

T. C.
FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KİŞİLİK İNANÇLARININ RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK
İNANÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ

MINURAN PATIKULA

140131006

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

İSTANBUL 2017

TEZ ONAY SAYFASI

FSMVÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji tezli yüksek lisans programı 140131006 numaralı öğrencisi Mınuran PATIKULA'nın ilgili yönetmeliklerin belirlediği tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “**Kişilik İnançlarının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Üzerine Etkisi**” başlıklı tezi aşağıda imzaları olan jüri tarafından **09.10.2017** tarihinde oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmet KIRPINAR

(Jüri Başkanı-Danışman)

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR

(Jüri Üyesi)

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. İrem ANLI

(Jüri Üyesi)

İstanbul Bilim Üniversitesi

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Mınuran PATIKULA

İmza

TEŞEKKÜR

Hamdolsun ki yabancı bir dille tez yazmak o kadar çok zor olmadı, çünkü burada bir çok kişinin yardımını var.

Öncelikle konu seçmekten başlayıp bitinceye kadar önerilerini ve yardımını esirgemeyen danışmanım İsmet Kırpınar hocama teşekkürlerimi sunarım.

Bu zorlu tez sürecinde memleketini bırakıp gelerek çocuklarımı bakan anneme, aylardır evde yalnız kalan babama, bana her zaman her konuda destek veren sevgili eşime, bazen eşlik edemesem de beni seven çocuklarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Beni yetenekli bir evlat olarak yetiştiren memleketime ve Uygur halkıma, bizi kendi merhametiyle hoş karşılayan sevimli Türk halkına teşekkürlerimi sunarım.

KİŞİLİK İNANÇLARININ RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Bu çalışmada, ruhsal hastalığa yönelik inançların kişilik inançlarına göre incelenmesi hedeflenmiştir.

Çalışmanın örneklemini; 128'i (%66,0) kadın, 66'sı (%34,0) erkek, toplam 194 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak katılımcıların tamamına Taymur ve ark.(2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Kişilik İnanç Ölçeği (kısa formu), Bilge (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve yazar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t-Testi, iki alt gruptan fazla alt gruba sahip olan değişkenlerde ise Tek Yönlü Varyans Analizi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanıldı. Buna ek olarak sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi gerçekleştirilerek gerekli analizler tamamlanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; toplam puan üzerinden bakıldığında ,çekingen, obsesif-kompulsif, paranoid kişilik puanları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar toplam puanı arasında orta derecede pozitif ilişki bulunmuştur. Alt boyut puanları üzerinden bakıldığında, paranoid kişilik puanları ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanları arasında orta derecede pozitif ilişki bulunmuştur. Bağımlı, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid, borderline kişilik puanları ile utanma alt boyut puanları arasında orta derecede pozitif ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, kişilik özellikleri ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında orta derecede anlamlı ilişki bulunmaktadır. Toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin inançların oluşumunda birelerin kişilik yapılarının rolü vardır. Özellikle stigmatizasyon karşıtı programalarda bunun dikkate alınması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Kişilik, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Stigmatizasyon



THE EFFECTS OF PERSONALITY BELIEFS ON BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

We aim to investigate the effects of personality traits on beliefs toward mental illness in this study.

A total of 194 individuals, 128 (66.0%) were female and 66 (34.0%) were male, included the study. Individuals were evaluated by the sociodemographic data form, the Personality Belief Questionnaire (short form) which the Turkish version was established by Taymur et al. (2011), the Beliefs Toward Mental Illness Scale which the Turkish version was established by Bilge et al (2006). In the analyzing of the data, t-test was used in independent groups, one-way ANOVA was used in variables having more subgroups than two subgroups and Tukey Post Hoc test was used in determining group causing variations. In addition, Pearson's Correlation test was used to compare continuous variables.

In the results of the study; when assessed over the total scores, there was a moderate positive correlation between avoidant, obsessive-compulsive, paranoid personality and beliefs toward mental illness. On the subscale scores, there was a moderate positive correlation between paranoid personality and 'incurability and poor interpersonal skills'. There was a moderate positive correlation between dependent, antisocial, narcissistic, histrionic, paranoid, borderline personality and shame.

As a result, there is a moderate relationship between personality beliefs and beliefs about mental illness. When attention is paid to the effects of personality

beliefs on beliefs toward mental illness, trainings can be given for different personality traits.

Keywords: Personality, Beliefs Towards Mental Illness, Stigmatization



ÖNSÖZ

Çalışmanın amaçları; ruhsal hastalığa yönelik inançları kişilik özelliklerine göre incelemek, ruhsal hastalığa yönelik inançların sosyodemografik özelliklerle olan ilişkisini belirlemek, kişilik inanç ölçeği alt ölçekleri ile ruhsal hastalığa yönelik inanç alt ölçekleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir.

Bireylerin birbirinden farklı kişilik özelliklerini göstermeleri, her insanın kendi kişiliğine göre farklı tutumlar sergilemesi normal olarak kabul görmektedir. Farklı durum ve zamanlarda bireylerin ayırt edici davranış düzenlerini etkileyen, karmaşık ve psikolojik nitelikler bütünü olan kişilik; düşünce, duygu ve davranışın karakteristik modellerindeki bireysel farklılıkları ifade etmektedir.

Zaman zaman kişilerin farkında olmadan yaptığı bir durum olan ‘stigmatizasyon’ ise etiketleme, damgalama anlamına da gelmektedir. Damgalama, toplumun ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı gösterdiği tutumlardan biridir. Bu tutumlar diğer bütün hastalıklarda da görülmektedir. Ancak ruh hastalığı olan insanlara karşı olan tutumun daha katı ve yoğun olduğu bilinmektedir. Araştırmacılar ruhsal hastalık damgasının insanların hayatları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu çeşitli yolları tanımlamışlardır. Ruhsal hastaların sürekli olumsuz ve içselleştirilmiş damgalama yaşadığı, halkın ruhsal hastalara karşı yaygın şekilde olumsuz tutumlara sahip olduğu, bu hastalıkları daha çaresizce karşıladıkları, tehlikeli gördükleri ve olumsuz inanca sahip oldukları belirtilmiştir. Ruhsal hastalık ne olursa olsun olumsuz inanç, tutum ve damgalama sonucunda, hasta ve yakınına tedaviden kaçmaya kadar zarar vermektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde kişilik özelliklerinin ve stigmatizasyon / ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerine etkisi konusunda sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak yaptığımız literatür incelenmesine göre günümüze kadar Kişilik İnançlar Ölçeği ile bu konuda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Kişilik özelliklerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerinde etkisinin tespitininin

damgalama karşıtı yaklaşımların değerlendirilmesi ve seçilmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.



İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	viii
TABLO LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. TEMEL BİLGİLER	4
1.1. Kişilik	4
1.1.1. Kişilik Kuramları.....	5
1.1.1.1. Kişilik Türleri ve Özellikleri Üzerine Teoriler	5
1.1.1.1.1. <i>Kişilik Türlerini Sınıflandırma</i>	5
1.1.1.1.2. <i>Kişilik özellikleriyle açıklama</i>	7
1.1.1.2. Psikodinamik Teoriler	10
1.1.1.2.1. <i>Freud’cu Kişilik Kuramı</i>	10
1.1.1.2.2. <i>Alfred Adler’in Kişilik Teorisi</i>	14
1.1.1.2.3. <i>Karen Horney’in Kişilik Teorisi</i>	14
1.1.1.2.4. <i>Carl Jung’ un Kişilik Teorisi</i>	15
1.1.1.2.5. <i>Nesne İlişkileri Kuramı</i>	16
1.1.1.2.6. <i>Kohut’un Kendilik Psikolojisi Kuramı</i>	17
1.1.1.3. İnsancıl Teoriler	18
1.1.1.4. Davranışçılık Kuramı	19
1.1.1.5. Kişiliğe ve Kişilik Bozukluklarına Bilişsel Yaklaşım.....	20
1.1.2. Kişilik Bozuklukları.....	21
1.1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	23
1.1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	24
1.1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	24
1.1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	25

1.1.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu	26
1.1.2.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu	27
1.1.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu	27
1.1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	28
1.1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	29
1.1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu.....	30
1.2. Ruhsal Hastalık Tanımı ve Ana Gruplar	31
1.2.1. Ruhsal Hastalık Tanımı.....	31
1.2.2. Ruhsal Hastalık Ana Grupları.....	33
1.3. Stigmatizasyon Kavramı Ve Ruhsal Hastalıklara İlgili Tutumlar	34
1.3.1. Stigmatizasyon Kavramı	34
1.3.2. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Tutumlar	35
1.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar	36
1.5. Kişilik ve Stigmatizasyon İle İlgili Gerçekleştirilen Araştırmalar	38
İKİNCİ BÖLÜM	41
2.YÖNTEM	41
2.1. Araştırmanın Modeli.....	41
2.1.1. Evren ve Örneklem	41
2.2. Veri Toplama Araçları.....	41
2.2.1. Kişisel (Sosyodemografik) Bilgi Formu	41
2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI)	42
2.2.3. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu (PBQ-SF)	43
2.3. İşlem	44
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	44
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	45
3.BULGULAR.....	45
3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	45
3.2. Ölçeklere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	47
3.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları	48
3.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları	55

3.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnançlar Ölçeği (kısa form) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Boyutlarının Korelasyonları Karşılaştırılması	60
DÖRÜNCÜ BÖLÜM	64
4. TARTIŞMA	64
4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Görüşleriyle İlgili Bulguların Tartışılması	64
4.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleriyle İlgili Bulguların Tartışılması	65
4.3. Katılımcıların Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre İlişkisi	66
4.4. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre İlişkisi	67
4.5. Ölçek Alt Boyutlarının Birbirleri ile Korelasyonu Tartışması	69
BEŞİNCİ BÖLÜM	71
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
5.1. Sonuçlar	71
5.2. Öneriler	72
KAYNAKÇA	74
EKLER	81
EK 1- KİŞİSEL (SOSYODEMOGRAFİK) BİLGİ FORMU	82
EK 2- RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ	84
EK 3- KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ-Kısa Form-V.1	86

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Beş Factör Modeli.....	10
Tablo 2: Bazı Savunma Mekanizmaları.....	12
Tablo 3: Kişilik Bozuklukları.....	22
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	45
Tablo 5: Bireylerin Ruhsal Hastalıkla İlişkili Özellikleri	46
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Puan Ortalamaları	47
Tablo 7: Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inanç düzeyleri ortalamaları	48
Tablo 8: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Yaş Grubuna Göre Ortalamaları.....	48
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	50
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları	51
Tablo 11: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	52
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ortalamaları	53
Tablo 13: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Ortalamaları	54
Tablo 14: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Yaş Grubuna Göre Ortalamaları	55
Tablo 15: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Cinsiyet Grubuna Göre Ortalamaları	56
Tablo 16: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları.....	56

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları	57
Tablo 18: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları	58
Tablo 19: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Ortalamaları	58
Tablo 20: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ortalamaları	58
Tablo 21: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Ruhsal Hastalığa Sahip Yakını Olma Durumuna Göre Ortalamaları ..	59
Tablo 22: Araştırmaya Katılan Bireylerin KİÖ ve RHİÖ Boyutlarının Birbiriyle Korelasyon Karşılaştırılması	60

KISALTMALAR LİSTESİ

APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
AS	Etki Ölçeği (Affect Scale)
ÇKİB	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalıklar ve İlgili Sağlık Sorunlarının İstatistiksel Sınıflandırılması)
KİÖ	Kişilik İnanç Ölçeği
M.Ö.	Milattan önce
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PBQ-SF	Kişilik İnançlar Ölçeği Kısa Formu
RHİÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
SDS	Social Distance Scale (Sosyal Mesafe Ölçeği)
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Farklı durum ve zamanlarda bireylerin ayırt edici davranış düzenlerini etkileyen, karmaşık ve psikolojik nitelikler bütünü olan kişilik; düşünce, duygu ve davranışın karakteristik modellerindeki bireysel farklılıkları ifade etmektedir (Gerring ve Zimbardo, 2014). Kişilik kavramıyla ilgilenen bilim adamları kişiliğin oluşumu, gelişmesi ve görünümü açısından birçok kuram geliştirmişlerdir.

Zaman zaman kişilerin farkında olmadan yaptığı bir durum olan 'stigmatizasyon' ise etiketleme, damgalama anlamına gelmektedir. Geçtiğimiz yüzyıl boyunca bu terime, anormallik ya da sapkınlık, utanılacak şey, korku ve sosyal izolasyon gibi çağrışımlar içeren sosyolojik bir anlam da yüklenmiştir (Kocabasoğlu ve Aliustaoğlu, 2003). Damgalama yalnızca bir topluma özgü değil tüm toplumun sorunudur. Damgalama toplumun ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı gösterdiği tutumlardır. Bu tutumlar diğer bütün hastalıklarda da görülmektedir. Ancak ruh hastalığı olan insanlara karşı olan tutumun daha katı ve yoğun olduğu bilinmektedir. Araştırmacılar ruhsal hastalık damgasının insanların hayatları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu çeşitli yolları tanımlamışlardır (Hinshaw ve Stier, 2008)

Ruhsal hastaların sürekli olumsuz ve içselleştirilmiş damgalama yaşadığı, halkın ruhsal hastalara karşı yaygın şekilde olumsuz tutumlara sahip olduğu, özellikle alt ekonomik düzeydeki bireylerin bu hastalıkları daha çaresizce karşıladıkları, tehlikeli gördükleri ve olumsuz inanca sahip oldukları belirtilmiştir. Üst ekonomik düzeyde bu durumun hastalardan korkma ve dışlamaya dönük olduğu, orta ekonomik düzeydeki kişilerin ise ruh sağlığına yönelik toplumsal yaklaşımlarının daha iyi niyetli olduğu belirtilmiştir (Çam ve Bilge, 2011).

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara bağlı inançları konusunda çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada psikiyatristlerin çoğunluğunun ve psikiyatri dışı hekimlerin damgalayıcı tutumlara sahip oldukları bildirilmiştir (Kuş, 2010).

Hekimlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının toplum tutumlarının bir yansıması olduğu (Yüksel ve Taşkın, 2005), pratisyen hekimlerin şizofreni hastalığına yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu (Aker ve ark., 2002), hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının olumlu olduğu (Bozkurt ve Top, 2009), bazı çalışmalarda ise hemşire ve öğrenci hemşirelerin şizofreniye karşı olumsuz tutumlarının olduğu belirtilmiştir (Özyiğit ve ark., 2004; Çam ve Bilge, 2013)

Ruhsal hastalığın türü ne olursa olsun olumsuz inanç, tutum değişikliği ve damgalama sonucu hasta ve yakınına tedaviden kaçmaya kadar zarar vermektedir. Doğallıkla kabul edilebilir olma durumu, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin anlamlı bir hayatı yaşamalarına izin verecek şekilde kendi yaşamlarını yönetme ve kontrol etmede gönülden desteklenmelerini sağlayacaktır. Böylece hastalık nedeniyle bireylerin bireysel özgürlükleri ellerinden alınmış olmayacaktır (Çam ve Bilge, 2013). Nitekim günümüzde gelişmiş ülkelerde ruhsal hastaların özgürlüklerinin profesyonellerce ne kadar kısıtlanıyor olduğu konusu (Bates ve Stickley, 2013), bu alanda çalışanların en önemli gündemini oluşturmaktadır.

Kişiliğin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar üzerinde etkisi olup olmadığına ilişkin çok az sayıda araştırmalar yapılmıştır. Arıkan (2005) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu araştırmasında, narsisistik savunmaların kullanımı ve damgalanma eğilimi arasında güçlü pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymuştur. Ruhsal hastalığa yönelik stigmatizasyon ve kişilik üzerinde yapılmış olan az sayıdaki araştırmalardan biri olan Canu ve ark. (2008) araştırmasında, üniversite öğrencileri arasında daha az kabul edilebilirlik (Agreeableness) ve daha düşük dışa dönüklüğün (extraversion) DEHB olan bir bireyle sosyal olarak daha az etkileşim isteği ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmalar ışığında, kişilik özelliklerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı; ruhsal hastalığa yönelik inançların kişilik özelliklerine göre incelenmesidir. Literatürde çalışmada kullanılan Kişilik İnançlar Ölçeği ile stigmatizasyon / ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma bulunmamaktadır. Çalışmanın ikinci amacı, Kişilik İnançlar Ölçeği alt ölçekleri ile, Ruhsal Hastalığa Yönelik

İnançlar alt ölçekleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Çalışmanın üçüncü amacı ise, ruhsal hastalığa yönelik tutumların sosyo demografik özelliklerle olan ilişkisini incelemektir. Tedavi ve hastalığı yönetme yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve seçilmesinde, bu yapıların ilişkili çıkmasının önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

1. TEMEL BİLGİLER

Bu bölümde kişilik kavramları ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile ilgili literatüre yer verilmiştir.

1.1. Kişilik

‘Kişilik’ sözcüğü eski Yunan dilindeki ‘persona’ dan gelmiştir ve aslında eski drama oyuncularının taktığı maskelerin ismidir. Daha sonra psikoloji bu terimi kullanarak şunu anlatmak istemiştir: “İnsan hayatı büyük bir sahnedir. İnsanlar toplumdaki farklı rollerine göre maskelerini değiştirirler ve bu maskeler ise kişiliğin dışa yansımalarıdır.” Maskenin ardında gerçek bir benlik vardır. Ama bu benlik ise dış maskelerden daha çok farklı olabilir. ‘Persona’ maske içindeki kişiliği değil, oynanan rolün kişiliğini temsil etmektedir. Böylelikle ‘persona’ sözcüğü ve kişiler arasındaki farkı anlatılmak istenmiştir (Durna, 2005).

Kişilik farklı durumlar ve zamanlarda bireyin ayırt edici davranış düzenlerini etkileyen, karmaşık ve psikolojik nitelikler bütünüdür (Gerring ve Zimbardo, 2014).

Kişilik, düşünce, duygu ve davranış tipik modellerindeki bireysel farklılıkları ifade eder. Kişilik çalışması iki geniş alana odaklanır: birincisi, kişilişsellik veya sınırlılık gibi belirli kişilik özelliklerinde bireysel farklılıkları anlamak, diğeri ise, bireyin kişiliğindeki çeşitli bölümlerin bir bütün olarak nasıl bir araya geldiğini anlamaktır (Kazdin, 2000).

İnsanların birbirinden farklı kişilik özellikleri göstermeleri çok normaldir. Her insan kendi kişiliğine göre farklı tutumları sergiler.

1.1.1. Kişilik Kuramları

Kişiliğin tek bir tanımı yapılamamıştır. Bu yüzden kişilik, farklı kişilik kuramları ile şekillenerek çeşitli tanımlar alır. Kişilik kavramıyla ilgilenen kimi bilim adamları kişiliğin oluşumu, gelişmesi ve görünümü açısından bazı kuramlar geliştirmişlerdir.

1.1.1.1. Kişilik Türleri ve Özellikleri Üzerine Teoriler

1.1.1.1.1. *Kişilik Türlerini Sınıflandırma*

Bazı kişilik teorileri aynı zamanda insanları **kişilik türleri** denen farklı, ortak yönleri bulunmayan kategorilere de yerleştirmektedir. Eğer birey bir türe aitse, o sistemdeki diğer türlerden herhangi birinde yer alamaz. Birçok insan günlük hayatlarında kişilik türleri olgusundan faydalanır, çünkü bu sayede diğer insanları anlamak gibi karmaşık bir süreci anlayabilmeleri kolaylaşır (Gerring ve Zimbardo, 2014).

En eski kişilik türleri kuramı M.Ö. 5.yüzyılda Yunan hekimi **Hipokrat** tarafından oluşturulmuştur. Modern tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat'ın kişilik kavramı, Empedokles' in ortaya koyduğu 4 element (hava, su, ateş ve toprak) teorisine uygun olarak 4 temel mizaca bölünmektedir (Hall, 1985). Bu bölümlenme, insan vücudundaki kan, balgam, sarı ve siyah safra olmak üzere 4 sıvıya (ki bunlar kalp, beyin, karaciğer ve dalağa karşılık gelmektedir) dayanmaktadır. Tipleri öfkeli, sıcakkanlı, hüzünlü ve soğukkanlı olarak bölümleyen Hipokrat, sıcakkanlı ve öfkeli kişilerin, kolayca heyecanlanan, ilgileri çabuk değişebilen insanlar olduğunu ileri sürmektedir. Öfkeli tipin ilgisi zayıf, sıcakkanlıların ise sıkdır. Buna karşılık soğukkanlı ve hüzünlü mizaçlarda ilgiler sürekli olmakta ama yavaş uyarılma ile ortaya çıkmaktadır. Soğukkanlı olanların ilgileri zayıf, hüzünlülerinkiyse şiddetlidir (Fromm, 1995; Hazar, 2006).

Milattan sonra 2.yüzyılda başka bir Yunan hekimi **Galen**, bireyin kişiliğini bedeninde hangi salgının baskın olduğuyula ilişkilendirmiştir. Galen Hipokrat'ın bahsettiği salgıları aşağıdaki şemaya göre kişilik mizaçlarıyla bağdaştırmıştır (Gerring ve Zimbardo, 2014; Hazar, 2006).

