

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ERGENLERDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ
GÖRÜLME SIKLIĞI VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ
ŞEMALARIN KİŞİLİK BOZUKLUKLARINI
YORDAYICI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülnur İLK

İstanbul
Eylül-2019

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

ERGENLERDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ GÖRÜLME
SIKLIĞI VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN KİŞİLİK
BOZUKLUKLARINI YORDAYICI ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gölnur İLK

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

İstanbul
Eylöl-2019

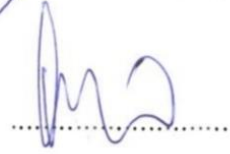
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE



Üye Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

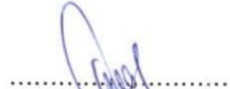


Üye Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Prof. Dr. Ömer ÇAHA
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Görülme Sıklığı ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kişilik Bozukluklarını Yordayıcı Etkilerinin İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.


İmza
Gülnur İLK

ÖNSÖZ

Araştırmamdaki her aşamada benim için oldukça yol gösterici ve destekleyici olan, merakımı ve heyecanımı paylaşan, beni her zaman teşvik eden değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE'ye emeği için çok teşekkür ederim. Yüksek lisans sürecinde üzerimde önemli bir emeği olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ'a ve değerli jüri üyem Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK'e tez savunma sınavı sırasındaki değerli katkılarından ve önerilerinden dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca önemli katkılarıyla beni bu alanda uzmanlığa teşvik eden sevgili hocam Öğretim Görevlisi Mehmet TEKNECİ'ye teşekkürlerimi sunarım. Yanı sıra araştırmama destek veren tüm idareci ve öğretmenlere, katılımcılara, öğrencilerime, beni bu sürece hazırlayan ve destekleyen tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Bu süreçte beni her yönden destekleyen sevgili aileme ne kadar teşekkür etsem az...

Gölnur İLK
İstanbul-2019

ÖZET

**ERGENLERDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ GÖRÜLME
SIKLIĞI VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARIN KİŞİLİK
BOZUKLUKLARINI YORDAYICI ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülnur İLK
Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji
Tez danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE
Eylül-2019, 203+XI sayfa

Bu araştırmada, ergenlerde kişilik bozukluklarının olası görülme sıklık oranlarını tespit etmek ve etiyojisine yönelik olarak erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır. Amaçlara yönelik olarak Demografik Bilgi Formu, Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Formu ve Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 kullanılmıştır. Araştırma örneklemini 2018-2019 eğitim öğretim yılında İstanbul ilinde 3 ilçede, 9 ortaöğretim kurumunda yer alan 14-18 yaş arası 520 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda ergenlerde kişilik bozuklukları olası görülme sıklık oranı %23,27 olarak belirlenmiştir. Her bir kişilik bozukluğu için olası görülme sıklık oranları %3,3 ile %5,4 arasında değişim göstermiştir. Tüm erken dönem uyumsuz şemalarının kişilik bozuklukları ile anlamlı derecede ilişkili bulunduğu ve erken dönem uyumsuz şemalarının kişilik bozukluklarını %22 ila %53,4 aralığındaki değişik oranlarda yordama gücüne sahip oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, DSM-5, Kişilik Bozuklukları, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

ABSTRACT

**THE PREVALENCE OF PERSONAL DISORDERS IN
ADOLESCENTS AND THE INVESTIGATION OF THE
PREDICTOR EFFECTS OF PERSONAL DISORDERS OF THE
EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS**

Glnur İLK

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BİLGE

September-2019, 203+XI pages

The aim of this study was to determine the incidence rates of personality disorders in adolescents and to investigate its relationship with early maladaptive schemas for the etiology. Demographic Information Form, Psychological Disorders Inventory for Adolescents Personality Disorders Form and Young Schema Scale Short Form-3 were used for the purposes. The sample of the study consists of 520 students between the ages of 14 and 18 in 9 secondary schools in 3 districts in Istanbul in 2018-2019 academic year. As a result of the study, the incidence of personality disorders in adolescents was found to be 23.27%. The incidence rates for each personality disorder ranged from 3.3% to 5.4%. It was found that all early maladaptive schemas were significantly associated with personality disorders, and early maladaptive schemas were predictive of personality disorders at varying rates from 22 % to 53.4%.

Key Words: Adolescence, DSM-5, Personality Disorders, Early Maladaptive Schemas

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1.Problem	2
1.2. Amaç	4
1.3.Araştırmanın Önemi.....	4
1.4. Varsayımlar	6
1.5. Sınırlılıklar	6
1.6. Tanımlar	6

İKİNCİ BÖLÜM

ERGENLİK DÖNEMİNDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR.....

2.1.Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri.....	7
2.2.Kişilik Bozuklukları	15
2.2.1.Kişilik Bozuklukları Türleri.....	17
2.2.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	18
2.1.2.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	26
2.1.2.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	38

2.2.2. Kişilik Bozukluklarının Ölçülmesi.....	44
2.3. Ergenlerde Kişilik Bozuklukları	47
2.3.1. Ergenlerde Kişilik Bozukluğunun Kararlılığı	51
2.3.2. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarında Komorbidite	53
2.3.3. Ergenlerde Kişilik Bozukluğunun Gelişimi	56
2.2.4. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarında Tedavi	58
2.4. Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Modelleri	63
2.4.1. Şema Terapi	65
2.4.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	68
2.5. İlgili Literatür.....	77

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	102
3.1. Araştırmanın Modeli	102
3.2. Evren ve Örneklem	103
3.3. Veri Toplama Araçları	104
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	104
3.3.2. Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Alt Ölçeği (EPBE-KB).....	104
3.3.2. Young Şema Ölçeği Kısa Form(YŞÖ)	104
3.4. İşlem.....	106
3.5. Verilerin Analizi	106

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI	107
4.1. Sosyodemografik Bilgiler.....	107
4.2. EPBE Kişilik Bozuklukları Formu ve Young Şema Ölçeği Kısa Form Bulguları.....	109
4.3. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Olası Görülme Sıklığı Bulguları.....	110
4.4. Ergenlerde Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular.....	113
4.5. Kişilik Bozuklukları ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	115
4.6. Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Kişilik Bozukluklarını Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	118

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA 127

5.1.Genel Değerlendirme ve Tartışma 127

5.1.1 Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Olası Sıklığına Yönelik Genel Değerlendirme ve Tartışma 127

5.1.2 Ergenlerde Kişilik Bozuklukları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların İlişkisine Yönelik Genel Değerlendirme ve Tartışma..... 137

SONUÇ..... 153

KAYNAKÇA..... 157

EKLER..... 193

ÖZGEÇMİŞ 202

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: DSM-5 Kişilik Bozuklukları:	18
Tablo 2.2: Erken Uyumsuz Şemaların Etki Alanları:	71
Tablo 2.3: Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaları:	72
Tablo 2.4: Koşullu ve Koşulsuz Şemalar:	74
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Bilgileri.....	108
Tablo 4.2: EPBE-KBF ve YŞÖ Alt ölçeklerinin Araştırmamızdaki Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları	109
Tablo 4.3: Kişilik Bozukluklarının Cinsiyete Göre Olası Görülme Sıklık Sayıları ve Oranları	110
Tablo 4.4: Kişilik Bozukluklarının Bölgelere Göre Olası Görülme Sıklık Sayıları ve Oranları	111
Tablo 4.5: Eş Tanı Sayısına Göre Olası Kişilik Bozuklukları Dağılımı	111
Tablo 4.6: Örneklemin EPBE Kişilik Bozuklukları Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması	111
Tablo 4.7: Kişilik Bozuklukları Ortalama Puanlarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması.....	112
Tablo 4.8: Örneklemin YŞÖ Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	113
Tablo 4.9: Şema Ortalama Puanlarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması	114
Tablo 4.10: Kişilik Bozuklukları ile Erken Dönem Uyumsuz Şema Ortalama Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları.....	117
Tablo 4.11: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Paranoid KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	119
Tablo 4.12: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Şizotipal KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	119
Tablo 4.13: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Şizoid KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	120

Tablo 4.14: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Davranım Bozukluğu Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	121
Tablo 4.15: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Borderline KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	122
Tablo 4.16: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Histriyonik KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	122
Tablo 4.17: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Narsisistik KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	123
Tablo 4.18: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Çekingen KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	124
Tablo 4.19: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Bağımlı KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	125
Tablo 4.20: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Obsesif Kompulsif KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları.....	125

KISALTMALAR LİSTESİ

EPBE-KB	:Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Alt Ölçeği
YŞÖ	:Young Şema Ölçeği
PKB	: Paranoid Kişilik Bozukluğu
ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
HKB	: Histriyonik Kişilik Bozukluğu
NKB	: Narsisistik Kişilik Bozukluğu
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
ŞT	: Şema Terapi
APA	: Amerikan Psikoloji Birliği
DSM	: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması El Kitabı
Akt	: Aktaran
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
sf	: Sayfa
vd	: ve diğerleri
SPSS	: (Statistic Packets For Social Seciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre çocukluk ve ergenlikte görülen psikiyatrik bozuklukların bu yaş grubunun %9-21 gibi önemli bir bölümünü etkilediği tahmin edilmekte ve bu bozuklukların araştırılmasına verilen önem gün geçtikçe artmaktadır (Ford, Goodman ve Meltzer, 2003; Roberts, Attkisson ve Rosenblatt, 1998). Ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının arttığını gösteren epidemiyolojik çalışmalar, ergenlerin önemli bir oranının tedavi sürecine girmediğini göstermektedir (Hickie, Fogarty, Davenport, Luscombe ve Burns, 2007). Oysa bu dönemdeki ruhsal bozuklukların tespit edilememesi ve tedavisiz kalması durumunda daha da pekişerek yetişkin psikopatolojisine evrilebilmesi ve hem erken dönemde hem yetişkinlikte kişinin hayatında işlev kaybı yaratabilmesi oldukça beklendiktir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanındaki ihtiyacın artmasıyla beraber ülkelerin bu alanda sağlık politikaları oluşturmaları kaçınılmazdır (Dursun, Güvenir ve Özber, 2010:401). Çocuk ve ergen ruh sağlığı uygulamalarında korumaya yönelik toplum sağlığı hizmetlerinin önemi göz önüne alındığında ülkemizde risk altındaki çocuk ve ergenlerin oluşturduğu büyük bir nüfusa yönelik hizmet planlamasına ihtiyaç olduğu açıktır (Serim-Demirgören ve Aras, 2018). Bu planlamaların ilk adımı çocukluk ve ergenlik çağı psikiyatrik bozukluklarının sıklıklarının belirlenmesi olarak ele alınmaktadır ancak bazı yöntemsel sorunların bu çalışmaları güçleştirdiği bilinmektedir (Dursun, Güvenir ve Özber, 2010:401).

Kişilik bozuklukları, toplumda oldukça yaygın görülen ve işlevsellikte önemli bozulmalarla seyreden ve diğer psikolojik bozukluklara sıklıkla eşlik eden ve hatta kaynaklık edebildiği tartışma konusu olan bir ruh sağlığı problemidir. Yetişkinlerde kişilik bozuklukları, yüksek toplumsal maliyetlerle ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkiliyken bu durumun ergenlerde de benzer olması beklendiktir. Türkiye’de KB üzerine yapılan araştırmaların önemli bir bölümü olgu-kontrol deseninde olup tanımlayıcıdır (Binbay vd., 2014:274). Bu araştırmalarda, çoğunlukla antisosyal kişilik bozukluğu ve sınırlı sayıda diğer kişilik bozuklukları ele alınmıştır ve gerek derleme çalışması gerek çeşitli değişkenlerle ilişkilerinin araştırıldığı çalışmalar

yürütülmüştür (Anlı ve Bahadır, 2007; Ateş vd., 2009; Basoglu vd., 2011; Çalışır, 2008; Erdem vd., 2010; Ozan, Karapınar, Aydın ve Fidan, 2008; Semiz vd., 2007; Semiz vd., 2008; Türkçapar vd., 2004; Türksoy, Tükel ve Özdemir, 2000). Türkiye’de kişilik bozukluğu epidemiyolojisi ile ilgili yürütülen toplum örneklemli çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bununla ilişkili olarak bu bölümde; problem durumu, araştırmanın amacı, önemi, varsayımlar, sınırlılıklar ve tanımlar bölümlerine yer verilmiştir.

1.1.Problem

Kişilik bozuklukları, toplumda oldukça yaygın görülen ve işlevsellikte önemli bozulmalarla seyreden ve diğer psikolojik bozukluklara sıklıkla eşlik eden bir ruh sağlığı problemidir. Yetişkinler için kişilik bozuklukları, literatürde ve DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)’de görece daha iyi tanımlanmakla birlikte ergenlik döneminde kişilik bozukluğu tanısı hakkında hala önemli tartışmalar mevcuttur. Bununla birlikte giderek artan sayıda araştırma, ergenlerde kişilik bozukluğunun varlığını tanımaktadır (Bernstein vd., 1993; Grilo vd., 1998; Hessels vd., 2014; Johnson vd., 2000b, Korsgaard, 2017; Shiner ve Allen, 2013). Araştırmalar, bazı istisnalarıyla beraber ergenlerde kişilik patolojisinin yetişkinlerdekine benzediği ve 14-18 yaş arası ergenlerde teşhis edilebilir olduğunu ortaya koymaktadır (Westen vd., 2003). Ayrıca eş tanı, kişilik bozuklukları için kural gibi görünmektedir ve ergenlerde kişilik bozukluklarında yüksek oranda eş tanı mevcuttur (Cohen vd., 2005:466-486; Korsgaard, 2017:5; Neri vd., 2013:176).

Ergenlerde kişilik bozukluklarıyla ilgili güncel çalışmalar, teşhisi önerse ve gerekli kılssa da pratikte farklı eğilimler gözlemlenmektedir. Ruh sağlığı uzmanlarının ergenlerde kişilik bozuklukları teşhisinde gönülsüz olduğu anlaşılmaktadır (Laurensen vd., 2013). Klinik ortamda, psikopatolojisi olan ergenlerin önemli bir kısmının KB için özellikler taşıdığı anlaşılmaktadır ve bu noktada etiketlemenin etkisi ile ilgili hususlar tartışılmaktadır (Magallón-Neri, Santacana ve Canalda, 2013). Türkiye’de ilgiçtir ki çocuk, ergen ve yetişkinlerde psikiyatrik belirti ve tanı başvurularını değerlendiren birçok çalışmada kişilik bozukluğu tanısının yaygınlığı konu bile edilmemektedir (Akın-Sarı, 2013; Aras, Ünlü ve Taş, 2007; Keskin, Ünloğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013; Uçar, Vural, Kocael, Köle, Dağdelen ve Kırtıl, 2014). Yine maalesef, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin

değerlendirilmesi üzerine yürütülen çalışmalarda da kişilik bozukluğu değerlendirmeleri üzerinde durulmadığı dikkat çekmektedir (Çelik vd., 2011; Ünlü, Aksoy ve Ersan, 2014). Son yıllarda uluslararası literatürde ergenlerde kişilik bozuklukları ve tedavisine yönelik araştırmaların hızla artmasına rağmen ülkemizde bu konuda yok denecek kadar az çalışma mevcuttur.

Şema terapi yaklaşımıyla beraber kişilik bozuklukları; modlar ve altta yatan erken dönem uyumsuz şemalar açısından kavramsallaştırılmaktadır (Bach ve Bernstein, 2018: 9; Dieckmann ve Behary, 2010; Young, 1990). Bu yaklaşım, kişilik bozukluklarının tedavisinde etkililiği çalışmalarla desteklenmiş; yaşam boyu devam eden kronik sorunlara yönelik bütüncül bir tedavidir (Ertürk ve Kaynar, 2017). Psikolojik problemlerin gelişimsel kaynağına vurgu yaparak, psikososyal işlevselliğin hayat boyu süren örüntüler olduğunu söylemekte ve uyumsuz davranış ve bilişin değişmez çekirdek temalarına yani erken dönem uyumsuz şemalara vurgu yapmaktadır (Güner, 2013:17).

Şema Terapi'nin kavramsal modelinin temelinde yer alan bu erken dönem uyumsuz şemalar; gelişimin erken dönemlerinden itibaren gelişen ve yaşam boyu detaylandırılabilen, işlevsel olmayan, bireyin kendilik algısını ve kişilerarası ilişkilerini yıkıcı yönde etkileyebilen ve yaşam boyunca sürekli tekrar eden duygusal ve bilişsel örüntülerdir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu şemalar, çocukluk ve ergenlik döneminde geliştirilip hayat boyu yorumlanan ve belli bir dereceye kadar işlevsiz, kişinin kendisi ve başkaları ile olan ilişkilerine dair anılar, duygular, bedensel hisler ve bilişlerden oluşan kapsamlı, yaygın bir kalıp veya şablondur (Corral ve Calvete, 2014; Khalily, 2012:3). Ergenlerde kişilik bozukluğunun gelişimini inceleyen çalışmalar da gelişimsel sürece ve bu süreçte yaşanan bazı aksamalara vurgu yapmaktadır (Ensink vd., 2015:46-69; Infurna vd., 2016:185-190; Johnson vd., 2000a:1408-1411; Steele vd., 2015:16-32). Tam da bu noktada, ergenlerde kişilik bozukluklarının sıklığının ve öncüllerinin değerlendirilmesinin ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkilendirilmesinin oldukça önemli olduğunu görülmektedir.

1.2. Amaç

Araştırmamızın amacı, ergenlerde görülen kişilik bozukluklarını epidemiyolojik açıdan değerlendirmek ve kişilik bozukluklarının etiyolojisi çerçevesinde erken dönem uyumsuz şemalar tarafından ne düzeyde yordandığını tespit etmektir.

Tezimizin konusundan ve amacından hareketle temelde ilk üç soru olmak üzere aşağıda sıralanan sorulara cevap aranmıştır:

1. Kişilik bozukluklarının ergenlerde görülme sıklığı nedir?
2. Ergen örnekleme kişilik bozuklukları ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında bir ilişki var mıdır?
3. Ergen örnekleme hangi erken dönem uyumsuz şemaları hangi kişilik bozukluklarını ne düzeyde yordamaktadır?
4. Ergen örnekleme kişilik bozuklukları ile sosyodemografik özellikler arasında bir ilişki var mıdır?
5. Ergen örnekleme erken dönem uyumsuz şemalar ile sosyodemografik özellikler arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Toplumdaki kişilik bozukluklarının yaygınlığı ve bağıntıları hakkında bilgi sahibi olmak, tedavi gereksinimlerini belirlemek ve psikiyatrik hizmetlerin bu doğrultuda sağlanması oldukça önemlidir. Bununla beraber çok az sayıda çalışma, ergenlik döneminde kişilik bozukluğunun yaygınlığını araştırmıştır (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32). Bir kişilik bozukluğu, erken yetişkinlik döneminden daha geç olmamak kaydıyla bir başlangıç gerektirir. Giderek artan sayıda araştırma, ergenlerde kişilik bozukluğunun varlığını tanımaktadır (Bernstein vd., 1993; Grilo vd., 1998; Hessels vd., 2014; Johnson vd., 2000b, Korsgaard, 2017; Shiner ve Allen, 2013). Araştırmalar, bazı istisnalarıyla beraber ergenlerde kişilik patolojisinin yetişkinlerdekine benzediği ve 14-18 yaş arası ergenlerde teşhis edilebilir olduğunu ortaya koymaktadır (Westen vd., 2003). Tüm bunlarla beraber mevcut tanı sistemi, kişilik bozukluğu kategorilerinin gelişim sırasında kişilik patolojisinde beklenen

değişiklikler nedeniyle, nadir durumlarda çocuk ve ergenlere uygulanmasını önermektedir (Lynam vd., 2009).

Kişilik bozuklukları, ergenlik döneminde de yetişkinlerde olduğu gibi yaygındır (Shiner, 2009). Araştırmalar, klinik bir ortamda ergenlerin yaklaşık yarısının bir kişilik bozukluğundan muzdarip olduklarını göstermektedir (Feenstra vd, 2011:842-850). Ergenlerde kişilik bozukluğunun genel yaygınlıkları değerlendirildiğinde ise çalışmalar %6-17 aralığını işaret etmektedir; yatan hastalarda ve daha şiddetli bir şekilde rahatsız olan hastalarda %41-88 aralığını belirleyen çalışmalar mevcuttur (Korsgaard, 2017). Bunlara ister kişilik bozukluğu, ister özellikleri, ister de öncülleri denilsin; tüm bunların yetişkinlerde olduğu gibi yaygın olduğu açıktır. İster istikrarlı, ister değişme eğiliminde olsun; tüm bu göstergelerin bugünün planlanması ve geleceği yordama açısından çok önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Literatür açık bir şekilde göstermektedir ki, ergenlik döneminde KB tanıları ile diğer tanılar arasında yaygın bir eşzamanlılık görülmektedir. Kişilik özellikleri ve bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görüldüğünden ve hatta Eksen I bozukluklarına zemin hazırlayıp tedavi sürecini olumsuz etkilediğinden klinik açıdan büyük önem taşımaktadır ve kişilik, diğer tanılar için en önemli karıştırıcı faktör özelliği taşımaktadır (Taymur ve Türkçapar, 2012:172). Bununla birlikte ergenlerde kişilik bozukluklarıyla ilgili güncel çalışmalar, teşhisi önerse ve gerekli kılarsa dapraticte farklı eğilimler gözlemlenmektedir. Ruh sağlığı uzmanlarının ergenlerde kişilik bozuklukları teşhisinde gönülsüz olduğu anlaşılmaktadır (Laurensen vd., 2013). Klinik ortamda, psikopatolojisi olan ergenlerin önemli bir kısmının KB için özellikler taşıdığı anlaşılmaktadır ve bu noktada stigmanın etkisi ile ilgili hususlar tartışılmaktadır (Magallón-Neri, Santacana ve Canalda, 2013). Türkiye’de ilgiçtir ki çocuk, ergen ve yetişkinlerde psikiyatrik belirti ve tanı başvurularını değerlendiren birçok çalışmada kişilik bozukluğu tanısının yaygınlığı konu bile edilmemektedir.

Son yıllarda uluslararası literatürde ergenlerde kişilik bozuklukları ve tedavisine yönelik araştırmaların hızla artmasına rağmen ülkemizde bu konuda yok denecek kadar az çalışma mevcuttur. Uluslararası çalışmalarda ergenlerde kişilik bozukluğu için tedavi gelişimi başlangıç aşamasında olup ergenlere özgü müdahaleler hala gelişim sürecindeyken, mevcut psikoterapilerin çoğu yetişkin modellerinin bu gelişim evresine uyarlanması içermektedir. Tüm bu nedenlerle ergenlerde kişilik

bozuklukları sıklığına dair sorulara cevap aranmasının ve gelişimi/tedavisi için şema terapisi yaklaşımı kapsamında erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin değerlendirilmesinin literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Varsayımlar

1-Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ve yöntemlerinin geçerliliği ve amaca uygunluğu varsayılmıştır.

2-Araştırmaya katılan öğrencilerin ölçek maddelerini içtenlikle ve kendi düşüncelerini ifade edecek şekilde yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

1-Araştırma; araştırmacı tarafından geliştirilen demografik bilgi formuna, kişilik bozuklukları ve erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek için kullanılan ölçme araçlarına verilen yanıtlarla sınırlıdır. Bir ölçme aracının bazı güçlü ve zayıf yönleri söz konusu olabilmektedir. Ergenlerde kişilik bozukluğu sıklığına, erken dönem uyumsuz şema özelliklerine ve bunların ilişkisine yönelik elde edilen verilerin kendi kendini değerlendirme aracı kullanılarak elde edildiği unutulmamalıdır ve veriler bu durum göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Araştırmada kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinin farklı yöntemlerle desteklenmemesi bir sınırlılık oluşturmaktadır.

2-Araştırma, 2018-2019 eğitim öğretim yılında İstanbul ilinde Avrupa yakasında yer alan üç ilçede araştırmaya katılan, okul türleri ve gönüllü olmaları göz önünde bulundurularak seçilmiş 9 ortaöğretim kurumunda yer alan 9.-10.-11. ve 12. sınıf öğrencilerinin ölçeklere verdiği yanıtlar ile sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Epidemiyoloji: Hastalıkları ve sağlığı ilgilendiren olayların sıklıklarının, yaygınlıklarının ve dağılımlarının incelenmesi, nedenlerinin araştırılması ve bunların teşhis, tedavi ve önlenmeleri için en uygun yöntemleri belirlemeyi içeren bir yöntem bilimdir (Tezcan, 1992).

Kişilik Bozuklukları: Amerikan Psikiyatri Birliği ruhsal problemleri sınıflandırma sistemi DSM-5'e göre; "bireyin kültürünün beklentilerinden belirgin bir şekilde sapan, yaygın ve esnek olmayan, ergenlikte veya ön yetişkinlikte başlayan, zaman içinde istikrarlı olan ve rahatsızlığa veya bozulmaya neden olan kalıcı bir içsel deneyim ve davranış biçimidir" şeklinde tanımlanır (APA, 2012).

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar: Şema Terapi'nin kavramsal modelinin temelinde yer alan ve özellikle kişilik bozukluklarını açıklayan erken dönem uyumsuz şemalar; gelişimin erken dönemlerinden itibaren gelişen ve yaşam boyu detaylandırılabilen, işlevsel olmayan, bireyin kendilik algısını ve kişilerarası ilişkilerini yıkıcı yönde etkileyebilen ve yaşam boyunca sürekli tekrar eden duygusal ve bilişsel örüntülerdir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

İKİNCİ BÖLÜM

ERGENLİK DÖNEMİNDE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

Bu bölümde ergenlik döneminin özellikleri, kişilik bozuklukları ve ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının görülme biçimi ele alınacaktır. Ardından kişilik bozuklukları tedavisinde ön plana çıkan Şema Terapi'nin merkezinde yer alan erken dönem uyumsuz şemalar tanıtılarak ilgili konular kapsamında literatürde yer alan araştırmalar sunulacaktır.

2.1. Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazanmasıyla sona ulaşan bir dönem olup yoğun biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle nitelendirilebilir (Derman, 2008:19). Benzer şekilde bir başka tanıma göre ergenlik süreci, çocuklukla yetişkinlik arasında kalan ve bir geçişi vurgulayan, temel hedefi bağımsızlık/kimlik edinimi olan; bireyde fiziksel, cinsel, sosyal, duygusal, kişisel, ruhsal ve zihinsel önemli değişimlerin ve gelişmelerin olduğu düşünülen özel ve çalkantılı bir evredir (Kulaksızoğlu, 2005: 32). Bu hızlı değişim ve yeniden yapılanma dönemi; çoğul nedenlidir, çok yanlıdır, eşzamanlı ve hızlı bir çözüme güdülenmişlerdir (Odağ ve Tamar, 2002:190). Ergenlik; erinlik f(buluğ) süreci ile kızlarda 11-13, erkeklerde 13-15 yaşları arasında başladığı ve 21 yaşına doğru beden büyümesinin durmasıyla sona erdiği düşünülen bir süreci kapsamaktadır. Erinlik, ergenliğe temel hazırlayan cinsel organların olgunlaştığı ve üreme yeteneğinin kazanıldığı ve daha kısa süren fizyolojik değişim dönemini içermektedir ve ortalama 12-14 yaş aralığını kapsayan bu dönem erken ergenlik olarak adlandırılmaktadır (Yavuzer, 2005:20-21).

Orta ergenlik ise 15-17 yaş aralığını kapsamaktadır. Bedensel gelişimin büyük oranda tamamlandığı bu evrede ergen daha çok arkadaşlık ilişkilerinin önem kazanması, karşı cinsle ilişkinin artması, cinsel kimlik gelişimi, sosyal alanlarda kendini ortaya koyabilme, ebeveynle yaşanan otorite çatışmaları, ayrışma ve bireyleşme gibi bir anlamda ruhsal alandaki gelişimsel sorunları çözümüleme göreviyle karşı karşıyadır (Kulaksızoğlu, 2005:18; Yavuzer, 2005:23-24). 18-21 yaş aralığını kapsayan ve geç ergenlik olarak nitelendirilen son evrede ise normal şartlar altında meslek seçmek, yaşam biçimini belirlemek, karşı cinsle sevgiye dayalı ilişkiler kurmak, siyasi, felsefi ve dini görüşler geliştirerek bir değerler sistemi oluşturmak ve bir gruba ait olmakla beraber ilerleyen kimlik gelişiminin tamamlanması ve kimliğin bütünlük içeren bir şekilde algılanması beklenmektedir (Kulaksızoğlu, 2005:18; Yavuzer, 2005:25). Belirtilen yaş aralıklarının genel nitelik taşıdığı ve farklı coğrafyalarda/kültürlerde bir miktar değişim gösterebildiği bilinmektedir. Ergenlik dönemi sonu için giderek daha üst yaşları işaret eden çalışmalar mevcut olmakla birlikte bu noktada, gençlik kavramı devreye girmekte ve gençliğin ergenliği de içine alan ancak üst yaş sınırının daha geniş bir süreç olduğuna dikkat çekilmektedir (Kulaksızoğlu, 2005: 33-36).

Psikolojinin bir bilim olarak ortaya çıkmasından önce bireylerin gelişim dönemlerini özellikle de ergenlik dönemini anlamaya yönelik felsefe, pedagoji, din vb. disiplinler kapsamında çeşitli görüşler sunulmuştur. Bunlarla beraber ilk olarak söz konusu dönemi bilimsel araştırma şeklinde ele alan ergenlik psikolojisinin kurucusu olarak kabul gören G. Stanley Hall olmuştur (Koç, 2005:21). Ergenlik dönemi üzerine; başta psikolojiye ergenlik dönemi kavramını kazandıran Stanley Hall olmak üzere Harry Stack Sullivan, Kurt Lewin, Edward Spranger ve Erik Erikson'un ayrıca Psikoanalitik Kuram, Öğrenme Kuramı ve Antropoloji Kuramı'nın kuramları ve görüşleri mevcuttur (Kulaksızoğlu, 2005:19-32). Bu yaklaşımlardan en temel sayılabilecek görüşleri ele alırsak Psikoanalitik Kuram, ergenlik döneminde psikoseksüel açıdan karşı cinsle ilişkiyle beraber olgunlaşmış bir cinsellik yaşamının temel yönelim olduğunu belirtirken Erikson'un kuramında temel dinamiğin kimlik edinimi olduğu vurgulanmaktadır (Özakkaş, 2013:171). Bahsi geçen tüm yaklaşımlar ergenliği çeşitli yönleriyle betimlemekle birlikte ergenliği; çatışma, stres, fırtına dönemi gibi değerlendirip değerlendirmemeleri bakımından iki kola ayrılabilir. Fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişim alanlarında hızlı değişimler nedeniyle bu dönem, genel olarak fırtına ve stres dönemi olarak ele alınmaktadır (Alisinanoğlu, 2002:62).

Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödüpal ve ödüpal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılmayla bireyselleşme gibi sebepler ile ergenler bu dönemde belirgin olarak gözlemlenebilen zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (Derman, 2008:19).

Büyüme ve gelişme ergenlik dönemi boyunca oldukça hızlanmakta ve aslında büyüme ve gelişmenin sona ermesiyle ergenlik dönemi dediğimiz özel dönem de sonlanmaktadır. Bu büyüme ve gelişimin hızı, miktarı ve zamanı bakımından normal gelişim gösteren çocuklar arasında bile kalıtım, hormonlar, beslenme, sağlık durumu, coğrafi koşullar ve iklim gibi faktörlerin etkisiyle önemli farklar görülebilmektedir. Ergenlikte biyolojik/fizyolojik gelişim; iskelet sisteminde hızlı büyüme ve cinsel gelişim ile ifade bulurken psikolojik gelişim ise bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle ele alınır ve sosyal gelişim de genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu bir sürece işaret eder (Derman, 2018:19). Fiziksel büyüme ve cinsel olgunlaşma, ergenlerin temel fizyolojik değişiklikleridir (Set, Dağdeviren ve Aktürk, 2006:138). Bu dönemde boy, kilo artışı; baş ve organlardaki büyümenin yanı sıra birincil ve ikincil cinsiyet özelliklerinin edinildiği cinsel gelişme yaşanmaktadır. Beden ve yüz imgesi, cinsiyet rolü kavramları önem kazanmakta ve bunlara ilişkin sorunlar yaşanabilmektedir. Bir bakıma ergenin vücudu kendine yabancılaşırken kendilik algısına dair yeni tasarımlar oluşmaktadır (Özakkaş, 2013: 165).

Ergenlik döneminde duyguların gelişimi ele alındığında ise bu döneme ait bazı ortak özellikler dikkat çekmektedir. Bu dönemde ergenin duygusal durumunun en önemli belirleyicilerinden biri başkaları tarafından sevilme ihtiyacı, başkalarına sevgi gösterebilme kapasitesi (Kulaksızoğlu, 2005:69) ve bu gereksinimlerin giderilmesi, desteklenmesidir. Ergenlik döneminin başlangıcındaki büyümenin çok hızlı oluşu ve biyolojik-cinsel gelişimi beraberinde getiren hormonal salgılar; ergenlerin duygu, davranış ve tutumlarında belirgin farklılıkları meydana getirmektedir (Hurlock, 1987: 120-123' ten akt. Kulaksızoğlu, 2005:66). İlk olarak, çocuklukta daha açık ifade edilen bazı duyguların bu süreçte daha fazla gizlendiğini, duyguların yoğunluğunda artış olduğunu ve duyguların daha istikrarsız olabildiğini belirtmek mümkündür. Bu dönemde yükselen duyuma, yoğun duygu gereksinimine ve heyecan sevgisine özellikle atıf yapılmaktadır (Hall, 1904: 368' den akt. Arnett, 2006:188). Bu dönemde âşık olma, mahcubiyet ve çekingenlik, tedirgin ve huzursuz olma, çabuk

heyecanlanma, üzülmeye ve kırılma, öfke ve kızgınlık yoğun ve sık yaşanabilen duygular halini alabilmektedir ve ergen bu duygulardan bunalabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2005: 66-79). Ergenlik döneminde depresif duygu durumunun yaygın olduğu ve bunun orta ergenlik döneminde zirve yaptığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Petersen vd., 1993'ten akt. Arnett, 2006:187).

Ergenlik döneminde diğer bir alan olan sosyal gelişim değerlendirilecek olursa, doğumdan itibaren sosyalleşmenin önemli bir gereksinim olduğu; bebeğin ilk olarak anneye olan ikili ilişkiden babanın da dâhil edildiği üçlü ilişkiye geçiş yaptığı ve okul yaşamının da katılımıyla çocuğun sosyal yönden giderek geliştiği bilinmektedir. Duygusal gelişimde de olduğu gibi ergenlik dönemi için temel oluşturan bu gelişim sürecinde ailenin etkisi çok önemlidir. Ebeveynlerin kişilik özellikleri, birbirleriyle ve çocukla olan ilişkileri, çocuk yetiştirme tutumları gibi etkenlerin çocuğun duygusal ve sosyal yönden gelişiminde etkisi ön plandadır. Bireyin başarılı bir sosyalleşme sürecinden geçmesinde ebeveyninin çocukla etkileşimi en önemli dış faktör olarak değerlendirilebilirken yanı sıra gencin bu fırtınalı döneminin en temel stres kaynaklarından biridir ve ergenlikte yaşanan birçok psikolojik sorunla ilişkilidir (Ulusoy, Demir ve Baran, 2005:384). Bu dönemin krizleriyle baş edebilme ve olumlu kazanımları edinme sürecinde birçok faktör etkindir; en önemlisi ise ergenin içinde yaşadığı ailedeki iletişim ve anne babanın gence yaklaşımıdır (Alisinanoğlu, 2002: 62). Bu fırtınanın şiddeti genel olarak daha önceki dönemlerin ne kadar sağlıklı geçirildiği, biyolojik yapı, aile ve toplum tutumlarına göre değişim gösterebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015:93).

Ergenlik dönemine ulaşıldığında ise ergenlerin arkadaşlarıyla paylaşımları artmakta ancak ebeveynler, ergen için önemli konularda temel başvuru kaynağı olmayı sürdürmektedir. Bu dönemde ergenler daha az aile merkezliyen daha çok arkadaş merkezlidir (Yavuzer, 2005:74). Arkadaşlık ilişkileri gelişimsel bir süreçtir ve arkadaşlığın önce aynı cinsiyetten kişilerle sonrasında karşı cinsiyetten arkadaşlıklar şeklinde gelişim gösterdiği, bu durumun ileride ergenin karşı cinsle olan yakınlaşmasına temel oluşturduğu vurgulanmaktadır (Bayhan ve Işıtan, 2010:33). Bu süreçte, ergenlerde bir gruba ait olma ve karşı cinsle ilişki isteği; sosyal gelişim için önemli bir motivasyon kaynağıdır. Ergenlikte arkadaşlık ilişkileri oldukça önem kazanmaktadır, grubun ergen üzerindeki etkisi büyüktür ve bu dönemde konuşma/çene çalma öne çıkan bir davranış haline gelmektedir (Kulaksızoğlu, 2005: 97). Yine bu

dönemde yalnız kalma isteği, çalışmaya karşı isteksizlik de sık rastlanabilen örüntülerdir. Ergenler ve önceki kuşak arasında yaşanan çatışmalar; okul ve ders çalışma, arkadaş ilişkileri, gezme ve izin, oyun ve boş zaman faaliyetleri, giyim ve süslenme gibi konularda kendini göstermektedir (Tan, 1974:301-308'den akt. Kulaksızoğlu, 2005:95).

