



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ZİHİN
KURAMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Sinem KAHVECİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol

İstanbul, 2016



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ZİHİN
KURAMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Sinem KAHVECİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol

İstanbul, 2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102016
Öğrenci Adı Soyadı	: Sinem Kahveci
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol
Tezin Başlığı	: BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ZİHİN KURAMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.06.2016	Saati	: 09:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Meltem Narter	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Kaan Yılcıoğlu	



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 35

16 Şubat 15

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL
(Sinem KAHVECİ)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Şubat 2015 tarihinde, 02 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Borderline Kişilik Bozukluğunda Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişki" adlı araştırma projesinin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Borderline Kişilik Bozukluğunda Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişkinin” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.././2016

Sinem KAHVECİ

İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve gerçekleşmesi esnasında bana sürekli yol gösteren ve fikirlerini paylaşan, akademik bilgisi, pozitif enerjisiyle çalışmama yön veren, Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a sabrı ve rehberliği için teşekkür ederim.

Hayatım boyunca aldığım her kararda yanımda olan, beni bugünlere getiren, maddi ve manevi her gereksinimimi karşılayıp bana her imkânı sunan, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, üzerimde sonsuz hak ve emekleri olan, bana her zaman inanan, varlıklarıyla bana güç veren, sevgilerini her zaman kalbimde hissettiğim, emeklerinin karşılığını asla ödeyemeyeceğim, yol göstericim, zekâsına hayran olduğum, hayattaki güçlü duruşuyla her zaman örnek aldığım babam Recep KAHVECİ'ye, fikirleriyle bana ışık tutan, her zaman bir dosttan daha öte olan, beni benden daha çok düşünen annem Selma KAHVECİ'ye, abim Samet KAHVECİ'ye ve kardeşim Hazar KAHVECİ'ye sonsuz eşekürlerimi sunarım.

Destekleyici düşünceleriyle çalışmam esnasında beni sürekli motive eden, yorulduğum her anda pozitif enerjisiyle yanımda olan sevgili İbrahim Cihat ERSOY'a, yüksek lisans hayatımın bana kattığı, bu süreçte yardımlarıyla yanımda olan sevgili meslektaşım Şimal ÇAVDAR'a çalışmam esnasında yanımda olan aileme, arkadaşlarıma, meslektaşlarıma sonsuz teşekkürler.

SİNEM KAHVECİ

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ZİHİN KURAMI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÖZET

Borderline kişilik bozukluğu, kişilerarası ilişkilerde benlik algısı ve duygulanımda tutarsızlık olarak kabul edilir. Bu tür kişilik bozukluğu, daha çok genç yetişkinlik döneminde başlar ve değişik koşullar altında ortaya çıkar. Yapılan araştırmalarda kişilik bozukluğu olan bazı hastalarda zihin kuramı bozukluğu belirlenmiştir. Zihin kuramı bozukluğu olan ve travma yaşantısı olan bireylerde ise yüksek oranda borderline kişilik bozukluğu görülmüştür. Bu çalışmada, borderline kişilik bozukluğunda zihin kuramı ve çocukluğu çağı travması arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışma için borderline kişilik bozukluğu tanısı almış 50 katılımcı ve herhangi bir tanısı olmayan 50 kişilik kontrol grubunun verileri incelenmiştir. Çocukluk çağı travmasını ölçmek için katılımcılara “Çocukluk Çağı Travma Ölçeği”, Zihin Kuramı değişkenini ölçmek amacıyla “Gözlerden Zihin Okuma Testi” uygulanmıştır. Çalışmada kişisel ve sosyodemografik bilgiler veri çözümlemesine dahil edilmiş ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin çocukluk çağı travma öyküsünün daha fazla olduğu ve gözlerden zihin okuma becerisinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, deney grubunda gözlerden zihin okuma kabiliyetinin çocukluk çağı travması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada elde edilen sonuçların borderline kişilik bozukluğu tedavi yaklaşımları hususunda katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Zihin Kuramı, Travma, Çocukluk Çağı Travması

THE RELATIONSHIP BETWEEN “THEORY OF MIND” AND CHILDHOOD TRAUMAS AMONG BORDERLINE PERSONALITY DISORDER PATIENTS

ABSTRACT

Borderline personality disorder is defined as incoherency of the sense of self and sensation in interpersonal relations. This kind of personal disorders mainly occur during young adult stage and appear under different circumstances. Studies in this area indicate that some patients with personality disorders also reflect intellectual disorders. Hence, individuals with intellectual disorders and trauma history mainly show borderline personality disorder. Present study aims to investigate the relationship between intellect theory and childhood stage trauma in borderline personality disorder. For the study, 50 patients with borderline personality disorder and healthy control group including 50 participants were recruited and their data regarding research variables were analyzed. For data collection “Childhood Trauma Questionnaire” and “Reading the Mind on the Eye Test” were used. Personal and sociodemographic data form was also included and compared with research variables.

Based on the results of the study, BPD patients had significantly more childhood trauma than healthy control group. Besides, reading the mind in the eye was found as significantly lower among BPD patients as compared to healthy control group. Additionally, childhood trauma and reading the mind in the eye were found as significantly and positively correlated among BPD patients. It may be considered that the findings in the study will contribute insight regarding new approaches for the treatment of borderline personality disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Theory of Mind, Trauma, Childhood Trauma

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	1
1.2. Araştırmanın Önemi.....	2
1.3. Varsayımlar.....	2
1.4. Sınırlılıklar	3
1.5. Tanımlar.....	3
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kişilik Bozuklukları ve Borderline Kişilik Bozukluğu	4
2.1.1. Kişilik Bozuklukları	4
2.1.1.1. Kişilik Kavramı	4
2.1.1.2. Kişilik Bozuklukları ve Özellikleri.....	7
2.1.1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	11
2.1.1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	12
2.1.1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	12
2.1.1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	13
2.1.1.2.5. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	13
2.1.1.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu.....	14

2.1.1.2.7. Borderline Kişilik Bozukluğu	15
2.1.1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	15
2.1.1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu	16
2.1.1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	17
2.1.1.3.Borderline Kişilik Bozukluğu.....	17
2.2. Zihin Kuramı.....	28
2.2.1. Zihin Kuramı Tanımı ve Kavramsal Yapısı	30
2.2.2. Zihin Kuramını Açıklayan Teoriler	33
2.2.3. Zihin Kuramını Etkileyen Faktörler	37
2.2.3.1.İstekleri Anlama	38
2.2.3.2.Algıları Anlama	39
2.2.3.3.Duyguları Anlama	40
2.2.3.4. İnançları Anlama	41
2.2.3.5.Çocuklarda Zihin Kuramı Gelişim Aşamaları.....	41
2.2.3.6. Zihin Kuramının Değerlendirilmesi	43
2.2.3.7. Zihin Kuramı Yetersizlikleri	47
2.2.4. Zihin Kuramı ve Kişilik Bozuklukları.....	49
2.3. Çocukluk Çağı Travması	51
2.3.1. Psikolojik Travma.....	51
2.3.1.1. Travmaya Neden Olan Etkenler	56
2.3.1.2. Travma Türleri.....	57
2.3.1.3. Travmatik Yaşantıların Neden Olduğu Genel Tepkiler.....	57
2.3.1.4. Travmatik Olaylardan Etkilenme Olasılığı Olan Gruplar	59
2.3.2. Çocukluk Çağı Travması	60
2.3.2.1. Çocukluk Çağı Travması Türleri.....	61
2.3.2.1.1. Fiziksel İstismar	62
2.3.2.1.2. Cinsel İstismar	63

2.3.2.1.3. Duygusal İstismar	64
2.3.2.1.4. İhmal	65
2.3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilik Bozuklukları.....	66
2.3.2.3. Çocuk İstismarının Yetişkinlikte Etkileri	67
2.3.2.3.1. Psikolojik Etkiler	68
2.3.2.3.2. Fiziksel Etkiler	69
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	72
YÖNTEM	72
3.1. Evren ve Örneklem	72
3.2. Veri Toplama Araçları	72
3.2.1. Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu	72
3.2.2. SCID-2 Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu....	73
3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	73
3.2.4. Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi)	74
3.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler	74
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri	75
3.5. Verilerin Çözümlemesi	75
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	76
BULGULAR	76
4.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	76
4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travması ve Gözlerden Zihin Okuma Puanlarının Karşılaştırılması.....	79
4.3. Deney Grubunun Çocukluk Çağı Travması, Gözlerden Zihin Okuma ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	83
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	92
TARTIŞMA.....	92
5.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması	92
5.2. Çocukluk Çağı Travmaları Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması	94

5.3. Gözlerden Zihin Okuma Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması	96
5.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	98
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	99
5.6. Yeni Çalışmalar için Öneriler	99
5.7. Sonuç.....	100
KAYNAKÇA	101
EKLER	123
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	123
EK-2. Etik Kurul Onay Belgesi	126
EK-3. Sosyodemografik Bilgi Formu	127
EK-4. Çocukluk Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)	131
EK-5. Gözlerden Zihin Okuma (Yetişkin)	133
EK-6. SCID-2 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu	148
EK-7. Özgeçmiş.....	158

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. 1. DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri	7
Tablo 1. 2. Nevrotik, sınır ve psikotik örgütlenme için kimlik bütünleşmesi, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisinin özellikleri (Kernberg, 1976).....	20
Tablo 1. Kişisel ve Sosyodemografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri	76
Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	79
Tablo 3. Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının İlişki Analizleri	81
Tablo 4. Deney Grubunda Ölçek Puanlarının İlişki Analizleri	82
Tablo 5. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Halen Yaşadıkları Yerin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	83
Tablo 6. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Ruhsal Bir Sorun ya da Hastalık Nedeniyle Hiç Tedavi Görüp Görmeme Durumlarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	84
Tablo 7. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Aile İlişkilerinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	84
Tablo 8. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Yetiştığı Aile Tipinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	87
Tablo 9. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Çocukluğunda Bakılan İlginin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	88
Tablo 10. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Çocukluğunda Büyütüldüğü Disiplinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	89
Tablo 11. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Yetiştirilme Biçiminin Yaşamdaki Sorunlarla Başa Çıkmasında Katkısı Olduğunu Düşünüp Düşünmeme Durumlarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması	91

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Okul Öncesi Dönemde Zihin Kuramının Aşamaları..... 43



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı

Travmatik yaşantılar içerisinde kuşkusuz dayanılması en güç durumlardan biri, travma ile baş edebilecek yeterli gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olaylardır (Şar, 1997). Çocukluk çağı travmaları, çok farklı nedenleri ve aileler içinde kötü sonuçları olan, tıbbi açıdan, hukuki açıdan, çocuğu gelişimsel ve psiko-sosyal açıdan etkileyen ciddi bir sorundur. Çocukluk çağı travma öyküsünün, bir çok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Fonagy ve diğerleri (1996), kişilik bozukluğu olan hastaların bazılarında zihin kuramı bozukluğu belirlemiş ve zihin kuramı bozukluğu olan travmaya maruz kalmış hastaların yüksek oranda borderline kişilik bozukluğu tanısı aldıklarını bulmuşlardır. Diğer taraftan borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılan bir çalışmada, zihin kuramı işlevlerinin belirli koşullarda sağlıklı kontrollerden daha iyi olduğu gösterilmiştir (Fertuck ve ark., 2009).

Bu çalışmada amaç, borderline kişilik bozukluğunda zihin kuramı ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişkinin ortaya konulması olarak belirlenmiştir. Yapılacak araştırmanın daha önce çalışılmamış olmasından dolayı alana katkı sağlaması en temel amacıdır.

Çalışmayla ilgili ortaya konulan hipotezler;

1. Borderline kişilik bozukluğunda, zihin kuramı işlevleri normal popülasyona göre daha düşüktür.
2. Borderline kişilik bozukluğunda, çocukluk çağı travmaları normal popülasyona göre daha yüksektir.
3. Borderline kişilik bozukluğunda, çocukluk çağı travmaları olanlarda zihin kuramı işlevleri daha düşüktür.

1.2. Araştırmanın Önemi

Borderline, sürekli değişkenlik gösteren duygulanım, nesne ilişkileri ve benlik imgeleriyle karakterizedir. Duygularında, ilişki kurdukları kişilerle ve benlik imgeleriyle karakterizedir. Duygularında, ilişki kurdukları kişilerle ve benlik imajlarında tutarsız ve dengesizdirler. Borderline kişilik bozukluğunda erken anne baba kaybı ve ani travmatik yaşantılar önem taşır (Şengül, 2007).

Zihin kuramı, başarılı bir sosyal etkileşim, doğru algılama sosyal sinyallerin doğru yorumlanması, motivasyon, dikkat, karar verme gibi birçok bilişsel yeteneğe bağlıdır. Zihin kuramı başkalarının niyetleri hakkında varsayımlarda bulunmak ve yorumlamak olarak tanımlanabilir. Kişinin başkalarına zihinsel durumlar atfedebilmesine olanak tanır. Başkalarının kendi inancından farklı inançlara sahip olabileceği ve bunlara göre davranabileceğini anlayabilmesi, başarılı sosyal etkileşim için temel öğelerden birisidir (Barlak, 2012).

Çocukluk çağı travmaları ise çocuk istismarı ve ihmali dünyanın her yerinde rastlanan ve sıklığı oldukça fazla olan bir durumdur. Çocuğun istismarı ve ihmali, çocuğun bakım verenler ya da yabancılar tarafından fiziksel, psikolojik sağlığına zarar verecek sosyal gelişimini engelleyecek şekilde uygulanan tüm duygusal, fiziksel ve cinsel davranış, ihmal ve ticari amaçla sömürüyü kapsar (Tolun, 2010).Çok sayıda çalışma ile çocukluk çağı cinsel istismarının erişkinlikteki psikolojik sonuçları araştırılmıştır. Çocuk istismarı çocuğun ruh sağlığını bozabildiği hatta ölümüne neden olabildiği gibi, yetişkinlikte birçok psikolojik soruna da yol açabilmektedir (Sinani, 2012).

Yapılan literatür taramasında bu üç olgunun ilişkisinin daha önce incelenmemiş olması alana çeşitli katkılar sağlayacaktır. Günümüzde borderline kişilik bozukluğu oldukça sık rastlanan bir düzeydedir. Olumsuz çocukluk yaşantıları nedenleri arasında gösterilirken zihin kuramı ile ilişkisi de araştırılmalıdır.

1.3. Varsayımlar

- a) Araştırmaya katılanların kullanılan veri toplama araçlarını doğru ve samimi bir şekilde cevapladıkları varsayılmaktadır.

- b) Kullanılan veri toplama araçlarının istenilen bilgiyi elde etmede geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

1.4. Sınırlılıklar

- a) Araştırmada kullanılan ölççekler, ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.
- b) Araştırmada katılımcıların özellikleri, araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

Kişilik; Kişilik, insan yapısının, duygusal durumunun, davranış biçimlerinin, ilgilerinin, yeteneklerinin ve diğer psikolojik özelliklerinin en karakteristik ve orijinal bütünüdür (Erikson, 1984).

Borderline kişilik bozukluğu; Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, dürtü kontrolü, kişiler arası ilişkiler, benlik algısı ve duygu durumunda değişkenlikle belirgin, bir psikiyatrik bozukluktur (Ançel vd., 2010).

Zihin kuramı; Zihin kuramı, kişinin kendisini ve diğerlerini zihinsel durumlar (insan davranışı ile kendini gösteren ve sonuçlanan istekler, duygular, inançlar, niyetler ve diğer içsel deneyimler) açısından görmesini içeren günlük psikolojiyi vurgulamaktadır (Wellman ve ark., 2001).

Travma; Travmatik olay, bireyin, gerçek bir ölüm/ölüm tehdidi, ağır yaralanma, kendisinin ya da başkalarının beden bütünlüğü ile ilgili bir risk söz konusu olduğu, böyle bir olaya tanıklık ettiği veya karşı karşıya geldiği durumlardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Kişilik Bozuklukları ve Borderline Kişilik Bozukluğu

Psikiyatri alanında en çok tanı tartışmasına yol açan konulardan biri kişilik bozukluklarıdır. Şahin (2009), kişilik bozukluklarını tanımlarken, kişilik bozukluklarında kişilerin günlük hayat işlevselliğinin büyük ölçüde olumsuz etkilenmesi, sosyal ve iş hayatında işlev sorunlarına yol açmasının öncesi dönemlerde müdahale edilebilir bir durum olmadığını öne sürmüştür; fakat günümüzde, farklı tedavi yöntemleri ile iyileşmenin mümkün olduğu görülmektedir. Kişilik bozuklukları arasında yer alan, “Borderline Kişilik Bozukluğu” özellikle sosyal ilişkilerde ve duygu durum düzenlemede sorunlar ve dürtüsellik ile kendisini gösteren nitelikte olduğu belirtilmiştir. Borderline Kişilik Bozukluğu, erken yetişkinlik döneminde belirtileri görülmeye başlar ve farklı tetikleyicilerin etkisi ile görülebilmektedir (Türkçapar ve Işık, 2000).

2.1.1. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları ruhsal bozukluklar içinde en karmaşık ve en az anlaşılabilmiş kategorilerden biridir. Kişilik bozukluğunun gelişmesinde aile ve toplumsal çevrenin önemli etken olduğu bilinmektedir. Psikanalitik kurama göre belirli ruhsal-cinsel gelişme dönemlerinde saplanmaya yol açacak aile tutumları ya da koşulları belli kişilik yapılarının ve bunlara bağlı kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açar (Öztürk, 2004). Bu bağlamda öncelikli olarak kişiliğin ne olduğu konusunda bir açıklık getirilmesi yararlı olacaktır.

2.1.1.1. Kişilik Kavramı

Bireyler fiziksel görünüşleriyle olduğu kadar tutum ve davranışları itibariyle de birbirinden farklılıklar gösterirler. Olaylar, insanların hareketleri, duyguları ve fikirleri bakımından birbirlerinden farklı olduklarını göstermektedir. Kişisel farklılıkların nedenleri çok çeşitlidir. Eren (2001), sadece aynı kültürü almış, aynı ailede yaşamış ve aynı grupta iş gören bireylerin davranışları birbirinin aynı olsaydı, bu farklılıkların tek nedeninin farklı çevresel koşullara bağlanabileceğini ifade etmektedir. Ancak bu değişikliğin nedeni araştırılmak istendiğinde veya bu farklılığın

sonuçları saptanmaya çalışıldığında *kişilik* olarak tanımlanan temel değişkenin ortaya çıktığı görülmektedir (Zel, 2001).

Kişilik, bir kişi olarak bireyin kendi bütünlüğü içindeki var oluşunu ifade etmektedir (Can, 1998). Kişilik, insan yapısının, duygusal durumunun, davranış biçimlerinin, ilgilerinin, yeteneklerinin ve diğer psikolojik özelliklerinin en karakteristik ve orijinal bütünüdür (Erikson, 1984). Kişilik, bir kişinin fiziksel ve sosyal ortamıyla etkileşme tarzını ortaya koyan, düşünce, duygu ve davranışın ayırt edici ve karakteristik görüntüleridir (Atkinson vd., 1999).

Kişilik, zihinsel, duygusal, bedensel ve fizyolojik görünülerin dinamik bir örgütlenmesidir. Bireyin kişiliği biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisiyle oluşur ve bireyin kendine özgü, diğerlerinden farklı yanlarını belirler (Zel, 2001). Dıştan ve içten gelen uyarıcıların sürekli olarak etkilediği kişilik, “bireyin biyolojik ve psikolojik, kalıtsal ve edinilmiş bütün yeteneklerini, güdülerini, duygularını, isteklerini, alışkanlıklarını ve bütün davranışlarını içine alır. Kısaca, kişiliğin oluşmasında insanın doğuştan gelen özellikleri ve içinde yer aldığı çevrenin etkisini bir arada görmek mümkündür. Buradan, çevrenin etkisini dikkate alarak, kişiliğin sadece bireye özgü özellikleri değil, belirli ölçüde içinde yaşanılan insan topluluğunun, belirli ölçüde de tüm insanlarda ortak bazı özellikleri yansıttığı sonucu çıkartılabilir” (Yelboğa, 2006).

Allport kişiliği “kişinin çevresine karşı kendine özgü uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin kişiye özel dinamik organizasyonları” olarak tanımlamaktadır (Brandström, 2009). Alport “dinamik organizasyon” tanımı ile kişiliğin sürekli olarak değişim ve gelişim içerisinde olan organize bir sistem olduğunu vurgulamıştır. Burger (2006) kişiliği, bireyin kendisinden kaynaklanan tutarlı davranış kalıpları ve kişilik içi süreçler olarak değerlendirmektedir. Sadock ve Sadock (2009) kişiliği, genellikle bir kişinin gözlemlenebilen davranışları ile onun bildirdiği öznel iç yaşantılarından oluştuğunu ifade etmektedir. Bir yandan kişilik insanı diğerlerinden ayıran ve onu kendisi yapan farklılıkları kapsarken, öte yandan durağan ve süreklidir; zaman içinde ve değişen koşullarda hep aynı kalmaktadır (Morris, 2002).

Kişilik kavramı başlarda psikoloji kavramı ile çok fazla bağlantılı olmamasına karşın yüzyıllar içinde evrim sonucunda insan kişiliğinin özünü anlatan bir kavram durumuna gelmiştir. Psikologlar tarafından da onaylanan bu durum, günümüzde

psikolojinin önemli disiplinlerinden bir tanesi olmuştur (Burger, 2006). James ve Mazerolle (2002)'in yaklaşımına göre kişilik, bireylerin çevrelerine karşı duygusal ve davranışsal tepkilerini şekillendiren, dinamik zihinsel yapılanmalar ve koordineli zihinsel süreçler olarak tanımlanabilir. Zimbardo ve Gerrig (1996), kişilik kavramını, bireyin davranışlarına asli derecede yön veren, zaman ve mekân farklılıklarına, koşul farklılıklarına rağmen istikrar gösteren bireysel özellikler bütünü olarak tanımlamıştır. Literatürde, davranışın altında yatan sebeplerin açıklanmasında iki farklı yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşımlardan birincisi, davranışı, çevresel ve durumsal koşulların birey üzerinde meydana getirdiği etkinin bir sonucu olarak ele almaktadır. İkincisi ise, davranışı bireyin kişilik özelliklerinin ortaya koyduğu bir sonuç olarak ele almaktadır (Rogers, 2005).

Çağdaş kişilik kuramcıları, çocuğun kişilik özelliklerinin oluşumu ve gelişimi üzerindeki anne-babaların etkisine büyük önem vermektedirler. Özellikle, çocuk yetiştirme esnasında ailelerin gösterdikleri tutumlar, bu çalışanların odaklandıkları en önemli konular arasında yer almaktadır (Sears ve ark., 1957). Klinik psikoloji ve gelişim psikolojisi alanında yapılan birçok çalışmanın sonucunda ortaya çıkan baskın görüşe göre, aile içerisinde yetişen çocukların çeşitli karakteristik özellikleri ebeveynlerinin kişilik özelliklerinden etkilenmektedir (Sadock ve Sadock, 2009). Aile, normal koşullarda insanların karşılaştığı ilk sosyal grup, sosyokültürel değerlerin de ilk öğrenilmeye başlandığı yer ise aile ortamı olmaktadır. Çocuklar, hem sosyokültürel değerleri ve tutumları hem de özel bazı davranış biçimlerini, ana-babayı örnek alarak öğrenirler. Anne ve babalar, çocuklarını yetiştirirken, kendileri farkında olsun ya da olmasın, çocuklar, ana-babanın birçok kişisel özelliklerini ahlaki ve kültürel standartlarını taklit ederek öğrenirler (Burger, 2006). Kişilik yönünden gelişim dönemindeki çocuklar, çevrelerinde önem verdikleri kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarından etkilenmektedirler. Dolayısıyla anne ve babaların, çocuk için önemli bireyler oldukları kabul edildiğinde, bireylerin sergilemiş oldukları davranışların, gelişmekte olan çocuk için önemli birer etken olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır (Carter, 1954).

Çocuğun doğup büyüdüğü aile ortamı, her yönüyle kişilik oluşumunun özellikle ilk evresinde önemli rol oynamaktadır. Bu etki ise, daha sonra bireyin yetişkin döneminde davranışlarını şekillendiren kişilik özelliklerinde kendini

gösterebilmektedir (Güleç, 2010). Ebeveynlerin çocuklarına karşı kullanmış oldukları davranış modelleri, onlara yaklaşımları, kalıtsal mirasın dışında kalan bir etken olarak çocuğun kişilik gelişimine belirli bir etkide bulunmaktadır.

Kişilik; insanların tutumları, ilgileri, kabiliyetleri, dış görünüşü, konuşma tarzı ve çevresine uyum göstermesi gibi bütün özellikleri kapsayan geniş bir alandır. Bu yelpaze içinde özel ya da tipik tutum ve davranışlar kişiyi diğerlerinden farklı kılar. Kişilik, bu bakımdan da ayırt edici özellikleri ortaya çıkaran ve sonradan ortaya çıkan davranışlara ışık tutan değişmez özelliklerdir. Öztürk'e (2004) göre kişilik özelliklerinin uyum sağlayabilecek nitelikler barındırmaması halinde kişilerin günlük hayat işlevselliğinde sıkıntılara yol açabileceği ve bu durumun olumsuz bir tetikleyici olarak kişilik bozukluklarına zemin hazırlayabilmesi söz konusu olmaktadır.

2.1.1.2. Kişilik Bozuklukları ve Özellikleri

Kişilik bozuklukları ruhsal bozukluklar içinde en karmaşık ve en az anlaşılabilir kategorilerden biridir. Kişilik bozukluklarının başlıca sınıflandırmaları ve tanı kriterleri kapsamında değerlendirmeleri adına ilk olarak ICD ve DSM olarak bilinen tanı kriterleri kaynakları temel alınmaktadır. 2013 yılındaki güncel hali olan DSM-5 kişilik bozukluklarını sınıflandırırken hem düşünce hem de davranışa bağlı uyumu güçleştirici ve normal olmayan süreçlerin söz konusu olduğunu belirtmektedir. (Sadock ve Sadock, 2009). Psikoanalitik kurama göre yanlış ya da yetersiz ebeveyn tutumları, olumsuz çevresel etmenler kişinin belli bir psikoseksüel döneme saplanmasına ya da o dönemdeki bozukluğun diğer dönemlere de yansımaya neden olur. Davranışçı kuramlar ise kişiliğin gelişim sürecinde yanlış öğrenilmiş baş etme tekniklerinin kişilik bozukluğu gelişiminde temel neden olduğunu vurgular (Köroğlu, 2004). Kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 1. 1. DSM-V'e Göre Kişilik Bozukluğu İçin Tanı Kriterleri

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve içsel yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan iki (ya da daha çok) kendini belli eder:
1. Biliş (kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
2. Duygulanım (duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
3. Kişilerarası işlevsellik
4. Dürtü kontrolü
B. Süregiden, esneklikten yoksun bu örüntü, çok değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar

C. Süregiden bu örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye yol açar.
D. Bu örüntü kalıcı ve uzun sürelidir ve başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik dönemine uzanır.
E. Bu süregiden örüntü başka bir ruhsal bozukluğun bir görünümü ya da başka bir ruhsal bozukluğun bir sonucu olarak daha iyi açıklanamaz.
F. Süregiden bu örüntü bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. Başlı çarpma) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Kişilik bozuklukları ile ilgili ortaya atılan görüşlerin kökeni antik dönemlerden başlamaktadır. Bununla birlikte bu alanda yapılan çalışmaların temeli ise ondokuzuncu yüzyılda atılmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalarda adından sıklıkla bahsettiren Philippe Pinel insanların davranışsal değişimlerini ve şiddet eğilimlerini bilişsel belirtilerden bağımsız olarak tanımlarken akıl hastası kişilere “manie sans delire” ifadesini kullanmıştır (Davison & Neale, 2004).

Bu alanda ondokuzuncu yüzyılda, James Prichard ise 1837’de “*ahlaki delilik*” kavramına yoğunlaşmıştır. Bu kavramın oluşması anlamında etkili olan çalışmasında mahkumları gözlemlemiş ve ahlaki değerler bakımından eksiklikleri olduğunu öne sürmüştür. Ahlaki değerlerden yoksun olmanın ve kişinin kontrol mekanizmasının düşük olmasının ruh sağlığı bozuklukları ile ilişkilendirilebilecek bir durum olmayacağını iddia etmiştir. Bu argüman, günümüzde kişilik bozukluklarının farklı türlere bağlı olarak sınıflandırılması anlamında primer bir görüş olarak belirtilmektedir (Jones, 2009).

Yine aynı dönem içerisinde, on dokuzuncu yüzyıl boyunca ahlaki delilik kavramı kişilik bozukluklarının temelini oluşturan görüş olarak diğer çalışmalara da ilham kaynağı olmuştur. Yapılan çalışmalar arasında, 1891’de Julius Ludwig August Koch benzer özellikler gösteren kişiler için “ahlaki delilik” kavramı yerine “hastalıklı kişiler” kavramına kullanmıştır (Sandvik, 2014). Bu kavramla ilişkilendirilen kişilerin özellikle nörolojik anlamında dejenerasyonunun söz konusu olduğuna vurgu yapılmıştır. Bir diğer çalışmacı olan Benedict Morel ise ruhsal hastalıkları kademeli olarak altı bölüme ayırmış ve bu sıralamada kişilik bozukluklarını beşinci sıraya yerleştirmiştir. Morel, kişilik bozukluğu olanlar için, genetik olarak sınırlı bir mizaca sahip olduklarından çılgınlıklarını sözden çok tuhaf, tutarsız ve çoğunlukla aşırı, ahlak dışı davranışlarla gösterdiklerini belirtmiştir (Nardi, 2006; Davison & Neal, 2004).

Yirminci yüzyılda bu alanda yapılan çalışmalar vaziyetin farklı bir hal aldığını göstermektedir. Özellikle Avrupalı uzmanların alanda yaptıkları çalışmaların bu süreçte katkısı oldukça fazladır. Bu dönemin ünlü çalışmacıları arasında Kraepelin, Bleuler, Kretschmer ve Schneider gelmektedir (Millon & Davis, 1995). Emil Kraepelin, kişilik bozukluğu kavramı ile ilgili olarak hastalığın gerçek nedeninin kişiliğin normal olmayan bir yapıda olmasında yattığı görüşünü ifade etmiş ve kişilik bozukluğunu hastalıklı ruhsal durumlar olarak belirtmiştir. (Hoff, 2009).

Yirminci yüzyılın ortalarına doğru, Ernst Kretschmer ve Kurt Schneider olgu inceleme yöntemi ile kişilik bozukluklarını sınıflandırmışlardır. Schneider tüm kişilik bozukluklarını “psikopatik kişilikler” adı altında toplamış ve bugünkü sınıflandırmanın temelini atmıştır. Yaptığı sınıflandırmada on ayrı psikopatik kişilik tanımlamıştır. Bunlar hipertermik, depresif, güvensiz, fanatik, kendini arayan, duygusal açıdan dengesiz, patlayıcı, duygusuz, zayıf iradeli ve asteniktir (Crocq, 2013).

Bu kişilikler aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır (Sadock ve Sadock, 2009):

Depresif psikopatik hastalar; DSM-III-TR’de distimi tanısı alan hastalardır. *Güvensiz psikopatik hastalar;* Bu kişiler kendi kendilerini suçlarlar, birçoğu DSM-III’ de bağımlı kişilik bozukluğu tanısı veya DSM-III-R’ de kendi kendine zarar veren kişilik bozukluğu tanı kapsamına girebilir. *Kompulsif psikopatik veya duyarlı hastalar;* Bu kişiler hayatlarını oldukça katı bir titizlikle sürdürür ve son derece doğru ve dürüsttürler; anksiyete ve takıntıları vardır. *Fanatik psikopatlar* ise aşırı odaklanılmış ve önem verilmiş düşüncelere sahip olmaları olasıdır. Bu kişiler sürekli şikayet halindedir ve kuşkucudurlar. DSM-III-R’ye göre paranoid kişilik bozukluğu diye sınıflandırılabilirler. *Duygusuz psikopatik hastalar;* Bu kişiler merhametsiz, katı ve duygudan yoksundurlar. *İlgi arayan psikopatik hastalar;* Bu kişiler teşhirciliği ve övünmeyi ve büyüklenmeyi severler. Yalan söyleme takıntıları vardır. DSM-III-R’de histriyonik veya narsisistik kişilik bozukluğu tanısı alabilirler. *Labil psikopatik kişiler;* Bu kişiler değişkendirler; huzursuzluk, depresyon ve impulsif davranışlarda bulunma eğilimindedirler. DSM-III-R’de borderline kişilik bozukluğu tanısı alabilirler. *Astenik psikopatik hastalar;* Bu kişiler kendilerini beceriksiz ve sakar olarak tanımlarlar; psikolojik olarak iyi olmadıklarından yakınır, odaklanma problemi çekerler. Yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrısı gibi çok sayıda fiziksel şikayetleri vardır.

Kişilik bozuklukları başka psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesine yol açan ve kendisine eşlik eden diğer hastalıkların da tanısını zorlaştıran bir durum olduğu öne sürülmektedir. Kişilik bozukluklarının çoğunda gözlemlenen belirtiler diğer ruhsal hastalıklarda da görülebilir. Kişilik bozukluğu olan bireyler çevreleri tarafından uyumsuz, sıradışı ya da “kötü” kişiler olarak nitelendirilir. Bu bireylerin patolojik karakter özellikleri katıdır, sürekli ve tekrarlayıcıdır. Kişinin sergilediği normal olmayan davranışlar kişinin yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin biçimde farklı ve normların dışında seyrederek. Ayrıca, bu özellikler kişide ya sıkıntı yaratır ya da sosyal mesleki veya diğer önemli iş alanlarında bozulmaya yol açar (Köroğlu, 2004; Saddock ve Saddock, 2005).

Kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunda ego ve süper-ego disfonksiyonları, benlik imgesi ve benlik saygısı sorunları ile kaynağını geçmiş yaşantılardan alan iç çatışmaların canlandığı ve harekete geçtiği yargılama bozukluklarının olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluğu olan kişilerde gelişimsel takılmalar ve olgunlaşmada yetersizlik söz konusudur. Nesne ilişkileri bozuktur. Bu kişiler, iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar; davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini göz önünde bulundurmamaktadırlar. Kişilik bozukluğu olan bireylerin iç görüden yoksun oldukları, strese dayanma eşiklerinin düşük olduğu, buna karşın yardım arayışında olmadıkları belirtilmektedir (Shea ve ark., 1992). Yardım arayışında olmamalarının sebebi; bizim patolojik olarak nitelendirdiğimiz kişilik özelliklerinin, hasta tarafından genellikle normal olarak algılanmasıdır.

Psikiyatrik rahatsızlıkların çoğunda anormal düşünce ya da davranışlar, belli hastalık dönemleri ile sınırlı iken, kişilik bozukluklarında böyle bir sınırlama yoktur (Köroğlu, 2004). Kişilik bozukluklarında çevresel ve iç dinamiklerin etkisiyle, zaman zaman bazı özellikleri ön plana geçerse de patolojik özellikler çocukluktan itibaren vardır ve ömür boyu devam eder.

Mevcut farmakolojik tedaviler, kişilik bozukluğuna eşlik eden anksiyete, depresyon, agresiflik ve uyku bozuklukları gibi yan rahatsızlıklara çözüm imkanı verse de kişilik üzerinde değişiklik yapamazlar. Kişilik bozuklukları için önerilen asıl tedavi psikoterapidir. Maalesef bu terapiler de uzun, zahmetli ve sonuçları tartışmalıdır. (Köroğlu, 2004). Kişilik gelişmesinde öğrenmenin önemi dikkate alındığında,

özellikle davranışsal teknikler kullanılarak belli bir derecede psikoterapötik tedavi sağlama olasılığı vardır (Saddock ve Saddock, 2005).

DSM 5(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) kişilik bozukluklarını, her biri bazı özellikleri paylaşan üç kümeye ve on alt kategoriye ayırmıştır. Ek olarak da üzerinde daha fazla çalışılması gerekli iki bozukluk (depresif ve pasif-agresif) için ölçütler mevcuttur. Ayrıca, herhangi özgül bir kişilik patolojisi için tanı ölçütlerini karşılamayan ve önemli klinik patolojisi olan bireyler için Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) kişilik bozukluğu tanı kategorisi vardır. DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozuklukları üç kümede sınıflandırılır:

- *A Kümesi*: Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları
- *B Kümesi*: Antisosyal, narsisistik, histrionik, borderline kişilik bozuklukları,
- *C Kümesi*: Çekingen, bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları

2.1.1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid Kişilik Bozukluğu, kişilerin etrafındaki kişilerin kendisine kötülük yapacağını düşünmesinden kaynaklı süregelen şüphelilik ve korku hali ile kendisini göstermektedir. Paranoid Kişilik Bozukluğu'nun genel anlamda prevalansı %0,5 ile %2,5 arasında değişmekte olup, klinik sahada %2 ile %10 arasında değişmektedir (Şahin, 2009).

DSM-V kriterlerine göre Paranoid Kişilik Bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibi ele alınmıştır (DSM 5, 2013);

- (1) Yeterli temel olmadan, diğerlerinin kendilerini istismar etmesinden, aldatmasından veya zarar vermesinden şüphelenirler.
- (2) Arkadaşları veya işyerindeki meslektaşlarının sadakati ve güvenilirliği hakkında haksız şüphelere sahiptirler.
- (3) Söylediklerinin karşı kötü amaçla kullanılacağından yersiz korku içinde bulduklarından diğerlerine güvenmezler.
- (4) İyi niyetli sözler ya da olaylardan aşağılandıkları ya da tehdit edildikleri anlamlarını çıkarırlar.
- (5) Sürekli kin beslerler, hakaret, haksızlıkları veya görmezlikten gelinmeyi kabul etmezler.

- (6) Başkaları tarafından anlaşılır olmayan şekilde, karakterine ya da itibarına saldırdığı algısına sahip olarak öfkeyle ani tepki verirler.
- (7) Nedensiz olarak eş veya partnerlerinin bağlılığından sürekli olarak kuşku duyarlar.

2.1.1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid Kişilik Bozukluğunun temel özelliği kişilerin duygusallık anlamında kısıtlı olması, sosyal ilişkilerde isteksizlik ve yakınlıktan kaçınma olarak nitelendirilmektedir. Klinik sahada prevalansının ölçülmesi zor olan bu kişilik bozukluğu türünde kişiler tedavi görmeye karşı da isteksizdirler (Şahin, 2009). DSM 5 kriterlerine göre Şizoid Kişilik Bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- (1) Ne bir aile parçası olma ne de yakın ilişkilere girme gibi bir arzuları vardır.
- (2) Neredeyse her zaman bir tek faaliyette bulunmayı tercih ederler.
- (3) Bir başkasıyla cinsel deneyim yaşamaya karşı çok az ilgileri vardır.
- (4) Hayatlarında söz konusu bir etkinlikten çok az keyif duyarlar
- (5) Arkadaş ve sıkıntılarını paylaştıkları bir yakını olmaz. Akrabaları dışında yakın çevresindeki kişi sayısı azdır.
- (6) Başka insanların kendileri ile ilgili düşüncelere tepkisizdirler
- (7) Duygusallıktan yoksun, uzak ve yüzeysel sevgi gösterme eğilimleri vardır.