- Kan: Neşeli mizaç, kanlı canlı ve hareketli.
- Balgam: Sakin mizaç, ilgisiz ve ağırkanlı
- Kara safra: Melankolik mizaç, üzgün ve düşünceli
- İltihap: Asabi mizaç, sinirli ve telaşlı

İnsanlar Galen' in ortaya attığı bu teoriye Orta Çağ boyunca, yani yüzyıllarca inanmıştır. Ama modern çağlarda yapılan incelemeler bu teoriyi desteklememiştir.

Modern zamanlarda ise **William Sheldon** (1898-1977) fiziği mizaca bağdaştıran bir tür teorisi üretmiştir. Sheldon iskelet ve beden oranlarının değerlendirilmesi ve ölçülendirilmesi için beden yapıları farklı insanlar ve bunların çeşitli açılardan çekilmiş fotoğraflarından yola çıkmıştır (Köknel, 1986). Sheldon insanları vücut tiplerine göre üç sınıfa ayırmıştır (Hazar, 2006):

- Endomorfik (şişman, yumuşak ve yuvarlak): Sakin, yemeye düşkün ve sosyal insanlar.
- Mezomorfik (kaslı, keskin hatlı ve güçlü): Bedenleri üzerine yoğunlaşan, enerji dolu, cesur, kendini savunmaya meyleden insanlar.
- Ektomorfik (zayıf, uzun ve hassas): Zeki, sanata yakın, içe dönük; hayatı tüketmek ya da hayatın içinde yer almak yerine hayat hakkında düşünmeyi tercih eden insanlar.

Shendon'un bu teorisi bir süre etkili olmuştur, ancak sonradan araştırmacılar bu fikrin de Hipokrat'ın teorisi gibi bireyin davranışlarını tahmin etmede çok az yarar sağladığını kanıtlamıştır (Tyler, 1965).

Yakın zamanda **Frank Sulloway** (1996) ailedeki doğum sırasına dayalı modern bir teori öne sürdü. Sulloway'e göre ilk doğan çocuklar hazır bir yaşam alanına sahiptirler: ebeveynlerin sevgi ve ilgisini elde etmekte hiç zorluk çekmezler. Kendilerini ebeveynleriyle özdeşleştirip onlara uyum sağlayarak aralarında oluşan ilk bağı korumaya çalışırlar. Buna karşılık, ailede daha sonra doğan çocukların kendilerine ailelerini tam olarak taklit etmedikleri farklı bir yaşam alanı bulmaları gerekir. Sonuç olarak, Sulloway daha sonra doğan çocukları 'asi' olarak tanımlar:

“kendilerinden büyük kardeşlerinin üstünlük sağlayamadığı alanlarda sevmeyi amaçlar. Daha sonra doğan çocuklar genellikle tecrübe elde edebilmek için açık sözlü olmalarından yararlanırlar. Bu, hayatta kendine iyi bir yer ve yaşam alanı edinmek isteyen biri için oldukça yararlı bir tecrübedir. Sulloway bilimsel, tarihi ve kültürel devrimleri inceleyip, daha sonra doğan bilim insanlarının yenilikçi teorileri desteklemede ilk doğanlardan daha yakın olduğunu öne sürmüştür (Sulloway, 1996; Gerring ve Zimbardo, 2014).

1.1.1.1.2. Kişilik özellikleriyle açıklama

‘Özellikler’ insanların farklı durumlarda tutarlı davranışlar sergilemelerini sağlayan kalıcı nitelikler ya da vasıflardır.

Özellik yaklaşımı, bireyin kişiliğini, temel özelliklerinin bir sentezi olarak görmektedirler. Bu özelliklerin bilinmesiyle bireyin kişiliği de öğrenilmiş olacaktır. Böylece, kişilik testleri ve dereceleme ölçekleri ile ölçülebilecek belirli sayıdaki birtakım özelliklerin bir araya getirilmesi gerekmektedir. Bu özellikler daha çok birbirine zıt sıfatlar halinde ifade edilen iyi kötü, gergin-rahat, sevimli-sevimsiz vs. yakıştırmalarla ifade edilmektedir (Cüceloğlu, 1993).

Gordon Allport (1897-1967) özelliklerin kişiliği oluşturan temel yapı taşları ve birey olmanın kaynakları olduğunu düşünüyordu. Allport’a göre bu özellikler davranışta tutarlılığı sağlarlar, çünkü kişinin çeşitli uyarıcılara verdiği tepkileri bağdaştırıp birleştirirler. Alport üç farklı özellik türü tanımlamıştır (Gerring ve Zimbardo, 2014):

- Başlıca özellikler: Bireylerin hayatlarını etraflarında şekillendirdikleri özelliklerdir (Rahibe Teresa’nın başlıca özelliğinin başkalarının iyiliği için kendini feda etmek olduğu söylenebilir).
- Merkezi özellikler: Dürüstlük ya da iyimserlik gibi bireylerin önemli özellikleridir.
- İkincil özellikler: Bireylerin davranışlarını tahmin etmeye yarayan özgün, kişisel özelliklere karşılık gelir. Ancak bu özellikler bireylerin

kişiliğini kavraya bilmek açısından daha az yarar sağlarlar (Örnek olarak yiyecek ve kıyafet tercihlerini gösterebiliriz).

Allport birey davranışının en kritik belirleyicisinin çevresel koşullar değil, kişilik yapıları olduğunu öne sürüyordu. Modern özellik teorisyenlerinin birçoğu Allport'un izini sürmüştür.

1936 yılında Gordon Allport ve meslektaşı **H.S.Odbert** bir sözlük çalışması yürütmüş ve İngilizce'de kişilik çizgilerini ifade eden 17.953 kelime bulmuştur. Bu bütün İngilizce dağarcığının %45' ini oluşturmaktadır. Bunların %25'lik ilk grubu en dar anlamıyla kişilik çizgilerini veren nazik, kaba, dalgın gibi kelimelerden oluşmaktadır. Yine %25'lik ikinci grubunda; şaşkın, neşeli, kendinden geçmiş gibi geçici psikolojik durumları belirleyen kelimeler yer almaktadır. Diğer %29'luk kısmı, anlamsız, saçma, sevimli gibi kişi üzerindeki değer yargılarını içermektedir. Son grupta yer alan %21'i ise, heterojen bir nitelik taşımaktadır. Bunlar içinde, şımarık, çocuksu gibi davranış açıklayıcı; tıknaz, babacan gibi fiziksel çizgileri psikolojik çizgilerle ilişkilendiren; yetenekli, çalışkan verimli gibi yetenek ve becerileri belirleyen sınıflandırmalar yer almaktadır (Tolan, 1985).

Raymond Cattell (1905-1998) uygun ve az sayıda bir grup temel özellik boyutu belirleyebilmek için Allport ve Odbert'in sıfat listesinden hareket etmiş ve araştırmanın sonucu olarak insan kişiliğini 16 ayrı faktörün oluşturduğunu öne sürmüştür. Cattell bu 16 faktöre 'Kaynak Özellikler' adını vermiştir, çünkü kişilik zannettiğimiz yüzeydeki davranışlarımızın asıl sebebinin bu kaynak faktörler olduğunu düşünmüştür. Cattell'in 16 faktörü içe kapanık ve dışa dönük, güvenilir ve şüpheli, rahat ve gergin gibi önemli davranışsal karşıtları içerir. Ancak modern kişilik özelliği teorisyenleri insanların kişilikleri arasındaki en önemli farkları oluşturan boyut sayısının 16'dan bile az olduğunu ileri sürmektedirler (Gerring ve Zimbardo, 2014).

Cattell kişilik gelişiminde öğrenmeyi etkilemesi bakımından en önemli unsurun çevre olduğunu belirtmiştir. Çevre etmenleri içinde en önemli ailedir. Cattell, yanlış davranışların ve tercihlerin bireylerde endişe yarattığını ve endişenin

kişilerde savunma mekanizması geliştirdiğini savunarak Freud'a benzer bir yaklaşım sergilemiştir (Yanbastı ve Gülgün, 1996).

Hans Eysenck (1916-1997) kişiliği dışadönüklük, nörotisizm ve psikotisizm olarak 3 boyutta incelemektedir (Francis ve Jackson, 2004).

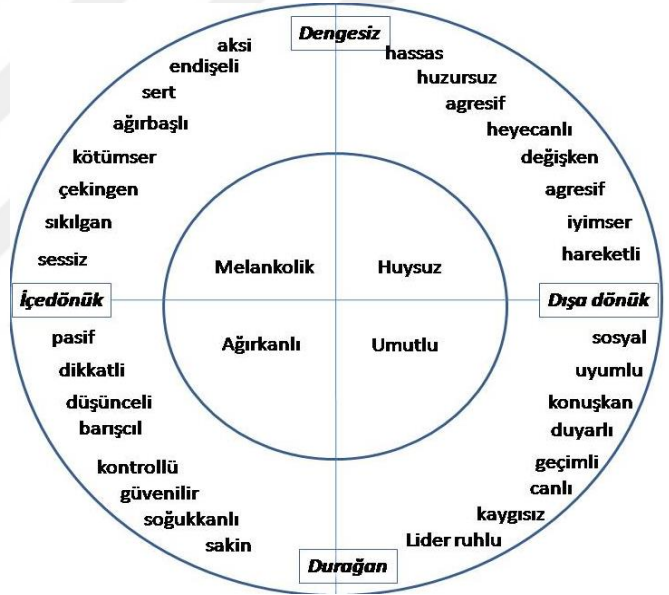
Eysenck, dairesel bir sunum oluşturabilmek için dışa dönüklüğün ve nevrotilikliğin iki boyutunun grafiğini çizmiştir. Çeyrek düzlemlerin her birinin Hipokrat'ın bahsettiği salgı teorisini geliştiren Gale'in öne sürdüğü dört kişilik türünü temsil ettiğini düşünmüştür. Eysenck grafiğın dört çeyreğinde kişiliği dört büyük tür ve 32 küçük türe ayırmıştır.

- Dışa dönüklük: içine kapanık ya da dışa dönük
- Nevrotiklik: duygusal açıdan durağan ya da dengesiz
- Psikotiklik: kibar ve düşünceli ya da saldırgan ve anti sosyal

Eysenck'in özellik teorisi bu kategoriler içinde geçiş ve farklılıkların mümkün olduğunu kabul etmektedir. Bireyler dairede çok içe kapalıdan çok dışa dönüğe, çok dengesizden fazlasıyla durağana kadar uzanan herhangi bir noktaya yerleştirilebilirler. Dairede adı geçen özellikler bu iki boyutun birleşiminde herhangi bir alana denk düşen bireyleri tanımlarlar (Gerring ve Zimbardo, 2014).

Beş Faktör Modeli

Yapılan araştırmalar sonucu elde edilen kanıtlar Eysenck'in teorisinin pek çok yanını desteklemektedir. Ancak son yıllarda, Eysenck'in öne sürdüğü üç boyutla tam olarak uyuşmayan beş faktörün kişiliğin yapısını en iyi şekilde oluşturduğuna dair bir fikir birliğine varılmıştır. Beş Faktör Kişilik Kuramı ismini, görgül araştırmacıların kişilik özelliklerini sınıflandırma çalışmaları sonucunda elde ettikleri



beş ayrı gruplanma ya da beş ayrı faktör elde etmelerinden almaktadır. Bu beş faktöre, “Beş Faktör” ya da “Büyük Beş”, bu beş faktörle temsil edilen kişilik özellikleri sınıflandırma modeline de “Beş Faktör Modeli” denilmektedir (Digman, 1990; Goldberg, 1990; Tatar ve ark., 2013)

Tablo 1: Beş Faktör Modeli

Faktör	Boyutların üç noktaları
Dışa dönüklük	Konuşkan, enerjik ve iddialı ya da sessiz, çekingen ve utangaç
Kabul edebilirlik	Sempatik, nazik ve şefkatli ya da soğuk, kavgacı ve zalim
Sorumluluk	Planlı, sorumlu ve dikkatli ya da dikkatsiz, uçarı ve sorumsuz
Nevrotiklik	Durağan, sakin ve rekabetçi veya da endişeli, dengesiz ve huysuz
Deneyime açıklık	Yaratıcı, zeki ve yeni tecrübelerle açık ya da basit, sığ ve zeki olmayan

Tabloya bakarsak her boyutun iki kutbu olduğunu fark edeceğiz. Boyutun adına anlam olarak benzer terimler yüksek kutbu, zıt terimler ise alçak kutbu simgeler.

Beş faktör modelinin böylesine benimsemesi Allport ve Odbert’in (1936) sözlük çalışması sonucu oluşturduğu uzun sıfat listesi içinde bir çeşit yapı oluşturma isteğinden kaynaklanıyordu. Özellikler, önce sorumlu ya da sorumsuz gibi yüksek ve alçak kutupları olan özellik boyutları oluşturmak için kullanılan 200 eş anlamlı kümeye indirildi. Daha sonra bireylerden kendilerini ve başkalarını bu iki kutuplu boyutlarda oylamaları istendi. Bu oylamalar eş anlam kümelerinin birbirleriyle alakasını belirlemek için istatistiksel prosedürlerden geçirildi. Birçok bağımsız araştırma ekibi bu metodu kullanarak aynı sonuca varmışlardır: insanların kendilerini ve başkalarını tanımlamak için kullandıkları sadece beş temel boyut vardır (Norman, 1963).

1.1.1.2. Psikodinamik Teoriler

Bütün psikodinamik kişilik teorilerinin ortak yanı kuvvetli iç güçlerin kişiliği şekillendirdiği ve davranışı harekete geçirdiği varsayımdır.

1.1.1.2.1. *Freud’cu Kişilik Kuramı*

Freud’un kişilik teorisi cesur bir biçimde kişilik gelişiminin kaynağı ve seyrini, zihnin doğasını, anormal kişiliğin yönlerini ve kişiliği değiştirme yöntemlerini terapiyle açıklamaktadır. Freud histerik hastalara yardımcı olmak için hipnoz üzerinde çalışırken, bilinçaltı etkilerin davranışlar üzerindeki gücünü fark

etmiştir. Kuramına göre kişiliği bilinç, bilinç öncesi ve bilinç altı olmak üzere üçe ayırmıştır. Bu ayrım **topografik model** olarak da bilinir. **Bilinç**, farkında olduğumuz düşüncelerimizi içerir. Bu düşünceler, kafamıza yeni düşünceler girdikçe değişir ve eskiler bilincimizden kaybolur. **Bilinç öncesi**, biraz zorlanarak bilince çıkarılabilen düşüncelerin bulunduğu kişilik bölümüdür. Freud, bilinç ve bilinç öncesinin buzdağının görünen bir ucu olduğunu söyler. Düşüncelerimizin büyük bir kısmı ve psikanalitik bakış açısına göre en önemli kısmı, **bilinçaltında** bulunur. Bu malzemelere her istediğimizde ulaşamayız. Freud'a göre, bazı olağan dışı koşullar hariç, bilinçaltı bilgiyi bilinç düzeyine getiremeyiz. Ancak, günlük davranışlarımızın çoğunda bilinçaltı malzeme yatar (Burger, 2006).

Sonraları Freud, topografik modelin insan kişiliğine sınırlı bir açıklama getirdiğini fark etti ve buna ek olarak yapısal modeli oluşturdu. Bu model, kişiliği benlik (ego), alt-benlik (id) ve üst-benlik (süper ego) olarak ayırıyordu. Doğduğumuzda var olan tek bir kişilik yapısı **alt-benlik** (id), bizim bencil kısımımızdır ve yalnızca kişisel isteklerimizi tatmin etmeye çalışır. Alt-benlik, haz ilkesine göre hareket eder, diğer bir deyişle herhangi bir fiziksel ve toplumsal sınırlamayı dikkate almaksızın, yalnızca kişisel tatmin sağlayacak şeylerle ilgilenir. **Benlik** (ego), gerçeklik ilkesine göre hareket eder. Yani benliğin birinci görevi, alt-benliğin dürtülerini tatmin etmek; ama bunu yaparken içinde bulunan durumun gerçeklerini de dikkate almaktır. Zira alt benliğin dürtüleri genellikle toplumsal olarak uygun olmayan, bizi tehdit eden biçimde ortaya çıkar. Benliğin görevi, bu dürtüleri bilinçaltında tutmaktır. Alt-benlikten farklı olarak benliğimiz, beynimizin bilinç, bilinç öncesi ve bilinçaltı kesimlerinde serbestçe hareket edebilir. Çocuk beş yaşına geldiğinde, kişilik yapısının üçüncü bölümü de oluşur. **Üst-benlik**, toplumun, özellikle anne babaların değer yargılarını ve standartlarını temsil eder. Üst-benlik, neyi yapabileceğimiz ve yapamayacağımız konusunda daha çok kısıtlamalar getirir (Burger, 2006).

Freud'un kuramına göre sağlıklı bir kişilikte benlik, alt-benlik dürtülerini ve üst benlik taleplerini denetler. Bu doğrultuda, benlik çoğu zaman savunma mekanizmaları kullanır.

Tablo 2: Bazı Savunma Mekanizmaları

Savunma Mekanizmaları	Tanım
Yadsıma (İnkâr)	Özü nahoş gerçeklikten korumak için bu gerçekliği reddetmek
Yer Değiştirme	Bastırılmış duyguları, özellikle düşmanlığı, bu duyguları açığa çıkaran nesnelere daha az tehlikeli olanlara yöneltmek
Fantezi Kurma	Gerçekleşmemiş arzuları hayali başarılarla gidermek (Hayal kurma sıklıkla karşılaşılan bir türüdür).
Özdeşleşme	Özü tanınmış birey ya da kurumlarla özdeşleştirerek kendine verdiği değeri artma.
Bölme	Duygusal yüklenmeyi acı veren durumlardan ayırmak ya da birbirine uyuşmayan tutumları mantık çerçevesindeki alanlara ayırmak (aynı anda ya da birbirleriyle ilintili olarak düşünülmemiş, birbiriyle çelişen tutumlar barındırmak); aynı zamanda bölmelere ayırma da denir.
Yansıtma	Yaşanılan zorlukların suçunu başkalarına atmak ya da “yasak” arzuları diğer bireylere atfetmek
Akla Uygunlaştırma	Sergilenen davranışın “mantıklı” ve meşru olduğunu ve bu sayede de özün ve bireyin onayını hak ettiğini kanıtlamaya çalışmak
Karşıt Tepki Oluşturma	Tehlikeli arzuların ifade edilmesinin zıt kutupları ve davranış türlerini kabul ederek ve onları “bariyer” olarak kullanarak engellenmesi
Gerileme	Daha çocukça tepkileri ve genellikle düşük seviyeli hedefleri içeren gelişimin erken safhalarına geri dönmek
Bastırma	Acı veren ve tehlikeli düşünceleri bilinç dışına itip bu düşünceleri orada tutmak; bastırma, savunma mekanizmalarının en temeli kabul edilir.
Yüceltme	Bastırılmış cinsel arzuları, bu arzuların yerini alabilecek, cinsel olmayan ve toplum tarafından kabul gören yollarla gidermek ya da ortadan kaldırmak

Kaynak: (Gerring ve Zimbardo, 2014)

Stresle başa çıkmanın bazı yolları genel savunma mekanizmaları sınıfına girer. Örneğin, kişisel travmalar veya suçluluk ve utanç duyulan bazı deneyimlerle ilişkili düşünce ve duyguları dizginlemek ruhsal ve fiziksel sağlığı büyük zararlar verebilir (Petrie ve ark., 2004). Bu bulgular Freud’un bastırılan fiziksel duyguların psikolojik strese yol açabileceği yönündeki inanışı destekler.

Freud insan davranışının **Triebe** denilen, dürtüler ya da içgüdüler olarak da tercüme edilen, kuvvetli içgüçler tarafından güdülendiğini belirtmiştir. Freud, iki ana tip içgüdüümüz olduğunu söyler: **Libido** olarak adlandırılan yaşam ya da cinsellik içgüdüğü ve **Thanatos** olarak adlandırılan ölüm ya da saldırganlık iç güdüsü. Freud, insan davranışlarının çoğunu yaşam ve cinsellik içgüdüğüne bağlamıştır. Ancak bu tanımı çok genel bir anlamda kullanmıştır. Cinsel olarak güdülenmiş hareketler

yalnızca erotik içerikli olanları değil, zevk almaya dönük bütün davranışlarımızı kapsar (Burger, 2006).

Freud'un kuramının en tartışmalı yönlerinden biri, **psikoseksüel gelişim dönemleridir**. Freud, küçük çocukların, her biri cinsel yönden duyarlı bir bölgeyle tanımlanan gelişim dönemlerinden geçtiğini ileri sürmüştür. Çocuklar sağlıklı bir cinsel yaşama hazır oldukları genital döneme gelene dek oral, anal ve fallik dönemlerden geçerler. Bu yıllarda yaşanan sarsıcı bir deneyim, psişik enerjinin saplanmasına neden olur (Burger, 2006).

Hayatın ilk 18 ayını içine alan **oral dönem** sürecinde: ağız, dudaklar ve dil cinsel yönden birincil derecede duyarlı bölgelerdir. Bu sürede, memeden kesmeyle ve beslenmeyle ilgili yaşanan ciddi sorunlar, psişik enerjinin saplanmasına ve oral kişilik özelliklerinin gelişmesine neden olur. Çocuklar 18 aylık olduğunda, **anal döneme** geçerler. Freud'e göre, anal bölge bu dönemdeki, cinsel yönden en duyarlı bölgedir. Çocukların tuvalet eğitimi almaya başlamalarının da bu döneme rastlaması rastlantı değildir. Sarsıcı tuvalet eğitimi, burada bir saplanmaya ve anal kişiliğe yol açabilir. Yetişkin kişiliğinin gelişimindeki önemli bir adım da, Cinsel organların duyarlı bölge olduğu **fallik döneminin** sonunda çıkan **Ödip kompleksi** (çocuğun karşı cinsiyetteki ebeveyne duyduğu cinsel çekim ve ardından yaşadığı çatışmalar) 'nin çözülmesidir (Burger, 2006).