Ergenlik döneminde bir diğer alan olan bilişsel gelişime gelindiğinde ise Jean Piaget'in çalışmalarını incelemek yerinde olacaktır. Piaget'in Soyut İşlemler Dönemi olarak adlandırdığı, 11 yaşından itibaren başladığı düşünülen dolayısıyla ergenlik dönemini de kapsayan bu süreçte; zihinsel gelişiminde 'yüksek düzeyde dengelenmeye ulaşmış olmak' dikkat çekmektedir. Yani ergenlik dönemi ile birlikte çocuk somut işlemler dönemindeki kazanımlarının üstüne yeni kazanımlar edinmekte ve bu ergenin daha üst düzeyde dengelere ulaşmasını mümkün kılmaktadır (Lindberg, 2011:6). Artık düşünce etken ve esnektir dolayısıyla karmaşık problemlerin üstesinden gelinebilmektedir; problemlere daha sistemli, amaçlı ve açık yaklaşılmaktadır; varsayımlar ileri sürülebilmektedir dolayısıyla geleceğe yönelik de soyut olarak düşünülebilmekte ve olasılıklar sistematik bir biçimde dikkate alınabilmektedir (Günçe, 1973:143-150). Zihnin işleyebilmesi için somut nesne ve olgulara olan bağımlılık ortadan kalkmıştır. Çocuk; eski dönemlerde olduğu gibi görünen gerçeğe aldanmamakta, saplanıp kalmamakta ve şüpheli yaklaşarak olayların derindeki nedenlerini aramaya çalışmaktadır. Dolayısıyla yetişkin düşüncesinin etkinliğine ve nesnellğine ulaşabildiği anlaşılmaktadır. Bu dönemde soyut düşüncenin gelişiminin yanı sıra benmerkezci düşüncenin de hâkimiyeti söz konusudur ve kimlik oluşturma, okul/başarı baskıları, beklentiler ve aile ilişkilerinin düzenlenmesi sık karşılaşılan problem alanlarıdır (Kurt ve Güçray, 2016). Bağımlılık-bağımsızlık, kabullenme-reddetme çatışmaları, kimlik krizi, güvenlik arayışı, uyum için zorlanma ve beğenilmeye duyulan ihtiyaçların hepsi aslında bu dönemin önemli gündemlerini oluşturmaktadır (Corey, 2012' den akt. Kurt ve Güçray, 2016). Ergenin büyümesin ve gelişiminin hız kazanmasıyla birlikte öğrenme isteğinde artış ve spor, müzik gibi ilgi duyulan konularda zenginleşme gözlemlenmektedir (Kulaksızoğlu, 2005:161). Bazı ilgiler hızla değişebilmekle birlikte ergenlik dönemi sonlarında ilgilerin gösterdiği kararlılıkta artış olmaktadır.

Ergenlik döneminin en önemli kazanımlarının başında gelen kimlik gelişimi, üzerinde durulması gereken bir başka önemli konudur. Kimlik, ilk çocukluk deneyimlerinin ve

uyum sağlama kapasitesinin gelişimsel sonucu ve kişiliğin yapısal bir düzenlenişi olarak ele alınabilir; bu süreçte çeşitli kimlik imgeleri denenip sınanırken bir bunalımla beraber bütünleştirilmiş bir kimlik duygusuna ulaşılabilir (Yavuzer, 2005:41). Ergenlik dönemi ergenin değerler oluşturarak kimliğini belirlemeye çalıştığı (Ercan, 2002), aslında çocukluk döneminde ilk kimlik ediniminden sonra bu kimliğin sorgulandığı ve yeniden inşa sürecinin başladığı görece zorlu bir dönemdir. Erikson'un kuramında bu süreçte temel edinimin rol kargaşasına karşı kimlik edinimi olduğunu vurgulanmaktadır. Bu dönemde ergenlerin kendilerini ne olarak hissettikleriyle beraber başkalarının gözünde ne oldukları ve var olan rol ve becerilerin meslek seçimiyle nasıl bağdaştırılabileceği olmak üzere iki temel sorunu mevcuttur ve bu noktada yeni bir aynılık/süreklilik mücadelesi mevcuttur (Erikson, 1984:26). Kimlik gelişimine paralel şekilde kişiliğin gelişimi ele alındığında ise ergenlik dönemi bu anlamda çok önemli bir süreçtir.

Psikoanalitik yaklaşıma göre Anal dönem sürecinde ilk kimlik yapılanmasını tamamlayan çocuk, ergenlik döneminde ikinci kimlik evresini bir bakıma kendi iradesiyle yapılandırma şansına sahip olmaktadır ve bu süreç geçmiş edinimlerin yeniden düzenlenebilmesi adına da çok önemlidir (Özakkaş, 2013:165). Eski özdeşimler, bu süreçte edinilen yeni değerler ve roller ile bütünleştirilmelidir ki; kimlik duygusu, benliğin bu bütünleştirme yetisinin artması ve kişiliğe yerleşmesidir (Öztürk ve Uluşahin, 2015:101). Bu süreçte ergen için çok önemli olan özerkliğin kazanılması, amaç edinilmesi, amaca yönelme ve bunu uygulayabilme yetisi, sırdaş edinilmesi, karşı cinsle iletişim ve kabul görmek, lider olabilme ve lidere bağlanabilme kapasitesinin geliştirilmesi ve son olarak bir dünya görüşü geliştirerek ideolojik bir bakış açısı oluşturulması sağlıklı kimlik edinimini ve kişilik gelişimini destekleyen unsurlardır (Özakkaş, 2013:171-178). Ergenlik; amaç belirleme, karar verme ve sorun çözme gibi birçok yaşam becerisinin temelini oluşturan özerklik gelişiminin en önemli olduğu yaşam dönemi olarak ele alınabilir (Özdemir ve Çok, 2011:153).

Çocukluk döneminde ebeveynleriyle sağlıklı ilişki/özdeşim kurma sürecinde sorunlar yaşayan ve ergenlik döneminde sağlıklı kimlik edinimi için yeterince desteklenmeyen ergenlerde, kimlik edinim süreci ve kişiliğin sağlıklı şekilde gelişim süreci tehlikeye girebilmekte, kimlik krizi/karmaşası süreci daha yoğun yaşanabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2005: 107). Kişinin toplumsal yerini, mesleki konumunu ve cinsel kimliğini tanımaya ve yerleştirmeye çalıştığı bu dönemde kimlik krizi, her ergenin

farklı şiddette yaşadığı doğal bir süreçken kimlik karmaşası ise ağır bocalamaların yaşandığı bir sürece işaret etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 102). Bu durumda ergenin sağlıklı bir kimlik ve kişilik geliştirmesi adına ebeveynin kişilik özelliklerinin ve ilişkili şekilde çocukla etkileşime girme biçimlerinin çok önemli olduğunu tekrar etmek yerinde olacaktır.

Genel özellikleriyle buraya kadar özetlenen ve insan hayatında ne denli önemli bir süreç olduğu düşünülen ergenlik döneminde ruhsal sorunların görülme sıklığının yükseldiği anlaşılmaktadır. Kız ergenlerde; anksiyete ve depresyon gibi içe yönelimli davranış sorunları ve sosyal ilişkilerde sorunlar gözlemlenirken erkek ergenlerde ise okulda sorunlar, antisosyal ve şiddet içerikli davranışlar şeklinde dışa yönelimli davranış sorunları daha sıktır (Öztop, 2012). Amerikan Sağlık ve İnsan Servisi'nin 1999 yılında yaptığı bir araştırmada gençlerin yaklaşık %20'sinin bir yıl içerisinde ruhsal problemlerle karşılaştığı belirlenmiştir (Arıcıoğlu ve Tagay, 2008). 14-17 yaş arası gençlerin %30'u davranış bozuklukları için yüksek risk grubunda olarak görülürken, 2000 yılında Amerika genelinde yapılan bir araştırmada okul yıllarında her 5 çocuk ve ergenden birisinin ciddi ruh sağlığı problemi yaşadığı belirtilmektedir (Whelley ve Byrson, 2002' den aktaran Arıcıoğlu ve Tagay, 2008). 25 yıllık çalışma dönemi boyunca ergenlerin davranış sorunlarında önemli bir artış olduğu görülmektedir (Collishaw vd., 2004: 1350).

Tüm bunların sıra, bu dönemdeki normal ve anormal süreçleri belirlemek de güç bir görevdir (Parlaz vd., 1999:11). Psikozlar, nevrotik durumlar ve kişilik bozuklukları gibi bazı ruhsal bozuklukların özellikle yatkın kişilerde duygusal ve düşünsel yönden bu fırtınalı süreçte tetiklenerek ortaya çıkması doğal karşılanmaktadır; sorunların döneme özgü bir karmaşa mı yoksa daha derin ruhsal bir bozukluğa işaret edip etmediğinin ayrımı büyük önem taşımaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:93). Kişinin kimliğini şekillendirmenin ergenliğin temel gelişimsel görevi olduğu düşünülür, ancak bu süreçte kişilik özelliklerinde de büyük değişiklikler meydana gelir ki bunlar bağlantılıdır (Klimstra, 2012: 80). Kişilik, bireye özgü kalıcı özellikleri yani bireyin nasıl bir kişi olduğunu ifade ederken kimlik ise bireyin kişisel, mesleki ve toplumsal konumu vasıtasıyla kim olduğunu ortaya koymaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:421). Psikiyatri günümüzde ergenlik döneminde sağlıklı edinimi bu derece önemli olan kimliği; ICD-10, DSM-5 gibi sınıflandırmalarla kişilik örüntülerine ve bunların klinik görünümüne göre sınıflandırmaktadır (Özakkaş, 2013:171). Kişilik

bozukluklarının temel belirleyicilerinden biri olarak kimlik entegrasyonuna yönelmiş bir ilgi mevcuttur. Kimlik entegrasyon düzeylerinin yaş ile ilişkili olmadığı, kişilik patolojisinin yokluğu veya varlığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Feenstra vd., 2014). Kimlik ile ilgili olan bir başka araştırmada birinci ve ikinci Eksen tanısı alma oranı kimlik bocalaması yaşayan denekler arasında daha yüksek bulunmuştur (Demir, Dereboy ve Dereboy, 2009). Dolayısıyla bu süreçte yaşanabilecek olan kimlik krizi ve karmaşasını, kişilik bozuklukları ve diğer ruhsal bozukluklardan ayırt edebilmek ve belki öncül olarak değerlendirmek ise önemli ve ciddi bir çalışma sürecini gerekli kılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 93).

2.2. Kişilik Bozuklukları

Kişilik; bir kişiyi diğerlerinden ayıran, doğuştan getirdiği, sonradan kazanılan ve süreklilik gösteren davranış örüntüleridir; kişinin kendine göre bir ayrılığının, belirgin özelliklerinin olması durumudur (Özdemir, Özdemir, Kadak ve Nasıroğlu, 2012; Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:5). Bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt edilmesini sağlayan bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine bağlı olarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duygu, düşünce ve davranış örüntülerinin tümünü anlatır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:421). Belli durumlarda belli duygusal tepkileri gösterebilme, çatışmalar ve engellenmeler karşısında yerleşmiş baş etme becerileri ve savunma düzenekleri, bu örüntülerin içinde değerlendirilir. Günümüzde kişilik, daha çok öğrenmenin etkisiyle gelişen ve kişinin dünyayı algılama, yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanan “karakter” ve ağırlıklı olarak doğuştan getirilen biyolojik temelli davranış yatkınlıkları olarak ele alınan “mizaç” şeklinde iki bileşenli olarak ele alınmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:421). Kişiliğin oluşumu; doğum öncesi, sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel/ruhsal koşullar; olgunlaşma, öğrenme ve toplumsallaşma faktörleriyle biçimlenmektedir ve çocukluk çağından itibaren genel hatlarıyla belirginleşirken giderek yerleşmiş bir kişilik yapısı oluşmaktadır. Anlaşılacağı üzere bahsi geçen bu örüntünün kendi içinde bir tutarlılığı ve öngörülebilirliği mevcutken bu bütünlük, çoğu kişide görülebilen değişkenlik aralığından sapmalar gösteriyorsa kişilik bozukluğundan bahsetmek mümkündür (Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:5-6).

Kişilik bozuklukları, toplumda oldukça sık görülmesinin yanı sıra işlevsellikte önemli derecede bozulmaya neden olabilen bir psikiyatrik rahatsızlık grubudur. Kişilik bozuklukları konusu son 30 yılda, kişilik bozukluklarına rastlanma sıklığındaki belirlenen artış; ilişkilerde, sosyal ve mesleki uyumda önemli sorunlara yol açabilmesi ve giderek tedavi edilebilir olduğunun görülmesi ile ilgi odağı haline gelmiştir (Şahin, 2009). Bugün halen psikiyatride tanı tartışmasına en çok yol açan alan olarak kişilik bozukluklarını tanımlayacak olursak; diğer ruhsal bozuklukların dışında kalan ve bireyin toplumsal uyumunda, mesleki uyumunda, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesi gibi uyum bozukluklarının uzun süreli gözlemlenmesi odağını göz önünde bulundurmak gerekecektir (Öztürk ve Uluşahin, 2015:421). Eğer kişilik organizasyonu; kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve iç yaşantılar örüntüsü durumunda ise bir kişilik bozukluğundan söz edilebilmektedir (Aslan, 2008). Kişilik bozuklukları; deneyimlemenin, baş etmenin ve diğerleriyle ilişki kurmanın sürmekte olan yanlış uyum sağlanmış örüntüleridir (Korsgaard, 2017:5). Kadınlarda ve erkeklerde benzer oranlarda görülen kişilik bozukluklarının çoğunda kısmi bir genetik geçiş mevcuttur ve genel nüfusta görülme sıklığı %6-9 dolaylarındadır, %15' e varan yüksek oranlardan da söz edilmektedir (Coid, Yang, Tyrer, Roberts ve Ullrich, 2006; Ekselius, Tillfors, Furmark ve Fredrikson, 2001; Jackson ve Burgess 2000; Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:6; Meyer, 2002; Samuels vd., 2002; Torgersen, Kringlen ve Cramer, 2001). Kişilik bozukluklarının ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başladığı, çocukluk döneminde de öncüllerinin görülebildiği, zamanla kalıcı olabildiği ve işlevsellikte bozulmalara yol açtığı kabul edilmektedir (Şahin, 2009; Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:5).

Geçmişten bu yana kişilikle ilgili birçok tanım ve sınıflandırma yapıldığı, kuram geliştirildiği bilinmektedir. Çağdaş psikiyatride kişilik tanımlamaları ve sınıflandırmaları daha ziyade gözlemlenebilen davranışlara göre düzenlenmektedir ve yaygın olarak kullanılan sınıflandırmalar, kişilik bozukluklarını kategorik olarak ele almakla birlikte kategorik yaklaşımlara getirilen eleştirilerle beraber boyutsal yaklaşım ön plana çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 422). Kişilik bozuklukları konusunda uluslararası sınıflama sistemleri DSM ve ICD ile birlikte yaygın ve ortak bir dil kullanımına yönelik çabalar doğmuştur; günümüzde DSM-5, güncel birçok araştırmanın sonucunu dikkate alarak kişiliğe hangi bakış açısından bakılması

gerektiği ile ilgili yenilenme gereği içerisinde olmuştur (Taymur ve Türkçapar, 2012). Gerçekleştirilen taslak çalışmalardan sonra boyutsal yaklaşımla tanılamaya bir geçiş olmasa da, kişilik bozuklukları için kategorik ve boyutsal yaklaşımı içeren karma bir model DSM-5'in içinde 'Yeni Geliştirilen Ölçüm ve Modeller' başlığı altında sunulmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015:426). Günümüzdeki eğilim, kişilik bozukluklarının sınıflandırılmasının Beş Faktör Modeli gibi genel kişilik yapısının boyutsal bir modelinde bütünleştirilmesidir.

DSM-5'e göre genel kişilik bozuklukları, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır ve bu yapılanmanın biliş, duygulanım, kişiler arası işlevsellik ve dürtü denetimi olmak üzere iki ya da daha çok alanda kendini göstermesi beklenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014:327). Kişilik bozukluklarında görülen özelliklerin kapsamlı olması ve süreklilik göstermesinin yanı sıra yaşamın değişik alanlarında güçlükler yaşandığına ilişkin bir öykü gerekmektedir (Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:5-6). Yani bu yapının farklı kişisel ve toplumsal durumları kapsamaması, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açması, başlangıcının en azından ergenlik veya erken erişkinlik dönemine uzanması yani kalıcı ve uzun süreli olması, başka bir ruhsal bozukluk/bir madde ya da sağlık durumuna bağlanamaması gerekmektedir (APA, 2014:327). Kişilik bozuklukları için bahsedilen bu özellikler, egosintonik ve alloplastiktir yani benlik tarafından kabul edilir ve kişi kendisini değiştirmekten çok çevresini değiştirmeye kalkar; iç görüden yoksun olup yardım arayışında olmazlar (Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:6). Kişilik bozukluğu olan kişilerde gelişimsel takılmalar ve olgunlaşamama durumları söz konusudur ve içsel nesne ilişkileri bozuktur; iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde, davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini değerlendirme konusunda güçlük yaşarlar (Köroğlu ve Bayraktaroğlu, 2010:6). Buraya kadar kişilik bozukluklarının genel özelliklerine değinilmiştir ve ilerleyen bölümlerde kişilik bozukluklarının türleri ve bu türlerin özellikleri ele alınacaktır.

2.2.1. Kişilik Bozuklukları Türleri

Kişilik bozukluklarına ICD-10 ve DSM-5'ten yola çıkarak kategorik olarak tanı konulmaktadır ve çalışmamız kapsamında türler, Tablo 2.1.' de DSM-5 dizgesindeki

gruplandırma temel alınarak sunulmaktadır. Yanı sıra literatürde kişilik bozukluğu türleri ve sınıflandırmalarına dair birçok farklı kuram ve yaklaşım yer almaktadır. Lüteratür kapsamında bu çalışmaların yansımalarına da yer verilmeye çalışılmıştır.

Tablo 2.1: DSM-5 Kişilik Bozuklukları

A Kümesi (Garip ya da Eksantrik) Kişilik Bozuklukları	Paranoid Kişilik Bozukluğu
	Şizoid Kişilik Bozukluğu
	Şizotipal Kişilik Bozukluğu
B Kümesi (Dramatik, Coşkusal) Kişilik Bozuklukları	Antisosyal Kişilik Bozukluğu
	Borderline Kişilik Bozukluğu
	Histrionik Kişilik Bozukluğu
	Narsisistik Kişilik Bozukluğu
C Kümesi (Korkulu, Bunaltılı) Kişilik Bozuklukları	Çekingen Kişilik Bozukluğu
	Bağımlı Kişilik Bozukluğu
	Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
Başka Kişilik Bozuklukları	Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Kişilik Değişikliği
	Başka Belirlenmiş Kişilik Bozukluğu
	Belirlenmemiş Kişilik Bozukluğu

2.2.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

a) *Paranoid Kişilik Bozukluğu*

A kümesinde yer alan paranoid kişilik bozukluğu (PKB), klinik psikiyatride ihmal edilen bir konudur; sıklıkla tanı karmaşası ve terapötik kötümserlik söz konusudur (Carroll, 2009:40). Bu kişilik bozukluğu, toplumda yaklaşık %0.5-2.5 oranlarında görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:8). Bununla beraber çeşitli çalışmalar, yaygınlığa dair çok farklı oranlar sunmaktadır. Örneğin başka bir çalışmaya göre paranoid kişilik bozukluğu, kişilik bozukluklarının en sık görülen tiplerinden biridir ve yetişkinlerden oluşan toplum örneklemine dayanan bir çalışmada genel popülasyonun %4.4' ünü etkilediği, en yaygın olan obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu ikinci sırada takip ettiği bildirilmiştir (Grant vd., 2004). Kadınlara göre erkeklerde, şizofreni ve sanrılı bozukluğu olan kişilerin olduğu ailelerde daha sık görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 8).

DSM-5'e göre aşağıdakilerden en az dördünün olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp sürekli bir güvensizlik ve kuşkuculuk;

- 1. Yeterli bir temele dayanmadan, başkalarının kendisini sömürdüğünden, kendisine kötülük yaptığından ya da kendisini aldattığından kuşkulandır.*
- 2. Arkadaşlarının kendisine olan bağlılıkları ya da güvenilirlikleriyle ilgili yersiz kuşkuları vardır.*
- 3. Söylediklerinin kendisine karşı kullanılacağı korkusuyla başkalarına açılmak istemez.*
- 4. Sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılama ya da göz korkutma anlamı çıkarır.*
- 5. Sürekli kin besler.*
- 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 partnerinin sadakatiyle ilgili yineleyici, yersiz kuşkuları vardır.*

B- Yalnızca şizofreni, iki uçlu bir bozukluk ya da psikoz özellik gösteren depresyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz (APA, 2014:329).

Görüldüğü üzere bu kişilik bozukluğunda; diğerlerine karşı güvensizlik, kuşkucu, alıngan, aşırı duyarlı, başkalarından kötülük görebileceği endişesiyle tetikte, savunucu, kıskanç, kinci, gururlu ve tartışmaya eğilimli olma özellikleri ve diğerlerinin niyetlerini yanlış okumaya dair bir klinik tablo dikkat çekmektedir (Carroll, 2009: 40; Öztürk ve Uluşahin, 2015: 428; Stone, 2009: 764). Paranoid spektrumun psikotik ucuna yaklaşıldıkça tabloya sanrılar da eşlik edebilmektedir (Stone, 2009: 764). Ergenlik veya erken erişkinlik dönemlerinde başlayan paranoid kişilik bozukluğu, özellikle sürekli bir kuşkuculuk hali ve karşısındaki insanların davranışlarının, amaçlarının kötü niyetli olduğuna duyulan inanç ve buna ilişkin davranış örüntüleriyle belirgindir (Tatlıdil ve Turan, 2007: 17). Empati kapasitelerinin

düşük olmasından ötürü sosyal alanı doğru analiz edemezler (Stone, 2009: 766). Oldukça mesafeli ve resmi bir tarzları vardır; gergin dururlar, sürekli olarak çevrelerini tararlar ve insanları tartarlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 7). Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler genellikle sosyal olarak geri çekilir ve kişiler arası karşılaşmalarda bulundukları zaman şüpheli olma eğilimi gösterirken bu durum başkalarının düşman ve dışlayıcı olmasını dolayısıyla kişinin şüphelerinin doğrulanmasını ve sosyal çekilmenin artmasını beraberinde getirebilir (Carroll, 2009: 44). Aşırı kuşkuculukları ve düşmanca duyguları açıkça tartışmacı ya da sessiz bir biçimde mesafeli durma tutumlarıyla kendisini gösterebilir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 19). Görüldüğü üzere ilişkilerinde soğuk, üstten bakan ve eleştirel tavırları bir kısır döngü yaratabilmektedir ve bu tablo sorunlu, zorlayıcı yakın ilişkiler doğurmaktadır.

Bununla birlikte aslında tüm kişilik bozukluklarında olduğu gibi kendilik imgelerine ilişkin iki kutuplu bir durum mevcuttur. Davranışları büyüklenmeci ve kibirli olmakla birlikte aslında, duyguları yetersiz ve zayıf gördüğü kendilikle güçlü kendilik arasında geçişler göstermektedir (Tatlıdil ve Turan, 2007: 17). Yani her ne kadar kibirli, talepkar, başkalarına güvenmeyen ve aşırı tetikte kişiler gibi bir izlenim verseler de iç dünyalarında korkmuş, öz saygısı düşük, kendisine güvenemeyen, kolayca aldanabilen, tam olarak gerçeklikte kalamayan bireylerdir. Aslında kendinden şüphe ve korku mevcuttur ki zaten paronoya, düşük öz saygıdan korunmayı sağlayan temel mekanizmadır (Stone, 2009: 766). Paranoid kişilik bozukluğunun iki temel savunma mekanizması yansıtma ve yansıtımlı özdeşimdir (Tatlıdil ve Turan, 2007: 17). Bu bozuklukta kendine dair hata ve eksikliklerin kabul edilemediği ve bunları başkalarına yükleyerek benlik saygısının korunmaya çalışıldığı bir mekanizma söz konusudur ve başkalarının yetersizliklerini bulup çıkarma konusunda yoğun bir çaba mevcuttur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:12). Aslında yansıtma ile birey kendi içinde yadsıdığı duyguları başkasına atfederken yansıtımlı özdeşim ile çevredeki insanları kontrol teması mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 66-78). Son olarak paranoid kişilik bozukluğunun genetik bir yanının olduğu ve sıklıkla gelişimsel olarak çocukluk dönemine ilişkin sömürüye uğramış olma gibi aile öyküsüne dair sorunlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 9).

b)Şizoid Kişilik Bozukluğu

A kümesinde yer alan bir diğer tür olan şizoid kişilik bozukluğu, iç dünya ile meşguliyeti ve çeşitli kişilerarası problemleri öne çıkaran klinik tanımlamalarla ele alınmaktadır (Kosson vd., 2008: 185). Şizoid kişiliğin prototip özelliği mesafe koymaktır (Stone, 2009: 769). Yakın kişilerarası ilişkilerden uzak durma, toplumsal ilişkilerden kopma ve başkalarıyla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında kısıtlı kalma örüntüsü mevcuttur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:28). Bu bireyler; yakın ilişkiler kurmaktan ve sosyalleşmekten kaçınan, yoğun duygusal dalgalanmalar göstermeyen ve soğuk görünen, ilgi ve eylemleri daha kısıtlı olabilmenin yanı sıra sanat ve entelektüel ilgileri yoğun olabilen içe dönük kişilerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 428). Görüldüğü üzere şizoid kişilik bozukluğu tanısı yaygın bir biçimde kendi aile fertleriyle bile sosyal ilişki kurmaktan kaçınan ve yalnızlığı tercih eden, duygusal tepki göstermeyen dolayısıyla başkaları tarafından soğuk ve tuhaf olarak değerlendirilmesi mümkün kişileri merkeze almaktadır (Göker, Öner ve Özsan, 2007: 24). Özellikle strese tepki olarak baş etme yöntemleri patolojik özellikler gösterebilmektedir ve bu kişiler, kısa psikotik dönemler yaşayabilmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 29).

Şizoid terimi, 1908 yılında Eugen Bleuler tarafından bireyin dikkatini kendi iç dünyasına yönlendirmesi şeklinde kişiliğin doğal bir bileşeni olarak ele alınmıştır ve DSM-III'ten önce şizofreni ile ilişkili ele alınırken DSM-III' te ilk kez detaylı bir tanı olarak yer almıştır (Öner ve Özsan, 2002:27-28). Tanı; günümüze kadar birçok değişim göstererek DSM-5'te ise kişilerarası bağlamda düşük bir duygu yelpazesıyla karakterize edilen bir model olarak tanımlamıştır ve aşağıdaki kıstaslar karşımıza çıkmaktadır:

A- Aşağıdakilerden en az dördü ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, toplumsal ilişkilerden kopma ve kişiler arası ortamlarda duygularını kısıtlı gösterme, yaygın örüntüsü;

1- Ailenin bir üyesi olmak da dâhil yakın ilişkilere girmek istemez ve yakın ilişkilerden hoşlanmaz.

2- Genellikle tek başına etkinlikte bulunmayı yeğler.

3-Cinsel yakınlaşmaya çok az ilgi duyar.

4-Çok az etkinlikten zevk alır.

5-Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları ve sırdaşları yoktur.

6- Başkalarının övgülerine ya da yergilerine aldırılmaz.

7-Duygusal olarak soğuktur, kopuktur, tekdüze duygulanımı vardır.

B- Yalnızca şizofreni, ikiüçlü bir bozukluk, psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (APA, 2014:329).

Bu kişilik bozukluğunun yaygınlığına dair farklı oranlar sunan araştırmalar mevcuttur. Toplumun %7.5 'unu etkilediği öne sürülürken (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:22) bir başka çalışmaya göre genel nüfusun yaklaşık %1-2' sini etkileyen şizoid kişilik bozukluğu (Lenzenweger, 2008' den akt. Lenzenweger ve Willett, 2009: 1211), kişilik bozuklukları arasında en az yatarak tedavi oranına sahiptir ve bazı diğer kişilik bozukluklarına benzerliğinden dolayı en az teşhis edilendir (Kapfhammer, 2017: 155; Oldham vd., 1995'ten akt. Nirestean vd., 2012: 69). Farklı çalışmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde toplumda %3,1'lik bir yaygınlık ve klinik popülasyonda daha yüksek bir yaygınlık bulmuştur (Grant vd., 2004; Kosson vd., 2008'den akt. Thylstrup ve Hesse, 2009: 148). Erkeklerde ve şizofrenik yakınları olanlarda daha sık görülürken ortaya çıkış nedeni olarak genetik yatkınlık ve bebeklik/çocukluk döneminde bakım verenleri kapsayan gelişimsel faktörler ön plana çıkmaktadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:22).

Hem dinamik hem de tanımlayıcı literatürde tartışılmıştır ve dinamik literatür; çekingen ve şizoid kişilik bozukluklarının ayrımını sosyal ilişki kurma isteğine göre yapan DSM sınıflandırmalarının yanlış olduğunu varsaymaktadır (Öner ve Özsan, 2002: 27). Bu noktada, şizoid kişilik bozukluğunun da diğer tüm kişilik bozukluklarında olduğu gibi aslında geniş bir aralığı kapsadığı unutulmamalıdır (Stone, 2009). Psikoanalitik literatür, şizoid kişilikte oldukça ağır ve devam eden preödüpal travma ve duraklamış ayrışma-bireyselleşme süreci olduğunu öne sürmektedir (Öner ve Özsan, 2002: 27). Kernberg ise şizoid kişilik bozukluğunu borderline kişilik örgütlenmesi altında ele almıştır ve ego ile süperegonun işlevlerinde bozulmalar olduğunu; bölme mekanizmasının ön plana çıktığını dolayısıyla

kendilerini ve diğerlerini bütünlükte değerlendiremediklerini vurgulamaktadır (Akhtar, 1987:505). Kohut ise şizoid yapıyı, bir savunma organizasyonu olarak ele almıştır ve bu durumu bireyin narsisistik kırılganlığıyla ilişkilendirmiştir (Akhtar, 1987: 505). Masterson ise anneye etkileşimin iki temasının içselleştirilmesinden elde edilen ve içeriği annenin bebekteki kendilik aktivasyonuna karşı tepkilerine bağlı olarak şekillenen nesne ilişkileri biriminde gelişimsel duraklamanın yanında ego yapısı ve kendilik duraklamasını vurgulamaktadır (Masterson, 2015:77-85). Buna göre, şizoid kendilik bozukluğunun bölünen nesne ilişkileri biriminde ayrılma stresi ya da kendilik aktivasyonu ile sadist nesne /sürgünde kendilik parça birimi tetiklenir; buna ilişkin duygular dayanılmaz olduğunda ise efendi köle birimine dönülür ve buna ileri geri şizoid uzlaşma hareketi denir (Masterson, 2015:104-106). Aslında bu şizoid kararsızlığı; yoğun bir duyarlılığı ve yakınlık için özlem yaratan, görünüşte duygusal olarak kopuk görünen bireylerde zıt duygulara işaret etmektedir (Thylstrup ve Hesse, 2009:147). Görüldüğü üzere literatürde ilgi odağı olan ve çeşitli kuramların üzerine yaklaşımlar geliştirdiği bir kişilik bozukluğudur.

c)Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Bir diğer A kümesi kişilik bozukluğu olarak DSM-5 sınıflamasında yer alan şizotipal kişilik bozukluğunda; düşünce ve davranışlarda garip, olağandışı özellikler, büyüsel inançlar, alınganlık, kuşkuculuk, algısal yanılgılarla beraber garip bir kişilik dolayısıyla kısıtlı ve zor ilişkiler ön plana çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 428). Tutarlı bir çizgide toplumsal başarı gösterme ve ilerleme noktasında yoğun güçlük yaşarlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 33-34). Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerin dikkat çeken dört türlü düşüncesi mevcuttur ki bunlar; paranoid düşünceler, başkalarına odaklı referans düşünceleri, büyüsel düşünme ve yanılsamalardır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:37). Olağandışı algısal deneyimler, büyüsel düşünme, kuşku, sosyal kaygı, geri çekilme, garip davranış ve konuşma belirtileri göreceli olarak istikrarlıdır ve gerçeklik testlerinin bozulmasına yol açmaz (Maróthia ve Kéria, 2018: 434). Bu bozuklukta kişilerin gerçek toplumun bir üyesi olamamaları ve ilgilerini başkalarının dünyaları üzerinde odaklayamamaları rahatsızlıklarının temelini oluşturmaktadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 35).

Genel nüfusta yaklaşık %3-5 oranları arasında bulunur ve şizofrenik yakınları olanların yanı sıra erkeklerde daha sık görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 31). Bozukluk üzerine yapılan çoğu araştırma, psikolojik ve sosyal faktörlerden ziyade biyolojik olduğunu vurgular fakat bu bozukluğu tıbbi bir durumdan ziyade biyopsikososyal açıdan daha bütünsel olarak ele almak anlamlı gözükmektedir (Walsh, 2017:68). DSM-5'e göre şizotipal kişilik bozukluğu; şüphecilik, ilişkileri kurma ve sürdürmede güçlük gibi kişilerarası eksiklikler, bilişsel veya algısal çarpıtmalar ve bireyin yaşamının çoğu boyunca yaygın olan eksantrik davranışlar ile karakterizedir (APA, 2014). Tanı kriterlerine aşağıda yer verilmiştir:

A- aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde birden rahatsızlık duyma, toplumsal ve kişilerarası eksikliklerin yanı sıra bilişsel ve algısal çarpıtmalar ve sıradışı davranışlarla giden yaygın bir örüntü;

1- Alınma düşünceleri

2-Davranışları etkileyen alışlagelmişin dışında inançlar ya da büyüsel düşünme

3- Olağandışı algısal yaşantı, bedensel yanılsamalar

4- Olağana aykırı düşünce ya da konuşma

5- Kuşkuculuk ya da kuşkucu düşünceler

6-Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım

7- Sıra dışı davranış ya da görünüm

8- Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının olmaması

9- Yakınlaşmayla azalmayan toplumsal kaygıya kuşkucu korkular eşlik eder.

B- Yalnızca şizofreni, iki uçlu bir bozukluk, psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu, psikozla giden bir başka bozukluk ya da otizm açılımı kapsamında bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz (APA, 2014:330).

Şizotipal kişiliği olanlar, yetersiz ve uyumsuzluk gösteren duygulanımları nedeniyle olayları canlı olarak yaşayamazlar. Yoğun şekilde yaşanan yabancılaşıma ve

depersonalizasyon bu kişilerin yaşamlarını gerçekdışı ve anlamsız olarak algılamalarına neden olur ve dayanılması güç olan bu duygulara, kendilerinin yarattığı gerçekler dünyası ile karşı koymaya çalışırlar ve bu durum psikotik dönemlerin çıkışına zemin hazırlayabilmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 33-34). Şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni spektrum bozuklukları arasında kabul edilebilen bir kişilik bozukluğudur; gerek klinik belirtiler gerek nöropsikolojik ve nöro-görüntüleme bulguları, prodromal dönem şizofreni ve şizofreni hastalarının akrabalarıyla ortak paydaları olduğuna işaret etmektedir (Baskak, 2007: 30). Çeşitli aile çalışmaları sonucunda, şizoaffektif bozukluk ve şizotipal kişilik bozukluğu çok kuvvetli kanıtlarla, paranoid ve şizoid kişilik bozukluğu ise orta derecede kuvvetli kanıtlarla bu spektrumdaki yerini almıştır (Kahraman ve Karamustafalıoğlu, 2012:38). Tanı, 1980 yılında DSM-III'te yerini almış ve DSM-5'te psikotik bozukluklar bölümüne, şizofreni spektrum bozukluğu olarak eklenmiş ancak kişilik bozuklukları ile ilgili bölümde çapraz olarak kalmıştır (Chemerinski, Triebwasser, Roussos ve Siever, 2013:652).

