Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

Widiger TA, Costa, PT, McCrae RR. Diagnosis of Personality Disorder Using the Five-Factor Model and the Proposed *DSM-5*. In T. A. Widiger & P. T. Costa (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3rd ed., pp. 285-310). Washington, DC: American Psychological Association; 2013.

Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five factor model of personality disorder: A proposal for *DSM-V*. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009;5:197–220.

Widiger TA, Trull TJ, Clarkin JF, Sanderson C, Costa PT. A description of the *DSM-IV* personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp. 89-99). Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist* 2007;62:71-83.

Widiger TA. The *DSM-5* dimensional model of personality disorder: rationale and empirical support. *Journal of Personality Disorders* 2011;25:222-234.

Widiger TA. The *DSM-III-R* categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry* 1993; 4:75-90.

Wiggins JS, Pincus AL. Conceptions of personality disorders and dimensions of personality. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;1:305–316.

Wright AGC, Pincus AL, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KM, Krueger RF. Conceptions of Narcissism and the *DSM-5* Pathological Personality Traits. *Assesment* 2013; 19, 263–275.

Wright AGC, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. The hierarchical structure of *DSM-5* pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology* 2012; 121(4):951–957.

Yanbastı G. *Kişilik Kuramları*. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları; 1990.

Yelboğa A. Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2006;8(2):196-211.

Yen S, Zlotnick C, Costello E. Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002;190:693-696.

Yetiş ÖY. *Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı Ve Sorun Çözme Becerileri İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2010.

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1911-1918.

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri

Ad Soyad: Servet KAÇAR

Doğum Yeri: Denizli

Doğum Tarihi: 01.01.1988

Eğitim Bilgileri

1994-1999 Denizli Atalar İlkokulu

1999-2002 Denizli Atatürk İlköğretim Okulu

2002-2006 Denizli Hasan Tekin Ada Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)

2006-2011 Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

2011-2014 Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilimdalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

EKLER

Ek-1:ADÜ Etik Kurul İzin Belgesi



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 14083461/050.04- 260
Konu : Çalışmanız hk.

28.11.2013
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.11.2013 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 9 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi-Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 9

Protokol No : 2013/295
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Çiğdem DEREBOY'un "Krueger'in (2011) işlevsel olmayan (patolojik) kişilik özellikleri envanterinin uyarlanması, geçerli-güvenirlilik çalışması" başlıklı klinik araştırmasının 14.11.2013 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 26.11.2013 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek-2: Aydın Devlet Hastanesi Araştırma İzin Belgesi



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Aydın Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 41070290-600-489
Konu : Araştırma İzni Hk.

13.03.2014* 03975

Sn: Servet KAÇAR
(Adnan Menderes Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği Psikolojik Değerlendirme ve
Psikoterapi Birimi Kat:1)

İlgi: 12.03.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile "Krueger'in (2011) işlevsel Olmayan (patolojik) Kişilik Özellikleri Envanterinin Uyarlanması, Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması" konulu yüksek lisans tezi hakkındaki anket çalışmasının 2014 yılı Mart-Haziran ayları arasında, Aydın Devlet Hastanesinde 18-65 yaş arası kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan hastalarda yapılabilmesi için yapmış olduğunuz başvuru talebiniz değerlendirilmiştir.

Birliğimize bağlı Aydın Devlet Hastanesinde yapılacak olan araştırma çalışmasının; sağlık tesisimizde hizmetin aksamasına mahal vermeyecek şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Sekreterlik Makamının 13.03.2014 tarih ve 3968 sayılı Onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Ahmet Murat İŞİL
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK: 1 Adet Makam Onayı

Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
Tel : 0 256 214 33 62 / 4556
Fax : 0 256 213 87 72 E-Posta : tibbihizmetler09@gmail.com

İrtibat :N.ÜSTÜNBIÇAK

Ek-3: Ölçek İçin Alınan Araştırma İzni

Dr. Ferhan Dereboy:

I am responding to your request to translate the Personality Inventory for DSM-5, (Copyright © 2011, American Psychiatric Association) into the Turkish language, for administration in the study "Validation of the Personality Inventory for DSM-5 in Turkish," with start date of January 2013 and end date of June 2013.

