



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLE BORDERLINE KİŞİLİK
BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARIN OKB VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Şanver YEREBAKAN

Öğrenci No:134102055

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL

İstanbul – 2015

Bilimsel Etik Sayfası



www.uskudar.edu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Haluk Türksay Sk. No:14 PK:34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

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

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2015 / 73

16 Mart 15

Yrd. Doç. Dr. Alper Evrensel (Şanver Yerebakan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13 Mart 2015 tarihinde, 03 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu **"Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğunun OKB ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Bulguların İncelenmesi"** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Tez Kabul Formu



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134102055
Öğrenci Adı Soyadı	: Şanver Yerebakan
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
Tez Danışmanı	: Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel
Tezin Başlığı	: Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların OKB ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 14.10.2015	Saati	: 13:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDEDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDİ		
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="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDEDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel	
Danışman Üye	Yrd.Doç.Dr. Ahmet Emre Sargın	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Habib Erensoy	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları (form YL-13) gerekir.)

Tarih : 14 / 10 / 2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not : Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların OKB ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması” 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.

Tarih 14/10/2015

Şanver YEREBAKAN

Önsöz/Teşekkür

Araştırmanın planlanma aşamasından tamamlanma aşamasına kadar yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, sabırla yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Alper EVRENSEL'e teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Araştırma süreci boyunca kurumunun tüm imkânlarından yararlanmamızı sağlayan NPIstanbul Psikiyatri Hastanesi yönetimine, ilgileri ve desteklerinden dolayı da Etiler Polikliniği çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Meslek hayatımdaki uyanışın ve değişimin mihenk noktalarından olan psikoterapi enstitüsü ailesine ve saygıdeğer hocam Uzman Dr. Tahir ÖZAKKAŞ' a en derin sevgilerimi ve teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Hayatımın her döneminde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ve hayatımı kolaylaştıran aileme en derin şükranlarımı sunarım.

Şanver YEREBAKAN

İstanbul-2015

(YEREBAKAN, Şanver, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların OKB ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Özet:

Yapılan araştırmalarda, eksen 1 bozukluğu tanısı almış olan hastaların önemli bir kısmına ikinci bir eksen 1 tanısının ya da eksen 2 tanısının eşlik ettiği görülmektedir. Bu araştırmada, Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan hastaların Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması, klinik görünümündeki benzerliklerin ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır.

Araştırma, Npİstanbul psikiyatri polikliniğinde muayene edilmiş 18-60 yaş aralığında olan ve DSM-V kriterlerine göre NKB tanısı almış olan 30 hasta ile BKB tanısı almış olan 30 hastadan oluşan 60 kişilik grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastalara Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi uygulanmıştır.

Betimsel istatistik sonuçlarına bakıldığında, NKB tanısı alanların SCL-90 genel düzeyi normal çıkmış sadece depresyon alt ölçeğinin araz düzeyi yüksek çıkmıştır. BDE genel sonuçları hafif düzey depresyon olarak çıkmış ve MOKSL alt ölçek puanları sırasıyla %44,0 kuşku, %33,0 ruminasyon, %26,0 yavaşlık, %23,0 kontrol etme olarak hesaplanmıştır. BKB tanısı alanların SCL-90 genel olarak araz düzeyi yüksek çıkmıştır. Depresyon alt ölçeğinin araz düzeyi çok yüksek; somatizasyon, okb, kişiler arası duyarlılık, kaygı, öfke, paranoid düşünce alt ölçekleri araz düzeyi yüksek; fobik anksiyete ve psikotizm normal çıkmıştır. BDE genel sonucu orta düzey depresyon çıkmış ve MOKSL alt ölçek puanları sırasıyla %63,0 ruminasyon, %49,0 kuşku, %42,0 yavaşlık, %39,0 temizlik ve %35,0 kontrol etme olarak hesaplanmıştır.

Karşılaştırma analizleri, Borderline Kişilik Bozukluğuna sahip olan hastaların Narsisistik Kişilik Bozukluğuna sahip olan hastalara göre SCL-90, BDE ve MOKSL genel ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. İki grupta da belirtilerin en yüksek olduğu alanın depresyon olduğu görülmüştür. Tanı gruplarının kendi içinde cinsiyete göre belirtilerin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. NKB tanısı alanlarda BDE, SCL-90 ve MOKSL sonuçları arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu görülmektedir. BKB tanısı alanlarda ise SCL-90 ile BDE ve MOKSL sonuçları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu fakat BDE ile MOKSL sonuçları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon.

(YEREBAKAN, Şanver, Graduate Program, Istanbul, 2015)

Comparison of OCD and Depression Levels of the Patients with Narcissistic Personality Disorder and Borderline Personality Disorder

Summary:

Studies show that a significant proportion of patients who had been diagnosed with axis 1 disorder have also another accompanying axis 1 or axis 2 disorder. With this study, on the one hand, it was aimed to compare obsessive compulsive disorder and depression levels of the patients with narcissistic personality disorder and borderline personality disorder and on the other hand to reveal the similarities and differences in their clinical presentations.

The Research was carried out in NPİSTANBUL psychiatric clinic on 60 patients (30 patients diagnosed with NPD and 30 patients diagnosed with BPD according to DSM-IV criteria in the clinic). The age range of the patients was between 18 and 60. A Personal Information Form, Beck Depression Inventory, Moudsley obsessive compulsive Question List and the Symptom Checklist-90 were applied to the patients.

According to the results of descriptive statistics, while patients with NPD's overall SCL-90 level was normal their level of symptoms of depression subscales was higher than normal. Patients' overall BDI result indicated a mild depression level. The patients' MOCQ scores from higher to lower were as follows (proportioned); 44.0% for doubt, 33.0% for rumination, 26.0% for slowness and 23.0% for the control subscale. Patients with BPD's overall SCL-90 levels were higher in general. The patients' levels of symptoms of depression subscale were very high while symptom levels of somatization, OCD, interpersonal sensitivity, anxiety, hostility, paranoid ideation subscale were high and symptom levels of phobic anxiety and psychoticism were normal. Patients' overall BDI score indicate a moderate depression level and their MOCQ subscale scores were as follows; 63.0% for depression and rumination respectively, 49.0% for doubt, 42.0% for slowness, 39.0% for hygiene and 35.0% for control.

Comparative analysis showed that patients with BPD had higher SCL-90, BDI and MOCQ (overall and subscale) scores than patients with NPD. The highest level of symptoms in both groups was found for the depression. Gender comparisons within the BDP and NPD groups didn't show a significant difference. It was found that patients with NPD's SCL-90, BDI and MOCQ scores were significantly correlated. On the other hand, it was found that while there was significant relationship between the patients with BPD's SCL-90 scores and BDI and MOCQ scores, there wasn't a significant relationship between BDI and MOCQ scores.

Keywords: Borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, obsessive compulsive disorder, depression.

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Etik Sayfası.....	ii
Tez Kabul Formu.....	iii
Yemin Metni.....	iv
Önsöz/Teşekkür.....	v
Özet:.....	vi
Summary:.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR ve SEMBOLLER LİSTESİ.....	xiv
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEM.....	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3. ARAŞTIRMANIN ALT AMAÇLARI.....	2
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
1.5. SAYILTILAR.....	4
1.6. SINIRLILIKLAR.....	4
BÖLÜM II.....	5
LİTERATÜR.....	5
2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU.....	5
2.1.1. BKB'nin Tarihçesi.....	5
2.1.2. BKB'nin Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. DSM-V'e Göre BKB.....	7
2.1.4. BKB'ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar.....	8
2.1.4.1. Kernberg'in Borderline Kişilik Örgütlenmesi Kavramı.....	8
2.1.4.2. Masterson Yaklaşımının Tarihçesi ve Gelişimi.....	12
2.1.4.3. Gunderson'un Sınır Hastalara Yaklaşımı.....	17
2.1.4.4. Linehan'ın Diyalektik Davranışçı Yaklaşımı.....	18
2.1.5. BKB'nin Etiyolojisi.....	19
2.1.5.1. Nesne İlişkileri.....	19

2.1.5.2.	Bağlanma Kuramı	23
2.1.5.3.	Yapılan Araştırmalar	23
2.2.	NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU	25
2.2.1.	NKB'nin Tarihçesi	25
2.2.2.	NKB'nin Epidemiyolojisi	27
2.2.3.	DSM-V'e Göre NKB	27
2.2.4.	NKB'ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar	28
2.2.4.1.	Kerenberg'e Göre NKB	28
2.2.4.2.	Kohut'a Göre NKB	30
2.2.4.3.	Masterson'a Göre NKB	33
2.2.5.	NKB'nin Etiyolojisi	35
2.2.5.1.	Nesne İlişkilerine Göre Narsisizm	36
2.2.5.2.	Ebeveyn Çocuk İlişkisi	37
2.2.5.3.	Bağlanma Kuramı	38
2.3.	OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	39
2.3.1.	OKB'nin Tarihçesi	39
2.3.2.	OKB'nin Epidemiyolojisi	40
2.3.3.	DSM-V'e Göre OKB	40
2.3.4.	OKB'ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar	42
2.3.4.1.	Tanımlayıcı Yaklaşımlar	42
2.3.4.2.	Psikodinamik Yaklaşımlar	43
2.3.5.	OKB'nin Etiyolojisi	46
2.3.5.1.	Nörobiyolojik ve Genetik Araştırmalar	46
2.3.5.2.	Davranışçı Kuram	47
2.3.5.3.	Psikodinamik Kuram	47
2.3.5.4.	Bağlanma Araştırmaları	49
2.4.	DEPRESYON	50
2.4.1.	Depresyonun Tarihçesi	50
2.4.2.	Depresyonun Epidemiyolojisi	50
2.4.3.	DSM-V'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu	51
2.4.4.	Depresyona Farklı Kuramsal Yaklaşımlar	52
2.4.4.1.	Tanımlayıcı Yaklaşımlar	52
2.4.4.2.	Psikodinamik Yaklaşımlar	54
2.4.5.	Depresyonun Etiyolojisi	57
2.4.5.1.	Öğrenilmiş Çaresizlik	58
2.4.5.2.	Psikanalitik Yaklaşım	58

2.4.5.3. Aile Gözlem Çalışmaları	59
2.4.5.4. Bağlanma Araştırmaları.....	59
2.5. KOMORBİDİTE ARAŞTIRMALARI	61
BÖLÜM III.....	64
GEREÇ ve YÖNTEM.....	64
3.1. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	64
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	65
3.2.1. Hipotezler	66
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	66
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	66
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri	66
3.3.3. Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi.....	67
3.3.4. SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi.....	67
3.4. VERİLERİN ANALİZİ.....	68
BÖLÜM IV	70
BULGULAR	70
4.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BETİMSSEL BULGULAR.....	71
4.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	75
4.3. NARSİSİSTİK VE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARIN RUHSAL TARAMA ENVANTERİ, MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ VE BECK DEPRESYON ENVANTERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN ARSINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR.....	91
BÖLÜM V.....	93
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
5.1. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	93
5.2. ÖNERİLER.....	107
KAYNAKÇA	108
EKLER	113
Ek-1 Çalışma grubunda yer alan hastaların mesleklerine ilişkin dağılım.....	113
Ek-2 Hastaların araştırma ölçeklerinden aldıkları puanlar arası korelasyon (ilişki) katsayıları.....	114
ÖZGEÇMİŞ.....	115

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Ruhsal yapılanmaya göre savunma mekanizmaları, (Kernberg, 2008)	10
Tablo 2 Kişilik örgütlenmesi kademelerinin görünüşleri (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. 2012)	11
Tablo 3 Çalışma grubunda yer alan hastaların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları (N=60)	70
Tablo 4 Narsisistik K. B. Tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	71
Tablo 5 Narsisistik K. B. Tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	72
Tablo 6 Narsisistik K. B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	72
Tablo 7 Borderline K. B. Tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	73
Tablo 8 Borderline K. B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	74
Tablo 9 Borderline K. B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)	74
Tablo 10 Hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60)	76
Tablo 11 Hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60) ..	79
Tablo 12 Hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60)	80
Tablo 13 Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)	81
Tablo 14 Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)	82

Tablo 15 Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30).....	82
Tablo 16 Borderline K.B. tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30).....	83
Tablo 17 Borderline K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)	84
Tablo 18 Borderline K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30).....	84
Tablo 19 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35).....	85
Tablo 20 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35).....	87
Tablo 21 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35)	88
Tablo 22 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25).....	89
Tablo 23 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25)	90
Tablo 24 Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25)	90
Tablo 25 Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların SCL-90, MOKSL ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları (N=30).....	91
Tablo 26 Borderline K.B. tanısı almış hastaların SCL-90, MOKSL ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları (N=30).....	92

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Kernberg'in Patolojik Ruhsal Örgütlenme Şeması , (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. 2012)	8
Şekil 2 Borderline bölünmüş nesne ilişkileri birimi (Masterson, 2007).....	15
Şekil 3 Kendiliğinden gelişim aşamaları (Kohut, 1971).....	32
Şekil 4 Narsisistik kişilik bozukluğu bölünmüş nesne ilişkileri birimi (Masterson, 2007)	34



KISALTMALAR ve SEMBOLLER LİSTESİ

BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
DMS	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HDS	: Hamilton Depresyon Skalası
MOKSL	: Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
NKB	: Narsisistik Kişilik Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluğu
SCL-90	: Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi
SPSS	: The Statistical Packet for the Social Sciences
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
%	: Yüzde
<i>sd</i>	: Birden fazla grup olması durumunda serbestlik derecesi
<i>f</i>	: Bir değer, olayın tekrar eden gözleminin dağılımı
<i>N</i>	: Örneklemdaki toplam denek/anket yanıtlayanlar sayısı
<i>p</i>	: Hata yapma olasılığı
<i>ss</i>	: Standart sapma
<i>t</i>	: t-testi sonucu elde edilen değer
<i>Z</i>	: Mann-Whitney testi sonucu elde edilen değer
\bar{X}	: Bir veri dağılımının aritmetik ortalaması

BÖLÜM I

GİRİŞ

Psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların büyük çoğunluğunda tek bir şikâyet konusu bulunmamaktadır. Yaşanan problemler, hayatının birçok alanına farklı biçimlerle sıçramış, bazen birinin nedeni olarak bazen de birinin sonucu olarak ifade edilmektedir. Bu durum, hastaların kendilerini anlamasını ve problem alanını netleştirmesini zorlaştırmakta, başı sonu belli olan bir sorundan ziyade karmaşık ve içinden çıkılmaz sıkıntılar halini almaktadır. Sorun alanlarının fazla olması ve birden fazla tanı konulacak düzeyde belirtilerin olması, hastanın hayatını kısıtlamakta ve işlevselliğini düşürmektedir. Yapılan araştırmalarda, eksen 1 bozukluğu tanısı almış olan hastaların önemli bir kısmına ikinci bir eksen 1 tanısının ya da eksen 2 tanısının eşlik ettiği görülmektedir.

Hamilton Depresyon Skalasına (HDS) ve DSM-IV kriterlerine göre yapılan bir araştırmada OKB hasta grubunun % 89,0'una, depresyon tanısı konduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, major depresyonu tanısı konan hastaların %30,0'unda obsesif kompulsif belirtiler saptanmıştır (Yaluğ ve Ark., 2003). Rasmussen ve Eisen'in yapmış olduğu araştırmada, OKB ve komorbid hastalıkların oranlarına dönük major depresyonun (%67,0) olduğu görülmektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008). Farklı bir araştırmada, obsesif kompulsif bozuklukta depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66,0 iken, mevcut epizotta görülebilme olasılığı ise %33,0 olarak bulunmuştur (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001).

Yaluğ ve arkadaşlarının 2003 yılında, Cerrahpaşa Tıp Fak. Psikiyatri kliniğine başvuran OKB ve panik bozukluğu tanısı almış 61 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, OKB grubunun %89,0'una Panik bozukluk grubunun ise %85,0'ine depresyon tanısı konmuştur. Bu hastaların tamamının en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldığı belirtilmektedir.

Kronik depresyon ya da majör depresyon tanısı alan 63 kişi üzerinde yapılan araştırmaya göre, majör depresyon tanısı alanların %58,3'ünde bir kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir (Demirarslan ve Ark., 1999). OKB ve panik bozukluk tanısı almış 100 hasta üzerinde yapılan farklı bir araştırmada, OKB tanısı almış olan hastaların %36,0'sı eş zamanlı olarak kişilik bozukluğu tanısı almıştır (Karaçam Ö. İ., 1994).

Kliniğe başvuran hastaların büyük bir kısmında eksen 1 ya da eksen 2 komorbiditesinin görülüyor olması, hastaların şikâyetçi olduğu durumları ve gösterdiği belirtileri dikkate alarak tanı konmasını zorlaştırmakta ve karmaşıklştırmaktadır. Komorbiditenin var olması tanı koyma sürecini zorlaştırdığı gibi belirtileri de şiddetlendirmekte ve tedaviye karşı direnç oluşmasına sebep olmaktadır. Prognozu kötüleştiren bu durum tedaviyi zorlaştırmaktadır.

1.1. PROBLEM

Bu araştırmada ele alınan problem, “Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların OKB ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılmamış Olması, Klinik Görünüleriyle İlgili Karşılaştırmalı İncelemenin Yapılmamış Olması” olarak belirlenmiştir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada, Borderline Kişilik Bozukluğu ile Narsisistik Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan hastaların OKB ve Depresyon düzeylerinin karşılaştırılması, klinik görünümündeki benzerliklerin ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır. Uygulanan envanterlerin genel ve alt ölçek sonuçlarının karşılaştırılması yapılarak BKB ile NKB tanılarıyla beraber görülebilecek eksen 1 bozukluğuna dair belirtilerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. BKB ve NKB tanısı alacak olan hastaların klinik görünümündeki eksen 1 belirtilerinin netleşmesine ve tanı koyma süreçlerinin kolaylaşmasına katkı sunmak araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

1.3. ARAŞTIRMANIN ALT AMAÇLARI

Araştırmanın temel amacına bağlı olarak aşağıdaki alt amaçlar belirlenmiştir:

- BKB ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB’ deki Depresyon düzeyi ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB’ deki Depresyon düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- BKB' deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyiyle SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyi ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki Depresyon düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB ile NKB'nin SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- NKB'de cinsiyet faktörüne göre SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- BKB'de cinsiyet faktörüne göre SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- Cinsiyet faktörüne göre BKB ile NKB'nin SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Psikiyatri kliniğine başvuran hastaların büyük bir kısmında eksen 1 ya da eksen 2 komorbiditesinin olması, belirtileri şiddetlendirirken tedaviye dair direnci de arttırmaktadır. Komorbiditenin varlığı, tanı koymayı zorlaştırmakta ve tedavi sürecini zora sokmaktadır. Klinisyenin klinik görünümde var olan belirtileri iyi değerlendirmesi ve eksen 2 tanısını doğru bir şekilde koyması halinde, hastanın direncinin çözülmesi ve tedavinin devam etmesi mümkün olacaktır. Bu araştırma, eksen 2 tanısı BKB ve NKB olan hastaların klinik görünümelerini ortaya koymaya dönük veriler sunması nedeniyle önem arz etmektedir.

1.5. SAYILTILAR

1. Araştırmaya katılan hastaların, anketi ve ankette yer alan ölçeklerle kişisel özelliklere ilişkin soruları samimiyetle ve doğru olarak cevaplamışlardır.
2. Araştırmanın örnekleme, evreni temsil etmektedir.
3. Araştırmanın ölçme araçları ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilirlerdir.

1.6. SINIRLILIKLAR

Bu araştırmanın sınırlılıkları;

1. Bu araştırma, amaç ve alt amaçlarda belirtilen sorular ile sınırlıdır.
2. Araştırma, örneklem grubuyla sınırlıdır.
3. Zaman olarak 2015 yılı ile sınırlıdır.
4. Araştırmanın sonuçları, araştırmaya katılanların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

BÖLÜM II

LİTERATÜR

2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.1.1. BKB'nin Tarihçesi

Ruhsal rahatsızlıkları sınıflandırırken nevroz ve psikoz olarak bilinen bu iki kümeye tam olarak oturmayan ama iki kümenin özelliklerini de kısmen gösteren farklı bir tablonun olması uzun yıllar psikiyatristlerin dikkatini çekmiştir. Bir kısım klinisyenler psikotik özellikler gösteren ama tam olarak psikoz tanısı konulamayan bu hastaların latent şizofreni, psödonevrotik şizofreni, yatırılması gerekmeyen şizofreni, şizofreni öncesi kişilik yapısı gibi tanımlamalar yaparak tedavi edilmesinin pek mümkün olmadığını iddia ederken bir kısım klinisyenler de nevrozdan ve psikozdan farklı ama tedaviye karşı direnç gösteren bir hasta grubu olarak tanımlamayı tercih etmişlerdir. Sınır kavramı ilk olarak Stern (1938) tarafından, psikoz ile nevroz arasındaki bir ruhsal yapılanmayı tanımlamak için kullanılmıştır. 1938 yılında ruh sağlığı alanında literatüre giren sınır kavramının nitelemiş olduğu hasta grubu sonraki yıllarda farklı araştırmacılar tarafından farklı isimler altında incelenmiştir (Akt. Temiz, 2004).

Son 35 yıldır kabul gören sınır kişilik bozukluğu tanı kriterleriyle ne düzeyde örtüştüğü tam olarak bilinmeyen ama nevrotik ve psikotik yapılardan bariz farkları olan hastalarla çalışan araştırmacılara baktığımızda: *yatırılması gerekmeyen şizofreni* (Zilboorg, 1941), *miş gibi kişilikler* (Deutsch, 1942), *şizofreni öncesi kişilik yapıları* (Rapaport vd., 1945-46), *sahte nevrotik şizozofreni* (hoch ve Polatin, 1949), *şizoid kişilik yapısı* (Fairbairn, 1951), *sınır durumlar* (Knight, 1953), *sınır kişilik* (Rangell, 1955; Robbins, 1956), *psikotik karakterler* (Frosch, 1964) gibi isimler altında patolojiyi tanımlamaya çalıştığını görmekteyiz. *Sınır kişilik örgütlenmesi* (Kernberg, 1967) kavramını ortaya atan Kernberg ise diğerlerinden farklı olarak tek bir kişilik patolojisini tanımlamak yerine betimsel, yapısal ve oluşumsal olarak ortak özelliklere sahip olduğunu düşündüğü kişilik yapısını da içine alan kişilik bozukluğu kümesi

oluşturmuştur. Ruhsal yapıyı psikotik, sınır, nevrotik olmak üzere üç düzeyde tanımlayan Kernberg, sınır kişilik bozukluğunu diğer (narsisistik kişilik, şizoid kişilik, antisosyal kişilik, paranoid kişilik) kişilik bozukluklarının büyük bir kısmını içine alan *sınır kişilik örgütlenmesi'nin* içinde özgül bir yapı olarak ele almıştır (Akt. Kernberg, 1975).

İlk başta sadece psikoz ve nevroz arasındaki durumu tanımlarken kullanılan “sınır” kavramı, nesne ilişkileri kuramının gelişmesiyle paralel gelişim göstererek etiyolojik, betimsel ve yapısal özellikleriyle tanımlanan bir kişilik bozukluğunu ifade eder duruma gelmiştir. Bu kavram psikiyatrik sınıflandırmada yer almadan önce uzun bir süre bekletilmiş, 1970’ lerde John Gunderson’ un çalışmalarıyla ivme kazanmış ve 1980’ de DSM-III’ e eklenmesiyle yaygın kabul görmüştür. Sınır kişilik bozukluğu yaygın dürtüsellik, süreğen öfke, ülküleştirme ve değersizleştirme arasında gidip gelen tutarsız ve yoğun insan ilişkileri, duygulanımsal tutarsızlık, sıkıntı ve boşluk duyguları ve kendine zarar verecek davranışlara eğilim olarak tanımlanır (Aktar, 1995).

2.1.2. BKB'nin Epidemiyolojisi

Borderline kişilik bozukluğu, genel nüfusun %2,0'sinde görülür. Kadınlarda görülme oranı erkeklere göre 3 kat fazladır. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında bu bozukluğun görülme oranı, genel nüfusa göre yaklaşık 5 kat fazladır (Türkçapar ve Işık, 2000). BKB tanısı alanlar, kliniklere başvuran tüm kişilik bozukluğu vakalarının %30,0-%60,0'lık bir kısmını oluşturmaktadırlar (DSM-IV-TR, 2000).

Çeşitli çalışmalarda (Akiskal ve ark., 1985; O'Leary ve ark., 1991; Soloff ve ark., 1994), yaş ortalamalarına bakıldığında 21 ila 36 arasında saptanmıştır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında ise borderline kişilik bozukluğu olan hastalarla yapılan 23 çalışmanın meta-analizinde, olguların %77,0'nin kadın olduğu belirtilmiştir. Medeni durumlarına göre yapılan araştırmaların birçoğunda, bekâr ya da boşanmış olma oranı %63,0-95,0 olarak bulunmuştur (Aktar, Byrne, Doghramji, 1986; akt. Baykız, 2003).

Yukarıda verilen rakamlar Amerika Birleşik Devletleri için geçerli olup ülkeden ülkeye değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de böyle bir sıklık belirleme çalışması yapılmadığından genel nüfusta rastlanma oranı konusunda net bir bilgi yoktur.

2.1.3. DSM-V'e GÖRE BKB

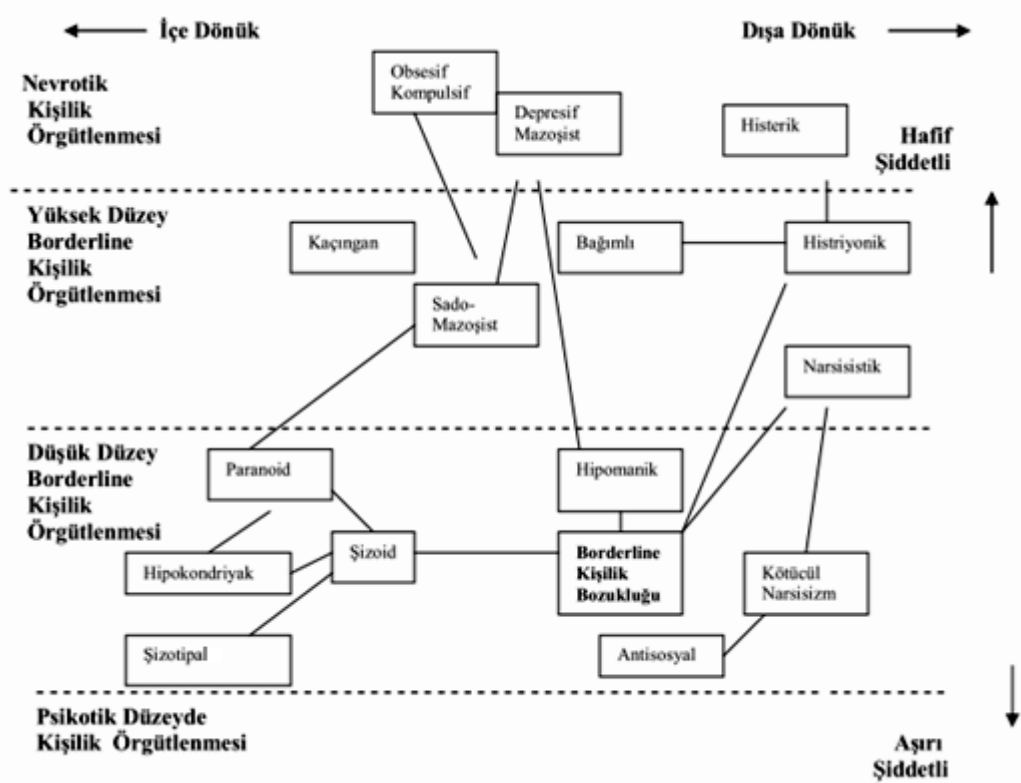
DSM-V'e göre aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntüdür. Temel özellikleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın).
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler örüntüsü.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duygusu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (Örneğin para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkanırcasına yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri, göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımında tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun bunaltı).
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük (Örn.: Sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

2.1.4. BKB'ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.4.1. Kernberg'in Borderline Kişilik Örgütlenmesi Kavramı

Kernberg'e göre (1967), 'Sınır kişilik örgütlenmesi' DSM-III, DSM-IV ve DSM-V'de tanımlanan sınır kişilik bozukluğu değildir, onu da içine alan daha geniş bir kişilik patolojisi yelpazesidir. Kernberg'in kişilik bozukluklarına ilişkin oluşturduğu sınıflandırmaya baktığımızda nevrotik, sınır ve psikotik olmak üzere üç farklı kişilik bozukluğu kümesine ayırdığı görülür. Mizaç özelliklerine göre içe dönük ve dışa dönük olarak sınıflandırırken kimlik dağınıklığı düzeyi, savunma mekanizmalarının yapısı ve gerçeklik algısının durumuna göre aşırı şiddetliden (alt düzey) hafif şiddetliye (üst düzey) doğru sınıflama yapmıştır. Borderline kişilik örgütlenmesini de yine aynı kriterleri kullanarak üst düzey (hafif) ve alt düzey (ağır) olmak üzere iki gruba ayırmaktadır. Şekil 1'de yer alan patolojiler arasındaki çizgiler, klinik olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. 2006).



Şekil 1. Kernberg'in Patolojik Ruhsal Örgütlenme Şeması , (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. 2012)

Kernberg (1975), kimlik dağınıklığını kendilik ve nesne tasarımlarının zayıf bir şekilde bütünleşmesi olarak tanımlamıştır. Kimlik karmaşasının özellikleri: karşıt kendilik algılamaları, duygusal anlamda tam olarak bütünleşmemiş ve karşıtlık taşıyan davranışlar, kendilik tasarımıındaki tutarsızlıklar nedeniyle kendilik algılamasında kesintiler, insanlarla ilişkilerde eş duyum ve sıcaklık eksikliği, ilişkilerin dengesiz ve tutarsız seyretmesidir. Erken çocukluk döneminde yaşanan şiddetli olumlu ve olumsuz duygu tonlarındaki ilişkiler sonucunda, kendilik ve diğeri kavramları birbirinden ayrı tutulmuştur. Kimlik karmaşası olan kişi kendini ve dünyayı, kendilik ve diğeri arasındaki ilişkiyi daima bütünleşmemiş kavramlarla algıladığından duygusal, düşünsel ve davranışsal bakımdan tutarlı bir kimlik sergileyemez. Şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar ve dramatik davranışlar sergiler. Dolayısıyla tutarlı ve belli kararlılıkları olan ilişki sürdüremezler, ilişkilerde sıcak ve empatik olamazlar. Kimlik karmaşası, kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmemesinin yanında, kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye karşı duyarlılığı ile de gözlemlenir. Kendilik tutarlılıkları ve değerleri başkalarına bağlı olduğu için yalnızlığa tahammül edemezler ve zorlayıcı bir tarzda sosyal olma ihtiyacını hissederler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır.

Nevrotik örgütlenmede, bastırma ve bastırmaya yardımcı olan üst düzey savunma mekanizmaları kullanılırken sınır kişilik örgütlenmesinde temel savunma mekanizması olarak bölme ve ona yardımcı savunma mekanizmaları olarak: ilkel yüceleştirme, yansıtmanın ilkel türleri, inkar, tüm güçlülük ve değersizleştirme savunmaları görülür. Gerçeği değerlendirme yetisi sınır kişilik örgütlenmesinin psikotik örgütlenmeden ayırıcı tanısını sağlayan bir ego fonksiyonudur. Gerçeği değerlendirme, kendiliği kendilik olmayandan, iç uyaranları dış uyaranlardan ayırt etmesi ve kişinin kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekçi şekilde değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Gerçeği değerlendirme klinik olarak, halüsinasyon ve hezeyanlara kapılmama, uygunsuz duygulanım, davranış ya da düşünce içeriğinin olmaması, başkalarının gerçeklikle ilgili düşünce ve davranışlarına empatiyle yaklaşabilme gibi özelliklerle kendini belli eder (Akt: Temiz, 2004).

Tablo 1. Ruhsal yapılanmaya göre savunma mekanizmaları (Kernberg, 2008)

	Kimlik Bütünleşmesi	Savunma Mekanizmaları	Gerçeği Değerlendirme Yetisi
Nevrotik	Tam	Üst Düzey	Tam
Sınır	Kimlik Dağınıklığı	İlkel	Korunmuş
Psikotik	Zayıf kimlik	Alt düzey	Bozuk

Bir klinisyenin, borderline kişilik örgütlenmesini psikotik kişilik örgütlenmesinden ayırması nispeten daha kolay gibi görünürken nevroitik örgütlenmeye sahip olan hastayı borderline örgütlenmeye sahip olan hastadan ayırmasının daha zor olduğu bilinmektedir. Her ne kadar betimsel olarak borderline yapıların klinik görünümleri biliniyor olsa da belirtilerin hiçbiri dinamik anlamda patognomonik değildir. Ancak birazdan sıralanacak olan belirtilerin ikisinin ve özellikle üçünün varlığı kuvvetle altta yatan sınır kişilik örgütlenmesi olasılığına işaret eder.

1. **Kaygı:** Genelde kronik, dağınık, bir yere bağlanamayan kaygıları vardır. Bu semptom diğer semptomlarla beraber olduğunda özellikle anlam kazanır.
2. **Çok Semptomlu Nevroz:** Birden çok fobinin olması, aşırı değer atfedilen düşünce ve eylem niteliği kazanmış takıntılı–zorlantılı semptomlar, birden fazla var olan (özellikle kronik ise) konversiyon semptomu, çözülme tepkileri ve fügler ile bilinçte bozulmaların eşlik ettiği amnezi, hipokondri, herhangi bir semptomla beraber paranoid ve hipokondiyak şikâyetler.
3. **Çok Biçimli Sapık Cinsel Eğilimler:** Çeşitli sapık cinsel eğilimlerin bir arada bulunduğu, görünür cinsel sapmalar
4. **Klasik Psikoz Öncesi Kişilik Yapıları:** Paranoid kişilik (temel betimleyici tanıyı alabilecek kadar şiddetli paranoid eğilimler) gibi tanı koyduracak düzeyde bir patolojinin semptomunun şiddetli olması.
5. **İtki Nevrozu ve Madde Bağımlılıkları:** Alkolizm, madde bağımlılıkları, bazı psikolojik kökenli şişmanlık türleri ve kleptomani gibi...
6. **Alt Düzey Karakter Bozuklukları:** Tipik olarak kaotik ve itki dolu karakterlerin temsil ettiği alt düzey savunma mekanizmalarını (bölme, yansıtma, yansıtmalı özdeşim, ilkel inkar, develüasyon) ortaya koyan yapılar (Kernberg 2008).