Görüldüğü üzere şizotipal özellikler; şizofrenide görülen pozitif, negatif ve dezorganize boyutlara benzer birçok özelliği paylaşır ve ruh sağlığı uzmanları tarafından bu bozukluğa eşlik eden sıra dışı düşünce kalıpları yüzünden genellikle şizofreninin hafif bir formu olarak kavramsallaştırılır (Şener, Bora, Işık ve Özaşkınlı, 2006: 85; Thames ve Lilienfeld, 2013). Şizotipal kişilik bozukluğunun çeşitli biçimlerde var olduğu da öne sürülmektedir; pozitif semptomların baskın olması (çoğu zaman kadınlarda) ve negatif belirtilerin daha belirgin olması (çoğunlukla erkeklerde) bu biçimlerden bazılarıdır (Walsh, 2017: 68). Şizotipal kişilik bozukluğu olan kişiler şizofrenide olduğu gibi bazı kognitif eksiklikleri tecrübe eder, ancak bu kısıtlamaları telafi etmek için kapasiteleri mevcuttur ve hastanın semptomları şizofreni semptomları ile ne kadar yakınsa ilaç tedavisinin etkili olması daha olasıdır (Chemerinski, Triebwasser, Roussos ve Siever, 2013:652; Walsh, 2017:68). Olumlu bir klinik ilişki ile bu kişiler, tuhaf davranışları sürse bile yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olabilecek psikososyal müdahalelere açık olabilmektedir (Walsh, 2017:68).

2.2.1.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

a) *Antisosyal Kişilik Bozukluğu*

Antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) DSM-5'te; borderline, histrionik ve narsistik kişilik bozukluklarıyla birlikte B kümesi kişilik bozuklukları altında sınıflandırılmaktadır (APA, 2014) ve en güvenilir tanı konulabilen kişilik bozukluğudur (Meloy, 2009). Empati yokluğu ve bununla ilişkili olarak başkalarının haklarına tecavüz, tekrarlayan suçlar, pişmanlık duyamama ve ders çıkaramama, manipülatif davranışlar, dürtüsellikğin eşlik ettiği iritabilite ve dikkat çekici düzeyde sorumsuzluk ile karakterize bir patolojidir (Yıldırım ve Türel, 2015:98). Çocukluk çağından itibaren yalancılık, hırsızlık, kavgacılık gibi davranım bozuklukları gösteren; yetişkinlikte de toplumsal kurallara ters düşen, suç sayılan davranışlar sergileme eğiliminde olan bireyler bu tanı sınıfında yer almaktadır ve 18 yaşından itibaren tanılanabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 429). Merkezi özellikler; sorumsuz ve antisosyal davranış, dürtüsellik, saldırganlık ve başkalarının haklarını ve sınırlarını göz ardı etme eğilimini içerir (Yakeley ve Williams, 2014:133). Antisosyal kişilik bozukluğunda yalan söyleme, iç görünün ve sorumluluk bilincinin az olması, tahrip edici özelliklerinin yanı sıra pişmanlık belirtisi gözlemlenememesi gibi durumlardan ötürü uzun ve meşakkatli tedavide bile bozukluk belirtilerinin üst düzeyde yaşanabildiği, kalıcı ve yaygın olarak iyileşmenin güç olduğu düşünülmektedir (Güleç ve Köroğlu, 2000; Güleç, 2009; Meloy, 2009:775). İlerleyen paragrafta DSM-5 doğrultusunda tanı kriterlerine yer verilmiştir:

A-Aşağıdakilerden en az üçü ile belirli, 15 yaşından itibaren süregelen, başkalarının hakkını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü;

1-Tutuklanmasına yol açan eylemlerde bulunma, yasal sorumlulukları yerine getirmeme

2-Sık yalan söyleme, takma ad kullanma, başkalarını dolandırma

3-Dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama

4-Sinirlilik, saldırganlık, başkalarının hakkına el uzatma

5-Kendinin ve başkalarının güvenliğini önemsememe

6-Sürekli bir işinin olmaması, parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme

7-Kötü davranışları sonucunda pişmanlık duymama

B-Kişi en az 18 yaşındadır.

C-15 yaşından önce davranım bozukluğu olduğuna dair kanıtlar vardır.

D-Toplumdışı davranışlar yalnızca şizofreni ya da iki uçlu bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır (APA, 2014:331).

Antisosyal kişilik bozukluğunu anlamada daha eski gelenek, psikopati veya psikopatik kişilik terimlerine dayanmaktadır (Meloy, 2009:775). İlk olarak psikopat terimi kullanılarak, bu bireylerin içsel çatışmalarıyla çevrili psikotik bir alt yapısının olduğu fakat bunun çevresel faktörler beraberliğinde hemen anlaşılmayacak kadar karmaşık bir yapıda olduğu belirtilmiştir (Cleckley'den akt. Gençtan, 2003:260). İlerleyen çalışmalar ile beraber sosyolojik temelli bir bozukluk olduğu düşünülerek sosyopat terimi kullanılmıştır. DSM kategorizasyonunda da antisosyal kişilik olarak adlandırılmış, daha sonra antisosyal kişilik bozukluğu olarak isimlendirilmiştir ve psikopatik/sosyopatik kişilik bozukluğu ile eş anlamlı kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:429). Antisosyal kişilik bozukluğu, aileler ve toplum için zararlı sonuçların yanı sıra bireyler için yüksek oranda komorbidite ve mortalite taşıyan karmaşık bir durumdur; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu yatkinlaştırıcı durumlardır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:43, Yakeley ve Williams, 2014:132). Yanı sıra sadomazokizm, narsisizm ve depresyon eşlik edebilmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 44). Antisosyal kişilik bozukluğu ve alkolizmin görüldüğü ailelerde; topluma göre çok daha sık görülebilirken genel görülme sıklığı erkeklerde %3-7, kadınlarda ise %1 dolaylarındadır ve hapisanelerdeki kişilerin yaklaşık %75'inde görülebilir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:43). Hastalarda psikopatinin derecesini değerlendirmek mühimdir (Meloy, 2009:776).

Antisosyal kişilerin en ayırt ettirici özelliklerinden biri alışlagelen otoriteye ve kurallara karşı gelme eğilimlerinin olmasıdır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:50). Toplumda sürekli bir çatışma, kavga içerisindedirler. İleri derece saldırgan ve insaf yoksunu olabilirler. Fikir ayrılıklarında, kanıtlar ortada olsa bile kesinlikle haksız olduklarını kabul etmezler. Kaba, sert ve soğuk bir tutuma sahiptirler, zamansız ve uygunsuz davranışlar sergilerler. Çevreye ya da canlılara karşı kendilerini sorumlu hissetmezler. Yalan söyledikleri kanıtlandığında utanma belirtileri göstermezler

(Köroğlu, 2014:526); küçük düşme, aldatılma, haksız olduğu kanıtlanma durumlarında oldukça saldırdandırırlar. Engellenmeye karşı çabuk ve sert bir şekilde karşılık verirler. Antisosyal kişilik bozukluğunda engellenme eşiğinin düşük olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:45).

İlmli, karşılıksız ilişkilere, kibarlık ve sevecenlik gibi tutumlara şüpheyile yaklaşırlar ve çoğu kez bunların içten duygular olabileceğine inanmıyor gibidirler (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:45). İnsan ilişkilerinde; ilk olarak girişken, ilgili ve canlı gibi gözükebilmekle birlikte bencil ve sorumsuz yaklaşımlarından ötürü bu tutumlarında süreklilik gösteremezler (Öztürk ve Uluşahin, 2015:429). Bir kişiye ya da bir duruma kendini adadıklarında bile sadece kendi doyumunu ilgilendiren bencil güdülenmeler vardır ve davranışlarının sonucunu düşünmezler (Akhtar, 2009: 13). Duygusal bağlamda olan kişiler onlar için güçsüzdür. Büyük bir çoğunluğu, başkalarının duygu durumlarının farkındadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 46). Empati yetilerinin olduğu düşünülen durumlarda karşısındaki bireyi şaşırtmak, gafil avlamak gibi planlar yapabilirler. Bu agresiflik, düşman dünyaya karşı kendilerini savunmak için olması gereken bir kalkan imgesi gibidir, hatta kontrol etmeyi ve öç almayı sağlayabilir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 49).

Etiyolojisinde genetik etkenlerle beraber çocuklukta bakım verenlerin terk etmesi ya da ağır sömürüsüyle çok sık karşılaşılabilir, keyfi olarak ağır cezalandırmalar önemli bir etken olabilir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 44). Ebeveyn tutum ve davranışlarında yok sayıldıkları, ihtiyaçlarının karşılanmadığı, manüpile edildikleri, şiddet yoluyla sakinleştirilmeye çalışıldıkları düşünülmektedir. Psikodinamik ve psikanalitik düzlemde yapılan araştırmalarda; bu bireylerin patolojik nesne ilişkilerine sahip olan bebeklik ve çocukluk dönemi geçirdiği düşünülmektedir (Masterson, 2015). Nesne ilişkilerindeki güçlükler; eşduyum, sevgi ve temel güven duygularının yetersizliğini beraberinde getirmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 44). Şiddetli psikopatik hastalarda, kendilik agresif ve tüm güçlüyken diğerleri hakim olacakları ve kullanacakları nesneler olarak değerlendirilir; daha düşük psikotik seviyelerde ise kendilik incinmiş ve değersiz görülerek savunmacı ve kırılgan bir yapı gözlemlenebilir (Meloy, 2009:779).

Tüm bunlarla beraber antisosyal kişilik bozukluğunu, narsistik kişilik bozukluğuyla bağlantılandırılmış (aşırı düzeyde kendini sevmeye) ele alan ve bir alt küme olarak

değerlendiren görüşler de mevcuttur (Kernberg, 2006). Özellikle ASKB hastasında psikopatik bozulma derecesi arttıkça, grandiyöz duyguları yönetebilmek ve duygusal kırılmaları onarabilmek adına değersizleştirme mekanizmasının daha fazla kullanıldığı öne sürülmektedir (Meloy, 2009:778). Narsistik temelli yapıyla ayırıcı tanıları ise; narsistik bozukluğa sahip olan bireylerde belirli bir düzeye kadar süper ego gelişimi görülür ve bir değerlendirme sistemine sahiptirler, antisosyal kişilik bozukluğunda ise süper ego gelişimi patolojik olarak çok daha geridedir. Bu kişilerde tasarlama ve yargılamayla ilgili ego yetersizlikleri vardır, süperegoları tam gelişmemiştir dolayısıyla dürtüsel davranırlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:44).

b)Borderline Kişilik Bozukluğu

B kümesinde kategorize edilen kişilik bozukluklarından birisi de borderline kişilik bozukluğudur (BKB). Geçmişte, nevrozlarla psikozlar arasında konumlandırılarak ele alınmıştır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:59). Halen başlı başına akademik bir tartışma konusu olarak ele alınan borderline kişilik bozukluğunda; kimlik duygusunda, ilişkilerde, duygulanımda yaygın ve süregelen bir tutarsızlık mevcuttur. Çökkünlük belirtileri, antisosyal/atak davranışlar, psikoaktif maddeye yönelim, hızlı yaşam çabaları, kendine zarar verme, boşluktan ve yalnızlıktan yakınma eğilimi, yalnız kalmaya dayanamama gibi özellikler belirgindir (Akthar, 2009:7; Öztürk ve Uluşahin, 2015:430). Psikozlar, duygudurum bozuklukları, diğer kişilik bozuklukları ve bilişsel bozukluklarla örtüşen birçok yanının olması; tartışma konusu olmasını beraberinde getirmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 59). Borderline kişilik bozukluğu tanısı için DSM-5'te yer alan tanı ölçütlerinden en az beşinin karşılanması gerekmektedir.

A-Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, erken erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık;

1-Terk edilmekten kaçınmak için çığınca çaba gösterme

2-Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler

3-Kimlik karmaşası

4-Kendine kötülüğü dokunacak en az iki dürtüsellik (para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araç kullanma vb).

5-Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmalar

6-Duygulanımda tutarsızlık

7-Süreğen bir boşluk duygusu

8-Uygunsuz yoğun bir öfke, öfke denetiminde güçlük

9-Zorlanmayla ilişkili gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (APA, 2014: 332).

Kadınlarda daha sık olmakla birlikte görülme sıklığı %2 dolaylarındadır ve önemli bir bölümüne başka bir psikiyatrik tanının eşlik ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur; fobi, obsesif-kompulsif belirtiler, konversiyon belirtileri, dissosiyatif tepkiler, hipokondriasis, paranoya bu eş tanılardan bazılarıdır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 60-68). Yatılı tedavi görme oranları çok yüksektir; BKB hastaları hastanede yatan hastaların %23'ünü oluşturmaktadır (Widiger ve Frances, 1989'dan akt. Gunderson ve Links, 2009:816). Borderline kişilik bozukluğu; annede böyle bir bozukluk olması durumunda ve ailede duygudurum, madde kullanım bozuklukları, sömürü, terkedilme hikâyesi olması durumunda daha sık görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 60-61).

Bu kişiler süreğen bir bunalım/kriz içerisindeyler ve gerçeği değerlendirmelerinin bozulduğu kısa süreli dönemleri olabilir, bunlar çoğunlukla paranoya ya da gelip geçici dissosiyatif belirtilerden oluşur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 59). Sabit bir kimlik yapılanmasına sahip olmamakla birlikte duygu durumu değişiklikleri çok sık ve uç noktalarda yaşanmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu olanlar intihar girişimlerinde bulunabilirler, kendine zarar verme davranışları sergileyebilirler (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 68). İlişkilerinde sabitlik ve düzen bulmakta zorlanırlar (Kohut, 2006). Kendisini ve karşısındaki nesneyi çok kıymetli hissettiği bir zaman diliminden tamamen kıymetsiz ve aşağılık olarak gördüğü bir zaman dilimine doğru hızlı geçişler yaşayabilirler. Değersiz hissettiklerinde bireye ya da nesneye yapışma ihtiyacı hissedebilirler. Sınırları belli olan bir ilişki ve aşk dizaynı oluşturamayıp rastgele cinsel partner seçimleri yapma eğilimindedirler. Hemen dağılabilen bilişsel yapısının yanında yoğun olarak hissettiği aşk ve idealize duyguları vardır ve bunlara şiddetli bir şekilde yaşadığı boşluk duygusu eşlik etmektedir. Nesne ve bireylerden çabuk bir geri çekilme yaşarlar fakat yalnızlık hissine dayanamazlar. Zaten duyguların, davranışların

ve ilişkilerin istikrarsızlığı bu psikopatolojinin ayırıcı özelliklerindendir (Gunderson ve Links, 2009: 806).

Borderline kişilik bozukluğu; psikanalitik, psikodinamik ve bu kapsamda nesne ilişkileri ekollerinin geniş kapsamlı olarak açıkladığı ve ayrımlarını gelişimsel olarak kategorize ettiği bir düzene sahiptir. Nesne ilişkilerini içselleştirme süreçleri kapsamında 3. evrede (18.aya kadar) kendilik tasarımları ile nesne tasarımları arasında ayırım yapılır. Volkan' a göre bu evrede saplanmak borderline kişilik yapılanmasına neden olabilmektedir (Volkan, 2007). Ayrışma-bireyselleşmenin alt evresi olan uzlaşma durumu çözülmemiştir ve nesne sürekliliği bozulmuştur ki bu da içsel yapılanma ve denetimin kurulamamasıyla yani ego işlevlerinde yaygın bir bozukluk ve kimlik bozukluğu ile sonuçlanır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:61).

Borderline kişilik örgütlenmesi gösteren bireyler; bütünleşmemiş ve kontrol edemedikleri, hızlı değişim gösteren ilkel ve yoğun duyguların etkisi altındadırlar (Kernberg, 2006). Kernberg'e göre ele alınacak olunursa; bu duygular bunlara eşlik eden bilişsel sistemlerle beraber hareket ederler dolayısıyla sadece duygulanım bozukluğu değil, bilişsel alanda da bir bozulmaya işaret ederler. Bu tabloda dağınık kimlik, ilkel savunmaların kullanılması, kırılgan gerçeklik testi, duygu düzenlemede bozulmalar ile cinsel ve saldırgan dışavurum, tutarsız içselleştirilmiş değerler, ötekilerle zayıf kalitedeki ilişkiler ve işte/egitimde zayıf yatırım sıklıkla gözlemlenen unsurlardır. Bireyin karmaşıklığı büyük oranda farkındalığı engelleyen savunma süreçlerinin düşünmede tahribata yol açmasının sonucudur. Bireyin negatif duyguları, kendini acıdan koruma amacıyla bunun sebebi görülen nesneyi hedef almaktadır ve bunlar kendiliğe de yönelebilmektedir. Agresyonun daha az olduğu seviyelerde ise kendini güvende hissetmek için ötekini kontrol teması ön plana çıkmaktadır.

Borderline Kişilik Bozukluğu hafif derecede ve ağır derece de olmak üzere iki şekilde ele alınabilmektedir (Masterson, 2006). Ağır borderline kişilik bozukluğu yapılanmasına sahip bireyler, terk edilme ya da boşlukta kalma tehlikesine karşı nesne ya da bireye yapışarak bir savunma tarzı oluştururlar ve yapışmacı borderline türü olarak ele alınırlar (Masterson, 2011; Masterson, 2015: 98-119). Hafif derecede borderline yapılanma ise savunma mekanizmasını, terk edilme ya da boşlukta kalma tehlikesine karşı uzaklaşma olarak belirler ve uzaklaşmacı borderline olarak adlandırılırlar (Masterson, 2011; Masterson, 2015: 98-119). Günümüzde, borderline

hastalar ile gerçekleştirilen çeşitli psikoterapi tedavileri iyileşme oranının yüksek olduğunu gözler önüne sermektedir; bilişsel kontrol bozukluğu, afektif kontrol bozukluğu, dürtü/davranış kontrol bozukluğu, anksiyete için ilaç tedavisi ve yatılı tedaviler de ön plana çıkmaktadır (Gunderson ve Links, 2009:805-816).

c)Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Geçmişte, psikoanalitik yaklaşımda histerik karakter nevrozu veya histerik, kişilik olarak ele alınan kavramlar; günümüzde histriyonik kişilik bozukluğu (HKB) olarak tanımlanmaktadır (Gabbard ve Allison, 2009:824). Histriyonik kişilik bozukluğunda dikkati üzerine çekme çabaları, olayları dramatize etmeye ve bu amaç doğrultusunda yalan öyküler anlatmaya eğilim ve dolayısıyla abartılmış duygusal tepkiler, beden hareketleri ve mimikler; çabuk etkilenme gibi özellikler ön plana çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015:432). Toplumda görülme sıklığı %2-3 dolaylarındadır ve kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmesine karşın erkeklere gereğinden daha az konan bir tanı olduğu varsayımı üzerinde de durulmaktadır (Gabbard ve Allison, 2009:825; Köroğlu ve Bayraktar, 2010:77). Ortaya çıkaran nedenler arasında bakım verenlerle ilişkiler ve özellikle de mesafeli olan ve hoşgörüsüyle davranmayan bir baba, kıskırtıcı ve ayartıcı bir anne örüntüsü ile sık karşılaşılmaktadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:77). DSM-5'te tanı ile ilgili olarak aşağıdaki kriterler karşımıza çıkmaktadır:

A-Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, 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, uygunsuz davranışlarla belirlidir.

3-Birden değişen, yüzeysel duygular gösterir.

4-İlgi çekmek için dış görünümünü kullanır.

5-Gereğinden çok etkilemeye yönelik, ayrıntıdan yoksun konuşma biçimi vardır.

6-Yapmacık davranır, gösteriş yapar, duygularını abartılı gösterir.

7-Kolay etki altında kalır.

8-İlişkilerin olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünür (APA, 2014:333).

Bu bireyler; oyuncu bir şekilde ilgiyi isteyen, yoğun bir şekilde çevreye olumlu bir kişi görüntüsü verme çabasında olan, fiziki görüntüsüne oldukça düşkün ve gösterişli, baştan çıkarıcı tutum ve davranışlarını ön plana çıkaran tutumlarıyla dikkat çekmektedir. Histriyonik kişilik bozukluğunun başlıca özelliği, aşırı duygusallık ve ilgi görme arayışı içinde olmanın yoğun olarak gözlemlenmesidir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:87). Ayartıcılık, cinsel kıskançlık, ideal aşk için özlem duymak, duygusal yüzeysellik ve seksüalizasyon gibi temel belirtileri mevcuttur (Gabbard ve Allison, 2009: 825).

Histriyonik kişilik bozukluğu yaşayan bireyin hedef davranışı çevredeki kişileri etkilemektir ve benmerkezci tutumları mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu bireyler bitmek tükenmek bilmeyen ilgi ve övülme isteklerine paralel yeni tanıştığı insanlara karşı aşırı ilgili gözükebilir ancak insanlarla yaşadığı olumsuz deneyimlere karşı aşırı duygusal tepkiler verebilirler. Olumlu izlenim bırakabilmek için sevgi sözcükleri kullanmada çok bonkör davranmaları beklendiktir (Gençtan, 2003: 263). Kendilerini bir arzu nesnesi olarak göreceks nesne arayışındadırlar (Gabbard ve Allison, 2009: 825) ve nesneyi, övgüyü, dikkat çekmeyi elde edebilmek için kullandıkları yöntemleri değişkenlik gösterir. Çekici, kışkırtıcı görünimleri ve davranışları sonrasında cinsel birliktelik yaşanma olasılığında bilgisiz ve yeterli olgunluğa sahip olmayan bir birey gibi davranışlar sergileyebilirler (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 79). Temelde, cinsel korkular ve kısıtlanışlar yatabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 432). Yanı sıra cinselliği eyleme dökebilirler ve bunu kıstas belirlemeden ya da zamana yaymadan gerçekleştirebilirler. Seçici ve tarz sahibi olduğuna dair bilgiler verebilirken ilgiyi aldıkları ya da kendisini idealize eden bireylerle seçici olmadan hızlı bir biçimde iletişim ya da ilişkiye girebilirler. Bununla birlikte kişilerde bıraktıkları izlenimlerin devamlılığı yoktur.

İnsan ilişkilerinde saf, telkine yatkın ve bağımlı olabilmenin yanı sıra şefkat ve sevgi açlığıyla çabuk arkadaş olurlar ancak olgun ve dengeli ilişkiler kuramayışlarıyla çabuk reddedilmiş hissederler (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 432). Kendisine ilginin az olduğunu hissettiği durumlarda kaygılanır ve gerçekleştirmek istediklerine engel olan

kişi ya da durumlar algıladığında bu engellemeleri yönetme kapasiteleri düşük olabilir. Kendisini geride kalmış ve önemsiz hissettiği durumlarda oldukça kültürlü ve yeterli bir birey olduğu izlenimi vermek için yüksek bir perdeden konuşabilirler (Güleç, 2009; Güleç ve Köroğlu, 2000). Nasıl bir birey olduğunun tarifini kendilik özellikleriyle değil etkiledikleri ya da etkilemek için mesai harcadıkları bireyler üzerinden gerçekleştirmeyi hedeflerler (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 80). Çok duygusal olduklarına dair bir imaj sunma çabalarına rağmen duygusal açıdan sığlık, hızlı değişimler ve yapmacıklık dikkat çekicidir (Köroğlu, 2014:535). Uzun süren ağlama nöbetleri gözlemlenebilir (şahin, 2009). İçtenlik aradıkları zamanlarda bu içtenliğin karşılığını vermekte zorlanırlar. İşlevsellikleri sınırlıdır ve üretken olma noktasında güçlük yaşamaktadırlar. Özellikle narsistik kişilik ve borderline kişilik bozukluklarıyla benzerlik gösterdiği yönler mevcuttur, narsisizm eğilimleri fazladır (Kernberg, 2006; ztrk ve Uluşahin, 2015: 432). Histrionik kişilik bozukluğu hakkında yaygın tedavi araştırmaları mevcut değildir ve bu durum, hastaların tedavisinde klinik deneyim odaklı hareket edilmesine neden olmaktadır; psikodinamik/psikoanalitik başta olmak üzere son yıllarda bilişsel terapinin katkılarıyla psikoterapi, tedavinin temel taşıdır ve ilaç tedavisi faydalı bulunmamaktadır (Gabbard ve Allison, 2009:824).

d)Narsisistik Kişilik Bozukluğu

B kümesinde kategorize edilen kişilik bozukluklarından bir diğeri de narsistik kişilik bozukluğudur (NKB). Narsisizm, normal ve patolojik olarak iki biçimiyle ele alınan bir kavramdır. Normal narsisizm; kişinin kendine olan özgüveninin yüksek ve başkaları tarafından gelen olumsuz etkilerin kişinin özgüvenini olumsuz yönde etkileme gücünün zayıf olduğu, patolojik narsizm ise bireylerin kendinden emin görüntülerine rağmen içsel süreçte tamamen başkalarının düşünceleriyle beslenmeye açık yani güvensiz oldukları durumları nitelemektedir (Karaaziz ve Erdem Atak, 2013: 45-46). Narsisistik bireyler genellikle karakter özelliklerini sorunlu olarak tanımlama eğiliminden uzaktır (Ronningstam ve Maltzberger, 2009: 792).

Narsisistik kişilik bozukluğunda kendini aşırı beğenen, üstün gören, aşırı beğeni, ilgi ve onay bekleyen dolayısıyla hayal kırıklıkları ve incinmelerin de yoğun yaşandığı, özsaygının düşebildiği ve bunaltı/çökkünlük gibi durumların eşlik edebildiği bir yapılanma dikkat çekmektedir (ztrk ve Uluşahin, 2015: 432). Genel olarak

toplumsal davranışlarında sakın ve kendine güvenli tutumları mevcuttur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 92). Benlik saygısı dışarıdan gelen beğeni, ilgi ve onayla beslenirken doğal olarak görünüş ve davranışlar da bunları elde etmeye yönelik gelişir. İlişkilerinde çıkara yönelik, eş duyum gösteremeyen, işgalci, istismarcı ve benmerkezci bir tutum ön plandadır (Akhtar, 2009). En bariz özellikleri büyüklenmeci bir yapıya sahip olmalarıdır. Yetersiz oldukları alanlardan ve değersiz hissettikleri durumlardan şiddetle kaçınabilirler. Tenkitlere ya da yargılamalara karşı dayanabilme ya da bunları yönetebilme eşikleri düşüktür. İhtiyaçlarını belirtmede ya da karşılanması talebinde bulunurken, ihtiyaç karşılayabilme yetileri de düşüktür ya da karşıladıkları ihtiyaç kendine yönelimli övgü dolu olumlu düşünceleri almak içindir. Oluşan bu kişilik kabuğunun içerisinde çekememezlik, kıskançlık, öfke, kıymetsiz ve güçsüzlük hisleriyle birleşmiş bir kendilik mevcuttur (Masterson, 2011: 111). Aldıkları herhangi bir eleştiri ya da değersizleştirme durumunda yoğun bir kırılma yaşar ve bu kırılma sonrası öfke ve saldırı duygusu eyleme koyulur. Toplumda görülme oranı %1 civarındadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 91).

Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, büyüklenme, beğenilme gereksinimi ve eşduyum yapamama ile giden yaygın bir örüntü;

1-Büyüklenir, başarılarını ve yeteneklerini abartır.

2-Sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik ya da yüce bir sevgi düşlemleriyle uğraşır.

3-Özel ve eşi benzeri olmayan biri olduğuna ve ancak özel ve üstün kişilerle anlaşabileceğine inanır.

4-Çok beğenilmek ister.

5-Hak ettiği duygusu içindedir.

6-Kendi çıkarı için başkalarını kullanır.

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 tutumlar sergiler (APA, 2014:333-334).

Borderline kişilik bozukluğunda olduğu gibi narsisistik kişilik bozukluğu da pikanalitik anlamda ilginin yoğun olduğu bir diğer türdür, özellikle nesne ilişkileri ve kendilik psikolojisi kuramlarının ana çalışma konusudur ve bu kuramların geliştirdiği birçok kavram genel psikiyatride de kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 433). Günümüzde narsisizmin tek boyutlu bir yapı olup olmadığı ve bu kişilik işleyişinin farklı dışavurum şekilleri araştırmaya başlanmıştır (Ar, 2014, 31). Psikanalitik yaklaşımın birikimi doğrultusunda narsisizmin oluşum nedenlerinin daha sistematik bir hali şekillenmektedir. Kendilik psikolojisi ve nesne ilişkileri kuramlarının kişilik bozukluklarını ele alışı, kişinin çocukluk dönemindeki gelişim basamaklarına ve ebeveyn ilişkisine dayanmaktadır. Bu ekollere göre narsisistik yapılanmanın oluşumunu anlamak için temel olarak alınan çalışmalardan birisi de Mahler'in bebek gelişimi ile ilgili olan ve ayrılma-bireyleşme sürecini temel alan çalışmalarıdır (Mahler, Pine ve Bergman, 2012). Bunlardan biri olan Kernberg, patolojik grandiyöz benliği ve negatif aktarımı ortaya çıkarmaya ve karşı aktarıma odaklanmaktadır (Ronningstam ve Maltzberger, 2009: 794).

Kohut tarafından geliştirilmiş olan kendilik psikolojisi kuramında ise başta narsisistik patoloji olmak üzere tüm psikopatolojinin temel belirleyicisi erken eş duyum ilişkilerindeki yetersizliktir (Kohut, 2006). Hatta bununla bağlantılı olarak asıl oluşumsal örselenmenin temeli, ebeveynin kendi psikopatolojisinde özellikle de kendi narsisistik saplanmalarında görülmektedir. Narsisistik kişilik bozukluklarının temel psikopatolojisi ise otoerotizm aşamasını izleyen narsizm aşamasına ilişkindir (Kohut, 2006). Kohut'a göre annenin bakımındaki yetersizlikler, birincil narsisizmin dengesini bozar ve çocuk bu mükemmelliğe yeniden ulaşmak için büyüklenmeci/teşhirci bir kendilik imgesi oluşturur ve eski mükemmelliği, aslında arkaik/gelişmemiş ama hayran olacağı, tüm güçlü, geçiş nesnesi niteliği taşıyan bir kendilik nesnesine devreder. Aslında bunlar yerinde ve yeterli gelişme koşulları altında ehlileştirilir ve erişkin kişilikle bütünleştirilerek ben ile bağdaşmış tutku ve amaçlarımızın, kendimize saygının önemli yönlerinin içgüdüsel yakıtını oluşturur. Yani bu bireylerin arkaik büyüklenmeci kendilik kümelerine ve/veya arkaik, aşırı değer verilmiş, narsisistik yatırım yaptıkları nesnelere takılıp kalmış olduklarını söylemek mümkündür.

Çocuğun bireyleşmekte olan kendiliğinin ortaya çıkışını desteklemekte annenin duygusal tedarik ve destek sağlama konusunda yaşadığı zorluklar geniş bir maternal davranışlar yelpazesinde görülmektedir (Masterson, 2015). Terk edilme depresyonu ile egonun, nesne ilişkilerinin ve kendiliğin gelişimsel duraklamasına yol açar ve kendiliğin patolojik duraklaması, kuramın ana noktasını oluşturmaktadır (Masterson, 2006). Burada çocuğun ortaya çıkan kendiliğinin onaylanmaması, çocuğun kişiliksizleştirilmesi söz konusudur. Çocuk erkenden kendi potansiyellerini, anne kaynaklı duygusal desteği korumak için göz ardı etmeyi öğrenir. 16.-18. aylar arasında çocukta kendi bireyleşmesi için kendisinde var olan gelişimsel itkileri ile gelişim ve ego gelişimi için gerekli olan annenin duygusal desteğini alamama korkusu arasında bir çatışma başlar. Gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımıyla teşhis boyutunu ele aldığımızda ise DSM-5 kriterlerinin yanı sıra özellikle, bireyde ayrılma-bireyleşmeyi hızlandıran streslerin gözden geçirilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Narsisistik kendilik bozukluğu bölünen nesne ilişkileri biriminde kendilik ve nesne temsillerinin kaynaşmış olduğu görülmektedir. Savunmacı, kaynaşmış parça birim (nesne tümgüçlü ve kendilik büyüklenmeci) ve saldırgan, kaynaşmış parça birim (nesne saldırgan/değersizleştirici, kendilik yetersiz/değersiz) şeklinde iki parça birim mevcuttur (Masterson, 2015). Saldırgan kaynaşmış parça birim tetiklendiğinde narsisist özellikler taşıyan birey, üç savunma alternatifine sahiptir. Yatırım ağırlıklı olarak büyüklenmeci kendilikte ise birey bunu harekete geçirecek ve yaygın savunma tiplerinden biri olan teşhirci tipi oluşturacaktır. Yatırım daha çok nesne temsiliinde ise nesne idealleştirilerek savunmaya geçilir ve bu da gizli narsisistik tipi açıklamaktadır. Daha nadir görülen ve yönetilmesi güç olan üçüncü savunma şekli ise değersizleştirici narsisistik tür olan saldırgan birimin eyleme vurulması şeklindedir. Narsisistik kişilik bozukluğu yaşayan bir birey için yakınlık, gerçek bir kendilik aktivasyonu için gerekli ama aynı zamanda ayrılma anksiyetesini ve çeşitli savunmaları da canlandıran bir taleptir. Görüldüğü üzere bozukluğun betimsel ve kavramsal özellikleri incelendiğinde kuramcıların psikoseksüel gelişim basamaklarında aksamalar ya da nesne tasarımlarındaki saplanmalar gibi farklı noktalara odaklandıkları ancak bozukluğun klinik görünümü olarak benzer özelliklere işaret ettikleri görülmektedir (Doğan, Uğurlu ve Canat, 2007: 53). Daha geniş kültürel ve toplumsal faktörlerin narsisistik eğilimleri teşvik edebileceği de tartışılmaktadır.

Freud'un narsistik nevrozu olan hastaların psikoanalitik yöntemlerle tedavi edilemeyeceği varsayımından sonra 1960'lı yıllarda Kernberg ve Kohut'un iki farklı ego-psikolojik nesne ilişkileri/benlik psikolojisi yaklaşımlarıyla NKB tedavisine ilgi yeniden artmıştır ve günümüzde tedavi yaklaşımları etkililiğine dair araştırmalar sınırlı olmakla birlikte çeşitlilik göstermektedir (Ronningstam ve Maltzberger, 2009: 791-801). Etkililiği kanıtlanmış bir ilaç tedavisi mevcut değildir (Ronningstam ve Maltzberger, 2009: 792). Narsistik kişilik bozukluğu olan kişiler, tedavi için diğer insanlara yönelik sorumluluk yükleyerek tedavinin odağı olmaktan kaçınırlar. Bazı karakter özellikleri, onları tedaviye gönüllü olma ve onu sürdürme noktasında daha zorlayıcıdır; tedaviyi anlamsız ve küçük düşürücü bulma eğilimindedirler (Ronningstam ve Maltzberger, 2009: 793).

2.2.1.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

a)Çekingen Kişilik Bozukluğu

Tüm kişilik bozuklukları arasında C kümesi kişilik bozuklukları uygun yöntemlerle tedavi edilmeleri koşuluyla gelişim sağlamak adına en uygun adaylardır ve dinamik, bilişsel ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarını içeren bireysel psikoterapiler, C kümesinde istendik yönde etkili olmaktadır (Perry, 2009:851). C kümesi kişilik bozukluklarında genellikle diğer kümelere nazaran daha az bozulma gözlemlenmektedir (Perry, 2009:835) ve diğer kişilik bozukluklarına kıyasla C kümesi kişilik bozukluklarında tedaviyi bırakma oranı daha düşüktür (Shea ve ark., 1990'dan akt. Perry, 2009:836). Diğer kişilik bozuklukları ile eş tanı, özellikle C kümesi içinde yaygındır ve belirtilen çok farklı yaygınlık oranları mevcuttur (Baskak, 2007: 61; Lampe ve Malhi, 2018: 56).