Permission is granted under the following conditions:

- Permission is nonexclusive and limited to this one time use, for use in this study only
- Use is limited to Turkish language only; print only; 130 participants only, with a corresponding number of print copies
- Permission must be requested for additional uses (including any subsequent uses, editions, revisions and any other use)
- Permission fee is gratis for this one time use

In all instances, the source and copyright status of the reprinted material must appear with the reproduced text. The following notice should be used:

The Personality Inventory for DSM-5, (Copyright ©2011), is reproduced for use in this study with permission from the American Psychiatric Association.

Sincerely,

Cecilia Stoute

Licensing and Permissions Manager

Ek-4: Demografik Bilgi Formu

1. **Yaş:**
2. **Cinsiyet:** Kadın: Erkek:
3. **Medeni durum:** Evli: Beraber yaşıyor (Dini nikah: Diğer: Hiç evlenmemiş: Dul: Boşanmış: Ayrı yaşıyor:
4. **Şu anda yaşadığınız yer:** Büyükşehir: İl: İlçe: Belde/Köy:
5. **18 Yaşına kadar en uzun süre yaşadığınız yer:** Büyükşehir: İl: İlçe: Belde/Köy:
6. **Eğitim durumu:** Eğitimsiz : İlkokul: Ortaokul: Lise: Üniversite: Lisansüstü:
7. **Çalışma durumu:** 1:Çalışıyor 2:Çalışmıyor
8. a.Düzenli gelir (maaş/aylık/haftalık vb):
Düzensiz gelir: (esnaf/tüccar/zanaatkar:, çiftçi:, avukat/mimar/müh.vb: , inşaat/tarım işçisi:)
b.Emekli : Ev hanımı: Öğrenci: İşsiz :
9. **Eve giren aylık ortalama gelir:** 0–499 TL: 500–999 TL: 1000–1499 TL: 1500–1999 TL: 2000–2499 TL: 2500–2999 TL: 3000 –3499 TL: 3500 –3999 TL: 4000 TL ve üzeri:
10. **Evde yaşayan kişiler:** Eş vb: Çocuklar: Anne: Baba: Kardeşler: Büyükanne/baba Hala/amca/kuzen/yeğen vb: Arkadaşlar:
11. **Evde yaşayan kişi sayısı:**
12. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan kimse var mı?
() Yok () Var (Varsa kimde olduğunu belirtiniz.)
13. Herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?
() Evet () Hayır
Belirtiniz.....
14. Varsa, sorunuz için psikolojik yardım/ tedavi gördünüz mü?
() Evet () Hayır
15. Şu anda psikolojik yardım/ tedavi görüyor musunuz?
() Evet () Hayır
16. Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?
() Evet Adı:..... () Hayır

Ek -5: SCID-II Kişilik Bozuklukları İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

LÜTFEN CEVAPLARINIZI CEVAP KAĞIDINA DOLDURUNUZ.

SCID KİŞİLİK ENVANTERİ

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE CEVAP KAĞIDINDAKİ ‘Evet’ VEYA ‘Hayır’ YANITLARINDAN SİZE UYAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İŞTENLİKLE CEVAPLAMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sınırlı görünmekten korkar mısınız?
7. Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?
8. Günlük işlerinizi yaparken sık sık başkalarına danışma ihtiyacı duyar mısınız?
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararları başkalarının mı vermesini istersiniz?
10. Yanıldıklarınızı düşünseniz bile, başkalarının fikrine karşı çıkmaktan çekinir misiniz?
11. Bir işi tek başınıza yapmak size zor gelir mi?
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?
13. Yalnız kalmaktan rahatsız olur musunuz?
14. Bir yakınınızdan temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?
15. Terk edilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?
16. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya özen gösterir misiniz? Ayrıntılarında önemli olduğuna inanır mısınız?
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğini gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?
19. Sizden başka kimsenin doğru yapmayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?
23. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davranışlara kızar mısınız?
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?
25. İnsanlara bir şey vermek ya da ayırmak size zor gelir mi?
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmaktan zorlanır mısınız?
27. İşlerinizi son ana ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?
28. Sevmediğiniz, istemediğiniz bir işi yapmanız istendiğinde sinirlenir ya da bozulur musunuz?
29. Bazı insanlar, istemedikleri bir işi yapmaları beklendiğinde ağırdan alır ya da işi yapmazlar. Sizin de böyle davrandığınız olur mu?
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı istekte bulunurlar mı?
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay unuttur musunuz?
32. Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?