Tüm bu betimleyici ögeler, sınır kişilik örgütlenmesinin yalnızca muhtemel tanı işaretleridir. Kesin tanı betimleyici semptomlara değil karakteristik ben patolojisine bağlıdır. Aşağıdaki tabloda borderline örgütlenme, nevrotik örgütlenme ve sağlıklı yapının kimlik dağınıklığı, savunmalar, gerçeklik testi, agresyon, içselleştirilmiş değerler ve nesne ilişkileri açısından karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 2. Kişilik örgütlenmesi kademelerinin görünümüleri (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. 2012)

	Borderline Örgütlenme	Nevrotik Örgütlenme	Normal Örgütlenme
Kimlik	Kendilik ve ötekilere karşı tutarsız algı: işe ve hobilere zayıf yatırım	Kendilik ve ötekilere karşı tutarlı algı: işe ve hobilere yatırımlar	Kendilik ve ötekilere dair bütünleşmiş algı: işe ve hobilere yatırımlar
Savunmalar	İlkel savunmaların kullanımı	Daha ileri düzey savunmaların kullanımı: katılık	Daha ileri düzey savunmaların kullanımı: esneklik
Gerçeklik Testi	Gerçekliğin sosyal kriteriyle değişen empati: anlayışlı ve düşünceli olmama	Kendisi dışındakilere, içsel ve dışsal olanlara dair doğru algılar: gerçeklik sosyal kriteriyle empati kurma	Kendisi dışındakilere, içsel ve dışsal olanlara dair doğru algılar: gerçeklik sosyal kriteriyle empati kurma
Agresyon	Kendi kendine yöneltilen agresyon; ötekine yönelik agresyonu olanların bazıları: ciddi vakalarda nefret	Baskılanmış agresyon: suçluluğun takip ettiği öfke patlamaları	Ayarlanabilen öfke: kendini uygun şekilde ortaya koyma
İçselleştirilmiş Değerler	Çelişkili değer sistemi:kendi değerlerine uygun yaşama kapasitesinin olmayışı:belirli bazı değerlerin belirgin yokluğu	Aşırı suçluluk duyguları: kendiliğiyle başa çıkmada bazı katılıklar	Kararlı, bağımsız, bireyleşmiş
Nesne İlişkileri	Sorunlu kişilerarası ilişkiler,cinsel ilişkilerin yokluğu veya karmaşıklık;ilişkilerin karışık içsel modelleri;aşk ilişkilerinin ciddi engellenmesi	Cinselliği bir derece bastırma veya cinsellik ve sevgiyi bütünleştirmede güçlükler: seçilmiş ötekilerle spesifik çatışmalara odaklanan ötekilerle derin ilişkiler	Ötekilerle uzun süreli ve derin ilişkiler; şefkat içeren cinsel yakınlık: ilişkilerin tutarlı çalışan modelleri

Aktarım odaklı psikoterapi kuramının kurucusu olan Kernberg, kişilik bozukluklarında etkili bir ayırıcı tanı için özel olarak oluşturmuş oldukları yapısal görüşme sürecini uygulamaktadır. Yapısal görüşmede fiziksel, sosyal ve duygusal semptomların detaylı incelenmesi, üç ana alanda nasıl işlev gördüğünün detaylı sorulması (iş ve meslek, sevgi ve cinsellik, sosyal yaşam ve yaratıcılık) gerekir. Kim olduğunu tanımlaması ve terapiye neden geldiğini ifade etmesi gibi sorular sorularak,

hem seans sırasında kurulan ilişkide aktif olan nesne ilişkilerinin gözlenmesi hem de verdiği cevaplardan kişiliğin farklı yönlerinin detaylı analiz edilmesi sonucunda, kişinin ruhsal örgütlenme düzeyinin patolojik sınıflandırma sistemi içerisindeki yerini netleştirmeye çalışmaktadır (Kernberg, 2012).

2.1.5. Masterson Yaklaşımının Tarihçesi ve Gelişimi

James F. Masterson, 1960’larda görev yapmış olduğu psikiyatri hastanesinde yatan ergenler üzerinde gerçekleştirmiş olduğu bir araştırmalarda, çeşitli şikayetlerle gelen ergenlerin bir kısmının eyleme vurumlarının durdurulması sonucunda derin bir depresyona girdiğini görmüştür. Eyleme vurumlarla (madde kullanımı, öfke patlamaları, okuldan kaçma, kendine ve çevresine yönelik riskli davranışlar) depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen Masterson, eyleme vurumların kişiyi depresyondan koruyan bir savunma olduğunu fark etmiş ve borderline üçlüsü diye ifade ettiği (kendilik aktivasyonu-terk depresyonu-savunmalar) terk depresyonu kuramını ortaya atmıştır. Hastalar üzerinde geriye dönük yapmış olduğu retrospektif araştırmalar ve taburcu olan hastalar üzerinde yapmış olduğu takip çalışmaları sonucunda, geçici ergenlik krizi belirtileri diye tasvir edilen hastaların bir kısmının borderline intrapsişik yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Masterson, 2011).

Margaret Mahler (ayrılma bireyleşme kuramı), John Bolby (bağlanma kuramı), Daniel Stern (çocuk araştırmaları), Allan Shore (nörobiyoloji ve kendilik gelişimi) gibi araştırmacıların ortaya koyduğu bilgileri, gelişim psikoloji perspektifinde birleştirerek kendi kuramına gelişimsel dayanak haline getiren Masterson, klasik psikanaliz (Sigmund Freud), nesne ilişkileri (Otto F. Kernberg, Melanie Klein, W.Ronald D.Fairbairn, Harry Guntrip, Donald W. Winnicott) ve kendilik psikolojisi (Heinz Kohut) kuramlarını bütüncül bir anlayışla entegre ederek çalışmalarını zenginleştirmiş, “gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri” kuramı olarak son halini vermiştir (Masterson, 2008).

Başlangıçta borderline üçlüsü olarak tanımladığı bu yapılanmayı sonralarda, bütün kişilik bozukluklarının temelinde olduğunu düşündüğü “kendilik üçlüsü bozuklukları” olarak ifade etmiştir. Kişinin, gelişimsel potansiyellerini ortaya koyduğu kendilik aktivasyonunun, ayrılma anksiyetesi ve terk edilme depresyonuna sebep olduğunu, terk edilme depresyonundan kurtulmak için de savunmalara başvurduğunu ifade eden Masterson, tüm kişilik bozukluklarında anahtar özelliğin, ego ve nesne

ilişkilerinin gelişimsel duraklamasıyla birlikte kendiliğin gelişimsel duraklaması olduğunu belirtmiştir (Masterson, 2008).

Masterson Yaklaşımına Göre Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması:

Gelişimsel kendilik ve nesne ilişkilerine göre kişilik bozuklukları: borderline kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ve paranoid şizoid kişilik bozuklukları şeklinde 4 kategori ayrılmış, bu patolojiler de şiddetine göre yüksek, orta, düşük olmak üzere üç grupta incelenmiştir. Bütün kendilik bozukluklarını gerçek kendiliğin inşası sürecinde yaşanan terk edilme depresyonuyla baş edebilmek adına oluşturulan savunmalar olarak değerlendirir (Masterson, 2007). Masterson'a Göre Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması aşağıdaki gibidir;

1. Borderline Kişilik Bozukluğu

- a) Bağımlı
- b) Pasif saldırgan
- c) Kompulsif
- d) Histriyonik

2. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

- a) Teşirci
- b) Gizli
- c) Değersizleştirici

3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

4. Paranoid Şizoid Bozukluklar

- a) Paranoid
- b) Şizoid
 1. Kaçınmacı
 2. Gizli
- c) Şizotipal

İntrapsişik Yapıya Göre Farklaştırıcı Teşhis

Nesne ilişkileri kuramı, çoğunlukla anneye ve sonra da babayla olan ilk ilişkilerin içselleştirilmesi üzerine kurulu psikanalitik çalışmadır. Nesne ilişkileri

teorisinin sözcük dağarcığı "kendilik ve nesne temsilleri" bunları birbirine bağlayan "duygulanım" ayrıca da "ego fonksiyonları" ve "savunmadan" oluşur. Örnek olarak çocuk, anneyle etkileşim içerisinde. Bu etkileşimin kendilik temsili, etkileşimin nesne temsili ve bu ikisini birbirine bağlayan duygulanım, bölünmüş nesne ilişkileri birimini biçimlendirmek için içselleştirilir (Masterson, 2007).

Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozuklukları alt kategorileri: bağımlı, pasif saldırgan, kompulsif ve histriyonik olmak üzere dört farklı şekilde görülmektedir. Bu kategorilerin her birinin terk edilme depresyonuna karşı farklı bir savunma biçimini yansıttığı düşünülür. Nesne ile ilişki kurma biçimine göre yapışmacı ve uzaklaşmacı olarak iki farklı tarzda görülmektedir. Biri nesneye yapışarak diğeri ondan uzaklaşarak ya da eyleme vurarak bağlantı kurmaktadır. Şekil 2'de BKB'lerin bölünmüş nesne ilişkileri birimini göstermektedir. Bu bölünmüş nesne ilişkileri birimi, iki parça birimden oluşur. En alttaki kendilik temsili ile en üstteki nesne temsili duygulanımla birbirine bağlıdır (Masterson, 2007).

Ödüllendirici ya da Libidinal Parça Birim

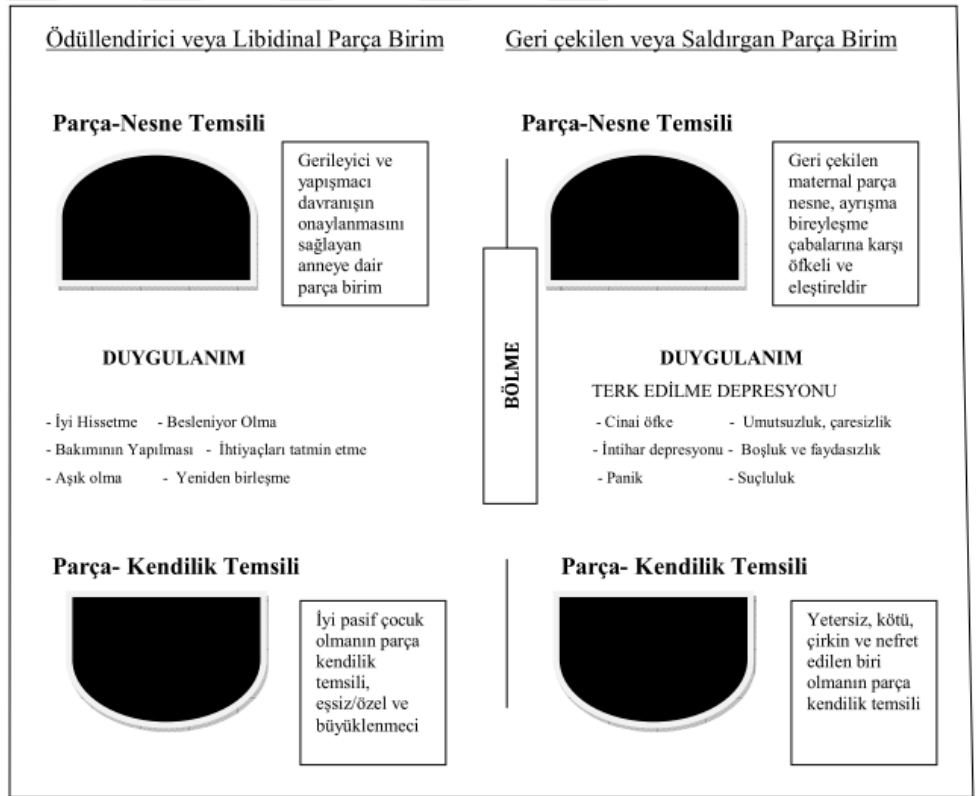
Tam pasif çocuk varlığının kendilik temsili ve gerileyici, yapışmacı davranış için onaylama veren nesne temsili mevcuttur. Duygulanım ikisini birbirine bağlar ve onu tanımlamak için kullanılan perspektife dayanır: iyi hissetme, varlığını sürdürebilme, aşık olma, beslenme ya da yeniden birleşme için istekleri karşılama. Bu parça birim borderline kişilik bozukluğunun başlıca iki psikik düzeyinden birisidir (Masterson, 2007).

Geri Çekilen yada Saldırgan Parça Birim

Maternal parça nesne geri çekilir, ayrılma bireyleşme süreci boyunca öfkeli ve çabaları beğenmez. Bu parça birimde, parça kendilik temsili yetersiz, kötü, çirkin bir durumdadır ve geri çekilmeye neden olur. Bu geri çekilen birimin en önemli kısmı, iki temsili birbirine bağlayan duygulanımı değiştirir ve terk edilme depresyonu olarak tanımlanan durumu ortaya çıkarır (Masterson, 2007).

Bölünmüş Ego

Ego yapısı iki parçaya bölünmüştür. Parçanın biri, gerçeklik prensipleri üzerine faaliyet gösterir diğer bir deyişle gerçeklikmiş gibi görür ve üstesinden gelmeye çabalar. Diğeri ise gerçek olup olmadığına aldırmayarak iyi hissettiren ne ise onu takip etmek için haz prensibine göre hareket eder. Çocuğun egosu öncelikle haz ilkesi üzerinde çalışır. Fakat Freud'un bize söylediği gibi haz ilkesi gerçeklikle çatışır ve gerçeklik ilkesini geriletir. Bu hastalarda, ego yapılarının büyük bir kısmı haz ilkesine göre faaliyet gösterdiğinden bu dönüşüm sadece kısmen meydana gelir. Borderline hastalarda bu “patolojik ego” olarak adlandırılır. Bu, daha çok gerçekliğe dayalı ego sahibi kişiler için mümkün olmayacak derecedeki fantezi aracılığıyla borderline hastaların memnuniyetini sağlar (Masterson, 2007).



Ego Kusurları: Zayıf gerçeklik algısı, engellenme toleransının düşüklüğü, dürtü kontrolü zayıflığı, ego sınırlarıyla ilgili problemler

İlkel Savunma Mekanizmaları: Bölme, eyleme vurma, yapışma, inkar, kaçınma, yansıtma, yansıtımlı özdeşim

Bölünmüş Ego: Gerçeklik egosu ve patolojik ego (haz egosu)

Şekil 2. Borderline bölünmüş nesne ilişkileri birimi (Masterson, 2007)

Terk Edilme Depresyonu

Terk depresyonu yaşayarak gelişimsel duraklamanın meydana geldiği anda çocuk, kendilik parçasının bir kaybı olarak anne desteğinin eksikliğini hisseder. Bu nedenle hasta hayati bazı şeylerin eksikliği şeklinde bunu ifade edecektir. Kan, oksijen yada hayati vücut parçalarının eksikliğini hisseder gibi... Bu kritik terk depresyonu tek bir duygulanım değil, mahşerin altı atlısı olarak bilinen altı duygunun birleşimidir: cinai öfke, intihar depresyonu, panik, çaresizlik ve umutsuzluk, boşluk, faydasızlık ve suçluluk. İntrapsişik yapı, 2. ve 3. yaşlar arasında yer alır. Bu süreçten sonra ilerdeki yaşamda herhangi bir ayrılık (sevgi nesnesinin kaybı) ya da kendiliği etkinleştirme çabaları (anne türevlerinden onay almadan gerçekleştirilen bireysel karar verme ya da potansiyelini ortaya koyma girişimi), terk edilme depresyonuyla geri çekilme birimini tetikler. Bu, kendilik üçlüsü bozukluklarını sırayla harekete geçirir. Kendilik aktivasyonu veya ayrılık, terk depresyonuna yol açar ki bu da savunmaları harekete geçirir (Masterson, 2007).

Egonun ve Kendiliğin Gelişimsel Duraklaması

Egonun gelişimsel duraklaması, ego fonksiyonlarında kusura yol açar. Genel olarak baktığımızda gerçeklik algısında zayıflık, dürtü kontrolünde yetersizlik, engellenme toleransının düşük olması, ilkel savunma mekanizmalarına (bölme, yansıtma, yansıtımlı özdeşim, inkâr, ilkel ölküleştirme, değersizleştirme, eyleme vurma, yapışma, kaçınma) sahip olması gibi özellikler görülmektedir. Kendiliğin gelişimsel duraklaması, kendiliğin tüm kapasitelerinde bozulma meydana getirir. Gerçek kendiliğin kapasitelerine bakacak olursak:

1. Keyif, canlılık, heyecan ve kendiliğindenlik duyguları derinlemesine deneyimleyebilme kapasitesi
2. Uygun yetkinlikler bekleme kapasitesi
3. Kendilik aktivasyonu ve kendini ortaya koyabilme kapasitesi
4. Özsaygı onayı sağlayabilme kapasitesi
5. Acı dolu duyguları dindirebilme becerisi geliştirme kapasitesi
6. Söz vererek bağlanma ve buna sadık kalabilme becerisi geliştirme kapasitesi

7. Yaratıcılık ve üretkenlik kapasitesi
8. Yakın ilişki kurduğu kişilerde, en az terk edilme ve yutulma endişesiyle, gerçek kendiliği tam olarak ve dürüstçe ifade etme kapasitesi
9. Yalnız kalabilme kapasitesi
10. Kendiliğin kabulünü ve sürekliliğini sağlayabilme kapasitesi (Masterson, 2012).

2.1.6. Gunderson'un Sınır Hastalara Yaklaşımı

Kernberg sınır hastaları psikanalitik açıdan tanımlarken, Gunderson (1975) daha çok tanısıl kriterler oluşturmaya çalışmış ve 1980'de ayırıcı tanı kriterlerinin oluşturulması ile DSM-III'de yer almasına ciddi katkılar sunmuştur. Sınır kişilik bozukluğu yaygın dürtüsellik, süregelen öfke, ölükleştirme ve değersizleştirme arasında gidip gelen tutarsız ve yoğun insan ilişkileri, duygulanımsal tutarsızlık, sıkıntı ve boşluk duyguları ve kendine zarar verici davranışlara karşı eğilim ile tanımlanmaktadır (Akhtar, 1995).

Gunderson, sınır kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı konusuna ağırlık vermiş ve bu hastalığın psikodinamik yapıya sahip olmakla birlikte, belirli semptom ve davranışları olan daha tanımlayıcı bir sendrom haline gelmesine ciddi katkılar sunmuştur. Bu yapıların tanımlanmasına ilişkin oluşturduğu kriterlerin kullanılması, sınır kişilik bozukluğuna özgü olduğu düşünülen dört davranış örüntüsünün belirlenmesine olanak sağlamıştır. Bunlar terk edilme, yutulma ve yok edilme korkuları; talepkarlık ve yetkilendirme; tedavi sırasında gerilemeler ve uygunsuz şekilde yakın ya da düşmanca tedavi ilişkileri harekete geçirme yeteneğidir (Akt. Temiz, 2004).

Semptomlar duygu, idrak, itkisel davranış örüntüleri ve kişiler arası ilişkiler ana başlıkları altında incelenmektedir (Akt. Temiz, 2004).

Duygu

1. Kronik / majör depresyon
2. Kronik yardıma muhtaçlık / umutsuzluk / değersizlik / suçluluk
3. Kronik öfke / sık öfke dışavurumları
4. Kronik kaygı
5. Kronik yalnızlık duygusu / can sıkıntısı / boşluk duygusu

İdrak

6. Tuhaf düşünme / alışılmadık kavrama deneyimleri
7. Delüzyon içermeyen paranoya
8. Geçici psikotik deneyimler

İtkisel Davranış Örüntüleri

9. Madde kullanımı / bağımlılığı
10. Cinsel sapma
11. Kendini yaralama davranışı
12. Manipülatif intihar davranışları
13. Diğer itkisel davranışlar

Kişiler Arası İlişkiler

14. Yalnızlığa tahammül edememe
15. Terk edilme / yutulma / yok edilme korkuları
16. Bağımlılığa direnç / yardım ve bakıma karşı ciddi çatışma
17. Fırtınalı ilişkiler
18. Bağımlılık / mazoşizm
19. Değersizleştirme / manipülasyon / sadizm
20. Talepkarlık / yetkilendirme
21. Tedavi gerilemeleri
22. Karşı aktarım / özel tedavi ilişkileri

2.1.7. Linehan'ın Diyalektik Davranışçı Yaklaşımı

Sınır kişilik bozukluğu için son dönemlerde psikanalitik tedavinin yanında diyalektik davranışsal terapinin de etkili bir tedavi seçeneği olarak sunulduğu görülmektedir. Davranışçı yaklaşımlara bakıldığında en baskın paradigmanın Linehan'ın duygulanımsal düzensizlik odaklı modeli olduğu görülmektedir. Linehan'a (1993) göre temel problem: gelişimsel süreçteki biyolojik eğilim, çevresel şartlar ve bu iki olgu arasındaki etkileşimden kaynaklanan duygulanımsal düzensizliktir. Linehan,

sınır kişilik bozukluğu olan bireylerin hepsi olmasa da birçok duygusunu düzenlemede zorluk yaşadığı görüşündedir (Akt. Tunçelli, 2008).

Diyalektik davranışçı terapide tedavinin diyalektik vurgusu, her hastayı kendi özgün yapısı içinde kabul etmeye gönderme yaparken kişinin bir bütün olarak ve etkileşim içerisinde değişebileceğini savunur. DDT, hastanın tedavisi üç bileşene ayrılmıştır: ilki, öncelikle beceri kazanımına odaklanır, diğeri motivasyonel sorunlarla ve becerilerin sağlamlaştırılması ile ilişkili iken, sonuncusu tüm bu kazanılan becerilerin sadece tedavi ortamı ile sınırlı kalmayıp gündelik hayata da aktarılabilmesi ile ilişkilidir. Terapi sürecine, konsültasyon takımı toplantılarını da ekleyerek, tedavi çerçevesini korunması sağlanmıştır (Akt. Tunçelli, 2008).

2.1.8. BKB' nin Etiyolojisi

2.1.8.1. Nesne İlişkileri

Masterson (2007), gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri bağlamında kişilik oluşumunu etkileyen unsurları doğa, kader ve çevre olarak üç kısımda incelemiştir. Doğa: kendini ortaya koyma ve inşa edebilme kapasitesini belirleyen genetik yapı, kader: 2-3 yaşlarındayken çocuğu olumsuz etkileyecek stresör olaylar ve travmalar, çevre ise ayrışma bireyleşme sürecindeki çocuğu desteklemeyen ve duygusal olarak kendini geriye çeken anneyi ifade etmektedir. Masterson, borderline kişilik bozukluğunu, Mahler'in ortaya koymuş olduğu gelişim kuramındaki ayrışma bireyleşme döneminin (6-36 ay arası) yeniden yakınlaşma alt evresinde (15-22 ay arası) meydana gelen, nesne ilişkileri ve ego fonksiyonlarındaki gelişimsel duraklama sonucu oluştuğunu ileri sürmektedir. Ayrışma bireyleşme sürecinde, gerçek kendiliğini ortaya koyarak anneden farklı bir ruhsal yapılanma sürecine ilişkin deneyimler yaşayan çocuk, annenin kendi terk edilme kaygılarını ortaya çıkarmaktadır. Çocuğunun ayrışıp bireyleşmesine dayanamayan anne, kendi kaygılarını yatıştırabilmek adına libidinal enerjisini çocuktan çekerek onun terk depresyonuna (panik, yetersizlik, suçluluk, öfke, atalet, boşluk ve anlamsızlık) girmesine sebep olmaktadır. Annenin libidinal enerjisini çekmesi, çocuğa analkastik depresyon (vücudunun bir organını kaybetmek gibi) yaşatır ve anne tarafından terk edilmekten korkan çocuk bireyselleşmeyle beraber gelecek olan gerçek kendiliğinden vazgeçip annenin istediği çocuk (yapışan, pasif) olduğunda, annesi tarafından ödüllendirilir.

Çocuk, iç ruhsal yapısında anneye uyum sağladığında ve onun gözünde iyi çocuk olduğunda aktive olan ödüllendirici nesne ilişkileri (ÖNİP) parça birimi ile kendilik aktivasyonu yaptığında ya da bir şekilde anneden ayrılmak zorunda kaldığında aktive olan terk depresyonu duygularıyla dolu olan saldırgan nesne ilişkileri parça birimi oluşacaktır. Artık çocuk ne zaman içinden bireyleşme ve özerkleşmeye dair bir istek gelecek olsa ya da ayrılmak durumunda kalsa arkasından terk edilme korkuları gelecek ve bundan kurtulmak için de kendinden vazgeçip bağlantı halinde olduğu kişinin (anne veya anne türevi) onayını alacağı davranışlara yönelerek savunma oluşturacaktır. Masterson'nun ortaya koyduğu kendilik üçlüsü (kendilik aktivasyonu-terk depresyonu-savunmalar) kuramı, çocuğun ilk kez ayrışma bireyleşme döneminin yeniden yakınlaşma alt evresinde deneyimlediği bu örüntünün sonraki yıllarda önemli ötekilerle tekrar eden ilişki kalıbına dönüştüğünü ifade etmektedir (Özakkaş, 2012).

Çocuğun, genetik olarak sahip olduğu bireyleşmeye dönük itkisi ile annenin destekleyici duygusal ilişki kurma kapasitesi arasındaki etkileşim, patolojinin gelişimi adına önem arz etmektedir. Bazı çocuklar çevresel desteğe çok az ihtiyaç duyarken bazıları genetik olarak kırılabilirler ve çok daha fazla desteğe ihtiyaç duyabilirler. Bunların dışında bazen, kritik olan ayrışma bireyleşme döneminde annenin hastalanması ve ilgilenememesi ya da bir süre anneden ayrı kalmak gibi çevresel stres faktörleri tek başına borderline kişilik bozukluğu oluşumunu hızlandırabilir (Masterson, 2007).

Linehan, temel bozukluğun duygu düzenleme sisteminde olduğunu ifade etmektedir. Ana rahmindeki faktörlerden, gelişimin erken dönemlerinde gerçekleşen ve beyni kalıcı bir şekilde etkileyen travmatik olaylardan veya bu faktörlerin etkileşiminden kaynaklanabileceğini ifade etmektedir. Çevresel bozukluklar ise özelde bu duygusal kırılabilirliği genelde ise bireyin duygusal kendiliğini yaygın bir şekilde cezalandıran, travmatize eden ya da göz ardı eden her çeşit durumdur (Akt. Masterson, 2007).

Kernberg, borderline kişilik yapılarının, Mahler'ın gelişim kuramına göre ortak yaşamsal dönem olarak adlandırdığı (2 ay-8 ay) dönemi başarıyla tamamlamış, kendini nesneden tam olarak ayırabilmiş fakat ayrışma bireyleşme döneminin (8 ay- 36 ay) ikinci alt evresi olan yeniden yakınlaşma evresinde takıldığını (17-24) ifade etmiştir. Yeniden yakınlaşma evresinde çocuk, bir taraftan bireyleşmenin keyfini yaşarken bir

yandan da annenin ortadan kaybolmasına karşı hassaslaşır ve annenin kendini terk edeceğine dair derin korkular yaşamaya başlar. Sürekli onu kontrol etme ihtiyacı hisseder ve terk edilmemek için uyumlanmacı davranır, annenin istediği çocuk olmaya gayret sarf ederek içindeki kaygıyı yatıştırmaya çalışır. Çocuğun bu dönemde yaşadığı krizin benzeri, yetişkinlik dönemlerinde yalnız kalmaya tahammül edememe ve önem verdiği yakınları tarafından terk edileceğine dair yoğun korkular yaşama şeklinde ortaya çıkacaktır. Benzer kontrol davranışları sergileyerek kendini sakinleştirmeye çalışacaktır (Kernberg, 1999).

Kernberg, yeniden yakınlaşma alt döneminde yaşanan takılmanın, çocuğun doğuştan getirdiği yapısal saldırganlık potansiyeli ile annenin duygusal ilişki kurma ve yeterli bakımı vermedeki eksikliklerinden kaynaklanabileceğini öne sürmüştür. Kernberg'in içselleştirilmiş nesne ilişkileri kuramına göre, çocuğun doğduğu andan itibaren kendine ve ona bakım veren kişiye karşı, deneyimler sonucunda oluşan olumlu ve olumsuz (duygu ve imgelerden oluşan) tasarımları vardır. Kendine ve bakım veren kişiye karşı oluşturduğu iyi tasarımların tahrip olmaması için bölme mekanizması oluşturur ve bu şekilde iyi kendilik ve nesne tasarımlarını, kötü kendilik ve nesne tasarımlarından ayırmış olur. Sekizinci aydan sonra ayrışma bireyleşme döneminin başlamasıyla anneden kendini ayırır ve gerçeklik algısını sağlamlaştırmaya başlar. Fakat kendilik ve nesne tasarımlarında bölme devam ettiğinden dolayı kendilik bütünlüğünü ve nesne bütünlüğünü sağlayamamış olur. Ayrılma bireyleşme süreci boyunca kendisinin ve annesinin iyi ve kötü taraflarını bütünleştiremeyip imgeleri ayrı ayrı koruduğundan tümüyle iyi kendilik ve anne imgesiyle tümüyle kötü kendilik ve anne imgesi arasında salındığı görülür. Normal gelişimde, bu dönemin sonuna doğru iyi ile kötü imgeler bütünleştirilerek tam nesne tam kendilik evresine geçilir ve nesne sürekliliği korunurken; yeniden yakınlaşma evresine takılan borderline yapılar, iyi ile kötü arasındaki bu salınım nedeniyle nesne ve kendilik imgelerini bütünleştiremez, nesne sürekliliğini yakalayamazlar (Kernberg, 1999).

Anneyi bütün olarak algılayıp içselleştirebilen çocukların, ayrılmaya karşı tahammül kapasiteleri daha yüksektir. Çünkü anne imgelerini iyi ve kötü olarak ayrı ayrı saklamıyor olmaları, yalnız kaldığında sadece terk edilen kötü çocuk imgesi ve terk eden kötü anne imgesini değil bunu yatıştırabilecek olan sevilen çocuk imgesiyle seven koruyan anne imgesini de birlikte aktive etmektedir. Bu iyi kendilik ve anne imgesi

yalnız kaldığında tahammülünü arttıran ve sakinleştiren bir etki yapmaktadır. Nesne sürekliliği ile birlikte durumdan duruma göre değişmeyen anne ve kendilik imgelerini oluşturmuş olmaktadır (Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y., 2012).

Borderline yapıların oluştuğu kritik dönemin “ayırışma bireyleşme dönemi, yeniden yakınlaşma alt evresi (17 ay-24 ay) olduğuna ilişkin, Kernberg ve Masterson aynı fikirde olduğu ve birçok nesne ilişkileri kuramcısı tarafından da kabul edildiği görülmektedir. Patolojinin oluşumu konusunda genetik, çevre ve travma olmak üzere üç temel faktörün olduğunu iki teorisyen de kabul etmektedir. Fakat patolojinin oluşumunda Kernberg, yapısal agresyon düzeyinin yüksek olması ve libidinal yapının agresyonu nötralize edememesi durumundan dolayı bölmenin kalkmaması ve sonucunda nesne sürekliliğinin sağlanmaması kısmına vurgu yaparken Masterson, ayrılma sürecine annenin dayanamaması sonucunda libidinal enerjiyi kesmesi ve çocuğun düşmüş olduğu terk depresyonuyla baş etmek için gerileyip anneye yapıştığını, bu şekilde bireyleşmesini engellediğini söyleyerek annenin patolojik yapısından kaynaklı bireyleşmenin olmadığı ve nesne sürekliliğinin oluşmadığına vurgu yapmaktadır. Yani, Kernberg daha çok genetik faktörler üzerine yoğunlaşırken Masterson’un çevresel faktörlere yoğunlaştığı söylenebilir.

Millon, sosyal öğrenme teorisine dayanan bir bakışla, borderline hastalarda temel sorunun kendi kimliğine ait sürekli ve net bir duygudan yoksunluk olduğunu söylemektedir. Netleşmiş bir kimlik duygusunun olmamasını, başarılı bir kimlik gelişimini aksatan, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkenlerden kaynaklandığını ifade etmektedir. Belirgin ve sürekliliği olan amaçlarının olmayışı, eylemlerin uyumsuz olmasına ve dürtü kontrolünün zayıflamasına sebep olduğunu söylemektedir. Millon, borderline hastaların diğer insanlara korunma ve güvence için bağımlı olduklarını öne sürer ve bu yardım kaynağından muhtemel bir ayrılma işaretine karşı son derece hassas olduklarını belirtmektedir (Akt. Turkçapar ve Işık, 2000).

Fonagy’e göre, borderline yapıların düşünselleştirme (mentalizasyon) kapasitesinin zayıf olması, yani kendinin ve diğerlerinin olumlu-olumsuz özelliklerine ilişkin yeterli içsel temsillere sahip olmaması patolojinin temel özelliğidir. Olumsuz yaşantıları ve algıları dengeleyecek yeterli olumlu içsel temsiller oluşturamaması, duygusal değişkenliği düzenleyememesine sebep olmaktadır (Akt. Tüzün ve Sayar, 2006).

Ganderson (1984), sınır kişilik örgütlenmesine sahip bireylerin birincil ilişkilerini dengede tutmaya çabaladıklarında, kimlik dağınıklığı yaşadıklarını aktarmaktadır. Kabul edilemez itkilerin ilişkilerine yansıtma eğilimleri ve bağlanma nesnelerini “bölme” lerini partnerleriyle kaçınılmaz çatışmalara yol açar (Akt. Temiz, 2004).

2.1.8.2. Bağlanma Kuramı

Patrick ve ark. (1994) tarafından yetişkin bağlanma görüşmesi kullanarak 12 borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastayla yapılan çalışmada, bütün hastaların saplantılı bağlanma biçimine sahip olduğu, %88,0'nin de korkulu alt tipine sahip olduğu görülmüştür. Bu hastaların kafalarının karışık olduğu, korkulu ve erken dönem bağlanma figürleriyle geçmiş yaşantılarına takılmış oldukları ifade etmektedir. Fonagy ve ark. (1994), bağlanma stilleri ile psikiyatrik durum arasında ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğu hastalarının %75,0'inin saplantılı bağlanma stiline sahip, bu stile sahip olanların da %47,0'sinin de korkulu alt tipinde oldukları görülmüştür (Akt. Temiz, 2004).