Bu kümede yer alan Çekingen Kişilik Bozukluğu (ÇKB), reddedilme korkusu ve kişisel yetersizlik duyguları tarafından yönlendirilen sosyal etkileşimden kaçınmayla karakterizedir (APA, 2014). Toplum içinde yoğun olarak kendilerine ve başkalarının kendileri hakkında olumsuz değerlendirmelerine odaklanan; çirkin görünmekten ve yanlış davranmaktan korkan dolayısıyla toplumsal ilişkilerden, girişimlerden kaçınan; küçük düşme korkusunun baskın olduğu utangaç bir yapı ile nitelenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 433). Çekingen kişilik bozukluğunda konuşmalar genellikle yavaş ve kısıtlıdır; duygularını açıkça dışarı vuramamalarından kaynaklı uygun tepkileri

veremiyor olmak da gerginliği beraberinde getirmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010: 108). Aslında ilişki kurmak için istek duyulur ve sınırlı olmakla birlikte görece yakın ilişkiler kurulur ancak olumsuz değerlendirilme beklentisiyle genel olarak toplumdan, insanlarla ilişkilerden kaçınmayı içeren ve uzun süreye yayılan bir yaşam biçimi mevcuttur (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 433). Özellikle en yakın tanı olan sosyal anksiyete bozukluğu ile karşılaştırıldığında, nispeten az araştırma dikkati çekmektedir. Bunun nedenleri çok faktörlüdür, ancak muhtemelen Çekingen Kişilik Bozukluğunun farklı bir bozukluk kategorisi olarak meşruiyetine ilişkin literatürde devam eden sorulara ve en azından kısmen B kümesi dışındaki kişilik bozukluklarına ilişkin daha genel bir araştırma eksikliğine ilişkindir (Lampe ve Malhi, 2018). Çekingen kişilik bozukluğu, boyutsal bir modelle tutarlı olarak sosyal fobinin ciddi bir varyantı olarak kabul edilmektedir (Lampe ve Sunderland, 2015: 115; Sevinçok, Dereboy ve Dereboy, 1998: 23). Aşağıda, DSM-5 doğrultusunda tanı ölçütlerine yer verilmiştir:

Aşağıdakilerden en az dördü ile belirli, toplum içinde çekingenlik, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılıkla giden yağın bir örüntü;

1-Eleştirilme, onaylanmama, dışlanma korkuları yüzünden kişisel ilişki kurmayı gerektiren etkinliklerden kaçınır.

2-Seveceklerini kesin olarak bilmedikçe insanlarla ilişkiye girmek istemez.

3-Utandırılacağı ya da alay edileceği korkuları yüzünden yakın ilişkiye girmekten çekinir.

4-Toplumsal durumlarda eleştirilme ya da dışlanma düşünceleriyle uğraşır.

5-Yetersizlik duyguları yüzünden insanlar arasında çekingen davranır.

6-Kendisini toplumsal olarak beceriksiz, çekiciliği olmayan biri olarak görür.

7-Utandırıcı olabileceği düşüncesiyle girişimlerde bulunmada isteksiz davranır (APA, 2014: 334-335).

Çekingen kişilik bozukluğu, yaygın türlerden biridir ve hem klinik ortamlarda hem de genel popülasyonda sık görülür (Grant vd., 2004). Ülkemizde sık görülmekte hatta bu yapının özellikleri kültürel olarak desteklenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 434). Toplumda görülme sıklığı %0.5-1 arasında olmakla birlikte yüzde 10 civarında

oranları bildiren çalışmalar da mevcuttur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:105). Anababanın küçümsemeleri ya da aşırı koruyup kollamaları ve anababada da fobik özelliklerin bulunması ortaya çıkışında olası etkenler olarak görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:105). Bebeklik ve çocukluk döneminde bakım veren kişiler ile yaşanan ilişki döngülerinde, yetersizlik duygularının dolayısıyla eleştiriye aşırı duyarlılığın ve onaylanma gereksiniminin ön plana çıktığı düşünülmektedir. Sıklıkla depresyon ve madde kötüye kullanımı ile eş tanılıdır ve muhtemelen intihar düşüncesinin ve girişimlerinin artan oranlarıyla ilişkili olabilmektedir (Cox, Pagura, Stein ve Sareen, 2009'dan akt. Lampe ve Malhi, 2018). Çoğu kişilik bozukluğunda olduğu gibi KB'nda da temel tedavi seçeneğinin psikoterapi olduğu kabul edilmektedir (Sevinçok, Dereboy ve Dereboy, 1998: 25) Tedavisine ilişkin çok az araştırma vardır ve bunlar, belirtilerinin en azından bir dereceye kadar giderilmesinde bilişsel davranışçı yaklaşımların önemini desteklemektedir (Lampe ve Malhi, 2018: 55-66).

b)Bağımlı Kişilik Bozukluğu

C kümesinde yer alan bağımlı kişilik bozukluğunda ise yetişkin hayatın kendi başına karar vermek, sorumluluk almak ve özerk girişimlerde bulunmak gibi beklentileri karşısında zorlanma dolayısıyla edilgen ve bağımlı bir yapıda başkalarından isteyen ve alan; temel kaygısı bakılma gereksinimi olan ve desteksiz kaldıklarında kaygılı bir yapılanma mevcuttur ( zt rk ve Uluşahin, 2015: 434). Kişilerarası ilişkilerde aşırı uzlaşmacı ve kendilerinden verici olabilirler. Kendilerini en azından y zeyssel olarak; düşünceli, saygılı ve işbirliği yapabilen, aşırı tutkulu olmayan ve isteklerinde ölçülü bir kişi olarak g r rl r. Kişilerarası ipuçlarına özellikle duyarlı oldukları ve başkalarının ihtiyaçlarını karşılamada yetenekli oldukları için, bağımlı hastalar genellikle kendilerini patolojilerini destekleyen bireylerle evrelerler (Bornstein, 2012: 776). Daha yakından incelendiklerinde ise belirgin kişisel yetersizlik ve güvensizlik duygularının olduğu açığa çıkartılabilir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:121). Bağımlı kişiliklerin davranışları yumuşakbaşlılık, edilgenlik ve kendini ortaya koyamama ile belirlidir; yapışma ve sürekli olarak başkalarından güvence alma arayışında olma gibi davranışlar sergilerler (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:125). Duygusal veya fiziksel olarak istismar edildiği ilişkilerde olma; utanç, yetersiz,

endişeli, suçlu ve depresif hissetme eğilimindedirler (Simonelli ve Parolin, 2017). Genellikle uyumlu ve “düşük risk” olarak tanımlansalar bile, araştırmalar kendilerine zarar veren davranışlarda bulunma olasılıklarının olduğunu göstermektedir (Simonelli ve Parolin, 2017). DSM-5 doğrultusunda tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir:

Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli; boyun eğici ve ayrılma korkularına yol açan ilgilenilme gereksinimi ile giden yaygın örüntü;

1-Başkalarından yeterince destek ve öğüt almadıkça gündelik kararlarını vermekte güçlük çeker.

2-Çoğu alanda kendisinin yerine başkasının sorumluluk almasını gereksinir.

3-Desteklerini çekecekleri ya da kabul görmeyeceği korkusuyla başkalarıyla aynı görüşte olmadığını söylemekte güçlük çeker.

4-Kendi başına bir iş yapmakta güçlük çeker.

5-Başkalarının bakım ve desteğini sağlamak için hoş olmayan şeyleri yapmayı isteyecek kadar aşırıya gider.

6-Kendi kendine bakamayacağı korkusu yüzünden tek başına kaldığında kendini rahatsız hisseder.

7-Yakın bir ilişkisi sonlandığında bakım ve destek kaynağı olarak yeni bir ilişki arayışına girer.

8-Kendi kendine bakmak durumunda bırakılacağı korkusuyla gerçekçi olmayan biçimde kafa yorar (APA, 2014:335-336).

Genel erişkin popülasyonda sıklığını %1.5 olarak belirten çalışmalar mevcuttur (Torgersen, Kringlen ve Cramer, 2001:590). Bütün kişilik bozukluklarının %2.5' unu oluşturmaktadır ve kadınlarda daha yaygın görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:119). Bakım verenlerin bebeklik ve çocukluk döneminde özerk, bağımsız ve girişken olmayı kısıtlayan aşırı korumacı tutumları ve bu tutumu destekleyen kültürel öğelerle birlikte toplumumuzda yaygın olarak görüldüğü düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 434). Sıklıkla yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatizasyon bozuklukları ile eş tanılıdır (Bornstein 1992' den akt. Simonelli ve Parolin, 2017). Kronik fiziksel bir hastalık, ayrılma kaygısı yaşamış olma veya çocuklukta anababayı yitirmiş olma gibi yatkınlaştırıcı etkenler mevcuttur (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:119).

Diğer kişilik bozuklukları gibi tipik olarak tedaviye dirençlidir, ancak birçok kişilik bozukluğundan farklı olarak bir şekilde kişilerarası ipuçlarına duyarlı olma ve memnun olma gibi tedaviyi kolaylaştıracak bazı özellikler sunar (Simonelli ve Parolin, 2017). Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler, yakın bir ilişki kaybettiklerinde veya alışılmadık sorumlulukları üstlenmek zorunda kaldıklarında tedaviye başvurabilirler, genellikle bilinçli ve işbirlikçi olurlar, oturumları kaçırmazlar ve tedaviyi nadiren bırakırlar (Harvard Mental Health Letter, 2007). Tüm kişilik bozuklukları arasında C kümesi kişilik bozuklukları uygun yöntemlerle tedavi edilmeleri koşuluyla gelişim sağlamak adına en uygun adaylardır ve dinamik, bilişsel ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarını içeren bireysel psikoterapiler, C kümesinde istendik yönde etkili olmaktadır (Perry, 2009:851).

c)Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

C kümesinde yer alan bu tanıda bireyler; neşeli ve hareketli tavırlardan uzak, katı, kuralcı, düzenli, titiz, inatçı ve mükemmeliyetçi tutumlara sahiptir (Öztürk ve Uluşahin, 2015: 432). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu; aşırı mükemmeliyetçilik, düzen ve ayrıntı ile meşgul olma ve kişinin çevresi üzerinde aşırı kontrol gereksinimi ile karakterizedir (Cain, Ansell, Simpson ve Pinto, 2015:90). DSM-5 doğrultusunda aşağıda yer alan tanı ölçütleri geçerlidir:

Aşağıdakilerden en az dördü ile belirli, esnekliği azaltan, verimliliği düşüren, düzenlilik, eksiksizlik, düşüncelerini ve ilişkilerini denetim altında tutma uğraşlarıyla giden yaygın bir örüntü;

1-Yapılan etkinliğin başlıca amacını gözden kaçırarak denli ayrıntılar, kurallar, sıralama, düzen ya da tasarlamayla uğraşır.

2-İşin bitirilmesini güçleştirecek denli eksiksiz yapma uğraşı içindedir.

3-Boş zaman etkinliklerini ve arkadaşlıklarını dışlayacak denli kendini işe ve üretken olmaya verir.

4-Aşırı doğrucudur, vicdanlıdır, erdem ve ahlak konusunda hiç esneklik göstermez.

5-Eskimiş, yıpranmış ya da değersiz nesneleri elden çıkaramaz.

6-Başkalarının kendisi gibi yapacağına inanmadıkça görev dağılımı ya da işbirliği yapma konusunda isteksizdir.

7-Hem kendisi hem başkaları için para harcama konusunda cimridir.

8-Hiç esnemez ve inatçıdır (APA, 2014:336-337).

Değişen tanı ölçütleri nedeniyle, obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan araçların çeşitliliği ve araştırılan farklı popülasyonlar, epidemiyolojisi ve seyri ile ilgili bulgular kısmen tutarsızdır (Diedrich ve Voderholzer, 2015:2). Erkeklerde daha sık olmak üzere toplumun yaklaşık %1 'inde görülmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:132). Bununla birlikte, genel popülasyondaki en yaygın kişilik bozukluğu olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur (Lenzenweger, Lane, Loranger ve Kessler, 2007). Tanıyla ilgili psikolojik ve biyolojik teoriler hakkındaki literatür yetersiz ve sıklıkla çelişkilidir (Diedrich ve Voderholzer, 2015:2). Ailesel geçişin olabileceği düşünülmektedir ve daha çok, katı bir disiplinle yetiştirilmiş kişilerde görülebileceği olasılığı üzerinde durulmaktadır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:132). Bu kişilerin davranışlarının gerisindeki başlıca itici güç olarak yaptıklarının uygun görülmeceğine ve kabul görmeyeceğine, bunlar için cezalandırılacaklarına ilişkin endişeler yatsa da bunların gerisinde, karşı koymaya ve kendilerini zorla kabul ettirmeye ilişkin bastırılmış dürtüler mevcuttur ve otoriteyle karşılaşma ve yapılanmamış durumlar bu özellikleri tetikleyebilmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:137-139).

Sosyal olarak kabul görmeleriyle beraber iletişim ve yakınlık bakımından anlaşılması zorlayıcı olarak nitelendirilebilirler ve yakın ilişki kurmakta güçlük yaşayabilirler. Bu bireylerin yüksek kişilerarası sıkıntı bildirebildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cain, Ansell, Simpson ve Pinto, 2015:95). Çalışma ve başarı önemli bir doyum kaynağı olduğu için başarılı bir mesleki yaşantı mümkündür (Gençtan, 2003). Mükemmeliyetçi bir yapıyla beraber dikkat, titizlik vs. durumlar gerektiren işlerde başarı oranları yüksek olmakla birlikte aniden karşılaştıkları durumlara cevap verebilme, hızlı düşünebilme, plan dışına çıkabilme vs. durumların üstesinden gelmekte de zorluk yaşayabilirler. Böyle bir bozukluğu olan kişilerin, özellikle esnekliği ve uzlaşmayı gerektiren yeni durumlarla karşılaştıklarında mesleki/ilişkisel zorlukları ve sıkıntıları olabileceği beklendiktir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:147).

Bazen kuralların önemi, gerçekleştirmek istenen eylemin önüne geçtiği için elde edilmek istenen sonuca varmakta zorlanılması söz konusudur.

Psikanalitik düzlemde de bu evre obsesif kompulsif belirtiler için; bireye yeterli özgürlüğün verilmediği, cezalandırma sisteminin çok fazla etkin bir şekilde yaşandığı, ihtiyaç belirtebilme yetisinin kazandırılmadığı durumlarla yani anal fiksasyonlar ile ilişkilendirilmiştir. (Özakkaş, 2013:125-137). Bu dönemde öğrenilen tuvalet eğitimi esnasında dışkıyı tutma ya da boşaltma konusunda anneyle yaşanan çatışmalar sonucu çocuk; bağımlılık duyguları, bireyleşme ve bağımsızlaşma isteklerini içeren karşıt duyguları yaşamaktadır. Bu dönemde çocuğun temel görevi, kendisinden daha güçlü olan bir kişiyle nasıl ilişkide bulunacağını öğrenmesidir (Wolff, 2002: 28). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğundan muzdarip olan bireylerde tedavi arama davranışı ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir (Diedrich ve Voderholzer, 2015:6). Tüm kişilik bozuklukları arasında C kümesi kişilik bozuklukları uygun yöntemlerle tedavi edilmeleri koşuluyla gelişim sağlamak adına en uygun adaylardır ve dinamik, bilişsel ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarını içeren bireysel psikoterapiler, C kümesinde istendik yönde etkili olmaktadır (Perry, 2009:851). A ve B kümesi kişilik bozukluklarına kıyasla C kümesi kişilik bozukluklarında tedaviyi bırakma oranı daha düşüktür (Shea ve ark., 1990'dan akt. Perry, 2009:836).

2.2.2. Kişilik Bozukluklarının Ölçülmesi

Kişilik bozukluklarının ölçümü ve sınıflandırılmasında iki ana yöntem, özbildirim envanterleri ve yarı-yapılandırılmış görüşmelerdir (sözel anket, mülakat) (Schotte, 2000). Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen ve daha sık kullanıldığı tespit edilen bazı envanterler aşağıda sıralanmıştır:

- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI-2, Graham vd., 2001)
- DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II, First vd., 1997)
- DSM-IV'deki Kişilik Bozukluklarına Yönelik Yapısal Görüşme (Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders; SIDP-IV, Pfohl, Blum ve Zimmerman, 1995)

- DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Aracı (DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire-DIP-Q, Ottoson vd., 1995).
- Shedler-Westen Değerlendirme Prosedürü-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure-200; SWAP-200, Westen ve Shedler, 2000)
- Kişilik Organizasyonu Envanteri (Inventory of Personality Organisation; IPO, Lenzenweger vd., 2001)
- Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality; SNAP, Clark, 1993)
- Kişilik Bozukluğunun Boyutsal Değerlendirmesi (Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire; DAPP-BQ, Livesley ve Jackson, 2002)
- Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Personality Assessment Schedule; PAS, Tyrer vd., 1979)
- Standardize Kişilik Değerlendirmesi (Standardized Assessment of Personality; SAP, Pilgrim vd., 1993)
- Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri (Millon Clinical Multiaxial Inventory; MCMI, Millon, Millon ve Davis, 1997)
- Kişilik Tanı Sorgulaması (Personality Diagnostic Questionnaire; PDQ-R, Hyler vd., 1992)
- Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (International Personality Disorder Examination; IPDE, Loranger, Janca ve Sartorius, 1997)
- Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (The Iowa Personality Disorder Screen; IPDS, Langbehn v.d. 1999)
- Kişilik Patolojisinin Çok Kaynaklı Değerlendirilmesi (Multi-source Assessment of Personality Pathology; MAPP, Thomas, Turkheimer ve Oltmanns, 2003)
- Kişilik İnanç Ölçeği (Personality Belief Questionnaire; PBQ, Beck ve Beck, 1991)
- Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire-YSQ, Young, 1990)
- Coolidge Eksen II Envanteri Plus (CATI: Coolidge, 1984; Coolidge ve Merwin, 1992)

Kişilik bozukluğu tanısında klinik veya araştırma amacıyla dünyada kullanılan görüşme, anket ve ölçeklerin bazılarının Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (Ertan ve Cankorur, 2017). Bunların örnekleri olarak; MMPI-II'nin ilk versiyonu (Savaşır,1981; Erol, 1982), SCID-II'nin DSM-III-R için oluşturulan versiyonu (Coşkunol, Bağdiken ve Sorias, 1994; Sorios, Saygılı ve Elbi, 1990), Kişilik İnanç Ölçeği (Türkçapar v.d., 2007), Neo Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory-Revised, NEO-PI-R) (Gülgöz, 2002), Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire) (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009), Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş-Kısaltılmış (Eysenck Personalty Questionnaire:Revised-Abbreviated; EPQ-RA) (Karanci, Dirik ve Yorulmaz, 2007), ve Coolidge Eksen II Envanteri Plus (Bilge, 2014) dilimize çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ergenlerde görülen kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi için ise yurt dışında bazı psikometrik araçlar bulunmaktadır ve bu araçlar tanılamamanın yanı sıra araştırma ya da tarama çalışmalarında kullanılmaktadır (Bilge ve Bilge, 2019). Gençlik kişilik patolojisinin erken ölçütleri, büyük ölçüde mevcut yetişkin KB anketi değerlendirmesini genç yaş grupları için uyarlamaya odaklanmıştır (Tackett vd., 2013). Türkiye'de ise yürütülen araştırmada kullanılan ve ilerleyen bölümlerde ayrıntılı tanıtılacak olan bir ölçme aracı söz konusudur. Aşağıda bu ölçüm araçlarının en yaygın kullanılanlarından bazıları listelenmiştir:

- Hare Psychopathy Checklist-Youth Version (PCL-YV, Forth, Kosson ve Hare, 2003)
- The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI, Coolidge vd., 2002)
- Millon Ergen Klinik Envanteri (Millon Adolescent Clinical Inventory MACI: Millon vd., 1993).
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory–Adolescence (MMPI-A, Butcher vd., 1992)
- Kişilik Patolojisinin Boyutsal Değerlendirmesinin Ergen Versiyonu (Adolescent Version of the Dimensional Assessment of Personality Pathology -DAPP-BQ-A, Tromp ve Koot, 2008)

- Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi Gençlik Versiyonu (The Youth Version of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality, SNAP-Y, Linde vd., 2013)
- Dimensional Personality Symptom Item Pool (DIPSI, De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen ve Mervielde, 2006).
- NEO Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory-Revised: NEO-PI-R a general measure of Big Five personality traits, Costa, 1992)
- Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF, Bilge ve Bilge, 2019)

2.3. Ergenlerde Kişilik Bozuklukları

Yetişkin kişilik bozuklukları literatürde ve DSM’ de görece daha iyi tanımlanmıştır ve tanınmaktadır. Oysa ergenlik döneminde kişilik bozukluğu bulunma olasılığı ve tanısı hakkında ise hala önemli tartışmalar olduğu anlaşılmaktadır. Mevcut tanı sistemlerinde çocuklarda ve ergenlerde kişilik bozuklukları ile ilgili bir tanı sınıflaması bulunmamaktadır (Uytun ve Öztop, 2015:368). Bununla birlikte özellikle son 20 yılda çocukluk ve ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının araştırılmasına dair yoğun bir çaba olduğu görülmektedir. Çocuk ve ergenlerde kişilik bozukluklarına dair yapılan araştırmalar başlangıç düzeyindedir ve tartışmalıdır (Westen vd., 2003:952-966). Birçok psikiyatrik bozukluğun çocukluk ve ergenlik döneminden itibaren belirtilerinin başladığının gösterilmesi, bu çalışmaların artışına katkı sağlamıştır (Uytun ve Öztop, 2015: 368-381). Bununla birlikte aslında ergenlerde kişilik bozukluğu tanısı ile ilgili önemli bir tartışma, erken yetişkinliğe kadar kişiliğin tam olarak oluşmadığını savunan uzmanlar ile bazı kişilik özelliklerinin erken çocukluktan beri mevcut ve istikrarlı olduğunu savunanlar arasındadır (Elliott vd., 2011:89-100; Shiner, 2009: 715-734).

Bazı yazarlar ise 18 yaşından önce yalnızca gelecekteki kişilik bozukluklarının öncüllerini tanımlamanın, ortaya çıkan kişilik bozukluğunu kişilik özellik teorileri temelinde teşhis etmenin mümkün olduğunu düşünmektedirler (Lenkiewicz, Srebnicki ve Bryńska, 2015: 757-764; Shiner, 2009:715-734). Bu görüş, ergenlikteki kişiliğin yeterince iyi oturmamış olduğu varsayımına dayanmaktadır. Kişiliğin ergenlik döneminde hala gelişiyor olmasından yola çıkarak bir gencin kişilik bozukluğunun

kesinlik kazanmış olduğunu belirtmek dolayısıyla tanılamak gerçekten de karmaşık bir konudur. Sonuç olarak, zaman periyodu için semptomların sürekliliğine dair kriterin karşılanması güçtür. Bir yanda kişilik patolojisini, normal gelişimsel yetersizlik ve istikrarsızlıktan ayırt etmek zor olabilir (Shiner, 2009: 715-734). Diğer yaklaşım; ergenlik döneminde ortaya konan sorunların, DSM' ye göre sadece Eksen I ile sınırlı olmamasını önermektedir. Bu yaklaşımın savunucuları, mevcut teşhis araçlarının ergenlere göre ayarlanmadığını iddia etmektedir, bu nedenle bu yaş grubunda semptomların stabilitesini ve sürekliliğini ölçmek çok zordur (Lenkiewicz, Srebnicki ve Bryńska, 2015:757-764). Öte yandan, erişkin kişilik bozukluğuna benzer şekilde ortaya çıkan psikopatolojiyle gençlerin küçük bir alt grubu için erken tanı olasılığının erken müdahaleyi sağlayabileceği ve bu nedenle prognozun artabileceği ön görülmektedir (Korsgaard, 2017:5; Shiner, 2009: 715-734). Tüm bunlarla beraber çok sayıda deneysel araştırma, ergenlik döneminde patolojik kişilik ve kişilik bozukluklarının varlığını onaylar niteliktedir (Chanen vd., 2004:526-541; Feenstra vd., 2011: 842-850; Westen vd., 2003).

Bir kişilik bozukluğu, ergenlik döneminden daha geç olmamak kaydıyla bir başlangıç gerektirir. Giderek artan sayıda araştırma, ergenlerde kişilik bozukluğunun varlığını tanımaktadır (Hessels vd., 2014:121-142). DSM-IV, 5 ve ICD-10'a göre ergenlerde kişilik bozuklukları teşhis edilebilmektedir. DSM-IV'te; "kişilik, çocuklukta henüz instabil ve çocuklukta kişilik özellikleri her zaman değişmeden kalmamaktadır" ifadesine rağmen (Uytun ve Öztop, 2015:370), bireyin yanlış edinilmiş kişilik özellikleri ısrarcı, yaygın ve zamana yayılmış olduğunda ve belli bir gelişimsel duruma ya da Eksen I alanıyla sınırlı olamayacağı ihtimali olan durumlarda ergenlerde kişilik bozuklukları teşhis edilebilmektedir. Bunun tek istisnası, 18 yaşın altındaki bireylerde teşhis edilemeyen antisosyal kişilik bozukluğudur (Buica vd., 2015:25). DSM-IV kümeleri temel alınarak bu özelliklerin çocukluk ve ergenlik döneminde nasıl ortaya çıkabileceği şu şekilde ele alınmaktadır: A kümesi; gerçeklik testinden kaçınma, katılık ve varyasyonları içerir. B kümesi yetişkin grupta olduğu gibi en fazla dikkat çekmeye eğilimlidir. Antisosyal tutumları ve başkalarını hor görmeyi, dürtüsellik ve duygusal düzensizliği birleştirir. C kümesi; kaygıları ön plana çıkaran, kaçınma ve içselleştirilmiş duygusal düzensizliği içerir (Shiner, 2009:723). Tüm bunlarla beraber mevcut tanı sistemi, kişilik bozukluğu kategorilerinin gelişim sırasında kişilik

patolojisinde beklenen değişiklikler nedeniyle, nadir durumlarda çocuk ve ergenlere uygulanmasını önermektedir (Lynam vd., 2009:1133).

DSM IV-TR kategorik kişilik bozukluğu sınıflaması modelinin temel kısıtlamalarından biri, çocukluk önceliklerini anlama da dahil olmak üzere güçlü bir bilimsel temeli olmamasıdır (Widiger vd., 2009). Beş faktörlü modelde (Five Factor Model-FFM) kavramsallaştırılmış olarak, genel kişilik yapısının alanlarının ve yönlerinin uyumsuz varyantları anlaşılmaktadır. Çocukluktaki mizaç ve özelliklerin yetişkin kişilik yapısının FFM'sine öncülük ettiği görülmektedir; çocukluk/ergenlik döneminin bu mizaç ve özellikleri yetişkin kişilik bozukluğunun olası öncülleridir ve yetişkin kişilik bozukluklarının maladaptif olarak kavramsallaştırılmasına daha fazla destek sağlar (Widiger vd., 2009:771).

DSM-5 ise tüm gelişim dönemlerinde, kişilik bozukluklarının tanı ve tedavisi için ileriye yönelik önemli bir adımı temsil etmektedir. DSM-5 Bölüm 2, DSM-IV'te olduğu gibi tam olarak aynı formdaki kategorik KB (Kişilik Bozukluğu) tanımlarını muhafaza etse de, Bölüm 3 önerilen bir patolojik kişilik boyutsal sistemini de içermektedir (Shiner ve Allen, 2013:363-365). Ergenlere yönelik geliştirilen kişilik değerlendirme araçları da kullanılmaktadır. Bunlar arasında daha önceki bölümlerde bahsi geçtiği üzere Millon Ergen Klinik Envanteri ve NEO Kişilik Envanteri - Revize gibi ölçekler yer almaktadır (Adshead vd., 2012:114). Kişilik bozukluğunu ergen hastalarda ölçmek için güvenilir ve kullanışlı bir metodun kavramsallaştırma ve tedavi etkililiğini artırma özelliklerine sahip olması beklenmektedir. Ergenlerde prototip eşleştirme yaklaşımı ile kişilik bozukluğunun klinik geçerliliğini ve kişilik patolojisinin miktarını belirlemeye çalışan bir araştırmada, yataklı tedavi gören 66 ergen hasta grubunda prototip kişilik ölçümleri/teşhisleri göstermiştir ki; önemli miktarda güvenilirlik mevcuttur (Defife vd., 2015:271-277). Çocuklarda ve ergenlerde kişilik bozukluğu özelliklerinin bir ölçümü olarak deneysel temelli ölçmeye dair Achenbach sistemi de geliştirilmiştir ve Achenbach dışsallaştırma ölçekleri Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) ve psikopati ile bağlantılandırılmıştır ve hem içselleştirme hem de dışsallaştırma ölçekleri BKB ile ilişkili bulunmuştur (Vrouva, 2012).

DSM-IV Eksen II kapsamında ergenlerdeki kişilik bozukluğu teşhislerinin limitlerini ve uygulanabilirliğini incelemeyi amaçlayan bir araştırmada aynı zamanda ergenlik kişilik patolojisini değerlendirmeye çalışan bir metodun geçerliliği ölçülmüştür. DSM-

IV ölçütlerinin uygulamasıyla ergenlerde Antisosyal ve Çekingen Kişilik Bozukluğu tanıları aşırı teşhis ediliyor görünmesine rağmen ergenlerde Eksen II teşhislerinin yetişkinlerdeki teşhise benzediği belirlenmiştir. Bazı istisnalarıyla beraber ergenlerde kişilik patolojisinin yetişkinlerdekine benzediği ve 14-18 yaş arası ergenlerde teşhis edilebilir olduğunu ortaya koyulmuştur. (Westen vd., 2003). DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak değerlendirilen ergenlerde kişilik bozukluğu belirtilerinin erişkinlerde KB'lerin teşhisine yönelik yapıyla benzerliğini belirlemeye yönelik bir başka çalışmada da, yetişkin ve ergen KB'leri arasında önemli benzerlikler tespit etmiştir. Ergenlerde Eksen 2 ölçütleri ile değerlendirilen kişilik patolojisi, yetişkinler için DSM- IV'te belirtilenlere benzemekte ve bu da ergenlerde yetişkinlerde olduğu gibi değerlendirilebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, ergenlik döneminde kişilik patolojisinin teşhis edilmesinin en iyi yolu olup olmadığı; kişilik bozukluklarının kategorik varlıklar veya aşırı kişilik boyutlarının kombinasyonları olarak tanımlanmasının gerekip gerekmediği konusundaki tartışmaların ortasında, zaten bahsi geçtiği üzere DSM-5 yayımlanmıştır (Sharp ve Fonagy, 2015:1266-1288).

Ergenlerde kişilik bozukluklarıyla ilgili güncel çalışmalar, teşhisi önerse de pratikte farklı eğilimler gözlemlenmektedir. Ergenlerle çalışan 566 psikolog ile demografik bilgileri ve ergenlikteki kişilik bozukluğuyla ilgili spesifik soruları içeren online bir araştırma yürütülmüştür. Araştırmanın bulgularına göre katılımcıların %57 gibi bir bölümü ergenlerde kişilik bozukluklarının var olduğunu doğrulamalarına rağmen sadece %8 gibi küçük bir azınlık ergenlerde kişilik bozukluğu teşhisi gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Teşhis etmemelerinin sebebi olarak ise ergenlikteki kişilik bozukluklarının geçici olabileceği inancı, %41 gibi bir oranla öne çıkmaktadır. Ek olarak %25 gibi bir oranla DSM IV'ün ergenlerde kişilik bozukluğu teşhisine izin vermediği ve ayrıca etiketleyici olduğu inancı da mevcuttur. Sonuç olarak ruh sağlığı uzmanlarının ergenlerde kişilik bozuklukları teşhisinde gönülsüz olduğu anlaşılmaktadır (Laurensen vd., 2013:2-4).

Ergenlerde kişilik bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmeye devam edildiğinde; yaygınlık, stabilite, eşlik eden tanılar, konuyla ilgili geliştirilen envanterler ve tedavilere yönelik araştırmalar ortaya çıkmaktadır. Maalesef ülkemizde ergenlerde kişilik bozukluklarına yönelik çalışma yok denecek kadar azdır. Uluslararası literatürde ise bazı ülkelerde derleme ve yaygınlık çalışmaları göze çarparken bazı ülkelerde ise bunların yerini tedavi çalışmalarının ve konuya ilişkin

daha ayrıntılı çalışmaların aldığı görülmektedir. Geçtiğimiz on yıl, ergenlerde kişilik bozukluklarıyla ilgili araştırma faaliyetlerinde oldukça artış olmuştur (Sharp ve Fonagy, 2015). Özellikle son yıllarda ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğu'nu (BKB) inceleyen deneysel çalışmalarda çok önemli bir artış olduğu, BKB'nin ergenlerde kişilik bozukluklarında öne çıkan araştırma alanı haline geldiği görülmüştür.

2.3.1. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Kararlılığı

Kişilik bozukluğunun görünümü, nispeten istikrarlı ve değişmez olan kişilik özelliklerinin uyumsuz bir ifadesi olmasıdır. Böylelikle kişilik bozukluğunun, çocukluk ve ergenlik döneminde köklerine sahip olduğu (Clark, 2009:27-31), erişkinlikte kaldığı ve değişmesi zor olduğu düşünülmüştür. Bununla beraber ergenlerde kişilik özelliklerinin değişebileceğini, kişiliğin oluşumunun henüz tamamlanmadığını dile getiren ve bu nedenle kişilik bozukluğu tanısının uygun olmadığını öne süren temel bir görüş de mevcuttur. Bu görüşten yola çıkarak ergenlerde kişilik bozukluğunun stabilitesine odaklanan çalışmalar da mevcuttur. Daha çok Batı ülkelerinde ortalama düzeyde kişilik değişiklikleri tartışılmıştır ve gençlerin özellikle de ergenlerin, büyük ölçüde kişilik değişikliğine nispeten yatkın oldukları gösterilmiştir (Coid vd., 2006:423-431). KB tanısının nispeten zayıf stabilitesi üzerine yapılan araştırmalar, KB'lerin altında yatan kişilik boyutlarının önemli rolünü vurgulamaktadır çünkü her ne kadar KB'ler, hem ergenlerde hem de yetişkinlerde beklenenden daha az kararlı olsalar da, temel kişilik özellikleri hala oldukça istikrarlıdır (Clark, 2007:227-257). Bu nedenle, KB'leri olan kişiler, zaman zaman nispeten daha hızlı bir şekilde çözülen rahatsız edici semptomların akut dönemlerini yaşayabilirler; bu arada, kişilik süreçleri ile ilgili sorunların altını çizen uyumsal bozukluklar zamanla devam eder (Shiner, 2009:715-734). Bu alanda yapılmış olan en önemli çalışmalardan biri Toplumdaki Çocuklar Çalışması (The Children in the Community Study-CIC) çalışmasıdır ve buna dahil olan bir çalışmada yaklaşık 20 yıl boyunca 550-700 arasında çocuk takip edilmiş ve ergenlerde tanımlanan kişilik bozukluğu olgularının önemli bir kısmında, tanı konulmasından 10 sene önce bile davranış sorunları ve duygusal sorunların belirgin olduğu saptanmıştır (Bernstein vd.,1996' dan aktaran Uytun ve Öztop, 2015).

Zaman içinde stabilite DSM-IV ve ICD-10'a göre kişilik bozukluğu tanısı için temel bir kriterdir. Bununla birlikte; hem uzunlamasına hem de kesitsel çalışmalar, yaşam süresinde kişilik bozukluğu özelliklerinde önemli değişiklikler olduğunu vurgulamaktadır. Kendi kendine bildirilen DSM-IV kişilik bozukluğu özelliklerini, kesitsel bir tasarım kullanarak ölçen ve boyutsal KB skorlarının yaşla ilişkisini araştıran bir çalışmada sonuçlar; yaşam boyunca KB'lerin iyileşmesini gösteren önceki çalışmalara uygundur. Ayrıca, ergenlik ve erken yetişkinlik arasındaki beklenen istikrarsızlık sadece histriyonik ve narsistik boyutlu KB skorları için gözlenmiştir (Ullrich ve Coid, 2009). Bir başka çalışmada, BKB'nin ergenlik döneminden başlayarak (14 yaş) erişkinlikte (yaş 24) sona eren 10 yıllık bir süre boyunca uzunlamasına seyri ve kalıtsallığı incelemiştir. Sonuçlar, ortalama düzeydeki BKB özelliklerinin ergenlikten yetişkinliğe anlamlı bir şekilde azaldığını, ancak istikrarının yüksek olduğunu göstermiştir (Bornovalova vd., 2009:1335-1355).

Farklı olarak çocukluk ve ergenlik döneminde kişilik patolojisinde istikrarı inceleyen başka bir çalışmada genel olarak çocukluk çağı psikopatisinin çocukluktan başlayarak güvenilir bir şekilde değerlendirilebilir, kısa ve uzun aralıklarla oldukça istikrarlı olduğu, ortalama düzeyde dalgalanmalar göstermiş olduğu ve ergenlik dönemindeki suçu tahmin edebildiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, çocukluk ve ergenlik döneminde kişilik patolojisindeki büyük değişikliklerle ilgili endişelerin abartılı olabileceğini düşündürmektedir (Lynam vd., 2009). Çocuklarda ve ergenlerde BKB'nin geçerliliğini değerlendiren bir araştırmada da KB olan ergenler, psikiyatrik olarak sağlıklı olan ergenlere göre; çalışılan 24 belirtinin 22'sinde daha yüksek yaygınlık oranları sergilemektedir. Bu çalışmanın sonuçları ergenlerin BKB'yi yetişkinler tarafından bildirilen kadar şiddetli rapor ettiklerini göstermektedir. Ayrıca sonuçlar, ergenlerde BKB'nin normal ergenlik döneminin telaşlı bir dönemi olmadığını ileri sürmektedirler (Zanarini vd., 2017:150-156).