33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?
34. İnsanlar, üzerine düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz midir?
36. Arkadaşlarımız ya da sevdiklerinizin size genellikle kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?
41. Söylediğiniz ya da yaptığımız bir şeyin başkalarını kızdırdığını görüp şaşırduğunuz yada bozulduğunuz olur mu?
42. Eğlenmeye pek fırsat bulmadığımız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığımız olur mu?
43. Eğlenceli ortamlarda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenemediğiniz olur mu?
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?
47. Kendinizden çok başkalarının yararına olacak şeyleri mi yaparsınız?
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?
50. Arkadaşlarımızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?
52. Sizi kızdıran ya da kötülük yapan insanları zor mu affedersiniz?
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şeyler bilmesinden tedirgin olur musunuz?
54. Alıngan bir insan mısınız?
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?
56. Eşinizin(ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız olur mu?
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar diye düşündüğünüz olur mu?
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?
59. Bir toplantıda tanımadığımız birkaç kişinin olması sizi rahatsız eder mi?
60. Hiç olağan dışı (ya da doğaüstü) olaylarla tanık oldunuz mu?
61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?
62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylerle karıştırdığımız olur mu?
63. Kimseyi göremesiniz bile, etrafınız da bir şeyin ya da bir kişinin varlığını hissettiğiniz olur mu?
64. Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarımızın yanında değilken daha mı rahat olursunuz?
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?
67. Hiçbir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?
68. Başka bir insanla cinsel ilişki kurmakta ilgisiz misiniz?
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olmak, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırıp çağırırlar. Siz de böyle biri misiniz?
74. İnsanların size bakması, sizinle hoşlanması hoşunuza gider mi?
75. Olaylar ya da insanlar karşısında kolay parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığımız olur mu?)
77. Sizce kendi ihtiyaçlarınız başkalarının isteklerinden önce mi gelir?

78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğiniz söylediler mi?
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olmasını için ısrar eder misiniz?
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çabuk bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun, uzun süre etkisinde kalır mısınız?
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?
83. Başkalarınca anlaşılmayan bir takım yetenek ve üstünlükleriniz var mı?
84. Zaman zaman özel bir insan olduğunuzu düşünür müsünüz? Başkaları, kendini beğenmiş biri olduğunuzu düşünür mü?
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?
87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığınızdan yada acılarına katılamadığınızdan şikayet ederler mi?
90. İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Örneğin çok sevdiğiniz birinden kısa bir süre sonra nefret ettiğiniz oldu mu?
92. Hiç, başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu? Aklınıza estiği gibi para harcadığınız, örneğin nasıl ödeyeceğinizi düşünmeden, taksitle gereksiz şeyler aldığınız oldu mu?
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?
94. Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?
95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?
96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?
97. Hiç marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?
98. Moraliniz sık bozulur mu? Örneğin sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz oldu mu?
99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu?
100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız?
101. Hiç, kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya kalkıştınız mı? Ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?
103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar veremediğiniz ya da ne istediğiniz bilemediğiniz oldu mu?
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?
106. Hiç, değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.