Freud'dan sonra gelen bilim insanlarından bazıları onun temel kişilik görüşünü, bilinç dışı ve ilkel güçlerin sosyal değerlerle çarpıştığı bir savaş alanı olarak algılamışlardır. Ancak başka bilim adamları da psikanalitik kişilik görüşlerinde çok önemli düzeltmelere girmişlerdir. Freud'dan sonra gelen bu bilim adamları aşağıdaki değişiklikleri yapmışlardır :

- Ego savunması, özün gelişimi, bilinçli düşünce süreçleri ve kişisel yeterlik de dâhil olmak üzere ego'nun görevlerini daha çok vurgulamışlar.
- Kültür, aile ve arkadaş gibi sosyal değişkenlerin kişiliğin şekillenmesinde önemli rol oynadığını savunmuşlardır.

- Genel cinsel dürtülerin ve libidinal enerjinin önemini daha az vurgulamışlardır.
- Kişilik değişiminin sadece çocukluk döneminde değil, tüm yaşam süresine ait olduğunu söylemişlerdir (Gerring ve Zimbardo, 2014).

1.1.1.2.2. Alfred Adler'in Kişilik Teorisi

Alfred Adler (1870-1937), bütün insanların hayatların bir döneminde çaresiz, bağımlı, küçük çocuklar oldukları için aşağılık duygusunu yaşadıklarını düşünüyordu. Duyguların üstesinden gelme yollarını arama işleminin bütün hayatlara hükmettiğini savunuyordu. Bireyler kendilerini yeterli hissedebilmek için bazı şeylerden feragat ederler, yani kendilerini üstün hissetmek için birçok şeyi feda ederler. Aşağılık duygusu Adler'in oluşturduğu kavramlardan biridir (Cüceloğlu, 1993). Kişilik bu gizli mücadele etrafında şekillenir, bireyler temel ve yaygın aşağılık duygularını yenmek için belirli yollar ararken hayat stillerini geliştirirler.

Adler, kişilik kapsamında 'üstünlük arzusu' nu ön plana çıkarmıştır (Worthman, 1988). Adler'e göre üstünlük arzusu, kişiliğin temel amacı ve bireyin davranışını güçlendiren önemli bir faktördür. Çevreden gelen baskılar, bireyin üstünlüğe ve mükemmelliğe ulaşma arzusu ile uyuşmadığı zaman kişilik çatışması oluşur. Kişilik çatışmaları, bireyin çatışan dürtülerinden ziyade, çevresel dış güçler ve yeterli olmak için girişilen içsel mücadeleler arasındaki uyumsuzluk yüzünden açığa çıkar (Can, 2007).

1.1.1.2.3. Karen Horney'in Kişilik Teorisi

Karen Horney (1885-1952) psikanaliz üzerine eğitim almıştır, ancak görüşleriyle bazı yönlerden geleneksel Freudyen teoriden ayrılır. Horney kültürel faktörleri Freud'dan daha fazla vurgulamış ve bebekliğe özgü cinsellikten ziyade, mevcut karakter yapısına odaklanmıştır. Horney, kişiliği sosyal ilişkilerle ilgili önemli çözümlenmelerden yararlanmak suretiyle incelemiştir. O'na göre kişiliğin temel ögesi "kaygı ve korku" dur (Worthman, 1988).

Her birey, çeşitli nedenlerle ileri gelen kaygı ve korkularını yenebilmek ve bunları aşabilmek için birçok faaliyette bulunur. Kaygı ve korku yaratan kaynaklarla

baş edebilmek için başvurulan çeşitli davranış kalıpları ve taktikler, belirli bir çözüm yaratamamış olsa bile bireylerin sinirsel gerginlikten kurtulmasını sağlayabilir. Horney'in kaygı ve korkular ile baş edebilmek için bireylerin başvurabileceği davranış alternatiflerini on adet olarak belirlemesine karşılık, bunlardan üç tanesi, özellikle toplumsal sistem içerisindeki kişilik türlerinin tespit edilmesi bakımından oldukça önemlidir. Bunları şu şekilde açıklayabiliriz (Eroğlu, 1996):

- **Sempatik- dışa dönük:** İnsanlara yaklaşarak sevgi ve yakınlık duymak suretiyle kaygı ve korkuları giderme çabaları şeklinde bir kişilik geliştirme.
- **Antipatik- içe dönük:** İnsanlardan uzak durmak, onlara karışmamak ve yalnız başına hareket ederek kaygı ve korkularından kurtulma çabaları şeklinde bir kişilik geliştirme.
- **Saldırgan ve öfkeli:** İnsanlara karşı gelmek, onlarla mücadeleye girmek, güçlü ve yenilmez olduğunu göstermek, her şeyi tartışarak ve kavga ederek elde etmeye çalışmak şeklinde kaygı ve korkulardan kurtulma çabalarını oluşturduğu bir kişilik geliştirme.

Kaygı ve korkulardan kurtulmak için, insanların başvurdukları davranış biçimleri onların kişiliklerini yansıtan önemli unsurlardır. Bu davranışlar insanların hangi kişilik özelliklerine sahip olduklarını yansıtır.

1.1.1.2.4. Carl Jung' un Kişilik Teorisi

Carl Jung (1875-1961) bilinçdışı kavramını oldukça genişletmiştir. Jung'a göre bilinç dışı bireyin eşsiz hayat deneyimleriyle sınırlı değildir, insan ırkına özgü temel psikolojik gerçeklerden oluşan, ortak bir bilinçdışıydı. Ortak bilinçdışı varlığın evrensel arketipleri olan ilkel mitleri, sanat eserlerini ve sembolleri sezgi yoluyla anlamamızı açıklar. **Arketip** belirli bir deneyimin ya da nesnenin ilkel, sembolik temsilidir. Her arketip onu belirli bir yolla hissetmeye ve hakkında düşünmeye yarayan içgüdüsel bir meyille ilişkilidir (Jung, 1959).

Jung, sağlıklı ve bütünleşmiş bir kişiliğin maskülen saldırganlıkla feminen duyarlılık gibi zıt güçlerin dengelenmesi ile mümkün olacağını düşünüyordu. Kişiliği

devingen bir dengede denkleşen iç güçler topluluğu olarak görme durumu **analitik psikoloji** olarak adlandırılmıştır. Ayrıca, Jung Freud'un teorisinin merkezini oluşturan libidoya verilen başlıca önemi de reddetmiş, aynı derecede güçlü iki adet bilinç dışı içgüdü ortaya atmıştır. Bunlar, yaratma ihtiyacı ve tutarlı, bütün bir birey olma ihtiyacıdır (Gerring ve Zimbardo, 2014).

1.1.1.2.5. Nesne İlişkileri Kuramı

1940 ve 1950'lerde Klein, Fairbairn, Winnicott, Kernberg gibi kuramcılar tarafından geliştirilmiştir. Nesne ilişkileri kuramı, bir kişinin yaşam boyunca diğer kişilerle olan bağlantı ve ilişkileriyle ilgilidir. Kuram, Freud'un "özdeşleşme", "introjeksiyon-içe alma" ve "aktarım" fikirlerinden doğmuştur. Nesne ilişkileri kuramcıları, id kavramını ya da biyolojik dürtülerin güdüleyici davranıştaki önemini reddetmemişlerdir. Ancak, ana babadan psikolojik olarak ayrılmanın derecesi, kişinin kendi başına olmasından çok diğer insanlara bağlanmasının ve onlara ilgi duymasının derecesi ile kişinin kendine değer verme ve yeterlilik duygularının gücü gibi konulara da ilgi göstermişlerdir. Nesne, insan gelişiminde ilişki gereksinimlerin hedefidir (amacıdır). Nesnelere; insanlar ve nesnelere (geçiş nesnelere gibi) olabilir. Bu nesnelere ve gelişmekte olan çocuğun bu nesnelere ilişkileri içselleştirilir ve kendilik yapısının temel yapı taşlarını oluşturur. Nesne ilişkileri içgüdülerin harekete geçmesi sonucu libidonun ve agresyonun nesneye yansıtılması ile başlamıştır. Nesne ilişkileri ekolü, başlangıçta bazı nesnelere "iyi veya kötü" olarak değerlendirilerek prototiplerinin ortaya konulduğunu ve geçen zamanla birlikte bu nesnelere temsil eden döneme ait "ikameler" ile bu tarzda ilişki kurulduğunu söyler. Çocuğun hayatında önemli nesnelere olan ilişkilerini, bu ilişkiler esnasında yaşadıkları dram ve hayal kırıklıklarını inceler ve geçmişteki "sorunlu ya da başarısız nesne ilişkilerinin" bireyi başarısız olanların üzerinde yeniden "hakimiyet (mastery) – başarı kazanana" kadar onları temsil eden yeni nesnelere yansıtılarak devam ettirildiği üzerinde durur. Erken nesne ilişkilerimiz sonraki ilişkilerimizde de belirleyici olur. Daha örseleyici erken nesne ilişkilerimiz değişime daha bir dirençli ve katı olur (Milivojeviæ ve Ivezia, 2004).

Nesne ilişkileri ekolünün, psikanalizin Freud'un nevrozlar teorisinden çıkıp, kişilik bozuklukları analizine doğru yöneldiği bir dönemde ortaya çıktığı

açıktır. Freud zamanında kişilik bozukluklarına teorik yaklaşım onun nevroz teorisi ile analiz edilemeyecek ölçüde farklı bir düzlemde bulunmaktaydı. Ancak nesne ilişkileri kuramı bu aralığı kapattı ve kişilik bozukluklarının analiz edilmesine yetecek teorik zemini oluşturdu (Clarkin ve ark., 2007)

1.1.1.2.6. Kohut'un Kendilik Psikolojisi Kuramı

Kendilik psikolojisi 1970'li yıllarda Heinz Kohut tarafından geliştirilmiş psikanalitik bir kuramdır. Kohut narsisistik kişilik bozukluğunu ilk tanımlayan kişidir. Nesne ilişkilerinden bağımsız bir şekilde tanımlamıştır. Freud'a göre kişinin kendisine yaptığı libidinal yatırım narsisistik libidodur ve zamanla geriler ve söner. Kohut ise ilkel narsisizmin erdem, eşduyum, mizah, yaratıcılık gibi ikincil işlevsel niteliklere dönüştüğünü varsayar. Başlangıçta narsistik kişiliğin gelişimini anlamaya yönelik olarak ortaya atılan bu kuram, daha sonraları diğer psikopatolojileri de ele alacak şekilde genişletilmiştir. Bu kuramda ruhsal yapının temel ögesi benlik içinde yer alan kendiliktir. İnsanın doğuştan itibaren henüz gelişmemiş bir kendilik yapısı mevcuttur. Kendiliğin gelişimi için kendilik nesnesi olarak adlandırılan diğer insanlara gereksinim vardır. Kohut bebekle kendilik nesnesi arasındaki ilişkiyi ruhsal gelişimin temeli olarak görür.

Donanımsal olarak kodlanmış bir gelişim programıyla dünyaya gelen bebek, ilk zamanlarda kendisini dağınık, parçalanmış zihinsel imajlar şeklinde yaşantıların, kendilik nesneleriyle ilişkileri aracılığı ile daha bütüncül bir kendilik oluşturur. Çocuğun annesi-babası ve daha geniş anlamıyla yaşamında önem taşıyan kişilerden oluşan kendilik nesneleri çocuğun kaygısının yatıştırılması, kendi varlığından ve işleyişinden aldığı hazzı onunla paylaşıp ona yansıtarak sürekliliğinin ve bütünlüğünün sağlanması gibi işlevlere sahiptir. Bunun yanında, yavaş yavaş travmatik olmayan optimal hayal kırıklıkları yaratarak, çocuğun onun için yapısını kendisi için yapmasını sağlamak ve böylece kendine güvenini ayakta tutmak da bu işlevlerdendir. Kohut'a göre, kendilik-nesnesi dinamiğinin olgunlaşması optimal düzeydeki hayal kırıklıkları ile olacaktır. Bu optimal düzeyde travma ya da engellenme yaratan durumların ruhsal yapıda kırılma oluşturmayıp, yapıyı geliştirdiğini, sağlamlaştırdığını belirtmektedir. Optimal travma ya da kayıplarda çocuk, kaybedilen nesnenin kendisi için gördüğü işlevi kendi içinde yapılaştırarak o

işlevi görmeye başlar. Zamanla çocuğun hem gereksinimleri karşılanmış olur hem de çocuk bu işlevleri içselleştirerek gereksinimlerini, kendilik nesnelere giderek daha az gerek duyarak, kendi başına gidermesini öğrenir. Böylece kendilik ve kendilik nesnelere bütünleşmeye, kendilik kişiliği yapılandıran bir merkez olarak işlev görmeye başlar. Kendilik düzenlemesi (self regulation) becerisi kazanıldığında, bebek duygularını kontrol edebilir, tahammül gücü artar, kendisini yatıştırabilir. Kohut psikopatolojiyi kusurlu kendilik nesnesi ilişkilerinden kaynaklanan kendiliğin gelişimindeki sapmalar olarak ele alır. Ona göre kendilik nesnelere fonksiyonlarını yerine getirememesi, çocuğun ihtiyaçlarına cevaplar verememesi normal gelişimin çizgisinde bir duraksamaya, sapmaya yol açarak parçalı olan kendiliğin bütünleşmesini yani sağlıklı gelişimi engellemektedir (Kirsne ve Strozier, 2001; Baker ve Baker, 1987).

1.1.1.3. İnsancıl Teoriler

Carl Rogers, Abraham Maslow gibi insancıl kuramcılar kişiyi harekete geçiren şeyin özgü hem doğuştan gelen hem de sonradan öğrenilen, kendini gerçekleştirme amacına doğru olumlu yönde gelişmeyi ve değişmeyi hedefleyen eğilimler olduğunu öne sürmüşlerdir.

Birey, onay kazanma için belirli zorunlulukları ve şartları yerine getirmesi gerektiğini hissediyorsa, kendini gerçekleştirme dürtüsü bazen öz ve başkaları tarafından kabul görme ihtiyacıyla çatışabilir. Örneğin, Carl Rogers (1947) çocuk yetiştirirken pozitif koşulsuz kabulün ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır. Bununla birlikte, çocukların yaptıkları hatalara ve yanlış davranışlara rağmen sevildiklerini ve onaylandıklarını, ebeveynlerin sevgisini kazanmak zorunda olmadıklarını hissetmeleri gerektiğini söylemeye çalışmıştır. Pozitif koşulsuz kabul yetişkinlikte de önemlidir. Çünkü onay ararken duyulan endişe, kendini gerçekleştirme ile bireyin arasına girer (Horney, 1945).

Maslow ve Rogersın teorilerinin bir diğer önemli yanı ise kendini gerçekleştirme veya gerçek öze doğru ilerleme konusunun önemini vurgulamalarıdır. Ayrıca, insancıl teoriler bütünselci, yatkın ve olgusal olarak tanımlanmışlardır (Gerring ve Zimbardo, 2014).

- İnsancil teoriler bütünseldir. Çünkü bireylerin farklı eylemlerini tüm kişiliklerine dayanarak açıklarlar. Bireyler her biri davranışı farklı yönlerden etkileyen ayrı özelliklerin bir bütünü olarak görülmezler.
- İnsancil teoriler yaradılışsaldır (dispositional). Çünkü davranışın şekillenmesinde önemli rol oynayan bireyin doğuştan gelen özelliklerine odaklanırlar. Durumsal faktörler kısıtlamalar ve engeller olarak görülür (balonların uçmasını engelleyen ipler gibi). Bir kez bu olumsuz koşullardan kurtulursa, kendini gerçekleştirme isteği bireylere hayatlarını daha iyiye götürecek durumları seçmeleri yönünde rehberlik edecektir.
- İnsancil teoriler olgusaldır. Çünkü bir gözlemcinin ya da terapistin tarafsız bakış açısını değil, bireyin referans çerçevesi ve öznel gerçeklik görüşünü vurgular. Yani hümanist bir psikolog sürekli her bireye özgü farklı bakış açılarını görmeye çalışır. Bu görüş aynı zamanda şimdiki zaman odaklı bir görüştür. Geçmişin etkisi sadece bireyi şimdiki zamandaki konumuna getirdiği için önemlidir, geleceğe ulaşılacak hedefleri simgeler. Psikodinamik teorilerin aksine, insancıl teoriler bireylerin mevcut davranışlarının bilinçsiz bir biçimde geçmişte yaşanan tecrübelerce kontrol edildiğini öngörmezler.

1.1.1.4. Davranışçılık Kuramı

Amerikan psikologları kişiliğin “öğrenme tarihçesini yansıtan davranış alışkanlıklar”ından başka bir şey olmadığını söylemişlerdir. vardır. Miller ve Donald, Skinner, Bandura ve Rotter gibi davranışçılar öğrenme açısından kişiliği açıklayan yaklaşımlar geliştirmişlerdir.

Miller ve Donald Freud’un koyduğu kişilik kavramlarının öğrenme süreçleri ile açıklanabileceğini vurgulayan ilk Amerikan psikologlardır. Miller ve Donald, Freud’un ortaya koyduğu kavramlara itiraz etmemişlerdir. Sadece bu kavramların bireyin davranışlarında önemli rol oynadığını vurgulamışlardır. Skinner ise, klasik ve edimsel koşullanmanın kişiliğin temelinde yattığını ifade eder. Bandura, öğrenmenin

sosyal yönüne, özellikle bir kimsenin diğeriini gözleyerek taklit etmesine önem vermiştir. Televizyonun çocuklar üzerine etkisiyle ilgili deneyler, Bandura'nın gözleme yoluyla öğrenme kuramını destekler sonuçlar vermiştir. Burada en önemli olan birey öğrenmesinin başkalarını gözleme yoluyla oluştuğudur. Rotter daha bilişsel bir yaklaşımla beklenti ve değer kavramlarına önem vermiştir. Bir kimsenin belirli bir durumda bir davranıştan beklediği sonuç ve sonuca verdiği değer, o kişinin o durumdaki davranışını belirler. Belirli bir durumda beklenti ya da değerden biri çok düşükse, davranış ortaya çıkmaz. Örneğin, çocuk ders çalıştığında kendisine ödül verileceğini biliyorsa, o istediği ödülü elde etmek için ders çalışır. Eğer çocuk alacağı ödülü beğenmiyor ise veya isteksiz ise ders çalışmaz. Çocuk ödül almak istiyor, ama çalışsa bile bu ödülü alamayacağını biliyorsa (düşük beklentisi varsa) o zaman da ders çalışmaz.

1.1.1.5. Kişiliğe ve Kişilik Bozukluklarına Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kuramın psikopatoloji anlayışına göre ruhsal yaşamda temel düzenleyici süreç bireyin düşünsel-bilişsel yanıdır. Bu modele göre, insanların duygu ve davranışları olayları nasıl yorumladıklarından etkilenmektedir. İnsanların neler hissettiklerini belirleyen şey olayın kendisi değil, o olaya ilişkin olarak kişinin kendi zihninde verdiği anlamlardır. İnsanların yaşadığı duygular herhangi bir durumu nasıl algıladıkları ve anlamlandırdıkları ile ilişkilidir. Bu yaklaşıma göre, olayın kendisi bu duyguları belirlemez; duygusal tepkileri belirleyen şey, olaya yönelik yorumlardır.

Bireylerin zihninden kısa sürelerle bazı değerlendirici düşünceler geçmektedir. Bu düşüncelere, “otomatik düşünceler” adı verilmektedir ve mantıkla ya da kasıtlı ilişkili değildir. Kendiliğinden ve otomatik olarak zihnimizde beliriverirler; çok kısa ve hızlıdır. Bireylerin genellikle farkında oldukları bu düşünceler değil, düşünceleri takip eden duygusal durum, ruh durumudur. Genellikle bu düşünceler, hiç eleştirilmeden doğruymuş gibi kabul edilmektedir. Bilişsel kurama göre kişinin işlevsel olmayan bu düşünceleri mantık süzgecinden geçirildiğinde duyguları da genellikle değişmektedir. Bu düşüncelerin, bilişsel olgularla yani inançlarımızla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Temel inançlar en derinde olan zihinsel yapı taşlarıdır; “katı”, “toptancı”, “aşırı genelleycidir”.

Otomatik düşünceler ise, en yüzeydeki zihinsel ürünler olarak, belirli durumlara özgüdürler ve insanın zihninden sözcükler ya da imajlar (hayaller) şeklinde geçerler. Her ikisinin arasında ise “ara inançlar” bulunmaktadır. Ara inançlar kalıplaşmış tutumlar, kurallar ve varsayımlardan oluşmaktadır (Beck, Freeman ve Davis, 2004).