Aslında tüm bunları ele alırken; kişiliğin, kişinin yaşamı boyunca birçok kez değişebilen geçici bir özellik olduğunu varsaymak yanlıştır. Bir çalışma önermektedir ki bazı kişilik özelliklerinin aynı kalması muhtemeldir; ancak yüzeyde tezahür edenler, stres zamanlarında ortaya çıkan koşullara bağlıdır. Bir kesitsel değerlendirmeden kaçınmak için zaman ölçeğini genişletme girişimlerine rağmen, zaman içinde tek bir noktada ölçülen şey, bozukluk yerine mevcut kişilik işlevi olarak tanımlanabilir; bu nedenle kişiliğin değerlendirilmesinde kişilik bozukluğunun öncelikle kişilik işlevi

olarak kaydedilmesi, daha sonraki bir değerlendirmenin hangi özelliklerin sabit olduğunu ortaya koyana kadar çekirdek kişilik özellikleri olarak ele alınması daha uygun olabilir (Buica vd., 2015:23-27). Görüldüğü üzere ergenlerde kişilik bozukluğunun istikrarına yönelik farklı sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur ki bu konuda bu denli farklı kavramsallaştırma önerileri mevcutken bu farklı sonuçların kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir. Kısacası mevcut araştırmalar, KB'lerin ergenlik döneminde olağan, istikrarlı ve istikrarsız olabildiğini ve bu nedenle değerlendirilmelerinin önemli olduğunu göstermektedir (Adshead vd., 2012:109-118).

2.3.2. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarında Komorbidite

Literatür açık bir şekilde göstermektedir ki, ergenlik döneminde Eksen I ve Eksen II tanıları arasında yoğun bir eşzamanlılık mevcuttur. DSM 5 üzerinden gidilecek olursa, KB tanıları ile diğer tanımlar arasında yaygın bir eşzamanlılık görülmektedir. Kişilik özellikleri ve bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görüldüğünden ve hatta Eksen I bozukluklarına zemin hazırlayıp tedavi sürecini olumsuz etkilediğinden klinik açıdan büyük önem taşımaktadır ve kişilik, Eksen-I tanıları için en önemli karıştırıcı faktör özelliğı taşımaktadır (Taymur ve Türkçapar, 2012:172). KB tanısı, Eksen I ve Eksen II bozuklukları arasındaki yüksek komorbidite düzeyleri ile ortaya çıkmaktadır; çünkü aynı temel psikolojik süreçlerin tüm bu bozuklukların gelişimini etkilediğı düşünülmektedir. Komorbiditenin sıklıkla hem Eksen I hem de Eksen II bozukluklarının altında yatan kişilik boyutlarından kaynaklanabileceğı giderek daha fazla fark edilmektedir (Clark, 2005:505-521; Clark, 2007:227-257). Eksen I ve Eksen II bozuklukları arasındaki bu “işlem” muhtemelen her birinin diğerini geliştirmeyi daha muhtemel hale getirmesi ve tetikleme şeklidir (Shiner, 2009:715-734). KB'lere eşlik eden bozulma istikrarlıdır (Clark, 2007).

Komorbidite, KB'ler için kural gibi görünmektedir ve ergenlerde KB'ler arasında yüksek oranda komorbidite vardır. Majör Depresyon Bozukluğu (n = 45), Madde Kullanım Bozuklukları (n = 27) ya da her iki bozukluğu olan ergenlerde (n = 42) kişilik bozukluklarının varlığının incelendiğı bir araştırmada katılımcılarla Eksen I ve II bozukluklarının yapılandırılmış tanısal görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı her iki bozukluğu olan ergenlerin grubunda Majör Depresyon

Bozukluğu veya Madde Kullanım Bozuklukları olan gruba göre daha sık konulmuştur (Grilo vd., 1997:328-332). Toplumdaki Çocuklar Çalışması (The Children in the Community Study-CIC), yaklaşık 800 gencin epidemiyolojik bir örneğinde kişilik bozuklukları dâhil olmak üzere psikiyatrik bozuklukların seyrinin devam eden bir araştırmasıdır. Ergenlikten yetişkinliğe kadar 20 yıldan fazla gelişimsel yörüngeleri takip etmenin yanı sıra, Eksen II bozuklukları ve semptomları için erken riskleri, Eksen I bozuklukları ile komorbiditenin etkilerini araştırmayı amaçlamıştır. Sonuçlar göstermektedir ki; ergenlerde kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve yıkıcı davranış bozuklukları da dahil olmak üzere Eksen I bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite göstermektedir. Ayrıca Eksen 1 bozukluklarında Eksen 2 bozukluklarının yetişkinliğe ilerlemesi ve devam etmesi için artmış risk öngörmektedir. Eksen 1 bozukluklarının Eksen 2 bozukluklarının ifadesine katkıda bulunduğu ve tam tersi olmak üzere aralarında sıklıkla bir ilişki olduğu görülmektedir (Cohen vd., 2005:466-486). Kliniğe yönlendirilen ve ayakta tedavi gören ergenlerde kişilik bozukluklarının yaygınlığının, eş zamanlılığının ve yaşam kalitesinin ele alındığı bir çalışmada, ergenlerin %21 gibi bir oranı en azından bir kişilik bozukluğu için teşhis kriterlerinin tamamını sağlamıştır. KB'ye sahip olan tüm ergenlerin bir veya daha fazla Eksen I bozukluğunun mevcut olduğu belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan ergenlerde KB belirtilerinin sayısının belirgin olarak arttığı belirlenmiştir (Korsgaard, 2017:5).

Hastaneye giden ergen ve yetişkinlerde borderline kişilik bozukluğu ile diğer kişilik bozukluklarının eş zamanlılığını belirlemek ve bir karşılaştırma yapmak amacıyla gerçekleştirilen bir diğer araştırma sonuçları, yetişkinler için BKB'nin Antisosyal Kişilik Bozukluğu ile beraber gidebildiğini göstermiştir. Ergenlerde ise BKB şunu göstermiştir; belirgin şekilde şizotipal kişilik bozukluğu ve pasif agresif kişilik bozukluğu ile seyredebilmektedir. Yani yetişkinlerde BKB başka bir B grubu kişilik bozukluğu ile seyrederken BKB kriterlerini taşıyan ergenler buna kıyasla A ve C grubu kişilik bozukluklarını içererek daha geniş bir eşzamanlılık örüntüsü göstermiştir. Bu bulgular, BKB'nin ergenlerde daha geniş bir patoloji aralığını temsil edebileceğini düşündürmektedir (Becker vd., 2000).

Yeme bozuklukları olan ergenlerde kategorik ve boyutsal kişilik bozukluklarının yaygınlığını ve şiddetini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise örneklemin %33'ünün en az bir kişilik bozukluğu kriterini karşıladığı belirlenmiştir.

(Neri vd., 2013:176). Bir başka araştırmada, ergenlik döneminde her yıl ölçülen psikopatolojinin, 24 yaşında değerlendirilen BKB semptomlarıyla ilişkisi ele alınmış ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Karşıt Gelme Bozukluğu'nun, BKB semptomlarını öngören çocuk psikiyatrik bozuklukları olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, erken psikiyatrik bozukluklar ve BKB arasındaki olası gelişimsel bağlantıları göstermektedir (Burke ve Stepp, 2012:35).

Görüldüğü üzere kişilik bozuklukları erken bir yaşta ortaya çıkmaktadır ve sağlık riski olan davranışlarla da alakalıdır. Kendine zarar verme davranışı olan psikiyatrik olgular incelendiğinde, bu davranışın özellikle Borderline Kişilik Bozukluğu'nda olmak üzere en sık kişilik bozukluklarında görüldüğü bildirilmiştir (Feldman, 1988'den aktaran Aksoy ve Ögel, 2003:233) Özellikle, ergen kişilik bozuklukları riskleri öngörmektedir ve şiddet, yüksek intihar düşüncesi veya intihara teşebbüs oranları mevcuttur (Johnson vd., 1999:805-811; Johnson vd., 2000a). Ergenler ile yürütölen bir çalışmada KB semptomlarının sayısı ile bir veya daha fazla madde kullanımı bozukluğu arasında güçlü bir bağlantı olduğu anlaşılmıştır. Kızlar için madde kullanımı ve BKB, birden fazla KB, davranış bozukluğu ve DEHB arasında belirgin bağlantılar olduğu görölmüştür (Korsgaard, 2017). Kişilik bozuklukları özelliklerinin ergenlerde uyuşturucu madde kullanımı bozukluklarıyla bağlantısı üzerine çok az araştırma mevcuttur. Kişilik bozuklukları özellikleri ve problematik uyuşturucu madde kullanımı arasındaki bağlantıyı ergenlerde değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırmada sonuçlar göstermiştir ki problematik uyuşturucu kullanımının risk faktörlerinin çalışılmasında, kişilik bozuklukları özelliklerini değerlendirmenin önemi büyüktür (Chabrol, Melioli ve Goutaudier, 2015:552-556).

KB belirtilerinin ortalama seviyesi ergenlik döneminde yetişkinlik döneminden daha yüksek olabilir; buna ek olarak, ergen KB'leri riskli davranışlar (şiddet, intihar, riskli cinsel davranış) ve ilişkilerde, okulda ve işte bozulma gibi yüksek oranlarda eşzamanlı ve gelecekteki zorluklar için risklerle ilişkilidir (Clark, 2005; Clark 2007). Her ne kadar KB'ler bazı ergenler için yaşla birlikte iyileşiyo gibi görönsede, bu bozukluklarla ilişkili sonuçlar birçok genç için oldukça ciddi olabilmektedir. Mevcut alışmalar göstermektedir ki, ergenlerde kişilik bozukluğu belirtilerini ve bozulmayı destekleyen kişilik süreçlerini anlamak hayati önem taşımaktadır. Hatta ocuk, ergenler ve yetişkinlerde mevcut olan, cinsel saldırı ya da diğer ciddi suçları işleyen gençlerin özelliklerine dayanarak; genetik, perinatal ve erken gelişim zorluklarının bir

bileşiminin sonucu olarak gelişimsel bir yönergenin merkezinde Şiddetli Kişilik Bozukluğu (ŞKB) varlığı önerilmektedir (Vizard vd., 2004:17-28).

2.3.3. Ergenlerde Kişilik Bozukluğunun Gelişimi

Kişiliğin gelişim sürecini açıklamak için çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Her bir gelişim kuramı, insan gelişiminin özellikle bir alanını odak noktası olarak kabul etmiş ve gelişimi bütüncül bir şekilde açıklamaya çalışmıştır. Kişilik ile ilgili birçok kuramın birleştiği görüşlerden biri yaşam sürecinde çocukluğun, özellikle ilk 5 yılın, kişiliğe olan etkisinin büyük olduğudur. Doğuştan gelen genetik özellikler ve çevresel faktörlerin etkileşimi, uzun bir büyüme-gelişim sürecinde kendine özgü bir kişilik ortaya çıkarmaktadır (Özdemir vd., 2012:566). Ergenlerde kişilik bozukluklarının kökeni incelendiğinde; literatürde bakım verenin rolüne odaklanan gelişim odaklı kuramsal yayınlar ve araştırmalar dikkat çekmektedir. Biyolojik ve çevresel temelli gelişim süreçlerinin hiyerarşik kişilik özelliğine dönüştüğü, kişilik yapısı ve aşırılıklarının özellikle olumsuz yaşam deneyimleri ile psikopatoloji için risk faktörlerini oluşturduğu belirtilmektedir (Clark, 2005:502-521). Başta narsisistik patoloji olmak üzere tüm psikopatolojinin temel belirleyicisinin erken eş duyum ilişkilerindeki yetersizlik olarak sunulduğu çalışmalar mevcuttur; hatta bununla bağlantılı olarak asıl oluşumsal örselenmenin temeli, ebeveynin psikopatolojisi, özellikle de kendi narsisistik saplanmaları olarak ele alınmaktadır (Kohut, 2006). Benzer şekilde bir başka yaklaşıma göre, çocuğun bireyleşmekte olan kendiliğinin ortaya çıkışını desteklemekte annenin duygusal tedarik ve destek sağlama konusunda yaşadığı zorluklar; çocuğun kendisinin bir parçasını kaybetmesi şeklinde deneyimlenir. Bu da terk edilme depresyonu ile egonun, nesne ilişkilerinin ve kendiliğin gelişimsel duraklamasına dolayısıyla kişilik bozukluğuna yol açar (Masterson, 2015).

Son zamanlarda literatür, ergenlik döneminde hatta daha erken çocukluk döneminde başlayan BKB' nin potansiyel varlığına işaret ederken etiyolojisi bireylerin erken çocukluk ortamına, bakım veren ilişkilere ve travmatik yaşam olaylarına bağlanmıştır (Steele vd., 2015:16-32). Kararsız bağlanma modeli, borderline kişilik bozukluğuna sahip ergenlerde daha sık görülmektedir (Tüzün ve Sayar, 2006:24-38). Ergenlerde BKB'nin gelişimi üzerinde etkili oldukları temel süreçleri anlamak için gelişimsel

modellerin azlığına dikkat çeken, ergenlik döneminde BKB'yi dürtüler, dürtüsellik ve öz düzenleme ile ele alan; genetik savunmasızlık, ebeveynlik ve travma gibi risk faktörleri ile ilişkilendirerek BKB'nin gelişimsel bir psikopatoloji modelini sunan yeni çalışmalar da mevcuttur (Ensink vd., 2015:46-69). Nörobiyolojik çalışmalar açısından gelişimsel süreci ele aldığımızda ise beyin, kendini örgütlemesini bir başka kendilikle dolayısıyla bir başka beyinle kurulan ilişkiyle gerçekleştirmektedir. Yani bakıcı, bebeğin sinir sisteminin ağırlıklı olarak duygulanımsal deneyime bağlı büyümesinin dışsal düzenleyicisi rolündedir. Bakıcı-bebek ikilisi arasında yaşanan bu duygulanımsal deneyimlerin niteliği, çocuğun daha sonra sosyal-duygulanım işlevlerini yönetecek olan kortikal ve korteks altı limbik alanlardaki yapısal bağlantıların olgunlaşmasını da şekillendirir. Tüm bunlar, ortaya çıkmakta olan çekirdek kendiliğin örgütlenme düzeyi ve istikrarının birincil işareti ve kişilik bozuklukları dâhil psikopatolojinin yordayıcılarıdır (Schore, 2012).

Dört tip çocukluk ihmalinin ergenlik ve erken yetişkinlikteki kişilik bozuklukları semptomlarıyla ilişkisini ele alan toplum temelli uzun vadeli boylamsal bir çalışmada, bulgular göstermiştir ki çocukluk duygusal, fiziksel ve süpervizyon ihmal; kişilik bozuklukları ve daha yüksek seviyede kişilik bozukluğu semptom seviyeleri için artmış bir riskle ilişkilendirilmiştir. Çocukluk duygusal ihmal, ergenlik ve erken yetişkinlik için çekingен kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve diğer A grubu kişilik bozukluğu semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir. Çocukluk fiziksel ihmal ise şizotipal kişilik bozukluğu için artmış riskle ve diğer A grubu kişilik bozukluğu semptomlarıyla ilişkilendirilmiştir. Çocukluk süpervizyon ihmal pasif agresif kişilik bozukluğu, B grubu kişilik bozuklukları ve özellikle borderline kişilik bozukluğu semptom seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçlara göre çocukluk ihmalinin bazı kişilik bozuklukları hastalıklarının etiyolojisinde önemli rol oynayabileceği anlaşılmaktadır (Johnson vd., 2000a:1408-1411).

Bir diğer çalışma bulgularına bakıldığında ise çocukluk çağı sıkıntısı öyküsü, BKB hastalarında diğer gruba göre anlamlı olarak daha yaygındır. Sonuçlar, ergenlik dönemindeki BKB'de, çocukluktaki sıkıntıların farklı boyutlarının spesifik rolüne dair bilgimizi artırmaktadır (Infurna vd., 2016:185-190). BKB'nin etiyolojik faktörlerinin çocuklukta kötü muameleyi içerdiği varsayımına dayanan mevcut diğer bir çalışmada; annelerinde BKB tanısı olan ergenlerin önemli bir bölümünün kötü muamele yaşadığı belirlenmiştir ve BKB'li annelerin ergenlik dönemlerinde daha fazla fiziksel istismar,

duygusal istismar ve ihmalkârlık saptanmıştır. Kötü muamelenin boyutları, ergenlerin kendi toplam Borderline kişilik özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Sonuçlar BKB'nin kuşaklararası iletimi hakkında düşündürmektedir (Kurdziel vd., 2017:385-389).

Ergenlik döneminde paranoid kişilik bozukluğunun (PKB) düşük, orta veya yüksek düzeyde semptom düzeylerini gösteren bireyler arasındaki kötü muamele, akran ilişkileri ve dışsallaştırma problemlerinin çocukluk öyküsü de incelenmiştir. Sonuçlar, ergenlik döneminde daha yüksek düzeyde PKB semptomları gösteren çocukların, kötü muamele geçmişi olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, akranları onları daha az işbirlikçi, lider olma olasılığı daha düşük ve dövüşü başlatma olasılığı daha yüksek olarak derecelendirmiştir. Bu bulgular, ergenlik döneminde PKB semptomları yüksek olan çocukların, ergenlik dönemine yaklaştıkça giderek kötüleşen davranışsal bozuklukların erken belirtilerini gösterdiklerini ortaya koymuştur. Bu gözlem, daha sonraki kişilik bozuklukları için çocuk kötü muamelesini potansiyel bir risk faktörü olarak tanımlayan önceki çalışmalarla birleşmektedir (Natsuaki, Cicchetti ve Rogosch, 2009:1185-1190).

Farklı olarak, ergenlerde nörolojik işaretlerin yaygınlığı ve şiddeti ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. BK özellikleri olan ergenlerde bazı nörolojik işaretler belirgin olarak daha fazla saptanmıştır. Ayrıca duygusal entegrasyon ve disinhibisyon, BKB özellikleri ile pozitif ilişkilidir. Bu bulgular, BK özelliklerine sahip ergenlerin merkezi sinir sistemi üzerinde odak dışı bir anomaliye sahip olabileceğini de düşündürmektedir (Zhang vd., 2014:40-44).

2.3.4. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarında Tedavi

Kişilik bozukluğu vakalarında tedavi için başvuru oranlarının yüksek olmadığı bilinmektedir. Kişilik bozukluklarının tedavisi ortalama 4-6 yıl sürmektedir ve tüm vakalarda tam tedavi sağlanamasa bile, gelişim sağlama oranı eskiden düşünülene göre oldukça yüksektir (Şahin, 2009:54). Tedavide temel yöntem; uzun süreli bireysel terapiye ek olarak grup ve aile terapileridir. Uzun yıllar daha çok analitik, dinamik yönelimli tedaviler uygulanmakla birlikte son yıllarda bilişsel davranışçı, diyalektik ve şema terapilerinin de yararlı olduğuna ilişkin yayınlar bulunmaktadır ve bu hastalarda sıklıkla ortaya çıkabilen, duygusal dalgalanmalar, depresif dönemler, yoğun anksiyete krizleri ya da kısa süreli psikotik belirtilere karşı ilaç kullanılmaktadır

(Şahin, 2009:54). Son yıllarda ergenlerde kişilik bozukluklarının tedavisine yönelik araştırmaların hızla arttığı, bu çalışmaların özellikle BKB üzerine odaklandığı görülmektedir. Bu hastalar için erken müdahaleye ihtiyaç duyulmasına rağmen ergenler için çok az sayıda tedavi vardır (Chanen ve McCutcheon, 2013:24-29). Tedavi gelişimi başlangıç aşamasında olup ergenlere özgü müdahaleler hala gelişim sürecindeyken, mevcut terapilerin çoğu yetişkin modellerinin bu gelişim evresine uyarlanmasını içermektedir. Bu tür girişimleri desteklemek için bugüne kadar çok az veri olsa da, tedaviler için önemli bir aşama olarak değerlendirilmektedir. Psikozların ergenlik döneminde erken ve hızlı tedavisinin başarısı, kişilik bozukluğunun tedavisine benzer ve cesur bir yaklaşım sergilenmesini teşvik etmelidir (Fonagy vd., 2015:1307-1320).

Bir çalışmada vurgulandığı üzere ergenlerde, istenmedik davranışlar üzerine çalışan psikolojik müdahaleler sağlamak mümkündür. Ancak, bu müdahalelerin altta yatan kişilik yapılarında değişime neden olup olmadığı açık değildir. Patolojik kişiliklerin gelişimi için güvensiz bağlanmanın önemi göz önünde bulundurulduğunda, tedavi için güvenli bir temel sağlamak ve hem kendileri hem de başkaları için yeni bilişler ve değerlendirmelerin merakını ve öğrenimini teşvik etmek önemli görülmektedir. Farklı bağlanma stilleri olan gençler, farklı belirti profilleri ve davranışsal zorluklarla karşılaşabilirler (Adshead vd, 2012:109-118). Ayrıca, gençlerin kişilik özellikleri hala değişiyorsa, herhangi bir psikopatolojinin de değişmesi muhtemeldir. Terapötik formülasyonlar ve teşhisler, esnek ve değişime cevap vermelidir (Shiner, 2009:730). Bu alanda çalışmaların artışı ile çocuk ve ergenlerde, KB'lerin öncüllerinin net olarak tanımlanabilmesinin ve tanı kriterleri oluşturulmasının, erken dönem tedaviye başlamaya ve kişilik bozukluklarının toplumda azaltılmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir. Erken dönem tanı koymanın erken dönem tedaviye başlamayı sağlayabileceği ve kişilik bozukluklarının oranlarının yanı sıra işlevsellikte bozulma düzeyini de azaltabileceğinin düşünülmesi tanı koymanın en önemli avantajı olarak görülmektedir. Ancak bu çocuklara erken yaşta tanı koymanın dezavantajları da düşünülmektedir. Tanı konması ile bu tanının çocuğun üzerine yapışacağı kaygısı ve tanının yıllar içinde gözden geçirilmemesi endişesi ise en önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilik bozuklukları tanısında şu an ki sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle ergenlerin tedavi almaları önündeki engeller ise bir diğer önemli sorun alanıdır. Bu alanda tanı ve tedavi ile ilgili çalışmaların artırılması ile çocuklarda

tanı sınıflandırılması geliştirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir (Uytun ve Öztop, 2015:368-371).

Tedavi için geliştirilen yaklaşımlardan biri olan Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), ergenler dahil olmak üzere çok çeşitli klinik popülasyonlara uyarlanmıştır. BKB için kriterleri karşılayan ergenlerle DDT'nin uyarlanmış bir versiyonunu destekleyen ön kanıtlar vardır. Ergenlerde uygulanan DDT, yetişkin uygulamalarından farklıdır; çünkü daha az seans sayısı üzerinden yapılandırılır, dilde ergenlere özel bazı düzenlemelere gidilir ve ebeveynleri de içererek beceri öğretmeye odaklanır. BKB olan intihar eğilimli bir ergen grubu ile Diyalektik Davranış Terapisi'nin uygulandığı bir araştırma sonucunda DDT grubunda tedavi sırasında daha az psikiyatrik yatış süresi ve diğer gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek tedavi tamamlanma oranı belirlenmiştir. DDT grubu incelendiğinde, intihar düşüncesinde önemli azalmalar, genel psikiyatrik belirtilerde ve borderline kişilik belirtilerinde umut verici bir tedavi olduğu görülmüştür (Rathus ve Miller, 2002:151-155).

BKB olan geç çocukluk ve ön ergenlik dönemindeki bireylerde psikodinamik tedavinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada ise sonuçlar, psikodinamik tedavinin BKB'li ergenlerde klinik olarak anlamlı değişikliklere yol açtığını ve bu hastalara erken müdahalenin anlamlı olduğunu göstermektedir (Salzer, Cropp ve Fischer, 2014:374-376). Farklı bir çalışmada ise borderline kişilik bozukluğu olan ergenlerde, iki yıl kadar süren etkileyici sanat temelli Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) sonuçları, katılımcılardaki birçok istendik değişikliği saptayarak bu iki tedavinin birleşmesini desteklemektedir (Lebowitz ve Reber, 2011:341-344). BKB tanısı olan ergenlerle çalışmadan daha başarılı sonuçlar elde edilmesine izin veren ve klasik analizdeki teknikleri, diyalogu ergenlerle canlı tutmak ve yıkıcı olabilecek uzun sessizliklerden kaçınmak gibi bazı modifikasyonları tanıtan tedavi çalışmaları da mevcuttur (Nicolo, 2015:70-77).

Zihinselleştirmeye dayalı terapi (ZDT), Borderline Kişilik Bozukluğu olan insanları tedavi amacıyla geliştirilen konuşma terapisi türüdür. BKB'de zihinselleştirme temel bir sorun olarak değerlendirilmektedir. BKB, güvensiz bağlanmanın getirdiği zihinselleştirme düzensizliğiyle ilişkilendirilmektedir (Allen, Fonagy ve Bateman, 2013). Ergenlerde bu tedavinin kullanımını göstermek için vaka çalışmaları mevcuttur. Hastalar; zihinselleştirme yeteneklerini artırdıklarında, kontrol ve dürtü kontrolünü

etkilemeye yardımcı olan gözlemci bir duruş sergileyebilirler. Bu teknikler; sonuçta daha kararlı ve sağlam bir benlik duygusuna yol açmakta, böylece başarısızlığa karşı koruma sağlamaktadır. Bu da gençlerin kendi gelişim süreçleri boyunca daha uygun şekilde ilerlemelerini ve sonraki gelişimsel zorlukları daha iyi yönetebilmelerini sağlar (Rossouw, 2015:178-185).

Bir yıl boyunca ergenlerde BKB için yapılandırılmış zihinselleştirme temelli grup terapisinde katılımcıların büyük çoğunluğu Borderline semptomlar, depresyon, kendine zarar verme, akran bağlanma, ebeveyn-bağlanma, zihinselleştirme ve genel psikopatoloji konularında iyileşme göstermiştir. Akranlarda ve ebeveynlerde bağlanmada gelişmiş zihinselleştirme kapasitesi ile birlikte artan güven, sınırda semptomlarda daha fazla azalma ile ilişkili bulunmuştur. Mevcut çalışma, borderline özellikli ergenler için grup formatlı zihinselleştirme temelli tedavinin daha da geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için ümit verici bir gerekçe sunmaktadır (Bo vd., 2017:396-400). Yoğun zihinselleştirmeye dayalı tedavi sırasında kişilik bozukluklarında ve semptomolojisindeki değişimleri ergen örneklemde incelemeyi amaçlayan bir başka araştırmada da tedavi sırasında kişilik bozukluklarının ve semptomlarının azalabildiği belirlenmiştir (Hauber, Boon ve Vermeiren, 2017:4-7).

Aktarım Odaklı Psikoterapi'nin (AOP) merkezinde yer alan kişilik bozukluğu modeli, Kernberg tarafından geliştirilmiş olup çağdaş psikanalitik nesne ilişkileri teorisine dayanmaktadır. Bu model, yeni gelişimsel ve nörobiyolojik araştırmaların bulgularından da faydalanmaktadır. Bu kurama göre kişilik bozuklukları gösteren hastaların psikolojik örgütlenmelerinin en temel özelliği psikolojik yapılarındaki bütünlük eksikliğidir. Ruhsal yapının temel yapı taşları; kendilik tasarımı, ötekine dair tasarım ve duygulanımdır. Bu kendilik ve öteki birimleri ile onları birbirine bağlayan duygulanım, nesne ilişkileri ikilisini oluşturmaktadır. Nesne ikililerindeki kendilik ve öteki tasarımları, bütünüyle nesnel tasarımlar değildir. Aksine bu tasarımlar, erken dönemdeki spesifik alanlarda deneyimlenen kendilik ve ötekine dair öznel tasarımlarla bağlantılıdır. Normal gelişim gösteren çocuklarda hayatın ilk birkaç yılında kendiliğin ve ötekinin aşırı iyi ve kötü temsilleri bütünleşirken Borderline Kişilik Örgütlenmesi (BKÖ) geliştiren bireylerde bu bütünleşme süreci görülmez. AOP tedavi modelinin temelinde ise bozulmuş içsel kendilik/nesne tasarımlarının ve ilişkilerinin güvenli bir ortamda terapist-hasta ilişkisi üzerinden aktivasyonunu sağlamak yatmaktadır (Clarkin, Kernberg ve Yeomans, 2012).

Son zamanlarda Kişilik Bozuklukları olan ergenlerle çalışmaya uyarlanmış bir AOP modelinin ana hatları çizilmiştir. AOP-A, çocukluktan kaynaklanan veya nörobiyolojik değişiklikler veya ergenlik psikolojik mücadeleleri tarafından tetiklenen ağır kişilik bozukluklarının özelliklerini gösteren ergenler için bir tedavidir. Yetişkinler için olan AOP'den uyarlanmıştır ve bütünleşmiş bir kimlik duygusuna ulaşmak gibi benzer bir temel amacı vardır. Bu amaca, öz ve diğerlerinin karşıt ve çelişkili temsillerini bütünleştirerek ve ilkel savunma operasyonlarını değiştirerek ulaşılabilceği varsayılmaktadır. Bu durum, kimlik yayılımının ve ilkel savunma mekanizmalarının kullanılmasının azaltılmasında anahtar olarak kabul edilir; üretken bir yaşam için davranışsal kontrolün kazanılmasında, duygu düzeninin iyileştirilmesinde ve aile, akranlarla yakın ve tatmin edici ilişkiler geliştirerek okul ve geleceğe yatırım yapmada merkezi olarak kabul edilir. Ancak; değerlendirme aşaması, ergen ve ebeveynle yapılan sözleşme, teknik tarafsızlık, normal gelişimin ve karşı aktarım tepkilerinin kullanılmasının desteklenmesi konusunda ergenlere AOP uygulamak için belirli stratejilerin uyarlanması gerekmektedir (Normandin, Ensink ve Kernberg, 2015: 98-108).

Mode Deaktivasyon Terapisi (MDT); Beck'in Bilişsel Kuramı'na ve Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul ve Taahhüt Terapisi (ACT) unsurlarına dayalı olarak geliştirilmiştir. MDT, travma temelli çoklu Eksen-I koşulları olan ve tedavi edilmesi zor olduğu düşünülen Eksen-II kişilik bozuklukları olan ergenlerin tedavisinde diğer bilişsel-davranışçı terapilerin eksikliklerinin üstesinden gelme amacına sahiptir. MDT etkililiğini inceleyen bir çalışma bulguları önceki çalışmalarla tutarlıdır ve ergenlerin davranış problemleri olan hastaları maliyet-etkin bir şekilde tedavi etmek için MDT'nin geçerliliğini ve faydasını kanıtlar niteliktedir (Swart ve Apsche, 2014:23-30). MDT'nin ve her zamanki tedavinin kişilik bozuklukları ve özelliklerinin yanı sıra farklı ruhsal sağlık sorunları olan intihar eğilimli ergenler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir başka araştırmada ise MDT'nin intihar düşüncelerini ve davranışlarını azaltmada daha etkili olduğu gösterilmiştir (Apsche, Bass ve Siv, 2006:215-218).

Son olarak yürütülen çalışmanın temasına uygun olarak, yıkıcı davranışlar ve kişilik bozukluğu özelliklerine sahip ergenler için Şema Terapisine dayanan yenilikçi tedavi formatlarının uygulanabilirliğini ve etkinliğini gösteren ön bulgular da mevcuttur (Roelofs, 2016; Van Wijk-Herbrink vd., 2017).

2.4. Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Modelleri

Kişilik bozuklukları, bilişsel davranışsal kavramsallaştırmalarla uyumlu olmadığı için bilişsel davranışçı yaklaşım tarafından geçtiğimiz yıllarda göz ardı edilmeye meyilli bir alan olmuştur (Pretzer ve Beck, 2004). Bununla birlikte kişilik bozukluklarının bilişsel olarak kavramsallaştırılması ve tedavisinde günümüze değin önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Kişilik bozukluklarının daha açık ve daha davranışsal olarak tanımlanması, yaygınlığının gözler önüne serilmesi ve BDT'nin kişilik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda diğer hasta gruplarından daha az etkili olduğuna dair sonuç çalışmaları; kişilik bozukluğu tanısı almış hastalara yönelik BDT yaklaşımlarını geliştirmeye başlamıştır (Young, 1982'den akt. Pretzer ve Beck, 2004).

Özellikle Beck ve Young, DSM'de yer alan kişilik bozukluklarının bilişsel modellerini ve bunlara karşılık gelen tedavileri önermiştir (Beck, Freeman ve Associates, 1990; Young, 1990). Böylece kişilik bozukluklarının bilişsel teorisi, kişilik bozukluğu literatüründeki ana teorik yönelimlerden biri olarak gelişmiştir. Aaron T. Beck, kişiliğin bireyin inançları ve bilişleri doğrultusunda yapılandığını ve kişiliğin gelişim sürecinin 'şema' olarak adlandırılan temel birimlerle oluştuğunu varsaymaktadır (Bilge, 2014: 16). Bilişsel yaklaşımda inanç ve şemalar önemlidir ve bunlar; uyumsuz davranışlar ve duygular bakımından kişilik bozukluklarında etkili olan unsurlardır (Beck vd., 2001). Bireyin temel inanç ve varsayımlarının, otomatik düşünceler ve görüntüler ile birlikte, bilgi işlemeyi şekillendiren ve dolayısıyla duygu ve davranışlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olan ve şemalar olarak adlandırılan zihinsel yapıların bilişsel içeriği olduğu varsayılmıştır (Pretzer ve Beck, 2004). Bu bilişsel modeller, hatalı veya işlevsiz şemaların bir kişilik bozukluğunun altında yatan temeli oluşturduğu düşüncesini önermektedir.

Kişilik bozukluklarına bilişsel-davranışçı yaklaşımların ilk aşaması bu bireylerin birçok semptomu olduğuna ilişkin evriminin ikinci aşaması, bu problemlerin çoğunun kişilerarası bir bağlamda meydana geldiği iddiasıyla ortaya çıkmıştır (Pretzer ve Beck, 2004). Daha sonra ise bilişsel odaklı yaklaşım ile bireyin temel inançlarının ve varsayımlarının merkezi rolünü vurguladıkları (Pretzer ve Beck, 2004) şemalar kavramı, Beck'in bilişsel kuramının merkezinde yer alan temel kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin şeması, kişinin olaylara iliştiirdiği kendine özgü

öznel anlamını etkiler ve bu nedenle bilişsel şemalar işlevsiz kaldığında, psikolojik uyumsuzluğu teşvik edebilir ve aslında bu da çeşitli psikopatolojilerin temelini oluşturabilir (Riskind ve Alloy, 2006). Nitekim kişilik bozukluklarının da işlevsiz şemaların bir ürünü olduğu fikri öne sürülmüştür (Pretzer ve Beck, 2004).

Bilişsel kişilik bozuklukları teorisi, her kişilik bozukluğunun tipik uyumsuz şemalarla nitelendirildiğini ve bu şemaların şema-uyumlu önyargılarla sonuçlanan bilgilerin işlenmesini yönlendirdiğini varsaymaktadır. Bilişsel kişilik bozuklukları teorisi iki ana hipotez üzerine kuruludur. İlk olarak, her bir kişilik bozukluğunun kendini ve dünyayı ele alan tipik uyumsuz bilişsel şemalarla karakterize olduğu varsayılır. İkincisi, bu bilişsel şemalar; patolojiyi sürdüren taraflı yorumlamalar ile sonuçlanan bilgilerin seçici işlenmesini teşvik etmektedir (Nelson-Gray, Huprich, Kissling ve Ketchum, 2004). Başka bir deyişle, teori; kişilik bozukluğu olan hastaların şema uyumlu bilgi işlemeyi göstereceğini varsaymaktadır. Bu yaklaşıma göre erken yaşta gelişen uyumsuz şemaların bilişsel, duygu-durum ve davranışsal bileşenleri vardır ve bu şemalar kişilik gelişiminde patolojilerin oluşmasına neden olmaktadır (Bilge, 2014:17).

Kişilik bozukluklarının belirtileri işlevsiz şemaların sonucuysa, tedavi özellikle şemalarda yer alan işlevsiz bilişlerin değiştirilmesine odaklanmalıdır (Pretzer ve Beck, 2004). Görüldüğü üzere Beck ve arkadaşlarının modeli, her kişilik bozukluğuna özgü bir işlevsiz şema dizisi olduğu varsayımına dayanmaktadır ve bu şemaların bilgisi/tanımlanması; kişilik bozukluklarının gelişimi ve doğasını anlamada, klinik tanı ve terapötik müdahaleye yardımcı olmaktadır (Nelson-Gray, Huprich, Kissling ve Ketchum, 2004). İlk etapta DSM-III-R doğrultusunda şizotipal ve borderline kişilik bozuklukları hariç tüm kişilik rahatsızlıkları için şemalar ile ilişkilendirmeler yapılmıştır; şizotipal ve borderline kişilik bozukluklarının tipik bir kendine özgü inanç ve strateji kümesi göstermediği belirlenmiştir (Beck, 1991). Bununla birlikte daha sonra Borderline kişilik bozukluğunun da karakteristik inançları belirlenmiştir (Butler, Brown, Beck ve Grisham, 2002).