Dutton ve ark. (1994), korkulu bağlanmanın puanları ile sınır kişilik örgütlenmesinin alt ölçeği olan ilkel savunma mekanizmaları arasında istatistiksel olarak belirgin bir korelasyon çıktığını ifade etmektedir (Akt. Temiz, 2004).

2.1.8.3. Yapılan Araştırmalar

Kişilik bozukluklarında genetik araştırmalardaki en iyi bulgular ABD'de 15000 ikiz üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilmiştir. Bu çalışmalara göre kişilik bozukluğunun eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre bir kaç kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Sınır kişilik bozukluğu hastalarının aile geçmişlerinde depresyonun yaygın olduğu saptanmıştır. Bu kişilerde ve akrabalarında kontrol grubuna kıyasla daha fazla mizaç bozukluğuna rastlanmaktadır (Sadock ve Sadock 2005, Akt., Tunçelli 2008).

Van den Boom ve Hoeksma (1994), yapmış oldukları araştırmada irritabl olan ve olmayan bebekler ile anneleri arasındaki ilk 6 aylık ilişkiyi gözlemlemiştir. Yaptıkları çalışmada, irritabl olan bebeklere ilk aydan itibaren daha az görsel ve fiziksel ilgi gösterildiği, çok düşük düzeyde olumlu seslendiği, az oyun oynandığı, sıcakkanlı ilişki kurulamadığı ve daha az yatırıldığı saptanmıştır. Anneden gelen olumlu

yanıtların azlığı iritabl bebeklerde ilk altı ay boyunca devam etmiştir. Sonuçlar, doğumdan itibaren iritabl bebek ve anne arasında, iritabl olmayan bebek ve annesi arasındaki ilişkiden farklı bir şekilde bağlanma oluştuğunu göstermektedir (Akt., Tunçelli, 2008).

Young (2008), BKB olan hastaların büyük çoğunluğunun duygusal olarak değişken bir mizaca sahip olduklarını ve bu durumun biyolojik yatkınlık olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Tanılanmış BKB hastalarının dörtte üçünün kadın olduğunu belirtmektedir ve bunun kısmen mizaç farklılığından kaynaklanabileceğini söylemektedir. Cinsiyet faktörünün, çevresel faktörleri ve travmatik yaşantıların düzeyini etkileyebileceğini ifade etmektedir. Kızların, BKB hastaların öykülerinde yer alan cinsel istismara daha sık maruz kaldığını, öfkelerini ifade etmekten daha sık vazgeçirildiği ve boyun eğici tavırlara yöneldiklerini ifade etmektedir. Erkeklerin ise daha saldırgan mizaca sahip olduklarını ve itaat etme yerine hükmetmeye yöneldiklerini ifade etmektedir. Dolayısıyla erkeklerin, temeldeki şemaları kadınlarla benzer olsalar dahi narsisistik ya da antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alma ihtimalinin yüksek olduğunu düşünmektedir.

Goldman ve ark. (1993), sınır kişilik bozukluğu tanısı almış olan hastaların ebeveynlerine dönük yapılan araştırmada en az birinde % 70 oranında ciddi psikopatoloji saptamışlardır. Bu bulguları çocukların gelişimsel deneyimlerinde ailesel psikopatolojinin yanı sıra biyolojik yatkınlık temelinde açıklama yoluna gitmişlerdir (Akt., Tunçelli, 2008).

Walsh (1977), yapmış olduğu bir aile çalışmasında, sınır kişilik bozukluğu hastalarının %64,0'unun ebeveynlerinin kötüye kullanımı, düşmanca tavırları ve küçümsemelerine maruz kaldıklarını söylemiştir. Sınır kişilik bozukluğu hastalarındaki çocukluk çağı travmaları pek çok araştırmacıyı, travma sonrası stres bozukluğu ile sınır kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmaya yöneltmiştir. Schwartz ve arkadaşlarının (1990) yaptığı bir çalışmada sınır kişilik bozukluğu hastalarının üçte biri travma sonrası stres bozukluğu tanısı almıştır (Akt., Tunçelli, 2008).

Ogata ve ark. (1990), istismar ve ihmal deneyimlerini karşılaştırdıkları sınır kişilik bozukluğu ve depresyon hasta gruplarında, sınır kişilik bozukluğu hastalarının %71,0'inin çocukluk çağı cinsel istismarının, %10,0'unun fiziksel tacizinin ve %17,0'sinin fiziksel ihmalinin bulunduğunu saptamış ve cinsel taciz dışında diğerlerinin

depresyon hastalarıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark göstermediğini bulgulamışlardır (Akt., Tunçelli, 2008).

Hermen, Perry, ve Van Der Kolk tarafından (1989), BKB olan hastaların gelişimsel hikayesine ilişkin yapılan araştırmalarda, 6-12 yaş arasında bakıcıları tarafından cinsel istismara maruz kalma sıklığının yüksek olduğu rapor edilmiştir (Fossati, Maddeddu ve Malfei,1999; Trull,2001;Weaver ve Clum, 1993; Zanarini, 1997). Neredeyse bütün BKB hastaları, aileleri tarafından fiziksel, cinsel, duygusal istismara uğramakta ya da başkaları tarafından istismar edilmelerini engelleyemedikleri ve suçlama, cezalandırma gibi tepkilerin yoğun olduğu görülmektedir (Akt. Beck, 2008).

2.2. NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.2.1. NKB'nin Tarihçesi

Narsisizm kavramını psikanalize kazandıran Freud (1911, 1914), kuramını tanımlarken libido kavramından yararlanmıştır. Ona göre oto erotizmi yani libidonun kişinin kendi bedenine yatırılması, libidonun benliğe (primary narcissizm) ve benlikten de nesnelere (object libido) yatırılması izler. Nesne libidosunun nesneden geriye çekilip yeniden benliğe yatırılması ise ikincil narsisizmdir (secondary narcissizm). Bu bağlamda psikotikleri “birincil narsisizme” saplanmış hastalar olarak görmüş ve psikanaliz ile sağaltım yapılamayacağını ifade etmiştir. Freud'un narsisistik hastaların psikoza saplanmış olduğu ve sağaltım yapılamayacağına dair bu görüşü günümüzde geçerliliğini yitirmiştir (Akt; Odağ, 2011).

Ferenczi (1924, 1972), Balint (1939) ve Grunberger'e (1976) göre narsisizm, doğum öncesi dönemi (ideal konum) yeniden sağlama çabasıdır. İdeal konum aynı zamanda sınırsız rahatlığın, süresiz hoşnutluğun, bitmeyen mutluluğun, sorunsuz oluşun, tüm güçlülük ve kusursuzluğun simgesidir ve zaman kavramı tanımaz. Bu dönemde bakımın eksiksiz ve tam oluşu bebekte değerli, benzeri ve sınırı olmayan, zamandan bağımsız ve kusursuz olduğu duyguları uyandırır. İdeal konum arayışında olan narsisizmi, yitirilmiş döneme (yitirilmiş cennete) gerileme olarak görmüşlerdir (Akt; Odağ, 2011).

Pulver (1972) narsisizmi psikanalizin en önemli buluşu olarak belirtmiş ve kavramdaki karışıklıktan dolayı narsisizmin değişik şekillerde anlaşıldığını ifade etmiştir. Narsisizmi dört kümede özetlemiştir:

- a) Otoerotizm ve cinsel sapkınlıklarda kolayca belirginleşen dürtü
- b) Otoerotizm ile nesne libidosu arasında yer alan bir gelişim dönemi
- c) Belirli özellikteki bir nesne seçimi (Freud buna narsisistik nesne seçimi adını vermiş ve şöyle tanımlamıştır: Narsisistik kişiler sevgi nesnelarini anne babalarından çok kendi kişiliklerine göre seçerler. Yani şu anda olduğu, bir zamanlar olduğu, ilerde olmak istediğı kimse ya da kendisinin bir parçasına benzeyen kişi sevgi nesnesi olarak seçilir)
- d) Bir değerlilik sorunu

Hartman (1939) ilk kez narsisizmi, benliğin yerine kendiliğe libidinal yatırım olarak tanımlamıştır. Nesne yatırımlarının geriye dönüşü, benlik (ego) değil kendilik (self) yatırımdır. Hartman bu ifadesiyle, Freud'un zaman zaman birbirinin yerine kullandığı kendilik ve benliğı ayırmış ego psikolojisinin gelişmesine katkı sunmuştur (Akt; Odağ, 2011).

Narsisizmin libidinal bir yatırım, bir dürtü, doğum öncesi ideal konuma ulaşma çabası gibi başka ruhsal öğeler de eklenmiştir. Kendilik, büyüklenmiş kendilik (grandiose self), kendilik tasarımları (self representations), nesne tasarımları (object representations), ikili (dyadic) ilişkiler gibi kavramlar da narsisizm kuramı içerisinde yer almaya başlamışlardır. Bu gelişme meyvelerini vermekte gecikmemiş, Hartman'dan otuz yıl kadar sonra kendilik ruhsal bilimi (self psikolojisi) ve nesne ilişkileri kuramı geliştirilmiş ve narsisizmin bunlara dayalı yeni tanımlamaları yapılmıştır. Narsisizm, kendilik psikolojine göre (Kohut) bir kişilik bozukluğu, nesne ilişkileri kuramına göre (Kernberg, Volkan) ise bir kişilik örgütlenmesidir (Akt; Odağ, 2011).

2.2.2. NKB'nin Epidemiyolojisi

Toplum içerisinde narsisistik kişilik bozukluğunun görülme sıklığı, %0,0 ile %6,2 arasında değişmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı konulan kişilerin %50,0 ile %75,0 arasında erkek olduğu görülmektedir (Köroğlu, 2015).

Yapılan birçok araştırmada narsisistik kişilik bozukluğunun erkeklerde daha fazla görüldüğü ortaya çıkmakta ve nüfus içerisindeki yaygınlığı %1,0 olduğu tahmin edilmektedir (Butcher ve vd. 2013).

2.2.3. DSM-V'e Göre NKB

DSM-V'e göre aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, büyülenme (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve eş duyumu yapamama ile giden yaygın bir örüntüdür. Temel özellikleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

1. Büyüklenir (örn. Başarılarını ve yeteneklerini abartır, gösterdiği başarılarla orantısız bir biçimde, üstün bir biçimde görülme beklentisi içindedir).
2. Sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik ya da yüce bir sevgi düşlemleriyle uğraşır durur.
3. "Özel" ve eşi benzeri bulunmaz biri olduğuna ve ancak özel ya da üstün diğer kişilerce (ya da kurumlarca) anlaşılabilceğine ve ancak onlarla ilişki kurması gerektiğine inanır.
4. Çok beğenilmek ister.
5. Hak ettiği duygusu içindedir (özellikle kayırılacak bir tedavi göreceğine ya da her ne istiyorsa yapılacağına ilişkin anlamsız beklentiler içerisinde olma).
6. Kendi çıkarı için başkalarını kullanır (kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarını kullanır).
7. Eş duyumu yapamaz, başkalarının duygularını ve gereksinimlerini anlamak istemez.
8. Sıklıkla başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır.

Başkalarına saygısız davranır, kendini beğenmiş davranışlar ya da tutumlar sergiler.

2.2.4. NKB' ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.4.1. Kernberg'e Göre NKB

Kernberg'e (1975) göre narsisistik kişilik yapıları, içselleştirilmiş kendilik ve nesne imgelerinin yeniden birleşme süreçlerinde, kendilik ile nesneyi ayırıştırıran ben sınırlarının oluştuğu düzlemde meydana gelen bir kişilik patolojisidir.

İçselleştirilmiş nesne ilişkilerinin gelişim sürecindeki özgül bozulmalarla ortaya çıkan narsisistik kişilik yapılarının başlıca özelliklerine baktığımızda: büyüklenmecilik, aşırı bencillik, başka insanlardan hayranlık ve takdir elde etmeye çok hevesli olmaya karşılık başkalarına karşı çarpıcı bir ilgi ve eş duyum yokluğu gibi durumlar görülmektedir. Bu hastalar, kendilerinin sahip olamadığı şeylere sahip görünen ya da hayatlarından memnun görünen kişilere karşı çarpıcı bir biçimde yoğun haset duyarlar. Narsisist hastalar başka insanlarla ilişkilerini tamamen sömürüye dayalı olarak sanki "bir limonu sıkıp sonra kalanı atıyormuş" gibi yaşar. İnsanlar ona ya içlerinde istifade edilecek potansiyel varmış ve fazlasıyla değerliymiş gibi görünür ya da içi boşalmış, yararsız ve dolayısıyla değersizmiş gibi görünürler. İlişkilerde duygusal derinliği yaşayamayan bu hastalar, başka insanların karmaşık duygularını anlayamadıkları gibi kendi duygularında da değişim yoktur, hafif parlamalar olur ve sonra duygu dağılır. Özellikle içten üzüntü ve yas dolu özlem duyguları hissedemezler, depresif tepkiler yaşayamamaları kişiliklerinin temel bir özelliğidir. Başkaları tarafından terk edildiklerinde ya da hayal kırıklığına uğradıklarında yüzeyde depresyona benzer bir tepki gösterirler ancak daha yakından incelendiğinde, bunun değer verdikleri bir kişinin kaybı dolayısıyla ortaya çıkacak gerçek bir üzüntüden çok kontrol arzularıyla yüklü öfke ve gücenme duyguları olduğu ortaya çıkar (Kernberg, 1999).

Narsisistik kişilikli bazı hastalar bilinç düzeyinde yoğun güvensizlik ve aşağılık hisleri duyarlar. Zaman zaman bu aşağılık ve güvensizlik hisleri büyüklenmeci hisler ve tüm güçlü olma fantezileriyle dönüşümlü olarak yaşanır (A. Reich, 1953). Bazı zamanlar ise ancak belli bir analiz döneminden sonra bilinçdışı tüm güçlü olma ve narsisistik büyüklenmeci fantezileri yüzeye çıkar. Bu hastaların kendilik kavramlarında

aşırı çelişkilerin olması, çoğu zaman yumuşak ve etkili bir sosyal işleyiş düzeyi altında saklanmış ben ve üst benlerindeki ciddi patolojinin ilk klinik kanıtıdır (Kernberg, 1999).

Bu hastaların savunma örgütlenmesi genel olarak sınır kişilik örgütlenmesinin savunma örgütlenmesine oldukça benzer. Ağırlıklı olarak bölme, inkar, yansıtma, özdeşleşme, tümgüçlü olma ve ilkel idealleştirme gibi ilkel savunma işlemleri kullanırlar. Ayrıca sınır hastalarının karakteristiği olan oral saldırgan çatışmaların yoğun, ilkel niteliğine de sahiptirler. Narsisist kişiliği olan hastaların çoğunluğunu bilindik sınır hastalardan ayıran şey, nispeten iyi sosyal işleyişleri daha iyi dürtü denetimlerinin olması ve "sahte yüceltme" potansiyeli olarak adlandırılabilir, yani büyüklük ve başkalarının hayranlığını elde etme hırslarını kısmen tatmin etmelerine olanak sağlayan, bazı alanlarda aktif ve tutarlı çalışma yetisidir. Bu kişilik yapısına sahip çok zeki hastalar alanlarında oldukça yaratıcı görünebilirler. Sanayi kuruluşlarında ya da akademik kurumlarda lider konumlarında çoğu zaman narsisist kişiliklere rastlanabilir: ayrıca bu kişilikler bir sanat dalında çok iyi icracılar da olabilirler. Ancak üretkenlikleri uzun bir süre dikkatle gözlemlendiğinde, çalışmalarındaki yüzeysellik ve değişkenlik, bu parıltının arkasındaki boşluğu açığa çıkaran bir sıklık ortaya koyar. Çoğu zaman bu kişiler "umut vaat eden" dahiler olup daha sonra gelişmelerindeki banallikle başkalarını şaşırtan insanlardır. Kaygı yaratan durumlarda özdenetim uygulayabilirler ve bu da başlangıçta iyi bir kaygı tahammülü görünebilir ancak analitik açıklama, kaygı tahammülünün narsisistik fantezilerinin artması ve " muhteşem tecrit" e çekilme sayesinde korunabildiğini göstermektedir (Kernberg, 1999).

Riviere'e (1936) göre bu hastalar, iyileşme kavramına tahammül edemedikleri için terapi süreçlerini sabote ederler. Çünkü iyileşme, başkalarından alınan yardımı kabul etme anlamına gelmektedir. Rosenfeld (1964) göre, narsisist kişilik yapısı olanların bağımlılığa tahammül edememeleri en temel özelliklerindedir. Kohut (1968), bu kişilik yapısına sahip hastaların, analisti bağımsız bir insan olarak görmeye tahammül edemediklerini örneklerle göstermiştir (Akt. Kernberg, 1999).

Narsisistik kişiliklerin betimleyici özellikleri, narsisist karakter savunmalarının mevcut olduğu diğer karakter patolojisi türlerinden ayırt edilmelerine genelde olanak sağlamaktadır. Tüm karakter savunmaları diğer işlevlerinin yanında, kendilik değerini korumak adına narsisistik işleve de sahiptir. Bu sebeple "narsistik kişilik bozukluğu" ile "narsisistik savunmaları" ayırt etmek büyük önem arz etmektedir. Örneğin takıntılı

kişiliklerin inatçılığı ve muhalifliğinin çoğu zaman kuvvetli bir narsisist niteliği vardır. Ancak, her ikisi de yüzeysel olarak “soğuk” görünmelerine karşın takıntılı kişiliklerin ilişkileri narsisist kişiliklere oranla çok daha kararlılık ve derinlik içerir. Ayrıca narsisist kişilerin değer sistemleri, takıntılı kişiliğin katı ahlakından farklı olarak kolayca sarsılabilir. Takıntılı bir hasta, odipal korkulara ve sadomazoşist yatkinlıklara karşı güçlü narsisist savunmalar geliştirebilir (Kernberg, 1999).

2.2.4.2. Kohut’a Göre NKB

Kendilik Gelişimi

Kohut 1971’de, narsisizmi sağlıklı bir gelişimsel yapı olarak değerlendirmiş, patolojik narsisizmi ise normal gelişim hattında bir gelişimsel duraklama olarak ele almıştır. Kohut narsisistik gelişimi “bipolar self” kavramı üzerinde iki kutuplu bir kendilik olarak tanımlamıştır. Kendiliğin narsisistik gelişimi iki kutupta ortaya çıkmakta, "büyüklenmeci kendilik" ve "idealleştirilmiş ebeveyn imagosu" şeklinde iki gelişim hattı oluşturmaktadır. Bu iki hat birbirine paralel olarak gelişir, kendiliğin bir kutbunda hırslarının ve heveslerinin diğer kutbunda amaç ve ideallerinin oluşmasını sağlar. Eğer ebeveynler, çocuğun döneme uygun ihtiyaçlarını karşılamazlar ve kendilik nesnesi işlevlerini yerine getiremezlerse travmatik hayal kırıklıkları yaşanır ve sonuç olarak gelişimsel duraksamalar oluşur (Kohut, 2004).

Eğer travmatik hayal kırıklıkları "idealleştirilmiş ebeveyn imagosu" hattında oluşursa kişi ileride, kaygı yaşadığı anlara yönelik olarak dışarıda "kaynaşılmak istenen bir güç kaynağı" arayışı ile "savunmacı büyüklenmeci kendilik" yapısı arasında salınır. Bütünlüğünü tehdit altında hissettiğinde parçalanma anksiyetesi yaşar ama kendini yatıştırarak içsel mekanizmalara sahip değildir. Çünkü çocuğun, erken dönemde yaşamış olduğu hayal kırıklıklarını yatıştırarak ve kendilik hasarı oluşmadan atlatmasını sağlayacak olan ebeveynler, kendilik nesnesi işlevlerini (sakinteştirici-yatıştırıcı) ihtiyaç duyulan düzeyde yerine getirmediklerinden dolayı dönüştürerek içselleştirme ile çocuğun bu özellikleri ebeveynlerinden kopyalayarak kendiliklerine katma fırsatları olmamıştır (Anlı, 2005).

Eğer anne, çocuğun döneme uygun teşhirciliğini ve büyüklenmeciliğini aynalamazsa, travmatik hayal kırıklıkları "büyüklenmeci kendilik" hattında oluşur. Diğer bir deyişle, çocuğun narsisistik kendiliği değişime uğramadan (ilkel narsisizm) kalır ve ileride kişi "kendilik değerinin gerçek dışı olarak değerlendirilmesi" ile

"aşağılık duyguları" arasında salınır. Bu iki durum arasında gidip gelme, yüzeyle abartılı bir kendilik değeri varken, içeride yoğun kendine güvensizlik ve aşağılık duygularının olmasına sebep olur. Bu yapı, narsisistik kişiliğin temel özelliklerindedir (Kohut, 2004).

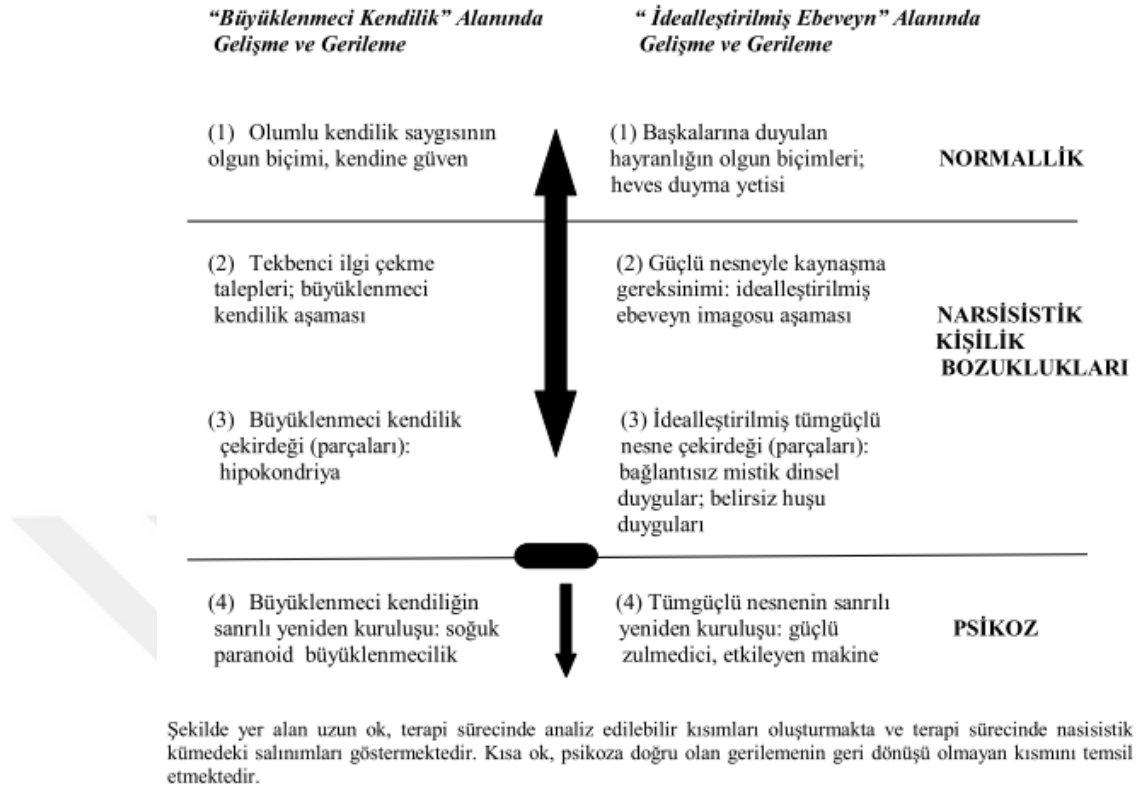
Kohut'a göre, narsisistik gelişimin bu iki yolu 'beraberce' işlevseldirler. Bir psikopatoloji iki yolda da hasar oluşmuş ise ortaya çıkar. Bir yoldaki kendiliknesesi işlevlerinde herhangi bir tahribat oluşursa, çocuk diğer yoldaki optimal gelişim ile bu tahribatı onarabilir ve böylece kendini ruhsal bir azgelişmişlikten koruyabilir. Yani çocuklukta kendilik nesnelere birinin tepkisiz kalması durumunda, bir başka kendilik nesnesinden de yeterli karşılık göremeyip telafi edici yapılar kuramadığı sürece, kendilik ciddi anlamda zarar görecektir (Kohut, 2012).

Kohut 1984'de, son çıkardığı "Psikanaliz Nasıl Sağaltır" isimli kitapta ayna aktarımı (büyüklenmeci kendilik) ve idealleştirme aktarımı (idealleştirilmiş ebeveyn imagosu) yanında ikizlik (öteki-benlik) aktarımı adında üçüncü bir narsisistik gelişim hattı tanımlamıştır. Bu şekilde kendiliği, üç temel bileşenden (hırs kutbu, idealler kutbu ve bu iki kurup arasında yer alan yetenekler beceriler) meydana geldiğini belirten Kohut, kendilik nesnesi aktarımlarını da üç gruba ayırmaktadır:

1. Zarar görmüş hırs kutbunun kendilik nesnesinden, kendini doğrulayan ve onaylayan karşılıklar almaya çabaladığı aktarımlar (ayna aktarımları)
2. Zarar görmüş ideal kutbunun, yarattığı idealizasyonu benimseyecek kendilik nesnelere aradığı aktarımlar (idealize edici aktarımlar)
3. Bu ikisi arasında aracılık yapan yetenekler ve becerilerden müteşekkil alanın, kendisine gereken benzerlik deneyimini (ikizlik ya da öteki-benlik aktarımı) garanti edecek uygun bir kendilik nesnesi arayışına girdiği aktarımlardır (Kohut, 2012).

Kendilik Bozuklukları

Aşağıdaki şekil, iki temel narsisistik kümelenmeyi göstermektedir; a) analize uygun olan narsisistik kişilik bozukluğunda ve b) analize uygun olmayan psikozda (şizofrenik-paranoid) ve sınır durumlarda (psikoz sınırında, sık sık psikoza gerileyen), gelişimsel dönüşüm aşamalarını göstermektedir.



Şekil 3. Kendiliğin gelişim aşamaları (Kohut, 1971)

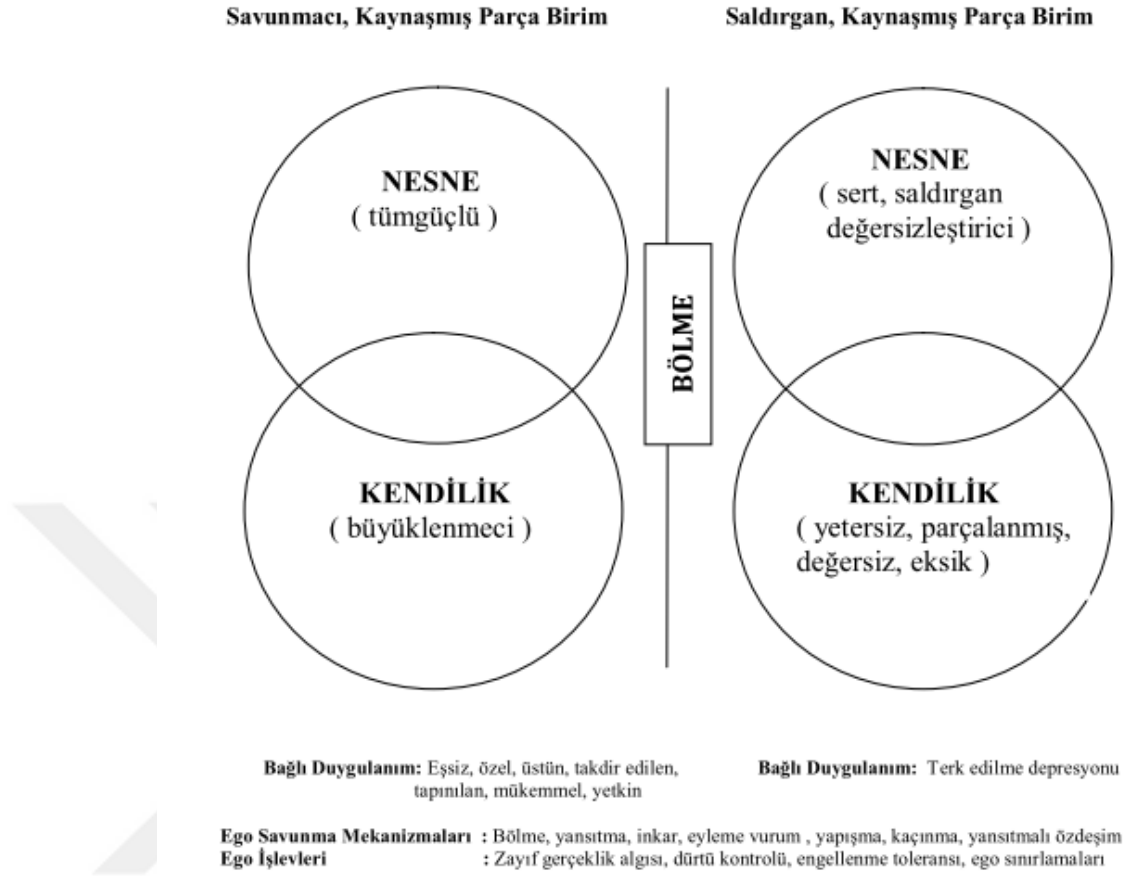
Kohut (1977), kendilik bozukluklarını beş psikopatolojik oluşum içerisinde incelemektedir: Psikozlar, sınır durumlar, şizoid ve paranoid kişilikler, narsisistik kişilik bozukluğu ve narsisistik davranış bozukluğu şeklindedir. Kohut’a göre gerek narsisistik davranış bozukluğunda gerekse narsisistik kişilik bozukluğunda kendilikte zayıflama durumu vardır. Ancak narsisistik kişilik bozukluğunda kendilik bozukluğu daha ağır düzeydedir. Narsisistik kişilik bozukluğunda incinmeye aşırı duyarlılık, hipokondriyazis ya da depresyon ve heves kaybı gibi belirtiler görülürken narsisistik davranış bozukluğunda cinsel sapkınlık, madde bağımlılığı ve suça yönelik davranışlar görülmektedir. Tolpin ve Kohut’a (1979) göre psikozlar, sınır durumlar, şizoid ve paranoid kişilikler analiz edilemezler. Çünkü bu hastalarda çocuksu çekirdek kendilik onarılamaz şekilde zedelenmiştir. Gerek narsisistik kişilik bozukluğu gerekse narsisistik davranış bozukluğu olan hastalar kendilik nesnesi aktarımı geliştirebildiklerinden analiz edilebilirler (Akt. Terbaş 2004).

2.2.4.3. Masterson'a Göre NKB

Masterson (1976), narsisistik kişilik bozukluğunun temel klinik görünümünde büyüklenmecilik, kendine aşırı bağlılık, takdir ve onay elde etmek için ötekinin peşinde koşulmasına rağmen başkalarına yönelik ilgisizlik ve empati yoksunluğu, tüm yaptıklarında mükemmellik arama, zenginlik güç ve güzellik elde etmeye çalışma, büyüklenmeciliğini aynalayarak ona hayran olacak başkalarını bulmak için sonsuz bir motivasyona sahip olma” gibi özelliklerin olduğunu, bu savunmacı görünüş altında boşluk hissi ve yoğun kıskançlığın tasallut ettiği bir öfke durumunun olduğunu söylemektedir.

Masterson'ın ortaya atmış olduğu gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri kuramına göre, narsisistik kişilik bozukluğunda iki parça birim mevcuttur: Büyüklenmeci kendilik savunması şeklinde adlandırdığımız parça birim (solda) ile saldırgan, yırtıcı ve sert parça birim (sağda).

Narsisistik bozukluğun büyüklenmeci kendilik savunmasıyla kaynaşan parça birimi, kendilik temsillerinden oluşur ve bu da büyüklenmecidir, nesne temsilidir ve tümgüçlüdür. Bunları birbirlerine bağlayan duygulanım eşsiz, özel, üstün takdir edinilen, tapınılan, mükemmel ve yetkin olma hissidir. Saldırgan kaynaşmış parça birim sert ve saldırgan nesne temsilinden, yetersiz ve parçalanmış olmanın kendilik temsilinden ve terk edilme savunmasının bağlayıcı duygulanımından oluşur (Masterson 2007).



Şekil 4. Narsisistik kişilik bozukluğu bölünmüş nesne ilişkileri birimi (Masterson, 2007)

Narsisistik kişiliklerde de borderline yapılar da olduğu gibi kendilik üçlüsü bozukluğu sistemi çalışır. Kendilik aktivasyonu veya ayrılma stresi, anksiyete ve depresyona neden olur, bu durumla baş edebilmek için de savunmalar geliştirilir. Bu temelde yatan sert ve saldırgan birimin tetikleyicisi ya ayrılma stresi ya kendilik aktivasyonu ya da empatide olan bozukluktur. Bu parça birim tetiklendiğinde narsisist hasta üç savunma alternatifine sahiptir ve daha çok yaptığı savunma türüne göre üç farklı tipini tanımlamak mümkündür.

1. **Grandiyöz (Büyüklenmeci) Narsisistik Kendilik:** Hastanın ana yatırımı maksimum düzeyde büyüklenmeci kendiliğine yoğunlaşır, grandiyözitesini harekete geçirir. Beğenilen olmak, özel ve eşsiz olmak, üstün olmak, takdir edilmek gibi diğer insanların kendini sürekli aynalaması adına kendini merkez

yapmaya çalışma ve teşhirci davranışlar sergileme bu yapıların belirgin özellikleridir. İçlerindeki sert ve saldırgan birimi bu şekilde yatıştırırlar.