109. 15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?
110. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?
111. Kavgacı bir çocuk muydunuz?
112. 15 yaşından önce kavgada, alet kullanır mıydınız?
113. Hiç başka bir insanı sizinle cinsel ilişkiye zorladınız mı?
114. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?
115. Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?
116. Hiç, size ait olmayan şeylere tasarlayarak zarar verdiniz mi?
117. Hiç, yangın çıkardınız mı?
118. Çocukken yalan söyler miydiniz?
119. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?
120. 15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?

SORULARIMIZ BİTMİŞTİR
KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

SCID-II
HASTA YANIT VE KLİNİSYEN DERECELENDİRME FORMU

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: _____

HASTALAR İÇİN YANITLARA AÇIKLAMASI

E = Evet
E = Hayır

KLİNİSYEN İÇİN DERECELENDİRME AÇIKLAMASI

? = Bilgi Yetersiz, 1 = Yok veya Yanlış
2 = Şüpheli, 3 = Şüpheli veya Doğru

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
01	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
02	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
03	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
04	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
05	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
06	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
07	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
ÇUKUR(4)			
08	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
09	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
10	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
11	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
12	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
13	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
14	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
15	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
01	(E) (H)	(1) (2) (3)	9 ()
BASK(5)			
16	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
17	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
18	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
19	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
20	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
21	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
22	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
23	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
24	(E) (H)	(1) (2) (3)	9 ()
OKUR(4)			
27	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
28	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
29	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
30	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
31	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
32	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
33	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
34	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
35	(E) (H)	(1) (2) (3)	9 ()
PAKIS(5)			

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
36	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
37	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
38	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
39	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
40	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
41	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
42	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
43	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
44	(E) (H)	(1) (2) (3)	9 ()
45	(E) (H)	(1) (2) (3)	10 ()
46	(E) (H)	(1) (2) (3)	11 ()
47	(E) (H)	(1) (2) (3)	12 ()
48	(E) (H)	(1) (2) (3)	13 ()
OKUR(5)			
49	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
50	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
51	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
52	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
53	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
54	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
55	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
56	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
OKUR(4)			
57	(E) (H)	(1) (2) (3)	1 ()
58	(E) (H)	(1) (2) (3)	2 ()
59	(E) (H)	(1) (2) (3)	3 ()
60	(E) (H)	(1) (2) (3)	4 ()
61	(E) (H)	(1) (2) (3)	5 ()
62	(E) (H)	(1) (2) (3)	6 ()
63	(E) (H)	(1) (2) (3)	7 ()
64	(E) (H)	(1) (2) (3)	8 ()
Excentric Babesim		(1) (2) (3)	5 ()
Distri Sıdık Yıkılgı		(1) (2) (3)	6 ()
Excentric Speseli		(1) (2) (3)	7 ()
Incephalite Afler		(1) (2) (3)	8 ()
49-53	Pam İle Olan	(1) (2) (3)	9 ()
OKUR(5)			

1

KSD

SCID-II
HASTA YANIT VE KLİNİSYEN DERECELENDİRME FORMU

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Yanıt	Skor	Ölçüt
65	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
66	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
67	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
68	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
69	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
02	Dost/Sırdaş Yokluğu	(?) (1) (2) (3)	6 ()
Constricted Affect		(?) (1) (2) (3)	7 ()
SKKB (4)			
70	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
71	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
72	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
73	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
74	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
75	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
76	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
77	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
78	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
79	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
Impressionistic Speech		(?) (1) (2) (3)	8 ()
HSKB (4)			
80	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
81	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
82	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
83	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
84	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
85	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
86	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
87	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
88	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
89	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
90	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
NSKB (4)			

HASTA TARAFINDAN DOLDURULACAK		KLİNİSYEN TARAFINDAN DOLDURULACAK	
Soru	Skor	(?) (1) (2) (3)	Ölçüt
91	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
92	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
93	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
94	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
95	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
96	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
97	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
98	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
99	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
100	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
101	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
102	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
103	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
104	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
105	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
106	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	
107	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
108	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
BLKB (5)			
109	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	1 ()
110	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	2 ()
111	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	3 ()
112	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	4 ()
113	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	5 ()
114	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	6 ()
115	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	7 ()
116	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	8 ()
117	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	9 ()
118	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	10 ()
119	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	11 ()
120	(E) (H)	(?) (1) (2) (3)	12 ()
ASKB (5)			