Bilişsel kuramın kişiliğe bakışı, bilgi işleme ve davranışları yönlendirmede şemalar ile çekirdek inançların önemini vurgular ve kişilik patolojilerini değerlendirmede kategorik bir yaklaşımdan ziyade boyutsal yaklaşımın kullanımını ön plana çıkarmaktadır. Kişilik bozuklukları biliş ve davranışların tekrarlayıcı kalıplarıdır ve yaşamın ilk dönemlerinde edinilen şemalarla ilişkilidirler. Bu modele göre, ilk yaşam deneyimleri, bireylerin kendileri ve dünya hakkında bazı şema ya da inançlar oluşturmalarına yol açar ve bunlar da sonradan davranışı değerlendirmede ve yönetmede kullanılırlar. Bu inançlardan bazıları katı, aşırı ve değişmeye dirençlidirler. Yaşamın erken dönemlerindeki deneyimlere uygun olarak gelişen kişinin kendilik duygusuna yerleşik hale gelmiş örüntüler sonraki yaşamda kişinin olayları, durumları algılama-anlama-değerlendirme süreçlerini etkiler ve belirli duygusal-davranışsal niteliklerle birliktelik gösterir. Bilişsel-davranışçı açıdan kişilik bozuklukları, kişinin kendisi ve diğerleri hakkında geliştirdiği bu işlevsel olmayan inançlarla, problemleri davranışları pekiştiren bağlamsal/çevresel faktörler ve beceri yoksunluklarının bir kombinasyonudur (Beck, Freeman ve Davis, 2004; Young, 1990; Linehan, 1993)

1.1.2. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları, uzun süreli (kronik), sabit ve uyumsuz algılama, düşünme ve davranma biçimleridir. Bu biçimler bireyin toplumsal ortamlarda veya iş ortamlarında normal şekilde faaliyette bulunma becerisine ciddi şekilde zarar verebilir ve önemli derecede sıkıntıya sebep olabilir. Bunlar genelde kişi ergenliğe veya erken yetişkinlik dönemine geldiğinde anlaşılabilir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal hastalıkları sınıflandırma sistemi olan DSM-5'de kişilik bozuklukları, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak ve bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal - mesleki işlevsel bozuklukla

ortaya koyacak biçimde, uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflama sisteminde ise kişilik bozukluğu, kişiliğin birden çok alanını kapsayan biçimde bireyin karakter oluşumunda ve davranış eğilimlerinde kişisel ve sosyal olarak bozulmaya yol açacak biçimde ortaya çıkan şiddetli bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ICD-10'a göre kişilik bozukluğu kendisini süreklilik gösteren biçimde duygulanım, uyarılma, dürtü kontrolü, algılama ve düşünme biçimi ve diğerleriyle kurulan ilişkiler gibi alanlarda belirgin biçimde uyumsuz tutum ve davranışlarla gösterir (ICD-10).

Kişilik bozukluklarını sınıflandırmada DSM kategorik ve hiyerarşik bir sınıflandırma tarzı kullanmıştır. DSM-III, 1980'de yayınlandığında kişilik bozuklukları için iki önemli yenilik yapılmıştır. Bunlardan ilki kişilik bozukluklarının beş eksenli sistemde ikinci eksen (eksen II) ayrıca kodlanmasıdır. İkinci yenilik kategorik olarak sınıflanmış 11 kişilik bozukluğu için tanı ölçütlerini içeren rehber oluşturulmasıdır. DSM-IV'te 10 kişilik bozukluğuna yönelik yaklaşık 7 ile 9 soruluk politetik ölçüt oluşturulmuş ve yaklaşık olarak 5 ölçütün karşılanması kişilik bozukluğu için kesme noktası olmuştur. DSM-5, büyük ölçüde bu tanımlama ve sınıflamalara sadık kalmış, ancak 5 eksenli değerlendirmeyi kaldırmıştır. Hiyerarşik sınıflandırma kapsamında 10 kişilik bozukluğu üç kümede toplanmıştır: A kümesi tuhaf/eksantrik (şizotipal, şizoid ve paranoid), B kümesi dramatik/dengesiz (antisosyal, borderline, histriyonik ve narsistik) ve C kümesi anksiyöz/inhibedir (çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif).

Tablo 3: Kişilik Bozuklukları

Bozukluk	Özellikler
A kümesi: Kişilerin davranışı acayip görünür	
Pranoid	Etkileşimde buldukları bireyler ile ilgili güvensizlik ve şüphencilik
Şizoid	Sosyal ilişkide bulunma isteğinin olmaması; sosyal durumlara karşı duygusuzluk
Şizotipal	Sosyal ilişkilerdeki rahatsızlığın yanı sıra bilişsel veya algısal çarpıtmalar
B kümesi: Kişilerin davranışı dramatik veya dengesiz görünür	
Antisosyal	Başkalarının haklarına saygılı olmama; toplumsal normal ihlal eden sorumsuz veya kanuna aykırı davranışlar
Borderline	Kişisel ilişkilerde dengesizlik ve yoğunluk; özellikle de kendi kendine zarar vermeyi içeren davranışlara ilişkin dürtüsellik

Histriyonik	Aşırı duygusallık ve dikkatleri üzerine çekmeye çalışma; uygunsuz cinsel veya tahrik edici davranışlar
Narsistik	Kendini çok üstün görme ve sürekli takdir görme ihtiyacı; başkalarına yönelik empati eksikliği
C kümesi: Kişilerin davranışı kaygılı veya korkulu görünür	
Çekingen	Reddedilme tehlikesi nedeniyle kişilerarası etkileşimde kaçınma; sosyal durumlarda eleştirilme korkusu ve kendini yetersiz görme
Bağımlı	Yaşamın ana alanlarında sorumluluk alırken başkalarına ihtiyaç duyma; başkalarının desteği olmadığında kendini rahatsız ve çaresiz hissetme
Obsesif Kompulsif	Zihnin kurullarla meşgul olması; mükemmeliyetçiliğin görevlerin tamamlanabilmesini engellemesi

Kaynak: (APA, 2014)

1.1.2.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, başkalarına karşı duyulan genel bir güvensizlik ve kuşkuculuk :

- 1) Yeterli bir temele dayanmadan, başkalarının kendisini sömürdüğünden, kendisine kötülük yaptığından ya da kendisini aldattığından kuşulanır.
- 2) Arkadaşlarının ya da çalışma arkadaşlarının kendisine olan bağlılıkları ya da güvenilirlikleriyle ilgili yersiz kuşkularla uğraşıp durur.
- 3) Söylediklerinin kendisine karşı kullanılacağı korkusuyla başkalarına açılmak istemez.
- 4) Sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılanma ya da göz korkutma anlamı çıkarır.
- 5) Sürekli kin besler (aşağılanmaları, incitmeleri ya da saygısızlıkları bağışlayıcı değildir).
- 6) Ortada bir neden yokken, başkalarının kimi davranışlarını, kişiliğine ya da saygınlığına bir saldırı olarak algılar ve bunlara, birden öfkeyle karşılık verir ya da karşı saldırıya geçer.
- 7) Eşinin ya da cinsel birliktelik yaşadığı kişinin, kendisine bağlılığıyla (sadakatiyle) ilgili, yineleyici, yersiz kuşkuları vardır (APA, 2014).

1.1.2.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, toplumsal ilişkilerden kopma ve kişilerarası ortamlarda duygularını kısıtlı gösterme, yaygın örüntüsü :

- 1) Ailenin bir üyesi olmak da içinde olmak üzere, ne yakın ilişkilere girmek ister, ne de yakın ilişkilerden hoşlanır.
- 2) Neredeyse her zaman tek başına etkinlikte bulunmayı yeğler.
- 3) Bir başkasıyla cinsel yakınlaşmaya, duysa bile çok az ilgi duyar.
- 4) Alsa bile, çok az etkinlikten zevk alır.
- 5) Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur.
- 6) Başkalarının övgülerine ya da yergilerine aldırmaz.
- 7) Duygusal olarak soğuktur, kopuktur ya da tekdüze bir duygulanımı vardır (APA, 2014).

1.1.2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde birden bir rahatsızlık duyma ve yakın ilişkiye girme yeterliğinin düşük olması ile kendini gösteren toplumsal ve kişilerarası eksikliklerin yanı sıra bilişsel ve algısal çarpıtmalar ve sıra dışı davranışlar ile giden yaygın bir örüntü :

- 1) Alınma düşünceleri (alınma sanrılarını kapsamaz).
- 2) Altkültürel değerlerle uyumlu olmayan ve davranışları etkileyen, alışlagelmiş çok dışında inançlar ya da büyüsel düşünme (örn. Boş inançlar, geleceği görebilme gücü olduğuna inanma, uzaduyum ya da “altıncı his”; çocuklarda ve gençlerde, olabilirliği olmayan düşlemler ya da düşünsel uğraşlar).

- 3) Olağandışı algısal yaşantılar, bunun içinde bedensel yanlısamalar da vardır.
- 4) Yadırğanacak denli olağana aykırı düşünce ya da konuşma (örn. Belirsiz, çevresel, metaforik, çok ayrıntılı ya da basmakalıp).
- 5) Kuşkuculuk ya da kuşkucu düşünceler.
- 6) Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.
- 7) Yadırğanacak denli olağana aykırı, alışlagelmişin dışında ya da sıradışı davranış ya da görünüm.
- 8) Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının ya da sırdaşlarının olmaması.
- 9) Yakınlaşmayla azalmayan aşırı bir toplumsal kaygıya, kendisiyle ilgili olumsuz değerlendirmelerden çok kuşkucu korkular eşlik eder (APA, 2014).

1.1.2.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü :

- 1) Tutuklanmasına yol açan yineleyici eylemlerde bulunmakla belirli olmak üzere, yasal yükümlülüklerle uymama.
- 2) Sık sık yalan söyleme, takma adlar kullanma ya da kişisel çıkarı ya da zevk için başkalarını dolandırma ile belirli düzmecilik (sahtekârlık).
- 3) Dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama
- 4) Sık sık kavga dövüslere katılma ya da başkalarının hakkına el uzatma ile belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık
- 5) Kendisinin ya da başkalarının güvenliğini umursamama
- 6) Sürekli bir işin olmaması ya da parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli, sürekli bir sorumsuzluk

- 7) Başkasını incitmesi, başkasına kötü davranması ya da başkasından çalması durumunda aldırmaçlık gösterme ya da yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme (pişmanlık duymama) (APA, 2014).

1.1.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

- 1) Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme
- 2) Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası 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 (Örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme)
- 5) Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları
- 6) Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (Örn. Yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).
- 7) Süreğen bir boşluk duygusu
- 8) Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (Örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).

- 9) Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (APA, 2014).

1.1.2.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışı ile giden yaygın bir örüntü :

- 1) İlgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olur.
- 2) Başkalarıyla olan etkileşimleri, cinsel yönden, ayartıcı, kışkırtıcı ya da baştan çıkartıcı, uygunsuz davranışlarla belirlidir.
- 3) Birden değişen yüzeysel (sığ) duygular gösterir.
- 4) İlgi çekmek için sürekli dış görünümünü kullanır.
- 5) Gereğinden çok etkilemeye yönelik ve ayrıntıdan yoksun bir konuşma biçimi vardır.
- 6) Yapmacık davranır, gösteriş yapar ve duygularını abartılı gösterir.
- 7) Kolay etki altında kalır.
- 8) İlişkilerin, olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünür (APA, 2014).

1.1.2.7. Narsistik Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, büyüklenme (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve eşduyum yapamama ile giden yaygın bir örüntü:

- 1) Büyüklenir (Örn. Başarılarını ve yeteneklerini abartır; gösterdiği başarılarla oransız bir biçimde, üstün biri olarak görülme beklentisi içindedir).
- 2) Sınırsız başarı, güç, zekâ, 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 ettiğı duygusu içindedir (özellikle kayırılacak bir tedavi göreceğine ya da her ne istiyorsa yapılacağına ilişkin anlamsız beklentiler içinde olma).
- 6) Kendi çıkarı için başkalarını kullanır (Kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarından yararlanır).
- 7) Eşduyum yapamaz: Başkalarının duygularını ve gereksinimlerini anlamak istemez.
- 8) Sıklıkla başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır.
- 9) Başkalarına saygısız davranır, kendini beğenmiş davranışlar ya da tutumlar sergiler (APA, 2014).

1.1.2.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğı) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değışik bağlamlarda ortaya çıkan, toplum içinde çekingenlik, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılık ile giden yaygın bir örüntü:

- 1) Eleştirilme, onaylanmama ya da dışlanma korkuları yüzünden, kişisel ilişki kurmayı gerektiren işle ilgili etkinliklerden kaçınır.
- 2) Seveceklerini kesin olarak bilmedikçe insanlarla ilişkiye girmek istemez.
- 3) Utandırılacağı ya da alay edileceğı korkusu yüzünden yakın ilişkilerde tutuk davranır.
- 4) Toplumsal durumlarda, eleştirilme ya da dışlanma düşünceleriyle uğraşıp durur.

- 5) Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle bir arada bulunduğu ortamlarda çekingen davranır.
- 6) Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel açıdan çekiciliği olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağı görür.
- 7) Utandırıcı olabileceği düşüncesiyle, kişisel birtakım girişimlerde bulunmayı göze alma ya da herhangi yeni bir etkinlikte bulunma konusunda genellikle isteksiz davranır (APA, 2014).

1.1.2.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, boyun eğici ve yapışkan davranışlara ve ayrılma korkularına yol açan, ilgilenilme gereksinmesi ile giden yaygın bir örüntü:

- 1) Başkalarından çok öğüt ve güvence almadıkça gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker.
- 2) Yaşamının çoğu önemli alanında, kendisini yerine başkalarının sorumluluk almasına gereksinir.
- 3) Desteklerini çekecekleri ya da kabul görmeyeceği kokusuyla, başkalarıyla aynı görüşte olmadığını söylemekte güçlük çeker.
- 4) Kendi başına bir işe girişmekte ya da bir iş yapmakta güçlük çeker (isteğinin ya da yapacak gücünün olmadığından çok kendi yargılarına güvenmediğinden ya da yapabileceğine inanmadığından).
- 5) Başkalarından bakım ve destek sağlayabilmek için, hoş olmayan işleri yapmaya gönüllü olmaya dek giden ölçüde aşırı uçlara gider.
- 6) Kendisine bakamayacağına ilişkin aşırı korkuları yüzünden, tek başına kaldığında kendisini rahatsız ya da çaresiz hisseder.
- 7) Yakın bir ilişkisi sonlandığında, bir bakım ve destek kaynağı olarak, ivedilikle başka bir ilişki arayışı içine girer.
- 8) Kendi kendine bakmak durumunda bırakacağı korkularıyla, gerçekçi olmayan bir biçimde uğraşır durur (APA, 2014).

1.1.2.10. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, esnekliği azaltan, açık yürekli olmaktan uzaklaştıran ve verimliliği düşüren, düzenlilik, eksiksizlik düşüncelerini ve kişilerarası ilişkilerini denetim altında tutma uğraşlarıyla giden yaygın bir örüntü:

- 1) Yapılan etkinliğin başlıca amacını gözden kaçırarak denli ayrıntılar, kurallar, sıralama, düzen, örgütlenme ya da tasarlamayla uğraşıp durur.
- 2) İşin bitirilmesini güçleştirecek denli eksiksiz yapma uğraşı içindedir (Örn. Kendisine özgü aşırı katı ölçüler karşılanmadığı için bir tasarımı tamamlayamaz).
- 3) Boş zaman etkinliklerini (eğlenme-dinlenme uğraşlarını) ve arkadaşlıklarını dışlayacak denli kendini işe üretken olmaya verir (açık parasal gereksinim ile açıklanamaz).
- 4) Aşırı doğrucudur, duyunculudur (vicdanlıdır) ve erdem, aktöre (ahlak) ya da değerler konusunda hiç esneklik göstermez (kültürel ya da dinsel özdeşim ile açıklanamaz).
- 5) Özel bir değeri olmasa bile, eskimiş, yıpranmış ya da değersiz nesnelere elden çıkaramaz.
- 6) Başkalarının tam kendisini yapacağı gibi yapacaklarına inanmadıkça, görev dağılımı ya da iş birliği yapma konusunda isteksizlik gösterir.
- 7) Hem kendisi hem de başkaları için çok elisiklidir (pintidir); parayı, başa gelebilecek korkunç durumlar için biriktirilmesi gereken bir nesne olarak görür.
- 8) Hiç esnemez (katıdır) ve hep ayak direr (inatçıdır) (APA, 2014).

1.2. Ruhsal Hastalık Tanımı ve Ana Gruplar

1.2.1. Ruhsal Hastalık Tanımı

Ruh hastalığı kavramı, hastalığın nedenleri ve tedavisi hakkında anlayış, insanoğlunun ilk günlerinden beri içinde yaşadığı evren ve onunla ilgili bilgisi, varlığını sürdürebilme biçimi, üretim biçimi ve ilişkileri, kültürü, teknolojisi, kişilerin kendi aralarındaki ilişkilerin özellikleri gibi, karşılıklı etkileşen faktörlerin sonucu olarak sürekli değişiklik göstermiştir (Kırpınar, 2012).

DSM-5'e göre, ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarındaki klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal hastalıklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider. Sık karşılaşılan tetikleyici bir etkene ya da sevilen birini yitirme gibi bir yitime karşı verilen, beklendik ya da kültürel açıdan kabul görülen bir tepki ruhsal bir bozukluk değildir. Daha çok kişi ve toplum arasında ortaya çıkan, toplumsal olarak alışılmışın dışında davranış (örn. siyasal, dinsel, ya da cinsel) ve çatışmalar, bu davranış ve çatışmalar, yukarıda tanımlandığı gibi, bir işlevsellik bozukluğundan kaynaklanmadığı sürece, ruhsal bozukluk değildir (APA, 2014).

Butcher (2008)'e göre bir davranışı 'Anormal' olarak nitelendirmek için kullanabilecek yedi kriter:

- 1) Üzüntü ya da yetersizlik: Birey, kendi içinde üzüntü duyar ya da bir işlevi yerine getiremez. Bu durumda, fiziksel veya psikolojik bozulma ya da harekete geçme özgürlüğünün yitmesi risklerini beraberinde getirir.
- 2) Uyumsuzluk: Birey, amaçlarını engelleyen, kişisel mutluluğuna katkıda bulunmayan ya da başkalarının amaçlarına ve toplumun ihtiyaçlarına müdahale eden davranışlarda bulunur.

- 3) Mantıksızlık: Birey, mantıksız ya da diğerlerinin anlayamayacağı şekilde hareket eder konuşur.
- 4) Tahmin edilemezlik: Birey, tahmin edilemez ya da durumdan duruma farklılık gösteren bir şekilde davranır.
- 5) Alışılmadık olma ve istatistiksel nadirlik: Birey istatistiksel olarak seyrek yaptığı ve kabul edilen ya da arzu edilen toplumsal standartları bozacak şekilde davranır.
- 6) Gözlemci rahatsızlığı: Birey, bulunduğu ortamda başkalarının tehdit altında hissetmesine ya da endişeli olmasına neden olarak rahatsızlık yaratır.
- 7) Ahlaki ve ideal standartların ihlal edilmesi: Birey, toplumsal normlara saygılı bir şekilde davranmaz ve bu kuralları yıkar.

Bunlar gibi özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal hastalık olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür, kişilik gelişimi, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (Öztürk, 1995)

DSÖ' ye göre tüm ruhsal bozuklukların yaşam boyu prevalansı ortalama %24 olarak bildirilmektedir (WHO, 2002). Steel ve arkadaşları tarafından 2014 yapılan en yeni araştırmada, son 12 ay içinde ortalama beş yetişkinden birinin (%17,6) ruhsal rahatsızlığa sahip olduğu ve %29,2'sinde yaşam boyu sürdüğü ortaya konmuştur (Steel ve ark., 2014).

Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık prevalansının %18-31 arasında değiştiği, ruhsal sorunu olan 100 kişiden sadece %5'inin ruh sağlığı uzmanına ulaşabildiği ve %1'inin tedavi görebildiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2001).

1.2.2. Ruhsal Hastalık Ana Grupları

DSM-5'e göre ruhsal hastalılar 22 ana grup altında sınıflandırılmaktadır:

- 1) Nörogelişimsel bozukluklar
- 2) Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar
- 3) Bipolar ve ilişkili bozukluklar
- 4) Depresyon bozuklukları
- 5) Anksiyete bozuklukları
- 6) Obsesif-Kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar
- 7) Travma ve Stresör ilişkili bozukluklar
- 8) Dissosiyasyon bozuklukları
- 9) Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar
- 10) Beslenme ve yeme bozuklukları
- 11) Dışa atım bozuklukları
- 12) Uyku-uyanıklık bozuklukları
- 13) Cinsel işlev bozuklukları
- 14) Cinsiyetinden yakınma
- 15) Yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları
- 16) Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları
- 17) Nörobilişsel bozukluklar
- 18) Kişilik bozuklukları
- 19) Cinsel sapkınlık (paradili) bozuklukları
- 20) Diğer ruhsal bozukluklar
- 21) İlaçların yol açtığı devinim bozuklukları ve ilaçların diğer yan etkileri
- 22) Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar

1.3. Stigmatizasyon Kavramı Ve Ruhsal Hastalıklara İlgili Tutumlar

1.3.1. Stigmatizasyon Kavramı

Zaman zaman herkesin bilerek veya farkında olmadan yaptığı bir durum olan ‘stigmatizasyon’, etiketleme, damgalama anlamına gelmektedir. Stigma kavramı aslen Yunan kökenli bir kelimedenden türemiştir ve kelime köle ve suçluları belirlemek için kullanılan bir sembol ya da işarete verilen bir isimdir. Geçtiğimiz yüzyıl boyunca bu terime, anormallik ya da sapkınlık, utanılacak şey, korku ve sosyal izolasyon gibi çağrışımlar içeren sosyolojik bir anlam yüklenmiştir (Kocabasoglu ve Aliustaoğlu, 2003).