2.1.1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal Kişilik bozukluklarında kişilerin yakın ilişkilerden birden bire hissettikleri huzursuzluk, kaçınma, sosyal ilişkilerde yetersizlik söz konusu olmaktadır. Ayrıca, kişilerde kognitif ve algıya ilişkin çarpıtılmış temsiller ve bunları takip eden norm dışı davranışlar görülmektedir. DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- (1) Referans fikirleri mevcuttur.
- (2) Davranışları etkileyen ve alt kültür normlarıyla zıtlık taşıyan, tuhaf inanışları ya da büyü düşünceleri (durugörü, telepati ya da altıncı his; çocuk ve ergenlerde fantezi ve tuhaf düşünceler gibi) vardır.
- (3) Bedensel illüzyonları da kapsayan olağan dışı algısal deneyimlere sahiptirler.
- (4) Tuhaf düşünce tarzı ve konuşma şekline sahiptirler.
- (5) Paranoid düşünceleri veya şüphelicilikleri vardır.

- (6) Sakıncalı veya kısıtlı duygulanımlara sahiptirler.
- (7) Normların dışında ve özgül davranışlar sergileme eğilimindedirler
- (8) Arkadaş ve sıkıntılarını paylaştıkları bir yakını olmaz. Akrabaları dışında yakın çevresindeki kişi sayısı azdır.
- (9) Kişiler ciddi düzeyde sosyal kaygı ve işlevselliği etkileyebilecek düzeyde paranoya içeren korkulara sahiptirler

2.1.1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Bu bozukluğun en öne çıkan özellikleri, ergenlikten beri devam eden bir biçimde, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına tecavüz etme davranışlarıdır. Genel popülasyonda erkeklerde % 3, kadınlarda % 1 oranında görülür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Antisosyal kişilik bozukluğu özellikleri aşağıdaki gibidir (DSM 5, 2013);

- (1) Tutuklanmaya yer hazırlayan davranışları sürekli sergiler, yasalara saygı göstermeyip ve sosyal normlara uyum sağlayamazlar.
- (2) Sürekli yalan söyleme, takma ad kullanma veya kişisel çıkarı, zevki için başkalarını aldatma gibi bazı dürüst olmayan davranışlar sergilerler.
- (3) Dürtüseldirler ve önceden planlama becerisinden yoksundurlar.
- (4) Sürekli fiziksel saldırı ve kavgalar şeklinde kendini gösteren, sinirlilik ve saldırganlık haline sahiptirler.
- (5) Kendisinin ya da başkalarının güvenliği hususunda kayıtsızdırlar.
- (6) Tutarlı çalışma davranışı gösterememe ya da mali yükümlülüklerini yerine getirmeme gibi tekrar eden bir sorumsuzluk davranışı gösterirler.
- (7) Başkasına zarar verme, kötü davranma ya da çalma gibi davranışlara karşı umursamazlık ya da kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere, vicdan azabı çekmezler.

2.1.1.2.5. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Bu bozukluğun en öne çıkan özellikleri, davranış veya tahayyüldeki büyüklenme, hayranlık duyulma ihtiyacı ve başkalarının duygularını tanımadaki zorluklardır. Genel popülasyonda görülme sıklığı % 2-6'dır (Şahin, 2009). Narsisistik kişilik bozukluğunun genel özellikleri şunlardır (DSM 5, 2013);

- (1) Kendilerinin çok önemli olduğu duygusunu taşırlar (başarılarını ve yeteneklerini büyütmede aşırıya kaçar, üstün biri olarak tanınmayı beklerler).
- (2) Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik ya da ideal sevgi fantezileri üzerine düşünce geliştirirler.
- (3) Özel ve eş bulunmaz biri olduklarına ve sadece başka özel ya da sosyal statüsü üstün kişilerin (ya da kurumların) kendisini anlayabileceğini inanırlar.
- (4) Aşırı hayranlık isterler.
- (5) Hak kazandığı duygusu vardır (yani, kendisine özel bir tedavi biçiminin uygulanacağı gibi akılcı olmayan beklentileri ya da bu beklentilere göre uyum gösterme).
- (6) Kişilerarası ilişkileri kendi çıkarları için kullanır (kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarından istifade ederler).
- (7) Empati eksiklikleri vardır; başkalarının duyguları ve ihtiyaçlarını tanımayı ya da özdeşleşmeyi istemezler.
- (8) Çoğunlukla başkalarını kıskanır ve başkalarının da kendisini kıskandığını sanırlar.
- (9) Küstahtırlar, kendini beğenmiş tutum ve davranışlara sahiptirler. (APA, 2000).

2.1.1.2.6. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Histrionik Kişilik Bozukluklarında kişilerin aşırı ilgi ihtiyacı ve hassasiyetleri ön plandadır. Kişilerin başkaları tarafından ilgi görme ve ilgi olmayan durumda arayışa geçme özellikleri bu kişilik bozukluğunda ön planda olan özellikler arasındadır. Genel olarak yaygınlığı %2-%3 arasında olan ve klinik sahada ise yaygınlığı %10 ile %15 arasında değişen bir kişilik bozukluğu türüdür (Şahin, 2009). DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda Histrionik Kişilik Bozukluğu özellikleri aşağıdaki gibidir:

- (1) İlgilenilen kişi olmadıkları durumdan aşırı rahatsızlık duyarlar
- (2) Kişilerin ilgisini çekmek amacıyla sergiledikleri davranışlar çoğunlukla uygun olmayan cinsellik barındıran ikna edici davranışları ve eğilimleri içerir
- (3) Duyguları çabuk değişir ve alt yapıdan yoksundur.
- (4) Başkalarının ilgisini çekebilmek için dış görünüşe aşırı önem verirler
- (5) Başkalarının ilgisini çekmek ve etkilemek için yüzeysel bir iletişim biçimini tercih ederler
- (6) İçinde buldukları durumu dramatik bir biçimde yansıtmaya eğilimleri vardır.

- (7) Başka olaylardan, kişilerden ve söylemlerden fazlasıyla etkilenirler
- (8) Yakın ilişkiler konusunda daha yakın olunması gerektiğini düşünürler.

2.1.1.2.7. Borderline Kişilik Bozukluğu

Bu bozukluğun en öne çıkan özellikleri, kişiler arası ilişkilerde, kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlıklar ile dürtüleri kontrol etmekte zorluk çekmedir (Şahin, 2009). Borderline kişilik bozukluk özellikleri şunlardır (DSM 5, 2013);

- (1) Gerçek ya da hayali terk edilmeyi önlemek için büyük çaba harcarlar.
- (2) İdealleştirme ve değersizleştirme uçları arasında gidip gelen, gergin ve istikrarsız kişilerarası ilişkilere sahiptirler.
- (3) Kimlik bozukluğu; belirgin ve sürekli bir biçimde tutarsız kendilik algısı vardır.
- (4) Kendisi için potansiyel zararlı olan en az iki alanda dürtüsellik (harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, dikkatsizce ve tehlikeli bir şekilde araba kullanmak, aşırı yeme davranışı gibi) gösterirler.
- (5) Tekrarlayan intihar girişimleri, tehdit ya da kendini yaralama davranışı gösterirler.
- (6) Ruh halinde belirgin bir tepkiselliğin oluşturduğu duygulanımda istikrarsızlık görülür.
- (7) Kendilerini sürekli olarak boşlukta hissederler.
- (8) Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkelerini denetleme güçlüğü hissederler.
- (9) Stresle ilişkili, gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif belirtiler gösterirler.

2.1.1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingen Kişilik Bozukluğu kişilerin kendi özelliklerine ilişkin hissettikleri yetersizlik ve değersizlik duyguları neticesinde sosyal geri çekilme olarak kendisini gösteren bir kişilik bozukluğu türüdür. Klinik düzeyde prevalansı %10 oranında genel olarak ise %0,5 ile %1 arasında değişmektedir (Şahin, 2009). DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda Çekingen Kişilik Bozukluğu özellikleri aşağıdaki gibidir:

- (1) Eleştiri, dışlanma ve beğenilmeme korkusu yüzünden kişilerarası mesleki aktivitelerden kaçınırlar.

- (2) Beğenilme duygusundan emin olmadıkları sürece insanlarla ilişkiye girme konusunda kendilerini hazır hissetmezler.
- (3) Aşağılanma ya da gülünç duruma düşme korkusundan dolayı yakın ilişkilerde tutukluk durumu yaşarlar.
- (4) Sosyal durumlarda eleştirilme ya da kabul edilmeme kaygısı taşırlar.
- (5) Kendini uygun görmeme duygusu taşıdıklarından yeni kişilerle aynı ortamda buldukları durumlarda tutukluk yaşarlar.
- (6) Kendilerini sosyal yönden yetersiz, çekicilikten yoksun ve başkalarından aşağı görürler.
- (7) Sıkıntı duyup mahcup olabilecekleri yeni faaliyetlere katılmak ya da kişisel risk üstlenmek istemezler. (DSM 5, 2013).

2.1.1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğunun temel özelliği kişilerin başkalarına bağımlı olma hali ayrılık kaygısına benzer belirtiler gösterme eğilimi ve başka insanlara ihtiyaç duyma eksenindedir. Kişilik bozuklukları arasında yaygınlığı fazla olan tipler arasında yer almaktadır (Şahin, 2009). DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda Bağımlı Kişilik Bozukluğu özellikleri aşağıdaki gibidir:

- (1) Başkalarından aşırı tavsiye ve güvence almazlarsa günlük kararlarını vermekte zorlanırlar.
- (2) Yaşamlarının önemli alanlarının büyük kısmında sorumluluk taşımak için başkalarına ihtiyaç duyarlar.
- (3) Destek ve onay görmeme korkusundan dolayı başkalarıyla aynı görüşü paylaşmadığını söylemekte zorluk çekerler.
- (4) Doğru yapıp yapmadıklarına ya da yeteneklerine yönelik korkularından dolayı, plan yapma ya da kendi kendilerine iş girişiminde bulunma güçlükleri vardır.
- (5) Başkalarının bakım ve desteğini elde etmek için, hoş olmayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar, aşırılığa kaçarlar.
- (6) Kendilerine bakamayacaklarına ilişkin aşırı korkuları nedeniyle, tek başına kaldıklarında kendilerini rahatsız ya da korumasız hissederler.
- (7) Yakın bir ilişkisi bittiğinde, yardım ve destek kaynağı olarak hemen başka bir ilişki ararlar.

- (8) Kendi kendine bakma durumunda kalma korkusu yüzünden, akıl dışı bir kaygı durumuna düşerler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

2.1.1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu görülen bireylerde kontrol altına alma ve kontrol takıntısı hâkimdir. Kişilerin sosyal ilişkilerinde kişisel yaşantılarındaki düzen takıntısı ve bu takıntıların takip eden zorlantıların kişinin katı olma halini (rigidity) tetiklediği ve günlük hayat işlevselliğini olumsuz etkilediği öne sürülmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun prevalansı ise klinik koşullarda %3 ile %10 arasında değişmektedir (Şahin, 2009). DSM 5 tanı kriterleri doğrultusunda Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu özellikleri aşağıdaki gibidir:

- (1) Yapılan etkinliğin asıl amacını unutturacak derecede ayrıntılar, kurallar, listeler, sıralama, organize etme ya da program yapma ile uğraşıp dururlar.
- (2) İşin tamamlanmasını güçleştiren bir mükemmeliyetçilik gösterirler (sözgelimi, kuralları hoşnut edici bulmamasından dolayı bir projeyi tamamlayamazlar).
- (3) Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri ve arkadaşlık ilişkileri dışında kalarak kendilerini işe ya da üretime aşırı bir şekilde adanlar (bu durum ekonomik ihtiyaçlarla açıklanamaz).
- (4) Ahlak, etik ya da değerler gibi konularda aşırı vicdanlılık taşırlar ve esneklik göstermezler (kültürel ya da dinsel özdeşleşme ile açıklanamaz).
- (5) Özel bir değeri olmasa bile yıpranmış ya da değersiz nesnelere elimine edemezler.
- (6) Diğerleri, bütünüyle kendisinin yaptığı gibi yapmayı kabul etmediği takdirde, görev paylaşımı yapmak veya onlarla beraber çalışmak istemezler.
- (7) Başkaları ve kendilerine karşı harcama hususunda cimrilik gösterirler; paranın anlamı onlar için gelecekte karşılaşılabilecekleri felaketler için biriktirilmesi gereken bir unsurdur.
- (8) Katı ve inatçı bir görünüm sergilerler.

2.1.1.3.Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu görülen bireylerin savunma mekanizmalarının primitif düzeyde ve obje ile etkileşimlerinin öznel ve patolojik düzeyde olduğu öne sürülmektedir. Bu süreçler kapsamında bir kavram olarak ele alınan bu kişilik

bozukluğunda görülen psikopatolojik özellikler neticeinde nevrotik ve psikotik süreçler arasındaki sınırdaki olma hali olarak düşünülmektedir (Kernberg, 1999).

Kernberg'in "borderline kişilik örgütlenmesi" olarak tanımladığı yapı, uzun zamanlı klinik deneyimleri sonrasında örgütlenmeden ziyade borderline hastalarda "geniş kapsamlı bir örgütsüzlük" olarak tanımlanmaktadır (Burger, 2006). Bu örgütsüzlenmede örgütlenme(*organization*), bütünleme (*integration*) ve bireşim (*synthesis*) işlevlerindeki bozukluklar temel belirleyicilerdir. Normal ruhsal gelişimde örgütlenmiş, olgunlaşmış ve tamlığını, bütünlüğünü kazanmış ruhsal yapı, bireylerin güvenini, kendileri ile barışıklığını, kendileri ve başkalarını anlayabilecek derinliği, sevebilme yetilerinin gelişmesini ve estetiğin kazanılmasını sağlar. Bu bütünlük ve tamlık anksiyeteyi etkin bir biçimde engelleyen etkili bir savunmadır (Köroğlu, 2004).

Borderline hastalarda bu bütünlüğünü ve tamlığını sağlayamayan ruhsal yapı; dürtü ve duygularda hızlı değişimler, yapısal birimlerdeki iyiler ve kötüler ayrılaşmasını çok aşan bir dağınıklık, ilişkilerde izlenen karmaşa, yaygın ve yoğun anksiyete olarak kendini gösterir. Kişilik örgütlenmesi tanısal kavramdan daha geniş bir kavram olup, borderline kişilik bozukluğu da borderline kişilik organizasyonunun demonstratif bir alt grubunu oluşturmaktadır (Kernberg, 1999).

2.1.1.3.1. Tarihsel Giriş

Borderline ya da sınır kavramı ilk kez 1930'larda Stern tarafından nevroz ve psikoz arasındaki sınır vakaları tanımlamak için kullanılmıştır (Miller ve ark., 2008).1880'lere gelene kadar, psikiyatri yazılarında "sınır" kavramına pek rastlanmaz. 1870'de Lombroso, "normallik" ile "delilik" arasındaki sınırdaki yer alan ve suç işlemiş olan bazı vakaları tanımlamıştır. Suçlular üzerinde yaptığı çalışmalarda, suçluların, sanrıları olmadığı için normal kabul edilmelerine katılmadığını belirtmiştir. İlk sınır vakalar o dönemki adlandırmayla sosyopatlar olmuştur. Bundan kısa bir süre sonra, açıkça bir akıl hastalığı görünümü sergilemeyen ama aynı zamanda hiçbir zaman normallik sınırları içinde de kalamayan vakalar tanımlanmaya başlanmıştır (aktaranKöroğlu, 2004).

1940'larda Zilboorg (1941), görünüşte normal olan ancak ilişkilerde yüzeysellik, bir işi sürdürebilmekte yetersizlik özellikleri olan ve gerçektışı düşünce eğilimi olan hastalardan söz etmiş ve "ambulator şizofreni" kavramını ortaya atmıştır.

Schmideberg (1947), rutin yaşamı tolere edememe, sosyal kuralları bozma eğilimi, kaotik bir yaşam sürdürme, ilişki kurma ve sürdürmede güçlük, hızlı değişen duygudurum özellikleri ile nevroz ile psikoz arasında sınır bir grup tanımlamıştır (Şahin, 2009). Hoch ve Polatin (1949) ise, “psödonevrotik” (sahte nevrozik şizofreni) kavramını tanımlamış bu hastalarda kompulsiyon, fobi, depresyon gibi nevrozların bir arada bulunduğunu söylemişlerdir (Silk, 2002). Knight (1953), sınır durumları incelemiş ve bu vakalarda benlik fonksiyonlarının ciddi olarak zayıflamasını vurgulamıştır. Knight’a göre “sınır durumlar” şu özellikleri taşımaktaydı (Genderen ve Arntz, 2013);

- a) İkincil süreç düşüncesi
- b) Çevreye uyumda gerçekçi planlama
- c) İlkel, bilinçdışı itkilere karşı savunma mekanizmaları
- d) Nesne ilişkilerinin sürdürülmesi

1960’larda Frosch (1964), başkalarının “sınır” olarak tanımladıkları hastalar için “psikotik karakter” terimini kullanmıştır. Easser ve Lesser (1965), klasik psikanalizde tedavi edilemeyecek kadar hasta olarak değerlendirilen bir grup histerik kadın hastayı tanımlamak üzere “histeroid” terimini öne sürmüşlerdir (Trimboli and Farr, 2000). Bu vakaların düzensiz iş yaşantıları, kaotik ilişkileri, ilkel savunma mekanizmaları tekrarlayan özellikleri olarak tanımlanmıştır.

Bu dönemde Kety ve arkadaşları (1968), iki tip sınır kişilik tanımlamıştır. İlk grupta akut şizofrenik reaksiyonlar; hastalık öncesinde uyumu oldukça iyi olan kişilerde, genellikle belirgin olan başlatıcı etkenlerle ortaya çıkmaktadır. Sınır durumlarda ise; garip ya da atipik düşünce tarzı, yanlış mantık yürütme ve bunun sonucunda normal bir IQ’ya sahip olunmasına karşın yaşantıya uyumun zayıf olması söz konusuydu ve kısa süreli bilişsel çarpıtma mevcuttu (Joseph, 2000).

1960’lı yılların sonlarından itibaren Kernberg (1967), borderline kavramı konusunda etkili olmuş ve ruhsal yapılanma açısından daha belirgin bir tanımlama geliştirmiştir. “sınır kişilik örgütlenmesi” terimini kullanan Kernberg, içselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımlarının niteliklerini ve değişikliklerinin önemini vurgulamıştır. Kernberg, borderline kişilik organizasyonundaki hastaların, betimleyici özellikleriyle birlikte ruhsal yapılanma özelliklerinin (intrapşik) anlaşılması

gerektiğine inanmıştır. Sınır hastaların psikoterapisinde, nesne ilişkilerinin niteliği ve üst-benlik bütünleşmesinin derecesinin, tedavinin gidişatını belirleyen en önemli etkenlerden olduğunu düşünmüştür. Kernberg (1976), bu hastaların nesne ilişkilerinin yapısal özelliklerinden dolayı psikanalitik psikoterapide ilkel aktarımlar geliştirdiğini belirtmiştir. Kernberg, bu döneme kadar ilkel ve gerilemeli aktarımlar nedeniyle psikanaliz için uygun olmadığı düşünülen sınır hastalarının, yoğun aktarımlarının seanslar sırasında çalışılmasının iyileştirici bir etkisi olduğunu göstermiştir.

Kernberg (1999), ruhsal yapıda ortaya çıkabilecek patolojik gelişimleri nevrotik, sınır ve psikotik örgütlenmeler olarak kategorize etmiştir. Bu kategoriler arasındaki ayırıcı tanı için; kimlik bütünleşmesi, gerçeği değerlendirme ve savunma mekanizmalarını temel almıştır. Nevrotik örgütlenmede, kimlik bütünleşmiş, gerçeği değerlendirme net ve kesindir. Temel savunma mekanizması olarak, bastırma ve ona yardımcı üst düzey savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Sınır ve psikotik örgütlenmede ise, kimlik dağınıklığı vardır. Sınır hasta, kendilik ve nesneyi ayırt edebilirken, psikotik örgütlenme içindeki hasta bunu yapamaz. Hem sınır hem de psikotik örgütlenmelerde temel savunma mekanizması olarak, bölme ve ona yardımcı ilkel savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Nevrotik ve sınır hastada savunma ruh içi çatışmayla ilgilidir; oysa psikotik örgütlenmede amaç, kişiliğin dağılmasını engellemektir.

Tablo 1. 2. Nevrotik, sınır ve psikotik örgütlenme için kimlik bütünleşmesi, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisinin özellikleri (Kernberg, 1976)

Grup	Kimlik Bütünleşmesi	Savunma Mekanizmaları	Gerçeği Değerlendirme
Nevrotik	Tam	Üst düzey	Tam
Sınır	Kimlik dağınıklığı	İlkel	Korunmuş
Psikotik	Yok	Alt düzey	Bozuk

Kernberg (1976) kimlik dağınıklığını, “kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmesinin tamamlanmaması” olarak tanımlamıştır. Kendilik tasarımlarının bütünleşmemesi, kişinin kendini algılayışı ve davranışlarındaki dengesizlik ve tutarsızlıklarla kendini göstermektedir. Kernberg’e göre bu durum içselleştirilmiş iyi ve kötü nesne ilişkilerinin yansızlaştırılmamış ve bütünleştirilememiş olmasına bağlıdır. İlk çocukluk yıllarında şiddetli olumlu ve olumsuz duyguların yaşandığı

ilişkilerden doğan kendilik ve öteki kavramları birbirinden ayrı tutulmuştur. Kimlik karmaşası olan birey, duygusal, düşünsel ve davranışsal yönden tutarlı bir kişilik gösteremez; şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar, dramatik davranışlar sergiler. Bu nedenle de, tutarlı ve belli kararlılıkları olan bir ilişki sürdürülemezler, ilişkilerinde sıcak ve empatik olamazlar. Kimlik dağınıklığı, kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmemiş olması yanında, kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tolere edememe ile de görülebilmektedir. Kendilik tutarlılıkları ve değerleri başkalarının varlığına bağlı olduğu için, yalnızlığa tahammül edemezler ve zorlayıcı bir tarzda sosyal olma ihtiyacı hissederler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır.

Gerçeği değerlendirme, kişinin kendi ile kendi olmayanı, içsel ve dışsal kökenli uyaranları ayırt etmesi ve kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesidir. Sınır hastalar, kendilik deneyiminin gerçekliğini destekleyen erken içselleştirmelerin yetersizliği nedeniyle kendine yabancılaşmaya (depersonalizasyon) eğilim gösterirler. Klinik olarak gerçeği değerlendirmede bozukluk sanrı ve varsanılara kapılma, garip, gerçek dışı düşünce ve duyguların bulunması, başkalarının gerçeklikle ilgili düşüncelerine uygun şekilde yaklaşamama gibi özelliklerle kendini göstermektedir. Sınır örgütlenmesi olan kişilerde gerçeği değerlendirme kapasitesi korunmuş olmakla birlikte zaman zaman geçici psikotik çözümler, paranoid epizodlar, kendine ve gerçeğe yabancılaşma deneyimleri gibi tablolar görülebilir ve genellikle bunlar psikoteropötik manevralar, hastaneye yatırılma ve ya düşük dozlu ilaç tedavileri ile düzeltilebilir (Şahin, 2001).

Kernberg (1976), sınır hastadaki yapısal patolojiyi; benlik zayıflığı, birincil süreç düşüncesine kayış, ilkel savunma mekanizmaları ve patolojik nesne ilişkileri başlıkları altında incelemektedir.

a) Özgül olmayan benlik zayıflığı:

Kernberg, benlik zayıflığını özgül olan ve olmayan olarak ikiye ayırmaktadır. Özgül olan benlik zayıflığı, daha çok ilkel savunma mekanizmalarıyla ilgilidir. Benlik zayıflığının “özgül olmayan” yönleri ise kaygı tahammülü eksikliği, dürtü kontrol bozukluğu ve gelişmiş yüceltme kanallarının eksikliğidir. Kaygı tahammülü eksikliği;

hastaların içsel çatışmalar ve “iyi” ve “kötü” arasında yaşamalarındaki güçlükleriyle orantılıdır. Dürtü kontrol bozukluğu; dürtüyle bağlantılı duygu, düşünce ve davranışlarının yansızlaştırılmadan, çığ bir biçimde ortaya çıkması sonucu oluşur. Üst düzey yüceltme savunmalarının eksikliği; hastanın doğrudan kendini koruma ya da kendi çıkarına uygun biçimde davranmanın ötesindeki değerlere bağlanamamasına, yaratıcılığın ortaya çıkamamasına neden olur.

b) Birincil düşünce sürecine kayış:

Birincil süreç düşüncesine kayma;patolojik ilkel dürtülerle bağlantılı patolojik nesne ilişkilerinin canlanması, erken savunma işlemlerinin, çözülme ya da bölme mekanizmalarının canlanması, ilkel nesne ve kendilik tasarımlarının kısmen yeniden birleşerek benlik sınırlarının kararlılığını etkilemesi ve yatırım - karşı yatırım dengesindeki kaymalar nedeniyle benliğin ilkel yapılarına doğru gerilemesi olarak tanımlanabilir. Birincil süreç düşüncesine doğru gerileme sınır kişilik örgütlenmesinin en önemli yapısal göstergesidir.

c) Özgül savunma mekanizmaları:

Sınır hastaların kullandığı temel savunma mekanizması bölme ve ona yardımcı olan; ilkel idealleştirme, yansıtımlı özdeşim, inkar, tümgüçlülük ve değersizleştirmedir.

*Bölme (splitting):*Bölme sınır kişilik organizasyonunun temel savunma mekanizmasıdır. Sınır kişilik örgütlenmesinde kullanılan diğer yardımcı savunma mekanizmalarının altında yatan bölme savunma mekanizmasıdır. Sınır kişilik örgütlenmesi olan hastalarda bölme savunma mekanizması yardımıyla kaygı yaratacak olan çelişik benlik durumları ayrı tutulmaktadır. Çatışma çok iyi ayrışmamış benlik ve id arasında ortaya çıkmaktadır ve dürtüler benliğe nüfuz etmiştir. Dolayısıyla da çatışan durumlar, dürtü ile yüklü benlik durumlarıdır. Bölme savunma mekanizması yardımıyla dürtü ile yüklü benlik durumları ayrı tutularak çatışma giderilmeye çalışılır. Bunun sonucunda da benlik zayıflığı ve kimlik dağınlığı ortaya çıkar. Bölmenin kullanımı bütünlüklü kendilik ve nesne temsillerinin gelişimini engellemekte bu da kimlik dağınlığına neden olmaktadır.

İlkel idealleştirme (primitive idealization): Bu savunma mekanizması; kişinin dış nesnelere, kendi saldırganlığının ya da başka nesnelere yansıttığı saldırganlığın bu nesnelere kirletmeyeceği, bozamayacağı ya da yıkamayacağından emin olabilmek için tamamıyla iyi görme eğilimidir. Bu mekanizma gerçekçi olmayan tamamıyla iyi ve güçlü nesne imgeleri yaratır ve bu da benlik idealinin ve üst-benliğin gelişimini olumsuz yönde etkiler. Gerçekçi olmayan, tamamen iyi, güçlü ideal nesnelere ya da tam tersine gerçekçi olmayan tamamen kötü nesnelere yaratır. İlkel idealleştirmede kimlik dağınıklığına karşı bir dönem kendiliğin belli bir duygu tonunda algılanmasına yardımcı olmasıdır. Yüceltilen kişiyle birlikte ya da ilişki içindeyken, hastalar kendilerini de iyi olarak algırlar. Ancak nesnenin herhangi bir nedenle kötü olarak algılanması hemen uç noktalara kayar ve buna paralel olarak kendilik de kötü bir biçimde tasarlandığından duygu tonu da uç noktalara varan bir olumsuzluğa sürüklenir (Şahin, 2009).

Yansıtımlı özdeşim (projective identification): Sınır kişilik örgütlenmesinde yansıtmanın esas amacı; tamamıyla kötü ve saldırgan kendilik ve nesne imgelerini dışsallaştırmaktır. Bunun başlıca sonucu ise hastanın nesnelere tehlikeli ve kendine zarar verici olarak algılanması bu nesnelere karşı kendisini savunmaya çalışmasıdır. Yansıtımlı özdeşimde, nesneye yansıtılan dürtü hasta tarafından bilinçli olarak deneyimlenmeye devam eder. Yansıtılan malzeme dolayısıyla nesneden korkulur ve bu mekanizmanın etkisiyle yansıtılan kişiyi kontrol etme ihtiyacı ortaya çıkar. Goldstein'a (1991) göre ise, hasta sadece kendinin bir bölümünü yansıtmakla kalmaz, elindeki bütün imkânları kullanarak dışsal nesneyi de yansıttığı yönde düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya sevk eder. Ayrıca yansıtımdan farklı olarak kendilik ve nesne arasındaki sınır belirsizleşmiştir.

İnkâr (denial): Duygusal olarak bağımsız bilinç alanlarının karşılıklı olarak inkâr edilmesidir. Hasta, kendisi veya diğerleri hakkındaki algılarının, düşüncelerinin ve duygularının başka zamanlarda olanların tümüyle zıttı olduğunun farkında olmakla birlikte bunu anımsaması, onun için duygusal yönden bir önem taşımaz ve o andaki duyum tarzını etkilemez.

Tüm-güçlülük ve değersizleştirme (omnipotence, devaluation): Bu iki mekanizma da bölmeye yakından ilgilidir. Bu mekanizmaları kullanan hastalar, bazı zamanlarda idealleştirilmiş bir nesneye talepkar, yapışık bir ilişki kurma ihtiyacı ile

başka zamanlarda ise tümgüçlü oldukları yönünde derin bir hissi açığa çıkaran fanteziler ve davranışlar arasında gidip gelebilirler. Bu savunmalar, sınır yelpaze içinde kalan narsistik olguların sıklıkla başvurduğu savunmalardır ve bölmeyle yakından bağlantılıdır. Terapi ortamında şiddetle şişirilmiş büyüklenmeci kendilik ve küçümsenen nesne temsilcilerinin yeniden canlanması şeklinde kendilerini gösterirler.

Kernberg (1976), sınır hastaları psikanalitik bir bakıştan ele alarak tanımlamaya çalışırken; Gunderson (1984), sınır olgularla ilgili olarak bazı özelliklerin hastaların büyük çoğunluğunda ortak görüldüğünü ifade etmiştir. Bunlar; şiddetli duygulanım, dürtüsel davranış öyküsü, yüzeysel sosyal uyum, geçici ve yüzeysel kişiler arası ilişkiler, genellikle paranoid niteliğe sahip kısa psikotik yaşantılar ve Rorschach gibi yapılandırılmamış psikolojik testlerde garip, mantık dışı, ya da ilkel yanıtlar vermelerine karşın WAIS gibi daha yapılandırılmış testlerde iyi performans sergilemeleri olarak sayılabilir. Gunderson, borderline kişilik bozukluğunun özelliklerini kısaca şu şekilde tanımlamaktadır;

Kişilerarası ilişkilerle ilgili problemler: Gunderson, bu hastaların diğerleriyle kurdukları ilişkilerde değersizleştirme, kullanma (manipülasyon), bağımlılık ve mazoşizm gibi özellikler sergilediklerini söyler. Gunderson, bu kullanma davranışlarının tipik örnekleri olarak; somatik yakınmalar, provokatif hareketler, yanlış yönlendirici mesajlar ve kendine zarar verici davranışları sıralar. Mazoşizmin ise kendini daha çok yakın ilişkilerde incinmişlik olarak gösterdiği görüşündedir. Gunderson'a göre kişilerarası ilişkilerdeki problemler, sınır sendromun en önemli özelliklerden birini oluşturmaktadır.

Tekrarlayan intihar girişimleri: Gunderson, daha çok ilaç içerek ya da bileğini keserek intihar etme çabalarının aslında diğer kişilerden çıkar sağlama amacı güttüğü kanısındadır. Bu girişimler tekrarlayan ve kullanmaya yönelik intihar tehditlerinin eşlik ettiği bir intihar davranışı örüntüsü içinde değerlendirilmelidir.

Kararsız kimlik duygusu: Gunderson, sınır hastaların kalıcı bir kendilik ve değer duygusu olmaması nedeniyle kompulsif bir sosyalleşme eğiliminde oldukları ve bu durumun onların yalnızlığa tahammülsüzlüğü ve terk edilme korkularını da açıkladığı görüşündedir.

Olumsuz duygular: Gunderson, bu hastaların en belirgin duygularının öfke olduğunu söyler. Gunderson'a göre, sınır hastaların diğer sınır hastalarla ilişkilerinde oldukça net gözlemlenebilecek, öfkenin çok yoğun anlatımı, acımasızlık ve alaycılık gibi özelliklerinden bahseder. Depresyon bu hastalarda sık görülür ama bu daha çok bir duygu olup, depresyonun diğer belirtilerini içermez.

Psikotik yaşantılar: Gunderson, sık görülmemekle birlikte, kısa süren, hafif, ego-distonik psikotik yaşantıların sınır tanısı için belirleyici olduğu fikrindedir. Bu hastalar, yapılandırılmamış ortamlarda ya da ilaçlara karşı bir tepki olarak zaman zaman disosiyatif ya da psikotik belirtiler gösterebilirler.

Dürtüsellik: Gunderson, özellikle cinsellik veya alkol madde kullanımı ile ilgili dönemsel dürtüsel davranışların izlendiği görüşündedir. Bu dürtüsel davranışların temel özelliği, kendine yönelik yıkıcı bi yanlarının olmasıdır.

Başarısızlık: Gunderson, düşük iş ve okul başarısının ayırıcı tanı açısından önemli olduğunu, başarısızlığın nedeninin yetenek ya da zekanın kısıtlı olmasından çok patolojiye bağlı olduğunu söyler.

2.1.1.3.2. Epidemiyoloji

Borderline kişilik bozukluğu genel popülasyonun % 2'sinde görülür. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat fazladır. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında bu bozukluğun görülme oranı genel popülasyona göre yaklaşık 5 kat fazladır. Aynı zamanda madde suiistimali, anti-sosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluklar için de artmış ailesel risk vardır. Ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının %10'unda, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının ise %20'sinde görülen bir bozukluktur. Kişilik bozukluğu olanların, üçte biriyle, üçte ikisinde görülen bir kişilik bozukluğudur (Türkçapar ve Işık, 2000).

Reich ve arkadaşları (1989) şizofrenik hastaların, depresif hastaların ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubunun akrabalarıyla, Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP) kullanılarak yapılan bir çalışmada, adı geçen grupların akrabalarında borderline kişilik bozukluğu görülme sıklığı %1,6 olarak saptanmıştır (aktaran Baykız, 2003).

Birçok araştırmaya göre, bu kişilerin çocukluk hikâyelerinde cinsel istismar, anne-baba boşanması, ilgi yoksunluğu, rastlanılan anamnez anılarıdır. Bu kişilerin çocukluk çağında yaşadıkları travmatik olaylar kişiliğin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla yaşanan bu tür olaylar kişinin öz benliğinin yapısını biçimlendirmekte ve tablo bu şekilde oluşmaktadır. Bu hastalardan %90'ının başka bir psikiyatrik tanı daha almaktadırlar, %40'ının ise aldığı başka psikiyatrik tanı sayısı ikiden çoktur. Bu kişilerin ailelerinde duygudurum bozuklukları ile madde kullanımına ilişkin bozukluklar sık görülür. Annesinde böyle bir bozukluk olan kişilerin çocuklarında daha sık görülür (aktaran Köroğlu ve Bayraktar, 2007).

Borderline kişilik örgütlenmesine, Amerika Birleşik Devletleri'nde genelde içinde rastlanma oranı %9 - %12'dir. Psikiyatrik başvurusu olan grubun yaklaşık %40'ını oluşturdukları ileri sürülmektedir. Kernberg'in değerlendirmesine göre genel nüfus içindeki oranı %15 olarak belirlenmiştir (Gunderson, 1984). Borderline kişilik bozukluğuna ise genel popülasyonda rastlanma oranı yaklaşık % 2'dir. Bunların % 10 kadarı ayaktan takip edilmekte, % 20'si yataklı servislerde izlenmektedir. Borderline kişilik bozukluğu, kliniklere başvuran tüm kişilik bozukluğu vakalarının % 30 - % 60'lık bir kısmını oluşturmaktadırlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Borderline kişilik bozukluğu vakalarının % 90'ının eş tanısı olur ve % 40'ı ikiden fazla psikiyatrik eş tanı almaktadır. Bu kişilerin aile öykülerine bakıldığında duygu durum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları daha sık görülür (Köroğlu, 2004).

2.1.1.3.3. Etiyoloji

Kernberg (1967), borderline kişilik örgütlenmesinin etiyojisini Mahler'in (1952) gelişimsel şemasına dayanarak açıklamıştır. Çocuğun, gelişiminin ayrılma-bireyleşme sürecindeyken anne figüründen ayrılması ile bu süreçte kesinti olduğunu düşünmüştür. Hastalar sonuçta yalnız kalmayla baş edemeyen, anksiyöz, bağımlı ve terk edilmeye aşırı duyarlı bireylerdir (aktaran Özçürümez vd., 2002). Kernberg (1999), sınır kişilik bozukluğu olan hastaların erken dönem patolojik nesne ilişkilerini içselleştirdiklerini öne sürmüştür.

Kernberg (1967), nesne ilişkileri kuramında, kendilik (self) ve nesne (object) tasarımlarını önemli affektif ve bilişsel yapılar olarak ele alır ve ruhsal gelişimi beş döneme ayırır ve üçüncü dönemde borderline kişilik bozukluğunun geliştiğini belirtir. Üçüncü dönem ayrılmış kendilik ve nesne tasarımları dönemidir. 6-8. aylarda

başlayıp, 18-36. aylarda tamamlanır. Mahler'in (1952) tanımladığı ayrılma-birleşme (separation-individuation) evresine karşılık gelir. Bu dönem, "iyi" ve "kötü" kendilik-nesne tasarımları içinde kendilik tasarımının nesne tasarımından ayrışmasının tamamlanmasıyla başlar. Bu kendilik ve kendilik dışının (self ve non-self) sınırlarının belirlendiğini gösterir. Yani, kendilik ve nesne bileşenlerinin ayrışması ego sınırlarının kurulması demektir. "İyi" ve "kötü" tasarımlar bölme (splitting) ile ayrılmış durumdadır, henüz bütünleşmiş bir kendilik ya da bütünleşmiş bir nesne kavramı yoktur. "iyi" ve "kötü" kendilik tasarımları ayrı ayrı var olurlar. Aynı şey nesne tasarımları için de geçerlidir. Dönem "iyi" ve "kötü" kendilik tasarımlarının da "bütün" bir nesne kavramı şeklinde bütünleşmesiyle sona erer. Bu dönemde takılma ve döneme gerileme borderline kişilik organizasyonunu belirler (Şahin, 2009). Sonuçta Kernberg, borderline kişilik bozukluğu olan hastaların, Mahler'in (1952) "simbiyotik evre" olarak tanımladığı ikinci dönemi başarılı bir şekilde geçtiğini, kendilik ve nesneyi net olarak ayırabildiklerini ancak gene Mahler'in deyişiyle ayrılma-birleşme evresinde yani üçüncü dönemde takıldıklarını belirtmiştir.