2. **Closed (Gizli) Narsisistik Kendilik:** Hastanın ana yatırımını, kendilik temsilinden çok nesne temsiline yoğunlaştırır. Terapisti de dahil başkalarını idealleştirerek savunmaya geçer. Büyüklenmecilik, nesnenin tümgüçlülük ve mükemmeliyetçilikle idealize edilmesinin ışığında haz alarak tatmin olur. Sürekli idealize edebileceği ve kaynaşabileceği insanlar, gruplar, takımlar bulmaya çalışır. Onları yücelterek, kaynaşmış olduğu yapı ya da kişiyle beraber kendi büyüklenmeciliğini de ortaya koymuş ve kendini de yüceltmış olur.
3. **Develüe Edici (değersizleştirici) Narsisistik Kendilik:** Bu hasta yukarıda bahsedilen savunmacı yapıların ikisini birden etkinleştiremediğinden, altta yatan sert saldırgan birimi eyleme dönüşmektedir. Bu uyarıcılar kendilik aktivasyonu ve ayrılma stresi altındayken altta yatan saldırgan birimi etkinleştirir. Hasta yetersiz, değersiz, eksik kendilik tasarımlarını nesneye yansıtırken, sert, saldırgan ve değersizleştirici nesne tasarımlarını içe alarak savunmacı kendiliği aktive eder. Daha çok saldırgan birimin nesne tasarımı kısmına yoğunlaşan bu hastalar, etrafındaki kişilerin eksiklerine ve kusurlarına yoğunlaşp yaptığı davranışlarla onları değersizleştirerek bir taraftan büyüklenmeci kendiliği ve tüm güçlü nesneyi aktive ederken bir taraftan da narsisistik incinebilirliği kontrol altında tutmaya çalışırlar (Masterson, 2007).

2.2.5. NKB'nin Etiyolojisi

Nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi kuramları, bu bozukluğun oluşumundaki ruhsal süreçlerin anlaşılması ve tedavisi konusunda önemli katkılar sağlamıştır. Her iki kuramda da vurgulanan nokta, yaşamın erken evrelerinde ebeveyn-çocuk ilişkisindeki bozukluk ya da yetersizliğin bir ürünü olduğudur. Ebeveyn, gelişim evresine özgü gereksinimlerini karşılamak bir yana çocuğunu kötüye kullanır. Böylesi bir ebeveynle birlikte büyümek zorunda kalan çocuk, ilkel bazı savunma düzenekleri kullanarak yaşamda kalabilme çabası içine girer. Güncel yaşamı ve etkileşim biçimi, çocukluk döneminde çaresiz bırakıldığı koşullara karşı geliştirdiği ilkel ve uyum bozucu davranış örüntülerinden oluşur (Ozan, vd. 2008).

2.2.5.1. Nesne İlişkilerine Göre Narsisizm

Nesne ilişkileri kuramcılarına göre, savunma mekanizmaları ve ego işlevleri ile kendilik ve nesne temsillerinin birlikte olgunlaştığı ya da ilkel düzeyde kaldığı kabul edilmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğunda, görünürdeki yüksek kapasiteli ego işlevselliği olmasına rağmen, ilkel kendilik ve nesne temsillerinin ortaya çıkıyor olmasının nedenselliğine ilişkin, kuramcılar tarafından fikir birliği oluşturulamamıştır.

Mahler (2003), ortaya koymuş olduğu gelişim kuramının içerisinde yer alan ayrılma- bireyleşme döneminin ikinci alt evresi olan alıştırma (10-15. aylar) evresinin temel özelliğinin, çocuğun genişleyen nesnelere ve amaçlarına olduğu kadar, kendi işlevlerine ve bedenine de yüklediği büyük bir narsisistik yatırım olduğunu kaydeder. Bu narsisistik yatırım ile ortaya çıkan tümgüçlülük duyguları, çocuğu eleştiri, başarısızlık ve diğer engellenmelere karşı daha az etkilenir hale getirir. Becerinin doruğunda, uygulama döneminin sonuna doğru, kendilik temsili ve nesne temsili arasında gittikçe artan bir farklılaşma vardır. Emekleyen çocuk, evvelki büyükmeci ve tüm güçlü olma duygusunu yitirmeye başlar. Dünyanın onun istirdyesi olmadığı ve onunla kendi kendine başa çıkması gerektiği kafasına dank etmeye başlar. Emekleyen çocuk hayatının her yönüne ortak olmasını isteyerek anneye geri döner, kur yapmaya başlar fakat bu artık fayda etmez. Kendilik temsili ve nesne temsili uygun bir şekilde farklılaşma yolundadır. Bu şekilde büyükmecilik ve tüm güçlü olma fantezileri, gerçekte uyum sağlar.

Masterson (2014), narsisistik kişilik bozukluğunu ortaya çıkaracak olan gelişimsel duraklamanın, Mahler'in gelişim kuramına göre yeniden yaklaşma alt evresine geçmeden alıştırma evresinin sonlarına doğru oluşmuş olabileceğini ifade etmektedir. Çünkü narsisistik patolojiye sahip hastalar, nesne temsili kendilik temsili tamamlayıcısı (tüm güçlü, ikili birlik) gibi davranır. Yeniden yaklaşma krizinin bulunması bu hasta tarafından anlaşılabilir gibidir. Fantezide, dünyanın hala onun istirdyesi olduğu ve etrafında döndüğünde ısrar eder. Bu konumu koruyabilmesi için de büyükmeci kendilik yansıtmasına uymayan ve onunla yankılanmayan gerçeklik algılamalarından kaçınma, reddetme ve değersiz kılma yoluyla onları kapatmak zorundadır.

Kernberg (1999) göre narsisistik kişilik yapısı, içselleştirilmiş kendilik ve nesne imgelerinin yeniden birleşmesi sürecinde, ben sınırlarının zaten kararlı hale geldiği bir

düzyeyde meydana gelen bir bozukluktur. Bu noktada, kişiler arası alanda tahammül edilemez bir gerçekliğe karşı savunma olarak “ideal kendilik, ideal nesne ve gerçek kendilik” imgeleri birleştirilir. Aynı zamanda kabul edilemez kendilik imgeleri kalıntıları bastırılır, dış nesnelere atılır ve bu nesnelere değersizleştirilir. Bu patolojik birleşimin sebeplerine bakıldığında, yapısal olarak saldırganlık dürtülerinin yoğun olduğu ve bu dürtülerin patolojik bir gelişim gösterdiği, bünyesel olarak kaygıya tahammül düzeylerinin düşük olduğu ve yaşamın ilk yıllarında ciddi engellenmeler yaşadığı düşünülmektedir.

2.2.5.2. Ebeveyn Çocuk İlişkisi

Narsisistik kişilik bozukluğuna sahip bazı anneler duygusal olarak soğuk ve istismar edicidir. Çocukları, kendi mükemmeliyetçi ve duygusal ihtiyaçlarını tatmin edecek nesnelere biçimine sokmak için onların ayrılma bireyleşme ihtiyaçlarını göz ardı ederler. Çocuğun gerçek bireyleşmesi, annenin idealleştirilmiş yansıtmalarıyla yankılandıkça sancılı bir sürece girer. Annenin idealleştirmesiyle özdeşleşen çocuk, anne tarafından başarısız olarak algılanmasına ve buna bağlı olarak ortaya çıkacak depresyona karşı savunma yapmak amacıyla büyülenmeci kendiliğini korur. İkinci ihtimal ise, çocuk yeniden yaklaşma evresinden önce anneye sembiyotik ilişki içerisindeyken yaşamış olduğu terk depresyonundan kendini kurtarabilmek için sembiyotik ilişkiyi babaya taşıyabilir. Yeniden yaklaşma dönemi öncesinde eğer narsisist bir babaya sembiyotik ilişkisini aktarırsa çocuk, tüm güçlü ve büyülenmeci kendiliğini korumuş olur, baba ile özdeşim kurarak da pekiştirmiş olur (Masterson, 2014).

Çok küçük çocuklarda kendilik saygısı, yaşamındaki önemli diğer kişilerce derinden ve koşulsuz sevildiği, kabul edildiği, önemsendiği, bedensel ve duygusal olarak beslenmeyi hak eden bir varlık olduğu inancına bağlıdır. Sağlıklı bir anneye kurulan ilişkide bebeğin iç dünyasında olumlu yaşantı anıları birikir. Kendisinin önemli, değerli, sevmeyi ve bakılmayı hak eden bir varlık olduğu duygu ve inancı gelişir. İlkel narsisizmden daha olgun düzeyde yer alan öz değerlilik duygusu ve kendilik saygısı yönünde bir gelişim olur. İhmal edilme, reddedilme sonucu çocuğun bu gereksinimleri karşılanmazsa kendini değersiz bir varlık hisseder. Bebek kendi bedeninden sonra keşfettiği ikincil nesnesi olan annesinin tutarsız, değişken, reddedici, duygusal olarak terk eden tutumu nedeniyle düş kırıklığı ve dış dünyaya karşı bir güvensizlik geliştirir.

Sevgi yatırımı için seçtiği ikincil nesne olan annesinin yanlış bir yatırım alanı olduğunu sezinler. Ardından bu sevgi yatırımını geri çekip, birincil nesne olarak keşfettiği ve güvendiği kendiliğine yatırır. Tutarlı dengeli ve öngörülebilir alan kendi iç dünyasıdır. Bu tutum narsisizmin ilkel biçimine savunma amaçlı bir geri dönüş olup zaman boyutunda bir gerilemedir (Freud 1957, Akt. Ozan vd., 2008).

Bu tür bir anne bebek ilişkisi çocukta dış dünyanın tehlikeli, düşmanca, değişken ve öngörülemez bir ortam olduğu inancı ve temel güvensizlik duygusu geliştirir. Toplum çocuğun iç dünyasına, ebeveynin açtığı kapıdan girebilecekken, kapının dışında bırakılır. Tek çıkış yolu anneye sınımsız sarılarak sadık ve bağımlı kalmaktır. Ayrıca annenin bu olumsuz tutumu, narsisistin üstbenliğine katılan ve ona olumsuz sözler söyleyen, değersizleştiren bir ses haline gelir (Ozan, vd., 2008).

Narsisistik hastaların geçmişinde çok sık rastlanan bir özellik, üstü örtülü ancak şiddetli saldırganlığı olan müzmin soğuk ebeveyn figürleridir. Aile yapılarına bakıldığında, yüzeysel olarak iyi organize edilmiş bir evde yüzeyde iyi işlev gören ama bir ölçüde hissiz, ilgisiz ve söze dökülmeyen, garazkar saldırganlığı olan bir ebeveyn figürü (genelde anne) görülmektedir. Çocukta böyle bir çevrede şiddetli oral engellenme, gücenme ve saldırganlık geliştiğinde, aşırı haset ve nefrete karşı savunma ihtiyacı için ilk koşul yerine gelmiştir. Bazen çocuğu özel yapan onu telafi edici bir hayranlık ve büyüklük arayışında yoldan saptıran ve başkalarını garazkar bir şekilde değersizleştirdiği karakter savunmalarını besleyen, daha ziyade, soğuk ve düşmanca hisleri olan annenin, çocuğu narsisist bir şekilde kullanmasıdır (Kernberg, 1999).

2.2.5.3. Bağlanma Kuramı

Ainsworth (1971) tarafından güvenli, kaygılı dirençli ve kaygılı kaçınmalı olmak üzere üç bağlanma biçimi tanımlanmıştır. Daha çok narsisistik yapılarda, kaygılı kaçınmalı diye tarif edilen bağlanma türünün olduğu belirtilmektedir. Bu bağlanma şeklinde birey, ilgi aradığı zaman bakıcısını ona yardımsever bir şekilde cevap vereceğinden emin değildir. Böyle kişiler başkasının sevgisi ve desteği olmadan yaşamak için dikkat çekici derecede girişimde bulunduğu zaman duygusal olarak kendine yeter hale gelmeye çalışır ve Winnicott'ın (1960) tanımladığı sahte kendilik yapısı gözlemlenir. Çatışmanın daha gizli olduğu bu savunma şekli, bireyin annesine rahatlık veya korunma için yaklaştığı zaman, annesi tarafından sürekli azarlamasının sonucudur. Annesiyle ilişki kurabilmesine dair ümidini yitiren çocuk anne ile iletişimini

azaltarak, beklentisini düşürerek ve kendi dünyasına yoğunlaşarak reddedilmenin incinmişliğinden kendini korumaya çalışır. Tekrarlanan reddedilmeler bu yapıların ağırlaşmasına sebep olur (Bowlby, 2012).

Rosenstein ve Horowitz (1996), yetişkin bağlanma stilleri, psikopatoloji ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemiş olduğu araştırmada, 60 ergen hastayla çalışmışlardır. Ergenlerin ve annelerinin güvensiz bağlanma stiline sahip oldukları belirtilmiştir. Güvensiz bağlanma stilleri (kayıtsız, korkulu, saplantılı) arasında yer alan kayıtsız bağlanmaya sahip ergenlerin davranış bozukluğu, narsisistik, paranoid ve antisosyal kişilik özelliklerine sahip olmaya eğilimli olduğu görülmüştür (Akt. Temiz, 2004).

2.3. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.3.1. OKB'nin Tarihçesi

Eski çağlardan bu yana, dinsel ve büyüsel törenlerin kaynağında obsesif kompulsif yapının izlerini görmek mümkündür. Shakespeare'in Makbet'inde obsesif kompulsif nevrozun klasik örneği görülmektedir. Obsesyon ve kompulsiyonlardan psikiyatri tarihinde ilk kez Esquirol tarafından bahsedilmiştir (1838). 19. yy. sonuna kadar bu belirtiler kültürlere göre depresyon ve psikoz kavramları içinde yorumlanmıştır (Bayar ve Yavuz, 2008).

20. yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi Pierre Janet fobileri, saplantı ve zorlantıları bir başlık altında topladı ve bunlara "psikastenî" adını vermiştir (Öztürk, 2001).

Freud (1908-1913), düzenliliğin kılı kırk yararcasına kuralcılığa, tutumluluğun cimriliğe, başına buyrukluğun inatçılığa dönüştüğünü gözlemlemiş ve bu karakter özelliklerini saplantı zorlantı nevrozu olarak tanımlamıştır. Freud bu bozukluğa nevrozlara yaklaştığı biçimde yaklaşmış ve psikodinamik çerçevede sağaltımına ilişkin görüşler ortaya koymuştur (Odağ, 2008).

Son 25 yıldır, beyin görüntüleme sistemleri ve beyin fonksiyonlarını ölçen cihazların gelişmesiyle birlikte, OKB'nin olası biyolojik temelleri (genetik unsurlar, beyin işlevlerindeki ve nörotransmitterlerde ortaya çıkan bozulmalar) ile ilgili bir çok araştırma yapılmış, çeşitli veriler elde edilmiştir (Butcher J.N., Mineka S. ve Hooley J.M., 2013).

2.3.2. OKB'nin Epidemiyolojisi

1980'li yıllara kadar yayınlanan çalışmalarda bu hastalığın toplum içerisinde görülme sıklığının düşük olduğu görülürken, 1980 yılından sonra Amerika ve Kanada'da yapılan araştırmaların sonucunda OKB'nin hayat boyu yaygınlık oranı %2,5-3,0 olarak bulunmuş ve kadın-erkek olarak büyük bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Bu ülkelerde majör depresyon, fobiler ve alkol/madde kötüye kullanımından sonra dördüncü sırada yer alan ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir (Öztürk, 2001).

Tores ve ark. (2000) tarafından, İngiltere'de gerçekleştirilen epidemiyolojik bir çalışmada yaygınlık oranını %1,1 olduğu bulunmuş, kadınların erkeklere oranının %1,0'e 1,4 olduğu belirtilmektedir (Akt. McWilliams, 2014). Ömür boyu prevalansı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük oranlar Tayvan'da (%0,5-%0,9) ve Hindistan'da (%0,6) gözlenmektedir. Kuzey ve Orta Avrupa'da bu oran %2,6 ve %3,2 arasında bulunmuştur. Okasha ve arkadaşları Mısır'da ayaktan tedavi gören hastalar arasında nokta prevalans oranını %2.3 olarak bildirmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Erişkin popülasyonda yapılan çalışmaların bir kısmı kadın-erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda bu oran 1,2-1,8 arasında bulunmuştur. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 21,9 ile 35,5 arasındadır. Hastaların %65,0'inde başlangıç 25 yaşından öncedir. %15,0'lik bir gurupta başlangıç yaşı 35'in üstündedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre, 12 aylık sürede sağlık ocağına başvuran hastalar arasındaki oranı %0,5 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlarda (%0,6), erkeklerde (%0,2) şeklinde ortaya çıkmış, kadınlara erkeklere göre üç kat yüksek oranda bulunmuştur (Öztürk, 2001).

2.3.3. DSM-V'e Göre OKB

- A. Takıntılar (Obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı ile ortaya çıkar.

Takıntılar (Obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan, tekrar eden sürekli düşünceler, dürtüler ya da imgelerdir.

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka düşünce ya da eylemlerle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (Kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımları:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği, tekrar eden davranışlar (Örn.: El yıkama, düzenleme, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (Örn.: Dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir şekilde tekrarlama, yanlış anlaşılacak sözcük kullanırım düşüncesi ile sessiz durma) şeklindedir.
 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma, bunları azaltma, korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; Ancak bu davranışlar ve zihinsel eylemler, rahatlayacağını ya da korunacağını düşündüğü durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, yani aşırı bir düzeydedir.
- B.** Takıntılar ya da zorlantılar, kişinin zamanını alır (Örn.: Günde bir saatten çok vaktini alır). Klinik olarak gözlemlenen bu sıkıntı; sosyal hayat, iş hayatı ve aile hayatı gibi birçok yaşam alanında işlevselliği olumsuz etkiler.
- C.** Bu takıntılar ve zorlantılar bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiye etkisine bağlanamaz.
- D.** Bu bozukluk başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

OKB yapıları kendi içerisinde içgörü durumuna göre üç gruba ayrılır:

- İçgörsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inançlarının kesinlikle ya da büyük olasılıkla gerçek olamayacağını farkındadır.
- İçgörsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının büyük olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.
- İçgörsü yok/ sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

2.3.4. OKB'ye Farklı Kuramsal Yaklaşımlar

2.3.4.1. Tanımlayıcı Yaklaşımlar

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), saplantılar ve/veya zorlantılar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon (saplantı) kendiliğinden bilinç alanına giren, yineleyici, sıkıntı verici, kişinin saçma ve yanlış olduğunu bildiği halde kurtulamadığı düşünce, dürtü ya da imajlardır. Kompulsiyon (zorlantı) genelde bir obsesyona engel olmak ve obsesyonun oluşturduğu rahatsızlıktan kurtulmak için belli kurallara göre yapılan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. OKB'si olan kişi çoğunlukla obsesyonlarının anlamsızlığının farkındadır ve hem obsesyonlarını, hem de kompulsiyonlarını ego-distonik (egoya yabancı) yaşar. Obsesyonlar zaman kaybettirici olabilir, kişinin normal rutinine, mesleki işlevlerine, olağan sosyal aktivitelerine, arkadaş ve aile ilişkilerine önemli ölçüde engel teşkil edebilir (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB genelde genç yaşta başlar. Büyük çoğunluğu 18-25 yaş arasında ilk belirtilerini gösterirken küçük çocuklarda, orta yaşlarda ve yaşlılarda görülme ihtimali de vardır. Bu tür nevrotik hastalarda genellikle aşırı titiz, düzenli, kontrolcü, kuralcı kişilik özellikleri görülür. Bu hastalar çoğu zaman, zeki ve bellekleri güçlü kişilerdir. Algı ve yönelim bozukluğu olmamasına rağmen, saplantıları çok yoğun olduğu dönemlerde dikkatlerini yaptıkları işe yoğunlaştırmakta zorlanırlar. Bellekte gerçek bir bozukluk olmamasına rağmen, yapmış olduğu zorlantıdan kuşku duyarlar ve yaptım mı yapmadım mı kararsızlığını yaşarlar. Bu kuşku saplantılarıyla düşüncede ambivalans (iki değerlilik) oluşur. Sanki her düşüncenin bir olumsuz yanı varmış gibi düşünür ve bunalırlar (Öztürk, 2001).

Sık görülen saplantılara baktığımızda, kuşku saplantıları (köpek pisliği arabasının kapısına değmiş olabilir mi? Elini sıktığı insanlar tuvalete gittiklerinde elini yıkamamış olabilir mi? Dışkı ile meni ile kirlenmiş olabilir mi? ; metafizik saplantılar (tanrı var mıdır? Varsa onu kim yaratmıştı? Evren nedir? Uzayın ötesinde ne var?); hastalık saplantıları (AIDS, kanser, kuduz gibi hastalıklara kapılma düşünceleri sarar); sayma saplantıları ise gördüğü her şeyi saymaktan kendini alıkoyamaz (otomobil plakaları, telefon numaraları, apartmanların kaç katlı olduğu) gibi; kötü, çirkin, ayıp, saldırganca bir şey düşünmek ve yapmakla ilgili saplantılar (Tanrıya küfreder miyim? Birinin cinsel organına bakar mıyım? Deli olup çocuğumu boğar mıyım?) gibi saplantılar sık karşılaşılanlar arasında yer aldığı görülmektedir (Öztürk, 2001).

OKB türlerini tanımlamaya dönük yapılan çalışmalarda, çeşitli sayılarda ve farklı kategorilerde tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Taylor (2005), OKB'nin birçok görünümü olduğu için, tek bir hastayı tipik olarak tanımlamanın çok zor olduğunu ifade etmiştir. Bu çeşitlilik ve açık belirtiler göz önünde bulundurularak (birçok araştırmacı ve klinisyenin benimsediği) OKB' nin alt tiplerini ortaya koymuştur:

- a. Agresif, cinsel, dinsel, somatik obsesyonlar ve kontrol kompulsiyonları
- b. Simetriyle ilgili obsesyonlar, düzenleme, sayma ve düzen kompulsiyonları
- c. Kirlilik obsesyonları ve temizlenme kompulsiyonları
- d. Biriktirme davranışı

Fakat tek bir OKB olgusunda birden çok alt tip bulunabilir. Örneğin cinsel obsesyonlar ve temizlik kompulsiyonları aynı hastada olabilir (Abramowitz, McKay ve Taylor, 2008).

2.3.4.2. Psikodinamik Yaklaşımlar

Psikodinamik bakışla, saplantılı zorlantılı nevrozların klinik görünümünü ve temel özelliklerini incelediğimizde:

- 1. Denetim Kurma, Katılık ve Sertlik:** Kontrol etme, üstte kalma, her şeye karşı gelme, başkalarına yön verme, başkalarını denetim altına alma ve kural koyma gibi durumlar saplantılı zorlantılı nevrozların başlıca özelliklerindedir. Kişi çevresini ve içinde bulunduğu ortamı kontrol ederek, tehlikelerden kendini korumaya çalışır. Ama asıl amaç, utanç ya da suçluluk uyandıracak dürtülerin, gereksinimlerin, impulsların, sıkıntı verecek duyguların denetim altında tutularak ortaya çıkmasını engellemektir. Bu hastaların çevrelerini baskı ve kontrol altında tutma ihtiyacı, iç dünyalarını denetim ve baskı altında tutma gereksinimlerinin bir yansıması olarak ortaya çıkar (Odağ, 2008).
- 2. Özerklik, Bağımsızlık ve Karşıtlık:** Saplantılı zorlantılı nevrozlar “söylediklerinizin tamamen tersini düşünüyorum” yaklaşımlarıyla ilişkiyi sürdürür. Bu hastalar, güçlü ve özerk olma, kendilerini her zaman üstte ve haklı görme, diğerlerini haksız çıkarma ve alaşağı etme eğilimindedirler (Odağ, 2008).

3. **Düzensizlik, İşe Başlayamama ve Geç Kalma:** Çoğunluğu düzenli ve dakik olmasına rağmen bir kısmı da düzensizlikleri, tereddütleri, işi ağırdan almaları, işi yokuşa sürmeleri, toplantılara son dakika gelmeleriyle dikkati çekerler. Gecikmenin altında kararsızlıkları yatar, iki zıt durum arasında kalarak (güven-güvenme, başla-başlama, yap-yapma) karar verme süreleri uzar. Bazen geç kalarak kendi dışında plan yapanların programını bozar ve bu şekilde çevreyi kontrol etmiş olur (Odağ, 2008).
4. **Tutma-Bırakma, Cimrilik-Savurganlık, Toplama, Biriktirme:** Freud, bağırsak ve anüsün, tutma bırakma işlemleriyle cimrilik ve savurganlık arasındaki bağlantıyı vurgulamaktadır. Kabızlık ile cimrilik, diyare ile eli açıklık arasında ilişki olduğu kabul edilmektedir. Abraham'a göre saplantı zorlantı nevrozlarında, dikkatli para harcama ve hesabını bilmeden, cimriliğe doğru uzanan bir tutumluluk görülmektedir (Odağ, 2008).
5. **Cinsellik:** Cinsellik her türlü sorundan doğrudan etkilenen duyarlı bir yaşam alanıdır. Saplantılı zorlantılı nevrozluların birçok kişilik özelliği cinselliğe yansımaktadır. Sevgili istenilen ama aynı zamanda kontrol altında tutulması gereken, baskı yapılan ama yakınına gelmesine izin verilmeyen biridir. Özerkliğin kaybolacağı, yakınlığın tehlikeli olacağı, güçsüzlüklerinin ve eksikliklerinin ortaya çıkabileceği korkusu, cinsel yakınlaşmayı haz alıp haz vermeye dayalı duygusal ve fizyolojik ihtiyaçların giderildiği bir yaşantı olmaktan çıkarıp, görev ve sorumluluk bilinciyle kurallara dikkat edilmesi gereken bir işkenceye dönüştürür (Odağ, 2008).
6. **Anal Agresyon ve Yıkıcılık:** Saplantılı zorlantılı nevrozluların, agresyonu sevgiyle nötralize edememeleri ve sevgiyle bütünleştirememeleri, salt yıkıcı agresyonun bastırılmasına sebep olmakta. Bu durum, saplantılar şeklinde "Evden çıkarsam, çizgilere basarsam, siyah kaldırım taşlarına bakarsam benim ya da yakınlarımın başına bir felaket gelecek", ya da zorlantı dürtüleri şeklinde "İçimden bir şey geliyor, çocuğumu boğmaya zorlanıyorum, sanki çocuğuma zarar vereceğimden hatta bıçakla öldürecekimden korkuyorum" ve zorlantılar şeklinde "Çocuğumla yalnız kalmamalıyım ki kötü bir şey yapma fırsatı bulmayayım, evden çıkarken dönmeliyim ki felaket önlensin" ortaya çıkmakta, bastırılan agresyonun normal yollarla ortaya çıkarılması yerine farklı düşünce ve

davranışlarla boşalım sağlaması anlamına geldiği ifade edilmektedir (Odağ, 2008).

7. **Zaman Kullanımı:** Freud'un saplantılı zorlantılı nevrozlar için belirttiği üç temel özellik olan düzenlilik, tutumluluk ve temizlikten sonra dördüncü olarak zamana çok dikkat etmeleri de eklenebilir. Geç kaldıkları takdirde herkesin ona bakacağı, eleştirileceği, başkalarının düşmanlığını çekeceği korkuları sebebiyle aşırı dakik davranırlar. Geç kalacağı ve sonrasında felaket yaşayacağı düşüncesi dakikliği artırır. Zamanında giderek bekleneni yapmayı, güçsüzlük, yenilgi, kontrolün kaybedilmesi olarak algılayan hastalar, işi ağırdan almak ve eylemi yavaşlatmak sureti ile kontrolü ele alır ve karşıt tepkisini yumuşak bir şekilde ortaya koymuş olur (Odağ, 2008).
8. **Söyleneni, Verilen Sözü Geri Alabilme; Yanlış Düzeltme; Seçim Yapma:** Kameraya çıkmak saplantılı zorlantılı nevrozlarda ciddi bir kaygı uyandırır. Herkesin gözü önünde yanlış yapmak, gereksiz bir şey söylemek, eksikliklerin yetersizliklerin çıkması ve kendisini izleyenleri kontrol altına alamaması, kendini güçsüz ve yetersiz hissetmesine neden olur. Bundan dolayı, konuşmaları ve davranışları ile ilgili ortaya çıkacak bir olumsuzluğu değiştirme olanağının olmaması, diğer insanların tepkilerini kontrol edemiyor olması yüksek düzeyde kaygılandırıcı bir durumdur. Bu yüzden kamera kaydının alınması, bir anlaşmaya imza atması, bir konuda söz vermesi oldukça zordur. Onlar için verilen her söz, alınan her karar ve atılan her imza değişmezdir (Odağ, 2008).
9. **Baskın Özyaşantıları, Konuşma Biçimleri:** Davranışları, ilişkileri ve olaylara yaklaşımları duygudan uzaktır. Çoğu zaman kendini anlatırken bir yabancından bahsediyor gibi konuşur, sanki bir nesneyi, makineleşmiş birini anlatır gibi tarif eder. İçimdeki bu şey, bu parça gibi söylemlerde bulunur (Odağ, 2008).
10. **Şaka:** Saplantılı zorlantılı nevrozlar katılıkları, tekdüze olmaları ve spontan olmamalarından dolayı şaka yapmaya yatkın değildirler. Yaptıkları şakalar batıcı, tatsız ve aşağılayıcı özellikler taşıırken diğerlerinin yaptığı şakalara da verdiği tepkiler yıkıcıdır. Diğer insanları güldürmeyi pek beceremeseler de, tek sözcükle ortamı soğutmayı çok iyi bilirler (Odağ, 2008).

Saplantılı zorlantılı nevrozların kendilik yapısındaki özsaygıyı anlamaya çalıştığımızda, kontrol ve ahlaki doğruluk ile derinden ilgili olduğu görülmektedir. Ahlaki doğruluğu kontrol açısından tanımlarlar. Genellikle doğru davranışı, kendiliğin saldırgan, arzulayan ve ihtiyaç halindeki kısımlarını katı dizginlerle tutma ile aynı anlamda görürler. Çoğunlukla dindar, çok çalışkan, özeleştiri yapabilen ve güvenilir kişilerdir. Özsaygıları, içselleştirilmiş ebeveyn figürlerinin, ideal davranış ve düşünce standardına göre oluşturulmuş taleplerini karşılamalarından kaynaklanır (McWilliams, 2014).

2.3.5. OKB' nin Etiyolojisi

Obsesif kompulsif bozukluğun oluş sebeplerine açıklama getiren psikodinamik kuram ve davranışçı kuramın yanında, son 20-30 yıldır nörobiyolojik araştırmaların da önemli yeri olduğu görülmektedir. Psikodinamik kuram, Freud'un psikoseksüel gelişim dönemi içerisinde 2-4 yaş civarına denk gelen anal dönem kaynaklı bir problem olduğunu ifade ederken davranışçı kuram, klasik koşullanma ve bitişiklik ilkesi çerçevesinde öğrenilmiş bir davranış olarak görür. Nörobiyolojik araştırmalar ise beynin bazı bölgelerinin çalışma biçimindeki bozukluktan kaynaklandığını ve bu bozukluğun oluşmasında kalıtsal yatkınlığın etkili olduğunu ifade etmektedir. Bu yaklaşımların hiçbiri tek başına bozukluğun ortaya çıkışını tamamen açıklayamadığı gibi herhangi birinin varlığını tamamen yok saymak da mümkün görünmemektedir. Biraz daha ayrıntılı olarak inceleyecek olursak:

2.3.5.1. Nörobiyolojik ve Genetik Araştırmalar

Yapılan bazı ikiz ve aile araştırmaları kalıtsal bir geçişin olabileceğini desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinde %60 civarında eş hastalanma oranı olduğu ve bunların yakın akrabalarında saplantılı zorlantılı bozukluğun yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir (Öztürk, 2001). Aile çalışmalarında, OKB hastalarının 1. derece akrabalarının % 35'inin bu bozukluktan etkilendiği bulunmuştur (Bayar ve Yavuz, 2008). Fakat bu hastaların aile içerisinde öğrenme yoluyla oluşma ihtimalinin ne düzeyde olduğunu belirten herhangi bir bilgi yoktur. Son yıllarda yapılan (PET ve SPECT) görüntüleme çalışmalarında OKB hastalarında orbitofrontal korteks, girus singularis ve kaudat çekirdek başında anormal düzeyde yüksek etkinlik görüldüğü belirtilmektedir. Özellikle tik bozuklarıyla birlikte OKB'nin sık görülmesi durumunda

bazal ganliyonlarda bozukluk olduğu ortaya çıkmaktadır. OKB'nin, sol beynin bilgi işleme süreçlerinde ortaya çıkan bir hatadan kaynaklanabileceğine dair varsayımlar mevcuttur (Öztürk, 2001).

2.3.5.2. Davranışçı Kuram

Obsesyonların, nötr uyarıların anksiyeteye eşleştirilerek klasik koşullama yoluyla öğrenildiğini, kompülsiyonların da anksiyeteyi bir ölçüde azalttığı görülen öğrenilmiş davranış örüntüleri olarak devam ettiği ifade edilmektedir (Köröglü, 2011). Bu kurama göre nötr uyarıcılar korkutucu düşünce ya da deneyimlerle bağdaştırılır ve kaygı yaratmaya başlar. Örneğin, kapı kollarına dokunma ya da el sıkışma korkutucu kirlenme düşüncesiyle bağdaştırılabilir. Sonrasında her kapı kolunu tuttuğunda ya da el sıkıştığında kendini kirli hissedebilir ve elini yıkadığında kaygının azaldığını hissedebilir ve uzun uzadıya yıkadığında kaygını daha da azaldığını fark edebilir. Yıkadıkça pekişen davranış da kompülsiyon örüntüsü olarak kişide kalır. Davranışçı ekolün, OKB'nin tedavi sürecinde çok etkili olduğu ve dünyada en çok kullanılan sağaltım modeli (nötr uyarıcılara karşı olan koşulanmış tepkilerin davranışçı teknikler kullanılarak yeni yaşantılar yoluyla değiştirilmesi) olmasına rağmen, OKB'nin bazı insanlarda hayatının bir döneminde aniden ve yoğun bir biçimde nasıl ortaya çıktığını açıklamada yetersiz kaldığı görülmektedir (Butcher J.N., Mineka S. ve Hooley J.M., 2013).