‘Stigma’ kavramının tanımlamasına bakacak olursak; sözcük olarak ‘yara, iz, işaret’ anlamına gelir. Stigma ‘kara leke’ yani bir kişi ya da grup için utanılması gereken bir durumun varlığı, kabul edilmezliğin belirtisi olarak değerlendirilir (Mak ve ark., 2006).

‘Stigmatizasyon’ kavramı ise Türkçe araştırmalarda ‘damgalama; etiketlendirme; önyargı; ayrımcılık’ olarak geçmektedir. Ancak ‘damgalama’ kavramı son zamanlarda daha çok kullanılmıştır.

Damgalama yalnızca bir topluma özgü değil tüm toplumun sorunudur. Damgalama toplumun ruhsal bozukluğu olan insanlara karşı gösterdiği tutumlardır. Bu tutumlar diğer bütün hastalıklarda da görülmektedir. Ancak ruh hastalığı olan insanlara karşı olan tutumun daha katı ve yoğun olduğu bilinmektedir.

Araştırmacılar ruhsal hastalık damgasının insanların hayatları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu çeşitli yolları tanımlamışlardır (Hinshaw ve Stier, 2008). Zihinsel rahatsızlıktan dolayı hastaneye kaldırılan 84 erkeğin değerlendirildiği bir örnekte, bu hastaların %6’sı hastaneye kaldırılmalarından dolayı işlerini kaybettiklerini, %37’si diğer insanlar tarafından reddedildiklerini, %45’i ise diğer insanların kendilerini incitmek için tedavi geçmişlerinden bahsettiklerini bildirmiştir. Bu hastaların sadece %6’sı herhangi bir şekilde reddedilmediklerini bildirmişlerdir (Link ve ark., 1997). Bu gruptaki erkekler sağlıklarında büyük iyileşme sağlayan bir

yıllık tedavi sürecinden geçmişlerdir. Buna rağmen, yılın sonunda, damga algılarında herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Markowitz (1999) ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam memnuniyetleri ve psikolojik olarak iyi olamamalarında stigmatın etkisine yönelik yaptığı çalışma sonucunda: stigmatizasyonun psikotik semptomlar yanında depresif ve anksiyete semptomlarıyla ilgili olduğunu, yaşam memnuniyetinde stigmaların negatif etkilere sahip olduğunu, benlik kavramı ve stigmalar arasında ise karşılıklı bir etkinin olduğunu göstermiştir.

1.3.2. Ruhsal Hastalıklarla İlgili Tutumlar

Ruhsal bozukluğu olan bireyler pek çok sorunla karşı karşıya kalırlar: Evsizlik; barınacak yerde ayırım; tutarsız yaşam koşulları; iş vermede ayırım; azalan özsaygı; yetersiz ve uygun olamayan tedavi; tedavi görememe; uzaklaşma, soyutlanma; yetkilendirme kaybı olarak sıralanabilir (Bostancı, 2005). Böylece damgalama, bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır (Üçok, 2003). Stigmatizasyonun bu etkileri ruhsal bozukluğa sahip olan kişilere, onların arkadaşlarına, ailelerine ve sahip oldukları topluluklara da zarar verir (Schulze ve Angermeyer, 2003).

Ruhsal hastaların sürekli olumsuz ve içselleştirilmiş damgalama yaşadığı, halkın ruhsal hastalara karşı yaygın şekilde olumsuz tutumlara sahip olduğu, özellikle alt ekonomik düzeydeki bireylerin bu hastalıkları daha çaresizce karşıladıkları, tehlikeli gördükleri ve olumsuz inanca sahip oldukları belirtilmiştir. Üst ekonomik düzeyde bu durumun olumsuz yönde hastalardan korkma ve dışlamaya dönük olduğu, orta ekonomik düzeydeki kişilerin ise ruh sağlığına yönelik toplumsal yaklaşımlarının daha iyi niyetli olduğu belirtilmiştir (Çam ve Bilge, 2011).

Bir çalışmada psikiyatristlerin çoğunluğunun ve psikiyatri dışı hekimlerin damgalayıcı tutumlara sahip oldukları bildirilmiştir (Kuş, 2010). Hekimlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının toplum tutumlarının bir yansıması olduğu (Yüksel ve Taşkın, 2005), pratisyen hekimlerin şizofreni hastalığına yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu (Aker ve ark., 2002), hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının olumlu olduğu (Bozkurt ve Top, 2009), bazı çalışmalarda ise

hemşire ve öğrenci hemşirelerin şizofreniye karşı olumsuz tutumlarının olduğu belirtilmiştir (Özyiğit ve ark., 2004; Çam ve Bilge, 2013).

Hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını, hasta yakınının eğitim düzeyi, hastalığı akraba, arkadaş çevresinin ve komşularının bilmesinin etkilediği (Özbaş, Küçük, ve Buzlu, 2008), ailede ruhsal hasta varsa, aile üyelerinin utanma yaşadığı, ruhsal hasta iletişime girenlerin ise bu hastaların tehlikeli olduğuna inandıkları (Külüg ve Coşkun, 2012), tüm bunların sonucu olarak da hasta yakınlarının kendilerini toplumda damgalanmış hissettikleri belirtilmiştir (Mutlu ve ark., 2012). Hasta ve hasta yakınları, toplumun damgalamasından dolayı hastalık tanısını gizlediği ve hatta ruhsal hastalık nedeniyle evlilik için tercih edilmeyeceğini düşündüğü söylenebilir (Çam ve Bilge, 2013).

Hastalıkların genellikle ilk belirtilerini ergenlik döneminde göstermeleri göz önünde tutulduğunda ise ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları önemlilik arz etmektedir. Bir çalışmada ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının olduğu ve sosyal mesafe koyma isteği gösterdikleri belirtilmektedir (Oban ve Küçük, 2011).

Toplumun bu hastalıkları ‘psikolojik zayıflık’ olarak nitelemesinden dolayı, psikoterapiyi daha çok tercih ettiği ancak ilaç tedavisine ise daha olumsuz bir tutumla yaklaştığı belirtilmiştir (Üçok, 2002). Tüm dünyada ruhsal hastalıkların ilaçla tedavisine karşı olumsuz tutumlar olabildiği, özellikle birçok ülkede psikotrop ilaçların uyuşukluk ya da bağımlılık yapacağı, kesin tedavi sağlamayıp sadece belirtileri kontrol edeceğiyle ilgili yaygın inançlara rastlanıldığı ifade edilmiştir (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006).

1.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar

‘İnanç’, sözlük anlamı ile “kişice, ya da toplumca, bir düşüncenin bir olgunun, bir nesnenin, bir varlığın gerçek olduğunun kabul edilmesi” demektir (Eroğlu ve Kılıç, 2005).

Günlük yaşantıda sıkça duyulan inanç kavramı insanlık tarihinin başlangıcı ile birlikte toplumsal normlar arasında yer almış, toplumun sosyal, kültürel, ahlaksal

yapısına yön vermiştir. Sosyal psikolojide inanç konusundaki ilk tanımlar 1954 yılında Allport tarafından yapılmıştır. Allport'a göre, bir grubun özüne ilişkin inançlar taşıma, önyargılı kişilik, katı ve belirsizliğe karşı toleransı düşük bir bilişsel stilin göstergesidir (Çam ve Bilge, 2008).

Türk toplumunda ruhsal bozukluğu ya da hastalığı olanlara yönelik atasözlerimiz bu bireylere yönelik toplumsal inanç ve tutumlarımızı göstermektedir (Turgay, 1972):

Akıllı olsun, düşman olsun.	Alışmak, kudurmaktan beterdir.
Deliyle bal yiyeceğime, akınıyla taş çekerim.	Deliden, deli doğar
Deli kul neylesin canı, akıllı kul neylesin malı.	Deliden dost olmaz.
Aklı başında olmayanın, evinde aşı olmaz.	Delinin sözü kaleme alınmaz.
Delinin uyuklaması da deli, sayıklaması da.	Deli utanmaz, sahibi utanır.
Deliyi sevmektense, akıllıyı döv.	Çok gülen deli akıllanmaz.
İte selam, deliye kelam olmaz.	Ne deliye söyle ne de söylet.
Akıl var her şey var, akıl yok hiçbir şey yok.	Delinin ipiyle kuyuya inilmez.

Ruhsal bozukluklara yönelik yaygın yanlış inançlar şu şekilde maddelenebilir (Schulze ve Angermeyer, 2003):

- Ruhsal bozukluklar; kalp hastalığı ve kanser gibi gerçek bir hastalık değildir,
- Psikiyatrik bakıma ihtiyaç duyan kişiler kurumlarda uzakta kilitlenmelidir,
- Ruhsal bozukluğu olan bir kişi asla normal olmaz,
- Ruhsal bozukluğu olanlar tehlikelidir,
- Ruhsal bozukluğu olan birey ve gençler acı çekmezler,
- İyileşen ruhsal bozukluğu olanlar gerçekten önemli veya sorumlu pozisyonlara uygun olamaması nedeniyle düşük iş seviyelerinde çalışabilir,
- Ruhsal hasta birey asla normal yaşamına dönemez,
- Ruhsal bozukluğa olan kişiler kendi suçları nedeniyle hastalanırlar
- Ruhsal bozukluk nedeniyle acı çeken veya çekmiş olan insanlar üstesinden gelinmesi gereken pek çok engelle sahiptir.

Ruhsal hastalık ne olursa olsun olumsuz inanç, tutum ve damgalama sonucunda hasta ve yakınına tedaviden kaçmaya kadar varabilen zararlar. Doğallıkla kabul edilebilir olma, ruh sağlığı sorunları olan kişilerin anlamlı bir hayatı yaşamalarına izin verecek şekilde kendi yaşamlarını yönetme ve kontrol etmede gönülden desteklenmelerini sağlayacaktır. Böylece hastalık nedeniyle bireylerin bireysel özgürlükleri ellerinden alınmış olmayacaktır (Çam ve Bilge, 2013). Nitekim günümüzde gelişmiş ülkelerde ruhsal hastaların özgürlüklerinin profesyonellerce ne kadar kısıtlanıyor olduğu konusu (Bates ve Stickley, 2013), bu alanda çalışanların en önemli gündemini oluşturmaktadır.

1.5. Kişilik ve Stigmatizasyon İle İlgili Gerçekleştirilen Araştırmalar

Türkiye’de ruhsal hasta ve hastalığa yönelik geliştirilen toplum tutumları ile ilgili yapılan ilk yayından (1971) günümüze kadar, bu alanla ilgili önceleri yazılı/sözlü basından, günümüzde ise bilişim devriminin kolaylıkları ile daha hızla internetten ulaşılan yayınlar/yazılar mevcuttur. Bu yazılarda ruhsal hasta ve hastalığa yönelik olumsuz inanç, tutum ve bunların sonucu olarak damgalamanın yaşandığı bildirilmektedir. Araştırmalar sonuç olarak sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalık psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruhsal hasta ve hastalıklarına yönelik inançlar üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (Çam ve Bilge, 2013).

Damgalanma eğilimi gösteren kişilerin kişisel özelliklerinin göz önüne alınması, toplumdaki damgalanmayı daha iyi anlamak için başka bir boyut sağlıyor. Ancak inanç ve tutumların şekillenmesinde çok önemli rol oynayan kişiliğin, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar üzerinde etkisi olup olmadığına ilişkin çok az sayıda araştırmalar yapılmıştır (Arıkan, 2005).

Arıkan (2005) üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış olan araştırmasında, narsisistik savunmaların kullanımı ve damgalanma eğilimi arasında güçlü bir pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymuştur.

Kişiliğin ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerindeki etkisi ile ilgili araştırmalar yurt dışında da çok az sayıda yapılmıştır. Önceki çalışmalar kişilik ve önyargı ile ilgili çalışmalar olup, bazı kişilerin neden diğerlerinden daha önyargılı oldukları konusunda çeşitli açıklamalar ortaya konulmuştur. Kabaca iki büyük açıklama çizgisi vardır: önyargıdaki farklılıklar, kişilerin kişiliklerindeki farklılıklar (kişilik psikolojisi) ya da insanların grup üyeliğindeki farklılıklardan (sosyal psikoloji) kaynaklanmaktadır (Reynolds ve ark., 2001).

Saucier ve Goldberg (1998) önyargıya bağlı sıfatlar üzerindeki benlik puanlarını analiz etmişler ve bu kümenin Büyük Beş kişilik faktörleri ile zayıf şekilde ilişkili olduğunu, kabul edebilirlik (agreeableness) ile zayıf, negatif yönde, nevrozizm (neuroticism) ile zayıf, pozitif yönde ilişki bulmuştur. Ekehammar ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında deneyime açıklılık (openness to experience) ve kabul edebilirlik (agreeableness) ile önyargı arasında orta, negatif yönde ilişki olduğunu bulmuşlardır. Sibley ve Duckitt (2008), farklı popülasyonlarda büyük bir meta analizi gerçekleştirmişler ve 4.713 katılımcı içeren 25 çalışmada, deneyime açıklılık (openness to experience) ve kabul edebilirlik (agreeableness) boyutlarının genel önyargı ile orta ve negatif yönde korelasyon gösterdi.

Ruhsal hastalığa yönelik stigmatizasyon ve kişilik üzerinde yapılmış olan çok az sayıdaki araştırmalardan biri olan Canu ve arkadaşlarının araştırmasında, üniversite öğrencileri arasında daha az kabul edilebilirlik (agreeableness) ve daha düşük dışa dönüklük (extraversion) boyutlarının DEHB olan bir bireyle sosyal olarak daha az etkileşim isteği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Canu ve ark., 2008).

Brown (2012) daha ağır olan ruhsal hastalığa yönelik stigmatizasyonu ölçmek için Sosyal Mesafe Ölçeği (Social Distance Scale), Tehlikelilik Ölçeği (Dangerousness Scale) ve Etki Ölçeği (Affect Scale) kullanmış ve deneyime açıklılığın üç stigma ölçeği ile negatif yönde ilişkili olduğu, kabul edilebilirliğin iki stigma ölçeği (SDS ve AS) ile negatif ilişkide olduğu ve nevrozizmin stigma ölçeklerinden birisi ile (AS) anlamlı derecede ilişkili olduğunu belirlemiştir.

Literatürde çalışmada kullanılan Kişilik İnançlar Ölçeğinin alt boyutları ile stigmatizasyon/ ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu bakımdan özgün bir nitelik taşımaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme, verilerin toplanması, veri toplama araçları, verilerin çözümü ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Çalışmamız tarama modeli bir anket çalışmasıdır.

2.1.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örnekleme, sağlıklı doğrudan ilişkili olmayan bir kamu kuruluşunda çalışanlar ve ailelerinden oluşan 18-65 yaş arasındaki 194 kişilik kadın ve erkek grubundan oluşmaktadır. Bu ölçütler: Örneklemi oluşturan katılımcılar ile ilgili diğer demografik verilere “Bulgular” kısmında, Tablo 4’te yer verilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

2.2.1. Kişisel (Sosyodemografik) Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve ruhsal hastalığa yönelik görüşlerini içeren toplam 13 tanıtıcı soruya yer verilmiştir. Kişisel bilgi formunda bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, doğum yeri, çocuk sahibi olup olmadığı, eğitim düzeyi ve ekonomik düzeyi, sorulmuştur.

Sosyodemografik bilgilerin yanı sıra katılımcının ruhsal hastalığa yönelik görüşleri sorgulanmıştır. Bu formda hazırlanan sorular araştırma konusuyla ilgili olan literatürden yararlanılarak belirlenmiştir.

2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Beliefs Toward Mental Illness Scale- BMI) Hirai ve Clum (2000) tarafından Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçek, farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin ruhsal hastalığa yönelik olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek madde havuzunda toplam 24 madde olarak oluşturulmuş, faktör analizi sonucunda ise 21 madde ile sınırlı kalmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında 16. , 17. ve 23. maddeler işlemediği için ölçekten çıkarılmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin son hali, Tehlikelilik, Zayıf sosyal ve kişilerarası beceri ve Kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur (Hirai ve Clum, 2000) .

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Bilge (2006) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve aynı zamanda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmacı, ölçeğin orijinal faktör yapısındaki bazı maddelerin aynı faktör altında toplandığını görmüş, saptanan faktörlerin adlandırılmasında bazı kavramsal yapılar ve uzman görüşünü dikkate alarak Türkçeye uygunluğunun sağlanabilmesi için, ölçeğin son halinde alt ölçekleri Tehlikelilik, Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve Utanma alt ölçekleri olarak belirlemiştir.

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,82, alt ölçek Cronbach Alpha değerleri ise 0,69- 0,80 arasında bulunmuş, ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermiştir. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için, ölçek I. uygulamadan üç hafta sonra ilk 125 kişiye tekrar uygulanmıştır. I. ve II. uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, korelasyon katsayısı 0,55 olarak saptanmış test-tekrar test arasındaki ilişki ise anlamlı bulunmuştur (Bilge, 2006).

Ölçek Tehlikelilik, Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma (ÇKİB) ve Utanma alt ölçeği olmak üzere üç alt boyuttan oluşmuştur.

Tehlikelilik alt ölçeği: Ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0- 40 arasındadır.

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği (ÇKİB): Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 maddeden oluşur. Ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişkide engellenmeyi ve çaresizlik yaşamayı ifade eder ve alınabilecek puan 0-55 arasındadır.

Utlanma alt ölçeği: Bu alt ölçekte ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade eden 2 maddeden oluşur ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasında değişir

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı likert tipi bir ölçek olup toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-105 arasında olup, araştırmamızda alınan en düşük puan 12, en yüksek puan 102'dir. Ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir.

2.2.3. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu (PBQ-SF)

Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel kuram ve klinik gözlemlere dayanarak DSM-III-Eksen-II bozuklukları (APA, 1980) için geliştirilen ölçek, özel inanç ve varsayımlardan oluşmuş şemalar içermektedir. Bu şemalar DSM-III'deki kişilik bozukluklarından Şizotipal ve Borderline kişilik bozukluğu hariç 9 kişilik bozukluğuna karşılık gelmektedir. Borderline kişilik bozukluğu, özgül inanç setleri oluşturmaya yeterli olacak düzeyde güçlü kuramsal temel olmadığı gerekçesiyle, şizotipal kişilik bozukluğu ise yeterli sayıda hasta bulunmadığı için ölçek geliştirme aşamasında devre dışı bırakılmışlardır. Her bir kişilik bozukluğu için 14 sorudan oluşan toplamda 126 madde içermektedir. Kişilik inançları ölçeği klinikte; bilişsel bir profil çıkartmak ve tedavide kullanılabilir disfonksiyonel inançları tanımlamada kullanılabilir. PBQ geliştirildiği 1991 yılından bu yana hem normal popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda kullanılmıştır. Türkçapar ve arkadaşları tarafından ölçeğin orijinal halinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 0,67 ile 0,90 arasında iç tutarlılık bulunmuştur. Ölçeğin orijinal halini geliştiren araştırmacılar, aynı değerlendirme özelliğe sahip pratik bir ölçek elde etmek için PBQ'nun ayırt

edici özelliği yüksek olan maddeleri seçerek 65 maddelik PBQ- SF (Kişilik İnanç Ölçeği- Kısa Formu)'i geliştirmişlerdir (Taymur ve Türkçapar, 2012).

Katılımcılar her bir maddeyi okuduktan sonra, maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu (0) hiç inanmıyorum ile (4) tamamıyla inanıyorum arasında yanıtlarlar. Ölçek daha çok kişilik bozukluğu kişilerin belirlenmesinde ve tedavisinde kullanılabilir (Taymur ve ark., 2011).

2.3. İşlem

Bu araştırma, yetişkin (18-65 yaş) ve sağlıklı kişilerle yürütülmüştür. Çalışma için hazırlanan sosyodemografik özelliklerin yer aldığı form ile belirtilen ölçekler çalışmaya katılan herkese uygulanmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce her katılımcıya çalışma ile ilgili kısa bilgilendirme yapılmış ve katılımın gönüllülük esasına dayandığına dair bilgilendirme ve onam formu verilmiştir. Her ölçek başında yer alan yönergeler gerektiğinde sözlü olarak da ifade edilmiştir. Toplam ölçeklerin uygulanması 50 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi 2017 Ocak ayı ile 2017 Nisan ayı arasında gerçekleşmiştir.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi için SPSS v.22 paket programı kullanıldı, Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma ile ortanca, minimum-maksimum, kategorik değişkenlerde ise frekans ve (%) şeklinde gösterilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle sınanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız grupta t-Testi, iki alt gruptan fazla alt gruba sahip olan değişkenlerde ise Tek Yönlü Varyans Analizi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi kullanılmıştır. Buna ek olarak sürekli değişkenlerle sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon Analizi gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kişilerden ölçeklerle toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

3.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	128	66,0
	Erkek	66	34,0
	Toplam	194	100,0
Yaş Grubu	<=20 yaş	32	16,5
	21-25 yaş	54	27,8
	26-30 yaş	64	33,0
	>=31 yaş	44	22,7
	Toplam	194	100,0
Eğitim Durumu	Ortaokul	5	2,7
	Lise	28	14,4
	Üniversite	118	60,8
	Lisansüstü	43	22,2
	Toplam	194	100,0
Medeni Durum	Evli	70	36,1
	Bekâr	124	63,9
	Toplam	194	100,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	62	32,0
	Yok	132	68,0
	Toplam	194	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	78	40,2
	Çalışmıyor	116	59,8
	Toplam	194	100,0
Gelir Durumu	İyi	30	15,5
	Orta	140	72,2
	Kötü	24	12,4
	Toplam	194	100,0

Çalışmaya dâhil edilen 194 kişiden 128'i (% 66) kadın, 66'sı (% 33) erkektir, katılımcılar yaş grupları açısından değerlendirildiğinde; "20 ve altı yaş" grubunda 32

(% 16,5), “21-25 yaş” grubunda 54 (% 27,8), “26-30 yaş” grubunda 64 (% 33,0), “31 ve üstü yaş” grubunda 44 (% 22,7) kişi bulunmaktadır.