Kernberg (1967) bu gelişimsel krizin kronolojik yeri olarak, Mahler'in tanımladığı yaklaşık 16-30. aylar arasındaki yeniden yakınlaşma (*rapprochement*) alt evresini işaret etmiştir. Bu evrede çocuk, annesinin ortadan kaybolması potansiyeline karşı alarmdadır ve bazen onun nerede olduğuna yönelik aşırı bir ilgi gösterir. Bu gelişimsel noktadan hareketle, borderline hastaların annelerinin kendilerini terk etmesi ve ortadan kaybolması ile sonuçlanacak bir ayrılma tehdidinden korkarak erken bir infantil krizin sıkıntısından kurtulma yaşantısını yineler gibi davrandıkları söylenebilir. Bu çocukluk çağı krizinin erişkin formunda bireyler, yalnız kalmaya tahammül edemezler ve kendileri için önemli olan kişiler tarafından terk edilmekten korkarlar. Borderline hastalar, ebeveyninden ya da diğer bakıcı figürlerden ayrılma durumuyla karşılaştıklarında aşırı anksiyeteye kapılabilirler.

2.1.1.3.4. Tanı ve Klinik Özellikler

Hastalar daha çok depresif, nevrotik belirtilerle ya da intihar girişimleri sonrası kliniklere başvururlar. Temel klinik görünüşleri kişilerarası ilişkilerde, kendilik imgesinde ve duygusal tutarsızlık ve belirgin dürtüselliktir. Hastaların kliniklere başvuru sebepleri öykü derinleştikçe farklılaşmaya başlar. Örneğin çoklu sayıdaki nevrotik belirtiler, yaygın anksiyete ya da görünüşte majör depresyon gibi duran, fakat

biraz derinlemesine öykü alındığında bir duygu durum bozukluğu olmadığı anlaşılan durumları belirtmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007).

2.2. Zihin Kuramı

İnsanlar sosyal canlılardır ve beynimizin en temel görevlerinden biri sosyal gruplarda başarılı bir şekilde etkileşime geçebilmemize olanak sağlamaktır. Başarılı bir etkileşim için diğer insanları anlamak ve hareketlerini tahmin etmek gereklidir. Sosyal nöro-bilim yeni yeni başkalarının zihinsel durumlarını anlama yetimizin altında yatan nöral mekanizmaları araştırmaya başlamıştır. Zihin kuramı; başkalarının niyetleri, amaçları ve inançları gibi zihinsel durumlarını anlayabilme yetisidir. Günümüzde gelişimsel psikoloji, sosyal psikoloji ve kognitif nörobilim alanlarında yapılan çalışmaların ilgisi insanın zihin kuramı yetisine odaklanmaktadır (Singer, 2006).

Sosyal kognitif nörobilim alanındaki gelişmelerin öncüsü primat gözlem çalışmalarıdır. 1966 ve 1976 yıllarında Jolly ve Humphrey primatların günlük beslenme ve dolaşma ihtiyaçlarını sağlayacak olanın ötesinde bir kognitif kapasiteye sahip olduklarını gözlemlemişlerdir. Sosyal çevrenin primatlarda beyin gelişimi üzerinde evrimsel bir baskı oluşturduğunu düşünmüşlerdir. İnsanlar primatlar arasında en sosyal olanıdır ve sosyal etkileşimdeki başarısı insanın evriminde başlıca itici güç olmuştur (Humphrey, 1976). Giderek karmaşıklaşan sosyal çevre ve bu duruma uyum sağlamaya yönelik bilişsel yetilerin gelişimi insan beyninin evriminin önemli özelliklerinden biridir. Zihin kuramını da içine alan sosyal zekanın, aldatmanın fark edilmesi ve belki daha da önemlisi kooperasyonun kurulması için evrimleştiği düşünülmektedir.

1978 yılında Premack ve Woodruff şempanzelerin türdeşleri olan diğer şempanzelerin zihinsel süreçlerini anlayabildiklerini öne sürmüşlerdir. İlk kez “zihin kuramı” terimini kullanmış ve halen tam olarak yanıtlanamamış ama önemli bir sorudan yola çıkarak şempanzelerde zihin kuramı olup olmadığını araştırmışlardır (Troxler, 2011). Bu bilgiler, çocuk psikologları için bebeklerde ve çocuklarda zihinsel perspektif almanın gelişiminin tanımlanması çalışmalarında öncü olmuştur (Leslie, 1987).

Baron-Cohen (1985) otistik spektrum bozukluğu grubundaki çocuklarla yaptığı çalışmada; bu çocukların yanlış inanışları atfetmede ve diğerinin davranışını anlama ve tahmin etmede başarısız olduklarını saptamıştır. Zihin kuramı bu çocukların davranışsal belirtilerini, iletişim ve sosyal etkileşimdeki başarısızlıklarını açıklamak için önem kazanan bir kavram haline gelmiştir (Baron-Cohen, 1985).

“Sosyal beyin-sosyal kognisyon” kavramlarını açıkça söz eden ilk kişilerden biri olan Leslie Brothers (2002), beynin tamamının ya da en azından bir kısmının organizmanın çevreye duyarlı olması ve tepki verebilmesi için evrildiğini ifade etmiştir. Sosyal etkileşimde davranışın oluşmasında sosyal işaretlerin algılanmasının, motivasyonun, emosyonun, dikkatin, belleğin ve karar verme mekanizmalarının tümünün katkısı olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle zihin kuramının sosyal kognisyonun sadece bir açıdan temsili olabileceğini vurgulamıştır.

Brüne’ye (2006) göre, zihin kuramı insanın hayatının bu kadar merkezinde ise, bu henüz yeni evrimleşmiş kognitif kapasitenin nöral mekanizmalarında meydana gelen işlevsel bir bozukluk ya da yapısal bir hasar sosyal işlevselliğin de bozulmasına neden olacaktır. Günümüzde pek çok çalışma sonucunda yaygın bir şekilde bilinen ve desteklenen bulgulara göre; otistik çocuklar ve Asperger sendromlu erişkinler diğer insanların zihinsel durumlarını anlamada belirgin güçlük yaşarlar (Baron-Cohen, 1988). Zihinsel durumu anlamada yaşanan bu eksiklikler seçici gibidir; diğer bilişsel işlevler ve “sosyal olmayan (non-social)” zekâ çok iyi korunmuş olabilir (Baron-Cohen, 1986).

Zihin kuramı, yüzde emosyon tanıma ve empati sosyal kognisyonun birbiri ile ilişkili ama birbirinden farklı bileşenleridir. Literatürde bazen eşanlamlısı gibi kullanılabilen empati başkalarının hislerini paylaşabilme yetisidir ve limbik-paralimbik yapılar ve sensor motor korteksle ilişkilidir. Zihin kuramı yetileri empatiden daha sonra gelişir; bir bozukluk durumunda da daha önce kaybedilir (Singer, 2006). Sosyal kognisyon mekanizmasını en iyi temsil eden bileşenlerinden biri zihin kuramıdır; tüm zihinsel durumları kendimize ve diğerlerine, davranışları tahmin edebilmek ve anlamak için atfedebilme yetisini tanımlar. Sosyal kognisyon; diğerlerinin inançlarına ve niyetlerine dayanarak onların davranışlarını yorumlayabilmek ve tahmin edebilmek; karmaşık sosyal çevre ve ilişkilerde etkileşime geçebilmektir.

2.2.1. Zihin Kuramı Tanımı ve Kavramsal Yapısı

Bir bireyin başka bir kişinin bakış açısını ne kadar anlayabildiği bireyin tecrübe edeceği ilişkilerin niteliğini etkiler. “Zihin Kuramı” na (bilişsel bakış açısına) sahip bir kişi, başka kişilerin istek ve inançları olabileceğini ve bu istek ve inançların kendininkinden farklı olabileceğini anlayabilir. Başkalarının inançlarını ve isteklerini bilmek, davranışın tahminini mümkün kılar (Wellman ve Bartsch, 1994).

Sosyal kavrayıştaki bu değişim genel olarak “zihin kuramı” olarak ifade edilmektedir. Zihin kuramı kendi ve başkalarının niyetleri, arzuları, inançları ve duygularını anlama dahil olmak üzere çocukların gelişen zihinsel bilgisinin çoklu durumlarının kapsamı olarak kavramsallaştırılır (Flavell, 2004).

Farklı araştırmacılar ve teorisyenler, zihni anlamaya yönelik farklı açıklamalar yapmış ve önerilerde bulunmuşlardır. Bunların başında “Kuram” kuramı en baskın görüş olmuş ve “çocukların zihin kuramı” ifadesi yaygın olarak kullanılmıştır. Kuram kavramı, bilişsel gelişim ve kuram arasındaki benzerlikleri belirtmek için kullanılmaktadır (Flavell, 1999).

Leslie (1987) tarafından zihin kuramı, bebekler ve küçük çocuklardaki bilişsel bakış açısı almanın ontogenetik gelişimini tanımlamak için kullanılmıştır. Zihin kuramı yeteneği bir başka tanımda, “insandaki, davranışın zihinsel nedenleri ile ilgili akıl yürütme kapasitesi” olarak ifade edilmiştir. Perner’e (1999) göre zihin kuramı yeteneği, kendisinin ve diğer insanların niyetleri, hisleri, inançları, istekleri gibi atfedilen zihinsel durumların yeteneğidir. İnsanların istediği, düşündüğü, hissettiği ve niyet ettiği şeyi bilmek için, insanların nasıl davranacağına ilişkin davranışsal tahminler yapmasına bir olanak sağlar.

Zihin kuramı teriminin yanısıra, literatürde bu yeteneği ifade eden başka terimler de kullanılmıştır. Bu terimler; “zihinselleştirme/mentalizing” (Frith & Frith, 2003), “zihin okuma/mind-reading” (Baron-Cohen, 1995) ya da “bilişsel bakış açısı alma/cognitive perspective taking” şeklindedir (akt, Hein & Singer, 2010). Farklı terim ve tanımlara sahip olmasının, zihin kuramı yeteneğinin birçok farklı süreci yansıtabileceğinin bir göstergesi olabileceği ifade edilmektedir.

Çocuklar büyüdükçe, gerek kendilerinin gerekse başkalarının hareketlerinin, inançlar ve istekler gibi içsel düşünsel durumların ürünü olduğunu anlamaya başlarlar. Bu nedenle, çocuklar zihin kuramlarını geliştirdikçe bilinçli/bilinçsiz davranışlar, arzular/gerçekler, planlar/sonuçlar, gerçekler/gerçek olmayan şeyler arasındaki farklılığı görebilecek bilince ulaşırlar. Zihin kuramı yeteneğine sahip olmak için bilinçli olmayı gerektiren unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Wellman, 1990, aktaran Keskin, 2007);

- *Düşünceler ve nesnelere farklı olabilirler:* Sözelimi, bir kalem düşüncesiyle zihnimizde oluşan kalem ile gerçek kalem farklı şeylerdir. İlki düşünsel ve maddesel olmayan bir şey iken, diğeri fiziksel ve maddeseldir.
- *Gerçekler ve inançlar farklı olabilirler:* Düşünceler ve inançlar her zaman gerçeği yansıtmayabilirler. Sözelimi, dünyanın yuvarlak olmasına karşın, dünyanın düz olduğuna yönelik yanlış inançları olan kişiler olabilir.
- *İstekler ve sonuçlar farklı olabilir:* Planlama ve uygulama birbirinden farklı olan olgulardır. Örneğin, bir yere gitmeyi istemekle bu eylemi gerçekleştirmek farklı şeylerdir. Başka bir ifadeyle, zihni etkinliklerle eylemlerin aynı olmadığı söylenebilir.
- *Gerçekler hayalleri kısıtlamaz:* Kişiler sürekli genç kalmak gibi gerçek dışı hayali bir durumu düşünebilirler. Bununla birlikte bu arzunun gerçekleşme ihtimalinin olmaması, hayalini kurmayı engellemez.
- *Zihin bireyseldir:* Herkesin kendine özgü kişisel zihni olduğundan, kişilerde zihni durumlar ve bunların ürünü olan inançlar, düşünceler, tutum ve davranışlar farklılık göstermektedir. Sözelimi, bir kişi kendini çok güzel olarak algılayabilir ancak başkaları bu konuda farklı görüşlere sahip olabilirler.
- *Zihin ve beden farklıdır:* Fikirler fiziksel durumlardan bağımsızdır. Zihnin yorgun olsa bile vücut bu yorgunluğu hissetmeyebilir veya beden yorgun ise zihin yorgun olmayabilir.

Dolayısıyla, yetişkin zihin kuramı yeteneğine sahip olanların düşünce, inanç, istek gibi zihni durumların fiziksel gerçekleri içeren maddi dünyadan farklı olduğunu ve içsel zihni durumların insanların davranışlarını yönlendirdiğini anlamaları gerekir. Zihin kuramı, çocukların inançlar, davranışlar, ve düşünceler arasındaki bağlantıları

anlama girişimlerini açıklayan “naif/denenmemiş (naive) psikoloji”dir (Wellman ve ark, 2001).

Zihin kuramının merkezi, üçlü kavramsal yapıdadır: davranışlar, inançlar ve istekler. Ancak bu üçlü yapının ötesinde istek-inanç mantığı oldukça karmaşık olabilir ve bir dizi yardımcı kavramları içerebilir. İnançlar çoğunlukla algısal deneyimlerin temeli üzerine kurulmuştur. Böylece fizyolojik durumlar, duygular ve algılar kişinin davranışlarını şekillendirir. Bunlar dolaylı olarak kişinin isteklerinin ve inançlarının çerçevesini oluşturur. Davranışlar/eylemler dünyada görülebilen sonuçlar doğurur ve bu sonuçların da önceden tahmin edilebilen türlerinin kışkırtıcı tepkileri olabilir. Kuram tepkilerin en az iki temel sırasını içine alır: isteklere bağlı tepkiler ve inançlara bağlı tepkiler. Örneğin; bir hareketin sonucu memnun olunabilir ya da kişi isteklerini sağlamada başarısız olabilir. Eğer bir şey istiyorsanız ve bunu elde ediyorsanız, mutlu olursunuz; eğer bir şey istiyor ve onu elde edemiyorsanız, kızgın ya da üzgün olursunuz. Ancak bir davranışın sonucu kişinin inancına uygun benzer ya da başarısız olabilir. Eğer bir kişi bir şeyin olacağını düşünüyor ve bu olmuyorsa, kişi şaşırabilir ya da hayret edebilir (Bartsch ve Wellman, 1995). Bunlar basit ama derin tahminler ya da sonuçlardır ve yeni yürüyen çocuklarda görülebilir. Kısacası, çok küçük çocuklar birçok zihinsel durumun ayrı ayrı anlayışına sahiptir ya da bu durumların koordine bir anlayışına sahiptir (Wellman ve ark., 2001).

Zihin kuramı yeteneğini anlamadaki önemli değişiklikler diğerlerinin özellikle inanç durumlarını doğru yorumlamaya başladığı dördüncü yaşta meydana gelir (Wimmer ve Perner, 1983). Bu noktada çocuklar zihnin sadece gerçeği yansıtmadığını bir temsili sistem olduğunu anladıklarını gösterirler. Gelişimsel araştırmada en çok vurgu zihin kuramının bu yönü olmuştur. Çocuğun temsilleri öncelikle zihinsel bir varlık olarak gördüğünü belirten Astington’a göre çocuk, gerçekliğe doğrudan ulaşabileceğini düşünmektedir. Astington, gerçekliğe doğrudan ulaşabileceğini düşünen çocuğun başkalarının davranışlarını açıklamak ve tahmin etmekte zihinsel durumlarına dayanabileceğini ancak insanlar yanlış kanılarına göre hareket ettiklerinde açıklama ve yorumlarının çalışmayacağını belirtmektedir. Bunun nedeni çocukların temsilleri zihinde olan bir varlık olarak bunların anlayarak zihinde oluşturulduğunu fark edememeleri ve gerçekliği yansıtmayabileceğini anlayamamalarıdır. Çocuğun bu tür yanlış kanıları açıklaması için zihinsel temsillerini

varlık olarak düşünmemeleri, onları sadece zihinlerinde oluşturduklarını anlamaları gerekmektedir. Başka bir deyişle çocuğun, gerçekliğe doğrudan ulaşamayabileceğini ve bunları zihninde oluşturduğunu anlaması gerekmektedir. Zihin kuramı becerisini kazanan çocuklar, insanların fiziksel dünya ile çelişen kanıları olabileceğini ve bu kanıların kendi kanılarından farklı olabileceğini anlayarak zihinsel temsil ile gerçeklik arasındaki farkı anlamlandırabilirler (Wellman ve ark., 2001).

2.2.2. Zihin Kuramını Açıklayan Teoriler

Zihin kuramı çalışmalarında diğer bir soru, zihin kuramı kazanımının ne anlama geldiği ve bu becerinin nasıl geliştiğidir. Zihin kuramı doğuştan getirilen bir beceri midir yoksa sonradan mı kazanılmaktadır? Zihin kuramı kazanımı çocuğun oluşturduğu kuramların gelişimiyle mi, nöral sisteminin gelişimiyle mi veya kendi zihinsel kaynaklarının gelişimiyle mi açıklanmaktadır? Neden çocuklar arasında benzer gelişimsel süreçler yaşanmaktadır? Zihin kuramı kazanımıyla ilgili bu sorulara “*Kuram Kuramı*,” “*Benzetim Kuramı*” ve “*Modüler Kuram*” farklı açıklamalar getirmektedir.

Kuram Kuramı;

Bu kurama göre çocuklar, günlük olayları soyutlayarak elde ettikleri bilgilere dayanarak bilimsel olmayan, “naif, sezgisel, gündelik, halka özgü kuramlar” üretmektedirler (Miller, 2001). Ürettikleri bu kuramlar sayesinde çocuklar olaylar arasında nedensel ilişkiler kurmaya ve evreni açıklamaya çalışmaktadırlar. Kuram kuramına göre kuram üretme doğuştan itibaren başlamakta ve bebekler dahi çevresinde olup bitenleri açıklamak için kuramlarına başvurumaktadırlar. Bununla birlikte kuram üretme süreci gelişimsel olarak ele alınmakta ve kuramların değişime açık olduğu ileri sürülmektedir.

Kuramların diğer bir özelliği alana özgü olmalarıdır. Çocuklar belirli bir alanı açıklamak için o alanla ilgili kuramlarını kullanmaktadırlar. Örneğin; fiziksel olayları açıklamak için fizik alanıyla ilgili kuramlarını; kendilerinin veya başkalarının davranışlarını ve duygularını açıklamak için zihin alanında ürettikleri kuramları kullanırlar. Bir çocuğun her alanda geliştirdiği kuramlar aynı derecede gelişmiş olmayabilir. Çocuğun fiziksel olayları açıklamak için oluşturduğu kuram fiziki dünyayı açıklamasına yeterli olabilirken, kendilerinin veya başkalarının davranışlarını

ve duygularını açıklamak için oluşturduğu kuram zihinsel dünyasını açıklamaya yeterli olmayabilir (Miller, 2001).

Zihin alanında ürettiği kuramların kendisinin veya başkalarının davranışları ve duygularıyla çeliştiğini ve kuramının zihin alanında yeterli olmadığını gören çocuk bir süreliğine karmaşaya düşebilmekte ve bu karmaşa döneminde eski kuramlarından vazgeçmek istemeyebilmektedir. Ancak çocuklar kuramları, deneyimleri aracılığıyla test edilip desteklenmedikçe eskisinden daha gelişmiş kuramlar üretmektedirler. Böylece zihin alanında ürettikleri yeni kuramları ile kendilerinin veya başkalarının davranışlarını ve duygularını artık farklı bir şekilde yorumlayıp açıklamaya ve yeni kuramlarının geçerliliğini değerlendirmeye başlamaktadırlar.

Bilişsel gelişimi açıklamayı amaçlayan kuram kuramının bir alanı da zihin kuramıdır. Kuram kuramına göre, çocuk zihin alanında gelişimsel olarak kuramlar geliştirerek insanların ve kendisinin kanıları olduğunu, bunların gerçekleri yansıtmayabileceğini ve bunların temsili olduklarını anlamaktadırlar. Bu temsil yetisi çocukların kanılara atıf yaparak davranışları açıklamalarını sağlamaktadır. Böylece kuram kuramı, zihin kuramını çocuğun kanı, düşünce, bilgi gibi temsilleri kavramlaştırarak kuramlar üretmesini sağlayan kavramsal bir sistem olarak görmektedir.

Henry Wellman, Janet Wilde Astington, Alison Gopnik, Josef Perner gibi zihin kuramının öncülerinden birçok isim zihin kuramının kazanımını kuram kuramı ile açıklamaktadır. Bu isimlerin her biri zihinsel temsillerin kazanıldığı ortak paydasında buluşmasına rağmen bu süreçte meydana gelen değişimleri farklı açıklamaktadır.

Bu süreçteki değişimleri en ayrıntılı açıklayan Perner'a göre (1991) zihin ile gerçeklik ilişkisini açıklamak için kuramlar üreten çocuk, zihnin temsil yetisini anladığında zihin kuramını kazanmış olmaktadır. Bu yazara göre çocuklar kuram üretme becerisine doğuştan sahiptirler. Başta fiziksel dünyasındaki somut objeler için tek bir model oluşturan çocuk zamanla geçmiş, gelecek veya arzulanan durumlar için birden fazla kuramın üretilebildiği döneme geçmektedir. Fakat çocuk birçok model üretebildiği halde hala bunları zihinsel temsil olarak değerlendirememektedir (Morris, 2009). Örneğin; sembolik oyun kuran çocuk aynı obje için birden fazla temsil oluşturarak bu temsilleri doğru/yanlış olarak ayırabilirken temsillerin temsil olduğunu

bilmemektedir. Başka bir deyişle çocuk, kanıların insanların zihinlerinde oluştuğunu anlayamamakta ve gerçeklik ile kanı arasında ilişki kuramamaktadır.

Zamanla kuramlarının desteklenmediği durumla karşılaşan çocuk, temsiller arasında ilişki kurabilmesini ve temsilleri değerlendirebilmesini sağlayan yeni kuramlar oluşturmaktadır. Perner'in zihin kuramı kazanımı için gereken kuram değişiminden kastı, çocukların davranış odaklı kuramlardan zihinsel kuramlara geçmeleri ve mevcut bilgilerini yeniden yapılandırmalarıdır (Happe, 1991). Bu kuram değişimiyle çocuk, temsilleri doğru/yanlış diye ayırmaktan çok kendisinin ve başkalarının temsilleri öznel olarak değerlendirdiklerini anlamaktadır. Bunun yanı sıra temsillerin zihinsel temsil olduğunu fark ederek kişilerin davranışlarının gerçeklikle değil gerçekliğin zihinsel temsili ile yönlendirildiğini anlamaktadır.

Benzer olarak, Astington(1994) da farklı gelişimsel dönemlerde çocuğun farklı kuramlar geliştirdiğini, en önemli kuram değişiminin ise temsillerin anlaşılması olduğunu belirtmektedir. Astington'a göre üç yaşındaki çocuklar; zihni açıklamak için kurdukları kuramlar sayesinde gerçeklikle düşünceleri ayırt edebilmekte, arzu ettikleri şeylerle yaptıkları ve gördükleri şeylerle bildikleri arasında nedensel bir ilişki olduğunu bilmektedirler. Ancak deneyimleri sayesinde bu kuramların her zaman desteklenmediğini gören çocuklar, gerçeklik ve zihin arasındaki nedensel ilişkilerin doğrusal olmadığı ve temsillerle aracılık edildiği anlayışını kazanmaktadırlar. Böylece yeni bir kuram kuran çocuk zihnin, gerçekliği değil gerçekliğin temsilini yansıttığı sonucuna varmaktadırlar.

Benzetim Kuramı;

Kişinin kendi ve başkalarının zihinlerini açıklamak için kuramlar ürettiğini savunan kuram kuramının aksine benzetim kuramına göre insan, kendi zihinsel kaynaklarını kullanmaktadır. İlk olarak ayrı ayrı Gordon (1986) ve Heal (1986) tarafından öne sürülen benzetim kuramına göre insanlar kendi "motivasyonel, duygusal kaynaklarını ve muhakeme kapasitelerini" kullanarak başkalarının zihinsel durum ve davranışlarını açıklamaktadırlar. Bunun sonucunda Kuram Kuramı hem kendi hem de başkalarının kanılarını anlamının paralel gerçekleşeceğini savunurken benzetim kuramcılarına göre çocuk önce kendi kanılarını anlayabilmekte daha sonra kendi kanıları aracılığıyla başkalarının kanılarını anlamlandırabilmektedir.

Goldman ve Shanton'a (2010) göre kendi zihninin benzer çalıştığını düşünen çocuklar başkalarının kanı ve davranışlarını açıklamak için kendilerinin benzer durumdaki olası kanı ve davranışlarını hayal etmekte veya belleklerinden böyle durumları seçmektedirler. Daha sonra hayal ettikleri veya belleklerinden seçtikleri kendi zihinsel durumlarını başkalarının kanılarına atıf yapmak için kullanmaktadırlar. Böylece başkalarının zihinlerini kuramlar oluşturarak değil başkalarının yerine geçerek, kendi zihinleri aracılığıyla açıklayabilmektedirler.

Modüler Kuram;

Modüler kuramcılar, zihin kuramının öğrenmeyle kazanıldığını savunan kuram kuramcılarının aksine zihin kuramını doğuştan getirilen genetik yapılarla dayandırmaktadır (Scholl and Leslie, 1999). Bu kuramı savunanlar zihin kuramını beyindeki belirli bir kısımda meydana gelen nöral aktivitelerden yola çıkarak açıklamakta ve belirli nöral olgunluğa gelindiğinde çocuğun zihin kuramını anladığını öne sürmektedirler.

Scholl ve Leslie (1999) modül anlayışını, zihin kuramının diğer bilişsel alanlardan ayrı (domain-specific) bir yapıda olması ile açıklamaktadır. Diğer bilişsel alanlardan ayrı olması ile kasıt zihin kuramı modülünün diğer bilişsel sistemlerden bağımsız işleyen, gelişen ve bozukluk gösterebilen bir sistem olarak düşünülmesidir. Modüler kuramcılara göre zihin kuramının bilişsel sistemlerden ayrı işlem gören yapısı nedeniyle bilişsel süreçlerle ilişkisi gelişimsel olarak ele alınamamaktadır. Buna rağmen modül içi gelişimler yaşanmaktadır. Yaşanan modül içi gelişimler kuram kuramı yaklaşımında olduğu gibi kuramların test edilmesi ve değiştirilmesi şeklinde olmamaktadır ancak doğuştan getirilen zihin kuramı modülü çevresel etkiler ve deneyimler ile tetiklenmektedir. Böylece doğuştan getirilen modül nedeniyle çevresel etmenlerden dolayı kazanımda bireysel farklar olsa dahi zihin kuramının kazanımının kültürler arasında ve bireyler arasında benzer gelişim gösterdiği ve yetişkin zihni ile bebek zihninin benzer olduğu öne sürülmektedir.

Zihin kuramı için öne sürülen bu kuramların zihin kuramını açıklayabildikleri noktalar farklı olduğundan bu kuramlar birbirlerini tamamlayıcı nitelikte olduğu düşünülmektedir. Örneğin Kuhn (2000) da benzetim ve kuram kuramının açıklamalarının birlikte de anlamlı olacağını belirterek kendi ve başkalarının kanılarını

anlarken kendimizi veya başkalarını bilgimizin kaynağı olarak alabileceğimizi söylemektedir. Buna göre başkalarının davranış ve anlayışlarından yola çıkarak kendimizi anlamak mümkün olduğu gibi kendi deneyimlerimizden yola çıkarak başkalarını anlamamız da mümkündür ve önerülen kuramlar birbirlerini tamamlamaktadır. Benzer olarak Flavell (2002) doğuştan getirilen bir kapasite ile hem kuramlar üretmek hem de içebakış yöntemiyle kendimizden yola çıkarak kendimizin ve başkalarının zihinsel durumlarına atıf yapmanın ve davranışlarını açıklamanın mümkün olabileceğini belirterek kuram kuramını, benzetim kuramını ve modüler kuramı birbirini tamamlayıcı olarak görmektedir.

2.2.3. Zihin Kuramını Etkileyen Faktörler

Zihin kuramı yeteneği yaşla birlikte gelişim göstermektedir (Wellman ve Liu, 2004). Zihin kuramında cinsiyetin etkili olup olmadığına ilişkin olarak, Charman ve diğerleri (2002) araştırmalarında, kızların yanlış inançları kazanmalarında yaşa özgü bir avantajları bulunduğunu, ama bunun zayıf bir etki olduğunu belirtmişlerdir.

Zihin kuramı yeteneğinin gelişiminde beynin olgunlaşması ve dil becerilerinin gelişimi rol oynar. Özellikle düşünme ve bilme gibi kelimelerin anlamını anlama yeteneği okul öncesi yaşındaki çocukların diğerlerinin zihinsel yaşamlarını anlamasına yardımcı olmada önemlidir.

Kültürel faktörler de zihin kuramı yeteneğinin gelişiminde önemli bir rol oynar. Örneğin; daha çok bireyselci olan Batı kültürlerinin çocuklarının diğerlerinin davranışlarına saygı duyması muhtemeldir, çünkü çeşitli insanların kişisel özelliklerini ve karakterlerini bir fonksiyon olarak görürler. Buna karşılık Batı kültüründen olmayan çocuklar diğerlerinin davranışlarının daha az kişisel kontrol altındaki kuvvet tarafından (talihsiz tanrılar ya da kötü kader gibi) ortaya konulduğunu görebilir (Miller, 2001).

Okul öncesindekilerin aile durumları bu dönem çocuklarının zihin teorilerinde etkili olabilir. Düşük gelir, bir tek ebeveyne sahip olmak, geniş aile ve en önemlisi annenin düşük eğitim seviyesi çocuğun zeka düzeyinin ve akademik başarısının düşük olmasıyla bağlantılıdır ve bu nedenle dolaylı olarak zihin kuramını etkileyebilir (Anderson ve ark., 1996). Benzer şekilde annenin eğitimi çocukların dil yetenekleriyle

ve bunun sonucu olarak daha fazla zihin kuramı anlayışıyla oldukça ilişkilidir (Cutting and Dunn,1999).

Aile geliri ve yapısına gelince yüksek bir gelir ve her iki ebeveyne de sahip olma, ailelere çocuklarıyla geçirmeleri için daha fazla zaman verebilir ve böylece bakış açısı anlamıyla ilgili olarak onlarla duygulardan ve diğer konulardan daha çok bahsetme imkânı sağlayabilir. Benzer şekilde çok kardeşe sahip olmak muhtemelen anlaşmazlıkların artmasını dolayısıyla da onları başkalarının farklı istekleri ve inançları olabileceğini anlamaya zorlar (Dunn ve ark., 1991). Büyük kardeşler çoktan geliştirdikleri yetenekleri enformel olarak öğretmek ya da model olarak küçük kardeşlerinin zihin kuramı anlayışlarını yükseltebilir (Ruffman ve ark.,1998).

Zihin kuramı yeteneğiyle demografik değişkenler arasındaki bağlantıları araştıran çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Cutting ve Dunn'ın (1999) anne eğitimiyle yanlış inanç ve etkili bakış açısı anlama arasında orta seviyede olumlu ilişkiler bulmalarına rağmen, diğer çalışmalar bulamamışlardır. Sosyoekonomik durum ve zihin kuramına gelince, Cutting and Dunn'a göre çalışan sınıfın çocukları (ailesi çalışan sınıf olarak ölçülen), orta sınıfın çocuklarından dil yeteneği kontrol edildiğinde bile daha düşük zihin kuramı puanına sahip olmuşlardır. Benzer şekilde Dunn ve diğerlerine göre (1991) babaların iş durumu çocukların yanlış inanç anlayışıyla olmasa da duygu anlayışıyla bağlantılı olarak bulunmuştur.

2.2.3.1.İstekleri Anlama

Çocuklar iki yaş itibariyle anlık konuşmalarında isteklerine gerçek psikolojik göndermeler yaparlar; inançlara yönelik göndermeler 6-12 ay sonra başlar (Bartsch and Wellman 1995). Laboratuvarda iki yaşındaki çocuklarla yapılan çalışmalarda çocukların diğer bir kişinin isteklerine uygun bir şekilde karşılık verdikleri görülmüştür. Hatta çocuğun tercihi diğer kişinin tercihinden farklı olduğunda bile diğer kişinin isteğine uygun olarak cevap vermişlerdir. Örneğin; çocuğa diğer kişinin ne istediği sorulduğunda deneyi yapan kişiye çocuk, kendi çok sevdiği krakerden değil diğer kişinin sevdiği brokoliden vermiştir (Repacholi and Gopnik, 1997). 15 aylık çocuklar seçici bir şekilde amacı taklit ederek, bir hareketin istenen amacı ile kazara ortaya çıkan sonucunu ayırabilir (Carpenter ve ark., 1998; Meltzoff, 1995).

18 aylık bebekler açıkça isteklerden bahsettiklerini gösteren “istemek”, “hoşlanmak” gibi terminolojileri kullanmaktadır ve bu inançtan hiç bahsetmedikleri bir dönemdir. İki yaşındakiler günlük konuşmalarında aynı obje için farklı kişilerden zıt isteklerde bulunmakta ve istekleri davranışlardan ve sonuçlarından ayırabilmektedirler (Bartsch & Wellman, 1995).

Bazı çerçevelerde istek ve inanç kavramları mantıksal olarak özdeş; her biri bir önermeden (“yarın yağmur yağacak.”) ve yüklemenden (ya ”istiyorum” ya da “düşünüyorum”) oluşmaktadır. Ancak bu yoruma göre küçük çocuklar bu tür temsili istek kavramlarına sahip değildir. Bunun yerine isteği bir kişiyle gerçek bir obje arasındaki doğrudan bağlantı olarak algılayabilir. Eğer böyleyse, yeni yürüyen bir çocuk gerekli anlama temsilleri olmadan istekleri anlayabilir. (Saxe ve ark., 2004).

Çocuklarda inanç anlayışı, bir istek anlayışından sonra gelişir, İnanç anlayışı üç yaşa kadar ortaya çıkmamaktadır. (Wellman and Bartsch, 1994). Yeni yürümeye başlayan çocuklar inançlar hakkında konuşmaya başlamadan çok önce isteklerden bahsetmeye başlamakta ve amaçlarla istekleri dünyaya doğrudan iradesel bağlar olarak benzer şekilde algılıyor gibi görünmektedirler (Astington, 2001). İsteklerin erken algılanışı inançların algılanışını sağlar ki bu ikisi de çocukların sosyal eylemin önemini ve anlamını sorgulamalarını mümkün kılar. Gelişim psikolojisindeki kanıtlar, başkalarına istek/amaç, algı, ve duygu yüklemeye kullanılan psikolojik mekanizmaları (ilk gelişen zihin kuramı), inanç yüklemesi yapan mekanizmalardan açık bir şekilde ayırmaktadır (Saxe ve ark., 2004).

2.2.3.2. Algıları Anlama

Tıpkı istek/amaç kavramı gibi ilk algı kavramı da (yani bir diğer insanın bir şeyleri görme ya da bakma yeteneği) çocuklarda inanç yüklemesinden çok daha önce mümkündür. Algı bir şeye karşı referansiyel yöneltilmiş bakıştır. Çocuklar bakmak, görmek gibi algı terimlerini 1,5 yaş dolaylarında kullanmaya başlamaktadır (Bretherton and Beeghly, 1982; Flavell, 1999) ve çocuklar spontane bir şekilde “düşünmek” kelimesinden altı ay daha erken “görmek” kelimesiyle iç içe cümleler üretmektedir. Gözlerin açık olmasını tercih ederek ve daha önce bakılan yüzün bakış yönüne yönelmeyle gösterilen başkalarının gözlerine ilk duyarlık bebekler üç aylık olmadan önce görülür (Hood ve ark., 1998).

Ayrıca iki ve üç yaşındakilerin algı anlayışı Flavell ve diğerlerinin(1998) düzey (level)-1 ve düzey-2 şeklinde bakış açısı anlamayı karşılaştırdıkları araştırmalarında özellikle dikkat çekmiştir. Bakış açısı anlama düzey-1, çocukların kendilerinin gördükleri şeyi başkalarının göremeyeceğini ve dolayısıyla iki farklı insanın (örneğin kendisi ve başkası) farklı objeler görebileceğini anlamalarıyla ilgilidir. Bu nedenle düzey-1 çocukların, başkalarının ne gördüğünü anlama kabiliyeti üzerinde durur. Bakış açısı anlama düzey-2, diğerinin aksine, kişinin kendisi ve diğeri farklı açılardan bakarak aynı objeyi görürken, diğerinin ne gördüğünü anlamayla ilgilidir (örneğin, sen onu düz görürsün ben tepetaklak görürüm yada ben önden sen arkadan görürsün). Bu nedenle düzey-2 aynı obje yada objelerin farklı bakış açıları üzerinde durur ve sadece üç yaşından büyük çocuklarda görülür (Wellman ve ark., 2000).

İlk algı kavramı temsili değil tercihli olabilir. İstek/amaç da olduğu gibi, küçük çocuklar diğer bir kişinin algısını, dünyadaki gerçek bir objeyle kişi arasındaki doğrudan bağ olarak anlayabilir. Bu ayırım, ortalama 14 aylıkken algının objeye yönelik olduğu şeklindeki tercihli algıdan, algının yanlış ya da sınırlı olabileceği ve bu yüzden yanlış algılamaya yol açabileceği şeklindeki (dört-beş yaşlarındaki çocuklarda gelişmekte olan) temsili algıya geçişin neden bu kadar uzun sürdüğünü açıklamaya yardımcı olur (Gopnik and Astington, 1988).

2.2.3.3.Duyguları Anlama

Duyguların yüklenmesi ile istekler arasındaki bağlantı, çocuklar konuşmaya başlar başlamaz da açıkça görülmektedir. 24 ay dolaylarında çocuklar kendi duygularının özellikle de engellenen istekler ve negatif zihinsel durumların nedenleriyle ilgili kendiliklerinden konuşmaya başlarlar. Laboratuvarda yapılan bir çalışmada, iki yaşındaki çocuklara köpek yavrusu isteyen bir çocuğun hikayesi anlatılmıştır. Çocuklar hikayedeki çocuğun köpek yavrusuna sahip olduğunda nasıl hissettiğini göstermek için mutlu yüzü seçmişlerdir, ancak aynı çocuklar bu çocuk tavşan istediğinde üzgün yüzü seçmişlerdir (Wellman and Woolley, 1990).

Algı ve istek kavramlarında olduğu gibi, çocukların duyguyu anlamaları iki yaşından sonra da gelişmeye devam etmektedir. Gurur, sıklıganlık ve suçluluk gibi karmaşık sosyal duygular 5-14 yaşları arasında doğru bir şekilde yüklenmeye başlamaktadır. Ancak temel duyguların ve onların isteklerle, algılarla nedensel ilişkisinin kazanılmasına dair çerçeve, iki yaşında hazır görünmektedir. İki ve üç

yaşındaki çocuklara benzer durumlar anlatıldığında sıkça ilişkilendirilen duyguları tanımlayabilmektedirler (örneğin doğum günleri-mutlu) ve mutlu, üzgün, kızgın gibi basit duygular anlatıldığında uygun durumları tasvir edebilmektedirler. Bu konuda üç yaşındakiler kadar iyi olmasalar da, iki yaşındakiler de birçok duyguyu uygun yüz ifadeleriyle eşleştirebilmektedir. 18 aylıkken çocuklar mutlu, üzgün ve öfkeli (kızgın) gibi kelimeler kullanarak basit duygulardan bahsedebilmektedirler. İki yaşındaki çocuklar günlük konuşmalarında duyguları acılardan/ağrılardan ve uygun şekilde duyguları sadece davranış veya yüz ifadesinden ayırabilmektedir (Wellman ve ark., 2000).