2.3.5.3. Psikodinamik Kuram

Freud, saplantılı zorlantı nevrozun kaynağının 2-4 yaş arasındaki gelişim evresinde ortaya çıktığını ifade etmektedir. Anal dönemdeki çocukların dağınıklıkları, pisliğe yatkınlıkları, iki değerli (ambivalans) davranışları ve büyüsel düşünceleriyle; saplantılı zorlantılı nevrozların aşırı temizlik, aşırı cimrilik, aşırı titizlikleri arasında bağlantıyı Freud, 20. yy başlarında ortaya koymuştur. Bu dönem, haz ilkesinin egemen olduğu bir dönemdir. Çocuk, dışkıyı ve idrarı tutmanın hazzı ile bırakmanın hazzı arasında kalır ve ambivalans (ikilem) yaşar. Çocuğun doğal yapısında oluşan birbirine zıt bu ikilem (tutma-bırakma), aileyle, toplumla ve çevreyle sürtüşmesine sebep olabilir. Çünkü çocuğun dünyasında kurallar, yasaklar, sınırlar, cezalar, ilkeler henüz oluşmuştur, haz ilkesine göre yaşamaktadır. Eşyaları dağıtması, ortalığı karıştırması, düzene-temizliğe aldirmeden her şeyle oynaması, yemeğe elini sokması, kakasını tutarak haz

alması ve sonra bırakarak tekrar haz alması, istediği yerde istediği şekilde altına yapması, yaptıklarını bozması, ısırması ve tırmalması gibi davranışlar sergilediği görülür. Haz veren davranışlarla öfkeli davranışları bir biri ardına sergiliyor olması, sevginin agresyonla beraber görülmesi anlamına gelmekte ve bu dönemin belirgin özelliklerinden kabul edilmektedir. Çocuk haz veren eylemlerle sınırsız deneyimlere yönelirken, yetişkinler gerçeklik temelinde düzen, temizlik, disiplin oluşturmak için çocuklarıyla çatışmaya başlarlar. Çocuk ben keyfime göre yaşarım derken, yetişkin hayır, gerçeklik keyiften önce gelir demektir (Odağ, 2008).

Ebeveynler çocuğa gerçeklik ilkesine uymaları ve yetişkinler gibi düzene ayak uydurmaları konusunda zorlamakta ve baskı yapmaktadırlar. Bu yapılan baskının biçimi, şiddeti, eziyet verici boyutlar kazanması anal dönem takılmasına sebebiyet vermektedir. Yani çocuğun, iradesini coşkuyla hayata taşıdığı bu dönemde, gerçekliği esnek şartlar içerisinde değil de katı bir disiplin içerisinde ve baskı altında öğrenip içselleştirmesi saplantılı zorlantılı nevrozun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönemde çocuğun kendine haz veren her şeyi ille de yapma, anneninse kural ve yasakları ille de kabul ettirme konusundaki tutkuları ilişkiyi bozar ve karşılıklı güç denemesine girmeleri sonucunda oluşan baskının aşırılışması saplantılı zorlantılı nevrozun oluşmasına zemin hazırlar (Odağ, 2008).

Saplantılı zorlantılı nevrozların, anal dönem özellikleri olan karşıtçılık, kirlilik, saldırganlık ve inatçılık gibi durumlara karşı belirli savunma düzenekleri geliştirdikleri görülmektedir. Bunlardan en önemli olanları:

Karşıt Tepki Oluşturma: Kişinin içindeki duygu ve düşüncelerin diğer insanlar tarafından anlaşılmasını engellemek için, tam karşıtı bir tepki ortaya çıkararak kendini korumaya çalışmasıdır. Bu hastalar dışarıdan bakıldığında; ilişkiler düzeyinde aşırı kibar, aşırı temiz, aşırı düzenli, aşırı doğrucu gibi görünürken; iç dünyalarındaki kin, nefret, pislik, düzensizlik, saldırma, yıkma gibi duygular yaşarlar. Aşırı kibarlık ve benzeri tavırların asıl amacı, kin ve nefret gibi duyguların, kirletme, karıştırma, dağıtma, saldırma ve yıkma gibi uyaranların neden olduğu bunaltıyı ortadan kaldırmaktır (Odağ, 2011).

Yalıtma: Yaşanmış olayların, geçmiş anıların, bir hedefin ya da bir arzunun duygularından soyutlanarak yaşanması ve anlatılmasıdır. Kurulan ilişkiler duygudan arındırıldığı için daha mekaniktir ve mantık düzlemine oturur. Sanki bir başkasının

yaşadığı olayı anlatır gibi anlatır. Genellikle düşünselleştirme ve mantığa büründürme ile beraber kullanılır. Bu hastalar derindeki karmaşanın ve öfkenin ortaya çıkmasını önlemek için anlattığı şeyleri sanki kendi yaşamamışçasına duygusuz anlatır (Odağ, 2011).

Yapma-Bozma: Bu savunmanın amacı bunaltı, kuşku ve korku veren bir davranışı ikinci bir davranışla ortadan kaldırmayı amaçlar. Örneğin, evden çıkan bir adamın başına gelebilecek bir olumsuzluktan ancak eve dönmesi halinde kurtulacağını düşünmesi ama eve döndükten sonra da ancak dışarı çıkması halinde tekrardan güvende olacağını düşünürken dışarı çıktından sonra tekrar eve dönmesi halinde rahatlayacağını düşünmesi gibi ya da elini tekrar tekrar yıkaması, arkasına defalarca bakması gibi davranışlardır (Odağ, 2011).

Yer Değiştirme: Bir nesneye ilişkin çatışma yaratan olumsuz duyguların bastırılması ve nötr olan başka bir nesneye bu duyguların yansıtılmasıdır. Freud düşlerde, fobilerde ve saplantılı zorlantılı nevrozlarda bu savunmanın önemli yerinin olduğunu düşünür. Obsesif kompulsif nevrozlarda suçluluk, pislik, kirlenmişlik, ve öfke duygularının sürekli el yıkama, bedensel kirlilik, sürekli giyinme ve soyunma davranışları gibi durumlarla yer değiştirme mekanizmasının etkili olduğunu ifade etmektedir (Odağ, 2011).

2.3.5.4. Bağlanma Araştırmaları

Birçok araştırmada güvensiz bağlanma biçimiyle OKB arasında ilişkinin güçlü olduğu görülmektedir. Bağlanma kaygısı ile ilişkili olan temel kronik kaygının, OKB’de de temel bir etken olduğu düşünülmektedir. Bağlanma türleri ile ilgili yapılan araştırmada, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk tanısı konulan 75 kişi ile herhangi bir psikopatoloji tanısı konmayan 77 kişinin yer aldığı çalışmanın sonucunda, bağlanma kaygısının hem OKB hem de Depresyon tanısı alanlarda, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür (Sümer ve Ark., 2009).

Brennan ve Shaver (1998) kaçınma boyutunda daha yüksek olanların daha fazla obsesif kompulsif belirti bildirdiklerini bulmuşlardır. Cooper, Shaver ve Collins’in (1998) ergenlerle yaptıkları araştırmada da hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma stiline sahip olanların güvenli bağlananlardan daha yüksek düzeyde OKB belirtisine sahip oldukları bulunmuştur (Akt. Sümer ve Ark., 2009).

2.4. DEPRESYON

2.4.1. Depresyonun Tarihçesi

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişilerin tarif edildiği görülür. Mani ve melankoli deyimlerini ilk Hipokrat kullanmıştır (İ.Ö.V. yüzyıl). Bugün ağır depresyon olarak tanımladığımız duruma, Hipokrat melankoli adını vermiş ve bunu kara safraya bağlamıştır. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri sunmuştur. Fransız ve Alman ruh hekimleri 19. y.y. mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini "Psikoz Manyak Depresif" adı altında toplamışlardır. Hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını, Kraepelin (1986) başarmıştır (Akt. Öztürk, 2001).

Freud (1917) "Yas ve Melankoli" isimli makalesinde, sevgi nesnesinin (gerçekte ya da fantezide) yitiminden kaynaklı öfkenin içe döndürülmesi sonucunda ruhsal çöküntünün ortaya çıktığını ifade etmiş ve bu durumu depresif nevroz olarak tanımlamıştır (Butcher J.N., Mineka S. ve Hooley J.M., 2013).

2.4.2. Depresyonun Epidemiyoloji

Depresyon sık rastlanan bir hastalıktır. Toplumun yaklaşık olarak %5,0'inde (kadınlarda %6,4'ünde, erkeklerin %3,2'sinde) majör depresyon vardır. Erkeklerin %10,0'u, kadınların %20,0'si yaşamının bir döneminde klinik depresyon geçirir (Köroğlu, 2006).

Weissman ve arkadaşları (1985) tarafından, yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırmada 2558 yaşlıda majör depresyon oranı %1,1 olarak bulunmuştur. Bu araştırma, yaşlılarda genç nüfusa göre depresyon düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Akt. Tezcan, 2000).

Rutter, Kim-Cohen ve Maughan'a göre (2006), ergenlik döneminde depresyon yaşayanların %40,0 ile %70,0'inin yetişkinlikte tekrar ettiği görülmektedir (Akt. Auerbach ve ark., 2013).

İlk depresyon dönemi daha çok 25-44 yaşları arasında ortaya çıkar. Hastaların yarısında ilk depresyon 40 yaşından önce çıkmaktadır. Ancak hem çocukluk, hem ergenlik hem de yaşlılık döneminde ortaya çıkabilir. Depresyon, malüliyet ve erken

ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. 2020 yılına gelindiğinde depresyonun dünya genelinde, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada önemli sağlık sorunu olacağı düşünülmektedir (Köroğlu, 2006).

2.4.3. DSM-V'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu

A. İki haftalık bir dönem içerisinde, aşağıdaki özelliklerden beşi (ya da daha fazlası) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme, zevk almama şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Not : Açıkça başka sağlık durumuna bağlı belirtiler değerlendirilmemektedir.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (Örn.: Kendini boşlukta hisseder, üzüntülüdür, umutsuzdur) ya da bu durum başkaları tarafından gözlenir (ağlamaklı görünür)
2. Neredeyse bütün etkinliklere karşı belirgin bir ilgi kaybı oluşur ve çoğu günler bu etkinliklerden zevk almama durumu ortaya çıkar (özel anlatımla ya da gözlemlerle belirlenir)
3. Kilo vermeye çalışırken çok kilo verme ya da kilo alma(ağırlığının % 5 kadar kilo alma ya da verme) ile neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artmanın yaşanması
4. Neredeyse her gün uykusuzluk yaşamak ya da aşırı uyumak
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama
6. Neredeyse her gün bitkinlik içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü)
7. Çoğu zaman değersizlik ve aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları yaşama
8. Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta zorluk çekme ya da kararsızlık yaşama (kişisel anlatımla ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme adına özel bir eylem tasarlama

- B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Majör depresyonunun ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Hiç bir zaman mani dönemi ya da hipomani dönemi geçirmemiştir.

2.4.4. Depresyona Farklı Kuramsal Yaklaşımlar

2.4.4.1. Tanımlayıcı Yaklaşımlar

Depresyon, kişinin duygularında, düşüncelerinde, davranışlarında ve beden sağlığında belirgin bozulmalarla kendini ortaya koyan, birçok yaşam alanında işlevselliğin düşmesine sebep olan ve en az iki hafta genellikle daha uzun süre bu belirtilerin devam ettiği görülen ruhsal bir rahatsızlıktır. Duygusal değişimlere baktığımızda: baskın duygu olan çökkünlük şemsiyesi altında üzüntü, çaresizlik, umutsuzluk, ağlama hali, değersizlik, suçluluk, kendine saygının ve özgüvenin azalması gibi durumlar görülebilir. Bilişsel değişimlere baktığımızda: belleğin ve düşünce süreçlerinin bozulması, kararsızlık, yoğunlaşma problemleri gibi durumlar görülebilir. Davranışsal değişimlere baktığımızda: dış görünüşüne önem vermeme, sorumluluklarını aksatma, insanlardan uzaklaşma, yalnız kalmayı tercih etme, aile ve arkadaş ilişkilerinde problemlerin artması, iş hayatında sorunlar yaşaması gibi durumlar görülebilir. Bedensel değişimlere baktığımızda: uyku ve yemek düzeni bozulması, kilo alma ya da verme durumunun olması, iştah azalması ya da artması, cinsel ihtiyaçların azalması ya da tümüyle ortadan kalması, yorgun ve bitkin hissetme, ağırlaşma ve tükenmişlik duyularının artması, vücudun belli bölgelerinde tıbbi açıklaması yapılamayan ağrıların ve sızılarının olması görülebilir (Koroğlu, 2006).

Stiensmeier Peter ve arkd.(1989) depresyonu tanımlarken belirtileri dört kümesi içerisinde toplamıştır. Bu belirtilere baktığımızda:

1. Duygulanım Belirtileri: Şiddetli yas, umutsuzluk, cesaretsizlik, durgunluk, isteksizlik
2. Bilişsel Belirtiler: Değersizlik düşüncesi, yetersizlik inancı, özgüveninin düşük olması, kendini suçlama eğilimi, kendini cezalandırma düşüncesi
3. Güdüsel Belirtiler: Etkinliğin azalması ve karar verme güçlüğü yaşamaması
4. Bedensel Belirtiler: Yorgunluk, bitkinlik, iştahsızlık, uyku bozuklukları, konuşma ve hareketin yavaşlaması gibi durumların görülmesi depresyonun varlığını ortaya koymaktadır (Akt. Odağ, 2008).

Heiman'a (1991) göre, kişi depresyon sürecindeyken aşağıdaki belirtileri gösterirler.

- Kara Kara Düşünme: Bunlar, arkası kesilmeyen gereksiz düşüncelerdir. İşlediğini sandığı bir suç ve başarısızlık üzerinde yoğunlaşır, bu düşünceden uzaklaşamaz.
- Kendi Kendini Değersizleştirme Eğilimi: Yetemediği, başarısız ve verimsiz bir kişi olduğu duygusu.
- Bedenini Olumsuz Algılaması: Tükenmişlik duygusu, baskı ve ağır bir yük altında olduğu duygusu.
- Depresif Kişinin Çevreyle ilişkisi: Etkinliklere ve hobilere karşı ilginin azalması, yakınlarına ve sosyal ortama karşı uzak durması.
- Haz Almanın Azalması: Yemek, cinsellik gibi haz odaklı eylemlere karşı isteksizliğin olması.
- Çalışabilirliğin ve Çalışma Gücünün Azalması: Bu kişiler yeni atılımlar yapamazlar, üstleneceği her işe korkuyla ve huzursuzlukla bakarlar.

Yukarıda yer alan durumlar depresyondaki kişilerin yaşam alanlarındaki özelliklerini göstermektedir (Akt. Odağ, 2008).

Beck'in modeline göre depresyon duygu, düşünce, motivasyon ve fizyolojik yapıdaki belirtilerle ortaya çıkar. Beck, depresyonun bilişsel yönünü, diğer belirtilerin belirleyicisi olarak görmekte ve bilişsel yapıdaki bozulmanın diğer alanlarda çökkünlük yaratacağını ifade etmektedir. Yani, depresyonda öncelikle düşüncede bozulmalar ile

başlar, duygusal çökkünlük ikincil durum olarak gelir. Bu sebeple depresyondaki kişinin gerçeği çarpıtarak algıladığını ifade etmekte, bilişsel üçlü olarak tarif ettiği “kendine yönelik olumsuz düşünce yapısı, olumsuz dünya algısı ve olumsuz bir gelecek algısı” düşünce sisteminin sonucu olarak da depresyon ortaya çıkmaktadır (Beck, 2005).

Beck (1970), depresyondaki kişilerde mevcut olan olumsuz düşünce yapılarının, kişiye özel gizli şemalarının etkin hale gelmesinden kaynaklandığını öne sürmektedir. Çocukluk döneminden beri çeşitli yaşantı ve ilişkiler sonucunda oluşan şemaların bir kısmı işlevsel olduğu için zamana ve mekâna alışmasına, deneyimleri değerlendirmesine ve anlam yüklemesine yardımcı olurken şemaların bir kısmı olumsuz olduğu için, kişinin var olan gerçekliği çarpıtarak algılamasını sağlamakta ve çeşitli durumlar karşısında olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Örneğin kişi “Ben aptalım”, “İnsanların gözünde değersiz birisiyim” “Diğer insanlar tarafında sevilmeyen birisiyim” , “Başarısız birisiyim” gibi şemalarla, dışarıdan gelen bilgileri süzmekte, çarpıtarak yorumlamaktadır. Diğer insanların, karşılaştığı olayları ve içinde bulunduğu durumları olumsuz şemalarından dolayı yanlış yorumlaması, bilişsel üçlüyü harekete geçirmekte ve kendine, içinde yaşadığı dünyaya ve geleceğe ilişkin olumsuz otomatik düşünceler üreterek duygusal çökkünlük ortaya çıkarmaktadır (Akt. Leahy, 2004).

2.4.4.2. Psikodinamik Yaklaşımlar

Freud 1917 yılında yayınlamış olduğu “Yas ve Melankoli” isimli makalesinde sevilen birisinin kaybı üzerine tutulan yasin belirtileriyle klinik depresyonun belirtileri arasında benzerliğe dikkat çekmiştir. Freud ve Abraham (1927), sevilen birinin kaybında yas tutulurken gelişim oral evresine (bebek bu evrede kendini başkalarından ayırt edemez) gerilediğini ve yitirilen kişiyi içe alarak ona karşı hissedilen bütün duyguları kendine yönelttiğini öne sürmüştür. Yitirilen kişiye karşı ifade edilmemiş öfke ve düşmanlık duygularının olabileceğini ifade etmekte, içe döndürülen bu duyguların da depresyona neden olabileceği belirtilmektedir. Freud’un hipotezine göre depresyon, hayali ya da simgesel kayıplara tepki olarak da doğabilirdi. Örneğin, okulda başarısız olan bir öğrenci ya da duygusal bir ilişkide başarısız olan kişi bunu anne babasının sevgisini kaybetme olarak deneyimleyebilir (Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

Yas tutan kişinin yitirdiği gerçek bir sevgi nesnesi vardır. ökkünlüklerde ise gerçek sevgi yitimi olabilir de olmayabilir de. Freud bu sebeple gerçek bir sevgi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini vurgulamıştır. Yani kişinin sevdiği tarafından terk edilmiş gibi bir kayıp duygusu olması gerekir. ökkünlüklerde gerçek ya da gerçek dışı bir kayıp yitim duygusunun eşliğinde “sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygıda azalma olur. Hâlbuki çok sevdiği birini kaybeden kişi “ben sevilmiyorum, ben kötüyüm” duygusu olmaz, öz saygısı azalmaz. Dinamik açıdan, yas ile çökkünlük arasındaki en belirgin özellik budur (Öztürk, 2001).

Volkan’a (2010) göre, yas döneminin üçüncü evresi olan “pazarlık” evresine takılmış olan kişilerin patolojik yas yaşadıklarını, depresyonla benzerlik göstermesine rağmen ayrı yapılar olduğunu belirtmiştir. Yas sürecinin uzun süre devam etmesi sonucunda, kaybettiği kişiye karşı duyduğu öfkeyi ve bu durumun sonunda ortaya çıkan suçluluğunu içe döndürür. Çözümlememiş yas, bir süre sonra depresyona dönüşebilir (Volkan ve Zıntl, 2010).

Ego psikolojinde önemli yeri olan Bibring’e (1953) göre benliğin rahat, uyumlu, ve değerli olabilmesi için herkesin gerçekleştirmeye çalıştığı hedefleri vardır. Bunlara benliğin narsisistik hedefleri demektedir (Akt. Öztürk, 2001). Bibring şöyle sıralamıştır:

- Değerli, sevilen ve tanınan olmak: aşığı ve değersiz olmamak
- Güçlü, üstün, güvenli ve büyük olmak: güçsüz ve güvensiz olmamak
- İyi ve seven olmak; saldırgan, yıkıcı, kırıcı olmamak

Bunlar ilk başta savunma olarak oluşturulmuş olsalar da zamanla benliğin amaçları haline dönüşmektedirler. Benlik özsaygısını koruyabilmek için, bu hedefleri gerçekleştirme görevini yüklenmiştir. Benlik bu beklentileri karşılayamadığı zamanlarda, kendi içinde çatışmaya girer. Bu narsisistik beklentiler ve amaçlar çok yoğun bir şekilde sürerken bir yaşam olayı ile karşılaştığında (emeklilik, hastalık, hayal kırıklığı, bir zedelenme), benlik içinde artık bu beklentileri gerçekleştiremeyeceği duygusu oluşur ve çatışma çıkar. Bir yandan güçlü narsisistik hedefleri bir yandan bunu gerçekleştirme duygusu ile benlik güçsüz ve çaresiz kalır, özsaygı azalır ve çökkünlük durumu oluşur (Öztürk, 2001).

Depresyon kriterlerini tam olarak karşılamayan ve çökkünlük halini tam olarak dışarıya yansıtmayan bazı hastalar tek bir belirtiyile gelebilirler. Ne yastan ne de depresyondan bahsederler, bazıları iştahının olmamasından şikayet eder bazıları çok öfkeli olmaktan; bazıları somatik belirtilerle gelir, bazıları da sadece kara kara düşündüklerini belirtirler. Çoğu zaman bu belirtiler savunma işlevi görmekte, derinde yatan depresyonun üstünü örtmektedir (Akt. Odağ, 2008).

Depresif nevrozlara özgü davranış özellikleri:

- a. Yakınlık / uzaklık – bağımsızlık / bağımlılık - kaybetme korkuları problemleri
- b. Tamamiyle özdeşleşme – dağınıklık / kararsızlık – sınırsız sorumluluk – kendini suçlama – ızdıraba katlanma – yazgıya inanma ile ilgili sıkıntılar
- c. Anlam / anlamsızlık sorunları
- d. Ambivalansın tek yanını gösterme eğilimi
- e. Öfke ve boşluk duygularından bir kaçış aracı olarak çalışkanlık ve hep bir işin peşinden koşmak gibi davranışlar gösterir (Akt. Odağ, 2008).

Masterson, ayrılma bireyleşme (6-36 ay) döneminde annenin varlığını kendinin bir uzantısı gibi gören bebeğin, gerçekte ya da fantezide kaybettiği annesini; kan, oksijen ya da hayati bir vücut parçasının eksikliği gibi hissettiğini belirtir. Çoğu zaman, annenin libidinal enerjiyi çekmesi ile boşluğa düşen ve terk edildiğini(fantezide) hisseden çocuk mahşerin altı atlısı olarak tarif etmiş olduğu “cinai öfke, intihar depresyonu, panik, çaresizlik ve umutsuzluk, boşluk, faydasızlık ve suçluluk” duyguları yaşayarak terk edilme depresyonunun içine düşer. Bu depresyon kişilik yapısının bir parçası haline gelir ve ilerleyen yıllarda yakın ilişki kurduğu insanlardan ayrılma ya da onlar tarafından terk edilme durumlarıyla karşılaştığında terk depresyonunu tekrarlayacağını ifade eder (Masterson, 2007).

2.4.5. Depresyonun Etiyolojisi

Wender ve ark.(1986) ile Rice ve ark. (1987) yapmış oldukları çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre depresyona yatkınlığın kalıtımla olabileceğini belirtmektedirler (Akt. McWilliams, 2014). Depresyon, kuşaklar arasında geçiş gösterdiği tespit edilen bir durumdur ancak depresyona yatkınlığın sonraki kuşaklara aktarılmasında kalıtımsal faktörlerin ne düzeyde etkili olduğu ile depresif anne babaların, ileriki yıllarda çocukların depresif tepkiler geliştirmelerine sebep olacak davranış sergilemelerinin ne düzeyde etkili olduğu tam olarak bilinmemektedir (McWilliams, 2014).

Yapılan bazı araştırmalarda, ağır depresyonun ve erken yaşta ortaya çıkan depresyonun ailesel yatkınlık gösterdiği bulunmuş, intihar düşünceleriyle uzun süre devam eden ve belli aralıklarla tekrarlayan bu yapının, birinci dereceden akrabalarda ortaya çıkma ihtimalinin diğerlerine göre iki kat fazla olduğu görülmüştür. Küçük yaşta annenin yitirilmesinin de ilerleyen zamanlarda klinik depresyonun ortaya çıkma ihtimalini arttırdığı görülmektedir (Köroğlu, 2006).

İnsanlar erken yaşlardan itibaren edindiği deneyimlerin (kişisel deneyim, ebeveyn ilişkileri, akran ilişkileri, medya mesajları, popüler kültür gibi) sonucunda, dış dünyayla kurduğu ilişkilerin bir özetini, içsel temsiller yoluyla bilişsel yapıda oluştururlar. Kişi, kendi varlığına, diğer insanların tepki verme biçimine ve hayatın işleyişine ilişkin oluşturduğu kalıcı temsiller, eğer gerçekten farklı çarpıtılmış ise kendine, etrafındaki insanlara ve hayata karşı olan beklentileri olumsuz olacaktır. Bu olumsuz beklentiler de, depresif düşünce ve davranış ortaya koyma riskini artıracaktır (Whisman, 2010).

Levitt ve ark. (2004), tarafından yapılan araştırmalarda depresyon tanısı alanların diğer gruplara göre daha az bilişsel yeniden değerlendirme yaklaşım biçimini kullandıklarını göstermektedir. Depresyon sürecinde ortaya çıkan olumsuz duygulara tepki olarak bilişsel yeniden değerlendirmenin kullanılmamasının, depresif belirtilerin hem ortaya çıkmasına hem devam etmesine yol açabileceğini ileri sürülmektedir (Akt. Akan, 2014).

2.4.5.1. Öğrenilmiş Çaresizlik

Seligman, depresyonu "öğrenilmiş çaresizlik" kavramı ile açıklamaktadır. Erken çocukluk dönemlerinde yaşanan şiddetli örselenmelerin çaresizlik duygusu oluşturduğu, kişinin başarısızlık ve hayal kırıklıklarını kendi yetersizliğine bağlamasının sonucunda da depresyonun ortaya çıktığını belirtmektedir. Yapılan bir araştırmada, köpeklere bir yandan elektrik şoku verilerek onu kaçınma davranışına sokarken bir yandan da kaçabilmesi önlenmektedir. Bir süre sonra köpeğin kaçma çabalarını bıraktığı, teslim olduğu, üzüntülü ve durgun bir çaresizlik içerisine düştüğü görülmüştür. İnsanlardaki çökkünlüğün de benzer olduğunu düşünmektedir. Depresyonu, çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşma durumunda bundan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu olarak görmektedir (Akt. Öztürk, 2001).

2.4.5.2. Psikanalitik Yaklaşım

Bemporad (1995), Freud'a göre annesini kaybeden ya da sevgi gereksinimlerini anne babasından karşılayamayanlarda depresyona yatkınlık görülür. Her iki durumda da bebek sevgiye gereksinim duyarak büyüyecek, kendilik değeri düşük olacak ve gerçek ya da simgesel kayıplar yaşadığında depresyon eğilimi gösterecektir (Akt. Butcher, Mineka ve Hooley, 2013).

Psikanalitik kuramcılarının birçoğu depresyonu, oral dönemde yaşanan sevgi ve besin kaynağı olan nesnenin (anne) kaybedilmesi ile gelen çökkünlük durumunun sonucu olarak görürler. Bu dönemde anne dünyayı temsil ettiğinden dolayı, anneye karşı hissedilen duygular dünyaya karşı hissedilen temel duyguları oluşturur. Umut ya da umutsuzluk, iyimserlik ya da karamsarlığın oluşmasında etkili olduğu gibi, özgüvenin, temel güven duygusunun, önemli ve değerli olma duygularının da ilk çekirdeklerinin atıldığı dönemdir. Sevmek, sevilme, dünyayı keyifli ve anlamlı bulmaya karşı da bu dönemin çok önemli olduğu kabul edilmektedir (Odağ, 2012).

2.4.5.3. Aile Gözlem Çalışmaları

Çocuklarda iki gözlem çalışması yapılmıştır. Birincisinde ebeveynler çocukların olumsuz davranışlarının hiçbirine tepki vermemekte, çocuktaki ağlama, inatçılık, öfke, agresyon görülmemekte ve yok sayılmaktadır. Beğenilen özellikleri algılanmakta, salt bu özellikleriyle bağlantı kurulmaktadır. Bu yaklaşımla büyüyen çocukların, kendilerini etraflarına sanki bir melekmiş gibi göstermeye çalışan, sadece iyiyi ve sevgiyi vurgulayan bir yapıda oldukları görülmektedir. Bu çocukların içindeki öfkeyi ve agresyonu gizliyor olmasının depresyonu doğurabileceği düşünülmektedir. Dışarıdan her şey yolunda gibi görünen bu kişilerin iç dünyasında renksizleşme, duygusal olarak heyecanlanmama, çöküntü gibi durumlar ortaya çıkabilir. Öfkenin ifade edilememesi, kişinin kendini ciddiye almaması, rekabet edememesi, kendini savunamamasına sebep olurken öfkenin yerinde, zamanında ve yeterince ifade edilmesi, sınır koymaya, kendini kabullendirmeye ve kişilik oluşum süreçlerine katkı sunmaktadır (Odağ, 2012).

İkinci gözlemde, sürekli acılarla ve sıkıntılarla karşılaşan aileler incelenmiştir. Sıkıntılar yoğunlukta olduğu ailelerde aile üyeleri probleme odaklanır ve paylaşımı, yakınlığı, ilgiyi başı dertte olan kişiye yoğunlaştırır. Bu ailelerde sanki derdin ne kadar büyükse ilgiye o kadar hakkın olur şeklinde bir inanç vardır. Böyle bir ailede büyümüş kişilerin, kendilerini başarılı hissetmeleri, mutlu ve dertsiz duyumsamaları, etrafındaki insanların ilgilerini kaybetme kaygılarını da beraberinde getirdikleri görülmektedir. Tıpkı hassas çocukların “hasta olursan annen vakit ayırır ve yanında olur” inancını geliştirmesi gibi. Hastalığı, umutsuzluğu, kötü kaderi arayan depresif kişilik yapılarının bir kısmının aile geçmişlerinde, benzer sistemin işlediği düşünülmektedir (Odağ, 2012).

2.4.5.4. Bağlanma Araştırmaları

Yetişkin Bağlanma stilleri (güvenli / güvensiz, saplantılı, kayıtsız ve korkulu) ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye dair yapılan araştırmalarda güvensiz bağlanma stillerine sahip olan kişilerin depresyon düzeyinin güvenli bağlanma stillerine sahip kişilere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Güvensiz bağlanma biçimlerine sahip kişilerin kendilerine dönük değersizlik, sevilmezlik ve çaresizlik algıları depresyonda görülen kendilik algılarıyla örtüşmektedir. Dolayısıyla erken dönemdeki bağlanma deneyimleri içerisindeki korkulu ve saplantılı bağlanma biçimleri depresyon için yatıklaştırıcı etken olabilir (Çalışır, 2009).

Mikulincer ve Shaver (2007) öz bildirimine dayalı klinik gruplarla yapılan çalışmalarda en fazla yüksek kaygı ve kaçınmaya sahip olan “korkulu” bağlanma grubunun depresyon yatkınlığı gösterdiğini belirtmektedirler. Geçmiş çalışmalar, yüksek aktivasyon sürecine bağlı olarak bağlanma kaygısı yüksek olan kişilerin, başkalarından gelen geri bildirimlere aşırı duyarlı olduklarını ve sürekli olarak başkalarından onay ve takdir beklediklerini göstermektedir. Bu nedenle, bağlanma sisteminin yüksek aktivasyonu hem kişileri sürekli olarak başkalarının ilgi, sevgi ve güvenine ihtiyacı olan kişiler konumunda tutmakta, hem de bu kişiler bu yüzden başkalarının değerlendirme ve geri bildirimlerinden daha fazla örselenmektedirler. Cyranowski ve ark. (2002), klinik örneklerde özellikle kadınlar için korkulu bağlanmanın majör depresyon tanısında en temel bağlanma stili olduğunu belirtmiştir (Akt. Sümer ve Ark., 2009).

Murph ve ark., yürütmüş oldukları bir çalışmada diğerleri hakkında zihinsel temsilleri göz önünde bulundurmaksızın, kişinin kendi hakkında negatif bir model oluşturmuş olmasını depresyonla ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Saplantılı ve korkulu bağlanma biçimine sahip üniversite öğrencileri, güvenli bağlanma biçimine sahip olan öğrencilerden depresyon düzeyine ilişkin anlamlı biçimde farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Carnelley ve Ark., depresif olan ve olmayan üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldukları araştırmada, saplantılı ve korkulu bağlanma biçimine sahip kişilerin kendiliğe dair olumsuz bir zihinsel temsile sahip olduklarını ve depresif belirtiler gösterdiklerini tespit etmişlerdir. Araştırmacılar özellikle korkulu bağlanma biçiminin depresyona yatkınlıkla ilişkili olduğunu belirtmiştir (Akt. Çalışır, 2009).

2.5. KOMORBİDİTE ARAŞTIRMALARI

Yapılan araştırmaların birçoğuna bakıldığında, depresyon ve OKB komorbiditesinin yüksek olduğu ve birçoğuna en az bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği anlaşılmaktadır. Kişilik bozukluğu tanısı alanların büyük bir kısmında 1. eksen bozukluğu olduğu, 1. eksen bozuklukları içerisinde ise OKB ve depresyon belirtilerine sık rastlandığı görülmektedir.

ECA çalışmalarından alınan verilere göre OKB'li olanların üçte ikisinde ayrıca bir psikiyatrik bozukluk daha bulunmaktadır. Bu bozukluklara baktığımızda, major depresyonun (%32,0), distiminin (%26,0) agorafobinin (%39,0), alkol kötü kullanımının (%34,0), sosyal fobinin (%19,0), panik bozukluğunun (%14,0) ve bipolar bozukluğun (%10,0) olduğu görülmektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008).

Yapılan farklı bir araştırmada, Hamilton Depresyon Skalası'na (HDS) ve DSM-IV kriterlerine göre OKB hasta grubunun %89,0'una, depresyon tanısı konmuştur. Bunun yanı sıra, major depresyonu tanısı konan hastaların %30,0'unda obsesif kompulsif belirtiler saptanmıştır (Yaluğ ve Ark., 2003).

Rasmussen ve Eisen'in yapmış olduğu araştırmada, OKB ve komorbid hastalıkların oranlarına dönük major depresyonun (%67,0), basit fobinin (%22,0), sosyal fobi (%18,0) olduğu görülmektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008).

Yapılan birçok çalışmada OKB'ye, %50,0 oranında I. eksen bozukluğunun ve %40,0 oranında 2. eksen bozukluğunun eşlik ettiği görülmüştür. Obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden I. eksen tanılarından en sık görüleni major depresyondur. Obsesif kompulsif bozuklukta depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %66,0 iken, mevcut epizotta görülebilmek olasılığı ise %33 olarak bulunmuştur. Depresyon, %85,0 oranında obsesif kompulsif bozuklukta sonra başlarken, %15,0 oranında eş zamanlı başladığı görülmektedir (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001).