2



TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Derecelendirmeyi Yapan Klinisyen

Tarih :

Ek-6: DSM-V Kişilik İşlevselliği Değerlendirme Formu



PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
KİŞİLİK DEĞERLENDİRME FORMU
Sürüm 02/2013



Hastaya İlişkin Bilgiler	
Adı Soyadı	Hasta No

Değerlendirmeciye İlişkin Bilgiler	
Adı Soyadı	Değerlendirme Tarihi

DSM ve ICD ÖLÇÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- ⊙ hiç yok
① biraz karşılıyor
② oldukça karşılıyor
③ tümüyle karşılıyor

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

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

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

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ AYRINTILI DEĞERLENDİRME

(İç sayfalardaki değerlendirme kılavuzuna başvurun)

- ⊙ bozulma yok
① hafif bozulma
② orta bozulma
③ ağır bozulma
④ çok ağır bozulma

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

Ek-7: DSM-II Kişilik Bozuklukları

a. Paranoid Kişilik

Paranoid kişiliğin üç temel özelliği vardır: Bunlardan ilki, bireyin kendi dışındaki bireylerin bilinçdışı eğilimlerine aşırı duyarlılık göstermesine karşın söz konusu eğilimler kendisinde bulunduğu duyarlılığının olmamasıdır. İkinci özellik paranoid kişiliği olan bireylerin özel olarak duyarlı olduğu alanlarda sorumluluğu kendisine atfetmek yerine diğer bireylere atıfta bulunmasıdır. Üçüncü özellik ise; bireyin kendilik algısı ve çevre algısında bozulmalar olabileceğidir. Bu kişilik bozukluğu “prepsikotik kişilik bozukluğu” dur. Dolayısıyla bu bireylerde psikoz yaşanması durumunda paranoid formda olması muhtemeldir (Çifter 1986).

b. Siklotimik Kişilik

Siklotimik kişiliğe sahip bireylerin davranışları genellikle dostça ve enerjiktir. Bu kişilerin istekleri engellenirse, öfke ve aşırı duyarlılık tepkileri verebilirler. Duygudurumları depresyon halinden aşırı neşe haline kadar değişim gösterebilir. Gün içerisinde bazen karamsar, bazen neşeli, bazen konuşkan, bazen de sessiz olabilirler. Ancak bu belirtiler psikotik bir seyirde ilerlemez (Çifter 1986).

c. Skizoid Kişilik

Skizoid kişilerin en temel özelliği kendilerini sosyal çevreden uzak tutmaları ve yakın ilişki kurmaktan kaçınma eğilimi göstermeleridir. Gündüz rüyaları olabilir ve otistik düşünme eğilimleri vardır. Gerçeklik algılarının zayıflaması ve fantastik doyum aramaları muhtemeldir. Gerçekçi olmayan hedeflere yönelmeleri de söz konusudur. Dolayısı ile çevreleri tarafından “eksantrik” olarak algılanabilirler. Ayrıca skizoid kişiler, utangaç ve aşırı duyarlıdır (Çifter 1986).

d. Eksplozif Kişilik

Eksplozif kişiliği olan bireyler genellikle dostça görünmelerine karşın hafif uyarılara karşı aşırı nitelikte ve ani heyecansal tepki gösterirler. Bu kişilerin çevreleri ile ilişkileri genellikle dalgalanmalıdır çünkü düşmanlık duygularını kontrol etme noktasında güçlük yaşayabilirler. Heyecansal gerginlikleri yüksektir ve öfke patlamaları ile karakterizedir. Başa çıkmakta güçlük çektikleri bir durum karşısında ya da engellenmeye

bir tepki olarak intihar eğilimleri görülebilir. Karşı cinse olan tutumlarında kıskançlık söz konusu olabilir. Genel olarak heyecansal tutumlarda dalgalanma, dengesizlik, öfke patlamaları ile karakterize bu tür tepkiler kişiliğin olgunlaşmamışlığına ait ifade biçimleri olarak kabul edilir (Çifter 1986).