Katılımcıların %60,8’inin üniversite, %22,2’sinin lisansüstü mezunu olduğu; %59,8’inin bekâr, %36,1’inin ise evli olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %68’i çocuk sahibi olmadığını belirtirken, %32 katılımcı ise en az 1 çocuğa sahip olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların %72’si gelir durumunu “orta” olarak belirtirken, %15,5’i “iyi” ve %12,4’ü de “kötü” olarak belirtmiştir.

Tablo 5: Bireylerin Ruhsal Hastalıkla İlişkili Özellikleri

Özellikler		n	%
Ruhsal Hastalığa Sahip Yakını Olma Durumu	Var	81	41,8
	Yok	113	58,2
	Toplam	194	100,0
Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Yakınlık Düzeyi	Annesi	1	1,2
	Kardeşi	10	12,3
	Eşi	1	1,2
	Bir akrabası	26	32,1
	Arkadaşı	11	13,6
	Diğer	32	39,5
	Toplam	81	100,0
Bu Hasta İle Aynı Evde Yaşama Durumu	Evet	11	13,6
	Hayır	69	86,4
	Toplam	80	100
Ruhsal Soruna Sahip Bireyin Yaşattığı Duygu	Korku	63	32,5
	Öfke	13	6,7
	Sıkıntı	59	30,4
	Heyecan	5	2,6
	Mutluluk	5	2,6
	Diğer	49	25,3
	Toplam	194	100,0
Ruhsal Hastalıklarda İlk Yardım Alınacak Kişi	Psikiyatrist	70	36,1
	Psikolog	80	41,2
	Pratisyen Hekim	12	6,2
	Hacı-Hoca	19	9,8
	Hemşire	3	1,5
	Diğer	10	5,2
	Toplam	194	100,0

Ruhsal Hastalığın Ana Nedeni	Travmatik olaylar	49	25,3
	Aile içi çatışmalar	81	41,8
	Geçirilen enfeksiyonlar	13	6,7
	Dinsel problemler	14	7,2
	Büyü gibi doğüstü güçler	7	3,6
	Kalıtsal yatkınlık	11	5,7
	Diğer	19	9,8
	Toplam	194	100,0

Katılımcıların %41,8'inin ruhsal bozukluğa sahip bir yakını vardı. Katılımcıların %32,1'i, ruhsal bozukluğa sahip yakınına, bir akrabası, %13,6'sı bir arkadaşı, %12,3'ü kardeşi, %39,5'u ise "diğer" olarak belirtmiştir.

Ruhsal soruna sahip yakını olan katılımcıların, ruhsal sorunlu bireylerle aynı evde yaşama oranı %13,6 olarak saptanmıştır.

Ruhsal sorunlar katılımcıların %32,5'inde korku, %30,4'ünde sıkıntı ve %25,3'ünde ise diğer duyguları uyandıran bir durum olarak tespit edilmiştir.

Ruhsal hastalıklarda ilk yardım alınacak kişi olarak katılımcıların %41,2'si psikoloğu tercih ederken, %36,1'i ise psikiyatristi tercih etmektedir. Buna karşılık katılımcıların %9,8'i ise hacı hocayı ilk göreceği kişi olarak tercih etmiştir.

Katılımcıların %41,8'i psikiyatrik hastalıkların temel nedenini aile içi çatışmalar olarak görürken, %25,3'ü travmatik olaylar ve %7,2'si de dinsel problemler olarak görmektedir.

3.2. Ölçeklere Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Puan Ortalamaları

PBQ alt boyutları	N	Ortalama	Ss	Min.	Max.
Çekingen	194	0,372	0,732	-1,062	2,653
Bağımlı	194	0,151	0,897	-1,513	3,062
Pasif Agresif	194	0,858	0,882	-1,188	3,335
Obsesif Kompulsif	194	0,394	0,764	-1,467	2,422
Antisosyal	194	1,270	1,439	-0,988	5,523
Narsistik	194	1,929	1,308	-0,809	5,574
Histriyonik	194	0,369	1,069	-1,062	3,535
Şizoid	194	0,854	0,918	-1,082	6,813
Paranoid	194	0,723	0,925	-1,124	3,378
Borderline	194	0,421	0,859	-1,334	3,294

Tabloda, katılımcıların kişilik inanç ölçeği kısa formu (PBQ) alt ölçek puan ortalamaları görülmektedir.

Katılımcıların, çekingen kişilik puan ortalaması $0,372 \pm 0,732$; bağımlı kişilik puan ortalaması $0,151 \pm 0,897$; pasif agresif kişilik puan ortalaması $0,858 \pm 0,882$; obsesif kompulsif kişilik puan ortalaması $0,394 \pm 0,764$; antisosyal kişilik puan ortalaması $1,270 \pm 1,439$; narsistik kişilik puan ortalaması $1,929 \pm 1,308$; histriyonik kişilik puan ortalaması $0,369 \pm 1,069$; şizoid kişilik puan ortalaması $0,854 \pm 0,918$; paranoid kişilik puan ortalaması $0,723 \pm 0,925$ ve borderline kişilik puan ortalaması $0,421 \pm 0,859$ olarak görülmektedir. Diğer değerler tabloda detaylandırılmıştır.

Tablo 7: Araştırmaya katılan bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inanç düzeyleri ortalamaları

RHYİ alt boyutları	N	Ortalama	Ss	Min.	Max.
ÇKİB	194	25,82	9,428	2	52
Tehlikelilik	194	20,94	6,365	7	40
Utanma	194	1,92	2,708	0	10
Toplam	194	48,67	15,486	12	102

Tabloda Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar (RHYİ)' ölçeğinde yer alan alt ölçek puan ortalamaları görülmektedir.

Bu alt ölçeklerin dağılımı şu şekilde gerçekleşmiştir; çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma(ÇKİB) alt ölçek puan ortalaması $25,820 \pm 9,428$; tehlikelilik alt ölçek puan ortalaması $20,940 \pm 6,365$; utanma alt ölçek puan ortalaması $1,920 \pm 2,708$ ve Toplam puan ortalaması $48,670 \pm 15,486$ olarak görülmektedir. Diğer değerler tabloda detaylandırılmıştır.

3.3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları

Tablo 8: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Yaş Grubuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Yaş Grubu	N	Ortalama	Ss	F	p
Çekingen	<=20 yaş	32	0,597	0,638	4,002	0,009**
	21-25 yaş	54	0,552	0,680		
	26-30 yaş	64	0,249	0,778		
	>=31yaş	44	0,169	0,715		
	Toplam	194	0,373	0,732		

Bağımlı	<=20 yaş	32	0,305	0,851	1,186	0,316
	21-25 yaş	54	0,266	1,016		
	26-30 yaş	64	0,088	0,875		
	>=31 yaş	44	-0,009	0,794		
	Toplam	194	0,151	0,897		
Pasif Agresif	<=20 yaş	32	1,063	0,836	2,572	0,055
	21-25 yaş	54	1,046	0,865		
	26-30 yaş	64	0,726	0,926		
	>=31 yaş	44	0,674	0,822		
	Toplam	194	0,859	0,882		
Obsesif Kompulsif	<=20 yaş	32	0,560	0,687	3,594	0,015*
	21-25 yaş	54	0,606	0,695		
	26-30 yaş	64	0,267	0,831		
	>=31 yaş	44	0,197	0,731		
	Toplam	194	0,394	0,765		
Antisosyal	<=20 yaş	32	1,541	1,209	2,521	0,059
	21-25 yaş	54	1,596	1,522		
	26-30 yaş	64	1,101	1,551		
	>=31 yaş	44	0,920	1,226		
	Toplam	194	1,270	1,439		
Narsistik	<=20 yaş	32	2,146	1,264	2,236	0,085
	21-25 yaş	54	2,164	1,240		
	26-30 yaş	64	1,892	1,363		
	>=31 yaş	44	1,539	1,284		
	Toplam	194	1,930	1,308		
Histriyonik	<=20 yaş	32	0,539	0,912	3,256	0,023*
	21-25 yaş	54	0,619	1,147		
	26-30 yaş	64	0,338	1,112		
	>=31 yaş	44	-0,014	0,926		
	Toplam	194	0,370	1,070		
Şizoid	<=20 yaş	32	0,944	0,721	4,791	0,003**
	21-25 yaş	54	1,205	1,127		
	26-30 yaş	64	0,679	0,776		
	>=31 yaş	44	0,614	0,834		
	Toplam	194	0,855	0,918		
Paranoid	<=20 yaş	32	0,941	0,866	2,753	0,044*
	21-25 yaş	54	0,932	0,956		
	26-30 yaş	64	0,564	0,936		
	>=31 yaş	44	0,542	0,859		
	Toplam	194	0,723	0,926		
Borderline	<=20 yaş	32	0,520	0,746	1,752	0,158
	21-25 yaş	54	0,591	0,897		
	26-30 yaş	64	0,366	0,877		
	>=31 yaş	44	0,221	0,839		
	Toplam	194	0,421	0,859		

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

Kişilik İnancı Ölçeği alt boyut puanları ile yaş grubu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu incelendiğinde; çekingen [F(192)=4,043; p $<$ 0,01], obsesif-kompulsif

[F(192)=3,594; p<0,05], histriyonik [F(192)=3,256; p<0,05], şizoid [F(192)=4,791; p<0,01], paranoid [F(192)=2,753; p<0,05] alt boyut puanları ile yaş grubu değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bulunan bu farkı yaş grubu alt gruplarından hangisi ve hangilerinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Bonferonni post-hoc testleri uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre çekingen kişilik alt boyut puanında fark oluşturan “20 yaş ve altı” grubu, obsesif kompulsif kişilik alt boyut puanında fark oluşturan “21-25 yaş” grubu, histriyonik kişilik alt boyut puanında fark oluşturan “21-25 yaş” grubu, şizoid kişilik alt boyut puanında fark oluşturan “21-25 yaş” grubu bulunan istatistiksel farktan sorumlu gruplar olduğu anlaşılmıştır.

Diğer alt boyut puanları ile yaş grubu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ortalama	Ss	t	p
Çekingen	Kadın	128	0,325	0,678	-1,262	0,209
	Erkek	66	0,465	0,825		
Bağımlı	Kadın	128	0,056	0,824	-1,953	0,053
	Erkek	66	0,336	1,007		
Pasif Agresif	Kadın	128	0,828	0,883	-0,681	0,497
	Erkek	66	0,919	0,884		
Obsesif kompulsif	Kadın	128	0,318	0,730	-1,935	0,054
	Erkek	66	0,541	0,812		
Antisosyal	Kadın	128	1,092	1,366	-2,432	0,016*
	Erkek	66	1,616	1,522		
Narsistik	Kadın	128	1,886	1,210	-0,603	0,547
	Erkek	66	2,014	1,486		
Histriyonik	Kadın	128	0,247	0,996	-2,241	0,026*
	Erkek	66	0,607	1,171		
Şizoid	Kadın	128	0,858	0,941	0,068	0,946
	Erkek	66	0,848	0,880		
Paranoid	Kadın	128	0,561	0,899	-3,511	0,001
	Erkek	66	1,039	0,901		
Borderline	Kadın	128	0,341	0,772	-1,823	0,095
	Erkek	66	0,577	0,995		

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

Kişilik İnanç Ölçeği alt boyut puanları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan t-Test analizi incelendiğinde; antisosyal [t(192)= -2,432; p<0,05], histriyonik [t(192)= -2,241; p<0,05] alt boyut

puanları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle erkeklerin, hem antisosyal hem de histriyonik kişilik alt ölçek puanları, kadınlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Diğer alt boyut puanları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Eğitim Durumu	n	Ortalama	Ss	F	p
Çekingen	Ortaokul	5	0,950	0,569	1,702	0,168
	Lise	28	0,530	0,835		
	Üniversite	118	0,322	0,690		
	Lisansüstü	43	0,342	0,769		
	Toplam	194	0,372	0,732		
Bağımlı	Ortaokul	5	1,035	1,030	4,043	0,008**
	Lise	28	0,523	0,910		
	Üniversite	118	0,077	0,838		
	Lisansüstü	43	0,006	0,939		
	Toplam	194	0,151	0,897		
Pasif Agresif	Ortaokul	5	1,458	0,479	1,217	0,305
	Lise	28	0,942	0,847		
	Üniversite	118	0,786	0,888		
	Lisansüstü	43	0,931	0,910		
	Toplam	194	0,858	0,882		
Obsesif Kompulsif	Ortaokul	5	0,838	0,807	0,877	0,454
	Lise	28	0,472	0,812		
	Üniversite	118	0,342	0,748		
	Lisansüstü	43	0,432	0,777		
	Toplam	194	0,394	0,764		
Antisosyal	Ortaokul	5	2,406	1,008	2,070	0,106
	Lise	28	1,661	1,261		
	Üniversite	118	1,187	1,449		
	Lisansüstü	43	1,110	1,498		
	Toplam	194	1,270	1,439		
Narsistik	Ortaokul	5	2,926	1,987	1,354	0,258
	Lise	28	1,910	1,303		
	Üniversite	118	1,838	1,246		
	Lisansüstü	43	2,077	1,380		
	Toplam	194	1,929	1,308		
Histriyonik	Ortaokul	5	0,743	1,388	1,084	0,357
	Lise	28	0,661	1,204		
	Üniversite	118	0,304	1,020		
	Lisansüstü	43	0,316	1,073		
	Toplam	194	0,369	1,069		

Şizoid	Ortaokul	5	1,332	1,075	1,400	0,244
	Lise	28	0,814	0,707		
	Üniversite	118	0,774	0,983		
	Lisansüstü	43	1,045	0,816		
	Toplam	194	0,854	0,918		
Paranoid	Ortaokul	5	1,223	0,792	3,467	0,017*
	Lise	28	1,172	0,751		
	Üniversite	118	0,605	0,940		
	Lisansüstü	43	0,697	0,921		
	Toplam	194	0,723	0,925		
Borderline	Ortaokul	5	1,178	0,893	3,520	0,016*
	Lise	28	0,773	0,867		
	Üniversite	118	0,338	0,828		
	Lisansüstü	43	0,330	0,862		
	Toplam	194	0,421	0,859		

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

Kişilik İnanç Ölçeği alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu incelendiğinde; bağımlı [F(192)=4,043; p $<0,01$], paranoid [F(192)=3,467; p $<0,05$], borderline [F(192)=3,520; p $<0,05$] alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bulunan bu farkı eğitim durumu alt gruplarından hangisi ve hangilerinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Bonferonni post-hoc testleri uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre bağımlı kişilik alt boyut puanında fark oluşturan lise ve üniversite grupları, paranoid kişilik alt boyut puanında fark oluşturan lise grubu, borderline kişilik alt boyut puanında fark oluşturan lise ve üniversite grupları bulunan istatistiksel farktan sorumlu gruplar olduğu anlaşılmıştır.

Diğer alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Değişkenler	Medeni Durum	n	Ortalama	Ss	t	p
Çekingen	Evli	70	0,165	0,726	-3,026	0,003**
	Bekâr	124	0,489	0,711		
Bağımlı	Evli	70	0,032	0,896	-1,392	0,166
	Bekâr	124	0,218	0,894		
Pasif Agresif	Evli	70	0,693	0,840	-1,977	0,049
	Bekâr	124	0,952	0,895		
Obsesif-Kompulsif	Evli	70	0,201	0,744	-2,670	0,008**
	Bekâr	124	0,502	0,757		

Antisosyal	Evli	70	0,931	1,370	-2,492	0,014
	Bekâr	124	1,460	1,446		
Narsistik	Evli	70	1,717	1,308	-1,704	0,090
	Bekâr	124	2,049	1,298		
Histriyonik	Evli	70	0,131	1,075	-2,356	0,019*
	Bekâr	124	0,504	1,047		
Şizoid	Evli	70	0,636	0,828	-2,523	0,012*
	Bekâr	124	0,977	0,946		
Paranoid	Evli	70	0,541	0,937	-2,075	0,39
	Bekâr	124	0,826	0,907		
Borderline	Evli	70	0,281	0,878	-1,714	0,88
	Bekâr	124	0,500	0,841		

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

Kişilik İnanç Ölçeği alt boyut puanları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan t-Test analizi incelendiğinde; çekingen [t(192)= -3,026; p $<$ 0,01], obsesif-kompulsif [t(192)= -2,670; p $<$ 0,05], histriyonik [t(192)= -2,356; p $<$ 0,05], şizoid [t(192)= -2,523; p $<$ 0,05] alt boyut puanları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle bekâr grubu, çekingen, obsesif-kompulsif, histriyonik, şizoid kişilik alt boyut puanları, evli grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.

Diğer alt boyut puanları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 12: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	Ortalama	Ss	t	p
Çekingen	Evet	62	0,154	0,689	-2,907	0,004**
	Hayır	132	0,475	0,731		
Bağımlı	Evet	62	0,002	0,822	-1,591	0,113
	Hayır	132	0,221	0,924		
Pasif Agresif	Evet	62	0,725	0,783	-1,449	0,149
	Hayır	132	0,921	0,921		
Obsesif Kompulsif	Evet	62	0,217	0,703	-2,221	0,028*
	Hayır	132	0,476	0,780		
Antisosyal	Evet	62	1,025	1,406	-1,627	0,105
	Hayır	132	1,384	1,444		
Narsistik	Evet	62	1,700	1,318	-1,680	0,095
	Hayır	132	2,037	1,294		
Histriyonik	Evet	62	0,092	0,947	-2,509	0,013*
	Hayır	132	0,500	1,102		

Şizoid	Evet	62	0,575	0,796	-2,955	0,004**
	Hayır	132	0,985	0,944		
Paranoid	Evet	62	0,551	0,864	-1,784	0,076
	Hayır	132	0,804	0,945		
Borderline	Evet	62	0,332	0,846	-0,988	0,325
	Hayır	132	0,463	0,865		

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

Kişilik İnanç Ölçeği alt boyut puanları ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan t-Test analizi incelendiğinde; çekingen [t(192)= -2,907; p $<0,01$], obsesif-kompulsif [t(192)= -2,221; p $<0,05$], histriyonik [t(192)= -2,509; p $<0,05$], şizoid [t(192)= -2,955; p $<0,01$] alt boyut puanları ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle çocuk sahibi olmayan katılımcıların, çekingen, obsesif-kompulsif, histriyonik ve şizoid kişilik alt boyut puan ortalamaları, çocuk sahibi olan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu gözlenmiştir.