2.2.3.4. İnançları Anlama

İki yaşındaki çocuklar özellikle düşünmek ve bilmek gibi inanç terminolojisini kullanmaktadır. Ancak çocuklar üçüncü yıldan sonra inanma ve düşünmenin zihinsel durumlarına başvurmaya başlarlar. Çocuklar ilk yalnız konuşma için inanç terimlerini kullanırlar. Sözelimi; “biliyor musun?” benzeri cümleyle başkasının dikkatini çekme. (Bartsch and Wellman, 1995). Okul öncesi dönemdeki çocukların inançları anlamalarını araştırmak için oldukça fazla çalışma yapılmıştır (Wellman ve ark., 2001). Çocuğun zihin kuramı gelişimi seviyesini ölçmede en yaygın olarak kullanılan ve en belirleyici olan ölçüt “yanlış inanç testi” dir. Yanlış inanç araçları bir çocuğun kendi dâhil olmak üzere bireylerin gerçekte yanlış inançlara sahip olabileceğini ve diğerlerinin inançlarından farklı olabileceğini anlayabilme yeteneği olup olmadığını belirlemeyi hedefler. Eğer bir çocuk gelişmiş zihin kuramına sahipse, yanlış inançları kendine başkalarına atfedebilecek ve bir şahsın o kişinin yanlış inancına dayanan duygu ve/veya eylemini tahmin edebilecektir. İnsanların özellikle dünya hakkındaki inançlarına dayanarak hareket ettiklerini göz önünde bulundurduğumuzdan, yanlış inanç testi şu an için psikologların bilmesi gereken en iyi ölçüdür. Çünkü çocukların yaptığı tahminler, aslında inançları yorumlamalarının sonuçlarıdır (Martinez, 2003).

2.2.3.5.Çocuklarda Zihin Kuramı Gelişim Aşamaları

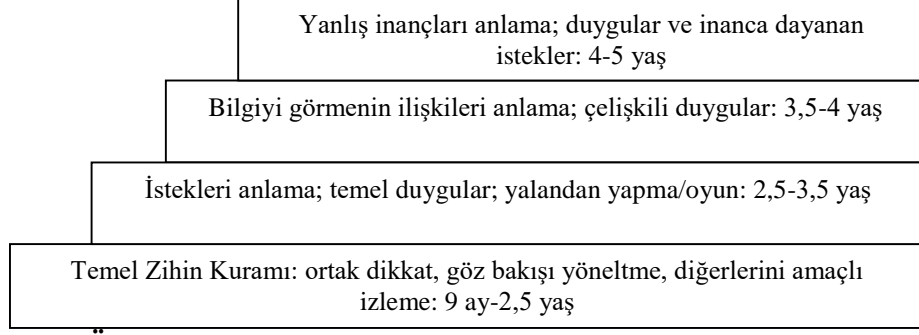
İnanç yüklemesi üç yaşına kadar ortaya çıkmazken, isteğe/amaca yönelik bir hareket anlayışı her bebekte görülebilir. Yeni yürümeye başlayan çocuklar inançlar hakkında konuşmaya başlamadan çok önce isteklerden bahsetmeye başlamakta ve amaçlarla istekleri dünyaya doğrudan istemli bağlar olarak benzer şekilde algılıyor

gibi görünmektedir (Bartsch ve Wellman, 1995); yani istek yüklemesi amaçla benzer inançla farklı olmalıdır.

Zihin kuramı gelişiminin ilk aşamasında, bebeğin erken bir “istek-psikoloğu” olduğu söylenmektedir. Bu zamanlarda, çocuklar çevrelerine yeni ve bencilce olmayan tavırlarla katılımda bulunmaya başlarlar. 18 aylık gibiyken çocuklar kendilerinin ve başkalarının eylemlerini ya da duygularını açıklamak için “istemek”, “dilemek” ve “ilgilenmek” gibi terimler kullanarak başkalarının ve kendilerinin istekleri hakkında konuşmaya başlarlar. Çocukların bu safhadaki basit istekleri, duyguları ve algıları, anlayışları, bireylerin farklı nesnelere, eylemler veya durumlar isteyebilecekleri paylaşılan bir gerçekliğin temel bir anlayışı ile sonuçlanmaktadır. 30 ay itibariyle çocuklar aynı nesne için farklı insanların farklı istekleri olabileceğini anlayabilirler (Miller, 2001).

Wellman’a göre, bir çocuğun üçüncü doğum gününde zihin kuramı gelişiminde ikinci bir geçişsel yükseliş meydana gelir. Geçişsel safhada arzuların konuşulmasına ek olarak üç yaşındaki çocuklar “düşünmek” ve “bilmek” gibi kelimeler kullanarak başkalarının ve kendilerinin eylemlerini açıklarken inançlara gönderme yapmaya başlarlar (Wellman and Bartsch, 1994). İnançların varlığı üç yaşındaki çocuklar tarafından anlaşılmaktadır. Fakat genellikle bir çocuk dört yaşına gelene kadar inançların başkalarının davranışlarını ve eylemlerini etkilemesi görülmemektedir. Geçişsel safhadaki çocuklar inancı sadece bir motive edici olarak anlamaya başlarlar ve diğerlerinin eylemlerini açıklamaları istendiğinde neredeyse bütünüyle, gelişmiş istek anlayışlarına güvenilir ve sıklıkla diğerlerinin inançlarını yanlış anlarlar ya da yanlış yorumlarlar.

Bir çocuk dört-beş yaşları arasındayken bireyin sahip olduğu istekler ve inançlar açısından bireylerin davranışlarının açıklanabileceğini ve tahmin edilebileceğini anlayabilir ve kabul edebilir (Wellman and Woolley, 1990). Dört yaşın ötesindeki yetişmekte olan inanç-istek safhasında, diğerlerinin zihinlerinin temsili doğası bütünüyle anlaşılmalıdır ve çocuklar kendilerinin ve diğerlerinin eylemlerini anlatırlarken hem istek hem de inançların anlayışlarına uygun biçimde güvencelerdir. Beş yaşındaki bir çocuğun, yapı olarak bir yetişkininkine yakın bir zihin kuramına sahip olduğu söylenmektedir (Wellman and Bartsch, 1994).



Şekil 1. Okul Öncesi Dönemde Zihin Kuramının Aşamaları

“Temel” bir zihin kuramı perspektif alımını mümkün kılar ve çocukların sosyal eylemi anlamaları için gereklidir. Sosyal içeriği anlamaları sayesinde çocuklar diğer yaşlılarıyla başarılı bir şekilde iletişim kurmaları için davranışlarını koordine edebilmeye başlarlar (Martinez, 2003).

2.2.3.6. Zihin Kuramının Değerlendirilmesi

Zihin kuramı yeteneğinin, gelişimsel olarak artan bir şekilde, daha karmaşık ve yüksek düzey işlevler içinde incelenmesi gerektiği öngörülmektedir (Altıntaş & Gültekin, 2003).

Birinci derece zihin kuramı yeteneği: en basit yetenektir ve bir inancı başka bir insana atfetme yeteneğini tanımlar (Bach ve ark, 2000). Kişinin kendisinin bildiğini diğer kişinin bilmediğini kavrayabilmesidir. Birinci-derece yanlış inanç görevleri: üç-dört yaş civarında kazanılmaya başlanmaktadır (Stone ve ark, 1998).

İkinci derece zihin kuramı yeteneği: üçüncü bir kişinin bir düşüncesi hakkında ikinci bir kişinin düşüncelerini çıkarsama yeteneğidir ve altı-yedi yaş dolaylarında kazanılmaktadır. (Stone ve ark.,1998). İkinci derece yanlış inançla gaf (faux pas) arasında ironi ve metafor algılama süreçleri de yer almaktadır.

Sosyal Gaf/Uygunsuz hareket/pot/falso (Faux pas) kavrayışı ise; gelişimsel olarak en karmaşık yetenek olarak kabul edilmektedir ve hem bilişsel hem duygusal bileşenleri birleştiren iki zihinsel durum temsilini içermektedir. Yani, söyleyen kişinin söylememesi gerektiğini bilmediğini anlama ve duyan kişinin aşağılanmış ya da üzgün hissedeceğine ilişkin empati anlayışını gerektirmektedir. Teorik olarak sosyal gafın daha ileri zihin kuramı yeteneği içermesi beklenmektedir. Çünkü zihin kuramı kavramlarının daha üst düzeylerini gerektirdiği varsayılmaktadır. Deneysel olarak

kızların dokuz yaş civarında, erkeklerin 11 yaş civarında bu yeteneği kazanmaya başladığı kanıtlanmıştır (Corey, 2005).

Literatürde, bu yetenekleri değerlendirmek için farklı görevler kullanılmıştır. Bu görevler ve bu görevlere ilişkin örnekler aşağıda açıklanmıştır.

a) Birinci Dereceden Yanlış İnanç ve İlgili Görevleri;

Yanlış inanç özellikleri için çocukların yetenekleri genellikle yanlış inanç görevleri ile test edilir (Baron-Cohen ve ark., 1985). Çocuğun zihin kuramı gelişimi seviyesini ölçmede en yaygın olarak kullanılan ve en belirleyici olan ölçüt “yanlış inanç testi” dir. Yanlış inanç araçları bir çocuğun kendi dâhil olmak üzere bireylerin gerçekte yanlış inançlara sahip olabileceğini ve diğerlerinin inançlarından farklı olabileceğini anlayabilme yeteneği olup olmadığını belirlemeyi hedefler (Wimmer ve Perner, 1983). Eğer bir çocuk gelişmiş zihin kuramına sahipse, yanlış inançları kendine başkalarına atfedebilecek ve bir şahsın o kişinin yanlış inancına dayanan duygu ve / veya eylemini tahmin edebilecektir. İnsanların özellikle dünya hakkındaki inançlarına dayanarak hareket ettikleri göz önünde bulundurulduğunda, yanlış inanç testi şu an için psikologların bilmesi gereken en iyi ölçüdür. Çünkü çocukların yaptığı tahminler, aslında inançları yorumlamalarının sonuçlarıdır.

Birinci dereceden yanlış inancı değerlendirmede kullanılan görevler;

a) *Aldatıcı konteyner/kap (Deceptive container) görevleri:* Çocuklara tanınan tipik bir konteyner gösterilir. Örneğin; şeker kutusu. Çocuklara bu kutunun içinde ne olduğu sorulur ve hemen hemen tüm çocuklar “şeker” cevabını verir. Sonra gerçek içerik(kurşun kalem) ortaya çıkarılır ve çocuklara kutunun içeriğiyle ilgili farklı yollardan sorular sorulur.

- *Diğerlerinin yanlış inancı:* Çocuklara gerçek içeriği görmemiş bir kişinin kutunun içinde ne olduğunu düşüneceği sorulur.
- *Kendi sahip olduğu yanlış inanç belleği:* Çocuklara kutu ilk gösterildiğinde kutunun içinde ne olduğunu düşündükleri sorulur.

Perner ve diğerlerinin (1987) tasarlamış olduğu yanlış inanç testi “beklenmeyen içerik” olarak bilinmektedir. Perner, okul öncesi yaştaki çocuklara bir şeker kutusu sundu ve bu kutunun içerisinde ne olduğunu düşündüklerini sormuştur. Çocuk kutuda

“şeker” olduğu yanıtını verdiği kutu açılmış ve içerisinde kalemler olduğu ortaya çıkmıştır. Sonrasında çocuklara kutu gösterildiğinde başka birinin kutu içerisinde ne olduğunu düşüneceği sorulmuştur. 4 yaşının üzerindeki çocukların çoğunun başka insanların yanlış inançlarını doğru tahmin edebileceğini ve bunun yanı sıra 3 yaşındaki çocukların çoğunun başka birinin kutuda *şeker* değil *kalemler* olduğunu söyleyeceği yanlış tahminde bulunduğunu bulmuştur (Krachun ve ark., 2010).

b) *Görünüm-Gerçeklik Görevleri*: Bu görevler bir hile nesnesi ile ilgili iki soruyu içerir. Örneğin; kayaya benzeyen bir sünger: Gerçeklik sorusu: “ Gerçekten bu nedir?” ve görünüm sorusu: “ Bu neye benzemektedir?”

Flavell ve diğerleri (1983) tarafından yanlış inancı sorgulamak için bir “beklenmeyen aynılık (kimlik) testi” kullanılmıştır ve okul öncesi yaştaki çocuklara taşa çok benzemesi için yapılan bir sünger göstermiştir. Taşın gerçekte bir sünger olduğu ortaya çıktıktan sonra, deneklere asıl kendi inançları hakkında sorular sorulmuştur. Flavell ve diğerleri (1983) dört yaşın altındaki çocukların yanlış inancı kendilerine yormadığı ve daha büyük çocukların bunu yapabildiğini bulmuştur.

c) *Beklenmeyen yer değişimi (unexpected transfer) görevleri*: Zihin kuramı yeteneğinin ilk kez test edilmesi, Wimmer ve Perner (1983) tarafından yapılan çalışma ile “*Maxi ve Çikolatası Paradigması*” ile ortaya atılmıştır. Bu birinci derece yanlış inanç yeteneğini değerlendiren bir yer değişim görevidir. Bu klasik yanlış inanç görevi bir senaryo ile çocuğa sunulur. “Maxi çikolatasını mutfakta dolaba koyar ve oyun oynamak için oradan ayrılır. Maxi orada değilken (ve görmezken) annesi çikolatayı dolaptan alarak çekmeceye koyar. Maxi geri döner. Maxi, çikolatası için nereye bakacaktır? Çekmeceye mi dolaba mı?” (Wellman ve ark., 2001; Frith & Frith, 2003).

Araştırmalarda sıklıkla kullanılan başka bir görev de “Sally-Anne Görevi”dir (Baron-Cohen ve ark., 1985). Bu görev de birinci-derece yanlış inanç yeteneğini değerlendirir ve şu şekildedir: “Sally topu sepete koyar ve sonra Anne Sally odada yokken sepetteki topu alır kutuya koyar. Sonra Sally geri gelir. Sally, topu için nereye bakacaktır?” Eğer çocuk topun eski yerini gösterirse, Sally’nin o anki yanlış inancını değerlendirerek bu Yanlış inanç sorusunu geçer. Eğer çocuk topun şu anki yerini gösterirse, Sally’nin inancını dikkate almadığı için yanlış inanç sorusunda başarısız olur.

Yanlış inanç testinin bir çocuğun zihin kuramı kazanımındaki ana belirleyici olduğu düşünülmesine rağmen, bir çocuğun performansının aracın manipülasyonlarından (kendi yararına kullanımı/değiştirilmesi) etkilendiği ve bunlar ile yükseltildiği göz önünde bulundurulmalıdır (Wellman, ve ark., 2001). Çocuğun bir görevde bulunmasını sağlayan manipülasyonlar test edilmekte olan konseptleri daha somut yapabilir ve dolayısıyla daha kolay anlaşılabilir hale getirebilir ki bu da test performansını yükseltmektedir. Yanlış inanış görevinin sunuluş tarzı bir çocuğun performansını etkileyebilmektedir.

Zihin kuramı çalışmalarının çoğu çocukların yanlış inançlarını incelemede tek görev paradigması üzerine odaklanmıştır. Ancak araştırmacıların birçoğu zihin kuramı gelişiminin, uzun bir gelişimsel başarı serisinde kazanılmış çoklu kavramları anlamayı kapsadığına inanmaktadır. Sonuç olarak, küçük çocukların niyetler, duygular, istekler, bilgi ve diğer durumları anlamasını inceleyen çalışmalar yaygınlaşmıştır (Wellman & Liu, 2004).

Wellman ve Liu (2004), okul öncesi çocukların gelişimsel sırayla görünebilir farklı kavramsal yapılara odaklı, metodolojik olarak karşılaştırılabilir görevler kümesi için bir zihin kuramı ölçeği oluşturmuşlardır. Küçük çocuklara odaklanmışlar ve çocukların istekler, inançlar, bilgi, inanç ve duyguları anlamalarını değerlendirmek için bir ölçek tasarlamışlardır.

b) İkinci Dereceden Yanlış İnanç ve İlgili Görevleri:

Bu görevler, başka bir kişinin düşündüğü şey hakkında bir başka kişinin düşündüğü şeyi anlama yeteneğini test etmek için tasarlanmıştır. İkinci derece yanlış inanç birinci derece yanlış inançtan daha zordur. İkinci derece yanlış inanç görevleri hem zihinsel hem de fiziksel çıkarımlar yapmayı gerektiren konuların kullanıldığı birinci dereceden yanlış inanç görevlerinden adapte edilmiştir. Her bir hikâyede birinci kişi bir yere bir nesne koyar ve odayı terk eder. İkinci kişi nesneyi hareket ettirir. Birinci kişi odanın dışında olsa da, o geride gizlice bakar ve taşınan nesneyi görür. Ancak ikinci kişi birinci kişinin gördüğünü bilmez. Söz konusu soru sorulur: “Birinci kişi geri geldiğinde, ikinci kişi birinci kişinin nesnenin nerede olduğu düşüncesi hakkında ne düşünecek?” Kontrol sorularında nesnenin gerçekte nerede olduğu, nesnenin başlangıçta nerede olduğu ve fiziksel çıkarım yapmayı gerektiren bir soru

sorular. Yine bu konuda bir hikaye okunur ve hikayedeki eylemleri anlatan fotoğraf serisi gösterilir (Stone ve ark., 1998).

- *İnanç sorusu*: “Martha, Oliver’ın kurabiyelerin nerede olduğunu düşündüğünü düşünmektedir?” (Masanın üzerinde)
- *Gerçeklik sorusu*: Kurabiyeler nerede? (dolapta)
- *Hafıza sorusu*: Kurabiyeler başlangıçta neredeydi? (masanın üzerinde)
- *Çıkarım sorusu*: Kurabiye kırıntıları nerede olacak? (masanın üzerinde, yerde) (Stone ve ark, 1998).

c) Sosyal Gaf (Faux pas) görevleri:

Baron-Cohen ve arkadaşları (1999); yüksek zihinsel çıkarımları değerlendirmek için bir *sosyal gaf* tanımını kullanmışlardır. Sosyal gaf, konuşmakta olan iki kişiden biri söylememesi gerektiğini bilmeden ya da fark etmeden söylememesi gereken bir şey söyler ve bununla ilgili bir dizi soru sorulur. Bu sorular sırayla, sosyal gafın ortaya çıkarılmasını, gafi anlamayı, dinleyicinin zihinsel durumunu ve gafi duyan kişinin ne hissettiğinin anlaşılıp anlaşılmadığını test eder.

- Bir kişi, söylememesi gereken bir şeyi söylemiş midir? (gafın ortaya çıkarılmasını test eder)
- Söylememesi gereken bir şeyi söyleyen kimdir? (gafın anlaşılmasını test eder)
- Anne’ın söylediği neden söylenmemesi gereken bir şeydir? (Dinleyicinin zihinsel durumunu anlamayı gerektirir)
- Niçin bunu söylediniz? (konuşmacının zihinsel durumunu anlamayı gerektirir)
- Jeanette Anne’a düğününde ne vermiştir? (kontrol sorusu).

Zihin kuramı yeteneğini değerlendirmede kullanılan bu görevlerle bireylerin bu yeteneğe hangi düzeyde sahip olduğu belirlenmektedir. Bu değerlendirmeler doğrultusunda zihin kuramı yeteneğini geliştirmek ve hızlandırmak için çeşitli eğitim programları hazırlanmış ve bunun zihin kuramı yeteneğinin gelişimindeki etkililiğini araştıran çalışmalar da yapılmıştır.

2.2.3.7. Zihin Kuramı Yetersizlikleri

Zihin kuramı bazı durumlarda bozulabilir. Zihin kuramı yetersizlikleri gösteren kişilerin hem kendilerinin hem de başkalarının zihin durumlarını algılayamama veya

algılayabildiği zihin durumların uygulamasında bir eksikliği olduğundan bahsedilebilir. Bu yetersizlik başkasının neler hissettiği ve hangi duygular içerisinde olduğunun anlaşılmasına (empati yapamama gibi), sosyal uyarınları işleme becerisinde eksikliğe ve bağımsız yaşama becerileri ile ilgili sorunlara yol açar. Dış çevreden gelen sosyal uyarınlara doğru algılanabilmesi ve kişinin hem kendi, hem de diğer insanların zihin durumlarının temsilini kavrayabilmesi sosyal etkileşimler ve diğer insanlarla iletişim kurabilmesi için çok önemlidir. Dolayısıyla bu durum sağlıklı ilişkiler kuramamaya sonuçlanır. Zihin kuramı yetersizlikleri, kişinin sosyal işlevselliğini etkiler. Bu tür bir zihin kuramı durumu, diğer insanların niyetleri açısından yanlış varsayımlarda bulunma riski ile yakından ilişkilidir (Yücel, 2008).

Zihin kuramı, kişinin diğerlerine zihinsel durumlar yüklemesini sağlar. Kişilerin kendi inançlarından farklı olan başka insanların da inançları olabileceği düşüncesi ve buna bağlı davranışlar sergilemesi zihin kuramı çerçevesinde mümkün olan bir durumdur (Youmans, 2004). Zihin kuramı, diğer insanların davranışlarını öngörme ve anlamayı ve böylelikle diğerlerinin hareketlerinin anlamlı ve niyetli olduğunun yorumlanmasında temel nokta olarak görülür (Rowe ve ark., 2001). Bu beceri, kişilerarası iletişimde oldukça önemli rol oynayan, çok gerekli bir sosyal unsurdur (Vogel ve ark., 2001).

Bir başka zihin kuramı yetersizliği durumu ise kişinin başkalarının zihinsel durumlarını anlamasının normal olduğu ancak kendi zihinsel durumunu temsili olarak anlamasının yetersiz olduğu durumdur. Bu kişiler kendi zihinsel durumlarını, (düşüncelerini, niyetlerini) algılayamazlar, sanki bu zihinsel durumlar kendilerinin değil de başkalarınınmış gibi yorumlarlar (Yücel, 2008).

Zihin kuramı yetersizlikleri ilk olarak Baron-Cohen tarafından otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluklarda tanımlanmıştır. Ortak ilgi gösteremeyen otistik çocuklar asla bu zihin kuramı yeteneklerini geliştiremeyebilirler. Otistik çocuklar kurgusal bir oyun safhasında bozukluk gösterirler. Otizmi olan çocuklardaki başkalarının duygularını anlayamama, empati yapamama, başkalarının beklenti ve hareketlerini, düşünce ve niyetlerini tahmin edememe, hatta sır saklamayı becerememe gibi kusurların zihin kuramı bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (Frith, 2004; Perner and Lang, 1999).

2.2.4. Zihin Kuramı ve Kişilik Bozuklukları

Fonagy ve diğerleri (1996), kişilik bozukluğu olan hastaların bazılarında zihin kuramı bozukluğu belirlemiş ve zihin kuramı bozukluğu olan travmaya maruz kalmış hastaların yüksek oranda borderline kişilik bozukluğu tanısı aldıklarını bulmuşlardır. Diğer taraftan borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yapılan bir çalışmada, zihin kuramı işlevlerinin belirli koşullarda sağlıklı kontrollerden daha iyi olduğu gösterilmiştir (Fertuck ve ark., 2009). Erken dönemde güven oluşturan figürün eksikliği ve oluşan travmanın çözümlenmesinin zihin kuramı bozukluğuna yol açabileceği öne sürülmüştür (Fonagy, 2000). Anti-sosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda da zihin kuramı bozukluğu olduğu ifade edilmiştir. Ancak bunun tersini savunan araştırmacılar da vardır. Yapılan çalışmalarda ayrıca, anti-sosyal kişilik bozukluğu olan hastaların, başkalarının mental durumlarını anlama yetilerinin bozulmadığı ifade edilmektedir (Gregory ve ark., 2012). Bununla birlikte suç işlemiş anti-sosyal kişilik bozukluğu olan hastalar ile yapılan bir çalışmada ise zihin kuramı bozukluğu belirlenmiştir (Shamay-Tsoory ve ark., 2010).

Kişilik bozukluklarındaki zihin kuramı yetileri hakkında yapılan araştırmalarda iki noktanın üzerinde durulmaktadır. İlk olarak şizofrenide görülen zihin kuramı eksikliklerinin bir örüntü mü yoksa belirli durumlara özgü oldukları sorusudur. Langdon ve arkadaşları (1999) tarafından şizotip ölçeğinde yüksek skorlar alan ancak klinik olarak tanı almamış bireylerle düşük seviyede şizotip kişilik bozukluğu skoru alan bireylerin zihin kuramı yetenekleri karşılaştırılmış ve yüksek şizotip skorları alan bireylerin zihin kuramı görevlerinde daha düşük performans gösterdikleri saptanmıştır. Bu yüzden eğer normallikten psikoza kadar olan bir skalada şizotip ve sizoid kişilik bozukluğunun da arada bir yerde bulunduğu devamlı ve aralıksız bir bütünlük (*continuum*) varsa, bu sonuçlara göre zihin kuramı eksiklikleri duruma bağlı olmasından ziyade örüntü şekline olmalıdır.

Diğer taraftan, psikanalitik yönden kişilik bozukluklarında zihin kuramı bozuklukları iki sebepten dolayı buldukları düşünülebilir: a) uygun aile ortamının küçük çocuklarda zihin kuramı yeteneklerinin gelişimini hızlandırma potansiyeli bulunmaktadır. Ancak ayartıcı veya yoksun bırakan bir aile ortamının bu yeteneklere ket vurmaktadır. Fonagy (1991), psikoanalitik açıdan bakıldığında zihin kuramı

yeteneklerinin (yansıtıcı işlevsellik) bir savunma olarak inhibe edildiğini öne sürmüştür.

Anti-sosyal davranışlar ve psikopati ile ilgili zihin kuramı çalışmaları çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. İlk olarak Happe ve Frith (1996) tarafından 18 adet davranış bozukluğu olan çocuk ile 8 adet sağlıklı çocukta zihin kuramı yetileri yanlış inanç görevleri ve sosyal uyum davranışlarına bakılarak karşılaştırılmış ve basit zihin kuramı yetileri arasında bir fark bulunamamıştır. Bunun yanında, günlük sosyal davranışların zihin kuramı yetisini yansıttığı düşüncesinden hareketle davranım bozukluğu grubunun sosyal ve iletişimsel alanda düşük puanlar almaları bu grupta zihin kuramı biriminin sağlam ancak çarpık/gecikmiş geliştiği şeklinde yorumlanmıştır. Sonraki çalışmalarda ise özellikle psikopatinin kavramsallaştırılmasına odaklanılmıştır. Blair ve arkadaşları (1996), psikopatik bireylerin eksik ya da az gelişmiş bir zihin kuramı modülü nedeniyle başkalarıyla empati kuramadıklarını iddia etmiştir. Yine de yaptığı çalışmada 25 psikopat birey ile 25 psikopatik olmayan denetlenmiş mahkûmun karşılaştırılması sonucu iki grup arasında fark saptanamamıştır.

Zihin kuramı yetilerinin afektif bileşenini ölçen “*Gözlerden Zihin Okuma Testi*” kullanılarak yapılan bir çalışmada ise 200 mahkûm arasından seçilen psikopati derecelerine göre iki gruba ayrılmış olup psikopati düzeyi yüksek grup ile düşük grup arasında test performansları açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır (Richel ve ark, 2003). Aynı çalışmada özellikle korkulu ve üzüntülü yüz ifadelerini tanımada yaşanan zorluğun amigdala işlevsizliğine işaret ettiği hipotezi sınanmıştır.

Psikopatik bireylerde yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında amigdala hacminde küçülme saptanmış olması (Tihonen ve ark, 2000) amigdala işlevsizliğine işaret ederken, zihin kuramı görevleri sırasında yapılan beyin görüntülemelerinde amigdala aktivasyonun görülmesi (Baron-Cohen ve ark., 2001) çelişkili bir bulgudur. Araştırmacılar bu durumunun amigdalanın beynin diğer bölgeleriyle olan bağlantılarını yansıttığını ve görevleri başarıyla tamamlamada gerekli olduğunu, sonuç olarak bu bölgelerin aktivasyonun amigdalanın aktivasyonu ile sonuçlandığını iddia etmişlerdir (Richell ve ark, 2003). Ancak son iki belirtilen çalışma, sağlıklı kontrol grubu içermediğinden anti-sosyal kişilik bozukluğuna sahip popülasyonun zihin kuramı bozukluklarına sahip olmadıkları sonucuna ulaşmak hatalı olmaktadır.

Buradan yola çıkarak eksik ya da gelişmemiş bir zihin kuramı birimi yerine, psikopatik bireylerin zihin kuramı birimlerinde işlem süreciyle ötekilerin gerçek deneyimlerini yansıtmayan tamamıyla farklı çıktılar ürettiği de düşünülebilir.

2.3. Çocukluk Çağı Travması

Ruhsal travma, genellikle ani, beklenmedik bir zamanda ve karşı konulamaz şiddette duygusal saldırı veya bir dizi saldırı sonucu oluşur. Hem iç hem de dış faktörler, dıştan gelen tehdit ile başa çıkmakta yetersiz kaldığı zaman travma meydana gelir Bireyin travmatik bir durumdan etkilenmesi, olayın şiddeti ve bireyin benlik gücü, genetik, gelişimsel özellikleri, baş etme mekanizmaları ile yakından bağlantısı bulunmaktadır. Çocukluktaki engelleme ve çatışmaların kimileri travmatik nitelikte olabilir. Travmatik olan engellenme ve çatışmalar benliğin gelişmesini bozan, saptıran, yavaşlatan, durduran ya da geriletken durumlardır (Öztürk & Uluşahin, 2008; Terr 1990).

2.3.1. Psikolojik Travma

Travma literatüründe yer alan çağdaş görüşlerin travmatik olayın tanımlanması, zihinde hatırlanma süreci, bu tür olaya maruz kalan birey üstündeki olumlu-olumsuz etkileri ve bireyin tanımlanması gibi konular üstünde odaklandığı görülmektedir (Cordova ve ark, 2001; Park and Helgeson, 2006). Bununla birlikte, travma kavramının tanımı ve kapsamı da birçok aşamadan geçmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) travmatik olayı, “bireyin, gerçek bir ölüm/ölüm tehdidi, ağır yaralanma, kendisinin ya da başkalarının beden bütünlüğü ile ilgili bir risk söz konusu olduğu, böyle bir olaya tanıklık ettiği veya karşı karşıya geldiği durumlar” olarak tanımlamaktadır. Başka bir açıdan da; birdenbire ve umulmadık bir şekilde oluşan, acı verici özelliklere sahip, bireyde psikolojik, sosyal kimlik, güvenlik ve iyilik hali yönünden tehdit oluşturan durumlar, travmatik olaylar ya da krizler olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2002).

Kökeni eski Yunancaya dayanan “travma” kelimesi, derinin bütünlüğünün bozulduğu her tür “yaralanma” anlamına gelir. Türk Dil Kurumuna göre ise “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dıştan mekanik bir tepki sonucu oluşan yara” biçimindedir. Tıpta fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda da kullanılmaktadır (Baysak, 2010).

Psikolojik travma, bireyin zayıflığıyla karşı karşıya gelmesi durumudur. Travmatik olay kontrol etme, ilişki kurma ve anlam verme duyularını sağlayan olağan baş etme sistemlerine zarar verir. Travmayı olağandışı kılan, diğer yaşam olaylarında uyumu sağlayan üstesinden gelme yöntemlerini işlemez hale getirecek kadar şiddetli oluşudur. Travma yaşantısını alışılabilir diğer olumsuz yaşantılardan ayıran, bireyin yaşamına veya fiziksel bütünlüğünü ilgilendiren bir tehlike, şiddet ya da ölüm riskiyle yüz yüze gelmesidir (Türksoy, 2003).

Genel anlamda Tedeschi ve Calhoun (1995), bir olayı travmatik olarak ele alabilmek için; olayın birdenbire gerçekleşmesi, denetlenebilir olmayışı ya da kısmen oluşu, sıradanlık niteliğine sahip olmaması, kalıcı-kronik sorunlar yaratma derecesi, olaya yönelik olarak diğerlerini suçlamanın varlığı gibi ölçütlerin olması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Dolayısıyla ani ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, acı verici niteliğe sahip olan, bireyde psikolojik, sosyal kimlik, güvenlik ve iyilik hali açısından tehdit oluşturan durumlar travmatik olaylar olarak değerlendirilmektedir. Bu travmatik olaylara en genel anlamda verilebilecek örnekler arasında; yangınlar, doğal afetler, sevilen bir bireyin kaybı, ölümcül bir hastalık tanısı almak, hastalıktan ötürü fiziki görünümde yaşanan değişiklik, organ kaybı gibi durumlar sayılabilir (Palabıyıköğlü 1999).

Psikolojik travmanın bireyin sahip olduğu inançlar üstünde değişikliğe neden olduğu ifade edilmektedir. Bunlar; dünyanın iyi bir yer ve anlamlı oluşu, bireyin değerliliği ve insanların güvenilirliğine ilişkin inançlardır. İnsanlar genel olarak farkında olmadıkları ama yaşadıkları olayları anlamlandırmada ve bunlara tepki vermede faydalandıkları bazı temel varsayımlara sahiptir. Bu varsayımlar otomatik olarak işler, bireyin hayata uyumunu kolaylaştırır, yaşadıklarını anlamlandırmasına yardım eder. Bu varsayımlar temelde dünyanın iyilikseverliği, hayatın anlamlılığı ve düzenliliği ve bireyin olumlu kendilik değeri olarak ayrılmaktadır (Feder ve ark., 2012).

Dünyanın iyi ya da iyiliksever olması varsayımında, insanlar genel olarak dünyanın iyi bir yer olduğuna inanırlar ve diğer insanların ya da yaşanan olayların iyi olmasını beklerler. Bu kategoriyi oluşturan iki varsayım, kişisel olmayan dünyanın iyiliği ve insanların iyiliğidir. Kişisel olmayan dünyanın iyiliğine inanç ne kadar güçlüyse, dünyanın iyi bir yer olduğuna ve kötülüklerin de o kadar az olduğuna olan

inanç o derece güçlüdür. Benzer şekilde, insanların iyiliğine olan inanç, insanların temelde iyi, yardımsever ve nazik olduğuna ilişkin varsayımla doğru orantılıdır (Janoff-Bulman, 1992).

Dünyanın ya da hayatın anlamlılığı varsayımında bazı insanlar başlarına gelen olayların rastgele ya da tesadüfi olmadığına, insanlarla başlarına gelen olaylar arasında anlamlı bir ilişki bulunduğuna inanırlar. Bu bağlamda bireyin yaşantısı, değerleri başına ne geleceğini belirler ve başa gelen sonuçların hak edildiği düşünülür. Yaşanan olumlu sonuçlar ödül, olumsuz sonuçlar ise ceza olarak değerlendirilir. Bu noktadan hareketle insanlar doğru şeyler yaparak, iyi bir yaşam sürerek başlarına gelebilecek olayları kontrol edebileceklerine inanırlar (Janoff-Bulman, 1992).

Dünyanın anlamlılığı varsayımında adalet, denetim ve rastlantı ilkeleri belirleyici olmaktadır. Buna göre insanların hakkettikleriyle ilgili bir yaşam sürdürdüklerine yönelik inancın temelinde adalet duygusu yer alır ve insanlar hakkettiklerini alırlar, neyi alırlarsa onu hak etmişlerdir. Denetim ilkesinde bireyin davranışları başına gelecekleri tespit etmesi önem kazanmaktadır. Dolayısıyla, bireyin dünyayı kendi davranışlarıyla belirleyebileceği ve incinebilme ihtimalini uygun davranışlarla minimum düzeye indirebileceği varsayılır. Rastlantısal olma varsayımına göre ise insanların başlarına bazı olayların gelmesinin belirli bir nedeni ya da açıklaması ve bunu anlamanın da bir yolu yoktur. Bu sadece bir rastlantının sonucudur ve anlamsızlık hakimdir. Rastlantıya güçlü bir biçimde inanan biri adalet ya da denetimi bir belirleyici olarak görmez ve olumsuz olayların önüne geçmek için yapılabilecek bir şey olmadığına inanır. İnsanlar bu üç ilkenin başa gelen sonuçların dağılımı konusunda az ya da çok işlediğini varsayar (Yılmaz, 2008). Bununla birlikte, bu varsayım sık kullanıldığında bireyler yaşanan olumsuz olaylardan sonra o olayın kurbanlarını ya da kendilerini suçlamaya eğilimli olabilirler (İşmen, 2001).

Üçüncü temel varsayım ise bireyin pozitif kendilik değeridir. Buna göre birey iyi, yeterli ve yetkin olduğuna ilişkin bir inanç taşır. Bu bağlamda bireyler iyi davranışlar sergilediklerini ve iyi şeyleri hak ettiklerini düşünürler. Bu varsayımında bireyin kendi kişiliği ile ilgili olumlu yargıları onu adil bir dünyada incinmez olarak hissetmesi duygusuna kaynaklık eder. Bireyin kendini uygun davranışlar sergileyen biri olarak görme derecesi başına gelen olayları kontrol etme varsayımına kaynaklık eder. Bireyin kendini kötü talihten korumasına izin veren bir inanç sahibi olması

durumunda da birey dünyada rastlantı hakim olsa da şanslı kişi olumlu sonuçlar elde edebilir varsayımına sahiptir (İşmen, 2006).

Bu temel varsayımlar bireyin yaşaması için gerekli güven ve emniyet hislerine kaynaklık ederler. İnsanlar bu varsayımlarla daha rahat yaşar. Ancak travmatik yaşantılar bu varsayımları yıkar, bireyin hayata ve kendisine karşı sahip olduğu olumlu tutumları, hayata atfettiği anlamlılığı, sahip olduğu güven ve emniyet hislerini sarsar. Kötü olayların kötü insanların başına geldiğinden hareketle yaşayan bir insan deprem gibi kitlesel etkileri olan felaketleri ya da yaşanan bir tecavüz olayını anlamlandırmakta ve kabullenmekte güçlük çeker. Janoff-Bulman'ın ileri sürdüğü varsayımlara sahip olmanın birey yönünden yanıltıcı-hayali bir tarafı olduğu ifade edilmektedir. Buna göre insanlar dünya, kendileri ve başkaları hakkında hayali olumlu bir algı dünyası oluşturarak varlıklarını devam ettirmeye ve güçlükleri aşmaya çabalarlar. Aksi durumda, dünyada olabilecek tehlikeleri ve başkalarından gelebilecek tehditleri ya da zararları düşünmek bireyin fonksiyonelliğini olumsuz olarak etkilemektedir (Yıldırım & Tosun, 2012).

Travmatik yaşantı sonrasında savunmasız, güçsüz, çaresiz kalan birey için bu temel varsayımlar işlevini yitirir, birey dünyanın güvenli olmadığına, hayatının tehlikede olduğuna, kötü olayların iyi-kötü herkesin başına gelebileceğine inanmaya başlar. Bu da travmaya maruz kalma düzeyini açıklamada önemli bir etkidir. Janoff Bulman'ın ortaya koyduğu kuramda, travma sonrası yaşanan stres, dünya ve bireyle ilgili belli inançların ayrışmasından kaynaklanmaktadır. Travmatik bir olay sonucu bireyin kişisel incinmezlik algısı sarsılır, zira bireylerin kazaların, felaketlerin diğer bireylerin başına geldiğine yönelik inançları vardır (Silver and Updegraff, 2013).