Tüm bunlar, kişilik bozukluklarının işlevsiz şemalara dayanan Eksen I bozukluklarına göre tedavi edilmesinin neden daha zor olduğunu açıklamak için yeterli katkıyı içermemektedir (Pretzer ve Beck, 2004). Eksen I bozuklukları sıradan koşulların dengesizleşmesiyle başa çıkmanın bir yolunu temsil ediyorsa, Eksen II

bozukluklarını, günlük yaşamın olağan talepleri ve stresleri dâhil olmak üzere istikrarlı koşullara yönelik kronik bir uyum/uyumsuzluk oluşturmaktadır (Beck, 1991). Her birey; hayatta kalma ve bağlanmada dış engeller, tehditler ve talepler ile iç baskıları uzlaştırma sorununa özgü uyum stratejileri geliştirmektedir ve gelişimsel deneyimler, işlevsel olmayan stratejilerin ortaya çıkmasında da rol oynamaktadır. (Beck, 1991). Tam da bu noktada ilk kez 90’larda “Şema Terapi” kuramını J. Young geliştirmiştir (Güner, 2013:1). Bu kuramda sıradan uyumsuz şemalara sahip olmaktan ziyade, kişilik bozukluğu olan bireylerin, “Erken Dönem Uyumsuz Şemalar” olarak adlandırdıkları şeye sahip olduğu öne sürülmüştür (Young, Klosko ve Weishaar, 2003) ve böylece Beck’in şema kavramsallaştırmasını detaylandırarak şema kuramı geliştirilmiştir (Şenkal-Ertürk, Kömürcü, Yiğit ve Gör, 2017). Bununla birlikte “şema” teriminin ve “Erken Dönem Uyumsuz Şema” kavramının sıklıkla birbirinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Kişilik bozukluğu olan hastaların aktif olarak erken uyumsuz şemaların aktivasyonundan kaçındığını ve terapistlerin erken dönem uyumsuz şemaları değiştirmesini zorlaştıran şema başa çıkma mekanizmaları kullandığı belirtilmiştir (Pretzer ve Beck, 2004). Beck ve meslektaşları tarafından kişilik bozuklukları için bilişsel tedavinin daha yeni revizyonları şema terapisi formülasyonları ile daha tutarlı olmakla birlikte, özellikle kavramsal vurgu ve tedavi stratejileri açısından bu yaklaşımlar arasında hala önemli farklılıklar vardır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

2.4.1. Şema Terapi

Şema terapi (ŞT), kişilik bozukluklarını bilişsel davranışçı terapiden yola çıkarak ele alan bir yaklaşımdır. Jeffrey Young, çalışmalarının odağını kişilik bozukluğu olan kişilerin tedavisine kaydıldıktan sonra bilişsel davranışçı terapi zeminiyle şema terapisi yaklaşımını geliştirmiştir (Dieckmann ve Behary, 2010). DSM-IV’ te yer alan şekli ile kronik Eksen I ve Eksen II bozukluklarını tedavi etmek için nispeten yeni bir tedavi yaklaşımı olarak ortaya çıkmıştır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Geleneksel bilişsel-davranışçı tedaviye, özellikle kişilik bozukluğu olan hastalara ve Eksen I bozukluklarının altında yatan önemli karakteristik sorunlara yeterince cevap alınamayan kişileri tedavi etmek için geliştirmiştir. Bu yaklaşımla beraber kişilik bozuklukları, modlar ve altta yatan şemalar açısından kavramsallaştırılmaktadır (Bach

ve Bernstein, 2018: 9). Bu yaklaşım; BDT'nin gestalt, nesne ilişkileri ve psikanalitik yaklaşımlarla zenginleştirilmiş, bütünleştirici bir modelidir (Dieckmann ve Behary, 2010; Young, 1990). Bilişsel Davranışçı Terapi temeli ile yola çıkan bir yaklaşım olmakla birlikte farklı olarak, psikolojik problemlerin gelişimsel kaynağına vurgu yaparak, psikososyal işlevselliğin hayat boyu süren örüntüler olduğunu söylemekte ve uyumsuz davranış ve bilişin değişmez çekirdek temalarına yani şemalara vurgu yapmaktadır (Güner, 2013:17). Kişilik bozukluklarının tedavisinde etkililiği çalışmalarla kanıtlanmıştır ve yaşam boyu devam eden kronik sorunlara yönelik bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır (Ertürk ve Kaynar, 2017). Herkesin şeması, baş etme biçimleri ve modları olduğu temel varsayımını kabul eden Şema Terapi, daha aşırı ve katı şemaları olan kişilerin tedavi edilebileceğini önermiştir.

Psikodinamik modeller de dahil olmak üzere diğer birçok psikoterapi sistemi ile önemli ölçüde örtüşmekle birlikte bu yaklaşımların çoğu, kavramsal model veya tedavi stratejileri açısından şema terapisinden daha dar olarak değerlendirilmektedir ve terapi ilişkisinde, terapistin genel tarzı ve duruşu ile terapist aktivitesinin derecesi ve yönlendirilebilirliğinde de önemli farklılıklar vardır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Standart BDT ile karşılaştırıldığında ŞT için onarıcı terapötik ilişki ve duygusal odaklı deneyimsel tekniklerin merkezi rol oynadığını ve ayrıntılı ve problemleri duygusal durumlara verilen dikkatin az olması gibi standart BDT yaklaşımının bazı sınırlamalarının üstesinden gelebildiğini söylemek yerinde olacaktır (Dadomo vd., 2016). Şema terapidde, terapi ilişkisi değişim sürecinde çok önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir ve terapötik ilişki kavramı empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik olmak üzere iki önemli teknik üzerine kuruludur (Yakın, 2014:5). Hastaların ve terapistlerin çoğunun şema terapisinde faydalı yönlerin yüksek derecede işlenmiş terapötik ilişki, şeffaf ve açık teorik model ve spesifik şema tedavisi teknikleri olduğu konusunda hemfikir olduğu görülmektedir (Klerk, Abma, Bamelis ve Arntz, 2017).

Şemalar; anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişlerden oluşmaktadır ve bu nedenle tedavide şemaya bağlı anıların şiddeti, şemanın duygusal değişimi, bedensel duyumsamaların şiddeti, uyumsuz bilişler değişmeli ve böylelikle uyumsuz baş etme biçimleri yerine uyumlu davranış örüntüleri ön plana çıkarılmalıdır (Güner, 2013:44). İki temel şema işleyişi vardır: Şema devamlılığı ve şema iyileşmesi (Khalily, 2012:6). Şema devamlılığı, üç ana form üzerine şekillenmiştir; bu formlar şemayı ayakta tutan

duygular, düşünceler ve davranışlardan oluşur ve bu formun üç temel ögesi ise; bilişsel çarpıtmalar, kendi kendini engelleyen hayat kalıpları ve şema baş etme biçimleridir (Khalily, 2012:6; Young, Klosko ve Weishaar, 2009:56). Bilişsel çarpıtma durumunda birey daha çok şemanın doğruluğunu ispat eden ve ona karşı çıkanı reddeden bilginin üzerinde durmaktadır. Bu nedenle, birey başarısızlığa neden olan davranışı bilinçsizce seçerek yapar ve devamında muhtemelen şemayı tedavi edecek olan ilişkilerden kaçınırken, şemanın tetiklendiği ve sürdürüldüğü bir durumla karşı karşıya kalır ki süregelen kişilik problemleri olan bireyler, onları kendilerinden ve başkalarından koparan mekanizmaları ile öne çıkmaktadır (Khalily, 2012:6). Şema iyileşmesi ise Şema Terapi'nin temel amacıdır ve tam da bu noktada Şema Terapisinin iki aşaması vardır: Değerlendirme/Eğitim Aşaması ve Değişim Aşaması (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:75).

İlk aşamada terapist; hastaların şemalarını belirlemelerine, çocukluk veya ergenlikteki şemalarının kökenlerini anlamalarına ve şemalarını mevcut problemleriyle ilişkilendirmelerine yardımcı olur. Bu aşamada öncelikle danışanın ve terapistin “danışanın uyumsuz şemaları” hakkında bilgi sahibi olması dolayısıyla şema ölçeği uygulanarak danışanın aşırı derecede harekete geçen şemalarının saptanması ve danışana bu temelde psikoeğitimsel bir bilgilendirme yapılması sürecin oldukça önemli bir parçasıdır (Güner, 2013:2). Daha sonraki adımlarda, uyumsuz başa çıkma stilleri (teslim, kaçış, aşırı telafi) ve ihtiyaç halinde temel modlar, modlar arası geçişler belirlenebilir. Değişim aşamasında ise şemaları iyileştirmek ve ardından uyumsuz başa çıkma stillerini daha sağlıklı davranış biçimleriyle değiştirmek için bilişsel, deneysel, davranışsal ve kişilerarası stratejiler kullanılmaktadır. Şema Terapi’de değişim sürecine genellikle bilişsel tekniklerle başlanır ve bu teknikler danışanın sağlıklı erişkin modunu güçlendirerek şemayı değerlendirmesine ve şemayı iyileştirmesine yardım eder (Güner, 2013:46). Bu süreçte şemaların tetiklenmesi kaçınılması gereken bir durum olarak görülmemekte, şema bağlantılı döngülerin belirlenmesi için terapi ilişkisi güvenli yer olarak kullanılmakta ve böylece Şema Terapi’nin ana odağına - insanlara çocuklukta karşılanmamış ihtiyaçlarıyla baş etme konusunda yardımcı olmak- ulaşılması hedeflenmektedir (Yakın, 2014:5). Görüldüğü üzere bu yaklaşım, uyumsuz başa çıkma biçimlerinin yerine uyumlu davranış modelleri yerleştiren davranış değişikliklerini içeren bilişsel, duygusal ve davranışsal müdahaleleri kapsar. Şema tedavisi, bireyin tetiklenmiş bir uyumsuz şemaya karşı sağlıklı bir tavır

sergilemesini sağlamak için şefkatli ve ilgi gösteren bir iyileştirici bağ vasıtasıyla ıslah edilene kadar disiplin ve sık sık uygulama gerektirir (Khalily, 2012:7). Özellikle kişilik bozukluğu belirtilerini yaşayan hastalar, çeşitli bilişsel-davranışçı terapi varsayımlarını ihlal etmekte ve erken dönem uyumsuz şemalar, egosintonik olarak kabul edildiğinden terapistler kronik zorluklara sahip danışanların kendilerini değiştirme motivasyonlarının yetersiz olmasından kaynaklı tedavinin zorlaştığını düşünmektedirler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Kişilik bozuklukları, duygu düzenleme bozuklukları ile karakterize olması hasebiyle bu odağın da merkezi olarak ele alınması tedavide kritik bir öneme sahiptir (Dadomo, Panzeri, Caponcello, Carmelita ve Grecucci, 2018).

2.4.1.1. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

“Şema” terimi, bilişsel gelişim alanı başta olmak üzere psikolojide geniş bir kullanım alanına sahiptir. Şema kavramı, bu alanda ilk kez Jean Piaget tarafından kullanılmıştır (Piaget, 1962). Psikolojide şema terimi, çocukluğun farklı evrelerindeki bilişsel gelişimle izah edilmiştir ve doğuştan getirilmeyen, tekrarlanan eylemlerin bireye özgü şemalar geliştirmesi şeklinde ele alınmıştır (Günçe, 1973; Piaget, 1964: 176-186). Bir olayın en belirgin özelliklerinin soyut yansıması olarak düşünülen şema kavramının özellikle bilişsel psikoloji alanında oldukça zengin bir geçmişi bulunmaktadır (Güner, 2013:11) ve zamanla, kişinin yaşam deneyimlerinin kapsamlı bir şekilde anlamlandırılması için psikoterapinin içinde kavramsallaştırılmıştır (Khalily, 2012). Sıklıkla erken dönem uyumsuz şemalar terimi yerine kullanılan şema terimi, bilişsel yönelimli terapistlerin uzun vadeli psikiyatrik sorunların sürdürülmesinde merkezi bir rol oynadığını varsaydığı temel inançlar anlamına gelmektedir (Padesky, 1994: 267). Psikoterapi kapsamında daha önce Beck’ın kullandığı şema terimi, Young tarafından detaylandırılmış ve şemaların alt bir kümesi olarak erken dönem uyumsuz şemalar tanımlanmıştır ki bu tabir, şema terapi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Yürtülen çalışma boyunca “erken dönem uyumsuz şema” ve “şema” terimleri eş anlamlı şekilde kullanılmıştır.

Erken dönemde yaşanan sosyo-duygusal deneyimler, insan hayatının ilk iki yılında meydana gelen beynin büyüme hamlesi sırasında olgunlaşma yolunda olan biyolojik yapılara, sözel olmayan şekilde mühürlenirler ve kişinin hayatı boyunca etkili olurlar

(Schore, 2012). Şemalar, çocukluk döneminde gelişirler ve yaşam boyu bireylerin dünyayı yorumladıkları ve tahmin ettikleri zeminler olarak işlev görürler (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bir bakıma kişinin nasıl düşündüğünün, hissettiğinin, davrandığının ve dolayısıyla nasıl iletişime geçtiğinin esas belirleyicileridir (Güner, 2013:35). Genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde büyük etkisi vardır (Nordahl ve Nysaeter, 2005; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Önceki ve sonraki şemaların oluşumu genellikle aile dinamikleri, travma ve mağduriyet gibi olumsuz erken çocukluk dönemi deneyimleri, çocuklukta güven eksikliği ve terk edilme ile ilişkilendirilmektedir (Khalily, 2012:6). Şema kuramında, erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasında etkili olan dört temel erken dönem olumsuz yaşam deneyimi tanımlanmıştır. Bu yaşantılar; temel ihtiyaçların karşılanmaması veya engellenmesi, ihtiyaçların gereğinden fazla karşılanması, travmatizasyon ve kurbanlaştırma ile seçici içselleştirme ya da önem verilen kişilerle özdeşleşmedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009: 30). Örneğin erken dönemde ihtiyaçların engellenmesi; duygusal yoksunluk ya da terk edilme ve tutarsızlık, travmalar; kuşkuculuk ve kötüye kullanıma, kusurluluk/ utanma ya da hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, ihtiyaçların gereğinden fazla karşılanması ise bağımlılık/ yetersizlik ya da haklılık/büyükleme gibi şemalar ortaya çıkarabilirken son olumsuz erken yaşam deneyiminde ailedekilerin ve çevrede yer alan diğer önemli kişilerin davranışlarının içselleştirilmesi ya da bu kişilerle özdeşleşme söz konusu olabilmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009: 30).

Çocukluk ve ergenlik dönemindeki bu tip temel duygusal gereksinimlerin yeterince karşılanamaması dolayısıyla olumsuz yaşam deneyimlerinin bir veya daha fazla erken dönem uyumsuz şema geliştirilmesine yol açtığı savunulmaktadır (Carr ve Francis, 2010a). İnsanın tutarlılık arayışının bir parçası olarak, şemalar hayatta kalmak için savaşı; çocukluk ortamını hatırlatan durumlarda şemalar tetiklenebilir ve zaten bireyler tanıdık oldukları için kendi şemalarını tetikleyen kişilere/durumlara çekilirler ve böylelikle paradoksal olarak çocuklukta zarar görülen durumlar, yetişkinlikte tekrarlayan şekilde canlanabilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:27-28). Bir başka şekilde ifade edilecek olursa erken dönem uyumsuz şemalar, kişi üzerinde oldukça belirleyici etkilere sahip olsalar da farkındalık dışı şekilde kişiye rahat ve tanıdık geldiği için doğru olarak hissedilir ve kişi, bu şekilde şemalarını tetikleyen bireylere ve olaylara çekilebilmektedir (Güner, 2013:35).

Şema Terapi'nin kavramsal modelinin temelinde yer alan bu erken dönem uyumsuz şemalar; gelişimin erken dönemlerinden itibaren gelişen ve yaşam boyu detaylandırılabilen, işlevsel olmayan, bireyin kendilik algısını ve kişilerarası ilişkilerini yıkıcı yönde etkileyebilen ve yaşam boyunca sürekli tekrar eden duygusal ve bilişsel örüntülerdir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu şemalar, çocukluk ve ergenlik döneminde geliştirilip hayat boyu yorumlanan ve belli bir dereceye kadar işlevsiz, kişinin kendisi ve başkaları ile olan ilişkilerine dair anılar, duygular, bedensel hisler ve bilişlerden oluşan kapsamlı, yaygın bir kalıp veya şablondur (Corral ve Calvete, 2014; Khalily, 2012:3). Herkeste bulunduğu varsayılan bu erken dönem uyumsuz şemaların yaşam boyu büyük ölçüde harekete geçmemesi ve davranış sorunlarına yol açmaması mümkündür (Güner, 2013:1). Görüldüğü üzere bu yapılar bir bakıma çocuğun çevresine uyumu olarak başlamaktadır ancak çocuk büyüdükçe uyumsuz bir hal alabilmektedir. İşlevsel olmayan yaygın temalarıyla birlikte kendine/diğerlerine dair kalıplar ile ilişkilidir ve bireylerin düşünme, hissetme, hareket etme ve başkalarıyla ilişkilerinde önemli bir rol oynamaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Örtülü bellek, bireyin kendiliğinden çalışan daimi bir özelliği olduğundan ve açık bellekten daha hızlı olduğu için tetiklenmiş uyumsuz şema durumunda birey; duygularla bedensel hislerin akınına uğrayabilir dolayısıyla uyumsuz şema sürekli çalışır ve başkalarıyla olan bireysel ilişkileri örtük imgeler şeklinde etkileyebilmektedir (Khalily, 2012:6). Şemaların her biri yaygınlığı/yoğunluğu açısından farklılık taşımaktadır ve şemalar yoğunlaştıkça daha kolay harekete geçirilebilir hale gelmekte ve kişilerin işlevsellik alanlarını daha fazla etkileyebilmektedir (Güner, 2013:20). Bunlarla beraber şemaların, çocukluk ve gençlik döneminde uyumlu ve uyumsuz olarak şekillenebildiğini söylemek mümkündür (Khalily, 2012). Bireyin sahip olduğu birçok şemanın bir bölümü hayatta işlevsel olmasını sağlarken bir kısmı da uyumsuz olmakta ve bireyin gerçeği net bir şekilde görmesine ve uygun davranmasına engel olmaktadır (Güner, 2013: 11).

Erken dönem uyumsuz şemaların karşıt ucu sayılabilecek olan Sağlam Bağlanma, Temel Güven, Duygusal Doyum, Duygusal Açıklık/Kendiliğindenlik, Öz Kabullenirlik/Sevilebilirlik, Sosyal Aitlik, Başarı, Temel Sağlık ve Güvenlik, Sağlıklı Kendine Güven ve Yeterlilik, Sağlıklı Sınırlar/ Gelişmiş Benlik, Girişkenlik/Kendini İfade, Sağlıklı Bencillik/ Öz Bakım, Gerçekçi Standartlar ve Beklentiler, Empatik Düşünme/ Başkalarına Saygı ve son olarak Sağlıklı Oto

Kontrol/Öz Disiplin şeklinde erken dönem uyumlu şemalar da tanımlanmaktadır (Perris, Young, Lockwood, Arntz ve Farrell, 2008’den akt. Güner, 2013: 15-16). Tablo 2.2’de yer alan “Şema Alanları” olarak adlandırılan beş kategori aslında geçmişte karşılanmamış duygusal ihtiyaçları ve ilişkili erken dönem uyumsuz şemalarını temsil etmektedir (Güner, 2013:25).

Tablo 2.2: Erken Uyumsuz Şemaların Etki Alanları

1. **Ayrılma ve Reddedilmişlik:** Kişinin güvenlik, bakım, kabul ve istikrar ihtiyacının öngörülebilen şekilde karşılanmayacağına dair beklentileri içeren şema alanıdır. Terk edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk/Utanç ve Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma erken dönem uyumsuz şemalarını içerir.
2. **Zedelenmiş Özerklik ve Performans:** Kişinin bağımsız olma, başarılı bir şekilde başa çıkabilme gibi kabiliyetlerine ilişkin beklentilerinde bozulmayı içeren şema alanıdır. Bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik erken dönem uyumsuz şemalarını içermektedir.
3. **Zedelenmiş Sınırlar:** İçsel sınırlar belirleme, sorumluluk hissetme veya uzun vadeli hedefler koymada zorlukları anlatan şema alanıdır. Hak görme/büyükleme ve yetersiz öz denetim/öz disiplin erken dönem uyumsuz şemalarını içermektedir.
4. **Başkalarına Yönelimlilik:** Sevgi ve onay almak adına birinin kendi ihtiyaçları pahasına başkalarının ihtiyaçlarını ön plana çıkardığı şema alanıdır. Boyun eğicilik, kendini feda ve onay/tanınma arayıcılık erken dönem uyumsuz şemalarını içerir.
5. **Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama:** Spontan duygu ve dürtülerin bastırıldığı ve performans ve davranışa ilişkin katı, içselleştirilen kurallar ile yer değiştirildiği şema alanıdır. Olumsuzluk/karamsarlık, duygusal baskılama ve ketleme, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılık/acımasızlık erken dönem uyumsuz şemalarını içerir. (Young, Klosko ve Weishaar, 2003:34).

Ayrılma ve Reddedilme şema alanında yer alan erken dönem uyumsuz şemaları kısaca tanıtmadan önce bu alanda karşılanmayan ihtiyacın genel olarak kişinin başkalarına güvenli bağlanma ihtiyacı olduğunu vurgulamak yararlı olacaktır (Güner, 2013:25). Young’ın Şema kuramı doğrultusunda “Terk Edilme/İstikrarsızlık” erken dönem uyumsuz şeması kişinin ölüm vb. gibi çeşitli yollar ile birlikte olduğu insanlar tarafından terk edileceğine yönelik inançlarını içermektedir. “Güvensizlik/Suistimal Edilme” ise başkaları tarafından zarar göreceğine ve aldatılmış hissetmeye yönelik inançları içermektedir. “Duygusal Yoksunluk” erken dönem uyumsuz şeması, en temel anlamı ile kişinin ilgi, empati, korunma gibi normal derecedeki duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağına yönelik inançları içerir. “Kusurluluk/Utanç”ta ise kişinin kötü, kusurlu, değersiz, istenmeyen olduğu algısına dair eleştiri ve reddedilmeye karşı hassasiyet, suçluluk ve utanç gibi temel inanç kalıplarının yoğunlaştığı görülmektedir. Bu kategoride yer alan son erken dönem

uyumsuz şema olan “Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma” ise kişinin diğer insanlardan farklı olma ve bir topluluğa ait hissedememe yönündeki inançlarını kapsamaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:33-35).

Tablo 2.3: Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaları

Ayrılma ve Reddedilme

- 1-Terk Edilme/İstikrarsızlık
- 2-Güvensizlik/Suistimal Edilme
- 3-Duygusal Yoksunluk
- 4-Kusurluluk/Utanç
- 5-Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma

Zedelenmiş Özerklik ve Performans

- 6-Bağımlılık/Yetersizlik
- 7-Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık
- 8-Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik
- 9-Başarısızlık

Zedelenmiş Sınırlar

- 10-Hak Görme/Büyüklenmecilik
- 11-Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin

Başkalarına Yönelimlilik

- 12-Boyun Eğicilik
- 13-Kendini Feda
- 14-Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık

Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme

- 15-Olumsuzluk/Karamsarlık
 - 16-Duygusal Baskılama/Ketleme
 - 17-Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik
 - 18-Cezalandırıcılık/Acımasızlık
-

İkinci şema alanı olarak Zedelenmiş Özerklik ve Performans olarak adlandırılan bölüme baktığımızda ise buradaki karşılanmayan ihtiyacın kişinin özerk olması, kendini yeterli hissetmesi ve olumlu kimlik algısı geliştirmesi yönünde olduğu anlaşılmaktadır (Güner, 2013:27). Bu alanda yer alan erken dönem uyumsuz şemalardan ilki olan “Bağımlılık ve Yetersizlik”, kişinin günlük hayatın

sorumluluklarını yerine getirebilmeye dair kabiliyetsizlik inancıdır. “Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık” ise kişinin tıbbi, duygusal veya dışsal bir felaket yaşayabileceğine ve zarar göreceğine ilişkin abartılı inançları içermektedir. “Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik” adlı erken dönem uyumsuz şeması da kişinin yakın, önem verilen ilişkilerinde aşırı duygusal bağlılığı anlatmaktadır. “Başarısızlık” ise kişinin okul, iş, spor, ilişki vb. alanlarda kaçınılmaz olarak başaramayacak ve yetersiz olmasına ilişkin yoğun inancını içermektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:35).

Zedelenmiş Sınırlar şema alanında ise kişiye hayatın gerçekliğine uygun sınırlar koyarak özdenetim sağlayabilmesine olanak tanıyan yakın çevre tutumlarına dair karşılanmayan genel bir ihtiyaç merkezdedir (Güner, 2013:29). Bu alanda yer alan “Hak Görme/Büyükleme” erken dönem uyumsuz şemasında kişinin diğerlerinden üstün olduğu ve buna bağlı imtiyazlara sahip olduğu inancı hakimdir. “Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin”de ise kişinin hedeflerine ulaşmada veya duygu ve düşüncelerinin aşırı ifadesini kontrol etmek noktasında yeterli özdenetim uygulamayı reddetmesi veya bunda zorlanması ön plana çıkmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:36).

Başkalarına Yönelimlilik şema alanında ise karşılanmayan ihtiyaç, kişinin kendi ihtiyaçlarını ve duygularını özgürce ifade edebilmesidir (Güner, 2013:29). Bu alanda yer alan erken dönem uyumsuz şemalardan ilkinde baktığımızda ihtiyaçlar ve duygular olarak iki yönlü şekilde kendini gösterebilecek olan “Boyun Eğicilik” karşımıza çıkmaktadır. Kişinin karşı tarafın tepkilerinden çekinerek kendi duygu ve ihtiyaçlarını baskı altına alması ve genel olarak aşırı uyumlu olması söz konusudur. “Kendini Feda”da ise kişinin gönüllü olarak başkalarının ihtiyaçlarını giderebilmeye aşırı odaklı olması söz konusudur. Bu alanda yer alan son erken dönem uyumsuz şema olan “Onay Arayıcılık”ta ise başkalarından ilgi ve onay alma gereksinimi ön plana çıkmaktadır ve ün, para, statü, araba seçimi, gidilecek mekân vb. konularda başkalarının değerlendirmelerine aşırı değer vermeyi ve bu çerçevede seçimler yapmayı içerir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:37).

Son şema alanı olan Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama ise kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacının yeterince karşılanamaması ile karakterizedir; kişinin duygu, düşünce ve davranışları üzerinde aşırı bir denetimi söz konusudur (Güner, 2013:30). Bu şema alanında yer alan “Olumsuzluk/Karamsarlık” adlı erken dönem uyumsuz şemasında

hayatın olumsuz yönlerine odaklanmak ve hep olumsuzluğa yönelik bir beklenti içinde olmak söz konusudur. “Duygusal Baskılama/Ketleme”de ise doğal duygu, düşünce ve davranışın aşırı kontrolü söz konusudur. Sıklıkla öfkenin bastırılması, cinsel heyecan gibi olumlu dürtülerin baskılanması, kırılmalılığı güçlölkle ifade edebilme, duyguları görmezden gelirken aşırı akılcı tutum şeklinde kendini gösterebilir. “Yüksek Standartlar” erken dönem uyumsuz şeması bir kişide aktif olduğunda, eleştiriden kaçınmak için oldukça yüksek ve gerçekçi olmayan satandartları karşılama inancı ön plana çıkmaktadır. Mükemmeliyetçilik, katı kurallar, zaman ve verimlilik gibi temalarla kendine ve ötekilere karşı gözlemlenebilmektedir. Bu alanda yer alan son erken dönem uyumsuz şema olan “Cezalandırıcılık” ise bireyin kendisinin ve diğerlerinin hatalarına katı, öfkeli ve cezalandırıcı olunması gerekliliğine dair inanca vurgu yapmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:37-38).

Tablo 2.4: Koşullu ve Koşulsuz Şemalar

Koşulsuz Şemalar	Koşullu Şemalar
Terk Edilme ve Tutarsızlık	Boyun Eğicilik
Kuşkuculuk ve Kötüye Kullanılma	Kendini Feda Etme
Duygusal Yoksunluk	Onay Arayıcılık
Kusurluluk/ Utanma	Duyguları Bastırma
Sosyal İzolasyon Bağımlılık/ Yetersizlik	Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	
Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik	
Başarısızlık	
Karamsarlık	
Cezalandırıcılık	
Hak Görme/ Büyüklenmecilik	
Yetersiz Özdenetim	

Young’a göre erken dönem uyumsuz şemalar, koşullu ve koşulsuz olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Erken dönemde gelişen, kendilik ve başkalarıyla ilgili koşulsuz inançları içeren ve ümitsizlik hissettiren kalıplar; koşulsuz şemalar olarak ele alınırken koşullu şemalar ise umut verici olarak koşulsuz şemalardan kurtulma girişimi şeklinde sonradan gelişmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2009:45-46). Tablo2.4’te koşullu ve koşulsuz şemalara yer verilmektedir.

Bir şema tetiklendiğinde, birey şemaya devam eden uyumsuz bir başa çıkma tarzıyla (örneğin aşırı tazminat, kaçınma, teslim olma) tepki verebilir ve bunlar da şemanın sürdürülmesi anlamını taşımaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Kişilerin sergiledikleri bu tarz davranışlar, erken dönem uyumsuz şemalarının bir parçası olmanın aksine şemalarına karşı rasyonel bir tepki olabilir (Yalçın, Ak, Kavaklı ve Kesici, 2018: 8). Bir başka deyişle uyumsuz davranışlar şemaya tepki olarak gelişir ve şemanın bizzat parçası olmayabilir. Anlaşılabileceği üzere uyumsuz başa çıkma stilleri, hastaların yaşamlarında erken dönemde şemalarla yaşamaya uyum sağlamak adına geliştirdikleri mekanizmalar olup şema sürekliliği ile sonuçlanmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2009). Bu anlamda bir hayat tuzağına dönüşen şemalar; kendini algılama, sağlık, işte ve gündelik hayatta başkalarıyla olan ilişkiler, mutluluk ve ruh hali gibi her açıdan hayatımıza zarar veren kendi kendini engelleyen duygusal ve bilişsel şablonlar haline almaktadır (Khalily, 2012:4). Çoğu uyumsuz başa çıkma stilleri genellikle bir arada kullanılır; bazen teslim olunur, bazen kaçınılır, bazen de aşırı telafi edilir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şemalarına teslim olan bireyler şemanın gerçek olduğunu kabul ederek, duygusal acıyı doğrudan hissederler ve farkına bile varmadan şema yönelimli örüntülerini tekrar ederler (Güner, 2013:37). Şemalarından kaçınan bireyler ise şema hakkında düşünmekten kaçınırlar ve incinebilir/ hassas hissettiği tüm yaşam alanlarından uzak durur; son olarak şemalarını aşırı telafi eden bireyler de şemalarıyla savaşılarak tam tersi davranışlar sergilemeye gayret ederler (Age:37). Örneğin; Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik erken dönem uyumsuz şemasının aktif ve yoğun olduğu durumlarda kişinin şemayla şu üç şekilde baş etmesi mümkündür. Bunlardan ilki olan teslim olması durumunda yetişkin hayatta partnere bağımlı bir ilişki; kaçınma durumunda, partnerle yakınlıktan kaçınma çabası ve aşırı telafi durumunda ise partnere her şekilde karşı olmaya çalışması söz konusu olabilir.

Şemalar, kişiliğin temel özelliklerinin altında dururken mod kavramı ise kişiliğin belirleyici ve açık özelliklerini içermektedir ve modlar; şemaları veya şema işlemlerini içeren durumlar olarak açıklanmaktadır (Bach ve Farrell, 2018: 323; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şema Modları, borderline kişilik bozukluğu çalışmaları sırasında duyulan ihtiyaçla daha sonra geliştirilen bir kavramdır (Lobbestael, Van Vreeswijk ve Arntz, 2007). O andaki duygusal ve bilişsel durumları ve belli bir zamanda aktif olan başa çıkma tepkilerini temsil eden doğrudan gözlemlenebilir ve ölçülebilir düşünme,

hissetme ve davranış kalıplarıdır; bir başka deyişle hepimizin deneyimlediği, şu anki duygusal durumlar ve başa çıkma tepkileridir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Erken dönem uyumsuz şemalara ek olarak tanımlanan bu şema modları, bireyin içinde bulunduğu durumda tetiklenen şemalarını ve bu şemaların sürdürülmesine veya iyileştirilmesine olanak sağlayan süreçleri içerir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Modlar genelde aşırı duyarlı olduğumuz duygusal yaşam durumları tarafından tetiklenir; bir birey bir moddan diğerine çok hızlı bir şekilde geçebilir (Dadomo, Grecucci, Giardini, Ugolini, Carmelita ve Panzeri, 2016). Mod kavramı, bir bakıma şiddetli kişilik bozukluğundan muzdarip olan hastaların gösterdiği duygu ve davranışlardaki hızlı kaymayı da tanımlar (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Modlar; çocuk modları (incinmiş, öfkeli, dürtüsel/disiplinsiz ve mutlu çocuk modu); işlevsiz ebeveyn modları (başarı odaklı talepkar, duygu odaklı talepkar, cezalandırıcı ebeveyn modu); işlevsiz başa çıkma modları (söz dinleyen teslimci, kopuk korungan ve aşırı telafici) ile sağlıklı yetişkin modu şeklinde dört başlıkla gruplandırılmıştır (Bach ve Farrell, 2018, 324; Young, Klosko ve Weishaar, 2009:73-74). Şema Mod Terapisi (ŞMT) ise Şema Terapi'sinden geliştirilmiştir ve Şema Terapisi vb. yaklaşımların başarısız olduğu özellikle karmaşık kişilik patolojisinin tedavisinde modlarla ileri ve bütünleştirilmiş şekilde çalışmaya işaret eden etkili bir terapi şeklidir (Ertürk ve Kaynar, 2017). Şema modu modeli; borderline, narsisistik veya antisosyal kişilik bozukluğu gibi ciddi kişilik patolojisi olan bireylerde ruh halindeki ve davranıştaki ani değişimleri hesaba katmayı amaçlamaktadır (Lobbestael, Arntz ve Sieswerda, 2005). Günümüzde kullanımı, işlevsellik düzeyi yüksek olan vakaların tedavisinde de yaygınlaşmıştır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Son dönemde, kişilik problemleriyle çalışan terapistlerin şema modlarına odaklanarak çalışmanın daha etkili olduğunu belirttikleri görülmektedir (Yakın, 2014:3).

Buraya kadar anlatılan Şema Terapi'nin merkezinde yer alan erken dönem uyumsuz şemalar ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişkiyi göstererek Şema Terapisinin temel ilkelerine destek sağlayan çalışmalar mevcuttur (Cecero, Nelson ve Gillie, 2004). Bu şemaların olumsuz çocukluk deneyimleri ile yetişkin psikopatolojisi arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (Carr ve Francis, 2010a). Kaygı bozuklukları, OKB ve TSSB gibi bazı psikopatolojilerin kavramsallaştırılmasında ve tedavisinde ŞT'nin kullanımının yararlı olduğu düşünülmektedir (Kömürücü ve Gör, 2016). Zaten Şema Terapi modelinde erken dönem uyumsuz şemalar, kronik Eksen I

ve Eksen II bozukluklarının çekirdeği olarak değerlendirilmektedir (Dieckmann ve Behary, 2010; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Farklı kişilik bozukluğu alt tipleri arkasında farklı bilişsel şema kalıpları olduğu ortaya koyulmuştur (Petrocelli vd., 2001). Bu şemalar, kişilik bozukluklarında ortaya çıkan uyumsuz davranışlar için itici güçtür; aynı zamanda kişinin algılarını dolayısıyla davranışlarını da önemli ölçüde etkilemektedir (Carr ve Francis, 2010a; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Hatta bu davranışlar noktasında, kişilik bozuklukları için DSM-IV tanı ölçütlerinin önemli ölçüde hatalı olduğu düşünülmektedir. Bu ölçütlerde yer alan davranış kalıplarının temel olarak şemalara verilen başa çıkma yanıtları olduğu ve her hastanın tek bir KB kategorisinden ziyade farklı boyutlarda mevcut olan çeşitli şema ve başa çıkma yanıtını içeren benzersiz bir profile sahip olduğu üzerine durulmaktadır (Dadomo, Grecucci, Giardini, Ugolini, Carmelita ve Panzeri, 2016; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Gelineen noktada çalışmanın konusu gereği literatürde ergenlerde kişilik bozukluklarının sıklığını/yaygınlığını ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkisini ele alan çalışmalar incelenecektir.