Spitzer ve arkadaşları SCID ile yaptıkları bir çalışmada OKB ve şizofreni arasındaki komorbiditeyi %10,0-12,2 olarak belirtmektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008). Öte yandan Fenton ve arkadaşlarının bir çalışmasında OKB ve şizofreni birlikteliğinde %26,0 kadar yanlış tanı konulduğu vurgulanmaktadır (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008). Bu konuda yapılan diğer alışmalar OKB ve şizofreni komorbiditesini %15,0-30,0 arasında vermektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008).

Majör depresyon grubunun %79,2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Meslek dağılımında her iki grupta da olguların yaklaşık yarısının ev kadınlarından oluştuğu görülmüştür. Eğitim durumlarına bakıldığında %60,4'ünün ilkokul mezunu olduğu ve yaş ortalamasının (34,95) olduğu görülmektedir (Demirarslan ve Ark., 1999).

OKB'li hasta grubumuzda evli olanların oranı %65,8, bekarların oranı %30,6, boşanmışlar %2,0 dul olanlar %1,6 olarak hesaplanmıştır. Hastaların eğitim durumları değerlendirildiğinde OKB' li hastalarda ilkokul mezunu olanlar %36,66, orta-lise eğitimi almış olanlar %50,0, yüksek okul mezunları %13,33, eğitimsizler %0,0 olarak saptanmıştır. İş ve aktivasyon yetersizliği açısından değerlendirildiğinde OKB grubunda 30 hastanın 15'inde (%50,0) iş ve çalışma alanında yetersizlik saptanmıştır (Yaluğ ve Ark., 2003).

Okasha ve arkadaşları, OKB ile komorbid olarak en sık “başka yerde sınıflandırılmayan kişilik bozukluğu” tanısının görüldüğünü bildirmektedir. Daha sonra sırası ile BKB, OKKB, Çekingen KB, Histrionik KB gelmektedir (Akt. Bayar ve Yavuz, 2008).

50 Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve 50 Panik Bozukluğu (PB) vakasında SCID-II görüşmesi ile kişilik bozukluklarının prevalansı araştırılmıştır. Kişilik bozukluğunun genel olarak görülme oranı OKB grubunda (%36,0) olarak bulunmuş, bunlar içerisinde BKB (%4,0) iken NKB (%2,0) olarak tespit edilmiştir (Karaçam Ö. İ., 1994).

Kronik depresyon ya da majör depresyon tanısı alan 63 kişi üzerinde yapılan araştırmaya göre, majör depresyon tanısı alanların %58,3'ünde bir kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir. En sık karşılaşılan kişilik bozuklukları: Histrionik KB, Obsesif-Kompulsif KB, Kaçınan KB, Bağımlı KB şeklinde saptanırken, kişilik özellikleri itibari ile: Obsesif Kompulsif KB özelliğine sahip 17 kişi (%35,4), Paranoid KB özelliğine sahip 16 kişi (%33,3), Histrionik KB özelliğine sahip 16 kişi (%33,3), Bağımlı KB özelliğine sahip 13 kişi (%27,1), Narsistik KB özelliğine sahip 10 kişi (%20,8) olduğu görülmektedir (Demirarslan ve Ark., 1999).

Somatik semptomlar ve somatik anksiyete açısından değerlendirildiğinde, OKB hasta grubunda 30 hastanın 26 (%86,6) tanesinde somatik anksiyete görülürken, 18'inde (%60,0) somatik semptomlar saptanmıştır. Hasta grubu suçluluk duygusu açısından değerlendirildiğinde, 30 hastanın 12'sinde (%40,0) suçluluk duygusu saptanmıştır.

OKB'li hasta grubunda 30 hastanın 17'sinde (%56,6) retardasyon saptanmıştır (Yaluğ ve Ark., 2003).

OKB' li hasta grubunda, 30 hastanın 11'inde (%36,66) borderline kişilik bozukluğu saptanmıştır. OKB' li hasta grubunda 30 hastanın 1 (%3,33) tanesinde NKB saptanmıştır. OKB ve kişilik bozukluğu tanısının birlikte bulunduğu hastalık grubunda, depresif semptomların hem daha ağır hem de daha uzun süreli olduğu belirtilmiştir (Yaluğ ve Ark., 2003).

Bir çalışmada Tynes ve Winstead (1999), retardasyonun ön planda olduğu depresyonlarda kontrol etme kompülsiyonlarının fazla görüldüğünü saptayarak depresif ve obsesif kompulsif semptomatolojiler arasında ilişkiler kurmaya çalışmışlardır (Akt. Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2001).

Rasmussen ve arkadaşları OKB'li hastaların 2/3'sinin hayatları boyunca en az bir kere depresyon geçirdiklerini, 1/3'inde ise görüşme sırasında depresyon saptandığını bildirmektedir. Zitterl ve ark., primer depresif durumlarda obsesif kompulsif semptomların ortaya çıkışını depresyonla başa çıkmanın bir yolu olabileceği ifade etmektedir. Depresyon ile beraber görülen OKB' yi sekonder, depresyonu ise öğrenilmiş bir çaresizlik ya da vazgeçişin sonucu olarak ortaya çıkabileceği şeklinde değerlendirmektedir. OKB ile eş zamanlı depresyonda, primer ve sekonder depresyonla karşılaştırıldığında çok daha iyi bir prognoz gözlemlendiği saptanmıştır. Zitterl ve ark., depresif olan OKB'lilerde saldırganlık obsesyonunun, depresif olmayan OKB'lilerde ise kontrol etme, belirli ve tekrarlayıcı kompülsiyonların daha sık görüldüğünü saptamıştır (Akt. Yaluğ ve Ark., 2003).

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı alanların, depresif bozuklukların tersine kendisinin çok önemli olduğu duygusunu taşıdığı, empati yapamadığı, kendini beğenmiş davranış ya da tutumlar sergilediği görülmektedir. Bu yapılar böylesine güçlü görülmelerine rağmen narsistik yaralanmalarda, incinmelerde ve ağır kırılmaların sonucunda depresif bozukluk ortaya çıkabilirler (Tezcan, 2000).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alanların, kimlik karmaşası ve duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif instabilitenin, stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif semptomların gözlenmesi ve işe yaramazlık duygusunun yoğunluğu göze çarpmaktadır. Bu, içsel sistemlere bağlı bir depresif bozukluğun ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Tezcan, 2000).

BÖLÜM III

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümünde yapılan araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ile verilerin analizi ve yorumlanması hakkında bilgiler yer almaktadır. Yapılan araştırma, hastane arşivinde mevcut olan bilgiler üzerinden retrospektif bir modele göre gerçekleştirilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Npİstanbul psikiyatri polikliniğinde muayene edilmiş 18-60 yaş aralığında olan ve DSM-V kriterlerine göre narsisistik kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Npİstanbul psikiyatri polikliniğinde muayene edilmiş 18-60 yaş aralığında olan ve DSM-V kriterlerine göre narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış olan 30 hasta ile borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan 30 hastadan oluşan 60 kişilik grup oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın soruları aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

- BKB ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB' deki Depresyon düzeyi ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB' deki Depresyon düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB' deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyiyle SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB ile OKB genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyi ile Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki Depresyon düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- NKB deki OKB genel ve alt ölçekler düzeyi ile SCL 90 genel ve alt ölçekler düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- BKB ile NKB'nin SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- NKB'de cinsiyet faktörüne göre SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?
- BKB'de cinsiyet faktörüne göre SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?

- Cinsiyet faktörüne göre BKB ile NKB'nin SCL-90 genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ve Depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir farklılaşma var mıdır?

3.2.1. Hipotezler

- Farklı kişilik bozukluklarında SCL-90'nın genel ve alt ölçek düzeyleri, OKB genel ve alt ölçek düzeyleri ile Depresyon düzeylerinin farklılaşacağı beklenmektedir.
- BKB'de OKB ve Depresyon düzeyinin yüksek çıkması, NKB da ise sadece Depresyonun düzeyinin yüksek çıkması beklenmektedir.
- Aynı kişilik bozukluğu tanısı almış olanlarda cinsiyete göre depresyon düzeyinin, OKB ve SCL-90'nın genel ve alt ölçek düzeylerinin farklılaşacağı beklenmektedir.
- Her iki grupta da OKB ve Depresyon düzeyleri arasında ilişkinin olacağı beklenmektedir.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan kişisel bilgi formunda: hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, kaç kardeş oldukları ve kaçınıcı çocuk olduğu, anne-babanın sağ olup olmadığı ve beraber yaşayıp yaşamadıkları gibi sosyo-demografik bilgilerin de yer alacağı şekilde oluşturulmuştur (EK 1).

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri, A.T. Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Bu formun Türkiye'ye uyarlama çalışmasını "Beck Depresyon Ölçeği" adı ile 1980 yılında Buket Tegin (Erkal) gerçekleştirmiştir. BDI'ın yine Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen 1978 yılı formu, 1988–1989 yılları arasında Nesrin Hisli Şahin tarafından "Beck Depresyon Envanteri" olarak uyarlanmıştır ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Envanter depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçen, belli bir kurama dayalı olmayıp klinik gözlemlerle elde edilen veriler üzerinden oluşturulmuş, 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilen, 21 maddelik bir envanterdir. Her madde depresyona özgü

bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden 4 derecelik kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Maddelerden 0 ile 3 arasında puan almakta, bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Türkçe formunda 17 kesme puanı olarak belirlenmiştir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

3.3.3. Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Moudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Hodgson R.J. ve Rachman S. tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. Toplam dört alt ölçek (temizlik, kontrol, yavaşlık ve kuşku) ve 30 maddeden oluşmaktadır. Türkiye'ye uyarlama çalışmalarını 1988 yılında Neşe Erol ve Işık Savaşır tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye'ye uyarlama çalışmalarında MMPI' dan 7 madde alınarak eklemeye yapılmış ve ruminasyon alt ölçeği oluşturulmuştur. Türkçe formu 37 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşmakta, her soru doğru/yanlış olarak işaretlenmekte ve en yüksek puan 37 olmaktadır. Türkçe formunda kesme puanı bulunmamaktadır, daha çok karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması uygundur (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

3.3.4. SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi

SCL-90 Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi, 1948 yılında Wilder tarafından "Cornell Medical Index", 1974 yılında Derogatis L.R. ve diğ., tarafından "Hopkins Symptom Chek List" olarak geliştirilmiş ve Derogatis L.R. tarafından 1977 yılında "SCL-90" olarak son halini vermiştir. Türkiye' ye uyarlama çalışmaları 1991 yılında İhsan Dağ tarafından gerçekleştirilmiş, geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Zaman sınırlaması yoktur, 17 yaş ve üzerine uygulanır. 5 dereceli likert tipi cevaplanan sorulardan oluşan toplam 90 madde vardır. 9 alt ölçeği (somatizasyon, obsesif kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçek) mevcuttur. Her soruya vereceği puan dereceli olarak 0-4 arasında puanlanmakta, her alt ölçeğin ortalama puanı ve genel ortalama puan değerlendirilirken 1,5 kesme puanı olarak belirlenmiştir. Alınabilecek maksimum puan 360 tır (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

3.4. VERİLERİN ANALİZİ

Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalardan Kişisel Bilgi Formu, SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ile elde edilen verilerin tümü SPSS 18.0 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) ile analize tabii tutulmuştur.

Araştırmada elde edilen verilerle ilgili aşağıdaki işlemler uygulanmıştır:

- Örnekleme oluşturan hastaların kişisel özelliklerini özetlemek açısından değişkenlerinin frekans (f) ve yüzdeleri (%) hesaplanmıştır.
- Araştırmada kullanılan, SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi genel ve boyutlarının ortalama puanları (\bar{X}) ve standart sapma değerleri (ss) hesaplanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların, SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanlarının narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olmalarına göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını araştırmak amacıyla ilişkisiz (bağımsız) gruplar t-testi yapılmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların, SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanlarının cinsiyetlerine bağlı olarak anlamlı bir farklılaşma gösterip göstermediğini araştırmak üzere (normallik varsayımı sağlanamadığından) parametrik olmayan Mann-Whitney testi uygulanmıştır.
- Hastaların, SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanları arasında ilişki olup olmadığı *Pearson's momentler çarpım korelasyonu* katsayıları ile araştırılmıştır.

Tüm istatistiksel hesaplamalarda anlamlılık düzeyi *.05* olarak kabul edilmiştir. Anlamlılık değeri, *.05*'ten küçük ($p < .05$) bulunduğunda bağımsız değişkenlerin grupları (kategorileri) arasındaki farklılıklar “anlamlı” olarak kabul edilmiş ve sonuçlar buna göre değerlendirilmiştir.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, önce, araştırmaya dâhil olan narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların sosyodemografik verileri incelenmiş, sonrasında SCL-90 R Ruhsal Tarama Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanları genel olarak incelenmiş, daha sonra ise iki hasta grubunun puanları ve cinsiyete göre karşılaştırmaları yapılmıştır. En son alt bölümde ise hasta gruplarının ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Tablo 3. Çalışma grubunda yer alan hastaların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları (N=60)

Değişken	Grup	Narsisistik K. B. (n=30)		Borderline K. B. (n=30)		Genel (N=60)	
		f	%	f	%	f	%
Cinsiyet	Kadın	10	33,3	25	83,3	35	58,3
	Erkek	20	66,7	5	16,7	25	41,7
Eğitim düzeyi	İlkokul	1	3,3	2	6,7	3	5,0
	İlköğretim	-	-	1	3,3	1	1,7
	Ortaokul	1	3,3	1	3,3	2	3,3
	Lise	10	33,3	10	33,3	20	33,3
	Üniversite	16	53,3	12	40,0	28	46,7
	Yüksek Lisans	2	6,7	3	10,0	5	8,3
	Doktora	-	-	1	3,3	1	1,7
Medeni durum	Bekâr	12	40,0	14	46,7	26	43,3
	Evli	18	60,0	11	36,7	29	48,3
	Dul	-	-	5	16,7	5	8,3
Kaçınıcı çocuk	İlk çocuk	8	26,7	15	50,0	23	38,3
	İkinci çocuk	5	16,7	10	33,3	15	25,0
	Üçüncü çocuk	2	6,7	1	3,3	3	5,0
	Dördüncü çocuk	2	6,7	-	-	2	3,3
	Beşinci çocuk	-	-	1	3,3	1	1,7
	Boş	13	43,3	3	10,0	16	26,7
Anne	Sağ	24	80,0	29	96,7	53	88,3
	Vefat	5	16,7	1	3,3	6	10,0
	Boş	1	3,3	-	-	1	1,7
Baba	Sağ	15	50,0	25	83,3	40	66,7
	Vefat	14	46,7	5	16,7	19	31,7
	Boş	1	3,3	-	-	1	1,7

Anne-baba beraberliği	Beraber	24	80,0	27	90,0	51	85,0
	Boşanmış	5	16,7	3	10,0	8	13,3
	Boş	1	3,3	-	-	1	1,7

Araştırmaya katılan %58,3'ü kadın ve %41,7'si erkektir. Hastaların genel yaş ortalaması ise $41,50 \pm 12,09$ (\bar{X} Narsisistik K.B.= $30,83 \pm 6,34$ ve \bar{X} Borderline K.B.= $36,17 \pm 10,98$) olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumuna bakıldığında, en büyük grupları %46,7 ile üniversite ve %33,3 ile lise mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Hastaların %43,3'ü bekârken, %48,3 evli ve kalan %8,3'ü duldur. Hastaların %6,7'si (4 kişi) ikinci evliliğini yapmıştır. Çalışma grubunda yer alan hastaların ortalama kardeş sayısı $2,8 \pm 1,7$ olup %38,3'ü ilk çocuk olduğunu belirtmiştir. Hastaların %88,3'ünün annesi ve %66,7'sinin babası sağ olup, %85,0'inin anne-babası beraberdir. Hastaların mesleklerine ilişkin dağılım tablosu ekler kısmında verilmiştir.

4.1. Çalışma Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Betimsel Bulgular

Tablo 4. Narsisistik K. B. Tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Min	Maks	\bar{X}	ss
Somatizasyon	0,00	2,58	1,09	0,78
Obsesif-Kompulsif	0,00	3,60	1,32	0,86
Kişiler Arası Duyarlık	0,00	3,11	1,29	0,85
Depresyon	0,15	3,69	1,63	1,01
Kaygı	0,20	2,40	1,17	0,74
Öfke-Düşmanlık	0,00	3,16	1,28	0,94
Fobik Anksiyete	0,00	2,42	0,78	0,65
Paranoid Düşünce	0,00	3,66	1,15	0,88
Psikotizm	0,00	2,80	0,82	0,69
Ek	0,14	4,57	1,31	1,07
SCL-90 Genel	0,15	2,63	1,20	0,66

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin ortalamalar yukarıda, Tablo 4'de özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, hastaların alt testlerine ilişkin hesaplanan ortalama puanlar 0,78 ile 1,63 arasında değişmektedir. Hastaların depresyon alt testi hariç diğer tüm alt testlerden

aldıkları ortalama puanlar ‘normal’ düzeyde belirtileri işaret etmektedir. Ancak, depresyon için bulunan ortalama değer ‘araz düzeyi yüksek’ olarak bulunmuştur ($\bar{X}_{\text{Depresyon}}=1,63\pm 1,01$). Testin geneli için hesaplanan ortalama puan da narsisistik tanısı almış hastaların araz düzeyinin ‘normal’ olduğunu göstermektedir ($\bar{X}_{\text{SCL-90}}=1,20\pm 0,66$).

Tablo 5. Narsisistik K. B. Tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Alınabilecek Puan	Min	Maks	x	ss
Kontrol Etme B.	0-9	0,00	5,00	2,10	1,60
Temizlik B.	0-11	0,00	8,00	3,43	2,43
Yavaşlık B.	0-7	0,00	4,00	1,87	1,31
Kuşku B.	0-7	0,00	7,00	3,13	1,83
Ruminasyon B.	0-4	0,00	4,00	1,33	1,21
MOKSL Genel	0-37	0,00	28,00	12,70	6,72

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin hesaplanan ortalama puanları Tablo 5’te özetlenmiştir. Hastaların testin alt boyutlarından ve genelinden alabilecekleri puanlar da dikkate alındığında (ikinci sütun), bulunan ortalama puanların düşük olduğu söylenebilir. Hastaların aldıkları ortalama puanın alınabilecek en yüksek puana göre oranlaması yapıldığında, en yüksek ortalama puanın %344,71 ile kuşku boyutuna ait olduğu söylenebilir $[(3,13*100)/7=44,71]$. Bunu sırasıyla, %33,25 ile ruminasyon boyutu $[(1,33*100)/4=33,25]$, %31,18 ile temizlik boyutu $[(3,43*100)/11=31,18]$, %26,71 ile yavaşlık boyutu $[(1,87*100)/7=26,71]$ ve %23,33 ile kontrol etme boyutu izlemektedir $[(2,10*100)/9=23,33]$. Testin geneli için hesaplanan oran da %34,32’de kalmıştır $[(12,70*100)/37=34,32]$.

Tablo 6. Narsisistik K. B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Min	Maks	\bar{X}	ss
Beck Depresyon	3,00	35,00	15,07	7,33

Hastaların depresyon düzeyini ölçen 21 maddelik Beck Depresyon Ölçeğinden alınabilecek puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Tablo 6'dan da görüleceği üzere, araştırmaya katılan narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların puanları 3 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama puan $\bar{X}_{Beck}=15,07\pm 7,33$ olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama puan, araştırmaya katılan narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların 'hafif' düzeyde depresif belirti gösterdiğini işaret etmektedir.

Tablo 7. Borderline K. B. Tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Min	Maks	\bar{X}	ss
Somatizasyon	0,00	3,83	1,61	0,94
Obsesif-Kompulsif	0,10	3,60	1,96	1,01
Kişiler Arası Duyarlık	0,11	3,55	1,87	1,01
Depresyon	0,07	5,23	2,50	1,45
Kaygı	0,30	5,40	1,98	1,22
Öfke-Düşmanlık	0,83	3,83	1,98	0,93
Fobik Anksiyete	0,00	3,28	1,13	0,98
Paranoid Düşünce	0,33	4,00	1,95	0,98
Psikotizm	0,00	2,80	1,26	0,88
Ek	0,00	3,14	1,65	0,91
SCL-90 Genel	0,33	3,23	1,73	0,83

Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanlarına ilişkin ortalamalar yukarıda, Tablo 7'de özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, borderline hasta grubunun alt testlerine ilişkin hesaplanan ortalama puanları 1,13 ile 2,50 arasında değişmektedir. Hastaların, fobik anksiyete ($\bar{X}_{Fobik\ Anksiyete}=1,13\pm 0,98$) ve psikotizm ($\bar{X}_{Psikotizm}=1,26\pm 0,88$) alt testleri ortalama puanlar 'normal' düzeyde belirtileri gösterirken, depresyon alt testi hariç diğer tüm alt testlerden aldıkları ortalama puanlar 'araz düzeyi yüksek' belirtilere işaret etmektedir. Borderline hasta grubunun depresyon alt testi için hesaplanan ortalama değer ise 'araz düzeyi çok yüksek' olarak bulunmuştur ($\bar{X}_{Depresyon}=2,50\pm 1,45$). Hastaların testin geneli (SCL-90) için hesaplanan ortalama puan ise borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların araz düzeyinin 'yüksek' olduğunu göstermektedir ($\bar{X}_{SCL-90}=1,73\pm 0,83$).

Tablo 8. Borderline K. B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Alnabilecek Puan	Min	Maks	\bar{X}	ss
Kontrol Etme B.	0-9	0,00	9,00	3,17	2,44
Temizlik B.	0-11	0,00	11,00	4,30	2,79
Yavaşlık B.	0-7	0,00	7,00	2,97	1,61
Kuşku B.	0-7	1,00	7,00	3,47	1,87
Ruminasyon B.	0-4	0,00	4,00	2,53	1,25
MOKSL Genel	0-37	5,00	35,00	16,10	7,11

Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarına ilişkin hesaplanan ortalama puanları Tablo 8’de özetlenmiştir. MOKSL testinin geneli ve alt boyutlarından alabilecek alt-üst limit puanları dikkate alındığında (ikinci sütun), araştırmaya katılan borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar için bulunan ortalama puanların yüksek olmadığı söylenebilir. MOKSL testi için araştırmacılar tarafından kesme puanları belirlenmediğinden elde edilen puanlar hakkında daha iyi fikir edinmek için bir oranlama hesaplaması yapılmıştır. Hastaların aldıkları ortalama puanın alınabilecek en yüksek puana göre oranlaması yapıldığında, en yüksek ortalama puanın %63,25 ile ruminasyon boyutuna ait olduğu görülmektedir $[(2,53*100)/4=63,25]$. Bunu sırasıyla, %49,57 ile kuşku boyutu $[(3,47*100)/7=49,57]$, %42,43 ile yavaşlık boyutu $[(2,97*100)/7=42,43]$, %39,09 ile temizlik boyutu $[(4,30*100)/11=39,09]$ ve %35,22 ile kontrol etme boyutu izlemektedir $[(3,17*100)/9=35,22]$. Hastaların, testin geneli için hesaplanan oranı ise %43,51 olmuştur $[(16,10*100)/37=43,51]$.

Tablo 9. Borderline K. B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin betimsel istatistikler (N=30)

Boyut/Ölçek	Min	Maks	\bar{X}	ss
Beck Depresyon	3,00	52,00	22,97	12,37

Tablo 9’da araştırmaya katılan borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler

verilmiştir. Tablodan görüleceği üzere, borderline tanısı almış hastaların ölçekten aldıkları puanlar 3 ile 52 arasında değişmekte olup, ortalama puan $\bar{X}_{Beck}=22,97\pm 12,37$ olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama puan, araştırmaya katılan borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların 'orta' düzeyde depresif belirtiler gösterdiğini işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlara göre gösterdikleri belirti düzeyine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları ekler bölümünde verilmiştir.

4.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın bu alt bölümünde narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Tarama Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanların karşılaştırılması yapılmıştır. İlk aşamada iki grubun ölçek/boyutlardan aldıkları puanlara ilişkin genel karşılaştırma yapılmış, daha sonra ise grup içi ve gruplar arası cinsiyet bağlı olarak karşılaştırmalar yapılmıştır.

Karşılaştırmalar aşağıdaki sıraya göre yapılmıştır;

<u>Karşılaştırma</u>	<u>Test</u>
Narsisistik K. B. $n=30$ (Genel) \leftrightarrow Bordeline K. B. $n=30$ (Genel)	t-test
Narsisistik K. B. $n=10$ (Kadın) \leftrightarrow Narsisistik K. B. $n=20$ (Erkek)	Mann-Whitney
Bordeline K. B. $n=25$ (Kadın) \leftrightarrow Bordeline K. B. $n=5$ (Erkek)	Mann-Whitney
Narsisistik K. B. $n=10$ (Kadın) \leftrightarrow Bordeline K. B. $n=25$ (Kadın)	Mann-Whitney
Narsisistik K. B. $n=20$ (Erkek) \leftrightarrow Bordeline K. B. $n=5$ (Erkek)	Mann-Whitney

- **Karşılaştırma: Narsisistik K. B. $n=30$ (Genel) ile Borderline K. B. $n=30$ (Genel)**

Tablo 10. Hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60)

Boyut/Ölçek	Grup (Tanı)	Betimsel İstatistik			t-test		
		n	\bar{X}	ss	t	sd	p
Somatizasyon	Narsisistik K. B.	30	1,09	0,78	2,34	58	0,023*
	Borderline K. B.	30	1,61	0,94			
Obsesif-Kompulsif	Narsisistik K. B.	30	1,32	0,86	2,66	58	0,010*
	Borderline K. B.	30	1,96	1,01			
Kişiler Arası Duyarlık	Narsisistik K. B.	30	1,29	0,85	2,38	58	0,021*
	Borderline K. B.	30	1,87	1,01			
Depresyon	Narsisistik K. B.	30	1,63	1,01	2,69	58	0,009*
	Borderline K. B.	30	2,50	1,45			
Kaygı	Narsisistik K. B.	30	1,17	0,74	3,11	58	0,003*
	Borderline K. B.	30	1,98	1,22			
Öfke-Düşmanlık	Narsisistik K. B.	30	1,28	0,94	2,89	58	0,005*
	Borderline K. B.	30	1,98	0,93			
Fobik Anksiyete	Narsisistik K. B.	30	0,78	0,65	1,65	58	0,104
	Borderline K. B.	30	1,13	0,98			
Paranoid Düşünce	Narsisistik K. B.	30	1,15	0,88	3,31	58	0,002*
	Borderline K. B.	30	1,95	0,98			
Psikotizm	Narsisistik K. B.	30	0,82	0,69	2,17	58	0,034*
	Borderline K. B.	30	1,26	0,88			
Ek	Narsisistik K. B.	30	1,31	1,07	1,30	58	0,199
	Borderline K. B.	30	1,65	0,91			
SCL-90 Genel	Narsisistik K. B.	30	1,20	0,66	2,76	58	0,008*
	Borderline K. B.	30	1,73	0,83			

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 10’da araştırmaya katılan, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi puanları (genel ve alt testler) arasında anlamlı bir fark olup olmadığı özetlenmiştir. Hasta gruplarının test puanlarının karşılaştırılması için yapılan t-testinin sonucuna göre fobik anksiyete ve ek test puanları hariç ($p>.05$) grupların diğer tüm alt testlerdeki puanları arasında anlamlı fark vardır ($p<.05$). Hasta gruplarının testlerden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde;

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların somatizasyon puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,34$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların somatizasyon puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,09$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,61$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların obsesif-kompulsif puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,66$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların obsesif-kompulsif puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,32$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,96$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların kişiler arası duyarlık puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,38$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların kişiler arası duyarlık puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,29$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,87$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların depresyon puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,69$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,63$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=2,50$).

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların kaygı puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=3,11$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,17$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,98$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların öfke-düşmanlık puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,89$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların öfke-düşmanlık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,28$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,98$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların paranoid düşünce puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=3,31$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların paranoid düşünce puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,15$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,95$).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların psikotizm puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,17$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların psikotizm puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=0,82$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,26$).
- Son olarak, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) genel puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,76$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların SCL-90 puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,20$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=1,73$).

Tablo 11. Hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60)

Boyut/Ölçek	Grup (Tanı)	Betimsel İstatistik			t-test		
		n	\bar{X}	ss	t	sd	p
Kontrol Etme B.	Narsisistik K. B.	30	2,10	1,60	2,00	58	0,049*
	Borderline K. B.	30	3,17	2,44			
Temizlik B.	Narsisistik K. B.	30	3,43	2,43	1,28	58	0,205
	Borderline K. B.	30	4,30	2,79			
Yavaşlık B.	Narsisistik K. B.	30	1,87	1,31	2,91	58	0,005*
	Borderline K. B.	30	2,97	1,61			
Kuşku B.	Narsisistik K. B.	30	3,13	1,83	0,70	58	0,489
	Borderline K. B.	30	3,47	1,87			
Ruminasyon B.	Narsisistik K. B.	30	1,33	1,21	3,77	58	0,000**
	Borderline K. B.	30	2,53	1,25			
MOKSL Genel	Narsisistik K. B.	30	12,70	6,72	1,90	58	0,062
	Borderline K. B.	30	16,10	7,11			

*Fark $p < .05$ ve **fark $p < .001$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 11’de araştırmaya katılan, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanları (genel ve alt testler) arasında anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak üzere yapılan t-testi sonuçları verilmiştir. Hasta gruplarının test puanlarının karşılaştırılması için yapılan t-testinin sonucuna göre hastaların MOKSL’in kontrol etme, yavaşlık ve ruminasyon alt boyutları puanları arasında anlamlı fark vardır ($p < .05$). Temizlik ve kuşku alt boyutu ile MOKSL’in geneli bakımından ise hasta gruplarının puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > .05$). Hasta gruplarının testlerden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde;

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların kontrol etme boyutu puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,00$ ve $p < .05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların kontrol etme boyutuna ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=2,10$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=3,17$).

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların yavaşlık boyutu puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=2,91$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların yavaşlık boyutuna ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,87$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=2,97$).
- Son olarak, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların ruminasyon boyutu puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=3,77$ ve $p<.001$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların ruminasyon boyutuna ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=1,33$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=2,53$).

Tablo 12. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının aldıkları tanıya göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine dair t-testi (N=60)

Boyut/Ölçek	Grup (Tanı)	Betimsel İstatistik			t-test		
		n	\bar{X}	ss	t	sd	p
Beck Depresyon	Narsisistik K. B.	30	15,07	7,33	3,01	58	0,004*
	Borderline K. B.	30	22,97	12,37			

*Fark $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 12’de araştırmaya katılan, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların, Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak üzere yapılan t-testi sonucu verilmiştir. Buna göre, narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış grupların depresyon puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(58)}=3,01$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların depresyon düzeylerinin narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Narsisistik K.B.}}=15,07$ ve $\bar{X}_{\text{Borderline K.B.}}=22,97$).

- **Karşılaştırma: Narsisistik K. B. $n=10$ (Kadın) ile Narsisistik K. B. $n=20$ (Erkek)**

Tablo 13. Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Somatizasyon	Kadın	10	18,95	189,50	-1,52	0,129
	Erkek	20	13,78	275,50		
Obsesif-Kompulsif	Kadın	10	13,90	139,00	-0,71	0,481
	Erkek	20	16,30	326,00		
Kişiler Arası Duyarlık	Kadın	10	13,40	134,00	-0,93	0,355
	Erkek	20	16,55	331,00		
Depresyon	Kadın	10	17,30	173,00	-0,79	0,428
	Erkek	20	14,60	292,00		
Kaygı	Kadın	10	16,30	163,00	-0,35	0,724
	Erkek	20	15,10	302,00		
Öfke-Düşmanlık	Kadın	10	14,35	143,50	-0,51	0,611
	Erkek	20	16,08	321,50		
Fobik Anksiyete	Kadın	10	15,80	158,00	-0,13	0,895
	Erkek	20	15,35	307,00		
Paranoid Düşünce	Kadın	10	17,70	177,00	-0,97	0,331
	Erkek	20	14,40	288,00		
Psikotizm	Kadın	10	12,45	124,50	-1,35	0,179
	Erkek	20	17,02	340,50		
Ek	Kadın	10	14,10	141,00	-0,62	0,537
	Erkek	20	16,20	324,00		
SCL-90 Genel	Kadın	10	15,50	155,00	0,00	1,000
	Erkek	20	15,50	310,00		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 13’de Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış kadın ve erkek hastaların SCL-90 testi puanları arasında (alt testler ve genelinde) anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların cinsiyeti, SCL-90 testi puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır.

Tablo 14. Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Kontrol Etme B.	Kadın	10	11,80	118,00	-1,66	0,098
	Erkek	20	17,35	347,00		
Temizlik B.	Kadın	10	15,85	158,50	-0,16	0,876
	Erkek	20	15,33	306,50		
Yavaşlık B.	Kadın	10	13,65	136,50	-0,83	0,405
	Erkek	20	16,43	328,50		
Kuşku B.	Kadın	10	12,45	124,50	-1,36	0,173
	Erkek	20	17,02	340,50		
Ruminasyon B.	Kadın	10	13,75	137,50	-0,80	0,426
	Erkek	20	16,38	327,50		
MOKSL Genel	Kadın	10	13,50	135,00	-0,88	0,377
	Erkek	20	16,50	330,00		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 14’de Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış kadın ve erkek hastaların MOKSL testi puanları arasında (alt testler ve genelinde) anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların cinsiyeti, MOKSL puanlarında da anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır.

Tablo 15. Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Beck Depresyon	Kadın	10	17,50	175,00	-0,88	0,377
	Erkek	20	14,50	290,00		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testinin sonucuna (Tablo 15) göre narsisistik hastaların cinsiyeti depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır ($p > .05$).