Diğer alt boyut puanları ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 13: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Gelir Durumu	n	Ortalama	Ss	F	p
Çekingen	İyi	30	0,393	0,738	0,201	0,818
	Orta	140	0,354	0,689		
	Kötü	24	0,453	0,965		
	Toplam	194	0,372	0,732		
Bağımlı	İyi	30	0,104	1,009	0,891	0,412
	Orta	140	0,122	0,825		
	Kötü	24	0,379	1,135		
	Toplam	194	0,151	0,897		
Pasif Agresif	İyi	30	0,867	0,758	0,002	0,998
	Orta	140	0,857	0,862		
	Kötü	24	0,857	1,144		
	Toplam	194	0,858	0,882		
Obsesif Kompulsif	İyi	30	0,422	0,777	0,213	0,809
	Orta	140	0,373	0,741		
	Kötü	24	0,477	0,897		
	Toplam	194	0,394	0,764		
Antisosyal	İyi	30	1,127	1,502	0,876	0,418
	Orta	140	1,240	1,364		
	Kötü	24	1,618	1,765		
	Toplam	194	1,270	1,439		

Narsistik	İyi	30	2,028	1,278	0,307	0,736
	Orta	140	1,938	1,260		
	Kötü	24	1,752	1,629		
	Toplam	194	1,929	1,308		
Histriyonik	İyi	30	0,366	1,111	20,135	0,121
	Orta	140	0,299	1,004		
	Kötü	24	0,784	1,318		
	Toplam	194	0,369	1,069		
Şizoid	İyi	30	0,847	0,753	0,001	0,999
	Orta	140	0,856	0,931		
	Kötü	24	0,852	1,056		
	Toplam	194	0,854	0,918		
Paranoid	İyi	30	0,558	0,788	0,790	0,455
	Orta	140	0,733	0,872		
	Kötü	24	0,872	1,322		
	Toplam	194	0,723	0,925		
Borderline	İyi	30	0,407	0,912	0,129	0,879
	Orta	140	0,409	0,806		
	Kötü	24	0,504	1,096		
	Toplam	194	0,421	0,859		

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

Kişilik İnanç Ölçeği alt boyut puanları ile gelir durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

3.4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Ortalamaları

Tablo 14: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Yaş Grubuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Yaş Grubu	n	Ortalama	Ss	F	p
ÇKİB	≤ 20 yaş	32	27,56	7,976	1,065	0,365
	21-25 yaş	54	24,07	9,240		
	26-30 yaş	64	25,95	8,917		
	≥ 31 yaş	44	26,49	11,169		
	Toplam	194	25,82	9,428		
Tehlikelilik	≤ 20 yaş	32	22,16	5,359	1,459	0,227
	21-25 yaş	54	20,19	6,289		
	26-30 yaş	64	20,15	6,364		
	≥ 31 yaş	44	22,10	6,997		
	Toplam	194	20,94	6,365		
Utanna	≤ 20 yaş	32	2,47	3,016	0,647	0,586
	21-25 yaş	54	1,91	2,999		
	26-30 yaş	64	1,65	2,240		
	≥ 31 yaş	44	1,93	2,757		
	Toplam	194	1,92	2,708		

	<=20 yaş	32	52,19	13,559		
	21-25 yaş	54	46,17	15,046		
Toplam	26-30 yaş	64	47,75	14,677	1,310	0,272
	>=31 yaş	44	50,52	18,095		
	Toplam	194	48,67	15,486		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile yaş grubu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Cinsiyet Grubuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Cinsiyet	n	Ortalama	Ss	t	p
ÇKİB	Kadın	128	25,23	8,987	-1,205	0,230
	Erkek	66	26,95	10,204		
Tehlikelilik	Kadın	128	21,03	5,847	0,278	0,781
	Erkek	66	20,76	7,311		
Utanma	Kadın	128	1,64	2,403	-1,874	0,064
	Erkek	66	2,47	3,168		
Toplam	Kadın	128	47,90	14,100	-0,973	0,332
	Erkek	66	50,18	17,894		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile cinsiyet grubu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Eğitim durumu	n	Ortalama	Ss	F	p
ÇKİB	Ortaokul	5	34,34	10,889	3,483	0,017*
	Lise	28	28,43	9,539		
	Üniversite	118	24,33	8,880		
	Lisansüstü	43	27,19	9,883		
	Toplam	194	25,82	9,428		
Tehlikelilik	Ortaokul	5	25,60	6,504	3,385	0,019*
	Lise	28	21,36	7,098		
	Üniversite	118	19,93	6,238		
	Lisansüstü	43	22,88	5,649		
	Toplam	194	20,94	6,365		
Utanma	Ortaokul	5	4,20	3,962	2,420	0,067
	Lise	28	2,57	2,714		
	Üniversite	118	1,88	2,635		
	Lisansüstü	43	1,35	2,627		
	Toplam	194	1,92	2,708		

	Ortaokul	5	64,14	17,002		
	Lise	28	52,36	16,337		
Toplam	Üniversite	118	46,14	14,754	3,858	0,010*
	Lisansüstü	43	51,42	15,272		
	Toplam	194	48,67	15,486		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucu incelendiğinde; çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma [F(192)= 3,483; p<0,05], tehlikelilik [F(192)= 3,385; p<0,05] ve toplam puan [F(192)= 3,858; p<0,05] alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bulunan bu farkı eğitim durumu alt gruplarından hangisi ve hangilerinden kaynaklandığını bulmak amacıyla Bonferonni post-hoc testleri uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre istatistiksel açıdan fark saptanan çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve toplam puan üzerinde, üniversite mezunu katılımcıların ölçek puanları, diğer eğitim durumlarına sahip katılımcılara oranla istatistiksel açıdan daha düşüktür.

Diğer alt boyut puanları ile eğitim durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Değişkenler	Medeni Durum	n	Ortalama	Ss	t	p
ÇKİB	Evli	70	25,71	9,825	-0,117	0,907
	Bekâr	124	25,88	9,236		
Tehlikelilik	Evli	70	20,86	7,111	-0,122	0,903
	Bekâr	124	20,98	5,933		
Utanma	Evli	70	2,20	2,842	1,080	0,282
	Bekâr	124	1,76	2,629		
Toplam	Evli	70	48,77	16,717	0,067	0,946
	Bekâr	124	48,62	14,816		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 18: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Çalışma Durumu	n	Ortalama	Ss	t	p
ÇKİB	Çalışıyor	78	26,06	10,519	0,284	0,777
	Çalışmıyor	116	25,65	8,661		
Tehlikelilik	Çalışıyor	78	20,85	7,373	-0,148	0,882
	Çalışmıyor	116	20,99	5,620		
Utanma	Çalışıyor	78	2,16	2,961	0,998	0,320
	Çalışmıyor	116	1,76	2,525		
Toplam	Çalışıyor	78	49,07	17,767	0,281	0,779
	Çalışmıyor	116	48,40	13,819		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar alt ölçekleri ile “Çalışma durumu” değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 19: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Gelir Durumu	n	Ort	Ss	F	p
ÇKİB	İyi	30	28.21	8.268	1.727	0.181
	Orta	140	25.05	9.510		
	Kötü	24	27.27	9.991		
	Toplam	194	25.82	9.428		
Tehlikelilik	İyi	30	20.45	6.485	0.224	0.799
	Orta	140	20.92	6.205		
	Kötü	24	21.62	7.312		
	Toplam	194	20.94	6.365		
Utanma	İyi	30	2.39	3.159	1.502	0.225
	Orta	140	1.71	2.565		
	Kötü	24	2.54	2.875		
	Toplam	194	1.92	2.708		
Toplam	İyi	30	51.06	14.385	1.022	0.362
	Orta	140	47.69	15.456		
	Kötü	24	51.43	16.930		
	Toplam	194	48.67	15.486		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar alt ölçekleri ile “Gelir durumu” değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 20: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Çocuk sahibi olma	n	Ortalama	Ss	t	p
ÇKİB	Evet	62	25.91	9.027	0.100	0.920
	Hayır	132	25.77	9.643		
Tehlikelilik	Evet	62	20.68	6.220	0.379	0.705
	Hayır	132	21.05	6.452		
Utanma	Evet	62	2.11	2.643	0.677	0.499
	Hayır	132	1.83	2.744		

Toplam	Evet	62	48.71	14.241	0.023	0.98
	Hayır	132	48.65	16.090		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile çocuk sahibi olma durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Düzeylerinin Ruhsal Hastalığa Sahip Yakını Olma Durumuna Göre Ortalamaları

Değişkenler	Ruhsal hastalığa sahip yakını	n	Ortalama	Ss	t	p
ÇKİB	Var	81	27,00	9,367	1,482	0,140
	Yok	113	24,97	9,421		
Tehlikelilik	Var	81	21,28	6,699	0,642	0,522
	Yok	113	20,69	6,133		
Utanma	Var	81	2,30	3,060	1,643	0,102
	Yok	113	1,65	2,404		
Toplam	Var	81	50,58	16,141	1,454	0,148
	Yok	113	47,31	14,922		

p* < 0,05, p** < 0,01 (ÇKİB- Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği alt boyut puanları ile ruhsal hastalığa sahip yakını olma durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

3.5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kişilik İnançlar Ölçeği (kısa form) ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Boyutlarının Korelasyonları Karşılaştırılması

Tablo 22: Araştırmaya Katılan Bireylerin KİÖ ve RHİÖ Boyutlarının Birbiriyle Korelasyon Karşılaştırılması

ÖLÇEKLER		ÇKİB	Tehlikelilik	Utanma	Toplam
Çekingen	n	194	194	194	194
	r	0,294	0,213	0,282	0,320
	p	<0,001	0,003	<0,001	<0,001
Bağımlı	n	194	194	194	194
	r	0,148	0,097	0,330	0,188
	p	0,040	0,180	<0,001	0,009
Pasif Agresif	n	194	194	194	194
	r	0,234	0,230	0,259	0,288
	p	0,001	0,001	<0,001	<0,001
Obsesif Kompulsif	n	194	194	194	194
	r	0,288	0,257	0,195	0,319
	p	<0,001	<0,001	0,006	<0,001
Antisosyal	n	194	194	194	194
	r	0,234	0,174	0,335	0,266
	p	0,001	0,016	<0,001	<0,001
Narsistik	n	194	194	194	194
	r	0,225	0,186	0,315	0,261
	p	0,002	0,009	<0,001	<0,001
Histriyonik	n	194	194	194	194
	r	0,238	0,190	0,429	0,291
	p	0,001	0,008	<0,001	<0,001
Şizoid	n	194	194	194	194
	r	0,167	0,154	0,117	0,191
	p	0,020	0,032	0,103	0,008
Paranoid	n	194	194	194	194
	r	0,320	0,251	0,307	0,355
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Borderline	n	194	194	194	194
	r	0,229	0,132	0,345	0,253
	p	0,001	0,066	<0,001	<0,001

*r = Korelasyon Katsayısı

Tabloda Kişilik İnanç Ölçeği (Kısa Form) alt boyutları, çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid, paranoid ve borderline alt boyut puanları ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar alt boyutları, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik, utanma ve toplam ölçek puanları arasında yapılmış olan korelasyon analizleri görülmektedir.

Analiz sonuçlarına göre;

Çekingen alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,294$, $p<0,01$). Çekingen alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır ($r=0,213$, $p<0,01$). Çekingen alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,282$, $p<0,01$). Çekingen alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı ($r=0,320$, $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Bağımlı alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,148$, $p<0,05$). Bağımlı alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,330$, $p<0,01$). Bağımlı alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,188$, $p<0,01$). Bağımlı alt boyut puanı ile tehlikelilik arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Pasif agresif alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,234$, $p<0,01$). Pasif agresif alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,230$, $p<0,01$). Pasif agresif alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,259$, $p<0,01$). Pasif agresif alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,288$, $p<0,01$).

Obsesif kompulsif alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı korelasyon bulunmaktadır ($r=0,288$, $p<0,01$). Obsesif kompulsif alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,257$, $p<0,01$). Obsesif kompulsif alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,195$, $p<0,01$).

Obsesif kompulsif alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,319$, $p<0,01$).

Antisosyal alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,234$, $p<0,01$). Antisosyal alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,174$, $p<0,05$). Antisosyal alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,335$, $p<0,01$). Antisosyal alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,266$, $p<0,01$).

Narsistik alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,225$, $p<0,01$). Narsistik alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,186$, $p<0,01$). Narsistik alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,315$, $p<0,01$). Narsistik alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,261$, $p<0,01$).

Histriyonik alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p=0.001$, $R=0.238$). Histriyonik alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,190$, $p<0,01$). Histriyonik alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,429$, $p<0,01$). Histriyonik alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,291$, $p<0,01$).

Şizoid alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,167$, $p<0,05$). Şizoid alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,154$, $p<0,05$). Şizoid alt

boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,191$, $p<0,01$). Şizoid alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Paranoid alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki bulunmaktadır ($r=0,320$, $p<0,01$). Paranoid alt boyut puanı ile tehlikelilik alt boyut puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,251$, $p<0,01$). Paranoid alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,307$, $p<0,01$). Paranoid alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,355$, $p<0,01$).

Borderline alt boyut puanı ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,229$, $p<0,01$). Borderline alt boyut puanı ile utanma alt boyut puanı arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,345$, $p<0,01$). Borderline alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r=0,253$, $p<0,01$). Borderline alt boyut puanı ile tehlikelilik arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

DÖRÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, kişilik özelliklerinin, ruhsal hastalıklara yönelik inançlar üzerine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir. Araştırmanın bu bölümünde bu amaç doğrultusunda toplanan verilerin analizlerinden elde edilen bulgular tartışılmaktadır.

Sosyodemografik özellikler yönünden bakıldığında; araştırmaya katılan 194 katılımcının, %39,2'sinin 25- 29 yaş grubunda olduğu, %66'sının kadın olduğu, %60,8'inin üniversite, %22,2'sinin lisansüstü mezunu olduğu göze çarparken, %59,8'inin bekâr olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara paralel olarak katılımcıların %68'i çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %72'si gelir durumunu orta olarak sınıflamıştır.

4.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Görüşleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

DSÖ ortalama ruhsal bozukluk prevalansı %24 olarak bildirmektedir (WHO, 2002). Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı incelendiğinde, ruhsal hastalık prevalansının %18-31 arasında değiştiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2001). Araştırmaya katılan ruhsal bozukluğa sahip yakını olan katılımcı oranı %41,8'dir. Bu katılımcıların ruhsal bozukluğa sahip yakınları ile akrabalık ilişkilerine bakıldığında ise, %32,1 akrabalık ilişkisini, bir akrabası olduğunu beyan ederken, %13,6 katılımcı ruhsal sorunlu bireylerle aynı evde yaşadıklarını belirtmiştir. Bu bulgular, DSÖ verilerini ve Türkiye'de yapılan araştırmalardaki yüksek prevalansları desteklemektedir.

Araştırmada ruhsal sorunlar, katılımcıların %32,5'inde korku, %30,4'ünde sıkıntı duygularını uyandıran bir durum olarak tespit edilmiştir. Bilge'nin çalışmasında da toplumun ruhsal hastalara karşı daha çok sıkıntı (%47,7) ve korku (%29,4) hissettiğini göstermiştir (Bilge, 2006). Nijerya'da yapılan bir çalışmada

ruhsal hastalıklara karşı, deneklerin çoğunun korku ve çekinme gibi olumsuz duyguları olduğu belirtilmiştir (Kabir ve ark., 2004). Aydöner (2009) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin daha çok üzüntü (%59,3) hissettiğini, korku hissini (%7,4) daha az olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki çalışma sonuçlarında, ruhsal hastalığı olanlara karşı hissedilen duygular daha çok negatif özellikte olsa da, psikiyatri kliniğinde çalışma gibi ruhsal hastaları yakından tanıma ve anlama imkânının, ruhsal hastalığa yönelik görüşleri etkilediği tahmin edilmektedir.

Katılımcıların %41,2'si ruhsal hastalıklarda ilk yardım alınacak kişi olarak psikoloğu tercih ederken, %36,1'i psikiyatristi tercih etmektedir. Buna karşılık katılımcıların %9,8'i ise hacı hocayı ilk tercih edeceği kişi olarak belirtmiştir. Bilge (2006) ve Aydöner (2009) yaptığı benzer çalışmalarda, katılımcılar, psikiyatristi daha çok ilk yardım alınacak kişi olarak gördüklerini belirtmiştir.

Ruhsal hastalıkların temel nedenini, katılımcıların %41,8'i aile içi çatışmalar olarak görmüştür. Türkiye'de yapılan benzer araştırmalarda farklı nedenlerin ilk sırada olduğu görülmüştür. Bağ ve Ekinci (2005), sağlık personelinin ruhsal hastalara yönelik tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların %55'i ruhsal hastalıkların genetik geçişli ve kalıtsal olduğunu belirtmiştir. Yüksel (2012)'in öğretim elemanlarına yönelik çalışmasında, katılımcıların %84,2'si ruhsal hastalıkların ana nedenini, travmatik olaylar olarak belirtmiştir. Bilge (2006) yaptığı çalışmada katılımcılar, aile içi çatışmaları; Topaç (2004) yaptığı çalışmada ise katılımcılar, bozuk anne-baba-çocuk ilişkilerini ruhsal hastalıkların ilk nedeni olarak belirtmiştir..

4.2. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puan ortalaması $48,67 \pm 15,486$; kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt grubu puan ortalaması $25,82 \pm 9,428$, tehlikelilik alt grubu puan ortalaması $20,94 \pm 6,365$ ve utanma alt grubu

puan ortalaması $1,92 \pm 2,708$ bulunmuştur. Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeğinin toplam puan ortalaması 52.84 ± 16.68 ; kişilerarası ilişkilerde bozulma ve çaresizlik alt grubu puan ortalaması 28.58 ± 10.07 ; tehlikelilik alt grubu puan ortalaması 22.54 ± 6.88 ve utanma alt grubu puan ortalaması 1.73 ± 2.24 bulunmuştur (Aydöner, 2009). Bilge'nin genel topluma yönelik çalışmasında toplam puan ortalaması $59,0 \pm 16,3$, kişilerarası ilişkilerde bozulma çaresizlik alt grubu puan ortalaması $32,0 \pm 10.07$, tehlikelilik alt grubu puan ortalaması $25,3 \pm 7,6$, utanma alt grubu puan ortalaması $1,7 \pm 2,5$ olarak bulunmuştur (Bilge, 2006). Çalışmadaki puan ortalamalarının, diğer çalışmalardan daha düşük bulunması, hatta ruh sağlığı eğitimi almış hemşirelerin puan ortalamalarından da düşük olması, katılımcıların eğitim durumunun yüksek olması (%60,8'i üniversite, %22,2'si lisansüstü mezunu) ve son yıllarda kişilerin çeşitli araçlarla (medya, internet vb) ruhsal hastalıklarla ilgili daha çok bilgi edinmesinden kaynaklanıyor olabilir.

4.3. Katılımcıların Kişilik İnanç Ölçeği Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre İlişkisi

Araştırmada, yaş grubu ile kişilik inanç düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş grubu 20 yaş ve altı olan katılımcıların, çekingen kişilik alt ölçek puanları, diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 21-25 yaş olan katılımcıların, histriyonik, obsesif kompulsif, şizoid kişilik alt ölçek puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, cinsiyet ile kişilik inanç düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Erkeklerin, hem antisosyal hem de histriyonik kişilik alt ölçek puanları, kadınlara göre, istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Gönen (2014)'in çalışmasında, kadınlar erkeklere göre daha düşük pasif-agresif, antisosyal, histriyonik, şizoid ve paranoid kişilik özellikleri göstermesi çalışmamızla benzer özellik göstermektedir. Dereboy ve ark. (2007) ise Türkiye örneklemindeki çalışmasında, şizotipal, borderline, histriyonik, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarının erkeklerde daha yaygın olduğunu bulmuşlardır. Ama Türkçapar ve

ark. (2007)'nın Kişilik İnanç Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği ile ilgili çalışmalarında cinsiyet ile ölçek arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada, eğitim durumu ile bağımlı kişilik alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu, lise mezunu ve üniversite mezunu olan katılımcıların bağımlı kişilik alt ölçek puanları, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, eğitim durumu ile paranoid kişilik alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu, lise mezunu olan katılımcıların paranoid alt ölçek puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, eğitim durumu ile borderline alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu, lise mezunu ve üniversite mezunu olan katılımcıların borderline kişilik alt ölçek puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, medeni durumu bekar olan katılımcıların çekingen, obsesif kompulsif, histriyonik, şizoid kişilik alt ölçek puanları, evli olan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmada, çocuk sahibi olmayan katılımcıların, çekingen, obsesif kompulsif, histriyonik, şizoid alt ölçek puanları, çocuk sahibi olan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur.

4.4. Katılımcıların Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre İlişkisi

Araştırmada, cinsiyetin ruhsal hastalığa yönelik inançları etkilemediğini gösteren bulgular, ruhsal hastalıklara ilişkin tutumun cinsiyetten etkilenmediğini gösteren diğer çalışma bulgularıyla benzerdi (Javed ve ark., 2006; Riana, Osman ve Ainsah, 2008). Bazı çalışmalarda ise, kadınların erkeklere göre ruhsal hastalığa karşı daha az önyargıya sahip olduğu ileri sürülmektedir (Aghanwa, 2004). Canu ve ark. (2006) DEHB' ye yönelik stigmatizasyon ile ilgili çalışmasında, kadınların erkeklere göre DEHB' yi iyi niyetli bir psikolojik bozukluk olarak adlandırdığını göstermiştir.

Araştırmada, medeni durum ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında ilişki bulunmamıştır. Riana ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, evli olmayan öğrencilerin ruhsal hastalığa ilişkin daha olumlu tutuma sahip oldukları gösterilmiştir.

Araştırmamızda, eğitim durumu, üniversite mezunu olan katılımcıların, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, tehlikelilik ve toplam puan ortalamaları, ortaokul, lise, lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça psikiyatrik bozukluklarla ilgili bilginin arttığı ve tutumların daha olumlu hale geldiği görüşünü destekleyen çeşitli araştırmalar vardır (Tuna, 1997; Öksüz, Vural ve Oflaz, 2005). Bizim araştırmada da yüksek eğitim düzeyindeki katılımcıların ruhsal hastalıklara daha olumlu görüşte olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, gelir durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında ilişki bulunmamıştır. Ünal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, orta düzeyde maddi durumu olan ailelerden gelen öğrencilerin, ruhsal hastalığı olan bireyleri daha tehlikeli bulduğu saptanmıştır. Dessoki ve Hifnawy (2009) yaptığı çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumun psikiyatrik hastalığa yönelik inancı olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir.

Araştırmada, ruhsal hastalığa sahip yakını olma durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında ilişki bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda, kendisinde ve ailesinde ruhsal hastalık olduğunu belirten öğrencilerin, ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Dessoki ve Hifnawy, 2009; Penn ve Nowlin, 2001). Benzer şekilde, Ünal ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada da akrabalarında ruhsal hastalık olan öğrencilerin, hastaların tehlikeli ve hastalığın utanılacak bir durum olduğu inancı, daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların kişisel özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, yakınında ruhsal hastalık olma durumu) bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aydoğan (2009)'ın çalışmasında da kişisel özellikler ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında ilişki bulunmaması çalışmamızı destekler niteliktedir. Ama birçok farklılık

gösteren çalışmalarda, sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalık psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruhsal hasta ve hastalıklarına yönelik inançlar üzerinde etkilidir (Çam ve Bilge, 2007).