2.5. İlgili Literatür

Toplumdaki kişilik bozukluklarının yaygınlığı ve bağıntıları hakkında bilgi sahibi olmak, tedavi gereksinimlerini belirlemek ve psikiyatrik hizmetlerin bu doğrultuda sağlanması oldukça önemlidir. Çok az sayıda çalışma ergenlik döneminde kişilik bozukluğunun yaygınlığını araştırmıştır ve mevcut çalışmalar farklı örnekleme/değerlendirme prosedürlerini kullanmıştır (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32). Yürütülen araştırmanın temel konusu olmasının yanı sıra uluslararası literatürde giderek üzerine odaklanan bir konu haline gelen ‘ergenlik döneminde kişilik bozukluğu’ ile ilgili Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmaların maalesef çok sınırlı olduğu görülmüştür ve bu nedenle kişilik bozukluklarının yaygınlığı noktasında yetişkinlere ilişkin literatürden de destek alınmıştır. Bununla birlikte Türkiye’de ilk olarak yetişkin grupta kişilik bozuklukları ile ilgili yapılmış çalışmaların incelenmesinde epidemiyolojik anlamda çok az sayıda çalışma tespit edilebilmiştir.

2000’li yıllarda Türkiye’de kişilik bozukluğu epidemiyolojisi ile ilgili yürütülen genel toplum desenli herhangi bir araştırma yapılmadığı belirtilse de (Binbay vd., 2014:274;

Şahin, 2009), ilk kez, Aydın il merkezinden alınan normal bir örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlık oranını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışma mevcuttur (Şenyuva, 2007). Bu araştırmada 246 katılımcıya kendi kendini değerlendirme aracı olan DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Aracı (DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire-DIP-Q) uygulanmıştır. 34 kişi herhangi bir kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılayarak tanı almıştır ve böylece yaygınlık oranı %13,8 olarak belirlenmiştir (Şenyuva,2007:142). Bu çalışma ile beraber normal popülasyonda, kişilik bozukluklarının yaygınlık oranının yüksek olduğu gösterilmiştir. Her bir kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı ise şizotipal kişilik bozukluğunun %6.9; paranoid kişilik bozukluğu % 6.1; obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu %6.1; borderline kişilik bozukluğu %5.7; çekingen kişilik bozukluğu %5.3; narsistik kişilik bozukluğu %4.9; antisosyal kişilik bozukluğu %4.5; şizoid kişilik bozukluğu %4.1; histriyonik kişilik bozukluğu %3.7; bağımlı kişilik bozukluğu ise %2 olarak belirlenmiştir. Küme yaygınlıkları ise A kümesinde %7.7; B kümesinde %4.1 ve C kümesinde %6.5 şeklindedir (Şenyuva, 2007).

Geçtiğimiz yıllarda kişilik bozukluklarına verilen önemin giderek artmasına rağmen Türkiye’de normal nüfusta gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaların yok denecek kadar az olmasının yanı sıra klinik örnekleme de kişilik bozuklukları sıklığını/yaygınlığını bildiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Yürütülen araştırmadan farklı olarak klinik örnekleme gerçekleştirildiği için bu çalışmalara kısaca değinilmektedir. Klinik örnekleme yapılan araştırmaların önemli bir bölümü, alkol ve madde bağımlıları ile yapılan çalışmalardır (Binbay vd., 2014:274). Bu araştırmalarda bağımlılarda kişilik bozukluğu görülme sıklığının oldukça yüksek olduğu, sıklığın bu grupta %76 olarak saptanabildiği ve en sık görülen KB’nin ise anti-sosyal KB olduğunu bildirilmiştir (Eken vd., 2003, Evren, Kural ve Erkiran, 2006; Yancar, 2005:55). Bir başka araştırmada ise yatarak tedavi gören her 3 hastadan 2’sinde borderline kişilik bozukluğu saptanmıştır (Evren vd. 2011’den akt. Binbay vd., 2014:274). Klinik örnekleme BKB yaygınlığını %10.4 olarak bildiren bir başka çalışma da mevcuttur (Sar vd., 2003).

Diğer klinik örneklem gruplarıyla yapılan araştırmalarda küçük örneklem sayısı gibi yöntemsel sorunların yüksek oranlar bildirilmesine neden olduğu düşünülmektedir (Binbay vd., 2014:274). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir araştırmada eşlik eden bir veya birden fazla KB oranı %70 olarak saptanmıştır ve en sık görülen kişilik

bozuklukları kaçınan, paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları olarak belirlenmiştir (Karslıoğlu vd., 2012:59). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve panik bozukluk (PB) tanısı alan 61 hastada kişilik bozuklukları ve depresyon komorbiditesinin araştırıldığı bir çalışmada ise en az bir KB sıklığı %100 olarak bildirilmiştir. Panik bozukluk hasta grubunda en sık histrionik kişilik bozukluğuna rastlanırken obsesif kompulsif bozukluk hasta grubunda ise en sık borderline kişilik bozukluğu saptanmıştır (Yaluğ vd., 2003). Sosyaf fobisi olan bir başka küçük örnekleme ise %70.8 oranında çekingen kişilik bozukluğu sıklığı belirlenmiştir (Sayar, Solmaz, Öztürk, Özer ve Arıkan, 2000: 166). Bir başka çalışmada ise %18.3'ünde borderline kişilik bozukluğu, %16.7'sinde histriyonik kişilik bozukluğu olmak üzere intihar girişimi olan bireylerin %48.3'ünde kişilik bozukluğu belirlenmiştir (Ateşçi, Kuloğlu, Tezcan ve Yıldız, 2002: 25).

Toplumda yaygınlığının arttığı düşünülen kişilik bozukluklarının insanların sahip olduğu demografik özelliklerle ne düzeyde açıklanabileceğini yordamak amacıyla 329 kişilik yetişkin toplum örneklemiyle gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise cinsiyet değişkenine göre histrionik, çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif bozukluklar için kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Gelir değişkenine göre ise narsisistik kişilik bozukluğu dışındaki kişilik bozuklukları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Öztunç, Bilge ve Bilge:2015).

Türkiye'de, yürütülen çalışmanın konusuyla ilişkili ergenler ile gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde ise sadece ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının öncüllerine dair bir derleme makale ve Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanteri'nin (EPBE) revizyon çalışması-II: Kişilik bozuklukları formu araştırmasının mevcut olduğu görülmüştür (Uytun ve Öztop, 2015; Bilge ve Bilge, 2019). Bunlarla beraber klinik olmayan bir popülasyonda borderline kişilik bozukluğunun eşlik eden disosiyatif bozukluk komorbiditesi ve çocukluk çağı travma raporları ile ilişkisini inceleme amacıyla gerçekleştirilen bir araştırma da mevcuttur. 1301 üniversite öğrencisi, DSM-IV Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme kullanılarak borderline kişilik bozukluğu taramasında değerlendirilmiştir ve yaygınlığı %8,5 olarak bildirilmiştir (Sar vd., 2006).

Ergenler için Psikolojik Bozukluklar Envanteri'nin (EPBE) revizyon çalışmasında, odak noktası olmamakla birlikte ilk kez ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının

sıklığına da değinilmiştir. Araştırma, 827 kişilik 13-24 yaş arası bir örneklem grubuyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre kişilik bozuklukları sıklık oranları, %2.54 ila %5.56 arasında değişmektedir ve elde edilen sıklık oranlarının literatürdeki çalışmalarla benzerlik gösterdiği vurgulanmaktadır. Kişilik bozuklukları sıklıkları paranoid KB'de %3.26, şizoid KB'de %3.75, şizotipal KB'de %3.38, davranım bozukluğu %5.07, borderline KB'de %3.63, histriyonik KB'de %3.14, narsisistik KB'de %3.50, çekingen KB'de %5.56, bağımlı KB'de %4.84 ve obsesif-kompulsif KB'de ise %2.54 olarak tespit edilmiştir (Bilge ve Bilge, 2019). Odağı kişilik bozuklukları olmamakla birlikte 1079 ergenin hangi ruhsal yakınmalar ile psikiyatriste başvurduklarını ve hangi tanı ölçütlerini karşıladıklarını belirlemeyi amaçlayan bir diğer araştırmada ise DSM-IV tanı ölçütlerine göre değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Eksen II tanı dağılımında sadece 7 olgu (%0.64) mevcuttur ve bunlar BKB tanısına uygundur (Görker, korkmazlar ve Durukan, 2004:105). İlginçtir ki çocuk, ergen ve yetişkinlerde psikiyatrik belirti ve tanı başvurularını değerlendiren birçok çalışmada kişilik bozukluğu tanısının yaygınlığı konu bile edilmemektedir (Akın-Sarı, 2013; Aras, Ünlü ve Taş, 2007; Keskin, Ünloğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013; Uçar vd., 2014). Yine maalesef, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi üzerine yürütülen çalışmalarda kişilik bozukluğu değerlendirmeleri üzerinde durulmadığı dikkat çekmektedir (Çelik vd., 2011; Ünlü, Aksoy ve Ersan, 2014).

Ergenlerde kişilik bozukluğunun yaygınlığına dair çalışmalar değerlendirilmeye devam edildiğinde ise uluslararası literatürde karşımıza yine sınırlı sayıda olmakla birlikte daha fazla sayıda çalışma çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, ağırlıklı olarak klinik örneklemde; çeşitli değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır ve farklı yaygınlık oranları sunmaktadır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının en az yetişkinlikte olduğu kadar yaygın olduğu görülmektedir. Kişilik bozukluklarının yetişkin nüfusta %13 civarında bir yaygınlığı mevcuttur ve özellikle ayakta tedavi olan yetişkin örneklemde oranlar %40' a kadar çıkarken yatan hasta örneklemde %71 gibi çok önemli oranlar mevcuttur (Korsgaard, 2017). Kişilik bozuklukları, ergenlik döneminde de yetişkinlerde olduğu gibi yaygındır (Shiner, 2009). Araştırmalar, klinik bir ortamda ergenlerin yaklaşık yarısının bir kişilik bozukluğundan muzdarip olduklarını göstermektedir (Feenstra vd, 2011:842-850). Ergenlerde kişilik bozukluğunun genel yaygınlıkları değerlendirildiğinde ise çalışmalar %6-17 aralığını işaret etmektedir; yatan hastalarda

ve daha şiddetli bir şekilde rahatsız olan hastalarda %41-88 aralığını belirleyen çalışmalar mevcuttur (Korsgaard, 2017).

Yürütülen çalışmayla uyumlu şekilde ilk olarak toplum tabanlı ergenler örnekleminde çalışmalar değerlendirildiğinde; DSM-III-R kişilik bozukluklarının stabilitesini, geçerliliğini ve yaygınlığını ölçme amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada; rastgele seçilmiş 9-19 yaş arası 976 ergen iki yıl boyunca gözlemlenmiş ve takip edilmiştir. Ergenlerle ve anneleriyle yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda ergenlerin kendini değerlendirmelerine yönelik envanterler kullanılmıştır. İki ciddiyet seviyesini içermek üzere teşhis koymak adına Eksen 2 hastalıkları için algoritmalar geliştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre en az herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı için %31'lik bir yaygınlık oranı belirlenmiştir ve en yaygın narsisistik kişilik bozukluğu olmak üzere sadece %17' sinde ciddi bir kişilik bozukluğu mevcuttur. Kişilik bozukluğunun erkeklerde 12, kızlarda 13 yaşında zirve yaptığı; daha sonrasında ise düşüşe geçtiği belirlenmiştir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun en yaygın hafif grup olduğu görülmüştür. Şizotipal kişilik bozukluğunun ise en az görülen Eksen 2 bozukluğu olduğu saptanmıştır. Narsisistik kişilik bozukluğu ise en yaygın ciddi grup olarak belirlenmiştir. Uzun süreli takip ile çoğu Eksen 2 hastalıklarının iki yıl süresince devam etmemesine rağmen bu rahatsızlıklara sahip olduğu belirlenen katılımcıların bir teşhis almak için yükselen bir riskle devam ettiği ortaya konulmuştur. Sonuçlar göstermiştir ki ergenlerin önemli bir bölümü DSM-III R kişilik bozukluğu teşhisi için kalifiyedir. Bu teşhisler; artmış psikolojik stres ve fonksiyonel bozulma riski ile ilişkilendirilmektedir (Bernstein vd., 1993).

Bir başka araştırmada ise farklı olarak toplum örnekleminde ergen nüfusta KB sıklığının düşük olduğu tespit etmiştir. Katılımcılar arasında %1.7 gibi bir sıklık belirlenirken başka bir piskiyatrik öyküsü olan katılımcılar arasında %3.8 oranı tespit edilmiştir. Bununla birlikte çocukluk ve ergenlikte bazı Eksen I tanı kategorilerinin (majör depresyon, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, madde kullanım bozuklukları) oluşması yüksek KB boyutlu skorlarla ilişkilendirilmiştir. KB oranları düşük olsa da, bulgular genç erişkinlik döneminde erken başlangıçlı Eksen I bozuklukları ile Eksen II psikopatolojisi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. KB'lerin erken belirtilerini ele alan değerlendirme ve tedavi önerileri geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır

(Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Klein, 1997). Bu çalışmada göreceli olarak düşük prevalans tahminleri muhtemelen, gençlerde bile 5 yıl boyunca KB özelliklerinin bulunmasını gerektiren değerlendirmelere sahip Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (IPDE) kullanılmasının sonucudur (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32).

Uzunlamasına verilere dayanarak toplumda kişilik bozukluğunun kümülatif yaygınlığını araştıran bir başka çalışmada, psikiyatrik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, 1983'te 568 kişi (ortalama yaş 14), 1985-1986 (ortalama yaş 16), 1991-1993 (ortalama yaş 22) ve 2001-2004'te (ortalama yaş 33) bölgesel temsili toplum temelli bir örneklemede uygulanmıştır. DSM-IV'e göre KB'nin nokta prevalansı, dört tanısal değerlendirmede %12.7 ile %14.6 arasında değişmiştir. Kişilik bozukluklarının 14 yaşta %14.6; 16 yaşta %12.7; 22 yaşta %13.9 ve 33 yaşta %12.7 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. KB' nin kümülatif prevalansı, takip değerlendirmelerinin her birinde artmıştır. Sonuçlar; ergenlik ve yetişkinlik dönemi boyunca yapılan bir dizi görüşmeye dayanan kümülatif prevalansın, tek bir değerlendirme görüşmesine dayanarak gerçekleştirilen mevcut KB'nin nokta yaygınlığından önemli ölçüde daha yüksek olabileceğini düşündürmüştür (Johnson vd., 2008). KB özellikleri ergenlik döneminde ve erken erişkinlik döneminde prevalansta düzenli olarak azalma eğiliminde olduğunu ve KB'li ergenler genellikle genç yetişkinler olarak yüksek KB özelliklerine sahip olduğunu, KB özelliklerinin stabilitesinin ergenlik döneminde ve erken yetişkinlik döneminde benzer görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Johnson vd., 2000b).

Klinik olmayan bir lise öğrencisi örnekleminde borderline kişilik bozukluğu ve diğer kişilik bozukluklarının komorbiditesini inceleyen bir çalışmada, CES-Depresyon (CES-D) Ölçeği'nin Fransızca versiyonunu tamamlayan 311 lise öğrencisinden, kişilik işleyişini değerlendiren görüşmelere katılmaları istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 60 katılımcının ortalama CES-D skoru (16 erkek, 44 kız, ortalama yaş = 17.7), tüm örneklemin ortalama skorundan anlamlı olarak daha yüksek çıkmış, bu nedenle görüşülen örnek lise öğrenci nüfusunun temsilcisi olmaktan ziyade klinik bir örneklemini temsil etmiştir. Bu katılımcıların 16'sı (%26,7, 4 erkek, 12 kadın) DSM-IV kriterlerine göre borderline kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Ve bu tanıyı alan grupta diğer çoğu kişilik bozukluğunun eş tanısı oldukça yüksek bulunmuştur (Chabrol vd., 2002).

Çinli ergenler arasında BKB'yi inceleyen hiçbir araştırma yoktur çünkü Çin Ruhsal Bozuklukları Sınıflandırması-III, BKB'yi geçerli bir tanı kategorisi olarak ele almamaktadır. Hong Kong'daki ergenler arasında BKB'nin yapı geçerliğini ve yaygınlığını araştırmayı amaçlayan farklı bir çalışmada toplam 4.110 lise öğrencisi katılımcı olmuştur. Araştırma sonucunda yaygınlık %2 olarak belirlenmiştir. Bulgular, BKB 'nin Çinli ergenler arasında geçerli bir klinik tanı olduğunu desteklemektedir (Leung ve Leung, 2009). Farklı bir çalışma ise 16-18 yaş arası ergenlerde borderline kişilik belirtilerinin prevalansını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bu kesitsel-tanımlayıcı çalışmada, 16-18 yaş arası 422 lise öğrencisi (211 erkek, 211 kız) 2011-2012 döneminde rastgele örnekleme yöntemiyle katılımcı olmuştur. Katılımcılar, tanısız görüşme için değerlendirilmiştir ve demografik form ile Borderline Kişilik Tanı Görüşmesi (The Revised Diagnostic Interview for Borderlines -DIB-R) uygulanmıştır. Katılımcıların %0,9'u (16 yaş grubunun %0,22'si, 17 yaş grubunun %0,45'i ve 18 yaş grubunun %0,22'si) borderline kişilik belirtileri tanısı almıştır. Ayrıca, erkeklerde borderline kişilik semptomlarının prevalansı toplam örneklemin %0,45'i ve kadınlarda da benzer şekilde toplam örneklemin %0,45'idir. Demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, konum, ebeveynlerin mesleği, ebeveynlerin akrabalıkları, ebeveynlerin eğitimi ve doğum sırası) ve borderline kişilik belirtileri arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, yalnızca ebeveynlerin akrabalıkları sınırda kişilik belirtileriyle zayıf bir korelasyon göstermiştir (Mohammadi, Shamohammadi ve Salmanian, 2014:147). B kümesi kişilik bozuklukları ergenlerde yetişkinlerden daha fazladır (Shiner, 2014). Farklı yaygınlık oranlarının kültürün psikopatoloji üzerindeki etkisine dikkat çekebileceği düşünülmektedir.

C kümesi kişilik bozukluğu özelliklerinin yaygınlığının ergenlerde yeterince incelenmediği bilinmektedir. C kümesinin toplum örnekleminde ergenlerde yaygınlığını analiz etmek amacıyla gerçekleştiren bir araştırmada, yaş ortalaması 15.92 olan 1443 katılımcı (%48.2 erkek) ile gerçekleştirilmiştir. Ayrıca cinsiyet ve yaşın boyutsal yapısı ve etkisi de incelenmiştir. Kişilik Tanı Sorgulaması-4 (Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-4)'ün Küme C alt ölçekleri kullanılmıştır. PDQ-4, görüşmeciye hangi kişilik bozukluklarının/ olasılıklarının mevcut olduğu hakkında hızlı bilgi sağlayan kısa bir tespit anketidir. Sonuçlarda, ergenlerde “endişeli” veya “engellenmiş” kişilik özelliklerinin yaygın olduğu görülmüştür. PDQ-4+ 'nın kesme değerleri olarak, örneklemin %28.3'ü C kümesinin

en az bir uyumsuz kişilik modelini göstermektedir. Örneklemin % 10.9 (n = 158) gibi bir bölümü Kaçingan alt ölçeğinin 4 ya da daha fazla maddesini pozitif olarak puanlanırken, %3.1'i (n = 45) Bağımlı alt ölçeğinin 5 ya da daha fazla maddesini olumlu puanlamıştır. Obsesif-Kompulsif alt ölçeğinde alınan puanlar ise katılımcıların %22,2'si (n = 321) ile en yaygın tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. Çekingen Kişilik alt ölçeğindeki ortalama puanlarda cinsiyete (kadınlarda daha fazla) ve Bağımlı Kişilik alt ölçeğinde ise yaşlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (Pedrero vd., 2013). Görüldüğü üzere ergenlik döneminde kişilik bozuklukları hâlihazırda yaygındır, orta derecede stabildir ve bozulabilmektedir (Shiner, 2009). İster kişilik bozukluğu, ister özellikleri, ister de öncülleri denilsin; tüm bunların yetişkinlerde olduğu gibi yaygın olduğu açıktır. İster istikrarlı, ister değişme eğiliminde olsun; tüm bu göstergelerin bugün ve geleceği yordama açısından çok önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Ergenlerle yürütülen klinik örnekleme sahip çalışmalar değerlendirildiğinde ise ilk olarak 1986-1990 yılları arasında Yale Psikiyatri Enstitüsü'nde yatan 142 hasta ergen örneğinin %61'inin kişilik bozukluğu tanısı için yapılandırılmış bir görüşme ve Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) gibi ölçütler ile başta BKB olmak üzere en az bir kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğunun en sık (N = 71), şizoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarının ise en az görüldüğü (her biri N = 2) belirlenmiştir. Kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması, demografik değişkenlerde farklılık göstermemiştir (Levy vd., 1999). Bir başka çalışmada, ergen ve genç yetişkin psikiyatri hastalarında DSM-III-R kişilik bozukluğu sıklığını incelenmiştir. Yapılandırılmış tanısız görüşmeler ile 255 hasta (138 ergen ve 117 genç yetişkin) üzerinde değerlendirme yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre ergenler ve genç yetişkinlerde kişilik bozukluklarının çoğu benzer sıklıkta teşhis edilmiştir. Ergenlerde herhangi bir kişilik bozukluğunun yaygınlığı %64 gibi yüksek bir oranla temsil edilirken A kümesi % 12, B kümesi % 51 ve C kümesi ise % 28 oranlarıyla görülmektedir. Ergenlerde her bir türün yaygınlığı incelendiğinde ise Paranoid %6, Şizoid %1, Şizotipal %6, Borderline %49, Histironik %7, Narsisistik %4, Kaçingan %7, Bağımlı %5, Obsesif Kompulsif %3, Pasif Agresif %20 ve tanımlanmayan KB %20 oranında belirlenmiştir. Ergenlerde yetişkinlere kıyasla pasif agresif kişilik bozukluğunun daha yüksek, bağımlı kişilik bozukluğunun ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucu, ergenlerde görülen tablonun

yetişkin kişilik bozukluklarının geçerli formları olduğunu göstermektedir (Grilo vd., 1998). Başka bir çalışmada, tedavi gören ergenlerin %75,3'ünün kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayabildiği görülmüştür: Bu oran küme A %36,8, küme B %54.4 ve küme C %41.2 şeklinde bir dağılım göstermektedir (Westen, Shedler, Durett, Glass ve Martens, 2003: 956).

Daha yeni bir çalışmada ise Hollanda'da özel bir ruh sağlığı ortamına başvuran 257 ergende, hem Eksen I hem de Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış tanı görüşmeleri kullanılmıştır. Bu çalışmada, ergenlerin %40,5'ine en az bir kişilik bozukluğu tanısı konulabilmiştir. Bir Eksen II bozukluğu varlığında, farklı yaş grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bununla birlikte, kızların Eksen II bozukluğu için ölçütleri erkeklerden daha sık karşıladığı tespit edilmiştir. En sık görülen kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğudur. Bunu, çekingen kişilik bozukluğu ve başka türlü tanımlanmamış kişilik bozukluğu izlemiştir. Yanı sıra en az bir kişilik bozukluğu olan ergenlerin çoğunun (%78,9) bir veya daha fazla Eksen I bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür. Bu eşzamanlılığın ergen grubundaki psikopatolojinin karmaşıklığına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, ruh sağlığı bölümüne yönlendirilen ergenlerin neredeyse yarısı kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır. Bu sonuçlar, ergenlerde kişilik bozukluklarının diğer yaygınlık araştırmalarında bildirilen oranlarına oldukça benzerdir (Feenstra, Busschbach, Verheul ve Hutsebaut, 2011).

Kliniğe yönlendirilen ve ayakta tedavi gören ergenlerde kişilik bozukluklarının yaygınlığının, eş zamanlılığının ve yaşam kalitesinin enlemesine ele alan bir başka çalışma ise 14-17 yaş aralığındaki 153 (94 kız 59 erkek) ergeni içermektedir. DSM IV'e göre yapılandırılmış görüşme kullanılmış ve kişilik bozuklukları değerlendirilmiştir. Ergenlerin %21 gibi bir oranının en azından bir kişilik bozukluğu için teşhis kriterlerinin tamamını sağladığı belirlenmiştir ve kızlarda daha fazla görülmektedir. En sık görülen kişilik bozukluğu depresif kişilik bozukluğu (N = 10,%6,5), ardından çekingen (N = 9,%5,9), border (N = 8,%5.2), obsesif-kompulsif (N = 6, 3.9), antisosyal (N = 5,% 3.3) ve histriyonik (N = 5,%3.3) kişilik bozuklukları şeklinde sıralanmıştır. Kişilik bozukluklarının her biri için anlamlı bir cinsiyet farkı bulunamamıştır. Bununla birlikte, cinsiyet ve belirti şiddeti ile ilgili anlamlılık eğilimi mevcuttur: erkeklerin sekizinde ve kızların 25'inde (N = 33,%21.6) en az bir kişilik bozukluğu; kızların onunda (N = 11,%7.2) birden fazla kişilik bozukluğu mevcuttur.

Kişilik bozukluğu kriterleri sayısı ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Korsgaard, 2017).

Yeme bozuklukları olan ergenlerde kategorik ve boyutsal kişilik bozukluklarının yaygınlığını ve şiddetini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırma ise yeme bozukluğu olan 100 kız ergenle uygulanmıştır. Örneklem %33 'ünün en az bir kişilik bozukluğu kriterini karşıladığı belirlenmiştir. Bu oranının büyük bir bölümünün basit bir kişilik bozukluğu olduğu görülmüştür. Anoreksiya Nevroza (AN) grubunda, kişilik bozukluklarının görülme oranının %64 olduğu saptanmıştır. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısı olan katılımcılarda ise kişilik bozuklukları oranı %25 olarak belirlenmiştir. En yüksek boyutsal skorlar Blumiya Nevroza grubunda Borderline ve Histrionik KB'de gözlemlenmiştir. Diğer yeme bozukluklarına kıyasla daha yüksek skorlar da Anoreksiya Nevroza grubunda Obsesif Kompulsif Kişilik Bozuklukları olarak belirlenmiştir. Tüm yeme bozukluklarını beraber değerlendirdiğimizde ise daha yüksek oranla B grubu kişilik bozuklukları ön plana çıkmaktadır. Yani özellikle Blumiya olmak üzere yeme bozukluğu olan ergen kız hastaların eş zamanlı bir KB gösterme riskinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Neri vd., 2013).

Benzer bir klinik örnekleme bir başka araştırmada ise yaşları 16-18 yaş arasında değişen Anoreksiya Nevroza (AN) tanısı olan 89 kadın ve yaşları eşleşmiş 71 sağlıklı kadın katılımcı DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme kullanılarak Eksen 2 kişilik bozuklukları için değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre genel olarak, kontrol katılımcılarının %4.2' sine kıyasla AN polikliniklerinin %24.8'inde bir veya daha fazla KB belirlenmiştir. AN polikliniklerinde en sık saptanan KB'ler, borderline ve obsesif-kompulsif olarak belirlenmiş ve değişik tipleri değişik KB çeşitleri ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca KB'li AN ayaktan hastalarında daha erken yaşta AN başlangıç yaşı vardır. Sonuç olarak yetişkinlerde bulunanlara benzer şekilde ergenlerde AN ve KB'ler arasında ilişki bulunmuştur. Bir KB'nin varlığı daha büyük bir AN şiddeti ile ilişkilidir. Ergen AN hastalarında KB değerlendirmesinin daha doğru tanı ve daha iyi tedavi planlamasına izin verebileceği görüşü üzerinde durulmaktadır (Gaudio ve Di Cionno, 2011:769).

Ergenlikte Borderline kişilik bozukluğu profillerini belirleme amacı taşıyan yeni bir çalışmada ise çoklu değerlendirme ile 823 ergenin %14.2'sinde (n = 117) 2/3 kız (n =

79) ve 1/3 erkek (n = 38) (yaş: 15 ½ yaşında) BKB belirlenmiştir. BKB prevalansı %9.0' dur. Küme analizi, üç farklı klinik profil tanımlamaktadır: 1) şiddetli semptomatoloji, intrapsişik belirtiler ve ilişkisel inhibisyon ile sınırda kişilik bozukluğu (% 17.1); 2) daha az şiddetli semptomlar ve daha az dürtüsellik ile ergenlikte borderline krizi (% 35); 3) değişken ifade edici borderline bozukluğu (%47,9) (Auffret, Lenoir, Gauvreau ve Brunault, 2017).

Eksen I psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerde kişilik bozukluğu sıklığını ve stigma etkisinin rolünü incelemek amacıyla psikiyatrik bozukluğu olan 100 hasta (15-17 yaş aralığı, %70'i kadın), bir ruh sağlığı kamu merkezinde kişilik bozuklukları için değerlendirilmiştir. Klinisyenler tarafından tespit edilen KB prevalansının (%12), yarı yapılandırılmış görüşme ile tespit edilen prevalanstan (%34-37) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu örnekte klinisyenler tarafından tespit edilen olguların çoğu, başka türlü tanımlanmayan kişilik bozuklukları (KB) ile ilgilidir, yarı yapılandırılmış görüşmelerin uygulanmasıyla örneklemin çoğu B kümesi KB için kriterleri karşılamıştır. Ek olarak, örneklemin %11'i kategorik olarak tam bir KB kriterlerine uymadan boyutsal patolojik özelliklere (muhtemel KB) sahiptir. Sonuç olarak klinik ortamlarda, psikopatolojisi olan ergenlerin önemli bir kısmının KB için özellikler taşıdığı anlaşılmaktadır ve bu noktada stigmanın etkisi ile ilgili hususlar tartışılmaktadır (Magallón-Neri, Santacana ve Canalda, 2013).

İlişkili olarak, psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerde kişilik bozukluklarının tanımlanma yöntemlerinin karşılaştırılmasını amaçlayan bir çalışmada sonuçlar ilgi çekicidir. Klinik bozukluğu olan 120 İspanyol ergenden oluşan bir örnek Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (IPDE) görüşmesi, Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi Tarama Anketleri (International Personality Disorder Examination (IPDE) Screening Questionnaire IPDE-SQ) ve ayrıca Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI) kullanılarak KB riskini tanımlamak için değerlendirilmiştir. IPDE-SQ, örneklemin %92-97'si civarında bir KB riski tanımlamışken daha sıkı kesme noktaları ile %61,7, TCI %20 oranında bir KB riski gösterirken, IPDE klinik görüşmesi tarafından belirlenen KB prevalansı %36-38 civarındadır. IPDE, IPDE-SQ ve TCI arasındaki farklar önemli miktardadır ve bu ölçme araçları arasında düşük bir anlaşma sağlandığını söylemek mümkündür. Klinik görüşme ile ilgili olarak KB'nin tanımlanmasında öz bildirim araçlarının arasındaki

büyük fark, bu araçların psikiyatrik bozukluğu olan ergenlerdeki klinik ortamlarda kullanımı ile ilgili birkaç soru ortaya çıkarmaktadır (Magollon-Neri, vd., 2014:683).

Tam da bu noktada şema terapisinde, kişilik bozukluklarının özünü tanımlamak için bahsi geçtiği üzere erken dönem uyumsuzluk şemaları önerilmiştir. Hem kişilik bozuklukları olgusunu kavramsallaştırmada hem de değişim stratejilerini uygulamada bu şemalar önem kazanmaktadır. Kişilik bozukluğuna dair sınıflandırma sistemlerinde mevcut olan yaklaşımın yetişkinlerin yanı sıra özellikle çocuklar ve ergenler açısından sıkıntılı olduğu açıktır. Yetişkin kişilik bozukluklarının tedavisinde en sık yorumlanan ve çalışılan yaklaşımlardan biri, erken dönem uyumsuz şemalarının rolünü dikkate alan Young şema terapisidir ve bu çerçevede kişiliğin gelişimini şekillendiren mekanizmalar hakkında ergenlik döneminde kişilik bozukluğunun gelişimini değerlendirmek işlevsel görülmektedir (Lenkiewicz, Srebnicki ve Bryńska, 2016). Makinson (2012)'nin ergenlerde erken dönem uyumsuz şemalar ve psikopatoloji ilişkisine dair gerçekleştirdiği derlemesinde son yıllarda bu konuları kapsayan çalışmalarda (Calvete, 2008; Cooper vd., 2005; Dozois vd., 2012; Gökçe vd., 2017; Muris, 2006; Richardson, 2007 vb.) artış olduğu ancak ergenlerde kişilik bozukluğu patolojisi üzerine odaklanan sadece bir çalışma olduğu görülmektedir (Lawrence, Allen ve Chanen, 2011).

İlk olarak; ergenlerde kişilik bozukluğu ve erken dönem uyumsuz şemaları birleştirmesi noktasında ulaşılabilen tek çalışma olması hasebiyle Lawrence, Allen ve Chanen (2011)' in çalışması incelenecektir. 15-24 yaş grubunda 30 borderline kişilik bozukluğu tanısı almış hasta ile 28 kişilik kontrol grubundan oluşan, BKB'de rol oynayan hususi şemaları araştıran deneysel bir çalışmada 'terk edilme', 'istismar' şemaları ile 'ayrılma/reddedilme' şema alanındaki erken dönem uyumsuz şemaların BKB'li grupta en dikkat çeken şemalar olduğu görülmüştür. Bununla beraber BKB'li katılımcıların 'iç içe geçme', 'kendini feda', 'katı standartlar' ve 'hak görme/yetkinlik' şemaları hariç diğer pek çok şemada da kayda değer derecede yüksek puanlar aldıkları ortaya konmuştur. Bununla beraber, her bir BKB'li vakada çok çeşitli, farklı şemaların ön plana çıkabildiği görülmüş; dolayısıyla DSM'deki BKB tanı kriterleri ile belirli şemalar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürden farklı olarak bu çalışmada 'bozulmuş otonomi ve performans' şema alanındaki şemalar diğer şema alanlarındaki şemalara göre daha fazla ön plana çıkmamıştır. Ayrıca bu çalışmada BKB tanısı almış gençlerdeki şemaların Young ve diğer bazı araştırmacıların

öngördükleri şekilde olmadığı vurgulanmıştır. Yani bu araştırmada BKB'li gençlerde pek çok şemanın ön plana çıkabildiği, bunun vakadan vakaya değişebildiği; dolayısıyla belirli şemalar ile BKB arasında net bağlar kurulamayacağı vurgulanmıştır (Lawrence, Allen ve Chanen, 2011: 33-34). Ergenlerde modlarla ilgili yapılan bir çalışmada ise borderline kişilik bozukluğu olan 42 ergen hastada, fonksiyonel olmayan şema modları ile BKB arasındaki ilişki deneysel olarak değerlendirilmiştir ve modların bir bölümü, varyansın %58'ini açıklamıştır. Bununla birlikte ayrışmayı kesin olarak öngören şema modları belirlenerek BKB'li ergenlerin tedavisinde anahtar terapötik hedeflerin ayrılma ve dürtüsellik olduğu vurgulanmıştır (Barazandeh, Kissane, Saeedi ve Gordon, 2018:1).

Ergenlerin antisosyal davranışlarının belirleyicisi olarak Haklılık/Büyüklenmecilik şemasının rolünün değerlendirildiği bir çalışmada 14-18 yaşlarındaki 974 İspanyol klinik olmayan ergen örneklem, okul yılının başında ve 6 ay sonra takipte değerlendirilmiştir. Sonuçlar, Haklılık/Büyüklenmecilik şemasının gerekçelendirilmesinin, 6 ay sonra hem saldırgan hem de suçlu davranışı öngördüğünü göstermiştir. Genel olarak, bu şemanın antisosyal davranışlardaki etkisi erkekler ve kızlar için çok benzer bulunmuştur. Bununla birlikte, erkeklerde suçlu davranış oranlarının kızlardan daha yüksek olduğu ve bu farkın kısmen erkeklerin Haklılık/Büyüklenmecilik şemasındaki yüksek puanlarından kaynaklandığı gösterilmiştir. Haklılık/ Büyüklenmecilik ile kendiliğinden bildirilen saldırgan davranış arasında bir ilişki bulunmuştur (Calvete, 2008).