- **Karşılaştırma: Bordeline K. B. $n=25$ (Kadın) ile Bordeline K. B. $n=5$ (Erkek)**

Tablo 16. Borderline K.B. tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup Cinsiyet	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
		n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Somatizasyon	Kadın	25	15,48	387,00	-0,03	0,978
	Erkek	5	15,60	78,00		
Obsesif-Kompulsif	Kadın	25	14,74	368,50	-1,06	0,290
	Erkek	5	19,30	96,50		
Kişiler Arası Duyarlık	Kadın	25	16,06	401,50	-0,78	0,436
	Erkek	5	12,70	63,50		
Depresyon	Kadın	25	14,92	373,00	-0,81	0,419
	Erkek	5	18,40	92,00		
Kaygı	Kadın	25	14,78	369,50	-1,00	0,316
	Erkek	5	19,10	95,50		
Öfke-Düşmanlık	Kadın	25	15,64	391,00	-0,20	0,845
	Erkek	5	14,80	74,00		
Fobik Anksiyete	Kadın	25	15,30	382,50	-0,28	0,780
	Erkek	5	16,50	82,50		
Paranoid Düşünce	Kadın	25	16,08	402,00	-0,81	0,419
	Erkek	5	12,60	63,00		
Psikotizm	Kadın	25	15,22	380,50	-0,39	0,696
	Erkek	5	16,90	84,50		
Ek	Kadın	25	14,50	362,50	-1,39	0,163
	Erkek	5	20,50	102,50		
SCL-90 Genel	Kadın	25	15,12	378,00	-0,53	0,597
	Erkek	5	17,40	87,00		

*Fark $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 16’da borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın ve erkek hastaların SCL-90 testi puanları arasında (alt testler ve genelinde) anlamlı bir fark yoktur ($p>.05$). Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların cinsiyeti, SCL-90 testi puanlarında anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır.

Tablo 17. Borderline K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Kontrol Etme B.	Kadın	25	14,76	369,00	-1,04	0,298
	Erkek	5	19,20	96,00		
Temizlik B.	Kadın	25	14,70	367,50	-1,12	0,262
	Erkek	5	19,50	97,50		
Yavaşlık B.	Kadın	25	15,22	380,50	-0,40	0,692
	Erkek	5	16,90	84,50		
Kuşku B.	Kadın	25	14,98	374,50	-0,74	0,462
	Erkek	5	18,10	90,50		
Ruminasyon B.	Kadın	25	15,48	387,00	-0,03	0,977
	Erkek	5	15,60	78,00		
MOKSL Genel	Kadın	25	14,88	372,00	-0,87	0,387
	Erkek	5	18,60	93,00		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 17’de Borderline K.B. tanısı almış hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın ve erkek hastaların MOKSL testi puanları arasında (alt testler ve genelinde) anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların cinsiyeti, MOKSL puanlarında da anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır.

Tablo 18. Borderline K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=30)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Beck Depresyon	Kadın	25	14,86	371,50	-0,89	0,373
	Erkek	5	18,70	93,50		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Borderline K.B. tanısı almış hastaların Beck Depresyon ölçeği puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testinin sonucuna (Tablo 18) göre borderline hastalarının cinsiyeti depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamaktadır ($p > .05$).

- **Karşılaştırma: Narsisistik K. B. n=10 (Kadın) ile Borderline K. B. n=25 (Kadın)**

Tablo 19. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Tanı	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Somatizasyon	Narsisistik K. B.	10	16,90	169,00	-0,40	0,687
	Borderline K. B.	25	18,44	461,00		
Obsesif-Kompulsif	Narsisistik K. B.	10	11,65	116,50	-2,32	0,020*
	Borderline K. B.	25	20,54	513,50		
Kişiler Arası Duyarlık	Narsisistik K. B.	10	11,75	117,50	-2,28	0,022*
	Borderline K. B.	25	20,50	512,50		
Depresyon	Narsisistik K. B.	10	15,00	150,00	-1,10	0,273
	Borderline K. B.	25	19,20	480,00		
Kaygı	Narsisistik K. B.	10	14,30	143,00	-1,35	0,176
	Borderline K. B.	25	19,48	487,00		
Öfke-Düşmanlık	Narsisistik K. B.	10	11,40	114,00	-2,42	0,016*
	Borderline K. B.	25	20,64	516,00		
Fobik Anksiyete	Narsisistik K. B.	10	16,35	163,50	-0,60	0,546
	Borderline K. B.	25	18,66	466,50		
Paranoid Düşünce	Narsisistik K. B.	10	12,30	123,00	-2,09	0,037*
	Borderline K. B.	25	20,28	507,00		
Psikotizm	Narsisistik K. B.	10	12,60	126,00	-1,98	0,048*
	Borderline K. B.	25	20,16	504,00		
Ek	Narsisistik K. B.	10	14,40	144,00	-1,32	0,188
	Borderline K. B.	25	19,44	486,00		
SCL-90 Genel	Narsisistik K. B.	10	13,40	134,00	-1,68	0,093
	Borderline K. B.	25	19,84	496,00		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 19’da Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi sonuçları özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlık, öfke-düşmanlık, paranoid düşünce ve psikotizm alt testleri puanları arasında anlamlı fark vardır ($p < .05$). Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların testlerden aldıkları sıra ortalaması puanları incelendiğinde;

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların obsesif-kompulsif puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-2,32$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların obsesif-kompulsif puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=11,65 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=20,54).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların kişiler arası duyarlık puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-2,28$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların kişiler arası duyarlık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=11,75 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=20,50).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların öfke-düşmanlık puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı kadın almış hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-2,42$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı kadın almış hastaların öfke-düşmanlık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=11,40 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=20,64).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların paranoid düşünce puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-2,09$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların paranoid düşünce puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=12,30 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=20,28).
- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların psikotizm puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-1,98$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu

tanısı almış kadın hastaların psikotizm puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=12,60 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=20,16).

Tablo 20. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35)

Boyut/Ölçek	Grup Tanı	n	Betimsel İst.		Mann-Whitney	
			Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Kontrol Etme B.	Narsisistik K. B.	10	12,85	128,50	-1,91	0,056
	Borderline K. B.	25	20,06	501,50		
Temizlik B.	Narsisistik K. B.	10	16,75	167,50	-0,46	0,645
	Borderline K. B.	25	18,50	462,50		
Yavaşlık B.	Narsisistik K. B.	10	12,05	120,50	-2,21	0,027*
	Borderline K. B.	25	20,38	509,50		
Kuşku B.	Narsisistik K. B.	10	14,40	144,00	-1,34	0,181
	Borderline K. B.	25	19,44	486,00		
Ruminasyon B.	Narsisistik K. B.	10	11,00	110,00	-2,61	0,009*
	Borderline K. B.	25	20,80	520,00		
MOKSL Genel	Narsisistik K. B.	10	13,65	136,50	-1,59	0,111
	Borderline K. B.	25	19,74	493,50		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 20’de Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi sonuçları özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların yavaşlık ve ruminasyon alt testleri puanları arasında anlamlı fark vardır ($p < .05$). Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların testlerden aldıkları sıra ortalaması puanları incelendiğinde;

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların yavaşlık boyutu puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z = -2,21$ ve $p < .05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların yavaşlık boyutuna ilişkin puanlarının daha yüksek

olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması_{Narsisistik K.B.}=12,05 ve Sıra Ortalaması_{Borderline K.B.}=20,38).

- Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadınların ruminasyon boyutu puanları arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastalar lehine olduğu bulunmuştur [$Z=-2,61$ ve $p<.05$]. Grupların ortalama puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların ruminasyon boyutuna ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması_{Narsisistik K.B.}=11,00 ve Sıra Ortalaması_{Borderline K.B.}=20,80).

Tablo 21. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış kadın hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=35)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Tanı	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Beck Depresyon	Narsisistik K. B.	10	15,15	151,50	-1,04	0,298
	Borderline K. B.	25	19,14	478,50		

*Fark $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış kadın hastaların Beck Depresyon ölçeği puanlarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan non-parametrik Mann-Whitney testinin sonucuna (Tablo 21) göre anlamlı bir fark yoktur ($p>.05$).

- **Karşılaştırma: Narsisistik K. B. $n=20$ (Erkek) ile Borderline K. B. $n=5$ (Erkek)**

Tablo 22. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Tanı	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Somatizasyon	Narsisistik K. B.	20	12,13	242,50	-1,19	0,233
	Borderline K. B.	5	16,50	82,50		
Obsesif-Kompulsif	Narsisistik K. B.	20	11,98	239,50	-1,39	0,163
	Borderline K. B.	5	17,10	85,50		
Kişiler Arası Duyarlık	Narsisistik K. B.	20	12,93	258,50	-0,10	0,919
	Borderline K. B.	5	13,30	66,50		
Depresyon	Narsisistik K. B.	20	11,80	236,00	-1,63	0,103
	Borderline K. B.	5	17,80	89,00		
Kaygı	Narsisistik K. B.	20	11,43	228,50	-2,14	0,032*
	Borderline K. B.	5	19,30	96,50		
Öfke-Düşmanlık	Narsisistik K. B.	20	12,15	243,00	-1,16	0,247
	Borderline K. B.	5	16,40	82,00		
Fobik Anksiyete	Narsisistik K. B.	20	12,33	246,50	-0,92	0,357
	Borderline K. B.	5	15,70	78,50		
Paranoid Düşünce	Narsisistik K. B.	20	12,35	247,00	-0,89	0,376
	Borderline K. B.	5	15,60	78,00		
Psikotizm	Narsisistik K. B.	20	12,18	243,50	-1,12	0,261
	Borderline K. B.	5	16,30	81,50		
Ek	Narsisistik K. B.	20	11,80	236,00	-1,64	0,102
	Borderline K. B.	5	17,80	89,00		
SCL-90 Genel	Narsisistik K. B.	20	12,10	242,00	-1,22	0,221
	Borderline K. B.	5	16,60	83,00		

*Fark $p<.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 22’de Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Ruhsal Belirtiler Tarama Listesi (SCL-90) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi sonuçları özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların sadece kaygı alt testi puanları arasında anlamlı fark vardır [$Z=-2,14$ ve $p<.05$]. Grupların sıra ortalaması puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış erkek hastaların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=11,43 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=19,30).

Tablo 23. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Tanı	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Kontrol Etme B.	Narsisistik K. B.	20	11,90	238,00	-1,52	0,128
	Borderline K. B.	5	17,40	87,00		
Temizlik B.	Narsisistik K. B.	20	11,85	237,00	-1,58	0,115
	Borderline K. B.	5	17,60	88,00		
Yavaşlık B.	Narsisistik K. B.	20	11,85	237,00	-1,61	0,108
	Borderline K. B.	5	17,60	88,00		
Kuşku B.	Narsisistik K. B.	20	12,60	252,00	-0,55	0,583
	Borderline K. B.	5	14,60	73,00		
Ruminasyon B.	Narsisistik K. B.	20	11,70	234,00	-1,81	0,070
	Borderline K. B.	5	18,20	91,00		
MOKSL Genel	Narsisistik K. B.	20	12,13	242,50	-1,19	0,232
	Borderline K. B.	5	16,50	82,50		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış erkek hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi sonuçları yukarıda, Tablo 23'de özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p > .05$).

Tablo 24. Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi (N=25)

Boyut/Ölçek	Grup	Betimsel İst.			Mann-Whitney	
	Tanı	n	Sıra Ort.	Sıralar Top.	Z	p
Beck Depresyon	Narsisistik K. B.	20	11,48	229,50	-2,08	0,037*
	Borderline K. B.	5	19,10	95,50		

*Fark $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 24'de Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek hastaların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan Mann-Whitney testi sonuçları özetlenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Narsisistik ve Borderline K.B. tanısı almış erkek depresyon testi puanları arasında anlamlı bir fark vardır [$Z = -2,08$ ve

p<.05]. Grupların sıra ortalaması puanları incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış erkek hastaların depresyon ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Sıra Ortalaması Narsisistik K.B.=11,48 ve Sıra Ortalaması Borderline K.B.=19,10).

4.3. NARSİSİSTİK VE BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARIN RUHSAL TARAMA ENVANTERİ, MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ VE BECK DEPRESYON ENVANTERİNDEN ALDIKLARI PUANLARIN ARSINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Araştırmanın bu alt bölümünde narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Tarama Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanların arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Ölçekler arasında bulunan ilişkiler (korelasyonlar) aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir;

<i>r</i>	İlişki
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek (Kalaycı, 2006, s.116)

Tablo 25. Narsisistik K.B. tanısı almış hastaların SCL-90, MOKSL ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları (N=30)

Ölçek		SCL-90	MOKSL	Beck Depresyon
SCL-90 Genel	r	1	,706**	,777**
	p		0,000	0,000
MOKSL Genel	r		1	,618**
	p			0,000
Beck Depresyon	r			1
	p			

**Korelasyon (ilişki) $p < .01$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 25'den de görüleceği üzere, narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların, SCL-90 puanları ile MOKSL puanları ($r_{SCL-90*MOKSL}=.706$ ve $p < 0,01$) ve

Beck Depresyon Ölçeği puanları ($r_{SCL-90*Beck}=.777$ ve $p<0,01$) arasında pozitif yönde ve yüksek derecede bir ilişki varken, narsisistik kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların MOKSL puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında ($r_{MOKSL*Beck}=.618$ ve $p<0,01$) pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 26. Borderline K.B. tanısı almış hastaların SCL-90, MOKSL ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon katsayıları (N=30)

Ölçek		SCL-90	MOKSL	Beck Depresyon
SCL-90 Genel	r	1	,581**	,719**
	p		0,001	0,000
MOKSL Genel	r		1	0,354
	p			0,055
Beck Depresyon	r			1
	p			

**Korelasyon (ilişki) $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların, SCL-90 puanları ile MOKSL puanları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki varken ($r_{SCL-90*MOKSL}=.581$ ve $p<0,01$), Beck Depresyon Ölçeği puanları ile arasında pozitif yönde ve yüksek derecede bir ilişki ($r_{SCL-90*Beck}=.719$ ve $p<0,01$) olduğu bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların MOKSL puanları ile Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$).

Narsisistik ve borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların Ruhsal Tarama Envanteri, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ve Beck Depresyon Ölçeğinden alt testlerinden aldıkları puanların arasındaki ilişkilere yönelik tablolar ekler bölümünde verilmiştir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular genel olarak değerlendirilmiş, daha sonra literatür ışığında tartışılmış ve son olarak bazı önerilerde bulunulmuştur.

5.1. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sosyodemografik bilgiler içerisinde BKB ve NKB gruplarının farklılaştığı kısımlara bakıldığında, cinsiyete göre dağılımda BKB grubunun %83,0'ünün kadın %17,0'sinin erkek, NKB grubunun %67,0'sinin erkek %33,0'nün kadın olduğu görülmektedir. Örneklemin yapılan diğer araştırma verileriyle uyum içerisinde olduğu anlaşılmaktadır. BKB tanısı alanların çoğunluğunu kadınların ve NKB tanısı alanların çoğunluğunu erkeklerin oluşturuyor olması, cinsiyete bağlı yapısal farklılıkların duygulara yansımından ve kültürel yapıların cinsiyet rollerine ilişkin oluşturduğu beklentilerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Medeni duruma bakıldığında BKB grubunun %37,0'sinin evli %17,0'sinin dul %46,0'sinin bekâr, NKB grubunun %60,0'nin evli %40,0'nin bekâr olduğu saptanmıştır. BKB grubunda dul oranının fazla olması ve NKB grubunda evli oranının fazla olması değerlendirildiğinde, NKB tanısı alanların uzun süreli ilişkileri yürütebilme ve sosyal işlevselliği istikrarlı bir şekilde devam ettirebilme becerisinin BKB'ye göre daha fazla olduğu, BKB tanısı alanların dürtüsel yapısının ve duygusal değişkenliğinin fazla olmasından dolayı ilişkileri uzun süre devam ettirmede zorluk yaşadıkları söylenebilmektedir.

Hastaların iç dünyalarını tam olarak anlamadan, ortaya çıkacak olan belirtileri anlamanın mümkün olmadığı değerlendirilmiştir. Bu kısımda gruplara göre patolojik belirtilerin anlamları, grupların karşılaştırılmasında ortaya çıkan sonuçların anlamları ve ölçek sonuçlarının birbiriyle ilişkilerine dönük anlamları incelenmiştir.

Narsisistik yapıların genel semptom düzeylerinin düşük olması ve kendileriyle ilgili şikayetlerinin çok az olması beklenen bir durumdur. İç dünyalarının derinliklerinde ciddi patolojiler taşımalarına rağmen borderline yapılara göre sosyal hayatları daha iyidir, dürtü denetimi güçlüdür, aktif ve tutarlı çalışma yetileri vardır. Her şeye gücü yeten, diğer insanların takdir ettiği ve hayran olduğu kişi olmak temel uğraşlarıdır. Özel ve üstün olduklarına inanan bu kişiler bazı ruhsal rahatsızlık

belirtilerini taşıyor olmayı acizlik ve zayıflık olarak algılayacaklarından dolayı ya inkâr ederler ya da tam tersi davranışlar sergileyerek dışarıdan gizlerler.

Kliniklere başvuran bu yapılar, çoğu zaman kendi kusursuzluklarını onaylatmak ve diğer insanların ne kadar zayıf, değersiz, kötü olduklarını idealize ettikleri bir uzmana tasdik ettirmek için gelirler. Bundan dolayı diğer hasta gruplarına göre ölçek sonuçlarında problem düzeyleri düşük çıkmaktadır. Karakter patolojisi olarak ağır bir yapıda olmalarına karşı kendilerini bu kadar iyide tutabilmeleri ve işlevselliklerini koruyabilmeleri birbirine tezat gibi görünse de sık karşılaşılan bir durumdur. Kendilerini ve uzantısı olarak kabul ettikleri nesnelere idealize etmeleri, çatışma yaşadığı kişileri de aşağılamaları en temel savunmalarıdır.

Hafif düzeyde çıkan depresyon bulgusu, narsistlerin derinlerde yatan duygusal tarafını ifade ediyor olabilir. Bu yapıların, kendilerini yüceltmeye dönük oluşturdukları sahte iyilik halinin altında boşluk, anlamsızlık ve sıklık olduğu bilinmektedir. Yaşantıları dışarıdan coşkusal görünse de, dondurmayı camın arkasından yalamak gibidir deneyimledikleri şey, hissedemezler ve buldukları anda derinleşmezler.

Sürekli diğer insanları kendine basamak olarak gören NKB yapıları, tüketmeye dönük kurmuş olduğu sistemde ne kadar çok başarılı olsa da yetersizdir, ne kadar güçlü olsa da zayıftır, ne kadar seveni olsa da sevilmeyendir, ne kadar donanımlı olsa da eksiktir, ne kadar değer görse de değersizdir... Narsistin içinde, hayatın ilk yıllarında anne-babasının istediği ideal çocuk (sahte büyülenmeci) olmaya çalışırken kendinden (istenmeyen, sevilmeyen, değer görmeyen) vazgeçtiği ve bir köşede unuttuğu çocuk vardır tüm gerçekliğiyle. Büyülenmeci sahte kendilik tasarımlarıyla kendinden uzak bir dünyanın merkezinde olmaya çalışırken, gurbettedir aslında içindeki çocuğun gözünde, bir gün geri dönüp içinde taşıdığı çocuğa diğer insanların vermediği değeri verecek, onu görececek, onaylayacak, takdir edecek ve elinden tutup kaldıracaktır. İşte o zamana kadar içtiği çayın tadı değil onu izleyen insanların gözündeki imajı önemli olacak, giydiği pantolonun rahatlığı değil markası önemli olacak, sahip olduklarının kıymeti değil fiyatı önemli olacak ve elde ettiği hiçbir şey özünde onu mutlu etmeyecektir. Çünkü tüm sahte benliğiyle, kendi için değil, diğer insanların gözündeki yerini koruyabilmek için yaşayacaktır. İçerdeki gerçek kendilik ile dışarıya gösterdiği sahte kendilik arasındaki bu mesafe, kişinin kendine ve duygularına yabancılaşmasına

sebepler olacaktır. Bu durumun da hayatına hafif düzeyde depresyon olarak yansımaları olacaktır.

Psikodinamik psikoterapinin bakış açısına göre kişilik bozukluğuna sahip olan insanlarda ortaya çıkan semptomlar, tek başına bir problem değildir. Asıl problemlerin yani bilinçdışı var olan çatışmaların, tekrarlayan travmalarının ve patolojik ilişki döngülerinin habercisidir. Bu semptomların anlamlarının peşinden gidilerek asıl problemin kaynağına ulaşılabileceğini ve gerçek problemin çözülmesi halinde onunla bağlantılı olarak ortaya çıkan semptomların kendiliğinden yatışacağını belirtmektedir. Ruhsal yapının terk edilme, reddedilme, yalnız kalma, sevilme, değer görmeme, ihmal edilme, istismara uğrama ve travmatik yaşantılara maruz kalma gibi baş etmekte zorlandığı durumlarla karşılaşması halinde, iç dünyada dengeyi tekrar kurup hayata bir şekilde devam edebilme ve rahatlayabilme adına fobiler, takıntılar, depresyon gibi semptomları ortaya çıkardığı ifade edilmektedir.

MOKSL sonuçlarına baktığımızda NKB tanısı alan grupta %44,71 ile “kuşku” alt ölçeğinin en yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Narsisistik bir yapıda kuşku ile ilgili takıntılarının varlığını, kişinin bastırılmış olduğu öfkeyi dış dünyaya yansıtması ve dışsallaştırmış olduğu bu öfkenin tekrar kendine döneceğine dair olan inancına karşı teyakkuza olma şeklinde yorumlamak mümkündür. Yani diğer insanların öfkeyle dolu bir şekilde kendine davranacağına, en küçük hatasında katı bir şekilde eleştireceğine ve cezalandıracağına dair olan inancı kendine ve etrafındaki insanlara şüphe duyma ile ilgili takıntılar geliştirmesine sebep olmuş olabilir. Kendi mükemmel yapısını korumak ve iç dünyasında dengeyi sağlayabilmek adına içindeki yetersizliği, değersizliği ve öfkeyi bastırıp dış dünyaya atması ve üretmiş olduğu şüphe semptomuyla da dış dünyayı kontrol etmesi olacaktır.

%33,25 ile ruminasyon alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, kötü düşünceleri ve küçük şeylerin yol açacağı büyük yıkımları sürekli zihninde tekrarlıyor olmasını, narsisistik yapının kendini koruma biçimi olarak değerlendirebiliriz. Tüm gücü sarsılmaz kendilik algısını koruyabilmek adına, diğer insanların vereceği tepkilere ve kendi davranışlarına karşı hassasiyet geliştirir. Diğer insanlardan küçük bir olumsuz tepki aldığına ya da kendini eksik, zayıf, beceriksiz gösterecek bir davranış yaptığını fark ettiğinde kabarmış büyülenme kendiliği dağılır, utanma ve aşağılanma yaşar. Günlerce iç dünyasında aynı olayı tekrar etmesi, durum kontrolünde duygusunu

yaşayarak güçlü hissetmesi, iç dünyasında diğer insanları aşağılayarak rahatlaması ve benzer bir duruma ilişkin nasıl tepki vereceğine dönük zihninde hazırlık yapması anlamına geliyor olabilir.

%31,18 ile temizlik alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, narsisistik bir yapıda dışarının mikroplarla dolu olması ve her an pisliğin bulaşma ihtimaline karşı aşırı önlem alıyor olmasını, içsel kirlenmişlik duygularından korunmaya çalışmanın habercisi olarak yorumlamak mümkündür. Kişide, yoğun suçluluk duygusu yaşayacağı ve kirlenmiş hissedeceği davranışları yapması ya da aklından geçirmesi sonucunda cezalandırılacağına dair bilinçdışı korkular oluşmaya başlar. İç dünyasında meydana gelen bu korkuların ve çatışmaların dış dünyaya sembolik olarak yansıtılması sonucunda korkulacak şey dışarıdadır, pislik dışarıdadır ve temiz kalmak için onunla mücadele edilmelidir düşüncesi oluşur. Bu şekilde içsel çatışmalar sembol diliyle ortaya konmuş olur. Vücudunun bir kısmının kirlendiğini düşünerek kompulsif bir şekilde temizlik yapması (uzun süre banyoda kalmak gibi), ruhundaki kirlenmişlik duygusunu bedenine yansıtması ve bedenini temizledikçe ruhunu temizlemiş gibi hissetmesi anlamına gelebilir. Narsistin penceresinden fazla temizlik yapıyor olması, kirleneceğine ya da hastalık kapacağına dair düşünceleri zihninde tekrarlıyor olması işlemiş olduğu suçun kefareti ödemek anlamına da gelebilir, bu şekilde diğerleri tarafından cezalandırılmayı engellemiş ve kontrolü elinden bırakmamış olur.

%26,71 ile yavaşlık alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, narsisistik bir yapı için anlamı kontrol etme davranışlarıyla benzerlik gösterebilir. Ya işini yavaşlatarak ayrıntılara hâkim olmakta ve zihnindeki mükemmelliği ortaya çıkararak ihtişamının kontrolünü elinde tutmaktadır yada bir işi yaparken zihninden geçirdiği olumsuz senaryolarla (ruminasyon) mücadele ediyor olması yavaş hareket etmesine sebep olmaktadır.

%23,33 ile kontrol etme alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, narsisistik bir yapı için en kaygı verici şeylerden bir tanesi, olayların kontrolünün dışına çıkarak oluşturmuş olduğu üstün, eşsiz ve hayranlık duyulan kimliğine zarar verecek hale gelmesidir. Aklında net olmayan birçok şeyden emin olmak adına yaptığı kontrol davranışları saplantı boyutuna ulaşabilir. Musluğun açık olup olmadığı ve kapıyı kilitleyip kilitlemediği gibi obsesyonlar, cinselliğe ve öfkeye dair dürtülerin ego tarafından bilinçdışına bastırılması ve kontrol altında tutulmasına dönük ortaya çıkan

çatışmaların dış dünyaya yansıtılarak semboller üzerinden tekrar edilmesi anlamını taşıyabilir.

BKB tanısı alan hastaların genel semptom düzeylerinin yüksek olması ve bir çok belirtinin aynı anda hayatlarında var olması beklenen bir durumdur. Temel problemleri, kendiliğe ve karşısındaki kişiye yönelik zihninde oluşturduğu tasarımların sürekliliğini sağlayamamasıdır. Bu değişkenlik, kendine ve diğer insanlara karşı olan duyguları da düzenlemede başarısız olmasına sebep olabilmektedir. Kliniğe gelme sebepleri, ayrıldıkları/terk edildikleri kişinin yerine terapisti koyarak boşluğu doldurmak, anne türevi olarak terapistle bağlanmak ve sevgi ihtiyacını karşılayabilmektir. Terapisti göklere yükseltmekle (idealizasyon), yerin dibine sokmak (develüasyon) arasında gidip gelen davranışları en bilindik savunmalarındandır. Kişilik yapılarına psikanalitik olarak bakıldığında kimlik dağınıklığının yüksek olması, ilkel savunma mekanizmalarına sahip olması, ego kapasitelerinin düşük ve dürtü kontrolünün zayıf olması iç dünyasında yaşadığı çatışmaları kontrol etmekte zorlanmasına sebep olmakta ve bu durumun da bir çok yaşam alanını zorlaştırdığı görülmektedir. Oluşumsal olarak bakıldığında yapısal kusurların (genetik agresyonun yoğun olması ve duygu düzenleme becerisinin zayıf olması), gelişimsel ilişki patolojilerinin (0-3 yaş, olumsuz anne çocuk ilişkisi) ve erken dönem travmaların (ihmal, istismar, cinsel taciz) etkili olduğu bilinmektedir.

İç dünyada yaşanan çatışmaların duyguya, düşünceye, davranışa ve bedene yansımalarını ruhun kendini savunma yolları olarak değerlendirdiğimizde, BKB tanısı alanların NKB tanısı alanlara göre daha alt düzey savunmalar geliştirdiği ve işlevselliğe zarar verecek boyutlarda ortaya koyduğu söylenebilir. Bu durum da iş hayatı, sosyal hayat, aile hayatı ve yakın ilişkiler gibi birçok yaşam alanında ortaya çıkan bozulmaların NKB tanısı alanlara göre daha yüksek düzeyde olmasına sebep olmaktadır.

SCL-90 sonuçlarına bakıldığında somatizasyon, okb, kişiler arası duyarlılık, kaygı, öfke-düşmanlık ve paranoid düşünce alt ölçeklerinde araz düzeyinin yüksek, depresyon alt ölçeğinde ise araz düzeyinin çok yüksek çıktığı görülmektedir. Somatizasyon alt ölçek puanının yüksek çıkmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, ifade edilemeyen korkuların ve çatışmaların bedene yansımaları olarak değerlendirebiliriz. Alt düzey savunmalardan olan somatizasyon, bilinçdışıdaki çözümlenemeyen çatışmaların sembolik olarak anlam ifade eden bedenin belli

bölgelerinde semptomlar oluşturarak kendini ortaya koymasidir. Ruhun bedeni enstrüman gibi kullandığı, diğer savunmalarla bertaraf edemediği durumlarla karşılaştığında çıkış yolu olarak gördüğü söylenebilir.

Kişiler arası duyarlılık alt ölçek puanının yüksek çıkmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, diğer insanların kendine yönelik olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olduğu varsayımından kaynaklı, ilişkilerde yaşadığı huzursuzluk olarak değerlendirebiliriz. Anneleri tarafından yetersiz ve zayıf görüldüklerinden dolayı ayrışmalarına ve bireyselleşmelerine izin verilmeyen bu yapıların diğer insanlar tarafından da zayıf, yetersiz ve değersiz görüldüklerine dair temel inançları vardır. Bu bakış açısıyla, ilişkilerini sürdürürken diğer insanların vereceği tepkilerin ayrıntılarında kendi temel inançlarını doğrulamanın ipuçlarını ararlar. Bir taraftan diğer insanların annesi gibi davranmayacağını ümit ederek ilişkisel kaderini değiştirmeye çalışırken bir taraftan da olumsuz duygu ve düşüncelerle karşılaşacağıyla ilgili korkuları hissederler. İç dünyada yer alan ümit ve korku arasındaki bu çatışma da, huzursuzluk olarak ilişkilerinin geneline yansır.

Kaygı alt ölçek puanının yüksek çıkmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, kişinin dış dünyaya karşı hissettiği genel bir güvensizliğin, kaynağı belli olmayan korkulara dönüşmesi şeklinde değerlendirilebilir. Erken çocukluk (0-3) dönemlerinde annenin davranışlarının bir iyi bir kötü şeklinde dengesiz olması, çocuğun nedeni belli olmayan bir şekilde iyi anneyi kaybetmesine ve beklenmedik bir anda kötü anneyle karşılaşmasına sebep olmaktadır. Kontrolü dışında sahip olduğu şeyleri kaybetmek ve zarar göreceği durumları engelleyememek en savunmasız olduğu dönemlerde ruhsal yapısının derinliklerine nüfuz etmiş olur. Bu durum öncelikle anneye sonrasında da annenin temsil ettiği dünyaya karşı olan güvenin zedelenmesine neden olmakta ve temel güvensizlik duygusunun oluşması ile sonuçlanmaktadır. Sevdiklerini kaybetmeye ve dışarının zarar verecek duruma gelmesiyle ilgili baskılanan bu korkuların dış dünyaya yansıtılması, gerçeklik temeli olmayan kaygıların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Öfke-düşmanlık alt ölçek puanının yüksek çıkmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, yapısal olarak öfke yoğunluğunun fazla olması ve bunu nötralize edebilecek kontrol mekanizmalarının zayıf olması nedeniyle engellenmesi zor bir davranış olarak değerlendirilebilir. Öfkenin bir kısmının bastırılması ve dışarıya

yansıtılmasıyla da diğer insanların kendisine karşı öfkeli olduğunu hissedebilir, düşmanlık yaptıklarını düşünebilir. BKB’ de öfkenin, sözle değil daha çok yıkıcı sonuçları olan davranışlarla ortaya konuyor olması (eşyalara zarar verme, şiddete yönelme, kendine zarar verme, riskli davranışlarda bulunma gibi) patolojinin düzeyini gösteren kriterlerden biridir. Nesne ilişkileri ekolüne göre çocuklar otistik, sembiyotik, ayrışma bireyleşme ve tam nesne tam kendilik olmak üzere 4 evreden geçerek ruhsal olgunlaşmayı sağlarlar. Sağlıklı gelişen çocukların ortalama 3 yaşına kadar tam kendilik tam nesne (Kendiliğin ve nesnenin, iyi ve kötü taraflarını birleştirme) evresine geçmesi beklenir. Fakat yapısal agresyonu yüksek olan çocuklar, kendilerine dair iyi ve kötü tasarımları (agresyon-libido) birleştirip bütün bir kendilik ile nesneye karşı olan iyi ve kötü tasarımları (agresyon-libido) birleştirip bütün bir nesne tasarımı oluşturamazlar. Bölme savunma mekanizmasıyla ikiye ayırdıkları kendilerini, ötekilerini ve dünyayı tamamen iyi ile tamamen kötü arasında gidip gelerek yaşarlar. İşte bu sebeple BKB yapılarının kötüye geçmesini tetikleyen bir durum olduğunda kendisi-öteki-dünya değişir ve öfkesini kontrol edemez duruma gelir. Sonuçlarını düşünmeden davranışlar ortaya koyduğu için çoğu zaman pişmanlık ve suçluluk duyguları hisseder. Aynı zamanda iyi tarafını tetikleyen bir durum olduğunda da eski halinden eser kalmaz kendi-öteki-dünya tamamen iyi hale gelir. Bu değişkenlik ise BKB yapılarının duygusal karakteri olarak tanımlanır.