Bununla birlikte yaşanan travmatik bir olay bireylerin bu inançlarına zarar verir ve dolayısıyla bireylerin sahip olduğu diğer inançları da bu zarardan etkilenir. Birey ancak olaydan zarar gören eski inançlarının yerine yeni inançlar koyabilirse etkin bir şekilde olayla baş edebilir. Başka bir ifadeyle, her türlü travmatik durumda, iç dünya ve dış gerçeklik arasında uyumsuzluk meydana gelir bunun sebebi ise travmanın hesaplanmamış oluşu ve bireyin bunu kabulde, uyumda ve benimsemeye zorlanmasıdır. Travmada, bireyde var olan şemalar çözüm getiremeyerek birey farklı bir gerçeklikle yüz yüze kalır. Birey eskiden bildiği hiçbir şeyin öyle olmadığını düşünür yani bireyin bakış açısı değişir. Bunun yanında gerçekler değişirse de bireyin

kendi psikolojik gerçekliği değişmektedir. Birey farklı bir dünyada yaşamaya başlar. Bu duruma da “travmatik milat” denilmektedir. Bu kavram bir anlamda dönüm noktası olarak ele alınabilmektedir. Bu noktadan sonra birçok bireyde anksiyete, yalnızlık, öfke gibi durumlar yaşanabilmektedir (Şar, 2005). Sungur’a (1999) göre, bu çerçevede kendini değerli ve güvende hissetme, dünyayı adil ve güvenli olarak görme, diğer insanları iyi ve yardımsever bulma, kırılmazlık ve incinmezlik gibi duygu ve düşünceler tehdit altında kalır. Bu tür olaylar, insanın gündelik deneyimlerinin dışında kalan, belirli bilişsel şemalara oturmayan ve dolayısıyla anlamlandırılması güç olan olaylardır.

Travmatik olay doğası gereği gündelik streslerden daha yoğun tepkiler uyandıran, beklenmedik, olağan dışı, denetlenebilir oluşu düşük, gündelik streslerin dışında kalan yaşantılardır (Yılmaz, 2006). Bu ani, tehlikeli ve baş edilmesi güç olan olağandışı yaşantılar karşısında kişi korku, anksiyete, dehşet duyguları ve çaresizlik yaşar. Bu yaşantılar potansiyel olarak bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri olaylardır. (Işıklı, 2009). Travmatik yaşantı, bireyin psikolojik yönden iyi olma durumunu, sosyal güvenliğini tehdit eder. Engellenmiş hisleriyle varlığını devam ettiren birey, yetersizlik ve çaresizlik duyguları taşır, artan gerginlik ve endişelerle beraber umutsuz bir hale gelir. Travma sonrasında yaşanan tüm bu stres bozukluğu, hem doğa olaylarından hem de insandan kaynaklanan travmatik olaylar sonrasında ortaya çıkabilir (Öztürk, 2002).

Psikolojik travma konusunda tanı ölçütleri kitaplarından (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) DSM-III ve DSM III-R, objektif anlamda bir stresörün olması gerektiğini öne sürmektedir. Yani bir olayı travma olarak nitelendirmek için gerçekte var olan olağan dışı bir olayın varlığı gereklidir. DSM-IV’de sübjektif tepki de devreye sokularak korku, çaresizlik, dehşete düşme gibi bireyin tepkilerinin de önemli olduğu ortaya konulmuştur. Sübjektif tepkiye yer verilmesiyle birlikte önceden var olan travma tanımının yumuşatılması sonucu bireylerin normal deneyimleri içinde olan pek çok olay travmatik olarak nitelendirilebilir hale gelmiştir. Trafik kazaları, insan eliyle ya da doğal olarak meydana gelen afetler, ölüm olayları, çocuğuna ölümcül hastalık tanısı konulması, önemli bir hastalık tanısı alma, iş yerinde taciz, profesyonel travma gibi örnekler bu kapsamda ele alınabilmektedir (Şar, 2005).

DSM-IV-TR'ye bakıldığında travmatik yaşantı, “kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi ile karşılaşmış olması, ağır yaralanması ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya şahit olmuş ya da karşı karşıya gelmiş olması” olarak tanımlanır. Devamında kişi aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme hislerine kapılmıştır (Köroğlu, 2000). Öztürk ve Uluşahin (2008), travmanın organ yitimi, ani ölümler, savaş, tecavüz, şiddete uğramak, istismar, doğal afetler, göç, boşanma gibi durumlarda yaşanabileceğini ifade etmektedir. Doğal olmayıp, insan aracılığıyla ortaya çıkan travmaların sözgelimi şiddetin etkileri, diğer travma bozukluklarından daha sert ve yıkıcı olmaktadır. Dolayısıyla, bireyler arası ilişkilerde önemli olan güven duygularına da zarar verebilir.

Travmanın tanımlanmasında sadece özgün bir tanımlama ihtiyacından farklı olarak bu olgunun zaman içinde kronik bir hale gelip gelmemesi sonrasında gelişecek bozukluklar için belirleyicidir. Tek travma tanımı ani, kısa süreli, bir kez oluşan türdeki durumlar trafik kazaları, doğal afetler gibi durumları tanımlarken, çok olaylı travma kronik durumlar olan çocukluk dönemi istismarı ya da süreğen savaşlar gibi durumları açıklar (Herman, 2007).

2.3.1.1. Travmaya Neden Olan Etkenler

Travmatik olaylar genel olarak yaşama veya beden bütünlüğüne yönelik tehditlerle ya da şiddet ve ölümle yakın bir kişisel karşılaşmayı gerektirir. Herman'a (2007) göre travmanın ortak paydası, bireyin “yoğun korku, çaresizlik, kontrol kaybı ve yok olma tehdidi” algılamasıdır. Bireyin yaşamında başa çıkmakta zorlandığı her deneyim bireyde travmaya yol açabilir. Bunlar daha çok kişisel algı ile ilgilidir. Genel olarak, yaşayan ya da tanık olan tüm bireylerde travmatik etki yaratan etkenler vardır.

Bu etkenler; deprem, sel, çığ, gibi doğal afetler, trafik kazaları, uçak kazaları, silahlı çatışmalar, saldırıya uğramak, yakınlardan birinin ani ölümü, bir kaza nedeni ile bir organın kaybı veya fiziksel olarak kalıcı bir yara almak, sakatlanmak, yaşamı tehdit eden bir davranışa maruz kalmak veya böyle bir yaşantıya tanık olmak, aile içi şiddet, işkenceye uğramak, tehdit edilmek, tecavüze uğramak, soygun amaçlı saldırıya uğramak, teröre maruz kalmak veya tanık olmak, yaşamın herhangi bir döneminde aile üyelerinden biri ya da bir yabancı tarafından duygusal, fiziksel, cinsel, vb. konularda istismara uğramak, büyük bir patlama veya yangın yaşamak olarak sıralanabilir (Herman, 2007).

2.3.1.2. Travma Türleri

Travma türleri genel olarak üç grupta toplanır (Eroğlu, 2004);

- Birdenbire ortaya çıkan, belli bir süre devam eden, başlangıcı ve sonu belli olan olaylar (doğal afetler, kazalar, ani kayıplar gibi),

- Öngörülebilir, yinelenen ve devamlı yaşanan tehlikeler (savaş, cinsel taciz, politik baskılar, izlenme, şiddet kullanılan koşullarda yaşama, işkence, eziyet, hapis hayatı gibi),

- Her iki travma olayının yaşandığı durumlar (bir doğal afetten sonra ev içi şiddetin artması, ekonomik krizler gibi).

Travmatik yaşantı, maruz kalan kişi sayısı açısından ele alındığında:

- Toplumsal ya da kitlesel travma, doğal afetler, savaşlar, belli bir gruba yönelik işkenceler, vb.

- Bireysel travma, taciz, tecavüz, şiddet, vb. olarak gruplanabilir.

2.3.1.3. Travmatik Yaşantıların Neden Olduğu Genel Tepkiler

Travmatik yaşantılardan kaynaklanan psikolojik tepkilere yönelik bugünkü bilgilerimiz, insanın neden olduğu, bilinen en eski travmalardan biri olan savaş karşısında gözlemlenen duygusal tepkilere dayanmaktadır. Travma sonrası belirtileri tanımlamak için kullanılan ilk terimlerden biri, savaş stresine vurgu yapan “nostalji” olmuştur. Yirminci yüzyıl boyunca travma sonrası duygusal tepkileri adlandırmak için “bombardıman şoku”, “savaş nevrozu” ve “savaş yorgunluğu” gibi terimler, Birinci ve İkinci Dünya Savaşı sırasında yaşanan savaş stresini tanımlamaya yönelik kullanılmıştır (Helmus and Glenn, 2005).

Süreğen stresin fiziksel, ruhsal ve sosyal işlevsellik üzerindeki etkilerini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır (Aydın, 2006). Her bireyin bir incinebilir düzeyi olduğundan, bu düzeyi yüksek olan bir birey için bazen en ufak stres kaynağı veya günlük yaşamdaki zorluklar stres belirtilerini harekete geçirebilmekte iken; aynı düzeyde incinebilir olmayan birey için nispeten daha büyük güçlükler benzer tepkiye neden olabilmektedir. Diğer taraftan, birbiri üstüne eklenen stres kaynaklarının etkisi

de, daha az incinebilir bireylerde bile travma benzeri tepkilere yol açabilmektedir (Aker, 2000).

Travma sırasında yaşanan stresin etki düzeyi ile ilgili olarak, bireysel farklılıklara rağmen, stres karşısında vücutta kan basıncı artışı, kalp atışlarının hızlanması, terleme, solunumun hızlanması gibi fizyolojik tepkilerin herkes için aynı şekilde olduğu söylenebilir. Stres hormonunun salgılanmasıyla birlikte oluşan bu tepkiler, organizmayı tehdit eden durumlarda, risk kaynağıyla mücadeleye ya da ondan uzaklaşmaya hazırlayarak, bu durumun üstesinden gelmeye yardımcı olur. Yaşanan stresin çok yoğun olduğu travmatik durumlarda, travma yaratan olgu ile başa çıkabilmek için salgılanan stres hormonu da aşırı miktarda salgılanır ve bu kaynak ortadan kalktıktan sonra bile belli bir süre vücutta varlığını koruyarak, minimum bir uyarana karşı karşıya kalındığında, vücudun daha önceki tehdit altındaki durumda verdiği tepkilerin benzerini vermesine yol açar. Travma yaşandığı sırada vücutta oluşan ve yaşamı devam ettirme değeri olan bu fizyolojik değişimden dolayı, yaşanan olayın şiddetine bağlı olarak verilen travma sonrası tepkiler, belli bir süre için normal sayılır (Herman, 2007).

Psikolojik belirtilerin ortaya çıkması ve artışının yanı sıra, travmaya maruz kalmayı takiben yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulduğu, ekonomik güçlüklerin ortaya çıktığı, sosyal ilişkilerin bozulduğu, aile içi ve toplum genelinde şiddetin arttığı, fiziksel sağlığın olumsuz yönde etkilendiği yönünde sonuçlar da elde edilmiştir (Öztürk, 2002). Dolayısıyla, travmaya maruz kalma sadece ruh sağlığını etkilemekle kalmayıp, sosyal ve fiziksel açıdan da olumsuzluklara yol açabilmektedir. Travma sonrasında oluşan genel tepkiler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008);

Zihinsel tepkiler: şok, inanmama ve reddetme, düşünce karışıklığı, dikkati toplayamama, konsantrasyonda azalma, olumsuz düşünceler, karar verme güçlükleri.

Fiziksel tepkiler: yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik, kaçma veya kavga etme reaksiyonu, kalp atışında hızlanma, aşırı uyarım, somatik yakınmalar, bağışıklık sisteminin bozulması, iştah bozuklukları, uykusuzluk ve uyku sorunları.

Duygusal tepkiler: korku ve kaygılar, olayın tekrarlanma korkusu, yaralanmaktan ve ölmekten korkma, gerginlik, panik, üzüntü, yas süreci, suçluluk, kendini suçlama, utanç, aşağılık duygusu, kızgınlık, öfke, isyan, depresyon, çaresizlik.

Davranışsal tepkiler: içe dönüklük, ilişki kurmada güçlük, anti-sosyal davranışlar, saldırganlığın artması, alkol ve uyuşturucu kullanma.

Algısal çarpıtmalar: zaman kavramının algılanmasında değişiklik, çok hızlı ya da çok yavaş, olaya ilişkin zaman sırasında karışıklık, travmatik olayları yordamaya ilişkin işaretlere duyarlılık, görsel çarpıtmalar, uzaklaşan görüntü, artan detaylar, işitsel çarpıtmalar, zayıflayan sesler, güçlenen sesler, gerçek dışılık, rahatsız edici imgeler, beden algısında değişiklik.

Yapılan araştırmalarda genel olarak travmadan sonra oluşan stresin yüksek oranla savaş yaşamak zorunda kalanlarla, tecavüz ve işkenceye uğrayanlarda görüldüğü belirlenmiştir. Şiddet unsurunu kapsayan travmalara bağlı stres bozukluğu belirtileri süregelen olmaya eğilimli olmakta ve bu olayları izleyen öfke ve kızgınlık patlamaları zamanla kötüleşebilmektedir. Travma sonrasında ortaya çıkan tepkiler travmadan hemen sonra oluşsa bile, travmadan yıllar sonra bile gelişebilmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2010).

2.3.1.4. Travmatik Olaylardan Etkilenme Olasılığı Olan Gruplar

Travma sonrası verilen tepkiler sadece olaya doğrudan maruz kalanlarla sınırlı olmamakta, olaya tanık olanlar, travma yaşantısının ayrıntılarını dinlemek veya sadece bununla ilgili bir haberi duymak bile farklı düzeylerde endişe kaynağı olmakta ve etkilemektedir. Dolayısıyla, travma yaşatan olayların arkasından, olaya doğrudan dahil olanlarla birlikte, mağdur bireyin aileleri, yakın çevresi, sosyal destek veren profesyonel birim ya da gönüllüler, ilk tıbbi yardımı gerçekleştiren sağlık elemanları, olayın ruhsal etkilerini engellemek ve gerekli psikolojik desteği vermek için yardımcı olan ruh sağlığı ekibi ve geniş çaptaki afetlerin arkasından olayın yarattığı etkileri haber kanallarından izleyen kişiler üzerinde travmanın dolaylı etkisi olduğu veya ikincil travma stresi tepkisi gösterme ihtimalinin olduğu ifade edilebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Yardım yoluyla karşılaşılan tehditlerin en önemlisi yardım edenlerin de travma yaşayan bireylerle psikolojik yakınlaşmalarından dolayı acı çekmeleridir, bu yolla ikincil travmaya uğrayan yardım edenler istemeden, dolaylı olarak travma

yaşamış danışanlarının acılarının sürmesine de yol açabilirler. (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2010).

2.3.2. Çocukluk Çağı Travması

Travmatik yaşantılar içerisinde kuşkusuz dayanılması en güç durumlardan biri, travma ile baş edebilecek yeterli gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olaylardır (Şar, 1997). Çocuk çağı travmalarını ilk ele alan kişi olan Kempe ve Helfer (1972), çocuk çağı travmalarını, “anababaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği ya da girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı zarar görmeleri” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarını, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak; çocuk ihmali de fiziksel, duygusal, cinsel ve eğitimsel ihmal gibi farklı alt türlere ayırarak her birinin ayrıntılı olarak tanımlamalarını yapmışlardır.

Çocukluk çağı travmaları, çok farklı nedenleri ve aileler içinde kötü sonuçları olan, tıbbi açıdan, hukuki açıdan, çocuğu gelişimsel ve psiko-sosyal açıdan etkileyen ciddi bir sorundur (Kara ve ark, 2004). “Çocuk sömürüsü, kırımı, yıkımı, ezilmesi ve suiistimali” olarak da anlaşılabilir bu kavramların yerine, daha geniş kapsamlı olduğu düşüncesiyle “çocuk istismarı” terimi yaygın olarak kullanılmasına rağmen, evrensel bir tanımlama yapmak zor olarak görülmektedir. Bunun nedeni, toplumsal ve kültürel değerlerden kaynaklandığı gibi, konunun disiplinler arası özelliği nedeniyle de bağlanmaktadır (Herman, 2007). Örneğin bir hukukçu çocuk istismarını tanımlarken, istismar edenin niyetine dikkat çekerken, bir sağlıkçı istismarın sonuçlarına ağırlık vermektedir. Kültürler arası yapılan çalışmalarda, farklı kültürlerin çocuğa verdiği değer ve yaygın olarak kabul gören disiplin yöntemlerinden kaynaklı evrensel bir istismar tanımını olanaksız hale getirmektedir.

Çocukluk çağı travması, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal kötüye kullanım ve ihmalin yanı sıra ebeveyn ya da bakım verenin kaybı, boşanma, ayrılıklar, göç, şiddete tanıklık, kazalar ve doğal afetler şeklinde olabilir (Polat, 2000). Şiddetli çocukluk çağı travması ise bireylerin çocukluk çağında, sık ya da çok sık meydana gelen ya da şiddetli ya da çok şiddetli olarak bildirilen fiziksel ve duygusal kötüye kullanım ve ihmaller, bir kez bile olsa cinsel travma, erken ebeveyn kaybı, boşanma, hayati tehdidin olduğu kazalar ve doğal afetler olarak tanımlanmaktadır (Eroğlu, 2004).

Çocukluk çağında cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve ihmal psikiyatrik hastalarda ve genel toplum örneklerinde sık görülür. Son dönemde çocukluk çağı kötüye kullanımının yüksek yaygınlığı fark edilmiş ve epidemik boyutları olan bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Margolin and Gordis, 2004).

Düşük sosyoekonomik seviye, alkol ve madde kullanımı, ebeveynin psikiyatrik hastalığının olması, genç yaşta anne olmak, ebeveynin travma mağduru olması çocuk istismarı riskini arttırmaktadır (Runyan ve ark, 2002).

Çengel-Kültür ve arkadaşları çocukluk çağı kötüye kullanımı olan 54 çocuğun sosyodemografik verilerini incelemişler, çocukların annelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün sıklığının % 15,1 olduğunu, babalarda ise % 28,3 olduğunu saptamışlardır. Babada depresyon, psikotik bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı, antisosyal, paranoid ve bağımlı kişilik özellikleri, suisid öyküsü görülürken, annede ise en sık depresyon ve alkol kötüye kullanımının olduğu gözlenmiştir (Çengel-Kültür ve ark., 2007).

2.3.2.1. Çocukluk Çağı Travması Türleri

Çocukluk çağı travmaları, çocuğun bakımından sorumlu aile ya da bakıcı tarafından çocuğa yapılan, toplum ve uzman kişilerce çocuk için kötü olduğuna ya da çocuğa zarar verici olarak belirtilen, çocuğun sağlıklı gelişimine zarar veren tüm davranışlar ve yapılmayan eylemlerin tümüdür. Bu yapılan ve yapılmayan davranışların bir sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açılardan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (Polat, 2000).

Durmuşoğlu ve Doğru(2006)da, çocukluk çağı travmalarından fiziksel ve duygusal istismarın benlik saygısını anlamlı düzeyde düşürdüğü saptamışlar; ancak benlik saygısı ile cinsel istismar arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Depresyon ile ilişkisi incelendiğinde ise fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın depresif belirtiler ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, Özen ve diğerlerinin (2007), çocukluk çağındaki travma yaşantılarının, genç erişkinlik çağına gelmiş olan ve artık toplumda yeni statüler kazanmaya hazırlık yapan üniversite son sınıf

öğrencilerindeki, umutsuzluk, depresif mizaç ve negatif benlik algısı üzerinde etkilerinin olduğunu göstermişlerdir.

Deniz (2006), yaptığı çalışmada çocukluk döneminde fiziksel istismara, duygusal istismara ve cinsel istismara uğrama ile ergenlerde saplantılı bağlanma geliştirme arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Ayrıca bağlanma stillerinden korkulu bağlanmada utanç duygusunun arttığı görülmüş; güvenli bağlanma stilinde ise utanç duygusunun azaldığı saptanmıştır.

2.3.2.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemesi ve vücutta yaralanmaya neden olacak şekilde kötü davranım olarak tanımlanır. Genelde vakalarda; morarmalar, çürükler, sigaranın izleri, kırıklar, iç kanamalar tespit edilmektedir (Pelcovitz ve ark, 2000).

Fiziksel istismar çocuğun ve ergenin anne-babası veya diğer yetişkinler tarafından bedensel olarak zarar verilmesidir (Kulaksızoğlu, 2001). En sık rastlanan fiziksel istismar çocuğun dövülmesidir. Bir tokat atmak veya çeşitli objelerle zarar verme şeklinde gözlenebilecek bu durumda vücutta tahribatlar görülmesi söz konusu olabilmektedir (Polat, 2000).

Fiziksel istismar konulu yapılan bir çalışmada, okul yöneticileri ve ebeveynleri örneklem grubu olarak kullanmıştır. Buna göre katılımcıların görüşlerinin %40'ı, ailelerin çocuğa fiziksel şiddet uygulanmasının fiziksel istismar ve ihmal olduğu yönündedir. Okul yöneticilerine çocuk istismar ve ihmali kavramının yaptığı ilk çağrışımın çocuğa karşı uygulanan fiziksel şiddet olduğu söylenebilir. Çocuğun elle veya çeşitli cisimler kullanılarak dövülmesi, kulağının, sacının çekilmesi, çocuğa çeşitli objelerin atılması şiddetle sarsılması, yakılması gibi davranışları okul yöneticileri fiziksel şiddet olarak bildirmişlerdir (Erginer, 2007).

Fiziksel olarak istismara uğrayan çocuklar yetişkinlerle temas kurmaktan kaçınır, hatta bir yetişkinin kendilerine dokunmasından ve yaklaşmasından korkarlar. Ayrıca, yakın ilişki kurma güclüğü yaşadıklarından dolayı yüzeysel ilişkiler kurarlar ve sosyal beceri sorunları yaşarlar. Bu çocuklar aynı zamanda anne babalarından korkar ve korktuklarından dolayı yalan söyleme eğiliminde olurlar. Agresif veya

içedönük yapıda olabilirler ve yetişkinlerin dikkatini çekmek için yanlış davranışlar sergilerler (Tıraşçı & Gören, 2007).

Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda özellikle okul ortamında sosyal beceri ve problem çözme kabiliyetleri gibi bilişsel süreçlerde problemler olabileceğine vurgu yapılmıştır (Gündüz & Gökçekan 2004). Bu alanda yapılan bir çalışmada da Özen ve arkadaşlarının (2010) benzer sonuçları elde ettiği görülmüştür. Daha önce yaşanan duygusal ve fiziksel travmalar problem çözme becerilerini olumsuz etkilediği, bir problemle karşılaştıklarında bu kişilerin düşünerek, konuşarak, sabrederek, farklı seçenekleri deneyerek problemi ele alma eğilimlerinin zayıf olduğu bulunmuştur.

Fiziksel istismar ve ceza vermenin çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri birçok çalışmaya konu olan önemli bir olgudur. Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre; fiziksel istismar gören çocuğun kaygı düzeyi yüksek, içe dönük, benlik saygısı düşük olarak bildirilmiştir. Davranışsal olarak ise fiziksel istismarın saldırganlığı tetikleyen bir unsur olduğu öne sürülmektedir (Güner ve ark, 2010).

2.3.2.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar bir tarafın diğerinden güç ve kontrol anlamında daha üstün olması ve karşı tarafı yalnızca cinsel isteklerin karşılanması amacıyla kullanıldığı bir istismar türüdür (Topbaş, 2004). Kara ve arkadaşlarına (2004) göre, cinsel istismar, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun veya ergenin başka bir yetişkin veya ergen birey tarafından cinsel isteklerin karşılanması amacıyla kullanılması şeklinde tanımlanan ve dünyanın pek çok ülkesinde sosyolojik, psikolojik ve hukuki anlamda büyük bir sorun arz eden bir olgudur.

Tyler (2002), çocukların cinsel istismarının sosyal ve duygusal sonuçlarını ortaya koyan 41 makaleyi incelediği meta analizinde, intihar, madde kullanımı ve bağımlılığı, hamilelik, uyumsuz çevrelerle fazla etkileşim halinde olma, çeteye üye olma, evden kaçma, travma sonrası stres bozukluğu, riskli cinsel davranışlar ve davranış problemlerinin cinsel istismarın psikososyal sonuçları arasında yer aldığını öne sürmektedir.

Cinsel istismara maruz kalan çocukların sonrasında yaşadığı psikolojik ve davranışsal belirtiler, istismara maruz kalan kişinin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerine benzer belirtiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin çocuğun

yaşadığı olayla ilgili birbirini tekrar eden kâbuslar görmesi, öfke nöbetleri, ağlama krizleri, uyku problemleri, yeniden deneyimleme gibi belirtilerin TSSB belirtileri arasında yer alması sebebiyle cinsel istismarın travmatik boyutu hakkında bilgi vermektedir. Ayrıca, yaşanan olay neticesinde çocukların ergenlik ve yetişkinlik döneminde cinsel kimlik bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları gösterme riski söz konusu olabilmektedir (Topbaş, 2004).

Cinsel istismara maruz kalan çocukların olay sonrasında sosyal becerilerinde ciddi işlev problemleri görülebilmektedir. İnsanlarda kurdukları ilişkilerde iki uç söz konusu olmaktadır. Bazı çocuklar kaçınmacı tavır sergilerken bazıları ise yakınlık gereksinimi duyup karşı tarafı baskılayıcı bir tutumda olabilir (Taner & Gökler, 2004).

2.3.2.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğa bakım vermekle yükümlü ailenin ya da bakıcının, çocukların sağlıklı gelişebilmesi için gerekli ilgi, koruma ve bakımın yapılmaması sonucunda, çocuğun hem toplumsal hem de bilimsel normlara göre psikolojik ya da sosyal açıdan zarara uğratılmasıdır. Bu istismar türü en fazla yapılan istismar türü olmasına karşın saptanması oldukça zordur. Duygusal istismar, diğer istismar türlerinden farklı olarak herhangi bir gözle görünür sonuç bırakmaması anlamında ayrılmaktadır (Topbaş, 2004).

Topbaş'a (2004) göre duygusal istismar çocuğun niteliklerinin, yeterliliğinin, isteklerinin devamlı olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden uzak tutulması, sosyal acıdan ağır zararlar verme veya terk etme ile tehdit edilmesi, çocuğun topluma uygun olmayan bir şekilde bakımının yapılması ve yetiştirilmesi, çocuktan yaşına veya gücüne uygun olmayan beklentilerde bulunulmasıdır. Duygusal istismar, çocuğun

Duygusal istismar ve ihmal oldukça sık olmakla birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük yaşanan bir ihmal türüdür. Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de yer almaktadır. Duygusal istismar veya ihmal tek başına var olduğu gibi diğerleriyle de var olabilir, ayrıca fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığında bile duygusal istismar devam edebilir. Bu şekliyle, duygusal istismar ve ihmalin çocuğun yaşadığı en sık görülen istismar ve ihmal tipi olduğu söylenebilir. Duygusal istismara neden olan durumlar, daha çok çocuk ve ergenin yakın çevresinde

onunla ilişkili olan yetişkin kişiler tarafından ortaya çıkmaktadır (Taner & Gökler, 2004, Topbaş, 2004).

Türkiye’de yapılan araştırmalarda duygusal istismarın %78 gibi yüksek bir oranla diğer istismar türleri arasında ilk sırada yer aldığı görülmüştür (Turhan ve ark, 2006). Gümüş- Saçarçelik’in (2009) yaptığı çalışmada ergen ve genç erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların duygusal istismara uğrama oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür (%33).Örsel ve arkadaşlarının (2011) en az bir psikiyatrik tanıyı karşılayan 183 hastayla yaptığı çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların %81.6’sı duygusal istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Aynı şekilde Zoroğlu ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmanın sonucuna göre de çocukluk çağı travmaları içinde en sık ihmalin bildirildiği, sonrasında duygusal, fiziksel, cinsel istismarın geldiği belirtilmiştir.

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunma sıklıkla görülen durumlardır. Duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar veya ihmal ile birlikte görülebileceği gibi tek başına da görülür. Aynı zamanda duygusal istismara bağlı hasarlar fiziksel istismar kadar zedeleyicidir, buna karşın bulguları daha gizlidir (Kara ve ark, 2004).

2.3.2.1.4. İhmal

Çocuk ihmali, çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, ebeveynin çocuğun bakım, korunma, beslenme, giyim, eğitim, sağlık gibi gereksinimlerini yerine getirmemek ve göz ardı etmek ve kasıtlı veya kasıtlı olmadan çocuğu yalnız bırakılması olarak tanımlanır. İhmal ve istismar arasındaki en büyük fark ise ihmalin herhangi bir aksiyon içermemesi ve istismarın hareket ve eylem barındırması olarak belirtilmiştir. İhmal üç ana başlıkta toplanmaktadır: fiziksel, cinsel ve duygusal ihmal. Çocuğa sosyal olarak mevcut kaynakların sunulmaması, çocuğun yoksun bırakılması fiziksel ihmale, cinsel sömürüye karşı korunmaması, cinsel gelişimine gereken önemin verilmemesi cinsel ihmale, çocuğun sevilmemesi, yakınlık, ilgi gösterilmemesi ise duygusal ihmale örnek olabilir (Aral, 2001).

“Kötü muamele” olarak da adlandırılan ihmal, çocuğun temel ihtiyacı olan bakım ve korunmanın sağlanamaması, ister kötü niyetle ister eğitimsizlikten

kaynaklansın, fiziksel, duygusal ve eğitimle ilgili gereksinimlerin göz ardı edilmesi durumudur. Örneğin çocuğun okula gitmesini engelleyerek devamsızlık durumunun yaratılması eğitime yönelik bir ihmaldir (Polat, 2007).

İhmalin, çocuk ebeveyn ilişkisinin olmaması ya da yetersiz olması esasına dayandığı belirtilmektedir. İhmalin daha ağır psikolojik sonuçlar yarattığı varsayımını ileri süren araştırmacılar bunu doğrulayan sonuçlar da elde etmişlerdir. Buna göre ihmalin bilişsel gelişmeyi özellikle de zeka (özellikle sözel IQ) ve dil gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkardığı gösterilmiştir. İhmal edilmiş çocuklar ile istismar edilmiş çocuklar karşılaştırıldığında ihmal edilmişlerin daha içlerine kapanık olduğu ancak ergenlik döneminde dışavurum davranışlarının daha belirgin olduğu saptanmıştır. İhmal fiziksel istismarla olduğunda değil de tek başına olması durumlarında dışavurum davranışlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Altıntaş, 2008).

2.3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilik Bozuklukları

Çocukluk çağı örselenmiş yaşantılar ve travmatik deneyimlerin kişilik bozuklukları ile ilişkisini inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalardan biri olan ve öncü niteliği taşıyabileceği öngörülen Arslan ve arkadaşları (1977) yapmış oldukları çalışmada, Borderline Kişilik Bozukluğu teşhisi konulmuş kişilerin %72,2 oranında çocukluk travması olduğunu tespit etmişlerdir. Braver ve arkadaşları (1992) yapmış oldukları çalışmada istismara maruz kalan ve istismar olmayan çocuklar ile yapmış olduğu çalışmada istismara uğrayan çocukların borderline kişilik bozukluğu belirtilerini ölçen formda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada ise kişilik bozukluğu olan bireylerin %73 oranının istismara maruz kaldığı ve %82'sinin ise ihmal edildiği saptanmıştır (Battle ve ark, 2004).

Borderline kişilik bozukluğunun yanı sıra anti-sosyal kişilik bozukluğunun oluşumunda yine çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerin önemli olduğu öne sürülmektedir (Ak & Sayar, 2002). Algül ve arkadaşları (2009), yapmış oldukları çalışmada anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısı alan 150 katılımcının 118'inin (% 78,7) çocukluk çağında en az bir travmatik olay yaşadığını belirtmiştir.

Kişilik bozukluğu ve çocukluk travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ek olarak söz konusu ilişkinin düşük düzeyde olduğunu öne süren çalışmalar da yapılmıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, 69 çocukluk travması olan kişiye uygulanan kişilik bozuklukları tanı görüşmesi sonucunda yaklaşık % 30 oranında katılımcının kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamadığı tespit edilmiştir. Örneklem üzerinde kişilik bozukluğu tanı kriterleri arasında en fazla görülen ise çekingen kişilik bozukluğuna aittir (Demirkapı, 2013).

Borderline kişilik bozukluğunun gelişimsel tarihinin incelendiği çalışmalarda, özellikle bakıcıları tarafından cinsel istismara uğramış çocuklarda travmatik çocukluk deneyimleri ile yetişkinlikte borderline kişilik bozukluğu arasında yüksek ilişki saptanmıştır. Bu durum, borderline kişilik bozukluğunu, bir çeşit “travma sonrası stres bozukluğu” olarak düşündürmekte, ayrıca özellikle bakıcıları tarafından cinsel istismara uğrayan bir çocuğun diğerlerini kötü niyetli görme ve düzensiz bağlanma stili oluşturma nedenini de açıklar görünmektedir (Beck, 2008).

Borderline kişilik bozukluğu tespit edilen kişilerin % 70-80’inde, çoğul kişilik bozukluğu belirlenenlerin % 85-90’inde çocukluk çağı cinsel istismar hikâyesi arasındaki ilişki olumlu bulunmuştur. Aynı şekilde, cinsel istismarda bulunan kişilerin % 60-95’inde istismar hikâyesi olumlu düzeydedir. Küçük yaştaki çocuklar bile yaşadıkları kritik olayları, aradan uzun süre geçmesine rağmen doğru bir şekilde anımsayabilmektedirler (Ovayolu ve ark., 2007). Taner ve Bahar’a (2004) göre, kişilerarası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri devam ettirebilme yeteneği, cinsel istismardan olumsuz olarak etkilenmektedir.

2.3.2.3. Çocuk İstismarının Yetişkinlikte Etkileri

Yıllarca psikoanalitik, psikoterapötik ve genel psikiyatrik bakış açısından yapılan deneysel gözlemler, çocuklukta kötü muamelenin yetişkinlikte uzun süreli sonuçları olduğunu belirtmişlerdir (Cohen ve ark., 2001). Olumsuz yaşantılarla yetişen çocukların gelecekte daha düşük akademik performans, ergenlikte gebelik, madde kötüye kullanımı, tekrar kurban durumuna düşme ve daha yüksek sağlık harcamalarına neden olma gibi durumlar yaşadığı saptanmıştır (Arias, 2004). Yakın zamanda yapılan birçok klinik ve epidemiyolojik çalışma bu bulguları desteklemekte ve aynı zamanda temel ve klinik nörobilimdeki gelişmeler patogenezin olası mekanizmalarına daha yakından bakmaya olanak sağlamaktadır (Mello ve ark., 2009). Son zamanlarda

yapılan çalışmalar, olumsuz çevre şartlarının hayat boyu etkilerini açıklayabilmek için, daha gelişmiş teorik modeller formüle etmeye başlamıştır. Repetti ve diğerleri (2002) yüksek çatışma derecesi, saldırganlık ve ihmalkâr ilişkilerle karakterize riskli ailelerin çeşitli davranışsal, kişilerarası, duygusal ve biyolojik sonuçları olan kırılganlıklar oluşturarak çocuklarını riske attıklarını belirtmişlerdir. Yazarlar, böylece ortaya çıkan kırılganlıkların hayat boyu artmış ruhsal bozukluklar, kronik fiziksel hastalıklar ve erken ölümü tetiklediklerini bildirmişlerdir.

2.3.2.3.1. Psikolojik Etkiler

Çok sayıda çalışma ile çocukluk çağı cinsel istismarının erişkinlikteki psikolojik sonuçları araştırılmıştır. Çocuk istismarı çocuğun ruh sağlığını bozabildiği hatta ölümüne neden olabildiği gibi, yetişkinlikte birçok psikolojik soruna da yol açabilmektedir. Yaptıkları bir meta analitik derlemede Neumann ve diğerleri (1996) çocuk istismarının anksiyete, sinirlilik, depresyon, intihar, *kendilik* kavramının bozulması gibi çeşitli psikolojik durumlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk istismarının, çocuk ve ergenlerde içe dönme (anksiyete, depresyon) ve dışa vurma (agresyon, eyleme vurma-acting out) gibi davranış sorunlarının riskini arttırdığı bildirilmiştir (Lansford ve ark, 2009).

İstismara uğramış çocukların önemli bir kısmı (1/4-1/3 arasında) yirmili yaşlarda depresyon ölçütlerini karşılamaktadır ve dolayısıyla önemli bir sağlık yükü oluşturmaktadır (Widom, 2007). Etkilenenlerin çoğunun depresyonu çocuklukta ortaya çıktığı için istismara uğramış çocuklarda depresyon belirtileri ortaya çıkmadan önce, erken müdahaleye odaklanmak önem kazanmaktadır. Depresyonun sıklıkla ihmal, fiziksel ve cinsel istismar ile birliktelik gösterdiği ve istismarın şiddetinin depresyonun oluşma olasılığını arttırdığı saptanmıştır (Andrews, 2004). Olguların yirmili yaşlara kadar takip edildiği birçok çalışma fiziksel ve cinsel istismarın intihar girişimlerini iki katına çıkardığını göstermektedir (Widom, 1998).

Çocuk istismarının ilişkili olduğu diğer yetişkin psikiyatrik bozukluklar kişilik bozuklukları (Tarquis, 2006), alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı (Farrugia ve ark., 2011), yeme bozuklukları (Smyth ve ark., 2008), anksiyete bozuklukları (Smyth, ve ark., 2008) ve travma sonrası stres bozukluğunu (Farrugia, 2011) içermektedir. Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan bireylerde hayat boyu %3.09 anksiyete bozukluğu, %2.66 depresyon, %2.72 yeme bozukluğu, %2.34 travma sonrası stres

bozukluğu, %16.17 uyku bozuklukları ortaya çıktığı ve %4.14 sıklıkla da intihar girişimleri yaşadıkları bulunmuştur (Chen ve ark, 2010).

2.3.2.3.2. Fiziksel Etkiler

İstismarın yüksek prevalansına rağmen, çocukluk boyunca neden olduğu fiziksel rahatsızlıklara etkisi, yapılan birçok araştırmaya karşın çok iyi anlaşılammıştır. Bu çalışmaların bir kısmı çocuk istismarı ile yetişkinlikteki fiziksel rahatsızlıklar arasında anlamlı ilişki bildirmişlerdir (Goodwin ve ark., 2003). Tıbbi olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan fiziksel belirtiler, çocukluk çağı kötü muamele-bakım ile ilişkilendirilmiştir (Saariaho ve ark., 2011). Pelvik ağrı, bel ağrısı, yüzde ağrı ve baş ağrısı gibi kronik ağrıların çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Yücel ve ark, 2002).

Felitti ve arkadaşları (1998) olumsuz çocukluk yaşantılarını (fiziksel, cinsel ve duygusal istismar) ABD’de ölümlerin ana nedenlerinin öngörücüleri olarak belirlemişlerdir. Çalışmalarının sonuçları, olumsuz çocukluk yaşantılarının sayısı ile iskemik kalp hastalıkları, kanser, kronik akciğer hastalıkları, iskelet kırıkları ve karaciğer hastalıkları gibi yetişkinlik hastalıklarının gelişme riskinin anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir.

Birçok meta analiz derlemesinde çocuk istismarının yetişkinlikteki tıbbi sonuçları araştırılmıştır. Wegman ve Stetler (2009) çocuk istismarının, nörolojik ve iskelet-kas sorunları ile daha güçlü olmak üzere, solunum, kalp-damar ve gastrointestinal sorunları ile güçlü ilişkili olduğunu ve kadınlarda daha fazla sağlık sorunlarına yol açtığını bildirmişlerdir. Davis ve arkadaşları çocukluk çağında istismara uğrayanlarda uğramayanlara göre gastrointestinal ve solunum sistemi sorunları, jinekolojik problemler, nörolojik belirtiler ve genel fiziksel yakınmaların daha fazla olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bunlara ek olarak, çocukluk çağı istismarı yaşayanların daha ağır belirtileri olduğu, daha fazla baş ağrısı ve diğer kronik ağrıları yaşadıkları, tıbbi kaynakları daha fazla tükettikleri ve cerrahi işlemlerden daha fazla geçtikleri belirtilmiştir.