e. Obsesif Kompulsif Kişilik

Obsesif kompulsif kişilik tipleri, katı, titiz, sistemli, sosyal ve ahlaki bağlılıklarında kendilerini suçlu gören bireylerdir. Çalışmayı severler ancak mükemmeliyetçi bir tutum içinde olmaları nedeniyle sıkıntı yaşayabilirler. Genellikle kendi uyguladıkları yöntemin doğru olduğunu düşünürler dolayısıyla kendi standartlarını çevrelerindeki de uygulamasını istedikleri için kişilerarası ilişkilerinde sorunlarla karşılaşabilirler. Obsesif-kompulsif tepkileri olabilir, ve kararsızlıkları belirgindir. Koleksiyoncu, sebatkar ve şüphecidirler. Genel olarak titiz, düzenli, ayrıntılara inen, aşırı vicdanlı, kontrollü, cimri, inatçı kişilerdir. Anal karakterde olan kişiler de denilebilir (Çifter 1986).

f. Histerik Kişilik

Histeri ya da konversiyon nevrozunun sıklıkla ortaya çıkardığı kişiliklerdir. Histerik kişiler çevrenin dikkatini üzerlerine çekmeye çalışırlar. Gösteriş yapmayı severler. Tiyatral davranışlar, taklitçilik, bağımlılık ve çaresizlik, aşırı incelik vb. kişilik özellikleri gösterebilirler. Kolayca telkin edilebilirler. Kişilerarası ilişkilerinde sıkıntılar olabilir (Çifter 1986).

g. Astenik Kişilik

Astenik kişilik, bitkinlik, yorgunluk, tembellik ve inisiyatif kaybı ile karakterizedir. Astenik kişiliğe sahip bireyler sıklıkla huzursuz ve amaçsız biçimde yerinde duramayan, gürültü ve ışığa karşı son derece duyarlı ve kolayca irrite hale gelebilen, arkadaşlıklarını engelleyen, yalnız, dikkatli düzenli bir yaşam süren ve herhangi düzenli bir uğraşı içine giremeyen bireylerdir. Depresif, skizofrenik ve nevrastenik durumlardan ayırtedilmeleri güçtür (Çifter 1986).

h. Antisosyal Kişilik

Antisosyal kişilik olarak tanımlanan hastaların büyük bir bölümü önceleri “psikopatik kişilik” olarak tanımlanmıştır. Antisosyal kişiliği olan bireyler katıdır,

hemen zevk almak isterler, sorumluluk hissi duymazlar. Kişilerarası ilişkilerinde genellikle sıkıntı yaşarlar. Ayrıca toplum kurallarına uymayan davranış göstermeleri ile diğer kişilik bozukluklarından farklıdır (Çifter 1986).

i. Pasif-Agresif Kişilik

Pasif agresif kişilik, benzerlik gösteren üç ayrı kişilikten oluşmaktadır. Bu üç kişilik aynı kişide de bulunabilir. Bu kişilikler, kişilik yapısının gelişiminden kaynaklanan bozukluklardır (Çifter 1986).

i.1. Pasif-Bağımlı Tip

Pasiflik ve bağımlılık gösteren kişilerdir. Acizlik, kararsızlık, başkalarına dayanma eğilimi gibi özellikleri vardır. Kendi başlarına karar verme ve sorumluluk alma gibi konularda sıkıntı yaşarlar. Bağımlı bir yanları vardır. Özellikle kadınlar kendilerine destek çıkacak bir erkeğe ihtiyaç duyabilirler (Çifter 1986).

i.2. Pasif-Agresif Tip

Pasif agresif kişilik gösteren bireyler hem pasiflik gösterirler hem de insan ilişkilerinde agresyon gösterirler. İşleri erteleme, grup çalışmalarına aktif olarak katılmama, inatçılık, surat asma sık görülen özelliklerindedir. Bu kişilerde çözülmemiş narsistik fiksasyon bulunabilir (Çifter 1986).