Paranoid düşünce alt ölçek puanının yüksek çıkmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, geçmişte olduğu gibi küçük düşeceği ve diğer insanlar tarafından aşağılanacağına dair kaygılarını kontrol etme maksadıyla oluşturulmuş tedbirler şeklinde değerlendirilebilir. İç dünyalarında seilmeyen, zayıf ve küçük düşürülmüş kendilik imgesiyle güçlü, haklılığını ispatlamış ve zafer kazanmış kendilik imgesi arasındaki gerilimden doğan bir savunma olarak görülür. Paranoid özellikleri olan yapıların ebeveynleri tarafından fazlaca eleştirilen, cezalandırılan, küçük düşürülen kişiler olduğuna dair literatürde bilgiler bulunmaktadır. Bir de, annesi tarafından “dış dünyanın çok tehlikeli olduğu, ailesi haricinde kimseye güvenmemesi gerektiği, tehlikelere karşı her an tetikte olması gerektiği” gibi söylemlerle büyütülen çocukların, çevreyi algılamaya dönük oluşturduğu olumsuz şemalardan kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

SCL-90 depresyon alt ölçek puanlarının çok yüksek çıkması ve BDE' de klinik düzeyde bir depresyonun çıkıyor olmasının BKB yapılarındaki anlamına bakacak olursak, duygusal kırılganlığı çok yüksek ve içsel yatıştırma kapasiteleri düşük olan bu kişilerde, terk edilmeye karşı yaşanan kaygıların yönetilememesi ve depresyon olarak deneyimlenmesi şeklinde değerlendirilebilir. BKB yapılarının, sevgi nesnesini yitirmeye bağlı olarak yaşadıkları terk depresyonu, DSM' de tanımlanan majör depresyondan daha şiddetli ve derin izleri olan bir tablodur. Mahşerin altı atlısı olarak tarif edilen terk depresyonu (cinai öfke, intihar etme isteği, panik, çaresizlik ve ümitsizlik, boşluk, atalet ve suçluluk) duygusu, kişi tarafından su, oksijen ya da vücudun bir parçasını kaybetmenin eksikliği gibi hissedilir. 1-3 yaşları arasında gelişimsel duraklamaya uğrayarak anneden ayrılıp bireyselleşemeyen çocukların annesizlik deneyimi olarak yaşadıkları bu depresyon, sonraki yıllarda anne türevi olarak hayatına alacağı (sevgili, yakın arkadaş, idealize edilen figürler) diğer kişilerden de ayrıldıklarında tetiklenecek ve terk depresyonu duygusu yaşatacaktır. İlişkilerinde sevgi nesnelere istediği kişi olmak karşılığında sevilen, değer verilen, biricik hissettirilen bir kendilik tasarımı ve besleyen, değer veren ve idealize edilen bir öteki tasarımı oluştururlar. Sanki ilişkilerindeki duygusal yakınlığı ölçen bir sensor vardır sağ beyinlerinde. Karşı tarafın sözlü ya da sözsüz vermiş olduğu mesajlarda uzaklaşma, ayrılma, bıkkınlık, istememe gibi durumlara ilişkin bir belirti yakaladıklarında fantezi dünyalarında terk depresyonunu yaşarlar ve anlık olarak depresyona girebilirler. O anda kendilerini istenmeyen değersiz ve berbat biri gibi, karşılarındakini sadist ve zalim biri gibi, dünyayı da yaşanmayacak bir yer gibi görürler.

Gerçekten terk edilirse işlevselliğin ağır düzeyde bozulduğu terk depresyonuna girerler ve bununla baş edebilmek için uygunsuz cinsellik, tıkanırmasına yemek yeme, aşırı alışveriş yapma, riskli davranışlar sergileme, madde kötüye kullanımı gibi haz odaklı eylemler gerçekleştirerek savunmalar ortaya koyarlar. Sonrasında yapışacak yeni bir nesne (anne türevi) bulup ilişki sistemini yeniden kurmaya çalışırlar. Eğer gerçek bir terk edilme yoksa sevgilisinin kendisini sevmediği ve yeterli bulmadığına dair inançlarını destekleyecek belirtileri her gördüğünde depresyona girecek, arkasından sevgilisinin yakınlaşmaya dönük her davranışında da depresyondan çıkıp çok mutlu olduğunu hissedecektir. Terk edilmeye karşı geliştirdiği

bu patolojik savunmalar, BKB yapılarının ilişki içerisindeki duygularını aşırı uçlarda yaşamasının ve değişkenliğin fazla olmasının en önemli sebeplerindedir.

MOKSL sonuçlarına baktığımızda, BKB tanı grubunun belirti düzeylerinin NKB tanı grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İki grubun da ruhsal örgütlenme düzeyi olarak preodipal dönemde yer alması ve Kernberg' e göre sınır kişilik örgütlenmesi içerisinde değerlendirilmesinden dolayı bazı takıntıların benzer anlamları olabileceği gibi bazılarının da patolojik yapının içsel süreçlerine göre şekillenebileceği unutulmamalıdır.

MOKSL sonuçlarını incelediğimizde BKB tanı grubunda % 63,25 ile ruminasyon alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, iç dünyalarında kendilerine dair tutarlı ve değişmeyen bir kendilik imgesi oluşturamamış olmasından dolayı, diğer insanların davranışlarına göre kendilik algısında bozulmaların meydana gelmesinin sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Zihninde tekrarladığı nahoş durumların anlamını, ilişkilerinde ortaya çıkan olumsuz duygu ve düşüncelerin tetiklediği nesne ilişkilerinin fantezi dünyasında tekrarlanarak onarılmaya çalışılması şeklinde yorumlamak mümkündür. Takıldığı bu olaylarda, bir taraftan kendini yetersiz, değersiz, zayıf hissedecek ve karşısındakini de zalim, sadist olarak tanımlayacak (kötü kendilik-nesne), bir taraftan da kötü giden bir şey olmadığını ve yaşadıklarının olağan bir durum olduğuna dair kendini ikna etmeye çalışacak ve karşısındakini de anlayışlı, destekleyici biri olarak (iyi kendilik-nesne) görmeye çalışacaktır. Temel amacı kendilik tasarımlarındaki belirsizliği gidermek olacaktır. Bu zihinsel tekrarların sonucunda ya kendini ve nesneyi idealize edebilecek duruma getirerek netleştirecek ya da karşısındakini tam anlamıyla kötü ve zalim ilan edecek, kendini de mağdur durumuna sokarak içsel ilişki sistemini bildiği şekilde dengeye getirecektir.

%49,57 ile kuşku alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, yanlış yapacağı ve sonucunda suçlanacağıyla ilgili yaşadıkları kaygıyı kontrol edebilmek adına geliştirilen bir savunma olabilir. Eleştirilmeyle beraber ilişkinin bozulacağına ve karşı tarafın gözünden düşeceğine inanan kişi, yaptığı işin ayrıntılarındaki eksikliklerin yol açacağı sonuçları düşünerek hareket eder. Bu durum da işi yavaş yapmasına, yaptığından emin olamayıp sık sık kontrol etmesine ve vakit kaybetmesine sebep olur. NKB yapılarında olduğu gibi BKB yapılarında da, bastırılan öfkenin dışsallaştırılması ve öfkeli olan diğer insanların kendine zalimce davranacağına dair kaygıların oluşması

sonucu ortaya konan savunmalar olarak yorumlanabilir. Dışarının acımasız eleştirilerde bulunacağı ve suçlamaya eğilimli olduğu, yansıtılan öfkenin kalıba dökülmüş hali olarak değerlendirilebilir.

%42,43 ile yavaşlık alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, geçmiş dönemlerdeki olumsuz yaşantılardan ve travmatik anılardan kaynaklı özgüven eksikliğini kontrol altında tutabilmeye yönelik oluşturulmuş bir savunma olabilir. Kendini yetersiz hisseden, en basit işleri dahi beceremeyeceğini düşünen ve yaptığını beğenmeyen bu yapılar, işleri yavaşlatarak emin olabileceği ve diğer insanlardan onay alabileceği hale getirmeye çalışıyor olabilir. Hayatın erken yıllarında (0-5), annesi tarafından tek başına yaptığı davranışların desteklenmemesi ve yalnız başına hiçbir şeyi beceremeyeceği duygusunun hissettirilmesi sonucunda, içerideki anne temsilinin sesini bastırmaya ve onu ikna edebilmeye dönük yavaşlık obsesyonu geliştirmiş olabilir.

%39,09 ile temizlik alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, bu yapılarda bilinçdışına bastırılan kirlenmişlik ve günahkarlık duygularının dışsallaştırılmasıyla dünyanın pis ve mikroplu olduğunun kabul edildiği düşünülür. Bu dünyadaki kirli nesnelere korunup temiz kalmaya çalışmak, bir yönüyle benliğinin suçlu ve kirli hissettiği tarafından uzak durmak anlamına gelirken, bir yönüyle de işlemiş olduğu suçların bedelini hastalığa yakalanarak ödeyeceğine dönük korkusundan dolayı cezalandırılmaktan kaçtığı anlamına geliyor olabilir. NKB yapılarındaki temizlik obsesyonlarıyla birçok noktada benzer anlamlar taşıdığı düşünülmektedir.

%35,22 ile kontrol etme alt ölçeğinin varlığını değerlendirecek olursak, ortaya çıktığında suçlanacağını düşündüğü dürtülerini (öfke, cinsellik), bilinçdışında kontrol etmenin dış dünyaya yansması olarak değerlendirilebilir. Musluğun kapalı olup olmadığı ya da kapının kilitli olup olmadığının sıklıkla kontrol edilmesi gibi takıntılarda, sembolik olarak musluk ya da kapı kilidi iradeyi temsil ediyor ve açık olması ise dürtülerin serbest kalması anlamına geliyor olabilir. Dürtülerini kontrol etme ile ilgili bu mücadelesini, yer değiştirme savunmasıyla dış dünyadaki nesnelere üzerinde sürdürdüğü şeklinde yorumlamak mümkündür. Kontrol takıntılarının, kullanılan savunma mekanizması itibari ile NKB yapılarıyla benzer anlamlara geldiği fakat dürtünün kontrolden çıkması durumunda yaşayacaklarına dönük kaygı alanlarının farklı olduğu söylenebilir.

İki grubun ölçek sonuçlarından almış oldukları genel ve alt ölçek puanlarına ilişkin gerçekleştirilen karşılaştırmada ortaya çıkan anlamlı farklılıkları değerlendirecek olursak, SCL-90 genel sonuçlarında ve somatizasyon, okb, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce alt ölçek sonuçlarında BKB grubunun NKB grubuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ve patoloji düzeyinin yüksek çıktığı görülmektedir.

Genel olarak değerlendirecek olursak BKB yapılarının, yaşamış oldukları içsel çatışmaları yatıştırabilecek kendilik kapasitelerinden yoksun olması, stresör faktörlere tahammül düzeylerinin düşük olması ve uygun savunmalarla işlevselliğe zarar vermeden sistemi dengeye getirebilecek ego fonksiyonlarına sahip olmaması nedeniyle yaşam alanlarının birçoğunda sıkıntıların ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Kendilik ve nesne tasarımına ilişkin karmaşanın ve dağınıklığın olduğu içsel yapısından dolayı iş hayatında ve yakın ilişkilerinde sürekliliği yakalamakta ciddi anlamda zorlanırlar. Terk edilmeme, diğer insanların sevgilerini kaybetmeme ve ilişkilerini devam ettirebilme üzerine kurmuş oldukları dünyada, korktukları şey kaderleri olmuştur. Eleştirilmek, yetersiz görülmek, değersizleştirilmek, istenmemek ve terk edilmek gibi durumlarla karşılaştığında ortaya çıkan kaygıyı ve öfkeyi yönetebilecek ne içsel kendilik temsilleri oluşmuştur ne de nörobiyolojik olarak duygulanım düzenleme kapasiteleri gelişmiştir (sağ orbital prefrontal korteks işlevleri yetersizdir).

NKB grubunu genel olarak değerlendirdiğimizde, sadece depresyon belirtisinin yüksek düzeyde olduğu, diğer sorun alanlarıyla ilgili belirtilerin normal aralıkta olduğu görülmektedir. NKB yapıları, büyüklenmeci kendilik tasarımlarına zarar gelmesini engellemek ve diğer insanların gözündeki yerini koruyabilmek amacıyla iç dünyalarında meydana gelen anksiyete ve çatışmaları büyük bir ustalıkla gizlemeyi başarırlar, dışarıya karşı güçlü ve ihtişamlı bir görünüm sunarlar. Kendilik kapasiteleri (üretkenlik, acıyı dindirebilme, yalnız kalabilme, spontanlık, özsaygı oluşturabilme gibi) düşük olmasına rağmen ego fonksiyonlarının (dürtü denetimi, tercih yapabilme, karar verebilme) güçlü olması ve işlevsel savunmalar kullanmasından dolayı, BKB yapıları kadar duygusal değişkenlik yaşamaz ve iniş çıkışlı ilişkiler içerisinde olmaz. İç dünyalarında var olan problemlerini, yaşam alanlarına etkileyecek düzeyde dışarıya yansıtmaz ve daha istikrarlı ilişkiler kurabilirler. Şirketlerde yönetici ve gruplarda liderlik konumunda olan insanların bir kısmında bu özellikler görülebilir.

NKB yapılarındaki depresyon, zihninde kurduğu dünyanın dağılması ve savunmalarının iflas etmesi anlamına gelir. Kohut'un frangmantasyon anksiyetesi diye tanımladığı parçalanma anksiyetesi NKB yapılarının depresif tarafını ortaya koyar. NKB yapıları, gerçek kendilikten uzakta kurmuş olduğu sahte büyüklenmeci kendilik ile özel ve eşsiz olmayı vadeden dünya ile oluşturduğu füzyonun içerisinde kalabilmek için yoğun bir gayret gösterirler. Kendini ve kendi uzantısı olan dünyayı idealize etme, kendine ters olan her şeyi de develüe etme üzerine kurmuş oldukları bir sitem vardır. Bu sistem içerisinde bir çok problemle baş eder, koyduğu hedeflere ulaşır ve ciddi başarılarla imza atarlar. Beklenmedik bir anda, geliştirmiş olduğu savunmalarla baş edemeyeceği büyüklükte bir zorlukla karşılaşması, kurduğu tüm sistemin çökmesi ve kendilik-dünya algısının paramparça olması anlamına gelebilir. Geriye sadece yaralı bereli bir vaziyette görülmeyi bekleyen gerçek bir çocuk kalır. BKB yapılarının terk edildiklerinde yaşamış oldukları depresyonu, NKB yapıları bu dönemde yaşarlar. Bir de yaşamış olduğu görkemli hayatın, başarıların, sahip olduğu şeylerin sahte kendilik üzerine konumlanmasından dolayı kendine ait hissetmemesi, derinde bir anlamsızlık ve boşluk hissetmesi durumu hafif düzey depresyon olarak karşımıza çıkabilir.

Depresyon belirtisini BKB ve NKB tanımlarını koyma süreçlerinde değerlendirirken hangi olaydan sonra depresyona girdiğinin tespit edilmesi önemli görünmektedir. BKB yapılarında gerçek ya da hayali bir terk edilme sonrasında depresyonun görülmesi beklenirken, NKB yapılarında ya hayatının geneline yayılan hafif düzey depresyon ya da sistemini dağıtacak düzeyde beklenmedik bir olayla (terk edilmek de olabilir ama anlamı sevgiden yoksun kalması değil terk edilecek kadar değersiz bir kişi konumuna düşmekten kaynaklı kendilik dağılmasıdır) karşılaşması sonucunda ortaya çıkması beklenir. Bu durumların dışında yas, travma ve biyolojik faktörler gibi durumlardan kaynaklı olarak da gelişebilir fakat özellikle üzerine durduğumuz kısım patolojiyle bağlantılı olarak nasıl ortaya çıkabileceğidir.

MOKSL genel sonuçlarda ve kontrol etme, yavaşlık, ruminasyon alt ölçek sonuçlarında BKB grubunun NKB grubuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ve patoloji düzeyinin yüksek çıktığı görülmüştür. Temizlik ve kuşku alt ölçek sonuçlarında ise anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. NKB yapılarında kontrol etme ve yavaşlık takıntılarının düşük düzeyde çıkmasının sebebi, dışarıdan bakıldığında somut olarak fark edilebilecek ve diğer insanların gözünde yetersiz ve zayıf olarak

algılanacak davranışlar olması olabilir. Ruminasyonun alt ölçeğinin düşük çıkması ise NKB yapılarının manipülasyon gücünün yüksek olması, develüe etme ve izolasyon savunmalarını etkili kullanması ile açıklanabilir. Kuşku ve temizlik alt ölçeklerinde anlamlı farklılık çıkmamış olması, kişilik patolojisinin gelişimsel süreçleri itibari ile benzer dönemlere (preodipal) tekabül etmesinden kaynaklanabilir. NKB’ de kuşku takıntıları grandiyöz yapısının dağılmasına ilişkin alınan önlemler şeklinde anlamlandırılabilirken BKB’ de terk edilmeye karşı alınan tedbirler şeklinde değerlendirilebilir. Temizlik takıntıları BKB ve NKB yapılarında benzer anlamlara geldiği düşünülerek kirlenmişlik ve suçluluk duygularını yatıştırmak adına geliştirilen bir savunma şeklinde yorumlanabilir.

Grup içi ölçek sonuçlarının birbiriyle ilişkisine baktığımızda, NKB tanısı alanların SCL-90 ile BDE arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu, SCL-90 ile MOKSL arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu, MOKSL ile BDE arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu durumda, NKB yapılarında ortaya çıkan semptomların temelde aynı çatışmaları kontrol etmek için üretildiği ve sorunların çözümü halinde, savunmalar şeklinde gelen birçok semptomun da beraberce ortadan kalkabileceği düşünülebilir. BKB tanısı alanların SCL-90 ile MOKSL sonuçları arasında orta düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu, SCL-90 ile BDE sonuçları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu, MOKSL ile BDE arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Aralarında ilişki olan semptomların oluşumsal temellerinin benzerliği üzerinde durulabilirken, NKB yapılarından farklı bir şekilde okb ve depresyon arasında ilişkinin bulunamamış olması, farklı etiyolojik yapılara (gelişimsel, kalıtsal, çevresel) sahip olduğu şeklinde değerlendirilebilir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, NKB yapılarının semptomlarının birbiriyle senkronize bir şekilde şiddetlenmesi ve zayıflaması beklenirken BKB yapılarında özellikle okb ve depresyon düzeylerinin birbirinden bağımsız artması ya da azalması söz konusu olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre NKB ve BKB yapılarının etyopatogenezine bakıldığında: bazı benzer ilkel savunmaların kullanıldığı (yansıtma, inkar, yansıtımlı özdeşim, idealizasyon-devalüasyon gibi), nesne ilişkileri ekolüne göre preodipal yapıda oldukları ve ruhsal gelişim sürecinin 3. alt evresi olan ayrılma bireyleşme döneminde takıldıkları görülmekte; BKB’ nin NKB’ ye göre, işlevselliğine zarar veren

savunmalarının daha fazla olduğu, kimlik dağınıklığının daha yüksek olduğu, dürtü kontrolünün daha zayıf olduğu ve yapısal kusurların daha yoğun olabileceği düşünölmektedir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, aynı semptomun NKB yapıları ve BKB yapıları için farklı anlamlar taşımasının mümkün olabileceği görölmektedir. Bu nedenle belirtileri, sadece tanımlayıcı kriterlere göre değil hastanın öznelliğini de göz önünde bulundurarak değerlendirmenin tanı ve tedavi süreçlerine dönük daha sağlıklı bir yol olacağı düşünölmektedir.



5.2. ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularının incelenmesi neticesinde ve tartışma ile sonuç bölümünü de dikkate alarak aşağıdaki önerilerin yapılabileceği düşünülmektedir;

- Eksen 2 bozukluklarıyla bağlantılı bir şekilde ortaya çıkan, psikojenik eksen 1 bozukluklarının anlamlarının ortaya çıkarılmasına dair araştırmaların yapılması hastaların daha iyi anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.
- Aynı eksen 1 bozukluklarının farklı eksen 2 bozukluklarında görülme biçimlerine ilişkin detaylı araştırmaların yapılması belirtilerin doğru yorumlanmasına katkı sunacaktır.
- Tanımlayıcı teşhis kriterlerinin yanında, kültürel öğeler ve davranış kalıplarının psikopatolojiyi ortaya koyuş biçimleriyle ilgili anlamlarına dönük araştırmaların yapılması, şikâyet edilen durumu hastanın öznelliğinde anlaşılabilmesine katkı sağlayacaktır.
- Tanımlayıcı teşhis kriterleriyle beraber gelişimsel ve yapısal kriterlerin de göz önünde bulundurularak bütüncül bir bakış açısıyla hastaların değerlendirilmesi, hastanın görünen semptomların ötesinde anlaşılmaya çalışılması, teşhisin doğru konulmasına katkı sunacağı gibi tedavi sürecini de daha verimli hale getireceği düşünülmektedir.
- Yapılacak yeni araştırmalarda kullanılacak ölçeklerin kesme puanının olmasına dikkat edilmesi, verilerin daha iyi yorumlanmasını kolaylaştırabilir.
- Yapılan bir çok araştırmada, eksen 1 ve eksen 2 patolojilerin etiyolojisine ilişkin güvensiz bağlanma stiline ve travma geçmişine sahip olması üzerinde durulmaktadır. Yapılacak yeni araştırmalarda asıl ölçülen semptom ölçeklerinin yanında, bağlanma ve erken çocukluk travmalarını ölçen ölçeklerin de uygulanması, araştırmayı destekleyecek etiyolojik bulgulara ulaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz J.S., McKay D. ve Taylor S. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bağılantılı Sorunlar Klinik El Kitabı (Çev. Y B. Doğan), Okuyan Us Yayınları, İstanbul.
- Akan Ş. (2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Depresyon Tanısı Alan Kişilerde Duygu Düzenleme Süreçlerinin Gross 'un Süreç Modeline Göre İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Aktar S. (2009). Ağır Kişilik Bozukluklarının Tanı ve Sağaltımı İçin Başvuru Kitabı, Odağ Yayınları, İzmir.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı (çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (Çeviri: E. Köroğlu) (2000). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Anlı İ. (2005). Kendilik Psikolojisine Göre Narsisistik ve Sınır Kişilik Bozukluğu, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Auerbach R.P. ve ark. (2013). “Depresyonda Bilişsel Hassasiyet Modellerinin Altında Yatan Davranışçı ve Sinirsel Mekanizmalar”, Harvard Tıp Fakültesi, İstanbul, Psikoterapide Bütünleşme Dergisi (Çev. B. Gülmez ve ark.), (23):S.28-47.
- Aydemir Ö. ve Köroğlu E. (2006). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Balcı, A. (1995). Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem, Teknik ve İlkeler. Ankara: TDFO Bilgisayar Yayıncılık.
- Bayar R. Yavuz M.. (2008). “Obsesif Kompulsif Bozukluk” Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:185-192.
- Baykız, A.F. (2003). Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değişkenlerle İlişkisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İstanbul.
- Beck A. T., Freeman A. Ve Davis D. D. (2008). Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi, Litera Yayınları, İstanbul.
- Beck A.T. (2005). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar, Litera Yayınları, İstanbul.
- Bowlby J. (2012). Güvenli Bir Dayanak (Çev. S. Güneri), Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

Butcher J.N., Mineka S. ve Hooley J.M. (2013). Anormal Psikoloji (Çev. O. Gündüz), Kaknüs Yayınları, İstanbul.

Büyüköztürk, Ş. (2004). *Veri Analizi El Kitabı* (3. baskı). Ankara: Pegem.

Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (7. baskı). Ankara: Pegem.

Çalışır M. (2009). “Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 1(3): 240-255.

Demirarslan ve Ark. (1999). “Kronik Depresyon ve İyileşen Majör Depresyon Olgularında Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi” *Düşünen Adam*; 1999, 12 (3): 5-13.

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (2. baskı). Ankara: Asil

Karaçam Ö. İ. (1994). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Kişilik Bozukluklarının Yaygınlığı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Karamustafalıoğlu O., Karamustafalıoğlu N. (2001). “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar” *Psikiyatri Dünyası* 5: 62-67.

Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 15. Basım Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641 685.

Kernberg, O. F. (1999). *Borderline Durumlar ve Patolojik Narsisizm* (Çev.,M. Atakay), Metis Yayınları, İstanbul.

Kernberg O. F. (2008). *Ağır Kişilik Bozukluklarında Psikoterapötik Stratejiler*, Odağ Yayınları, İzmir.

Kernberg O. F., Clarkın J. F. ve Yeomans E. Y. (2012). *Borderline Kişiliğin Psikoterapisi*, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

Kernberg O.F. (2012). *Kernberg Günleri II, Atölye Çalışması Metinleri*, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.

Kohut H. (2004). *Kendiliğin Çözümlemesi* (Çev. C. Atbaşoğlu, B. Büyükkal ve C. İşcan), Metis Yayınları, İstanbul.

- Kohut H. (2006). Kendiliğin Yeniden Yapılandırılması (Çev. O. Cebeci), Metis Yayınları, İstanbul.
- Kohut H. (2012). Psikanaliz Nasıl Sağaltır (Çev. F. B. Helvacıoğlu.), Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Köklü, N. Büyüköztürk, Ş. (2000). *Sosyal Bilimler İçin İstatistiğe Giriş*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Köroğlu E. (2006). Depresyon Nedir Nasıl Baş Edilir, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu E. (2011). Psikiyatri El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu E. (2015). Klinik Psikiyatri, Hekimler Birliği Yayınları, Ankara.
- Leech, N.L. (2005). *SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation*. London: Lawrance Erlbaum Associates Publishers.
- Leahy R.L. (2004). Bilişsel Terapi ve Uygulamaları, Litera Yayınları, İstanbul.
- Mahler, M. S., Pine F., Bregman A. (2003). İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu (Çev. A. N. Babaoğlu), Metis Yayınevi, İstanbul.
- Masterson J. F. (2007). Kişilik Bozuklukları(Çev. B. T. Bozkurt ve T. V. Soylu), Litera Yayınları, İstanbul.
- Masterson F. J. (2008). Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları (Çev. H. Şentürk), Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Masterson, J. F. ve Klein R. (2011). Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi (Çev. M. Benveniste ve P. Özdemir), Litera Yayıncılık, İstanbul.
- Masterson J. F. (2012). Gerçek Kendiliği Ararken (Çev. A. Çamkerten), Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Masterson J. F. (2014). Narsisistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları (Çev. B. Açıl), Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- McWilliams N. (2014). Psikanalitik Tanı (Çev. E. Kalem), İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Mutcher J.N., Mineka S., Hooley J.M. (2013). Anormal Psikoloji (Çev. O. Gündüz), Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Ozan E. vd. (2008). Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Gelişim Süreçleri ve Yaşamı, RCHP Psikiyatride Derlemeler Olgular ve Varsayımlar Dergisi, Yıl:2, Sayı:2: 25-37 , Ömür Matbaacılık, İstanbul.

- Odağ C. (2008). Nevrozlar-2, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğt. Hiz. Yayınları, İzmir.
- Odağ C. (2011). Nevrozlar-1, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğt. Hiz. Yayınları, İzmir.
- Odağ C. (2012). Nevrozlar – 4, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğt. Hiz. Yayınları, İzmir.
- Özakkaş T. (2012). Masterson Yaklaşımına Genel Bakış, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar ile İstatistiksel veri Analizi* (Çok Değişkenli Analizler) (5. baskı). Eskişehir: Kaan.
- Öztürk, O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Sümer N. ve Ark. (2009). “Bağlanma ve Psikopatoloji:Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi” Türk Psikoloji Dergisi, Haziran, 24 (63), 38-45.
- Pallant, J. (2005). SPSS Survival Manual (12th Edition). Sydney: Allen & Alvin Publication.
- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S., ve Çinko, M. (2006). *Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi*. İstanbul: Beta.
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Temiz E. (2004). Sınır Kişilik Bozukluğunda Ayrılma/Bireyleşme Deneyimleri Yakın İlişkilerde Yaşanan Kaygı ve Kaçınma Boyutları, Yayınlanmamış Tez, İstanbul.
- Terbaş Ö. (2004). Kendilik Psikoloji Kuramına Göre Bir Olgu Sunumu, Türk Psikiyatri Dergisi; 15(1):70-76.
- Tezcan E. (2000). “Derasyonun Ayırıcı Tanısı”, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ, Duygudurum Dizisi, 2:77-98.
- Tunçelli B. (2008). Sınır Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Kadınların Benlik Saygısı, Öfke, Kendini Ayarlama ve Kaygı Değişkenleri Bakımından Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Türkçapar, M. H. ve Işık, B. (2000). “Borderline kişilik bozukluğu”. Psikiyatri Dünyası; 4:44-49.
- Tüzün O., Sayar K. (2006). “Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji” Düşünen Adam Dergisi,19(1):24-39.

Volkan V.D., Zıntl E. (2010). Gidenin Ardından (Çev. I. Vahip ve M. Kocadere), oa Yayınları, İstanbul.

Yaluğ ve Ark. (2003). “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi” Düşünen Adam, 16(1): 28-34.

Young J. E., Klosko J. S. ve Weishaar M. E. (2008). Şema Terapi, Litera Yayınları, İstanbul.

Whisman M.A. (2010). Depresyonun Uyarlamalı Bilişsel Terapisi (Çev. M. Macit ve M. Adal), Litera Yayınları, İstanbul.



EKLER

Ek-1 Çalışma grubunda yer alan hastaların mesleklerine ilişkin dağılım

Ek Tablo 1 Hastaların mesleklerine ilişkin dağılımlar

Meslek	Narsisistik K. B. (n=30)		Borderline K. B. (n=30)		Genel (N=60)	
	f	%	f	%	f	%
Avukat	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Bilgisayar prog.	-	-	1	3,3	1	1,7
Çalışmıyor	1	3,3	-	-	1	1,7
Dansçı	-	-	1	3,3	1	1,7
Diş hekimi	-	-	1	3,3	1	1,7
Diş teknikeri	-	-	1	3,3	1	1,7
Ekonomist	1	3,3	-	-	1	1,7
Elektirik müh.	1	3,3	-	-	1	1,7
Emekli	1	3,3	-	-	1	1,7
Endüstri müh.	-	-	1	3,3	1	1,7
Escort	-	-	1	3,3	1	1,7
Esnaf	1	3,3	-	-	1	1,7
Ev hanımı	1	3,3	4	13,3	5	8,3
Filolog	-	-	1	3,3	1	1,7
Güvenlik Görevlisi	1	3,3	-	-	1	1,7
Hemşire	-	-	1	3,3	1	1,7
İnşaatçı	1	3,3	-	-	1	1,7
İşletmeci	1	3,3	-	-	1	1,7
Kimya Müh.	1	3,3	-	-	1	1,7
Kuafür	-	-	1	3,3	1	1,7
Mobilyacı	1	3,3	-	-	1	1,7
Moda-tasarım	1	3,3	-	-	1	1,7
Muhasebe	-	-	1	3,3	1	1,7
Mühendis	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Oyuncu	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Öğrenci	4	13,3	7	23,3	11	18,3
Öğretmen	2	6,7	3	10,0	5	8,3
Pazarlama direkt.	1	3,3	-	-	1	1,7
Personel	-	-	1	3,3	1	1,7
Saha Sorumlusu	1	3,3	-	-	1	1,7
Sporecu	-	-	1	3,3	1	1,7
T.H.Y Memur	1	3,3	-	-	1	1,7
Ticaret	1	3,3	-	-	1	1,7
Tiyatrocu	1	3,3	-	-	1	1,7
Tüccar	1	3,3	-	-	1	1,7
Yönetici	1	3,3	-	-	1	1,7

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı soyadı : Şanver YEREBAKAN
Doğum Tarihi : 28.11.1986
E mail : sanveryerebakan@hotmail.com
Adres : Fatih / İstanbul

Eğitim Durumu

Lisans : Atatürk Ü. Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi., PDR, A.B.D
Lise : Ardeşen Lisesi

Yabancı Dil : İngilizce (Zayıf)

Diğer Eğitimler, Kongreler ve Workshoplar

- Psikoterapi Enstitüsü /1080 Saatlik teorik, formülasyon ve süpervizyon dönemlerinden oluşan "Bütüncül Psikoterapi Eğitimi" (Uz. Dr. Tahir ÖZAKKAŞ)
- Psikoterapi Enstitüsü / "Kernberg Günleri VI" Aktarım Odaklı Psikoterapi İleri Düzey Eğitimi (Frank E. YEOMANS M.D., PhD / Fatih ÖZBAY M.D.)
- Psikoterapi Enstitüsü / "Kaygı Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntem ve Teknikler" (Dr. Arthur FREEMAN)
- Psikoterapi Enstitüsü / Bütüncül Çok Sistemli Aile Terapisi Eğitimi (A.B.D Northwestern Üniversitesi Aile Enstitüsü Başkanı DR. WILLIAM M. PINSOFF PhD, LMFT, ABPP)
- Hipnoz Derneği / Hipnozun Nörobiyolojik Temelleri ve Psikanalitik Psikoterapiyle Bütünleştirilmesi (Prof. Dr. Giuseppe De Benedittis)
- Mevlana Üniversitesi / Aile Danışmanlığı Eğitimi Sertifika Programı
- Evlilik Terapileri Enstitüsü /Imago Çift Terapisi Eğitimi (Dr. Harville Hendrix &Wendy Patterson)
- Psikoterapi Enstitüsü / Narsistik ve Borderline Kişilik Bozukluklarında Nesne İlişkileri (Prof. Dr. Vamık D. Volkan)
- Psikeistanbul / Kişisel ve Toplumsal Travma (Prof. Dr. Vamık D. Volkan)
- Psikeistanbul / Psikanalitik Dinleme Eğitimi (Prof. Dr. Salman Akhtar)
- CİSED / Psikoanalitik Psikoterapi Eğitimi (Prof. Dr. Vamık D. Volkan)
- CİSED / Cinsel Terapi Eğitimi "Vajinismus, Disporani, Erektile Disfonksiyon, Prematüre Ejekülasyon, Cinsel İsteksizlik, Erkek Cinselliği, Kadın Cinselliği" (Dr. Cem Keçe)
- Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Der. / Kayıp ve Yas'a Müdahale Teknikleri (Prof. Dr. Vamık D. Volkan)
- Cinsellik ve Cinsel Tedaviler IX. Ulusal Kongresi Kapsamında;
 - CETAD Cinsel İşlev Bozukluklarına Entegratif Yaklaşım (Prof. Chiara Simonelli)
 - CETAD Orgazm Bozuklukları Tedavisi (Dr. Sara Nasserzadeh)
 - CETAD Cinsel Obsesyonların Bilişsel Davr. Terapiyle Tedavisi (Prof. Christine Purdon)

İş Deneyimi

- MEB, Psikolojik Danışman (2008-devam)
- Evlilik Terapileri Enstitüsü, Psikolojik Danışman (2011-2012)
- Psikoloji Enstitüsü, Psikolojik Danışman (2012-devam)