TSSB ve dissosiyatif bozukluklar ünitesinde yatan 90 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarda, bu hastaların büyük çoğunluğunda ergenlik öncesi dönemde istismara maruz kaldığı görülmektedir. Özellikle hastaların %83’ü fiziksel, %82’si cinsel

istismar % 64'ü de şiddete maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar TSSB ve dissosiyatif belirtileri (amnezi dâhil olmak üzere) diğer araştırmalarda olduğu çocukluk çağı travmaları ile yakından ilişkili olarak ele alınmıştır (Chu ve ark, 1999).

Alanda yapılan bir diğer çalışmada ise, çocuk istismarı ve ergen ruh sağlığı sorunları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çocukluk çağında istismara uğramış kızların uğramayanlara göre daha çok öfke, depresyon, anksiyete ve post-travmatik stres bozuklukları belirtileri gösterdiği ve risk taşıdığı, erkeklerde ise kızlara göre çok daha fazla depresyon, TSSB ve sosyal geri çekilme geliştirdikleri belirlenmiştir (Wolfe ve ark, 2001).

Lochner ve arkadaşları (2002) tarafından gerçekleştirilen, obsesif-kompulsif bozukluğunun görüldüğü ve görülmediği iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, çocukluk çağında yaşanan duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmalin, hasta olmayan gruba oranla daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Araştırmada çocukluk çağında yaşanan bu tür deneyimlerin hastalığı oluşturabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer araştırmada da, alkol bağımlısı olan kişilerin sağlıklı gruba göre çocukluk döneminde daha çok istismar ve ihmale uğradıkları bulunmuştur (Chasan, 2010).

Çocukluk çağında yaşanan travmalar ve borderline kişilik bozukluğunun da ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağında istismara, travmaya uğramak yetişkin yaşlarda kişilik bozukluklarına ve kendine zarar verme davranışına yol açmaktadır. Sınır kişilik bozukluğu dürtü denetimi, kendilik imgesi ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaların ortaya çıktığı bir durumdur. Herman ve arkadaşlarının (1989) gerçekleştirdiği bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin yüzde 81'inin geçmişte yaşadıkları bir travma öyküsünün olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde Semiz ve arkadaşları (2005) borderline kişilik bozukluğu teşhisi alanların çocukluk çağı travmalarını, kontrol grubuna göre daha fazla beyan ettiği görülmüştür.

Çocukluk çağında görülebilen istismarlarının gelecekteki yaşamda artmış psikiyatrik bozukluklara temel hazırladığı düşüncesiyle Teicher ve arkadaşları (2006) araştırmalar yapmış, istismara uğrayan çocuklardaki nörolojik değişikliklerle ilgili sonuçlara odaklanılmıştır. Gelişimsel dönemde stresin yarattığı değişikliklerin, bireyi uzun dönemli yoksunluk ve yaşam boyu strese hazırlıklı bir sürece hazırlayan

maladaptif değişiklikler olduğunu belirtmiştir. Bu bireylerin daha saldırgan olduğu, geliştirdikleri kaç-savaş gibi savunmalarının normal bir yaşamda uyumsuz olacağı ve uyum bozukluklarına neden olabileceği üzerinde durmuşlardır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcılar, deney grubu ve kontrol grubu olarak ayrılmış, deney grubunu oluşturan katılımcıları sağlamak için İstanbul'da özel bir ruh sağlığı merkezinden araştırma onayının alınmasının ardından katılımcılara gerekli ön bilgilendirme yapılarak ve bilgilendirilmiş onam (bkz. Ek-1) alınarak ölçekler uygulanmıştır. İlk olarak Borderline kişilik bozukluğu tanısı için 57 kişiye SCID-II uygulandıktan sonra hedeflenen 50 borderline kişilik örüntüsü sonucu çıkan kişilere diğer ölçeklerde uygulanmıştır. Kontrol grubu içinse herhangi bir psikiyatrik tanı almamış 50 kişi seçilmiştir. Araştırma için toplamda 100 katılımcının verisi analize dahil edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma için araştırmacı tarafından seçilmiş ve bu alanda yapılan benzer diğer çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları dikkate alınarak yapılandırılmış ölçüm araçları şunlardır:

- Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu
- SCID-2 Yapılandırılmış Görüşme Formu (Deney grubunda Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı için kullanılmıştır)
- Çocukluk Çağı Travma Ölçeği
- Gözlerden Zihin Okuma Testi (Yetişkin Formu)

3.2.1. Sosyodemografik ve Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik ve kişisel bilgi formu, deney ve kontrol grubunun, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yaşanan yer, medeni durum, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, tanısı konulmuş ruhsal hastalık, aile ilişkileri, ebeveyn medeni durum, yetiştiği aile tipi, ebeveyn kişilik özellikleri, ebeveyn tutumu, çocukluk döneminde kim tarafından yetiştirildiği, çocukluk döneminde gösterilen ilgi, yetiştirilme biçiminin baş etmede katkısı değişkenlerinden oluşan soru

formu şeklindedir. Araştırma kapsamında araştırma değişkenleri ile sosyodemografik veriler karşılaştırılmış, söz konusu değişkenlerin deney grubunda ilişkili olup olmadığı incelenmiştir.

3.2.2. SCID-2 Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme Formu

Spitzer ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen ve II. Eksen kişilik bozukluklarını tanımlamak için kullanılan ölçek 120 sorudan oluşmaktadır. Yarı yapılandırılmış olan görüşme formu kategorilere ve boyutlara göre puanlandırılmaktadır. DSM-III-R'deki kişilik bozuklukları tanısında I. ve II. Eksen kişilik bozuklukları olmak üzere SCID-1 ve SCID-2 kullanılmaktadır. Bu çalışmada ise Borderline kişilik bozukluğu tanısı için deney grubuna yalnızca SCID-2 kullanılmıştır. SCID-2 Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sorias, 1990).

3.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

1994 yılında Berstein tarafından geliştirilen, 20 yaş öncesinde yaşanan ihmal ve istismar deneyimlerini numerik veriler çerçevesinde ele alan bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark, 1994). Ölçek ilk olarak 70 madde olarak geliştirilmiş olup, 1995 yılında 54 madde olarak sadeleştirilmiştir. Ölçek yüksek düzeyde iç tutarlılık kat sayısı ile geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Ölçeğin özgün halinin iç tutarlılık katsayısı .79 ile .94 arasında değişmektedir. Likert tipli öz bildirim ölçeği beşli puanlama sistemi ile puanlandırılmaktadır. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık şeklindedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu Vedat Şar (2012) tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış halinin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Şar ve ark, 2012). Özgün halinde olduğu gibi Türkçeye uyarlanmış ölçekte 5 faktörün olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin toplam puanının korelasyonu .90 olarak bulunmuş, alt boyutlar için korelasyon katsayıları ise: Duygusal istismar .90, duygusal ihmal .85, fiziksel istismar .90, cinsel istismar .73 ve fiziksel ihmal .77 şeklindedir. Bununla birlikte yanıltıcı olma amaçlı minimizasyon soruları yer almaktadır. Minimizasyon alt boyutunun korelasyonu ise .71 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi)

Gözlerden Zihin Okuma Testi, Baron-Cohen ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve psikopatoloji ile sosyal biliş arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan pekçok çalışmada kullanılmıştır. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin bu çalışmada belirtilen "Zihin Kuramı" çerçevesinde ele alınan zihin okuma becerisini ölçmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin yüzlerden duyguları tanıma, zihinsel durumun değerlendirmesi gibi becerileri ölçmek amacıyla kullanıldığı görülmektedir.

Bu çalışmada kullanılan Gözlerden Zihin Okuma Testi yeni versiyonu olan 34 sorudan oluşan versiyonudur. Ölçekte bir doğru yanıt ve üç çeldirici bulunmaktadır. Katılımcılara test uygulaması esnasında yanıt olarak sunulan kelimelerin anlamlarının bulunduğu 93 kelimelik bir sözlük verilir ve gözleri en iyi tarif eden kelimeyi seçmeleri istenir.

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış olup, pilot çalışmada katılımcıların tutarlı olarak yanıt verdiği iki soru çıkartılarak son versiyonu olan 36 maddelik özgün hali 34 madde olarak Türkçe versiyonda sadeleştirilmiştir. Doğru yanıt uygulaması incelenen testin ilk uygulamasında puan ortalamasının 24,4, ikinci uygulamada 24,1 olarak bulunmuş, uygulamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte güvenilirlik çalışmasında eğitim düzeyinin artması ile doğru yanıtların arttığı gözlenmiştir. Yapılan uygulamalarda 19. ve 21. maddenin güvenilirlik katsayısının düşük olduğu bulunmuş ve testten çıkarılmıştır. Son olarak 32 madde olarak yetişkinlere uygulanabilecek güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

3.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırma için belirlenen ve cevap bulunması hedeflenen araştırma soruları ve hipotezler aşağıdaki gibidir:

Araştırma Sorusu 1: Borderline kişilik bozukluğu ile zihin kuramı işlevleri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 1: Borderline kişilik bozukluğunda, zihin kuramı işlevleri normal popülasyona göre daha düşüktür.

Araştırma Sorusu 2: Borderline kişilik bozukluğu ile çocukluk çağı travmaları arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 2: Borderline kişilik bozukluğunda, çocukluk çağı travmaları normal popülasyona göre daha yüksektir.

Araştırma Sorusu 3: Çocukluk çağı travması olan borderline kişilik bozukluğu vakaları ile zihin kuramı işlevleri arasında ne tür bir ilişki vardır?

Hipotez 3: Borderline kişilik bozukluğunda, çocukluk çağı travmaları olanlarda zihin kuramı işlevleri daha düşüktür.

3.4.Araştırmada Kullanılan Veri Analiz Yöntemleri

Araştırmada kullanılan veri analizi yöntemi araştırma değişkenleri ve sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi amaçlandığından ötürü tarama çalışması olarak tanımlanabilir. Tarama çalışmasında, deney grubu ve kontrol grubunun değişkenleri hakkında betimleyici istatistik sunmak ve değişkenler arasındaki ilişkiyi gruplar arasında incelemek yer almaktadır. Uygulanan veri analizi yöntemleri olarak korelasyon çalışması, betimleyici istatistik yöntemi ve Mann-Whitney kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmış ve %95 güven ile çalışılmıştır. Çalışmada uygun testler normallik testi sonucuna göre belirlenmiştir. Yapılan normallik analizi sonucuna göre ölçek puanları normal dağılım göstermemektedir. Bu gerekçe ile deney ve kontrol grubunun ölçek puanlarının karşılaştırılması mann whitney testi, deney ve kontrol grubunda ölçek puanlarının ilişkisi spearman korelasyon testi ile belirlenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Araştırma değişkenleri olan çocukluk çağı travması ve gözlerden zihin okumanın borderline kişilik bozukluğu tanısı alan deney grubu ile herhangi bir tanı almayan kontrol grubu ile karşılaştırılması amacıyla uygulanan ölçekler arasında yer alan kişisel bilgi formunda yer alan değişkenler ve yüzdelik değerleri Tablo 1.'de gösterilmektedir:

Tablo 1. Kişisel ve Sosyodemografik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

		n	%
Grup	Kontrol	50	50,0
	Deney	50	50,0
Cinsiyet	Erkek	32	33,7
	Kadın	63	66,3
Yaşınız	18-25	37	37,0
	26-35	44	44,0
	36-45	17	17,0
	45 ve üzeri	2	2,0
Öğrenim durumu	İlkokul	6	6,0
	Ortaokul	18	18,0
	Lise	22	22,0
	Üniversite	47	47,0
Halen yaşadığınız yer	Lisans üstü	7	7,0
	Şehir merkezi	87	87,0
	İlçe	11	11,0
	Köy	2	2,0
Medeni durumunuz	Hiç evlenmemiş	70	70,0
	Evli	22	22,0
	Boşanmış	6	6,0
	Ayrı yaşıyor	2	2,0
Çalışma durumunuz hangisine uymaktadır?	Düzenli olarak devam ettiğim sabit bir işim vardır	42	43,3
	Sürekli iş değiştiririm, bir işte çalışmam	15	15,5
	Bugüne kadar herhangi bir işte çalışmadım.	40	41,2
Mesleğiniz	Memur	11	11,3
	İşçi	17	17,5
	Serbest meslek	25	25,8
	Öğrenci	20	20,6
	İşsiz	24	24,7
Ekonomik durumunuz	Çok kötü (0-500 TL)	3	3,0

	Kötü (500-1000 TL)	12	12,1
	Orta (1000-1500 TL)	20	20,2
	İyi (1500-2000 TL)	21	21,2
	Çok iyi (2000 TL den fazla)	43	43,4
Ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü	Evet	45	45,0
	Hayır	55	55,0
Aile ilişkileriniz nasıldır?	Aile bağlarım kuvvetlidir, sürekli olarak görüşmeye devam ediyorum.	56	58,9
	Aile bağlarım zayıftır, uzun zamandır görüşmüyoruz.	39	41,1
Anne-babanızın medeni durumu?	Evli, aynı evde yaşıyorlar.	65	65,0
	Evli, ayrı evde yaşıyorlar.	4	4,0
	Boşanmışlar	21	21,0
	Vefat	10	10,0
Yetiştirdiğiniz aile tipi hangisidir?	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	65	65,7
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	22	22,2
	Yuva (sosyal kurumlar)	1	1,0
	Diğer (parçalanmış aile vb.)	11	11,1
Anne ve babanızın kişilik özellikleri nasıldır?	Pasif ve yetersiz	20	21,1
	Uysal ve uyumlu	25	26,3
	İlgisiz, içe kapanık	13	13,7
	Canlı, neşeli	16	16,8
	Kuşkucu, alıngan	8	8,4
	Titiz, inatçı	6	6,3
	Diğer	7	7,4
Anne ve babanızın size karşı tutumu nasıldır?	İlgili ve koruyucu	47	47,0
	Titiz ve katı	11	11,0
	İlgisiz ve otoriter	12	12,0
	Sert ve otoriter	7	7,0
	Tutarsız ve güvenilmez	23	23,0
Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?	Anne	26	26,5
	Baba	4	4,1
	Bakıcı	2	2,0
	Anne-baba	58	59,2
	Diğer	8	8,2
Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?	Aşırı ilgiyle	20	20,2
	Yeterince ilgi ile	42	42,4
	İlgisiz	37	37,4
Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?	Aşırı kontrol	21	21,0
	Yeterince kontrol	43	43,0
	Az kontrol	36	36,0
Yetiştirilme biçiminizin hayattaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	45	47,9
	Hayır	49	52,1

Tablo 1.'deki veriler doğrultusunda,

Katılımcılardan yarısı (%50,0) kontrol grubu iken yarısı da (%50,0) deney grubudur.

Katılımcılardan %33,7'si erkek iken %66,3'ü kadındır.

Katılımcılardan 18-25 yaş arasındakilerin oranı %37,0; 26-35 yaş arasındakilerin %44,0; 36-45 yaş arasındakilerin %17,0; 45 yaş ve üzerindekiilerin oranı ise %2,0'dır.

Katılımcılardan ilkokul mezunlarının oranı %6,0; ortaokul mezunlarının %18,0; lise mezunlarının %22,0; üniversite mezunlarının %47,0; lisansüstü mezunlarının oranı ise %7,0'dır.

Katılımcılardan şehir merkezinde yaşayanların oranı %87,0; ilçede yaşayanların %11,0; köyde yaşayanların oranı ise %2,0'dır.

Katılımcılardan hiç evlenmemişlerin oranı %70,0; evlilerin %22,0; boşanmışların %6,0; ayrı yaşayanların oranı ise %2,0'dır.

Katılımcılardan düzenli sabit işi olanların oranı %43,3; sürekli iş değiştirenlerin %15,5; herhangi bir işte çalışmayanların oranı ise %41,2'dir.

Katılımcılardan memurların oranı %11,3; işçilerin %17,5; serbest mesleklerin %25,8; öğrencilerin %20,6; işsizlerin oranı ise %24,7'dir.

Katılımcılardan 0-500 TL gelirdekilerin oranı %3,0; 500-1000 TL gelirdekilerin %12,1; 1000-1500 TL gelirdekilerin %20,2; 1500-2000 TL gelirdekilerin %21,2; 2000 TL den fazla geliri olanların oranı ise %43,4'tür.

Katılımcılardan %45,0'ı ruhsal bir sorun/hastalık nedeniyle tedavi görmüşken %55,0'ı tedavi görmemiştir.

Katılımcılardan %58,9'u aile bağları kuvvetli olup sürekli ailesi görüşmekte %41,1'inin aile bağları zayıf olup ailesiyle uzun zamandır görüşmemektedir.

Katılımcılardan anne babası aynı evde yaşayanların oranı %65,0; ayrı yaşayanların %4,0; boşanmışların %21,0; vefat edenlerin oranı ise %10,0'dır.

Katılımcılardan yetiştiği ailesi çekirdek aile olanların oranı %65,7; geniş aile olanların %22,2; yuva olanların %1,0; diğer aile olanların oranı ise %11,1'dir.

Katılımcılardan anne ve babası pasif - yetersiz olanların oranı %21,1; uysal - uyumlu olanların %26,3; ilgisiz - içe kapanık olanların %13,7; canlı – neşeli olanların %16,8; kuşkucu – alıngan olanların %8,4; titiz – inatçı olanların oranı %6,3; diğer özellikte olanların oranı ise %7,4'tür.

Katılımcılardan anne ve babasının tutumu ilgili – koruyucu olanların oranı %47,0; titiz – katı olanların %11,0; ilgisiz – otoriter olanların %12,0; sert – otoriter olanların %7,0; tutarsız ve güvenilmez olanların oranı ise %23,0'dır.

Katılımcılardan çocukluğunda annesi tarafından yetiştirilenlerin oranı %26,5; babası tarafından %4,1; bakıcı tarafından %2,0; anne – baba %59,2; diğerleri tarafından yetiştirilenlerin oranı ise %8,2'dir.

Katılımcılardan çocukluğunda aşırı ilgiyle bakılanların oranı %20,2; yeterince ilgi ile bakılanların %42,4; ilgisiz bakılanların oranı ise %37,4'tür.

Katılımcılardan çocukluğunda aşırı kontrolle bakılanların oranı %21,0; yeterince kontrolle bakılanların %43,0; az kontrol ile bakılanların oranı ise %36,0'dır.

Katılımcılardan %47,9'u yetiştirilme biçiminin hayatındaki sorunlarla başa çıkmasında katkısı olduğunu düşünüyorken %52,1'i düşünmemektedir.

4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travması ve Gözlerden Zihin Okuma Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

		N	Sıra Ort.	U	p
Duygusal İstismar	Kontrol	50	29,22	186,0	,000*
	Deney	50	71,78		
Fiziksel İstismar	Kontrol	50	32,77	363,5	,000*
	Deney	50	68,23		
Fiziksel İhmal	Kontrol	50	35,26	488,0	,000*
	Deney	50	65,74		
Duygusal İhmal	Kontrol	50	34,16	433,0	,000*
	Deney	50	66,84		
Cinsel İstismar	Kontrol	50	32,86	368,0	,000*
	Deney	50	68,14		
Gözlerden Zihin Okuma	Kontrol	50	61,22	714,0	,000*
	Deney	50	39,78		

*p<0,05

Deney ve kontrol grubunun ölçek puanları açısından karşılaştırılması amacıyla yapılan mann whitney testi sonuçları Tablo 2.'de verilmiştir.

Analiz sonucunda deney ve kontrol grubu arasında Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar ve Gözlerde Zihin Okuma puanları açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Ölçek puanlarının gruplara göre sıra ortalamaları incelendiğinde Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar, puanlarının deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, ancak Gözlerde Zihin Okuma puanının kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Tablo 3. Kontrol Grubunda Ölçek Puanlarının İlişki Analizleri

	1	2	3	4	5	6
1 Duygusal İstismar	1,000					
2 Fiziksel İstismar	,612**	1,000				
3 Fiziksel İhmal	,424**	,357*	1,000			
4 Duygusal İhmal	,470**	,424**	,744**	1,000		
5 Cinsel İstismar	,468**	,165	,258	,216	1,000	
6 Gözlerden Zihin Okuma	-,138	,002	,085	,202	-,113	1,000

***p<0,05 **p<0,01**

Kontrol grubunda;

Yapılan korelasyon analizine göre Duygusal İstismar ile Fiziksel İstismar arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p<0,05$ $r=,612$); Fiziksel İhmal arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p<0,05$ $r=,424$); Duygusal İhmal arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p<0,05$ $r=,470$); Cinsel İstismar arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p<0,05$ $r=,468$) bulunmaktadır.

Yapılan korelasyon analizine göre Fiziksel İstismar ile Fiziksel İhmal arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0,05$ $r=,357$); Duygusal İhmal arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p<0,05$ $r=,424$) bulunmaktadır.

Gözlerde zihin okuma ile Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Tablo 4. Deney Grubunda Ölçek Puanlarının İlişki Analizleri

	1	2	3	4	5	6
1 Duygusal İstismar	1,000					
2 Fiziksel İstismar	,528**	1,000				
3 Fiziksel İhmal	,706**	,398**	1,000			
4 Duygusal İhmal	,549**	,275	,671**	1,000		
5 Cinsel İstismar	,412**	-,008	,371**	,304*	1,000	
6 Gözlerden Zihin Okuma	-,367**	-,097	-,278	-,481**	-,171	1,000

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Deney grubunda;

Yapılan korelasyon analizine göre Duygusal İstismar ile Fiziksel İstismar arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0,05$ $r = ,528$); Fiziksel İhmal arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($p < 0,05$ $r = ,706$); Duygusal İhmal arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0,05$ $r = ,549$); Cinsel İstismar arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($p < 0,05$ $r = ,412$) bulunmaktadır.

Yapılan korelasyon analizine göre Fiziksel İstismar ile Fiziksel İhmal arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p < 0,05$ $r = ,398$) bulunmaktadır.

Gözlerden zihin okuma ile Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunurken Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Cinsel İstismar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

4.3. Deney Grubunun Çocukluk Çağı Travması, Gözlerden Zihin Okuma ve Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 5. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Halen Yaşadıkları Yerin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Halen yaşadığınız yer	n	Sıra Ort.	U	p	
Duygusal İstismar	Şehir merkezi	41	27,73	93,000	,020*
	İlçe-Köy	9	15,33		
Fiziksel İstismar	Şehir merkezi	41	25,11	168,500	,685
	İlçe-Köy	9	27,28		
Fiziksel İhmal	Şehir merkezi	41	25,71	176,000	,829
	İlçe-Köy	9	24,56		
Duygusal İhmal	Şehir merkezi	41	24,09	126,500	,141
	İlçe-Köy	9	31,94		
Cinsel İstismar	Şehir merkezi	41	26,49	144,000	,298
	İlçe-Köy	9	21,00		
Gözlerden Zihin Okuma	Şehir merkezi	41	25,44	182,000	,950
	İlçe-Köy	9	25,78		

Yaşadığı Yer Şehir Merkezi ile İlçe-Köy Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Yaşadığı yer şehir merkezi ile ilçe-köy olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yaşadığı yer şehir merkezi olanların puan sıra ortalamaları 27,73; ilçe-köy olanların 15,33'tür. Buna göre yaşadığı yer şehir merkezi olan deney grubundaki katılımcıların Duygusal İstismar puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 6. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Ruhsal Bir Sorun ya da Hastalık Nedeniyle Hiç Tedavi Görüp Görmeme Durumlarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?		n	Sıra Ort.	U	p
Duygusal İstismar	Evet	41	26,80	131,000	,174
	Hayır	9	19,56		
Fiziksel İstismar	Evet	41	25,90	168,000	,675
	Hayır	9	23,67		
Fiziksel İhmal	Evet	41	26,28	152,500	,417
	Hayır	9	21,94		
Duygusal İhmal	Evet	41	25,11	168,500	,685
	Hayır	9	27,28		
Cinsel İstismar	Evet	41	24,93	161,000	,546
	Hayır	9	28,11		
Gözlerden Zihin Okuma	Evet	41	26,00	164,000	,604
	Hayır	9	23,22		

Deney grubunda, katılımcıların ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi görüp görmeme durumu değişkeni ile araştırma değişkenlerini ölçen boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 7. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Aile İlişkilerinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Aile ilişkileriniz nasıldır?		n	Sıra Ort.	U	p
Duygusal İstismar	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	13,21	80,000	,000*
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	28,58		
Fiziksel İstismar	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	15,71	115,000	,007*
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	27,52		
Fiziksel İhmal	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	10,82	46,500	,000*
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	29,59		
Duygusal İhmal	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	9,79	32,000	,000*
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	30,03		
Cinsel İstismar	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	18,82	158,500	,086
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	26,20		
Gözlerden Zihin Okuma	Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz	14	32,32	114,500	,007*
	Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz	33	20,47		

***p<0,05**

Aile İlişkileri Farklı Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Aile ilişkileri farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam edenlerin puan sıra ortalamaları 13,21; aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyenlerin 28,58'dir. Buna göre aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İstismar puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile ilişkileri farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Fiziksel İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam edenlerin puan sıra ortalamaları 15,71; aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyenlerin 27,52'dir. Buna göre aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyen deney grubundaki katılımcıların Fiziksel İstismar puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile ilişkileri farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Fiziksel İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam edenlerin puan sıra ortalamaları 10,82; aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyenlerin 29,59'dur. Buna göre aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyen deney grubundaki katılımcıların Fiziksel İhmal puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile ilişkileri farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam edenlerin puan sıra ortalamaları 9,79; aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyenlerin 30,03'tür. Buna göre aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İhmal puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Aile ilişkileri farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Gözlerde Zihin Okuma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam edenlerin puan sıra ortalamaları 32,32; aile bağları zayıf, uzun süredir görüşmeyenlerin 20,47'dir. Buna göre aile bağları güçlü, sürekli olarak görüşmeye devam eden deney grubundaki katılımcıların Gözlerde Zihin Okuma puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 8. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Yetiştığı Aile Tipinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Yetiştığınız aile tipi hangisidir?		n	Sıra Ort	X2	p
Duygusal İstismar	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	24,14		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	21,33	3,446	,179
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	32,56		
Fiziksel İstismar	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	23,64		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	28,88	1,186	,553
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	24,06		
Fiziksel İhmal	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	22,63		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	21,50	7,953	,019*
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	37,06		
Duygusal İhmal	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	22,46		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	22,67	6,600	,037*
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	36,00		
Cinsel İstismar	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	25,36		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	20,96	1,851	,396
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	29,28		
Gözlerden Zihin Okuma	Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)	28	24,79		
	Geniş aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)	12	28,13	1,127	,569
	Diğer (parçalanmış aile vb.)- Yuva (sosyal kurumlar)	9	21,50		

Yetiştığı Aile Tipi Farklı Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Yetiştığı aile tipi farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Fiziksel İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Çekirdek ailede yetişenlerin puan sıra ortalamaları 22,63; geniş ailede yetişenlerin 21,50; diğer-yuva da yetişenlerin 37,06'dır. Buna göre diğer-yuvada yetişen deney grubundaki katılımcıların Fiziksel İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Yetiştığı aile tipi farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çekirdek ailede yetişenlerin puan sıra ortalamaları 22,46; geniş ailede yetişenlerin 22,67; diğer-yuva da yetişenlerin 36,00'dir. Buna göre diğer-yuvada yetişen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Tablo 9. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Çocukluğunda Bakılan İlginin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?		n	Sıra Ort.	X ²	p
Duygusal İstismar	Aşırı ilgiyle	10	21,45	5,804	,055
	Yeterince ilgi ile	8	15,88		
	İlgisiz	31	28,50		
Fiziksel İstismar	Aşırı ilgiyle	10	22,95	0,320	,852
	Yeterince ilgi ile	8	24,44		
	İlgisiz	31	25,81		
Fiziksel İhmal	Aşırı ilgiyle	10	16,40	8,396	,015*
	Yeterince ilgi ile	8	18,44		
	İlgisiz	31	29,47		
Duygusal İhmal	Aşırı ilgiyle	10	15,60	11,282	,004*
	Yeterince ilgi ile	8	16,63		
	İlgisiz	31	30,19		
Cinsel İstismar	Aşırı ilgiyle	10	25,75	1,691	,429
	Yeterince ilgi ile	8	19,13		
	İlgisiz	31	26,27		
Gözlerden Zihin Okuma	Aşırı ilgiyle	10	29,35	6,244	,044*
	Yeterince ilgi ile	8	34,00		
	İlgisiz	31	21,27		

* $p<0,05$

Çocukluğunda Bakıldığı İlgi Farklı Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Çocukluğunda bakıldığı ilgi farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Fiziksel İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı ilgiyle bakılanların puan sıra ortalamaları 16,40; yeterince ilgi ile bakılanların 18,44; ilgisiz bakılanların 29,47'dir. Buna göre çocukluğunda ilgisiz bakılan deney grubundaki katılımcıların Fiziksel İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda bakıldığı ilgi farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı ilgiyle bakılanların puan sıra ortalamaları 15,60; yeterince ilgi ile bakılanların 16,63; ilgisiz bakılanların 30,19'dur. Buna göre çocukluğunda ilgisiz bakılan deney grubundaki katılımcıların Duygusal İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda bakıldığı ilgi farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Gözlerde Zihin Okuma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı ilgiyle bakılanların puan sıra ortalamaları 29,35; yeterince ilgi ile bakılanların 34,00; ilgisiz bakılanların 21,27'dir. Buna göre çocukluğunda yeterince ilgi ile bakılan deney grubundaki katılımcıların Gözlerde Zihin Okuma puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Tablo 10. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Çocukluğunda Büyütüldüğü Disiplinin Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?		n	Sıra Ort.	X ²	p
Duygusal İstismar	Aşırı kontrol	9	24,44	9,152	,010*
	Yeterince kontrol	11	14,45		
	Az kontrol	30	29,87		
Fiziksel İstismar	Aşırı kontrol	9	24,72	1,415	,493
	Yeterince kontrol	11	21,27		
	Az kontrol	30	27,28		
Fiziksel İhmal	Aşırı kontrol	9	20,39	12,146	,002*
	Yeterince kontrol	11	14,32		
	Az kontrol	30	31,13		
Duygusal İhmal	Aşırı kontrol	9	18,56	10,152	,006*
	Yeterince kontrol	11	16,68		
	Az kontrol	30	30,82		
Cinsel İstismar	Aşırı kontrol	9	30,67	10,022	,007*
	Yeterince kontrol	11	13,55		
	Az kontrol	30	28,33		
Gözlerden Zihin Okuma	Aşırı kontrol	9	27,17	7,857	,020*
	Yeterince kontrol	11	35,55		
	Az kontrol	30	21,32		

* $p<0,05$

Çocukluğunda Büyütüldüğü Disiplin Farklı Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Çocukluğunda büyütüldüğü disiplin farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülenlerin puan sıra ortalamaları 24,44; yeterince kontrol ile büyütülenlerin 14,45; az kontrol ile büyütülenlerin 29,87'dir. Buna göre çocukluğunda az kontrol ile büyütülen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İstismar puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda büyütüldüğü disiplin farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Fiziksel İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülenlerin puan sıra ortalamaları 20,39; yeterince kontrol ile büyütülenlerin 14,32; az kontrol ile büyütülenlerin 31,13'tür. Buna göre çocukluğunda az kontrol ile büyütülen deney grubundaki katılımcıların Fiziksel İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda büyütüldüğü disiplin farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İhmal açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülenlerin puan sıra ortalamaları 18,56; yeterince kontrol ile büyütülenlerin 16,68; az kontrol ile büyütülenlerin 30,82'dir. Buna göre çocukluğunda az kontrol ile büyütülen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İhmal puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda büyütüldüğü disiplin farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Cinsel İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülenlerin puan sıra ortalamaları 30,67; yeterince kontrol ile büyütülenlerin 13,55; az kontrol ile büyütülenlerin 28,33'tür. Buna göre çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülen deney grubundaki katılımcıların Cinsel İstismar puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Çocukluğunda büyütüldüğü disiplin farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Gözlerde Zihin Okuma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Çocukluğunda aşırı kontrol ile büyütülenlerin puan sıra ortalamaları 27,17; yeterince kontrol ile büyütülenlerin 35,55; az kontrol ile büyütülenlerin 21,32'dir. Buna göre çocukluğunda yeterince kontrol ile büyütülen deney grubundaki katılımcıların Gözlerde Zihin Okuma puan sıra ortalamaları en yüksektir.

Tablo 11. Deney Grubunda Bulunan Katılımcıların Yetiştirilme Biçiminin Yaşamdaki Sorunlarla Başa Çıkmasında Katkısı Olduğunu Düşünüp Düşünmeme Durumlarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

Yetiştirilme biçiminizin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?		n	Sıra Ort.	U	p
Duygusal İstismar	Evet	8	12,25	62,000	,006*
	Hayır	41	27,49		
Fiziksel İstismar	Evet	8	20,88	131,000	,369
	Hayır	41	25,80		
Fiziksel İhmal	Evet	8	17,44	103,500	,101
	Hayır	41	26,48		
Duygusal İhmal	Evet	8	18,44	111,500	,154
	Hayır	41	26,28		
Cinsel İstismar	Evet	8	19,56	120,500	,230
	Hayır	41	26,06		
Gözlerden Zihin Okuma	Evet	8	31,88	109,000	,136
	Hayır	41	23,66		

*p<0,05

Yetiştirilme Biçiminin Yaşamdaki Sorunlarla Başa Çıkmasında Katkısı Olduğunu Düşünüp Düşünmeme Durumu Farklı Olan Deney Grubundaki Katılımcılar için Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmasında katkısı olduğunu düşünüp düşünmeme durumu farklı olan deney grubundaki katılımcılar arasında Duygusal İstismar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Katkısı olduğunu düşünenlerin puan sıra ortalamaları 12,25; katkısı olmadığını düşünmeyenlerin 27,49'dur. Buna göre yetiştirilme biçiminin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmasında katkısı olduğunu düşünmeyen deney grubundaki katılımcıların Duygusal İstismar puan sıra ortalamaları daha yüksektir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubuna uygulanan kişisel bilgi formunda yer alan değişkenlerin gruplar arasında anlamlı farklılıkları olduğu görülmüştür. Bununla birlikte araştırma değişkenleri ve kişisel bilgiler karşılaştırılmış, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış deney grubu ve herhangi bir tanı almamış kontrol grubunun kişisel bilgileri arasında anlamlılık düzeyi incelenmiştir.

Sonuçları incelediğimizde, deney ve kontrol grubunun eşit sayıda olduğu, sayıların homojen dağılım göstermesinin verilerin karşılaştırılması bakımından uygun olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte kadın ve erkek katılımcı sayısının eşit dağılmadığı, araştırmaya katılan kişilerin çoğunlukla kadın olduğu görülmektedir. Yaş oranlarını incelediğimizde, 18-25 yaş aralığında olanların çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi bakımından katılımcıların çoğunluğunun üniversite mezunlarından oluştuğu ve gelir düzeyinin 2000 TL ve üzeri olanların çoğunlukla olduğu bulunmuştur.

Medeni durum bakımından katılımcıların büyük bir çoğunluğu hiç evlenmemiştir. Katılımcılar çoğunlukla şehir merkezinde yaşamaktadırlar. Sabit işi olan katılımcılar ve herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların yüzdesel olarak birbirine yakın değerlerde olduğu bulunmuştur. Ayrıca, katılımcıların çoğunluğunu serbest meslek erbabı ve öğrenciler oluşturmaktadır.

Aile ilişkilerine ilişkin soruların yer aldığı kişisel bilgi formunda, katılımcılar aile bağlarının kuvvetli olduğunu, hiç görüşmemeye oranla daha fazla bildirmişlerdir. Katılımcıların ebeveynlerinin büyük bir çoğunluğu birlikte yaşamaktadırlar. Ebeveyn tutumuna ilişkin soruyu ele aldığımızda, pasif-yetersiz olan ve uysal-uyumlu olan ebeveynlerin yüzdesel olarak birbirine yakın olarak bildirildiği görülmüştür. Ebeveyn ilgisine yönelik soruda ise ebeveynin ilgili-koruyucu olan katılımcı sayısı çoğunlukta. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ebeveynleri tarafından yetiştirilmiştir. Çocukluk döneminde gösterilen ilgisizlik büyük çoğunlukta olarak bulunmuştur. Katılımcılar çocukluk döneminde yeterince kontrollü bakım aldıklarını

bildirmiş, yetiştirilme biçimlerinin sorunlarla başa çıkmada katkısı olmadığını düşünen katılımcıların sayısı daha fazla bulunmuştur.

Borderline kişilik bozukluğunun çocukluk çağı travmaları ve gözlerden zihin okuma değişkenleri ile ilişkisini inceleme sürecinde, gruplar arasındaki kişisel değişkenlerin ele alınmasıyla araştırma değişkenlerinin dışında olabilecek anlamlı düzeyde farklılıkların tespit edilmesi açısından önem arz etmektedir. Nicol ve arkadaşları (2012), borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin duygudurum gelişimi bozukluğunun hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilendiğini, bununla birlikte kesin sebebinin bilinmediği psikiyatrik bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür. Bu bağlamda katılımcıların sosyodemografik ve kişisel bilgilerinin gruplar bazında değerlendirilmesinin çevresel faktörler hakkında bilgi verebileceği düşünülen ebeveyn tutumu, ilgisi, kontrolü, yetiştirilme tarzı gibi değişkenler kapsamında değerlendirilmesi uygun bulunmuştur.

Machizawa-Summers (2007) çocukluk çağı travması ve ebeveyn bağlarının borderline kişilik bozukluğu tanısı almış Japon kadınlarda incelemesini yaptığı çalışmada borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların ailelerin aşırı koruyucu ve kontrolcü aynı zamanda ilgisiz olduklarını bildirmiştir. Yapılan çalışmada önemli yordayıcıların duygusal istismar, ilgisizlik ve algılanan ebeveyn koruyuculuğu olduğu tespit edilmiştir. Yordayıcı değişkenlerin risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir.

Westphal ve arkadaşları (2013) yapmış oldukları çalışmada kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travmatik deneyimlerin borderline kişilik bozukluğu tanısı ile ilişkisini incelemiş, özellikle erişkinlik döneminde kişilerarası ilişkilerden kaynaklı travmaların borderline kişilik bozukluklarında çocukluk dönemindeki kişilerarası travmatik deneyimlerden daha etkili olduğu sonucunu elde etmiştir.

Özellikle çocukluk dönemi gelişiminde aile iletişiminin önemine vurgu yapan Newman ve Janca (2014), bu dönemde bağlanma stillerinin ve yetiştirme tarzının psikososyal ve duygusal gelişim açısından önem arz ettiğini belirtmişlerdir. Özellikle çocukluk döneminde ebeveyn tutumu ve çocuğa gösterilen ilginin duygudurum yönetimi, sosyal beceri ve bilişsel esnekliğin gelişmesi adına katkı sağlayabilecek unsurlar olduğu düşünülmektedir. Bu alanlarda yaşanan sıkıntıların özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısında risk faktörü oluşturabilecek önemli

değişkenler olduğu öne sürülmüştür. Bu bağlamda yapılan çalışmada kullanılan kişisel bilgi formunda yöneltilen soruların borderline kişilik bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan katılımcılardaki farklılığının ele alınması borderline kişilik bozukluğunda belirgin ölçüde görülen ailesel ve bireysel faktörlerin olup olmadığına ilişkin veriler sunmuştur.