i.3. Agresif Tip

Antisosyal kişilikle davranış örüntüleri açısından benzerlik göstermektedirler. Bu kişilerin saldırgan davranışları dedikodu yapma, eşyalara zarar verme, kin ve intikam duyguları vb. şekilde görülebilir (Çifter 1986).

j. Yetersiz Kişilik

Yetersiz kişiliğe sahip bireylerde günlük ihtiyaçların giderilmesinde kronik bir yetersizlik vardır. Yaşadıkları güçlükler karşı çözüm bulmakta güçlük çekerler. Zihinsel işlevselliklerinde bir yetersizlik olmamasına karşın davranışları konusunda kararsızlık ve yetersizlik söz konusudur. Plan yapmakta güçlük çekerler ve çevrenin desteğine ihtiyaç duyarlar (Çifter 1986).

TEŞEKKÜR

Her şeyden önce bu çalışmanın gerçekleşmesinde büyük katkıları olan ölçeğin uzun sorularına katlanan, değerli bilgileri benimle paylaşan katılımcılarıma çok teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında yorum ve eleştirileriyle yol gösterici önerilerde bulunan, teori ve uygulamayı birleştirme becerisini örnek almaya çalıştığım tez danışmanım sayın Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a, özellikle ölçeğin geri çeviri ve istatistiksel analiz aşamalarında yardımını esirgemeyip emek veren sayın Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a, hem yüksek lisans eğitimim süresince eğitimime katkı sağladıkları hem de jürimde yer alıp tezimle ilgili olarak görüşleriyle beni destekledikleri için hocalarım Prof. Dr. Mehmet ESKİN ve Prof. Dr. Hacer HARLAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

Özellikle veri toplama sürecinde her türlü desteği sağlayan, yüksek lisans eğitimi süresince her türlü zorluğu birlikte aştığımız, gülyüzleri ve eğlenceli sohbetleri ile yüksek lisans eğitimime bambaşka bir anlam katan, kıymetli dostlarım, biricik dönem arkadaşlarım Psk. Betül GÜNDÜZ, Psk. Gökçehan AKOĞUZ, Psk. Hakan ŞENEL, Psk. İhsan YEĞENOĞLU, Psk. Melikenaz YALÇIN, Psk. Merve BAYDAR, Psk. Neşe UZUN, Psk. Nilay KONDUZ, Psk. Nur AYTİN ve Psk. Ünal ALPAY'a yürek dolusu teşekkür ederim. Ayrıca ADÜ ve Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı Personeli'ne de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın bütün aşamalarında her türlü sorularımı yanıtlayan, dostlukları ve samimi paylaşımları ile beni her vakit mutlu kılan, destekleri ile yükümü hafifleten, yanımda olsalar olmasalar her kararında, her anımda yanımda olacaklarını bildiğim canlarım, çok kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Ceren GÖKDAĞ, Arş. Gör. Özlem ERTAN ve Arş. Gör. Zeynep ERDOĞAN'a içtenlikle teşekkür ederim.

Gerek araştırmanın gerek hayatın her aşamasında yardımlarını benden hiç esirgemeyen, en kritik ve zor zamanlarımda verdiği manevi destek, engin sevgisi ile yanımda olan ve her zorlu süreçte bana olan inancını kaybetmeyen Başar BAŞARAN'a hayatımda var olduğu için çok ama çok teşekkür ederim.

Manevi desteklerini hep hissettiğim, inanılmaz özveri ve anlayışla bireysel gelişimime katkıda bulunan, hayatımın her aşamasında sevgi ve inançları ile her zaman yanımda olan başta annem Ayşe KAÇAR olmak üzere ailemin tüm fertlerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca biricik yeğenlerim Eren Yağız, Beren ve Evla'ya varlıkları ile hayatıma anlam kattıkları için yürekten teşekkür ederim.