Son yıllarda insanlar, çeşitli medya araçlarıyla ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Artık insanlar ruhsal hastalıkları, genel fiziksel hastalıklar gibi algılamaktadır. Hastanelerde psikiyatrik muayenelerin sosyal güvenlik kapsamında ücretsiz olması gibi nedenlerle, insanlar ruhsal durumlarının kötüleşmesini beklemeden tedaviye gitmektedir. Toplumda bireylerin, psikoeğitim alması, insanların ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmasını arttırmaktadır. Buna benzer nedenler çalışmaya katılan katılımcıların puanlarının düşük bulunmasını etkilemiştir. Özetle çalışmadaki katılımcılar ruhsal hastalıklara göre daha olumlu inançlara sahiptir.

4.5. Ölçek Alt Boyutlarının Birbirleri ile Korelasyonu Tartışması

Çalışmada, kişilik inançlar ölçeği alt boyutları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar alt boyutları arasında birçok anlamlı ilişki saptandı. İstatistiksel açıdan daha anlamlı olabilmesi için orta derecede olan ilişkiler sıralandı.

Toplam puan ortalaması üzerinden bakıldığında, çekingen, obsesif kompulsif, paranoid kişilik ölçek ortalama puanları arttıkça, ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarının daha çok arttığı görülmektedir. Çekingen kişilik yapısındaki bireylerin toplum içinde olumsuz değerlendirmeye aşırı duyarlı olması; obsesif kompulsif kişilik yapısındaki bireylerin değişime isteksiz, aşırı katı, kuralcı, düzenli, eksiksiz olma düşüncelerinin olması; paranoid kişilik yapısındaki bireylerin başkalarına karşı güvensiz ve kuşkucu olması gibi nedenlerin ruhsal hastalara/hastalığa karşı olumsuz inançlara sebep olduğu düşünülmektedir.

Alt ölçek puanları üzerinden bakıldığında, paranoid kişilik yapısındaki bireylerin başkalarına karşı kuşkucu ve güvensiz olması, ruhsal hastaları çaresiz ve kişiler arası ilişkilerinin bozuk olmasına inandıkları düşünülmektedir.

Bağımlı, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid, borderline kişilik

puanları arttıkça, ruhsal hastalığın utanılacak bir hastalık olduğuna olan inancının arttığı görülmektedir. Antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid, borderline kişilik yapısındaki bireyler, diğer kişiler tarafından beğenilmeye istekliyken, kendisi başka kişileri kolay kolay beğenemeyen kişiliğe sahip olduğundan dolayı, ruhsal hastalığı utanılacak bir durum olarak algıladığı düşünülmektedir. Bağımlı kişilik yapısındaki bireylerin ise, özgüveni eksik, kararsız ve kendi bakış açılarının başkaları tarafından kabullenilmeyeceği korkusu, ruhsal hastalığı utanılacak bir hastalık olarak gördüğü düşünülmektedir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmada elde edilen genel sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

5.1. Sonuçlar

- 1) Araştırmamıza katılan katılımcıların kişisel özelliklerinin çoğu (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yakınında ruhsal hastalık olma durumu) ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak eğitim durumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite mezunlarının ruhsal hastalıklara daha olumlu baktığı görülmüştür.
- 2) Çekingen, obsesif kompulsif, paranoid kişilik inançları ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki bulunmuştur. Bu kişilik inançlarına sahip bireyler, ruhsal hastalıklara karşı daha olumsuz değerlendirmelerde bulunmaktadır.
- 3) Alt ölçek puanlarına göre bakıldığında, paranoid kişilik inançları ile çaresiz ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki bulunmuştur.
- 4) Bağımlı, antisosyal, narsistik, histriyonik, paranoid, borderline kişilik inançları ile utanma alt boyutu puanları arasında pozitif yönde orta şiddette ilişki bulunmuştur.

5.2. Öneriler

Ruhsal hastalıklara yönelik inançlar; bu hastalıkların algılanmasına, gösterilen tepkilere, tedavi arama yollarına ve tedavi ilişkisinin kurulmasına büyük oranda etkili olurlar. Bu hastalıklara yönelik tutum ve tepkiler her toplumda farklılıklar göstermekle birlikte, genel olarak damgalayıcı özelliktedir. Damgalama ve ayırmacılık, ruhsal hastalıkların tedavisini, hastaya yaklaşımı ve rehabilitasyona zarar veren ana engellerden birisidir. Damgalamanın sonucunda ruhsal hasta ve yakınları toplumdan soyutlanmakta ve sağlık yardımı arama davranışları göstermemektedir. Bu yüzden damgalama karşıtı araştırma, eğitim programları ve kampanyalar gerekmektedir.

Ancak; toplumda bilgi ve tutum değişikliği oluşturmayı amaçlayan bu yaklaşımlarda kişisel özelliklerin yeterince dikkate alındığını söylemek güçtür. Hastalıkların kişiler için taşıdığı özel anlamların bilinmesi, kişilik özelliklerine ait psikolojik gereksinimlerin açığa çıkarılması ve kullanılan başa çıkma-telafi düzeneklerinin anlaşılması tutum değiştirilmesi için kolaylaştırıcı yöntemler olabilir. Bu bakımdan, bireylerin kişilik yapı veya özellikleri ile tutumlar ve damgalama arasındaki ilişkiyi ölçen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmada, ruhsal hastalığa yönelik tutumlarla orta derecede ilişkili olduğu bulunan üç kişilik yapısının ortak özelliğinin endişe ve kuşku olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumların azaltılması amacıyla uygulanacak programlarda bu inançları etkileyecek bilgi ve yaklaşımların kullanılması uygun olabilir.

Literatürde, Kişilik İnançlar Ölçeği alt boyutları ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği veya genel olarak stigmatizasyon arasındaki ilişkilerin incelendiği bir araştırma bulunmamaktadır. Ayrıca toplumsal tutum çalışmalarında kültürlerarası farklılıkları da mutlaka dikkate almak gerekmektedir. Bundan dolayı, çalışma sonuçlarını genelledebilmek ve karşılaştırabilmek için farklı kişilik ölçekleri kullanılarak, farklı gruplarda ve daha fazla sayıda denekle yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kişilik özelliklerinin bireylerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının üzerindeki etkisi dikkate alındığında, farklı kişilik yapılarının gereksinimlerine yönelik eğitim ve araştırmaların gerekli olduğu söylenebilir.



KAYNAKÇA

Aghanwa, H. (2004). Attitude toward and knowledge about mental illness in Fiji islands. *J Soc Psychiatry* , 50, 361-375.

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.* Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı.* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Angst, J. ve Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry* , 48, 445-457.

Arıkan, K. (2005). A stigmatizing attitude towards psychiatric illnesses associated with narcissistic personality traits. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* , 42 (4), 248-250.

Aydöner, H. (2009). İstanbul ilinde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* , 11, 107-127.

Baker, H. ve Baker, M. (1987). Heinz Kohut's self psychology: an overview . *Am J Psychiatry* , 144, 1-9.

Bates, L. ve Stickley, T. (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *J Psychiatrment Health Nurs* , 20, 569-575.

Beck, A. Freeman, A., ve Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford Press.

Beşiroğlu, L. ve Ağargün, M. (2006). The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach. *Turk Psikiyatri Derg* , 17, 213-222.

Bilge, A. (2006). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Doktora Tezi* . İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam* , 18 (1), 32-38.

Bozkurt, S. ve Top, E. (2009). *Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa karşı inançlarının incelenmesi. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı.* Akçakoca-Düzce.

- Brown, S. (2012). The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* , 15, 274–289.
- Bruch, H. (1994). *Conversations with anorexics (A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process)*. London: Jason Aronson inc.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (İ. D. Erguvan Sarıoğlu, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Butcher, J., Mineka, S. ve Hooley, J. (2008). *Abnormal psychology (13th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Can, Y. (2007). A tipi ve B tipi kişilikler bakımından mobbing kişilik ilişkisinin incelenmesi ve bir uygulama. *Yüksek lisans tezi* . Kocaeli: T.C. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Canu, W.H. ve ark. (2008). Social appraisal of adult ADHD stigma and influences of the Beholder's big five personality traits. *Journal of Attention Disorders* , 11 (6), 700-710.
- Clarkin, J. ve ark. (2007). An object relations model of borderline pathology . *Journal of Personality Disorders* , 21 (5), 474- 499.
- Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Derg* , 8, 215-23.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 9, 91-96.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç,tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 4 (2), 91-101.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2011). Türkiye'nin batısında yaşayan halkın ruhsal hastalığa ve hastalara yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Symposium* , 49 (3), 131-140.
- Dereboy, Ç., Eskin, M. ve Şenyuva, H. (2007). Aydın ili normal popülasyonda kişilik bozukluklarının prevalans çalışması ve ilişkili parametrelerin çalışılması. Tubitak Araştırma Projesi.
- Dessoki, H. ve Hifnawy, T. (2009). Beliefs about mental illness among university students in Egypt. *Europe's Journal of Psychology* , 5 (1), 1-19.
- Durna, U. (2005). A Tipi ve B Tipi kişilik yapıları ve bu kişilik yapılarını etkileyen faktörlerle ilgili bir araştırma. *İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi* , 19 (1), 275–290.

- Ekehammar, B. ve Akrami, N. (2003). The relation between personality and prejudice: a variable- and a person- centred approach. *European Journal of Personality* , 17 (6), 449–464.
- Engin, E. ve Özgür, G. (2004). Yoğun bakım hemşirelerinin uyku düzen özelliklerinin iş doyumunu ile ilişkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 20 (2), 45-55.
- Eroğlu, F. (1996). *Davranış bilimleri*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Eroğlu, T. ve Kılıç, H. (2005). Türk inançları ve inanışları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi* , 49 (1), 749-770.
- Francis, L. J. ve Jackson, C. J. (2004). Which version of the Eysenck personality profiler is best? 6-, 12- or 20- items per scale. *Personality and Individual Differences* , 37 (8), 1659–1666.
- Geçtan, E. (2002). *Psikanaliz ve sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gerring, R. J. ve Zimbardo, P. G. (2014). *Psikoloji ve yaşam 19.basım*. (G. Sart, Çev.) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gönen, G. (2014). Algılanan anne baba tutumunun üniversite öğrencilerinin bilişsel çarpıtmaları ve kişilik yapıları ile ilişkisi. *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi* . İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Hall, C. S. ve ark. (1985). *Introduction to theories of personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Hazar, Ç. M. (2006). Kişilik ve iletişim tipleri. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi* , 4 (2), 125-140.
- Hinshaw, S. P. ve Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* , 4, 367-393.
- Hirai, M. ve Clum, A. G. (2000). Development, reliability and validity of The Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* , 22 (3), 221-236.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. New York.
- Jablensky, A., Sartorius, N. ve Ernberg, G. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychol Med Monogr Suppl* , 20, 1-97.
- Javed, Z. ve ark. (2006). Attitude of the university students and teachers towards mentally ill in Lahore. *J Ayub Med Coll Abbottabad* , 18, 55-58.
- Jung, C. (1959). *The concept of the collective unconscious. In the archetypes and the collective unconscious, collected works*. Princeton: Princeton University Press.

- Kabir, M. ve ark. (2004). Perception and beliefs about mental illness among adults in Karfi Village. *BMC International Health And Human Rights* , 4 (3).
- Kazdin, A. E. (2000). *APA Books: Encyclopedia of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kessler, R. C., Berglund, P. ve Demler, O. (2005). Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* , 62 (6), 593-602.
- Kilpatrick, D. G. ve ark. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 71 (4), 692-700.
- Kırpınar, İ. (2012). Erzurum numune hastanesi psikiyatri kliniğine yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma üzerine bir araştırma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 5, 24-28.
- Kirsne, D. ve Stozier, C. (2001). *Heinz Kohut: The making of a psychoanalyst*. New York: Straus & Giroux.
- Kocabasoğlu, N. ve Aliustaoğlu, S. (2003). Stigmatizasyon. *Yeni Symposium Dergisi* , 41 (4), 190-192.
- Köknel, Ö. (1986). *Kişilik*. İstanbul: Altın Kitapları.
- Kuş, S. E. (2010). Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Derg* , 21, 14-24.
- Külüg, M. ve Coşkun, S. (2012). *Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi*. Erzurum: II.uluslararası VI. ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi, özet cdsi.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. ve Lang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality* , 19, 257-268.
- Mak, W. ve ark. (2006). Comparative stigma of HIV-AIDSSARS,SARS and tuberculosis in Hong Kong. *Social Science and Medicine* , 63 (7), 1912–1922.
- Markowitz, F. (1999). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behavoir* , 39 (4), 335-347.
- Milivojeviæ, L. ve Iveziaë, S. (2004). Importance of object relations theories for development of capacity for mature love. *J Croat Med* , 45, 18-23.
- Murray, R. ve Lewis, S. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *J Br Med* , 19, 295-681.

- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology* , 66, 574-553.
- Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* , 2, 31-39.
- Oltmanns, T., Neale, J. ve Davison, G. (2003). *Anormal davranışlar psikolojisinde vaka çalışmaları*. (İ. Dağ, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Os, J. V. ve Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *the Lancet* , 374 (9690), 635-645.
- Öksüz, E., Vural, H. ve Oflaz, F. (2005). Aile bireylerinin psikiyatrik hastalara ilişkin tutumlar. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi* , 1 (3), 11-20.
- Özbaş, D., Küçük, L. ve Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 21, 14-23.
- Öztürk, M. (1995). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 6.Basım*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği .
- Penn, D. L. ve Nowlin-Drummond, A. (2001). Politically correct labels and schizophrenia:A rose by any other name? *Schizophrenia Bulletin* , 27, 197–203.
- Perala, J., Suvisaari, J. ve Saarni, S. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* , 64, 19-28.
- Pomponio, R., Coskun, T. ve Demirkol, M. (2000). Novel mutations cause biotinidase deficiency in Turkish children. *J Inherit Metab Dis* , 23, 120-8.
- Rasmussen, S. ve Eisen, J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* , 15 (4), 743-758.
- Riana, A., Osman, C. ve Ainsah, O. (2008). Psychiatric morbidity and attitudes towards mental illness among patients attending primary care clinic of Hospital University Kebangsaan Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry* , 17, 30-43.
- Rogers, C. (1947). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist* , 2, 358-368.
- Sağlık Bakanlığı. (2001). *Ruhsal bozukluğu olanları dışlamayalım tedavi için cesaretlendirelim*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Saucier, G. ve Goldberg, L. R. (1998). What is beyond the Big Five? *Journal of Personality* , 66, 495–524.

- Schroeder, S. ve Courtemanche, A. (2012). Early prevention of severe neurodevelopmental behavior disorders: an integration. *J Ment Health Res Intellect Disabil* , 5, 203-214.
- Schulze, B. ve Angermeyer, M. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* , 56, 299-312.
- Sibley, C. G. ve Duckitt, J. (2008). Personality and prejudice: A meta-analysis and theoretical review. *Personality and Social Psychology Review* , 12, 248–279.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology* , 43 (2), 476-493.
- Sulloway, F. (1996). *Born to rebel: birth order, family dynamics, and creative lives*. New York: Pantheon.
- Taymur, İ. ve Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* , 4 (2), 154-177.
- Tolan, B. (1985). *Toplum Bilimlerine Giriş*. Ankara: G.Ü.Yayımları.
- Topaç, E. (2004). Aile bireylerinin ruhsal hastalıklara karşı tutumları. *Yüksek Lisans Tezi* . Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tuna, A. (1997). Akıl hastalarının sosyal red durumunun hasta ailesi üzerindeki etkilerinin araştırılması. *Yüksek Lisans Tezi* . İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Turgay, A. (1972). Türk atasözlerinin davranış bilimlerini ilgilendiren konuları üzerinde bir inceleme. *VIII. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, (s. 497-505). Marmaris.
- Türkçapar, M., Örsel, S. ve Uğurlu, M. v. (2007). Kişilik İnanç Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* , 10, 177-191.
- Tyler, L. (1965). *The psychology of human differences*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Üçok, A. (2002). *Psikiyatrik bozukluklara ilişkin damganın psikoterapiye etkisi*. XI.Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Tam Metin Kitabı.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri* , 20 (3), 3-8.
- Ünal, S., Hisar, F., Çelik, B. ve Özgüven, Z. (2010). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 23 (3).
- WHO. (2002). *World Health Day- 7 April 2001 "Mental Health: Stop exclusion-Dare to care"*. <http://www.icn.ch>. adresinden alınmıştır

Worthman, C. (1988). *Psychology*. New York: Alfred Knopf Inc.

Yanbastı ve Gülgün. (1996). *Kişilik Kuramları* (2. Baskı b.). İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema- focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.

Yüksel, G. ve Taşkın, E. (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Derg* , 6, 113-121.

Yüksel, N. (2012). Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. *Yüksek Lisans Tezi* . Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AnaBilim Dalı.



EKLER

EK1 - KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK 2 - RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

EK 3 - KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ-Kısa Form-V.1

EK 1- KİŞİSEL (SOSYODEMOGRAFİK) BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Minuran Patikula tarafından kişilik inançların ruhsal hastalıklara yönelik inançlara etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dilediğiniz zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Soruların doğru veya yanlış cevapları bulunmamaktadır. Sizden her soruyu eksiksiz cevaplamanız beklenmektedir. Sizden isminizi yazmanız istenmemektedir. Sonuçlar yalnız yüksek lisans tez araştırması amacıyla kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırma sonucu ile ilgili bilgi almak için aşağıdaki iletişim adresine mail atmanız yeterlidir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

E-posta: tesniym27@gmail.com

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Eğitim durumunuz:

ilkokul Ortaokul Lise Üniversite Lisansüstü

4. Medeni durumunuz:

Evli Bekâr

5. Çocuk sahibi olma durumunuz:

Evet Hayır

6. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

7. Gelir durumunuz:

İyi Orta Kötü

8. Ruhsal hastalığı olan bir yakınınız var mı?

Var Yok

9. Eğer “ 8. ” soruya yanıtınız “var” ise ruhsal sorunu olan hastaya yakınlığınız:

Annesiyim kardeşiyim Eşiyim

Bir akrabasıyım Arkadaşıyım Diğer (belirtiniz)

10. Yukarda söz ettiğiniz hasta ile bir evde mi yaşıyorsunuz?

Evet Hayır

11. Ruhsal sorunlu bireylerin sizde daha çok yaşattığı duygu nedir?

Korku Öfke Sıkıntı

Heyecan Mutluluk Diğer (belirtiniz)

12. Bir yakınınız ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, öncelikle iyileşmesi için yardım alacağınız birey:

Psikiyatrist Psikolog Pratisyen hekim

Hacı-hoca Hemşire Diğer (belirtiniz).....

13. Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir?

Travmatik olaylar(deprem ,sel gibi olaylar...) Aile içi çatışmalar

Geçirilen enfeksiyon hastalıkları Dinsel problemler

Büyü gibi doğa üstü güçler Kalıtsal yatkınlık

Diğer(belirtiniz).....

EK 2- RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

(BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE)

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

Ölçek Değerlendirmesi:

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------

	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1	Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2	Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3	Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4	“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5	Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6	Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7	Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8	Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9	Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10	Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11	Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12	İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						

13	Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.								
14	Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.								
15	Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.								
16	Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.								
17	Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.								
18	Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.								
19	Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.								
20	Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.								
21	Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.								

EK 3- KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ-Kısa Form-V.1

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

Ölçek Değerlendirmesi:

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

	NE KADAR İNANIYORSUNUZ?					
1	Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılamaz bir şeydir.					
2	Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.					
3	Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.					
4	Bir yandan yetkili kişilerin hâkimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım					
5	Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.					
6	Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.					
7	Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.					
8	İlgi merkezi olmalıyım.					
9	Eğer bir sistemim olmazsa her şey darmadağın olur.					
10	Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.					
11	Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.					
12	Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım					
13	Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.					

14	Diğer insanların gizli amaçları vardır.						
15	Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.						
16	Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.						
17	Diğer insanlar bilerek beni aşağıyorlar.						
18	Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.						
19	Ayrıntılar son derece önemlidir.						
20	İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.						
21	Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler						
22	İstedigimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.						
23	Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.						
24	Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.						
25	İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.						
26	Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.						
27	Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.						
28	Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.						
29	Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissederim.						
30	Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.						
31	Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.						
32	Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.						
33	Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.						
34	Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.						
35	Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.						
36	Diğer bir insana “bağlanıp” kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.						
37	İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.						
38	Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.						
39	İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.						
40	Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.						

41	Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.					
42	Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.					
43	İnsanlar bana yakınlaşırlarsa benim“gerçekten” ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.					
44	Muhtaç ve zayıfım.					
45	Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.					
46	Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.					
47	İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.					
48	Eğer fırsat veririmsem insanlar beni kullanırlar.					
49	Her zaman hazırlıklı olmalıyım.					
50	Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.					
51	Kurallar keyfidir ve beni sıkır.					
52	İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.					
53	İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.					
54	Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.					
55	Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü fark etmezler.					
56	İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.					
57	Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.					
58	Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.					
59	Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.					
60	Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.					
61	Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.					
62	Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.					
63	Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.					
64	Diğer insanlara güvenemem.					
65	Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.					