5.2. Çocukluk Çağı Travmaları Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması

Borderline kişilik bozukluğunun yapılan pekçok çalışmaya rağmen net bir sebebinin olmayışı bu alanda fazlasıyla çalışmanın yürütülmesine olanak tanımış ve yapılan çalışmaların ortak noktalarından bir tanesinin de çocukluk çağı travmaları olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada da çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutları ile deney grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların maruz kaldıkları travmanın herhangi bir tanı almamış kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çocukluk çağı travmalarının bireysel ve aile ile ilişkili değişkenler ile ilişkisini incelediğimizde ise, yaşanan yer değişkeni ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Şehir merkezinde yaşayan deney grubu katılımcılarının daha fazla duygusal istismara maruz kaldığı sonucuna varılmıştır.

Aile ilişkileri ve çocukluk çağı travmalarını incelediğimizde, aile bağları zayıf olan deney grubundaki katılımcıların anlamlı düzeyde çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı görülmektedir. Yalnızca cinsel istismar boyutunun aile bağları anlamlı düzeyde farklılık göstermediği; fakat diğer çocukluk çağı travma alt boyutları olan duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin aile bağları zayıf olan ve ailesiyle görüşmeyen katılımcılarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Deney grubundaki katılımcıların yetiştiği aile tipi ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişkiyi incelediğimizde parçalanmış ailede veya yuvada yetiştirilen bireylerde fiziksel ve duygusal ihmalin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Deney grubunda, çocukluk döneminde gösterilen ilginin çocukluk çağı travmaları ile karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde farklılık gösteren alt boyutun

duygusal ve fiziksel ihmal olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, ebeveyn tutumu değişkeninin çocukluk çağı travmaları ile karşılaştırılması sonucunda ise duygusal ve cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmalin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, düşük düzeyde ebeveyn kontrolü sağlanmış katılımcılarda daha fazla duygusal istismar, fiziksel ve duygusal ihmal yaşadığı görülmüş; aşırı düzeyde ebeveyn kontrolü sergilenmiş katılımcılarda ise cinsel istismarın daha fazla görüldüğü sonucuna varılmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda yapılan bu çalışmanın literatürde yer alan ve çocukluk çağı travmaları ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. Martin-Blanco ve arkadaşları (2014), çocuklukta maruz kalınan yanlış davranım biçimlerinin borderline kişilik bozukluğu ile ilişkisini incelediği çalışmasında, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış 130 katılımcının çocukluk çağı travma öyküsü ve kişilik özelliklerini ele almıştır. Katılımcıların % 70 oranında bazı istismar ve ihmal türlerini bildirmiş olup yalnızca cinsel istismar boyutunun borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olmadığı kanısına varılmıştır. Ayrıca kişilik özellikleri duygusal tutarsızlık ve anksiyete boyutları ile ciddi düzey duygusal istismarın borderline kişilik bozukluğu düzeyi ile ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir.

Bir diğer çalışmada ise, Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick ve Goodwill (2015), çocukluk çağı travması ve borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında özellikle duygudurum düzenleme becerisi (emotion regulation) üzerinden değişkenleri değerlendirmiştir. Üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada çocukluk çağı travması, borderline kişilik bozukluğu belirtileri ve duygudurum düzenleme güçlüğü değişkenleri ölçülmüştür. Sonuçlar doğrultusunda duygudurum düzenleme becerisinin borderline kişilik bozukluğu belirtileri ve çocukluk çağı travma öyküsü ile dolaylı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travması alt boyutu olan duygusal istismarın borderline kişilik bozukluğu belirtileri ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada ele alınan ve çocukluk çağı travma öyküsünden farklı olarak Stitt, Francis, Field ve Carr (2015), çocukluk dönemindeki travmatik öykü ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi ölçerken çocukluk döneminde akranları tarafından alaya maruz kalma değişkenini de incelemiştir. Özellikle aile

ilişkisi ve ailesel çevre unsurlarını ele alan diğer çalışmalara atıfta bulunan bu çalışmada borderline kişilik bozukluğu belirtileri gösteren katılımcıların çocukluk çağı travma öyküsünün ve çocukluk döneminde akranları tarafından alaya maruz kalma durumunun görüldüğünü tespit etmiştir.

Japonya’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, çocuk istismarı öyküsü, borderline kişilik özellikleri, olumsuz yaşam olayları ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir (Igarashi ve ark, 2010). 243 üniversite öğrencisinin verileri karşılaştırılmış ve sonuçlar doğrultusunda ihmal, duygusal ve cinsel istismarın borderline kişilik özelliklerini yordadığı sonucu elde edilmiştir. Bununla birlikte olumsuz yaşam olaylarının ve çocukluk dönemi istismarın depresyonu yordadığı bulunmuştur. Sonuçlar doğrultusunda çocukluk dönemi duygusal ve cinsel istismarın depresyon ve borderline kişilik özelliklerini etkileyebilecek unsurlar olduğu düşünülmektedir.

5.3. Gözlerden Zihin Okuma Değişkenine İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney grubu ve kontrol grubu arasındaki ölçek puanları karşılaştırıldığında, gözlerden zihin okuma puanının deney grubunda anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Yüzleri ve ifadeleri fark etme, duyguları tanıma ve sosyal biliş anlamında veriler sağlayan “Gözlerden Zihin Okuma Testi” bu çalışmada da borderline kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcılarda daha düşük düzeyde performans görüldüğü sonucunu elde etmiştir.

Araştırma değişkenleri ve gözlerden zihin okuma değişkeni arasındaki ilişkiyi incelediğimizde, aile ilişkileri ve gözlerden zihin okuma arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bağlamda aile bağları zayıf olan katılımcıların gözlerden zihin okuma becerisinin aile bağları kuvvetli olan deney grubu katılımcılarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çocukluk döneminde gösterilen ilgi değişkeni ile gözlerden zihin okuma karşılaştırıldığında, ilgisiz büyütülen çocukların gözlerden zihin okuma becerisinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Ebeveyn tutumu ile ilişkisine baktığımızda ise, az ebeveyn kontrolü sağlanan bireylerin gözlerden zihin okuma becerisinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kişilerarası ilişkilerde kronik düzeyde tutarsızlık gözlenen borderline kişilik bozukluğu vakalarında özellikle bu tutarsızlığın kaynağı olabileceği düşünülen ve “Zihin Kuramı” çerçevesinde boyutlandırılan yüz ifadelerinden duyguları tanıma, pekçok çalışmada araştırma değişkeni olarak kullanılmış ve özellikle borderline kişilik bozukluğu tedavisinde katkı sağlayabileceği varsayılmıştır. Fertuck ve arkadaşları (2009), sağlıklı kontrol grubu ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış deney grubunu karşılaştırarak gözlerden zihin okuma kabiliyeti incelenmiştir. Gözlerden zihin okuma becerisinin yanı sıra katılımcıların depresyon öyküsü, ölçüm esnasındaki duygudurumu, çocukluk dönemi istismar öyküsü ve diğer Eksen 1 kişilik bozukluğu değişkenleri ölçülmüştür. Deney grubu ve sağlıklı kontrol grubu verileri karşılaştırıldığında, gözlerden zihin okuma becerisinin sağlıklı kontrol grubunda daha iyi olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresif belirtilerin de borderline kişilik bozukluğu ciddiyeti ve gözlerden zihin okumaya aracı olabilecek değişken olduğu sonucu elde edilmiştir.

Schilling ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları çalışmada borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grup ve sağlıklı kontrol grubunun zihin okuma becerisini karşılaştırmış ve katılımcıların verdikleri yanıtlara kendilerine güvenerek yanıt verme durumunu incelemiştir. Özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların verdikleri yanıtlarda kendilerinden emin oldukları ve puanlar açısından sağlıklı grup ile anlamlı düzeyde farklılaşmadığı sonucu elde edilmiştir. Araştırma, özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların kişilerarası ilişkilerde yaşadığı tutarsızlık ve problemlerin kendinden emin tutumlarından ileri gelebildiğini öne sürmüştür ve çalışmada elde edilen bulgular ile bu görüşü desteklemiştir. Alanda yapılan çalışmalardan bazılarının ise yüz ifadelerinden zihin okuma becerisinin borderline kişilik bozukluğu vakalarında oldukça gelişmiş olduğunu öne sürse de bazı çalışmalarda tam aksi bulgular elde edilmiştir. Bu bağlamda tutarsızlığın söz konusu olduğu zihin okuma kabiliyeti farklı değişkenler ile ele alınabilecek bir unsur olduğu düşünülmektedir.

Nicol, Pope ve Hall (2014), çocukluk dönemi travma öyküsü ile yüz ifadelerinden duyguları tanıma değişkeninin ele alındığı çalışmaları ele aldığı raporunda, yapılan çalışmaların özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerde yüz ifadelerinden duyguları tanıma becerisinin düşük olduğu ve özellikle öğrenme duygusuna ilişkin tanımlamayı yapmakta zorlandığını ifade etmiştir. Ayrıca

inceledikleri çalışmada çocukluk dönemi travmasının duyguları tanıma ile anlamlı düzeyde ilişkisi olduğunu destekleyen çalışmaların olduğunu öne sürmüştür. Özellikle duygusal gelişimin sağlıklı seyretmesi ve bu durumun çocukluk dönemi travma öyküsü ile ilişkili olmasının borderline kişilik bozukluğu tanısı ile ilişkilendirilebilecek bir durum olduğu ifade edilmiştir. Nicol ve arkadaşları (2013), borderline kişilik bozukluğu vakalarında sosyal biliş konulu yaptıkları bir çalışmada da sağlıklı gruba göre borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin yüzlerden sosyal yargıya varma kabiliyetlerinin zayıf olduğu sonucunu elde etmiştir. Özellikle yüzlerden duyguları tanımlarken güvenilmez ve ulaşılmaz olarak tanımladıkları duyguların borderline kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerde potansiyel tehdidi algılama konusundaki aşırı hassasiyetlerinden ileri gelebileceği düşünülmektedir.

5.4. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırma için deney ve kontrol grubunda ölçekler ve ilgili değişkenler arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon çalışması kapsamında deney ve kontrol grubunda farklılıkların olduğu görülmüştür.

Deney grubunda,

- Duygusal istismar ile fiziksel istismar pozitif yönlü ilişkili bulunmuş,
- Duygusal istismar ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmuş
- Duygusal istismar ile cinsel istismar zayıf ama olumlu ilişkili bulunmuş
- Gözlerden zihin okuma ile duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur.

Kontrol grubunda ise,

- Deney grubunda olduğu gibi duygusal istismar ve fiziksel istismar arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş
- Duygusal istismar ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki bulunmuş
- Fiziksel istismar ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuş ve fiziksel istismar ile duygusal ihmal arasında olumlu ve orta düzey ilişki olduğu görülmüştür.

- Gözlerden zihin okuma, çocukluk travması ile ilgili hiçbir alt boyut ile ilişkilendirilmemiştir.

Deney ve kontrol grubunun araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi ele aldığımızda özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların çocukluk çağı travmaları ve gözlerden zihin okuma becerisinin ilişkili olduğu görülmüş, bu alanda yapılan çalışmalarda olduğu gibi benzer sonuç elde edilmiştir.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bulguları yeni çalışmalara katkı sağlayabilecek veriler sağlamış olsa dahi uygulama ve ölçek seçimi anlamında kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak araştırmanın örneklemini oluşturan grup çoğunlukla İstanbul'da yaşayan kişileri kapsamaktadır. Bu durumun özellikle sonuçların ülkenin geneline yönelik açıklama yapma konusunda kısıtlı olduğu düşünülmektedir. İkincisi ise borderline kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların farklı boyutlarda ele alınabileceği, eştanı durumu olup olmadığının ölçülebileceği bir ölçümün uygulanmaması bir diğer kısıtlılık olarak düşünülmektedir.

5.6. Yeni Çalışmalar için Öneriler

Borderline kişilik bozukluğu, üzerinde birçok çalışma yapılmış ve özellikle kişilerarası ilişkilerde yaşanan tutarsızlıklar ve duygudurum denetim becerisinin zayıf olması ile tanımlanan bir psikiyatrik bozukluk olması sebebiyle çocukluk dönemi travmatik öykü ile bağdaştırılan bir olgudur. Yapılan bu çalışmada da Türkiye'de çocukluk dönemi travması ve zihin kuramı çerçevesinde borderline kişilik bozukluğu ele alınmıştır. Bu alanda yapılacak olan diğer çalışmalarda da borderline kişilik bozukluğu ve çocukluk çağı travması söz konusu olan bireylerde başka hangi psikiyatrik durumların olabileceği hususunda bilgiler toplanabilir. Örneğin, borderline kişilik bozukluğu vakaları ile yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu eştanı durumu incelenmiş olup, yeme bozukluğunun da aile ilişkileri ve ebeveyn tutumu ile birlikte ele alındığı görülmektedir (Sansone & Sansone, 2007). Bu bağlamda yapılacak olan çalışmalarda sıklıkla eştanı söz konusu olan yeme bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu incelenebilir. Bununla birlikte, zihin okuma ve çocukluk çağı travmasını incelediğimiz borderline kişilik bozukluğu tanısı

almış kişilerin çocukluk çağı travmasına ek olarak aile ve yakın çevresiyle olan ilişkilerini ölçmek amacıyla bağlanma stili incelenebilir ve bağlanma türlerinin bu noktada aracı değişken olup olmadığına bakılabilir. Bu alanda yapılan çalışmalar arasında özellikle borderline kişilik bozukluğu ile depresyon öyküsü birlikte incelenmiş olup, çocukluk travmasının hangisini açıkladığı incelenmiştir. Bu bağlamda, yapılacak olan çalışmalarda eşanı almış diğer psikiyatrik rahatsızlıkların dahil edilmesi faydalı sonuçlar sağlayacaktır.

5.7. Sonuç

Araştırmanın sonuçları kapsamında, deney grubunun

- Kontrol grubuna göre ölçek puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu. Çocukluk çağı travmasına ilişkin puanların deney grubunda daha yüksek olduğu ve gözlerden zihin okuma puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu
- Çocukluk çağı travma öyküsünün sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu
- Gözlerden zihin okuma becerisinin deney grubunda daha düşük düzeyde olduğu
- Gözlerden zihin okuma ve çocukluk çağı travmasının deney grubunda ilişkili olduğu ve çocukluk çağı travması olan kişilerin gözlerden zihin okuma becerisinin daha zayıf olduğu

bulunmuştur.

KAYNAKÇA

Ainsworth, M.D.S. (1969). "Object Relations, Dependency and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship" *Child Development*, 40:969-1025.

Ak, İ. ve Sayar, K. (2002). "Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Sosyobiyojik Etkenler" *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12:155-158.

Aker, T. (2000). *Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım*, İstanbul: Mutlu Doğan Ofset.

Algül, A., Ateş, M.A., Gülsün, M., Doruk, A., Semiz, Ü.B., Başoğlu, C., Ebrinç, S. ve Çetin, M. (2009). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:278-285.

Altıntaş, E., Gültekin, M. (2003). *Psikolojik Danışma Kuramları*, İstanbul: Alfa Yayınları.

Altıntaş, I. (2008). "Dissosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar" *Tıpta Uzmanlık Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IV-TR*, (Çev. E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2000). *DSM-IV-TR, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Cilt 1*, Ankara: HYB Yayıncılık.

Ançel, G., Durmuş, Ö. ve Doğaner, G. (2010). "Borderline Kişilik Bozukluğu: Tedavi ve Hemşirelik Bakımı" *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (3):133-138.

Andersson, H.W., Sommerfelt, K., Sonnander, K. and Ahlsten, G. (1996). Maternal Child-Rearing Attitudes, IQ and Socioeconomic Status as Related to Cognitive Abilities of Five-Year-Old Children. *Psychological Reports*, 79:3-14.

Aral, N. ve Gürsoy, F. (2001). "Çocuk Hakları Çerçevesinde Çocuk İhmal ve İstismarı" *Milli Eğitim Dergisi*, 151:36-39.

Arias, I. (2004). "The Legacy of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences for Women" *Journal of Women's Health*, 13 (5):468-473.

Arntz, A. ve Genderen, Hannie van (2013). *Sınır Kişilik Bozukluğu İçin Şema Terapi*, İstanbul: Psikonet Yayınları.

Arslan, S.H., Karlıdağ, R., Alparslan, Z.N., Tamam, L. ve Ünal M. (1977). "Borderline Kişilik Bozukluğunda Örseleyici Çocukluk Yaşantıları ve Ruhsal Bulgular" *Düşünen Adam Dergisi*, 10 (3):33-39.

Astington, J.W. (1993). *The Child's Discovery of the Mind*, London: Fontana Press.

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E. ve Bern, D.J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2010). *Psikolojiye Giriş*, (Çev. Y. Alogan), Ankara: Arkadaş Yayınları.

Aydın, K.B. (2006). *Stresle Başa Çıkma*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Bahar, G., Savaş, H.A. ve Bahar, A. (2009). "Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme" *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12):51-65.

Bakım, B., Karamustafaoğlu, O., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan, Y.C., Bozkurt, S., Alpak, G. ve Gönenli, S. (2011). "Panik Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının Cinsel İşlev Üzerine etkileri" *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:182-188.

Baron-Cohen, S. (1985). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, Massachusetts Institute of Technology, MIT Press.

Baron-Cohen, S. (1986). "Mechanical, Behavioural and Intentional Understanding of Picture Stories in Autistic Children" *British Journal of Developmental Psychology*, 4:113-125.

Baron-Cohen, S. (1988). "Social and Pragmatic Deficits in Autism: Cognitive or Affective?" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18 (3):379-402.

Baron-Cohen, S. (1999). "Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism" *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (5):407-418.

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. and Frith, U. (1985). "Does the Autistic Child Have a Theory of Mind" *Cognition*, 21:37-46.

Baron-Cohen, S., Ring, H.A., Wheelwright, S., Bullmore, E.T., Brammer, M.J., Simmons, A. and Williams, S.C.R. (1999). "Social Intelligence in the Normal and Autistic Brain: An fMRI Study" *European Journal of Neuroscience*, 11:1891-1898.

Bartsch, K. and Wellman, H. M. (1995). *Children Talk About the Mind*. New York: Oxford University Press.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J ve ark. (2001) Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger's syndrome or high functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 42: 241-251.

Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. and Morey, L.C. (2004). "Childhood Maltreatment Associated with Adult Personality Disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study" *Journal of Personality Disorders*, 18 (2):193-211.

Baykız, A.F. (2003). "Antisozyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değişkenlerle Olan İlişkisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma" *Tıpta Uzmanlık Tezi*, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Baysak, E. (2010). "Acil ve Yoğun Bakım Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Tükenmişlik ve İlişkili Etkenler" *Uzmanlık Tezi*, Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Beck, A.T. (2008). *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi*, İstanbul: Litera Yayıncılık.

Blair, J., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M. and Jones, L. (1996). "Theory of Mind in the Psychopath" *The Journal of Forensic Psychiatry*, 7 (1):15-25.

Brandström, S. (2009). "Personality and Its Complexity: An investigation of the Swedish version of the Temperament and Character Inventory" Linköping University Medical Dissertations, <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:212426/FULLTEXT01.pdf> (17.02.2015).

Braver, M., Bumberry, J., Green, K. and Rawson, R. (1992). "Childhood Abuse and Current Psychological Functioning in a University Counseling Center Population" *Journal of Counseling Psychology*, 39 (2):252-257.

Bretherton I, Beeghly M. (1982). "Talking About Internal States: The Acquisition of an Explicit Theory of Mind" *Developmental Psychology*. 18 (6):906-921.

Brothers, L. (2002). "The Social Brain: A Project for Integrating Primate Behavior and Neurophysiology in a New Domain" In *Foundations in Social Neuroscience*, (Ed. Cacioppo, J.T. ve ark.), 367-384.

Brüne, M. (2006). "Theory of Mind and Social Competence in Schizophrenia" *Clinical Neuropsychiatry*, 3 (2):132-138.

Burger, J.M. (2006). *Kişilik: Psikoloji Biliminin İnsan Doğasına Dair Söyledikleri*, (Çev. İ.D.E. Sarıoğlu), İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Can, G. (1998). *Çağdaş Yaşam, Çağdaş İnsan*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Carpenter, M., Akhtar, N. and Tomasello, M. (1998). "Fourteen-Through 18-Month-Old-Infants Differentially Imitate Intentional and Accidental Actions" *Infant Behavior & Development*, 21 (2):315-330.

Carter, D.C. (1954). "The Influence of Family Relations and Family Experiences on Personality" *Marriage and Family Living*, 16 (3):212-215.

Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Driessen, M., Terfehr, K., Löwe, B., & ... Spitzer, C. (2014). The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal Of Trauma And Dissociation*, 15(4), 384-401. doi:10.1080/15299732.2013.863262

Charman, T., Ruffman, T. and Clements, W. (2002). "Is There a Gender Difference in False Belief Development?" *Social Development*, 11 (1):1-10.

Chasan, N. (2010). "Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi" *Yüksek Lisans Tezi*, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., Elamin, M.B., Seime, R.J., Shinozaki, G., Prokop, L.J. and Zirakzadeh, A. (2011). "Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis" *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (7): 618-629.

Christopher, J.C., Bickhard, M.H. and Lambeth, G.S. (2001). "Otto Kernberg's Object Relations Theory: A Metapsychological Critique" *Theory & Psychology*, 11 (5):687-711.

Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L. and Matthews, J.A. (1999). "Memories of Childhood Abuse: Dissociation, Amnesia, and Corroboration" *The American Journal of Psychiatry*, 156 (5):749-755.

Cohen, P., Brown, J. and Smailes, E. (2001). "Child Abuse and Neglect and the Development of Mental Disorders in the General Population" *Development and Psychopathology*, 13 (4):981-999.

Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R. and Andrykows, M.A. (2001) "Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study" *Health Psychology*, 20 (3):176-185.

Corey, G. (2005). *Psikolojik Danışma Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*, (Çev. T. Ergene), Ankara: Mentis Yayınları.

Crocq, M.A. (2013). "Milestones in the History of Personality Disorders" *Dialogues Clinical Neuroscience*, 15 (2):147-153.

Cutting, A.L. and Dunn, J. (1999). "Theory of Mind, Emotion Understanding, Language, and Family Background: Individual Differences and Interrelations" *Child Development*, 70 (4):853-865.

Çengel-Kültür, E., Çuhadaroğlu-Çetin, F. and Gökler, B. (2007). "Demographic and Clinical Features of Child Abuse and Neglect Cases" *The Turkish Journal of Pediatrics*, 49:256-262.

Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikolojisi*, (Çev. İ. Dağ), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Demirkapı, E.Ş. (2013). "Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojilerle İlişkisi" *Yüksek Lisans Tezi*, Aydın: AdnanMenderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Deniz, M.E. (2006). "Ergenlerde Bağlanma Stilleri ile Çocukluk İstismarları ve Suçluluk-Utanç Arasındaki İlişki" *Eurasian Journal of Educational Research*, 22:89-99.

Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C. and Youngblade, L. (1991). "Young Children's Understanding of Other People's Feelings and Beliefs: Individual Differences and Their Antecedents" *Child Development*, 62:1352-1366.

Durmuşoğlu, N. ve Doğru, S.S. (2006). "Çocukluk Örseleyici Yaşantılarının Ergenlikteki Yakın İlişkilerde Bireye Etkisinin İncelenmesi" *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 15:237-246.

Eren, O. (2001). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, İstanbul: Beta Yayıncılık.

Erginer, F. (2007). "Ankara İli İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Öğrencilerinin Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmaline İlişkin Görüşleri" *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı.

Erikson, E.H. (1984). *İnsanın Sekiz Çağı*, (Çev. B. Üstün ve V. Şar), Ankara: Birey ve Toplum Yayıncılık.

Eroğlu, Y.Ç. (2004). “Travmatik Yaşam Olayları ve Psikodrama” (Der. D. Altınay), *Psikodramada Seçme Konular*, İstanbul: Aura Kitapları.

Farrugia, P.L., Mills, K.L., Barrett, E., Back, S.E., Teesson, M., Baker, A., Sannibale, C., Hopwood, S., Rosenfeld, J., Merz, S. and Brady, K.T. (2011). “Childhood Trauma Among Individuals with Co-Morbid Substance Use and Post Traumatic Stress Disorder” 4 (4):314-326.

Feder, A., Ahmad, S., Lee, E.J., Morgan, J.E., Singh, R., Smith, B.W., Southwick, S.M. and Charney, D.S. (2012). “Coping and PTSD Symptoms in Pakistani Earthquake Survivors: Purpose in Life, Religious Coping and Social Support” *Journal of Affective Disorders*, 147:156-163.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenber, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. and Marks, J.S. (1998). “Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study” *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4):245-258.

Fertuck, E.A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M.C., Wilson S.T., Brodsky, B.S. and Stanley B. (2009). “Enchanced Reading The Mind in the Eyes’in Borderline Personality Disorder Compared to Healthy Controls” *Psychol Med.*, 39 (12):1979-88.

Flavell, J. H., and Miller, P. H. (1998). “Social cognitio”. In (Eds. D. Kuhn and R. Siegler), *Handbook of child psychology: Vol. Two: Cognition, Perception, and Language* (pp. 851-898). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Flavell, J.H. (1999). “Cognitive Development: Children’s Knowledge About the Mind” *Annual Review Psychology*, 50:21-45.

Flavell, J.H. (2002). “The Development of Children’s Knowledge About the Mental World” in *Growing Points in Development Science: An Introduction*, (Eds. W.W. Hartup and R.K. Silbereisen), ISSBD Publication.

Flavell, J.H. (2004). "Theory-of-Mind Development: Retrospect and Prospect" *Merrill-Palmer Quarterly*, 50 (3):274-290.

Flavell, J.H., Flavell, E.R. and Green, F. L. (1983). "Development of the appearance-Reality Distinction" *Cognitive Psychology*, 15 (1):95-120.

Fonagy P. (1991). "Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, *International Journal of Psychoanalysis*, 72 (4):639– 656.

Fonagy, P. (2000). "Attachment and Borderline Personality Disorder" *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4):1129-1146.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R. and Mattoon, G. (1996). "The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1):22-31.

Frith, U. (2004). "Emanuel Miller Lecture: Confusions and Controversies about Asperger Syndrome" *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 (4):672-686.

Frith, U. and Frith, C.D. (2003). "Development and Neurophysiology of Mentalizing" *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*. 358:459-473.

Frosch, J. (1964). "The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations" *Psychiatric Quarterly*. 38:1-16.

Gallagher, H.L. and Frith, C.D. (2003). "Functional Imaging of Theory of Mind" *TRENDS in Cognitive Sciences*, 7 (2):77-83.

Goldman, A.I. and Shanton, K. (2010). "The Case for Simulation Theory" in *Handbook of Theory of Mind*, (Eds. A. Leslie and T. German).

Goldstein, W.N. (1991). "Clarification of Projective Identification" *American Journal of Psychiatry*, 148 (2):153-161.

Goodwin, R.D., Hoven, C.W., Murison, R. and Hotopf, M. (2003). "Association Between Childhood Physical Abuse and Gastrointestinal Disorders and Migraine in Adulthood" *American Journal of Public Health*, 93 (7):1065-1067.

Gopnik, A. and Astington, J. W. (1988). Children's Understanding of Representational Changes and Its Relation to the Understanding of False Belief and Appearance Reality Distinction. *Child Development*, 59 (1):26-37.

Gordon, R.M. (1986). "Folk Psychology as Simulation" *Mind and Language*, 1 (2):160-171.

Gregory, S., Simmons, A., Kumari, V., Howard, M., Hodgins, S. and Blackwood, N. (2012). "The Antisocial Brain: Psychopathy Matters A Structural MRI Investigation of Antisocial Male Violent Offenders" *Archives of General Psychiatry*, 69 (9):962-972.

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline Kişilik Bozukluğu*, İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.

Güleç, E. (2010). "Kişilik Yapısı ve Örgüt İçerisindeki Güç Mesafesi" *Yüksek Lisans Tezi*, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gündüz, B. ve Gökçakan, Z. (2004). "Fiziksel İstismar Açısından Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi" *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 13:29-40.

Güner, Ş.İ., Güner, S. ve Şahan, M.H. (2010). "Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem: İstismar" *Van Tıp Dergisi*, 17 (3):108-113.

Happe F. and Frith U. (1996). "Theory Of Mind And Social Impairment in Children With Conduct Disorder" *British Journal of Developmental Psychology*, 14 (4):385-398.

Happe, F. (1991). "Theory of Mind and Communication of Autism" *Thesis*, MRC Cognitive Development Unit, and Department of Psychology, University College, London.

Heal, J. (1996). "Simulation, Theory and Contend" in *Theories of Theories of Mind*, (Eds. P. Carruthers and P.K. Smith), pp. 75-89, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Hein, G. and Singer, T. (2010). "Neuroscience Meets Social Psychology: An Integrative Approach to Human Empathy and Prosocial Behavior" University of Zurich, Center for the Study of Social and Neural Systems.

Helmus, T.C. and Glenn R.W. (2005). *Steeling The Mind: Combat Stress Reactions and Their Implications for Urban Warfare*, Rand Corporation.
http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/2005/RAND_MG191.pdf
(21.02.2015).

Herman, J., Perry, J.C. and van der Kolk, B.A. (1989). "Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder" *American Journal of Psychiatry*, 146 (4):490-495.

Herman, J. (2007). *Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları-Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre*, (Çev. T. Tosun), İstanbul: Literatür Yayınları.

Hoff, P. (2009). "Historical Roots of the Concept of Mental Illness" *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*, 3-14.

Hood, B.M., Willen, J.D. and Driver, J. (1998). "Adult's Eyes Trigger Shifts of Visual Attention in Human Infants" *Psychological Science*, 9 (2):131-134.

Humphrey, N.K. (1976). "The Social Function of Intellect" in *Growing Points in Ethology*, (Ed. P.P.G. Bateson and R.A. Hinde), pp.303-317.

Işıklı, S. (2009). "Gerçeğin Çölü" *Sinema ve Psikoloji Dergisi*, 9:45-52.

İşmen, E. (2001). "Deprem Yaşantısına Bağlı Travma ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri" *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (2):80-104.

Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research*, 180(23), 120-125. doi: 10.1016/j.psychres.2010.04.029.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*, New York: Free Press.

Jones, D.W. (2009). "A Psychosocial Understanding of Personality Disorder: the historical problem of Moral Insanity"
<http://roar.uel.ac.uk/403/1/Jones%20%282009%29%20Emotion%20pp%20212-226.pdf> (17.02.2015).

Jones, J. (2000). "A Critique of the Spectrum Concept as Used in the Danish-American Schizophrenia Adoption Studies" *Ethical Human Sciences and Services*, 2 (3):135-160.

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A.S. (2004). "Çocuk İstismarı" *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47:140-151.

Kempe, H. and Helfer, R.E. (1972). "Helping The Battered Child and His Family" *Journal of Education for Social Work*, 9 (2):57-61.

Kernberg, O.F. (1967). "Structural Derivatives of Object Relationships" *International Journal of Psychoanalysis*. 47:236-253.

Kernberg, O.F. (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aranson Book, USA: Rowman & Littlefield Publishers Inc.

Kernberg, O.F. (1999). *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm*, İstanbul: Metis Yayınları.

Keskin, B. (2007). "Zihin Teorisi ve Ahlaklılık Kazanımı Arasındaki İlişki" *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (1):73-79.

Köroğlu, E. (2000). *DSM-IV/TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Ankara: HYB Yayıncılık.

Köroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Köroğlu, E. ve Bayraktar, S. (2007). *Kişilik bozuklukları*, Ankara: HYB Basım Yayın.

Krachun, C., Carpenter, M., Call, J. and Tomasello, M. (2010). "A New Change-of-Contents False Belief Test: Children and Chimpanzees Compared" *International Journal of Comparative Psychology*, 23:145-165.

Kuhn, D. (2000). "Metacognitive Development" *Current Directions in Psychological Science*, 9 (5):178-181.

Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kuo, J., Khoury, J., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (n.d). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.

Langdon, R. and Coltheart, M. (1999). "Mentalising, Schizotypy and Schizophrenia" *Cognition*, 3 (71):43-71.

Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Crozier, J. and Kaplow, J. (2009). "A 12-Year Prospective Study of the Long-term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence" *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 (8):824-830.

Lawrence, R.J. and Mazerolle, M.D. (2002). *Personality in Work Organizations*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

Lochner, C., du Toir, P.L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, J.H. and Stein, D.J. (2002). "Childhood Trauma in Obsessive-Compulsive Disorder, Trichotillomania and Controls" *Depression and Anxiety*, 15:66-68.

Leslie, A.M. (1987). "Pretense and Representation: The Origins of Theory of Mind" *Psychological Review*, 94 (4):412-426.

Machizawa-Summers, S. (2007). Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder. *International Journal Of Psychology*, 42(4), 265-273.

Margolin, G. and Gordis, E.B. (2004). "Children's Exposure to Violence in the Family and Community" *American Psychological Society*, 13 (4):152-155.

Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., & ... Pascual, J. C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55311-318. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.026

Martinez, N. (2003). "Preschoolers' Desire Understanding and its Relation to Prosocial Behavior" *Thesis* (B.A.), Haverford College, Dept. of Psychology.

Mello, M.F., Faria, A.A., Mello, A.F., Carpenter, L.L., Tyrka, A.R. and Price, L.H. (2009). "Childhood Maltreatment and Adult Psychopathology: Pathways to Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Dysfunction" *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Suppl 2:S41-8.

Meltzoff, A.N. (1995). "Understanding the Intentions of Others: Re-Enactment of Intended Acts by 18-Month-Old Children" *Developmental Psychology*, 31 (5):838-850.

Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J. and Jacobson, C.M. (2008). "Fact or Fiction: Diagnosing Borderline Personality Disorder in Adolescents" *Clinical Psychology Review*, 28:969-981.

Miller, P.H. (2001). *Gelişim Psikolojisi Kuramları*, (Çev. Z. Gültekin), Ankara: İmge Kitabevi.

Millon, T. and Davis, R. (1995). "Conceptions of Personality Disorders: Historical Perspectives, the DSMs, and Future Directions" (Ed. W.J. Livesley), *The DSM-IV Personality Disorders*, A Division of Guilford Publications, Inc. 3-28.

Morris, C.G. (2009). *Psikolojiyi Anlamak*, (Çev. H.B. Ayvaşık ve M. Sayıl), İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Nardi, A.E. (2006). "Some Notes on a Historical Perspective of Panic Disorder" *J Bras Psiquiatr*, 55 (2): 154-160.

Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E. and Briere, J. (1996). "The Long-Term Sequelae of Childhood Sexual Abuse in Women: A Meta-Analytic Review" *Child Maltreatment*, 1:6-16.

Newnham, E., & Janca, A. (2014). Childhood adversity and borderline personality disorder: a focus on adolescence. *Current Opinion In Psychiatry*, 27(1), 68-72.

Nicol, K., Pope, M., Sprengelmeyer, R., Young, A., & Hall, J. (2012). Social Judgement in Borderline Personality Disorder. *PlosOne*, 8(11),

Nicol, K., Pope, M., & Hall, J. (2014). Facial emotion recognition in borderline personality: An association, with childhood experience. *Psychiatry Research*, 218(1-2), 256-258. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.017

Ovayolu, N., Uçan, Ö. ve Serindağ, S. (2007). "Çocuklarda Cinsel İstismar ve Etkileri" *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (4):13-22.

Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A.K. ve Aktaş, E.A. (2011). "Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi" *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12 (2):130-136.

Özçürümez, G., Tanrıverdi, N. ve Zileli, L. (2002). "Sınır Kişilik Organizasyonu Temelinde Narsisistik Kişilik Bozukluğu ve Yapay Bozukluk: Psikanalitik Psikoterapi Süreci" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2):152-160.

Özen, Ş., Antar, S. ve Özkan, M. (2007). "Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk, Sigara ve Alkol Kullanımı Üzerine Etkisi; Üniversite Son Sınıf Öğrencilerini İnceleyen Bir Çalışma" *Düşünen Adam Dergisi*, 20 (2):79-87.

Özen, Ş., Subaşı, M., Yıldırım, A., Baştürk, M. ve Bez, Y. (2010). "Öfkelenme Anında Cama Yumruk Atarak Kendini Yaralayan Hastalarda Problem Çözme Becerileri ve Çocukluk Çağı Travmaları" *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*, 1 (1):25-30.

Öztürk, E. ve Uluşahin, A. (2008). "Örselenme ya da Zorlanma Etkisine Bağlı Bozukluklar" içinde *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, (Ed. M.O. Öztürk ve A. Uluşahin), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Palabıyıkoglu, R. (1999). Durumsal Krizler: Hastalığa Bağlı Olarak Beliren Kriz Dönemi, (içinde) *Sağlık Psikolojisine Giriş* (Ed. Ü.H. Okyayuz), İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Park, C.L. and Helgeson V.S. (2006). "Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events- Current Status and Future Directions" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5):791-796.

Pelcovitz, D., Kaplan, S.J., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F. and Weiner, M. (2000). "Adolescent Physical Abuse: Age at Time of Abuse and Adolescent Perception of Family Functioning" *Journal of Family Violence*, 15 (4):375-389.

Perner, J. and Lang, B. (1999). Development of Theory of Mind and Executive Control, *Trends in Cognitive Sciences* 3 (9):337-344.

Polat, O. (2000). *Çocukta Cinsel İstismar*, İstanbul: Forart Matbaa.

Polat, O. (2007). *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*, Ankara: Seçkin Yayınevi.

Repacholi, B.M. and Gopnik, A. (1997). Early Reasoning About Desires: Evidence From 14- and 18-Month-Olds. *Developmental Psychology*. 33 (1):12–21.

Repetti, R.L., Taylor, S.E. and Seeman, T.E. (2002). "Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring" *Psychological Bulletin*, 128 (2):330-366.

Richell, R.A., Mitchell, D.G.V., Newman, C., Leonard, A., Baron-Cohen, S. and Blair R.J.R. (2003). "Theory of Mind and Psychopathy: Can Psychopathic Individuals Read the Language of the Eyes?" *Neuropsychologia*, 41:523-526.

Rogers, C.L. (2005). "An Investigation of the Big Five and Narrow Personality Traits in Relation to Academic Performance" *Doctoral Dissertation*, Knoxville: University of Tennessee.

Rowe, A.D., Bullock, P.R., Polkey, C.E. and Morris, R.G. (2001). "Theory of Mind Impairments and Their Relationship to Executive Functioning Following Frontal Lobe Excisions" *Brain*, 124:600-616.

Ruffman, T., Perner, J., Naito, M., Parkin, L. and Clements, W.A. (1998). "Older (but not younger) Siblings Facilitate False Belief Understanding" *Developmental Psychology*, 34 (1):161-174.

Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R. and Hassan F. (2002). "Child Abuse and Neglect by Parents and Caregivers" in (Ed. E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi and R. Lozano), *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, pp. 59-86.

Saariaho, T.H., Saariaho, A.S., Karila, I.A. and Joukamaa, M.I. (2011). "Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Pain Patient and a Control Sample" *Scandinavian Journal of Psychology*, 52 (2):146-153.

Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (2009). *Klinik Psikiyatri El Kitabı*, (Çev. A. Bozkurt), Adana: Nobel Kitabevi.

Sandvik, A.M. (2014). "Psychopathy" *Doctoral Dissertation*, University of Bergen.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade. *Eating Disorders*, 15(4), 333-346.

Saxe, R., Carey, S. and Kanwisher, N. (2004). "Understanding Other Minds: Linking Developmental Psychology and Functional Neuroimaging" *Annual Review Psychology*. 55:87–124.

Schilling, L., Wingenfeld, K., Lowe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Kother, U., & Spitzer, C. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 66(4), 322-327.

Scholl, B.J. and Leslie, A.M. (1999). "Modularity, Development and Theory of Mind" *Mind & Language*, 14 (1):131-153.

Semiz, Ü.B., Başoğlu, C., Ebrinç, S., Ergün, B.M., Noyan, C.O. ve Çetin, M. (2005). “Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Ön Çalışma” *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15 (2):65-70.

Shamay-Tsoory, S.G., Harari, H., Aharon-Peretz, J. and Levkovitz, Y. (2010). “The Role of the Orbitofrontal Cortex in Affective Theory of Mind Deficits in Criminal Offenders with Psychopathic Tendencies” *Cortex; A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 46 (5):668-677.

Shea, M.T., Widiger, T.A. and Klein, M.H. (1992). “Comorbidity of Personality Disorders and Depression Implications for Treatment” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6):857-868.

Silk, K.R. (2002). “Borderline: The Lability of Psychiatric” *Current Psychiatry*, 1 (11):24-33.

Silver, R.C. and Updegraff, J.A. (2013). “Searching for and Finding Meaning Following Personal and Collective Traumas” (Ed. K.D. Markman), *The Psychology of Meaning*, 237-255.

Singer, T. (2006). “The Neuronal Basis and Ontogeny of Empathy and Mind Reading: Review of Literature and Implications for Future Research” *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30:855–863.

Smyth, J.M., Heron, K.E., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. and Thompson, K.M. (2008). “The Influence of Reported Trauma and Adverse Events on Eating Disturbance in Young Adults” *International Journal of Eating Disorders*, 41 (3):195-202.

Sorias S., Saygılı R., Elbi H. (1990) DSM-III Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu , Kişilik bozuklukları formu SCID-II Ege Üniversitesi Basımevi

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M. (1989). Structured Clinical Interview for DSM III –R Personality Disorders SCID-2 9.1.1989 version New York State Psychiatric Institute Research Department.

Stone, V.E., Baron-Cohen, S. and Knight, R.T. (1998). "Frontal Lobe Contributions to Theory of Mind" *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10 (5):640-656.

Sungur, M. (1999). "İkincil Travma ve Sosyal Destek" *Klinik Psikiyatri*, 2:105-108.

Şahin, D. (2009). "Kişilik Bozuklukları" *Klinik Gelişim*, 22 (4):45-55.

Şar V., Öztürk E. & İkikardeş E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 1-18

Şar, V. (1997). "Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Sorunlar" içinde (Ed. C. Güleç ve E. Köroğlu), *Temel Psikiyatri*, Ankara: HYB Yayıncılık.

Şar, V. (2005). "Psiko-Travmatoloji ve Psikoterapi: KLP Perspektifinden Bakış, (Ed. M. Özkan ve N. Kocaman), *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp 2002-2004*, İstanbul: Kavuk Matbaacılık.

Stitt, N., Francis, A., Field, A., & Carr, S. (2015). Positive Association Between Reported Childhood Peer Teasing and Adult Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal Of Child And Adolescent Trauma*, 8(2), 137-145. doi:10.1007/s40653-015-0045-0

Taner, Y. ve Gökler, B: (2004). "Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri" *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:82-86.

Tarquis, N. (2006). "Neurobiological Hypothesis Relating to Connections Between Psychopathy and Childhood Maltreatment" *Encephale*, 32 (3):377-384.

Taylor, K. (2002). "Social and Emotional Outcomes of Childhood Sexual Abuse: A Review of Recent Research" *Aggression and Violent Behavior*, 7:567-589.

T.C. İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, (2010). *Sığınma ve Danışma Merkezi Çalışanları İçin İkincil Travma ve Tükenmişlik Sendromundan Korunma Rehberi*, (Der. S. Aydın), Ankara.

Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Teicher, M.H., Samson, J.A., Polcari, A. and McGreeney, C.E. (2006). "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment" *American Journal Psychiatry*, 163:993-1000.

Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). "Çocuk İstismarı ve İhmalı" *Dicle Tıp Dergisi*, 34 (1):70-74.

Tihonen J., Hodgins, S., Vaurio, O., Laakso, M., Repo, E., Soininen, H., Aronen, H.J., Nieminen, P. and Savolainen, L. (2000). "Amygdaloid Volume Loss in Psychopathy" *Society For Neuroscience Abstracts*. 26 (1-2): Abstract No.-754.

Trimboli, F. and Kenneth, L.F. (2000). "A Psychodynamic Guide for Essential Treatment Planning" *Psychoanalytic Psychology*, 17 (2):336-359.

Troxler, N. (2011). "Theory of Mind in Chimpanzees: An Overview of the Recent Debate" Osnabrück, Germany: Publications of the Institute of Cognitive Science.

Türkçapar, M.H. ve Işık, B. (2000). "Borderline Kişilik Bozukluğu" *Psikiyatri Dünyası*, 4:44-49.

Türksoy, N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları, içinde *Psikolojik Travma Yazıları 1*, (Ed. T. Aker, M.E. Önder), İstanbul: 5US Yayınları.

Van der Kolk, B.A. (1989). "The Compulsion to Repeat the Trauma Re-Enactment, Revictimization, and Masochism" *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2):389-411.

Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. and Herman, J.L. (1991). "Childhood Origins of Self-Destructive Behavior" *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12):1665-1671.

Vogeley, K., Bussfeld, S.P., Newen, A., Herrmann, S., Happe, F., Falkai, P., Maier, W., Shah, N.J., Fink, G.R. and Zilles, K. (2001). "Mind Reading: Neural Mechanisms of Theory of Mind and Self-Perspective" *NeuroImage*, 14:170-181.

Völlm, B.A., Taylor, A.N.W., Richardson, P., Corcoran, R., Stirling, J., McKie, S., Deakin, J.F.W. and Elliott, R. (2006). “Neuronal Correlates of Theory of Mind and Empathy: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study in a Nonverbal Task” *Neuroimage*, 29:90-98.

Wegman H.L. and Stetler, C. (2009). “A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood” *Psychosomatic Medicine* 71 (8):805–812.

Wellman, H.M. and Bartsch, K. (1994). “Before Belief: Children’s Early Psychological Theory” In (Eds. C. Lewis and P. Mitchell), *Children’s Early Understanding of Mind: Origins and Development*, pp. 331-354.

Wellman, H.M. and Liu, D. (2004). “Scaling of Theory-of-Mind Tasks” *Child Development*, 75 (2):523-541).

Wellman, H.M. and Woolley, J.D. (1990). “From Simple Desires to Ordinary Beliefs: The Early Development of Everyday Psychology” *Cognition*, 35:245-275.

Wellman, H.M., Cross, D. and Watson, J. (2001). “Meta-Analysis of Theory-of-Mind Development: The Truth about False Belief” *Child Development*, 72 (3):655-684.

Wellman, H.M., Phillips and Rodriguez, T. (2000). “Young Children’s Understanding of Perception, Desire and Emotion” *Child Development*, 71 (4):895-912.

Westphal, M., Olfson, M., Bravova, M., Gameroff, M., Gross, R., Wickramaratne, P., & ... Neria, Y. (2013). Borderline Personality Disorder, Exposure to Interpersonal Trauma, and Psychiatric Comorbidity in Urban Primary Care Patients. *Psychiatry-InterpersonalAndBiologicalProcesses*, 76(4), 365-380.

Widom, C.S., DuMont, K. and Czaja, S.J. (2007). “A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up” *Archives of General Psychiatry*, 64 (1):49-56.

Widom, C.S. (1998). "Childhood Victimization: Early Adversity and Subsequent Psychopathology" in *Adversity, Stress and Psychopathology* (Ed. B. Dohrenwend), pp. 81-95, New York: Oxford University Press.

Wimmer, H. and Perner, J. (1983). "Beliefs About Beliefs: Representation and Constraining Function of Wrong Beliefs in Young Children's Understanding of Deception" *Cognition*, 13:103-128.

Wolfe, D.A., Scott, K., Wekerle, C. and Pittman, A.L. (2001). "Child Maltreatment: Risk of Adjustment Problems and Dating Violence in Adolescence" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (3):282-289.

Yelboğa, A. (2006). "Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 8 (2):196-211.

Yıldırım E.A., Kaşar M., Güdük M., Ateş E., Küçükparlak İ., & Özalmete E.O. (2011). Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22:177-186

Yıldırım, G. ve Tosun, A. (2012). "Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Süreçler" *International Journal of Human Sciences*, 9 (2):1429-1442.

Yılmaz, B. (2006). "Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme İle İlişkili Değişkenler" *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yılmaz, B. (2008). "Dünyaya İlişkin Varsayımlar Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Ön Çalışma" *Türk Psikoloji Yazıları*, 11 (21):41-51.

Youmans, G.L., (2004). "Theory of Mind in Individuals with Alzheimer-Type Dementia Profiles" *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*, Department of Communication Disorders, Degree of Doctor of Philosophy, The Florida State University College of Communication.

Yücel, M.O. (2008). “Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı Bozuklukları” *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakülteleri Psikiyatri Anabilim Dalı.

Yücel, B., Özyalçın, S., Sertel, Ö., Çamlıca, H., Ketenci, A. ve Talu, G.K. (2002). “Childhood Traumatic Events and Dissociative Experiences in Patients With Chronic Headache and Low Back Pain” *The Clinical Journal of Pain*, 18:394-401.

Zel, U. (2001). *Kişilik ve Liderlik*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zilboorg, G. (1941). “Ambulatory Schizophrenia” *Psychiatry*, 4 (2):149-155.

Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M.E. ve Alyanak, B. (2001). “Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları” *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 (2):69-78.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI :

Borderline Kişilik Bozukluğunda Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması Arasında ki İlişki

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Bu araştırmanın amacı; Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan kişilerde Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişkiyi ortaya koymaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ), Gözlerden Zihin Okuma Testi(RMET), DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme SCID-II uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmamın olası yararları, kişisel bilgiler kullanılmadan ve bireysel değerlendirme olmaksızın; toplanmış olan veriler ile daha önce yapılmış araştırmalarda bire bir araştırılmamış olan Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan kişilerde Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması arasındaki ilişkiyi incelemeye olanak sağlamaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek ve bu bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Psikolog Sinem KAHVECİ mail: sinemkahveci@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

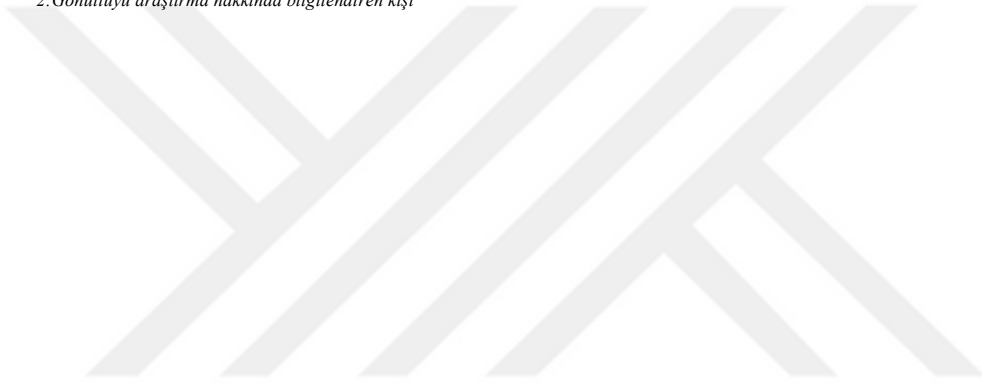
<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>	Sinem Kahveci	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi



EK-2. Etik Kurul Onay Belgesi



Sayı : 2015 / 138
Konu : Araştırma İzni Hk.

23.01.2015

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na

"Borderline Kişilik Bozukluğunda Zihin Kuramı ve Çocukluk Çağı Travması Arasındaki İlişki" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ
Mesul Müdür

Saray Mah. Siteyolu Cad. No: 27 34768 Ümraniye - İSTANBUL Tel: 0216 633 0 633 (Pbx) Faks: 0216 634 12 50
E-posta: bilgi@npistanbul.com • www.npistanbul.com

NP.FR.145

Revizyon No: 1 (28.05.2012)



EK-3. Sosyodemografik Bilgi Formu

Adı Soyadı:.....

Tarih:...../...../.....

1) Yaşınız

a-18-25

b-26-35

c-36-45

d-45 üzeri

2) Öğrenim durumunuz

a-İlkokul

b-Ortaokul

c-Lise

d-Üniversite

e-Lisans Üstü

3) Halen yaşadığınız yer:

a-Şehir merkezi

b-İlçe

c-Köy

4) Medeni durumunuz:

a-Hiç evlenmemiş

b-Evli

c-Boşanmış(dul)

d-Ayrı yaşıyor

5) Çalışma(iş) durumunuz hangisine uymaktadır?

a-Düzenli olarak devam ettiğim sabit bir isim vardır

b-Sürekli işdeğiştiririm, bir iste çalışmam

c-Bugüne kadar herhangi bir iste çalışmadım

6) Mesleğiniz

a-Memur

b-İşçi

c-Serbest meslek

d-Öğrenci

e-İşsiz

7)Ekonomik durumunuz(aylık geliriniz) hangisine uymaktadır?

a-Çok düşük (0-500TL)

b-Düşük (500-1000TL)

c-Orta (1000-1500TL)

d-İyi (1500-2000TL)

e-Çok iyi (2000TL'den yukarı)

8) Ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?

a-Evet

b-Hayır

9) Aile ilişkileriniz nasıldır?

a-Aile bağlarım güçlüdür, sürekli olarak görüşmeye devam ediyoruz

b-Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir görüşmüyoruz

10) Anne-babanızın medeni durumu?

a-Evli, aynı evde yaşıyorlar

b-Evli, ayrı evde yaşıyorlar

c-Boşanmışlar

d-Vefat

11) Yetiştirdiğiniz aile tipi hangisidir?

a-Çekirdek aile(anne-baba-kardeşler)

b-Genişaile(anne-baba-kardeşler-akrabalar)

c-Yuva(sosyal kurumlar)

d-Diğer(parçalanmışaile vb.)

12)Anne ve babanız kişilik özellikleri nelerdir?

a-Pasif ve yetersiz

b-Uysal ve uyumlu

c-İlgisiz, içe kapanık

d-Canlı,neşeli

e-Kuşkucu,alınan

f-Titiz,inatçı

g-Diğer

13)Anne ve babanın size karşı tutumu nasıldı?

Anne Baba

a-İlgili ve koruyucu

b-Titiz ve katı

c-İlgisiz ve otoriter

d-Sert ve otoriter

e-Tutarsız ve güvenilmez

14)Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?

a-Anne

b-Baba

c-Bakıcı

d-Anne-baba

e-Diğer.....

15)Çocukluğunuzda nasıl bir ilgiyle bakıldınız?

a-Aşırı ilgiyle

b-Yeterince ilgi ile

c-İlgisiz

16)Çocukluğunuzda nasıl bir disiplin ile büyütüldünüz?

a-Aşırı kontrol

b-Yeterince kontrol

c-Az kontrol

17)Yetiştirilme biçiminizin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır



EK-4. Çocukluk Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)



ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Tarih:

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan kutuyu işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yurtık, söküük ya da kirliliği içerisindedolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					

NP.FR.678 Revizyon No: 0 (25.04.2013)

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Referans: Şar V., Öztürk E., İkikardeş E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(4)

EK-5. Gözlerden Zihin Okuma (Yetişkin)

test

1

kıskanç

paniklemiş



neşeli

teselli eden



kibirli

nefret dolu

rahatsız

sıkılmış

2

korkmuş

üzüntülü



kibirli

kızgın

3

şakacı

telaşlı



arzulu

ikna olmuş

4

şakacı

ısrarcı



keyifli

gevşemiş

5

rahatsız

iğneleyici



endişeli

arkadaş canlısı

6

donakalmış

hayal kuran



sabırsız

diken üstünde

7

özür dileyen

arkadaş canlısı



tedirgin

şevksiz

8

kötümser

rahatlamış



utangaç

heyecanlı

9

kızgın

düşmanca



dehşete düşmüş

zihni meşgul

10

temkinli

ısrarcı



sıkılmış

donakalmış

11

korkmuş

keyifli



pişman

işveli

12

aldırmaz

mahcup



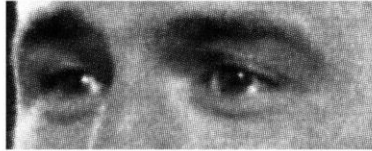
şüpheli

şevksiz

13

kararlı

bekleyen



tehditkar

utangaç

14

rahatsız

hayal kırıklığına uğramış



keyifsiz

suçlayıcı

15

mütefekkir

telaşlı



cesaret veren

keyifli

16

rahatsız

düşünceli



cesaret veren

cana yakın

17

şüphelenmiş

şefkati



neşeli

donakalmış

1

test

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

neşeli

teselli eden



rahatsız

sıkılmış

2

korkmuş

üzüntülü



kibirli

kızgın

3

şakacı

telaşlı



arzulu

ikna olmuş

4

şakacı

ısrarcı



keyifli

gevşemiş

5

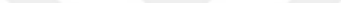
rahatsız

iğneleyici



endişeli

arkadaş canlısı



6

donakalmış

hayal kuran



sabırsız

diken üstünde



7

özür dileyen

arkadaş canlısı



tedirgin

şevksiz

8

kötümser

rahatlamış



utangaç

heyecanlı

kızgın

düşmanca



dehşete düşmüş

zihni meşgul

temkinli

ısrarcı



sıkılmış

donakalmış

11

korkmuş

keyifli



pişman

işveli

12

aldırmaz

mahcup



şüpheli

şevksiz

kararlı

bekleyen



tehditkar

utangaç

rahatsız

hayal kırığına uğramış



keyifsiz

suçlayıcı

mütefekkir

telaşlı



cesaret veren

keyifli

rahatsız

düşünceli



cesaret veren

cana yakın

şüphelenmiş

şefkatli



neşeli

donakalmış

EK-6. SCID-2 Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu

YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞMESİ

TÜRKÇE VERSİYONU

SCID II

KİŞİLİK ENVANTERİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:		Tarih:	
Cinsiyet:		Yaş:	

Görüşme yapan psikolog:

GÖZLEM NOTLARI:

Aşağıda sizin kişiliğiniz ve karakterinizle ilgili sorular vardır. Amacımız sizin nasıl bir insan olduğunuzu, huyunuzu suyunuzu ve genelde nasıl davrandığınızı anlamaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyup, yerine göre **sadece “EVET” ya da “HAYIR”** cevaplarından birini işaretleyiniz. Tüm soruları içtenlikle cevaplandırmaya çalışın. Eğer anlayamadığınız bir soru olursa boş bırakabilirsiniz.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?	EVET	HAYIR	59	?	1	2	3
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?	EVET	HAYIR	60	?	1	2	3
3. Sizi seveceklerinde emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmekten, iletişim kurmaktan kaçır mısınız?	EVET	HAYIR	61	?	1	2	3
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçır mısınız?	EVET	HAYIR	62	?	1	2	3
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap vermemek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?	EVET	HAYIR	63	?	1	2	3
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?	EVET	HAYIR	64	?	1	2	3
7. Başkalarına kolay gelen birçok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?	EVET	HAYIR	65	?	1	2	3
Kodlama kriteri (4)			66	?	1	2	3
8. Gündelik kararlarınızı vermeden önce başkalarından öğüt ya da destek almaya gereksinim duyar mısınız?	EVET	HAYIR	67	?	1	2	3
9. Sizinle ilgili önemli konularda kararı başkalarına mı bırakırsınız?	EVET	HAYIR	68	?	1	2	3
10. İnsanların kararına karşı çıkmaktan çekinir misiniz? Genellikle her söyleneni kabul eder misiniz?	EVET	HAYIR	69	?	1	2	3
11. Yardım edecek biri olmadığında bir işi ya da görevi tek başınıza başlatmakta zorlanır mısınız?	EVET	HAYIR	70	?	1	2	3
12. İnsanlara kendinizi kabul ettirmek için, kimsenin yapmak istemediği işleri üstlenir misiniz?	EVET	HAYIR	71	?	1	2	3
13. Kendi başınıza kaldığınızda genellikle kendinizi rahatsız hisseder misiniz?	EVET	HAYIR	72	?	1	2	3
14. Bir yakınından temelli ayrıldığınızda kendinizi çok kötü hisseder misiniz?	EVET	HAYIR	73	?	1	2	3
15. Terkedilmekten veya yalnız kalmaktan çok korkar mısınız?	EVET	HAYIR	74	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			75	?	1	2	3

			76	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)				
16. Her şeyi tam doğru yapmaya çalışırken çok zaman harcadığınız için işlerinizi bitirmekte zorlanır mısınız?	EVET	HAYIR	16	? 1 2 3
17. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz??	EVET	HAYIR	17	? 1 2 3
18. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?	EVET	HAYIR		
19. Sizden başkasının doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkasına bırakmaktan kaçınır mısınız?	EVET	HAYIR	18	? 1 2 3
20. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?	EVET	HAYIR	19	? 1 2 3
21. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sırayla yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?	EVET	HAYIR	20	? 1 2 3
22. Sık sık, uygunsuz bir şey yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?	EVET	HAYIR		
23. Çevrenizde toplum kurallarına uymayanlara kızar mısınız?	EVET	HAYIR	21	? 1 2 3
24. İnsanlara yakınlık göstermekte zorlanır mısınız?	EVET	HAYIR	22	? 1 2 3
25. İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı mı bulur?	EVET	HAYIR	23	? 1 2 3
26. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	EVET	HAYIR	24	? 1 2 3
			25	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)				
27. İşlerinizi son ana kadar ertelediğiniz ve bu nedenle zamanında bitiremediğiniz olur mu?	EVET	HAYIR	26	? 1 2 3
28. İstemediğiniz, sevmediğiniz bir iş yapmanız istediğinde sinirlenir ya da küser misiniz?	EVET	HAYIR	27	? 1 2 3
29. Aslında yapmak istemediğiniz ama yapmanız gereken işleri bilerek ağırdan alır mısınız?	EVET	HAYIR	28	? 1 2 3
30. İnsanlar sizden sık sık aşırı isteklerde bulunurlar mı?	EVET	HAYIR	29	? 1 2 3
31. Aslında yapmak istemediğiniz işleri kolay	EVET	HAYIR	30	? 1 2 3

unutur musunuz?				
32. Görevlerinizi Başkalarının düşündüğünün aksine, görevlerinizi ve size düşen sorumlulukları iyi yaptığınıza inanır mısınız?	EVET	HAYIR	31	? 1 2 3
33. Yapacağınız iş konusunda başkalarının size akıl öğretmesine kızar mısınız?	EVET	HAYIR	32	? 1 2 3
34. İnsanlar, üzerinize düşeni yapmayarak onları engellediğinizden yakınır mı?	EVET	HAYIR	33	? 1 2 3
35. Amirleriniz genellikle sizden daha yetersiz ve beceriksiz olduğunu düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR	34	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)			35	? 1 2 3
36. Arkadaşlarınız veya sevdikleriniz genellikle size kötü davranan ya da sizden faydalanan kişiler midir?	EVET	HAYIR	36	? 1 2 3
37. Genelde hayal kırıklıklarını ve üzücü olayları siz mi davet edersiniz?	EVET	HAYIR		
38. Başkalarının yardımını sık sık geri çevirir misiniz?	EVET	HAYIR	37	? 1 2 3
39. Başkaları size, genellikle ihtiyacınız olmayan konularda mı yardım teklif ederler?	EVET	HAYIR		
40. Bir başarı karşısında, bunu hak etmediğinizi düşünerek suçluluk duyar mısınız? Bu yüzden başarınızı baltalamak ister misiniz?	EVET	HAYIR	38	? 1 2 3
41. Söylediğiniz ya da yaptığınız bir şeyin insanları kızdırdığı olur mu? Bu durum sizi şaşkırtır mı?	EVET	HAYIR	39	? 1 2 3
42. Eğlenmeye pek fırsat bulamadığınız ya da eğlence fırsatlarını kaçırdığınız olur mu?	EVET	HAYIR		
43. Eğlenceli ortamlarda bile kendinizi neşeli hissetmediğiniz, eğlenmeye çalışmanıza rağmen eğlenmediğiniz olur mu?	EVET	HAYIR	40	? 1 2 3
44. Başarılı olmak ya da istediğinizi elde etmek için yapmanız gerekenleri genellikle ihmal eder misiniz?	EVET	HAYIR	41	? 1 2 3
45. Başkalarının işine yardım ettiğiniz halde kendi işinizi ihmal ettiğiniz olur mu?	EVET	HAYIR		
46. Size iyi davranan insanları sıkıcı, kötü davrananları ise yakın bulduğunuz olur mu?	EVET	HAYIR	42	? 1 2 3
47. Kendinizden çok, başkalarının yararına olacak şeyler mi yaparsınız?	EVET	HAYIR		
48. Başka insanlara istemedikleri halde yardım etmeye çalışır mısınız?	EVET	HAYIR	43	? 1 2 3

			44	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)				
49. Eğer dikkat etmezseniz insanların sizi kullanacağını ya da zarar vereceğini düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR	45	? 1 2 3
50. Arkadaşlarınızın sadakat ve güvenilirliğinden zaman zaman kuşkuya düştüğünüz olur mu?	EVET	HAYIR	46	? 1 2 3
51. İnsanların söylediği ya da yaptığı şeylerdeki gizli ima ve tehlikeleri sezer misiniz?	EVET	HAYIR	47	? 1 2 3
52. Sizi kızdıran ya da kötülük eden insanları zor mu affedersiniz?	EVET	HAYIR	48	? 1 2 3
53. Başkalarının sizin hakkınızda bir şey bilmesinden tedirgin olur musunuz?	EVET	HAYIR	49	? 1 2 3
54. Alınan bir insan sayılır mısınız?	EVET	HAYIR	50	? 1 2 3
55. Kıskanç bir insan sayılır mısınız?	EVET	HAYIR	51	? 1 2 3
56. Eşinizin (ya da sevgilinizin) sizi aldattığından kuşkulandığınız oldu mu?	EVET	HAYIR		
Kodlama kriteri (4)				
57. Aralarında konuşan insanlar gördüğünüzde, "acaba benim hakkımda mı konuşuyorlar?" diye düşündüğünüz oldu mu?	EVET	HAYIR	53	? 1 2 3
58. İlgisiz gibi görünen bazı olay ya da durumların, özellikle sizinle ilgili olduğu duygusuna hiç kapıldınız mı?	EVET	HAYIR		
59. Bir toplantıda tanımadığımız bir kaç kişinin olması, sizi rahatsız eder mi?	EVET	HAYIR	54	? 1 2 3
60. Hiç olağan dışı (ya da doğaüstü) olaylara tanık oldunuz mu?	EVET	HAYIR	55	? 1 2 3
61. Büyüye, ruhlara ya da altıncı hisse inanır mısınız?	EVET	HAYIR		
62. Eşyaları, gölgeleri ya da sesleri başka şeylere karıştırdığımız oldu mu?	EVET	HAYIR	56	? 1 2 3
63. Kimseyi göremesiniz bile, etrafınızda bir şeyin ya da kişinin varlığını hissettiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR		
64. Hiç, bir insanın yüzünün ya da aynaya bakarken kendi yüzünüzün değiştiğini gördünüz mü?	EVET	HAYIR		

Görüşmeci kriteri:			57	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			58	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			59	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			60	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			61	?	1	2	3
Kodlama kriteri (5)			62	?	1	2	3
65. İnsanlara yakın olmaktan sıkılır mısınız? Örneğin, ailenizin ya da arkadaşlarınızın yanında değilken daha rahat mı olursunuz?	EVET	HAYIR	63	?	1	2	3
66. Başkaları ile birlikte çalışmaktansa, işlerinizi yalnız yapmayı tercih eder misiniz?	EVET	HAYIR	64	?	1	2	3
67. Hiç bir zaman çok kızmayan ya da çok neşelenmeyen bir insan sayılır mısınız?	EVET	HAYIR	65	?	1	2	3
68. Hiç kimseyle, hiçbir zaman, cinsel bir yaklaşımınızın olmamış olmasıyla yetinebiliyor musunuz?	EVET	HAYIR	66	?	1	2	3
69. Başkalarının hakkınızda söylediklerine (iyi ya da kötü) aldırmayan, önem vermeyen biri misiniz?	EVET	HAYIR	67	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			68	?	1	2	3
Görüşmeci kriteri:			69	?	1	2	3
			70	?	1	2	3

Kodlama kriteri (4)				
70. Başkalarının sizi övmesi, beğenmesi ya da yaptıklarınızı onaylaması çok hoşunuza gider mi?	EVET	HAYIR	16	? 1 2 3
71. Karşı cinsten insanlarla beraber olma, konuşmak ya da şakalaşmaktan hoşlanır mısınız?	EVET	HAYIR	17	? 1 2 3
72. Güzel görünmek sizin için önemli bir şey midir?	EVET	HAYIR	18	? 1 2 3
73. Bazı insanların duyguları çok güçlüdür ve duygularını herkesin içinde gösterirler. Örneğin, fazla samimi olmadığı insanlara bile sarılabilir ya da kızınca bağırır çağırırlar. Sizde böyle biri misiniz?	EVET	HAYIR	19	? 1 2 3
74. İnsanların size bakması sizle ilgilenmesi hoşunuza gider mi?	EVET	HAYIR	20	? 1 2 3
75. Olaylar ya da insanlar karşısında çabuk parlayıp, çabuk yatıştır mısınız?	EVET	HAYIR	21	? 1 2 3
76. Duygularınız çabuk değişir mi? (Örneğin, ağlarken gülmeye başladığınız olur mu?)	EVET	HAYIR		
77. Sizce kendi öncelikleriniz başkalarının isteklerinden önce mi gelir?	EVET	HAYIR	22	? 1 2 3
78. Hiç, insanlar size, sadece kendinizle ilgilendiğini söylediler mi?	EVET	HAYIR		
79. Bir şey istediğinizde, fazla bekleyemez, bunun hemen olması için ısrar eder misiniz?	EVET	HAYIR		
Görüşmeci kriteri:			23	? 1 2 3
			24	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)				
80. İnsanlar sizi eleştirdiğinde çok bozulur ya da kırılır mısınız? Bunun uzun süre etkisinde kalır mısınız?	EVET	HAYIR	25	? 1 2 3
81. İnsanlardan isteklerinizi yapmalarını bekler misiniz? Bunun için başkalarını kullandığınız oldu mu?	EVET	HAYIR	26	? 1 2 3
82. İnsanlardan yararlanmaya hakkınız olduğunu düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR		
83. İnsanlardan anlaşılmayan bir takım yetenek ya da üstünlükleriniz var mı?	EVET	HAYIR	27	? 1 2 3
84. Başkaları kendini beğenmiş bir insan olduğunuzu	EVET	HAYIR		

düşünür mü?					
85. Sorunlarınızın çok özel olduğunu, bu nedenle çok az kişinin sizi anlayabileceğini düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR	28	? 1 2 3	
86. Çok başarılı, güçlü, ünlü, çekici ya da sevilen bir kişi olduğunuzu hayal eder misiniz?	EVET	HAYIR	29	? 1 2 3	
87. Bazı kuralların ya da yasakların size uygulanmaması gerektiğini düşünür müsünüz?	EVET	HAYIR	30	? 1 2 3	
88. İnsanların size dikkat etmesine ya da hayran olmasına önem verir misiniz?	EVET	HAYIR	31	? 1 2 3	
89. İnsanlar, onların duygularını anlayamadığımızdan ya da acılarına katılamadığımızdan şikâyet ederler mi?	EVET	HAYIR	32	? 1 2 3	
90. İnsanların başarılarını ya da sahip oldukları şeyleri kıskanır mısınız?	EVET	HAYIR	33	? 1 2 3	
Kodlama kriteri (5)			34	? 1 2 3	
91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu?	EVET	HAYIR	35	? 1 2 3	
92. Hiç başınızı derde sokabilecek şeyler yaptığınız oldu mu?	EVET	HAYIR	36	? 1 2 3	
93. Hiç, daha yeni tanıştığınız biriyle yattığınız oldu mu?	EVET	HAYIR			
94. Hiç, fazla içki ya da uyuşturucu kullandığınız oldu mu?	EVET	HAYIR			
95. Hiç, tehlikeli araba kullandığınız oldu mu?	EVET	HAYIR			
96. Hiç, aşırı yemek yediğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR			
97. Hiç, marketlerden ufak tefek bir şeyler aşırduğunuz oldu mu?	EVET	HAYIR			
98. Moraliniz sık bozular mı? Örneğin, sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemlerinizi oldu mu?	EVET	HAYIR	37	? 1 2 3	
99. Hiç, kendinizi kaybedecek kadar öfkeli olduğunuz oldu mu?	EVET	HAYIR	38	? 1 2 3	
100. Karşınızdakini dövecek ya da kavga edecek kadar kızarmısınız?	EVET	HAYIR			
101. Hiç, kendiniz öldürmeye ya da yaralamaya kalktınız mı? ya da böyle bir şeye niyetlendiniz mi?	EVET	HAYIR	39	? 1 2 3	
102. Hiç, bilerek, kendinize zarar verebileceğiniz bir kazaya sebep oldunuz mu?	EVET	HAYIR			

103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz bu nedenle zaman zaman kim olduğunuzu bilemediğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR	40	
104. Geleceğiniz, iş planlarınız, ya da hayattan ne istediğiniz konusunda karar vermediğiniz, ya da istediğinizi bilmediğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR		
105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek istediğinizi bilemediğiniz duygusuna kapılır mısınız?	EVET	HAYIR		? 1 2 3
106. Hiç değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu?	EVET	HAYIR	40	
107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız?	EVET	HAYIR	41	? 1 2 3
108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden çok korkar mısınız?	EVET	HAYIR	42	? 1 2 3
Kodlama kriteri (5)			43	? 1 2 3

BUNDAN SONRAKİ SORULAR 15 YAŞINDAN ÖNCEKİ HAYATINIZLA İLGİLİDİR.

108. 15 yaşından önce okuldan kaçır mıydınız?	EVET	HAYIR	45	? 1 2 3
109. Çocukken hiç evden kaçtınız mı?	EVET	HAYIR	46	? 1 2 3
110. Kavgacı bir çocuk muydunuz?	EVET	HAYIR	47	? 1 2 3
111. 15 yaşından önce kavgada alet kullanırmıydınız?	EVET	HAYIR	48	? 1 2 3
112. Hiç başka bir insanı sizle cinsel ilişkiye zorladınız mı?	EVET	HAYIR	49	? 1 2 3
113. Çocukken hayvanlara eziyet eder miydiniz?	EVET	HAYIR	50	? 1 2 3
114. Kavga dışında bilerek başka çocukların canını yakar mıydınız?	EVET	HAYIR	51	? 1 2 3
115. Hiç size ait olmayan şeylere tasarlara zarar verdiğiniz oldu mu?	EVET	HAYIR	52	? 1 2 3
116. Hiç yangın çıkardınız mı?	EVET	HAYIR	53	? 1 2 3
117. Çocukken yalan söyler miydiniz?	EVET	HAYIR	54	? 1 2 3
118. 15 yaşından önce hırsızlık yaptınız mı?	EVET	HAYIR	55	? 1 2 3
119. 15 yaşından önce yan kesicilik yaptınız mı? Ya da adam soydunuz mu?	EVET	HAYIR	56	? 1 2 3
Kodlama kriteri (3)			57	? 1 2 3

DİKKAT: Bundan sonraki sorular kriterler görüşmeci gerek gördüğünde görüşmede soracaktır.

Kriter:	58	?	1	2	3
Kriter:	59	?	1	2	3
Kriter:	60	?	1	2	3
Kriter:	61	?	1	2	3
Kriter:	62	?	1	2	3
Kriter:	63	?	1	2	3
Kriter:	64	?	1	2	3
Kriter:	65	?	1	2	3
Kriter:	66	?	1	2	3
Kriter:	67	?	1	2	3
Kodlama kriteri (4)	68				

Referans: Spitzer R.L. & Williams J. (1988). DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe versiyonu (SCID-II). (Çev. Ed.: S. Sorias). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (Bornova, 1990).

EK-7. Özgeçmiş

SİNEM KAHVECİ

Adres: Güzeltepe Mah. FSM Bulvarı Barajyolu Tem Finansket Konutları B2 Blok

Daire 91 EYÜP/İSTANBUL

Gsm: Cep (0532)559 50 21

E-mail: sinemmkahveci@gmail.com

Kişisel Bilgiler:

Uyruk : T.C.

Doğum Yeri : Samsun

Doğum Tarihi : 19.07.1990

Medeni Durumum : Bekar

Eğitim:

2013-20.. (Tez Döneminde bulunmaktayım) Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2008-2012 İstanbul Bilim Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2008 Samsun Ondokuz Mayıs Lisesi (YDA) Mezunu

Yabancı Dil:

İngilizce (orta)

Bilgisayar Bilgileri:

Windws XP /Vista,Microsoft Ofis 2007; Excel,Word,Powerpoint,İnternet,SPSS

Gözlem Ve Alan Çalışması:

T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (gözlem) 2010 yaz dönemi

Neş'e Erberk Joy Fullhouse Anaokulu Etiler (2010 yaz dönemi)

Gülbağ Çocuk Gündüz Bakım Evi (gözlem) 2011 (güz dönemi)

T.C Sağlık Bakanlığı [Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi](#) 2012 (bahar dönemi)

Özel Yuvam Rehabilitasyon Merkezi (gözlem) 2011 (bahar dönemi)

Okmeydanı Darulaceze Huzurevi (gönüllü) 2012 (güz dönemi)

NP İSTANBUL HASTANESİ(Stajyer psikolog) 11/2013-11/2013

ALINAN EĞİTİMLER / TESTLER

MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) Türk Psikologlar Derneği
(Uygulayıcı Sertifikası)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) Prof.Dr M.Hakan TÜRKÇAPAR

Başkent İletişim Bilimleri Akademisi Diksiyon Kursu Sertifikası 2009

Seminerler ve Konferanslar:

15.ULUSAL PSİKOLOJİ ÖĞRENCİLERİ KONGRESİ-İST 2009 YAZ DÖNEMİ

MMPI-MİNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ DOC. DR. MERAL
ÇULHA (çalışma grubu katılım belgesi)

TPÖÇG(TÜRK PSİKOLOJİ ÖĞRENCİLERİ ÇALIŞMA GRUBU)

16. ANKARA ÜNİVERSİTESİ ULUSAL PSİKOLOJİ KONGRESİ 2010 YAZ
DÖNEMİ

KLİNİK SEMPOZYUMU Beykent Üniversitesi Mayıs 2011

PSİKANALİTİK BAKIŞLAR 5 Boğaziçi Üniversitesi Aralık 2011

TEDAVİ İstanbul Üniversitesi Mayıs 2012

PSİKOLOJİ GÜNLERİ Beykent Üniversitesi Mayıs 2012

İş Tecrübeleri:

Özel Sağlık Rehabilitasyon Merkezi (Haziran 2012- Mayıs 2013)

Mesleki Örgütlerde Üyelik

1. Türk Psikologlar Derneği