Yetişkin örnekleme geçildiğinde ise yürütülen araştırmaya benzer şekilde klinik olmayan 804 kişilik büyük bir örneklemde kişilik bozukluğu semptomları ile erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisini inceleyen bir çalışmada, şemaların KB varyansının %4 ila %13 arasında değişen bir oranını açıkladığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda ek olarak paranoid KB ile Güvensizlik ve Kötüye Kullanma arasında pozitif, Sosyal İzolasyon arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir. Şizoid KB ise Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur. A kümesi için son olarak Şizotipal KB ve Sosyal İzolasyon şema alanı arasında ilişki saptanmıştır. Antisosyal KB için Yetersiz Özdenetim ile pozitif, Sosyal İzolasyon ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Borderline KB için Terk Edilme ve Tutarsızlık, Sosyal İzolasyon ve negatif yönde Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik açıklayıcı olmuştur. Histriyonik KB için ise Duygusal Bastırma erken dönem uyumsuz şeması negatif yönde açıklayıcı

rol oynamıştır. Narsisistik KB'de Haklılık/ Büyüklenmecilik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma etkili gözükmektedir. Çekingen KB ise Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile pozitif yönde ilişkiliyken Haklılık/ Büyüklenmecilik ile negatif yönlü ilişkili bulunmuştur. Bağımlı KB için Terk Edilme ve Tutarsızlık erken dönem uyumsuz şeması açıklayıcı bulunmuştur. Obsesif Kompulsif KB için ise Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik şeması açıklayıcı bulunmuştur (Reeves ve Taylor, 2007).

Benzer şekilde bir diğer çalışma, klinik olmayan 178 kişilik yetişkin bir örneklemede erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu semptomları arasındaki genel ve özel ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Elde edilen sonuçlar, şemaların çeşitli değişkenler kontrol edildikten sonra KB skorlarındaki varyansın %14.4 ile %31.2'sini açıkladığını göstermiştir. Paranoid KB ile Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şema alanı ile pozitif ve Sosyal İzolasyon şema alanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şizoid KB ise Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur. Şizotipal KB; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık tarafından açıklanabilir görülmektedir. Narsisistik KB için ise Kendini Feda Etme, Kusur ve Utanç ile negatif; Haklılık/ Büyüklenmecilik ile pozitif yönde anlamlı veya anlamlıya yakın ilişkili bulunmuştur. Histriyonik KB'de ise Terk Edilme ve Tutarsızlık ile pozitif; Duygusal Baskılama, Sosyal İzolasyon, Haklılık/Büyüklenmecilik ile negatif anlamlı veya anlamlıya yakın ilişki bulunmuştur. Çekingen KB ise Haklılık/Büyüklenmecilik şeması ile önemli ölçüde negatif ilişki göstermiştir. Bağımlı KB, Terk Edilme ve Tutarsızlık ile obsesif kompulsif KB, Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur. Bunların yanında anlamlılığa yaklaşan bazı yordayıcılar da belirlenmiştir. Görüldüğü üzere bu araştırmada erken dönem uyumsuz şemaların borderline ve antisosyal KB'ler dışındaki tüm KB semptomlarını anlamlı şekilde öngördüğü belirlenmiştir (Carr ve Francis, 2010b).

Yine tüm kişilik bozukluklarına odaklanan fakat klinik bir örnekleme sahip olduğu görülen çalışmalardan biri, Norveç'te gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma; erken dönem uyumsuzluk şemaları, semptomatik sıkıntı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi 82 yetişkin katılımcıyla incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre; eksen-1 ve eksen-2 bozuklukları arasındaki erken dönem uyumsuz şemalar ortalama puanlarındaki farklar, on iki erken dönem uyumsuz şema için açıktır. Bu bulgu; şemaların en az 12'sinin, bir

kişilik bozukluğunun geçerli bir yönü olarak kabul edilebileceğini göstermektedir. Ayrıca Duygusal Yoksunluk, Haklılık/Büyüklenmecilik, Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik hariç tüm şemaların semptomatik problemler ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. İlk olarak antisosyal, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu özellikleri erken dönem uyumsuz şemaların hiçbirisiyle ilişkilendirilmemiştir. Paronoid KB; en az Bağımlılık/Yetersizlik olmak en fazla Güvensizlik ve Kötüye Kullanma olmak üzere Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme ve Tutarsızlık, Sosyal İzolasyon, Kusurluluk ve Utanç, Başarısızlık, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık erken dönem uyumsuz şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Histrionik KB ise Haklılık/Büyüklenmecilik ile ilişkili bulunmuştur. Narsistik KB en yüksek Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık olmak üzere Duyguları Bastırma ve Yetersiz Özdenetim ile ilişkili bulunmuştur. Borderline KB en yüksek Terk Edilme ve Tutarsızlık olmak üzere sırasıyla Kusurluluk ve Utanç, Sosyal İzolasyon, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık, Duygusal Yoksunluk, Bağımlılık/ Yetersizlik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Çekingen KB'nin ise en çok Sosyal İzolasyon olmak üzere Başarısızlık, Boyun Eğicilik, Duygusal Ketleme, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şemaları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bağımlı KB'de ise en başta Boyun Eğicilik olmak üzere sırasıyla Sosyal İzolasyon, Terk Edilme ve Tutarsızlık, Kusurluluk ve Utanç, Bağımlılık/ Yetersizlik, Kendini Feda, Kusurluluk ve Utanç, Başarısızlık ve son olarak Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak obsesif kompulsif KB'nin ise Duyguları Bastırma başta olmak üzere sırasıyla Yetersiz Özdenetim, Haklılık/Büyüklenmecilik, Sosyal İzolasyon, Kusurluluk ve Utanç şemaları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda ilk olarak erken dönem uyumsuz şemaların şiddeti ile semptomatik sıkıntı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur fakat bunun aksine istisnalar dışında semptomatik sıkıntı ve kişilik özellikleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. İkincisi, birkaç istisna dışında kişilik bozukluğu teşhisi konan hastalar için erken dönem uyumsuz şemaların ciddiyeti, kişilik tanısı olmayan hastalarla karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar göstermiştir. Üçüncüsü, tüm spesifik erken dönem uyumsuz şemalarda yapılan değişikliklerin genel semptomatik sıkıntındaki rahatlamayı öngördüğü saptanmıştır (Nordahl, Holthe ve Haugum, 2005).

Literatürde erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu ilişkilerini inceleyen çalışmaların ağırlıklı olarak borderline KB'ye odaklandığı ve bunu antisosyal KB ile

çekingen KB'nin izlediği görülmektedir. Örneğin şizoid KB türüne odaklanan sadece bir çalışmaya ulaşılabilmişken bazı KB türlerine odaklanan çalışmalara ise ulaşılamamıştır. Türkiye'de ise yetişkin örneklem ile Antisosyal KB ve Narsisistik KB'ye odaklanan sadece iki çalışma tespit edilebilmiştir. Şema yaklaşımının KB tedavisinde önde gelen bir yaklaşım olmasına rağmen bazı KB türlerine odaklanan çalışmaların bu denli kısıtlı olması ilginçtir. İlerleyen paragraflarda bu sınırlı çeşitlilik sunulmaya çalışılmıştır.

Şema alanlarının özgüllüğünü borderline KB, obsesif-kompulsif KB ve çekingen KB olmak üzere üç kişilik bozukluğu grubunda incelemeyi ve böylece bu KB'leri daha doğru tanımlamayı amaçlayan bir başka çalışmada örneklem, KB tanısı konulan ve 48 yetişkin klinik katılımcıdan oluşmuştur. BKB grubunda özellikle Bağımlılık/Yetersizlik, Kusurluluk/Utanç ve Terk Edilme ve Tutarsızlık üzerine yüksek puanlar bulunmuştur. OKKB ise Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik ile ilişkilendirilmiştir. ÇKB ise Kusurluluk/Utanç, Terk Edilme ve Tutarsızlık, Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca bu çalışma, farklı KB'ler arasında farklı şema modelleri olduğunu ve Şema Anketinin bu KB'ler arasında ayırım yapmak için potansiyel olarak yararlı olduğunu göstermektedir (Jovev ve Jackson, 2004). Sağlıklı insanlarla şizoid kişilik bozukluğu olan genç erişkinlerde erken uyumsuzluk şemaları ve bilişsel çarpıtmaları değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada ise 40 hasta ve 40 rastgele seçilen sağlıklı birey örneklemini oluşturmuştur. Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Duygusal Yoksunluk, Kusur ve Utanç, Sosyal İzolasyon, Başarısızlık, Haklılık ve Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim; Kendini Feda Etme, Duygusal Bastırma gibi erken dönem uyumsuz şemalarında, iki grup arasında önemli farklar bulunmuştur (Nasiri, Fazel ve Mirjafari, 2016).

Büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik kişilik özellikleri, algılanan ebeveynlik biçimleri ve erken dönem uyumsuz şemalar arasındaki ilişkileri inceleyen bir araştırmada ise klinik olmayan örneklem 460 üniversite öğrencisinden oluşmuştur. Veri toplamak amacıyla Young Ebeveynlik Ölçeği (YEBÖ), Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3), Narsistik Kişilik Envanteri (NKE) ve Kırılğan Narsisizm Ölçeği (KNÖ) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, anne ve babaya ilişkin algılanan ebeveynlik biçimleri ile büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik kişilik özellikleri arasındaki ilişkide zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar ve yüksek standartlar, başkalarına

yönelimlilik gibi farklı erken dönem uyumsuz şema alanlarının aracı rol oynadığı görülmüştür (Üzümcü, 2016).

Antisosyal KB'deki uyumsuz bilişler teorisini takiben, bazı yazarlar erken dönem uyumsuz şemalar ile saldırganlık özelliğinin ilişkisini incelemiştir ve Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Duyguları Bastırma, Haklılık/ Büyüklenmecilik ve Yetersiz Özdenetim gibi agresif antisosyal davranışlarla ilgili olabilecek özel şemaları önermişlerdir. Ve erken dönem uyumsuz şemalar ile saldırganlık özelliğinin ilişkisini incelemek amacıyla Saldırganlık Anketi ve Young Şema Anketi Kısa Form kullanılmıştır. Veriler çevrimiçi şekilde yaş ortalaması 18.5 olan 848 katılımcı ile toplanmıştır. Cinsiyet ve depresif belirtileri kontrol ettikten sonra saldırganlık özelliği ile en güçlü ve benzersiz bir şekilde ilişkili olan şemalar; Güvensizlik, Haklılık/ Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim şeklinde belirlenmiştir (Tremblay ve Dozois, 2009). Askerlik görevi sırasında madde kötüye kullanımı tedavisi alan antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı almış 38 asker ile herhangi bir tanısı olmayan 24 sağlıklı askerin kıyaslandığı bir başka çalışmada ise her iki grup, erken dönem uyumsuz şemaları açısından kıyaslanmıştır. Neticede ASKB'li bireylerin kontrol grubuna göre Duygusal Yoksunluk, Haklılık/Büyüklenmecilik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık ve Sosyal İzolasyon isimli şemalarda hem kayda değer hem de klinik olarak anlamlı yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Yanı sıra, Bağımlılık/ Yetersizlik, Kusurluluk ve Utanç, Duyguları Bastırma, Başarısızlık ve Boyun Eğme şemalarında da ASKB'li deneklerin kontrol grubuna kıyasla önemli derecede yüksek puanlar elde ettikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmada, deney grubundaki ASKB'li bireylerin kontrol grubundaki sağlıklı kişilere göre anlamlı derecede daha az eğitilmiş oldukları gözlemlenmiştir (Özdel vd., 2015: 309-312).

Diğer KB gruplarına göre oldukça zengin olan BKB'ye odaklanan çalışmalara geçildiğinde ise ilk olarak BKB ile diğer tanıları ayırt etmeyi amaçlayan çalışmalara yer verilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluğun ilişkili mi yoksa farklı mı olarak değerlendirileceği konusundan yola çıkarak BKB hastalarını, bipolar hastalarını ve kontrolleri çeşitli afektif mizaçlar ve erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırarak 2 bozukluk arasındaki benzerlik ve farklılıkların daha iyi anlaşılmasını amaçlayan bir çalışmada; örneklem 85 katılımcıdan oluşmuştur. Borderline KB olan hastalar, Bipolar hastalar ve kontroller ile karşılaştırıldığında

erken dönem uyumsuz şemalar ve afektif mizaçların çoğunda anlamlı olarak daha yüksek ortalama puanları ile karakterize edilmiştir. Bipolar hastalar ise kontrol gruplarına göre siklotimik mizaç ve Yetersiz Özdenetim ortalama puanlarına göre önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Çalışma, afektif mizaç ve erken dönem uyumsuz şemaların borderline KB hastalarında bipolar hastalardan ve sağlıklı örneklemden daha şiddetli olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, iki bozukluk arasındaki fenomenolojik farklılıklara işaret etmekte ve bu bozuklukların akrabalık derecelerini sorgulamaktadır (Nilssona, Jørgensena, Straarup ve Licht, 2010).

Borderline kişilik bozukluğunu duygudurum bozukluğundan ayırt etmek genellikle zorlu bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Borderline KB'nin erken dönem uyumsuz şemalar ile karakterize olduğunu ancak duygudurum bozukluklarında durumun böyle olmadığı hipotezini test etmeyi amaçlayan farklı bir çalışma, klinik yetişkin örnekleme yüz kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda erken dönem uyumsuz şemaların BKB tanısı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ancak majör depresif, bipolar veya şizoaftif tanılarla ilişkili olmadığı belirlenmiştir. BKB, 5 şema alanından 4'üyle sağlam bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, onbeş regresyon analizinden sadece bir tanesi, komorbid BKB ile şema alanı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. BKB patolojisi için en belirleyici şema alanının ise Kopukluk ve Reddedilmişlik alanı olduğu görülmüştür. Bu veriler BKB'deki uyumsuz kişilerarası programların önemli rolünü desteklemekte, BKB ve ana duygudurum bozuklukları arasındaki ayrım hakkında kavramsal açıklığa potansiyel olarak katkı sağlamaktadır (Cohen, Tanis, Ardan, Yaseen ve Galyner, 2016: 395).

Borderline kişilik bozukluğu ve kronik depresyon için erken dönem uyumsuz şemaların yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Bu araştırmada ise iki hastalıkta erken dönem uyumsuz şemaların rolünü açıklamak için klinik örnekleme 60 kişilik yetişkin örneklem, erken dönem uyumsuz şemalar açısından karşılaştırılmıştır. Gruplar, Young Şema Anketi kısa formu ve sağlık durumu anketi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Borderline KB; daha fazla erken dönem uyumsuz şema ile ilişki, zayıf sosyal işlevsellik ve kronik depresyon hastalarından daha fazla eşzamanlı sıkıntı göstermiştir. Bununla birlikte, grupların 18 şemanın 14'ünde farklı olmadığı da belirlenmiştir. Bu bulgular, 2 hastalık arasındaki erken dönem uyumsuz şemalarda önemli benzerliklere işaret etmekte ve her iki rahatsızlıkla ilişkili spesifik şema modellerini desteklememektedir. Sonuçlar, kronik zihinsel bozuklukların gelişiminde ve

tedavisinde şemaların rolünün daha fazla araştırılması gerekliliğini vurgulamaktadır (Flink vd., 2018).

Geçmişte yapılan çalışmaların, şemaların ve modların BKB tanısı konan hastaları karşılaştırma gruplarından güvenilir şekilde ayırt edip edemediğini incelememesinden kaynaklı, BKB'li hastaları diğer KB hastalarından ve sağlıklı kontrollerden ayıran şema tedavi yapılarının (yani şemalar ve modlar) faydasını araştırmak ve bazı şema ve mod kombinasyonlarının olup olmadığını belirlemek için tasarlanan çalışmada 303 katılımcı yer almıştır. Sonuçlar; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Kusurluluk ve Utanç erken dönem uyumsuz şemalarının ve Kızgın Çocuk, Dürtüsel Çocuk ve (düşük) Mutlu Çocuk modlarının BKB hastalarını diğer KB grubundan benzersiz şekilde farklılaştırdığını göstermiştir. Aynı şekilde, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Kusurluluk ve Utanç, Yetersiz Özdenetim erken dönem uyumsuz şemalarının ve Hassas Çocuk, Öfkeli Çocuk ve (düşük) Mutlu Çocuk modlarının BKB hastalarını sağlıklı kontrollerden benzersiz şekilde ayırt ettiği tespit edilmiştir. Sonuçlar genel olarak şema terapisi literatüründeki ve önceki bilgilerdeki önermeler ile tutarlıdır ve Kızgın / Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk ve (düşük) Mutlu Çocuk modlarının altında yatan erken dönem uyumsuz şemalar belirginleştirilmiştir. Sonuç olarak, bu özelliklerin BKB'nin kavramsallaştırılması ve tedavisinde önemli olabileceği düşünülmektedir (Bach ve Farrell, 2018: 323).

Literatür, borderline KB özellikleri ile erken dönem uyumsuz ilişkiler arasında karmaşık bir ilişki ortaya koymaktadır. BKB özellikleri (örneğin, duygusal dengesizlik, kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme) ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisini 18-24 yaş arası 706 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada sonuçlar; belirli erken dönem uyumsuz şemaların farklı BKB özellikleriyle benzersiz ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. İlginç bir şekilde, duygusal dengesizlik erken dönem uyumsuz şemalar ile benzersiz bir ilişki göstermemiştir. Bununla beraber kimlik sorunları; Terk Edilme, Yetersiz Özdenetim, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık ile benzersiz bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Borderline KB'deki olumsuz ilişkiler; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Terk Edilme ve Tutarsızlık şemaları ile bağlantılar göstermiştir. Son olarak, BKB patolojisinin özelliklerinden biri olarak değerlendirilen kendine zarar verme; Duygusal Yoksunluk ve Başarısızlık şemaları ile bağlantılı bulunmuştur. Bu bulgular; erken dönem uyumsuz şemalar ile

Borderline KB anlayışını teorik ve klinik olarak iyileştirebilecek spesifik özelliklere işaret etmektedir (Esmaeilian, Dehghani, Koster ve Hoorelbeke, 2019).

Borderline KB tedavisi için şema odaklı bir terapi modelinin temellerini belirleme amacıyla gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise 102 BKB hastası, boyutsal ve kategorik psikopatoloji için envanterler ve görüşme yoluyla değerlendirilmiştir. Boyutsal psikopatoloji ile ilgili olarak, Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı daha fazla intihar düşüncesi, fiziksel/açık saldırganlık ve paranoya gibi psikotik benzeri semptomları öngörmüştür. Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ise daha fazla öfke / iç saldırganlık ve fobik anksiyete gibi içselleştirici semptomları yordamıştır. Kategorik psikopatolojiye ilişkin olarak ise Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı, yeme bozukluğu ile yaşam boyu süren komorbidite ve travma sonrası stres bozukluğu varlığını anlamlı olarak yordamıştır. Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ayrıca, madde kullanım bozuklukları ile yaşam boyu komorbidite bulunmadığını anlamlı şekilde yordamıştır. Sonuç olarak Kopukluk ve Reddedilmişlik, Başkalarına Yönelimlilik şema alanları; borderline kişilik bozukluğu hastalarında boyutsal ve kategorik psikopatoloji ile doğrudan ilişkilendirilebilmiş ve bu bulgular, bu popülasyon üzerine şema odaklı bir terapi uygularken temeller ve hedef müdahaleler hakkında katkı sağlamıştır (Frias vd., 2017). Buraya kadar BKB ile ilgili bir özet yapılacak olursa; Borderline KB ve erken dönem uyumsuz şemaların ilişkisine dair bir derleme çalışmasında ilişki modelleri klinik, klinik olmayan, suçlu ve madde kullanımı olan çeşitli popülasyonlarda incelenmiştir. Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanının en ilişkili alan olduğunun en az on araştırmada onaylandığı görülmektedir. BKB'de yüksek derecede onaylanmış şemalar ise Terk Edilme ve Tutarsızlık, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Sosyal İzolasyon, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Utanç şeklinde belirlenmiştir (Barazandeha, Kissanea, Saeediab ve Gordonab, 2016).

Bazı erken dönem uyumsuz şema araştırmalarının ise aralarında KB özelliklerinin çok yaygın olduğu suçlu, mahkum ve bağımlı nüfusa yönelik olduğu görülmüştür. Partner şiddeti uygulayanlar arasında kişilik bozuklukları yaygındır. Partnerlerine yönelik şiddet uygulayan erkek bir örnekleme KB özelliklerinin yaygınlığını ve erken dönem uyumsuz şema alanları ve KB özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada 119 mahkum erkek örnekelemi, Young Şema Anketi Kısa Formu'nu ve Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri'ni tamamlamıştır. Bu örnekleme en yaygın KB özelliklerinin

narsisistik (%24.6), obsesif-kompulsif (%21.9) ve paranoid (%17.5) olduğu görülmüştür. Bu KB özelliklerinin çeşitli şema alanlarıyla dolayısıyla şema terapi modeliyle tutarlı şekillerde ilişkilendirilebildiği belirlenmiştir. Narsisistik KB özellikleri, Zedelenmiş Sınırlar şema alanı ile pozitif ve Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ile negatif olarak ilişkilendirilmiştir. Paranoid KB özellikleri, Kopukluk ve Reddedilmişlik alanı ve Zedelenmiş Özerklik ve Performans alanı ile ilişkilendirilmiştir. Son olarak, hem borderline hem de antisosyal KB özellikleri, Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Sınırlar alanları ile bağlantılı bulunmuştur. Bağımlı KB, Başkalarına Yönelimlilik ile pozitif; obsesif-kompulsif KB Zedelenmiş Sınırlar ile negatif, histrionik KB ise Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, bu şemaların değerlendirilmesinin ve değiştirilmesinin, bu popülasyonun kapsamlı bir müdahalesini sağlamak için göz önünde bulundurulması gereken bir faktör olduğunu göstermektedir (Corral ve Calvete, 2014). Kişilik bozukluğu olan 124 suçlu katılımcının yer aldığı farklı bir çalışmada ise antisosyal yönler, Güvensizlik / Kötüye Kullanma, Yetersiz Özdenetim erken dönem uyumsuz şemaları ile anlamlı şekilde ilişkili ve Boyun Eğme ile önemli ölçüde ancak olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte beklenmedik şekilde, şemaların şiddeti ön görmediği bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda bu şemaların iyileştirilmesine odaklanan tedavilerin psikopatik suçlularda daha iyi sonuçlara yol açabileceği vurgulanmıştır (Chakhssi, Bernstein ve Ruiter, 2014).

Erken dönem uyumsuz şema alanları ile BKB belirtileri arasındaki ilişkiyi ve şema alanlarının çocuklukta kötü muamele ve BKB şiddeti arasındaki ilişkiyi hesaba katıp katmadığını inceleyen bir araştırmada ise yüksek travma ve kişilik bozukluğu semptomlarına sahip olduğu bilinen ve tutuklu 105 kadından oluşan bir örneklem kullanılarak yarı yapılandırılmış tanısız görüşme ile BKB semptomları değerlendirilmiştir. Kopukluk ve Reddedilmişlik ve Zedelenmiş Sınırlar BKB patolojisi ile ilişkilendirilmiştir. Şema alanlarının BKB şiddeti ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda komorbid semptomların bu ilişkileri ne ölçüde etkilediği araştırılmıştır. Bulgular, depresyonun Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı ile BKB arasındaki paylaşılan varyansın bir kısmını oluşturduğunu gösterirken, ASKB belirtileri Zedelenmiş Sınırlar şeması ile BKB şiddetinin arasındaki paylaşılan varyansın oranını açıklamaktadır. Ek olarak, çocukluk istismarı ile BKB şiddeti arasındaki ilişki, şema alanlarını kontrol ettikten sonra anlamlı

bulunmamıştır. Çocuklukta kötü muamele ve BKB belirtileri arasındaki ilişkinin doğrudan olmadığını; aksine, suistimale cevaben gelişen şemaların bu ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (Specht, Chapman ve Cellucci, 2009). Son olarak Şema odaklı terapi, kişilik bozukluğu olan suçlular için giderek daha popüler bir tedavi haline gelmiştir; ancak bugüne kadar adli ortamlarda erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma yapılmıştır. Suçlularda bu ilişkinin netleştirilmesi, bu alanda etkin tedavi sunumu için gereklidir. Bu ilişkiyi inceleyen bir araştırmada antisosyal KB ve borderline KB hedef alınarak 87 yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar, KB boyutlarının çoğunun bireysel erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkilerin doğasının kendine özgü olduğunu göstermiştir. Bununla beraber özellikle, antisosyal KB semptomları Zedelenmiş Sınırlar şema alanı ile borderline KB semptomları ise Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçlar; Zedelenmiş Sınırlar, Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanlarının antisosyal KB ve borderline KB özellikleri olan suçlular arasında yaygın olmasına rağmen, erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin bireysel olarak değerlendirilmesinin kritik olduğunu öne sürmektedir (Gilbert ve Daffern, 2013).

Amerika'da klinik yetişkin erkek örneklem ile madde bağımlılığı tedavisi sunan bir klinikte gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise erken dönem uyumsuz şemaları, kişilik bozukluğu semptomları, alkol ve uyuşturucu kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Öncelikle madde kullanımı, antisosyal ve borderline kişilik semptomları ile beş şema alanı arasındaki iki yönlü korelasyonlar incelenmiştir. Hem ASPD hem de BPD semptomları, beş şema alanının tümü ile pozitif olarak ilişkili ve beş şema alanının tümü, birbirleriyle pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Yaş, alkol, madde kullanımı ve borderline kişilik özellikleri; antisosyal KB varyansın %43'ünü oluştururken beş şema alanı modele eklendiğinde ASKB semptomlarındaki varyansın yaklaşık %58'inin açıklanabildiği görülmüştür. Spesifik olarak sırasıyla Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama, Zedelenmiş Özerklik ve Performans antisosyal KB ile negatif olarak ilişkiliyken yine sırasıyla Zedelenmiş Sınırlar, Kopukluk ve Reddedilmişlik pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Yaş, alkol, madde kullanımı ve antisosyal kişilik özellikleri; borderline kişilik bozukluğunda varyansın %37'sini oluştururken beş şema alanı modele eklendiğinde, tüm şema alanlarının borderline KB semptomlarını açıkladığı görülmüş ve bu şekilde BKB semptomlarındaki varyansın yaklaşık

%56'sının açıklanabildiği görülmüştür. Spesifik olarak, sırasıyla Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama, Zedelenmiş Özerklik ve Performans, BKB ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (Shorey, Anderson ve Stuart, 2014).

Araştırmaların bir bölümünün ise çocukluk travmaları ve ebeveyn tutumlarına yöneldiği görülmüştür. Şema teorisine uygun olarak çocukluk çağında olumsuz ilişkisel deneyimlerin erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde temel neden olduğu varsayımına dayanan araştırmalar makuldür. Klinik örnekleme algılanan ebeveyn yetiştirme davranışlarının erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu semptomları ile ilişkisini araştırmayı amaçlayan bir çalışmada, 108 kişilik yetişkin klinik örneklem kullanılmıştır. Sonuçlar, bu şemaların algılanan ebeveyn yetiştirme davranışları ve kişilik bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkilere aracılık ettiğini göstermektedir. Tüm şema alanları, hem küme A, B hem de C kişilik bozukluğu semptomları ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur. Hem ebeveynlerden reddetme hem de anneden daha az duygusal sıcaklık, küme A ve B kişilik patolojisi ile anlamlı derecede ilişkilirken, küme C belirtileri baba reddi ile ilişkili bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmaların aksine ebeveyn aşırı korumasının kişilik bozukluğu semptomatolojisi ile anlamlı bir ilişkisi bulunmadığı gösterilmiştir (Thimm, 2010).

Benzer şekilde bir başka çalışma, erken uyumsuzluk şemalarının geriye dönük olarak bildirilen çocukluk deneyimleri ve çekingen kişilik bozukluğu semptomları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği hipotezini test etmeyi amaçlamıştır ve klinik olmayan 178 yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Analizler; boyun eğme, terk edilme ve tutarsızlık, duyguları bastırma şemalarının geriye dönük olarak bildirilen çocukluk deneyimleri (özellikle annenin aşırı korumacı tutumu gibi) ile çekingen KB semptomları arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir. Terk edilme ve boyun eğme EMS'lerinin ailelerin sosyalliği ve çekingen KB belirtileri arasındaki ilişkiye tam anlamıyla arabuluculuk ettiği, boyun eğme ve duygusal engelleme şemalarının ise annenin (fakat baba değil) aşırı korumacılığı ve Kaçınan KB belirtileri arasındaki ilişkiye tamamen aracılık ettiği bulunmuştur. Son olarak, çocukluk çağı kötü muamelesinin geriye dönük raporları, terk edilme ve tutarsızlık hariç Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alan ile ilişkili bulunmuştur ancak bu şemalar Çekingen KB semptomlarını anlamlı şekilde açıklamamışlardır. Bu sonuçlar, kişilik bozukluklarının bilişsel-davranışsal formülasyonları ve çekingen KB özellikleri ile tutarlıdır. Bununla birlikte literatür; ÇKB ve sosyal izolasyon, utanç/kusurluluk, hak görme/yetkinlik

şemaları ve bağımsızlık alanındaki şemalar arasında ilişki olmalı derken bu çalışma bu sonuçlara ulaşamamıştır (Carr ve Francis, 2010a).

Polonya’da klinik olmayan dört yüz otuz beş katılımcı ile gerçekleştirilen farklı bir çalışmada, borderline KB ve çekingen KB’yi erken dönem uyumsuz şemaların, mizaç ve ebeveyn tutumlarının ne derece açıkladığı belirlenmiştir. Açıklayıcı modeller regresyon analizi kullanılarak oluşturulmuştur. Modeller şunlardan oluşmuştur: 1) şemalar, 2) şemalar, mizaç, 3) şemalar, ebeveyn tutumları, 4) tüm değişkenler. Borderline kişilik özellikleri söz konusu olduğunda, modeller kişilik özelliklerinin sırasıyla %26, %30, %35 ve %36’sını açıklamaktadır. En uygun model 3.’sü olarak belirlenmiştir. Bu modelde yer alan açıklayıcı erken dönem uyumsuz şemalar Terk Edilme ve Tutarsızlık, Kusurluluk ve Utanç, Kendini Feda Etme ve son olarak Karamsarlıktır. Açıklayıcı ebeveyn tutumları ise babanın aşırı korunması, annenin özerkliği ve tutarsızlığı gibi faktörlerden oluşmaktadır. Çekingen KB özelliklerinde ise modeller sırasıyla %40, %47, %41 ve %49 oranlarıyla açıklayıcı olmuştur. Çekingen KB’de mizaç, ebeveyn tutumlarından daha önemli bulunmuştur. Çekingen KB’yi; Sosyal İzolasyon, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık, Kendini feda Etme, Duyguları Bastırma ve son olarak Karamsarlık erken dönem uyumsuz şemaları önemli ölçüde açıklamaktadır. Mizaç özellikleri olarak ise duygusal tepki gibi özellikler ele alınmıştır. Araştırma sonucu, Young’ın şema teorisini ve kişilik bozukluklarının gelişimine etkilerini doğrular niteliktedir (Macik, 2018).

Son olarak da çocukluk çağı travmatik yaşantılarının histrionik, narsisistik, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğunu kapsayan B-kümesi kişilik bozukluklarının üzerindeki etkisini inceleyen farklı dizayndaki ilişki bir araştırmada, erken dönem uyumsuz şemalar ile bahsi geçen kişilik bozuklukları arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. 18 yaş üstü 300 kişilik klinik olmayan örneklemden oluşan araştırma, üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiş; veriler Young Şema Ölçeği ve Kişilik Tanı Sorgulaması (PDQ-R) gibi ölçekler aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmanın sonucunda çocukluk çağı travmaları hem B-kümesi kişilik bozuklukları hem de erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuş; ayrıca bu ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların çocukluk çağı travmaları ile B kümesi kişilik bozuklukları arasında aracı bir değişken olarak rol oynadığı tespit edilmiştir (Ashiq, Riaz ve Riaz, 2018: 160-162).

Görüldüğü üzere yetişkinlerde kişilik bozukluğu literatüründe bile önemli kısıtlılıklar mevcutken söz konusu örneklem, bu kişilik bozukluklarının gelişme çağı olan ergenler olduğunda çalışmaların çok daha sınırlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Oysa bu denli yaygın görülen, yoğun eş tanılarla seyreden ve işlevsellikte önemli sorunlara yol açan bir bozukluğun gelişimi ve ergenlikteki seyri incelenerek önleyici müdahaleler üzerinde odaklanılmasının önemi açıktır. Yürütülen araştırma, literatürdeki mevcut durumdan yola çıkarak ergenlerde kişilik bozukluğunun sıklığını ve erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinden yola çıkarak gelişimini ele alarak tedavisi için sonuçlar ortaya koymayı amaçlamaktadır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, ergenlerde görülen kişilik bozukluklarını epidemiyolojik açıdan değerlendirmek ve kişilik bozukluklarının etiyolojisi çerçevesinde erken dönem uyumsuz şemalar tarafından ne düzeyde yordandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma problemi doğrultusunda bu değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamak için sayısal verilerin kullanıldığı nicel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Böylece araştırmaya katılan örneklemin ilgili değişkenler bakımından oranlarının, benzerliklerinin ve farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak nicel yöntemlerden tarama modeli kullanılmıştır. Bu desen ile bir evren içinden seçilen örneklem ile çalışılması sonucunda evren ile ilgili eğilim, tutum ve görüşlerin nicel olarak betimlenmesi söz konusudur (Creswell, 2014:155). Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumun kendi koşulları içinde, var olduğu şekliyle betimlenmesini amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır (Karasar, 2014:77).

Tarama modellenli araştırmaları genel tarama modelleri ve örnek olay tarama modelleri şeklinde iki kolda ele alınmaktadır ve genel tarama modelleri; geniş bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2014:79). Genel tarama modelleri ile tekil ya da ilişkisel taramalar yapılması mümkündür ki çoğu araştırmada hem tekil hem de ilişkisel taramalara olanak verecek düzenlemeler mevcuttur. Değişkenlerin tür ya da miktarının belirlendiği modeller, tekil tarama modelleridir. Yürütülen araştırmada ergenlerde kişilik bozukluklarının yüzde oranlarının belirlenmesi tekil tarama modeli kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Genel tarama modellerinde bir diğer yaklaşım bahsi geçtiği üzere ilişkisel tarama modelleridir ve ilişkisel tarama modelinde tekil tarama modellerinden farklı olarak iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığı ve miktarı odak

noktasıdır; ilişkisel çözümleme korelasyon türü ilişki ve karşılaştırma yolu ile elde edilen ilişki olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır (Karasar, 2014:81). Yürütülen araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır ve iki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim ilişkisine odaklanılan korelasyon türü ilişki arama kullanılmıştır. Tarama modeli ile bulunan ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak ele alınamamakla birlikte bu ilişkinin anlaşılmasına bazı öncül katkılar sağlamaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim yılında, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan 9.-10.-11. ve 12. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi, araştırmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanıyan, belli ölçütleri karşılayan veya belirli özelliklere sahip olan bir veya daha fazla belirli durumla çalışılmak istendiğinde önerilmektedir (Koç Başaran, 2017:490). Yürütülen çalışmada; İstanbul ili Avrupa yakasında evrenin sosyoekonomik çeşitliliğini yansıttığı düşünülen Esenler (1.bölge), Başakşehir (2.bölge) ve Beşiktaş (3. Bölge) ilçeleri belirlenmiştir. Yine evrenin çeşitliliğini yansıtması adına bu ilçelerde yer alan ortaöğretim kurumlarının türleri dikkate alınarak anadolu liseleri, meslek liseleri ve sınavla öğrenci alan liseler belirlenmiştir. Bu ortaöğretim kurumlarının gönüllüğü de dikkate alınarak bu kurumlarda öğrenim gören gönüllü 720 öğrenciye uygulama yapılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin farklı lise türlerinden olması ve kız - erkek öğrenci sayılarının birbirine yakın olmasına özen gösterilmiştir (Karasar, 2014, 114). Ölçekleri önemli ölçüde eksik dolduranlar veya ölçeklerde yer alan kontrol maddelerine uygun cevap vermeyenler değerlendirme dışı tutularak 200 katılımcı elenmiştir ve verileri analizlere dâhil edilmemiştir. Böylelikle araştırma 288'i kız (%55,4), 232'si erkek (%44,6) olmak üzere toplam 520 kişilik bir örneklem kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda; katılımcıların ad-soyad, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı ve anne babanın eğitim düzeyleri gibi demografik bilgileri içeren sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF)

Araştırmada ergenlerde kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla ilgili envanter kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından daha önce geliştirilen Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri uzun bir ölçektir. Bu nedenle uygulama kolaylığı oluşturulabilmesi amacıyla ölçekteki kişilik bozukluklarını değerlendiren maddeler kullanılarak Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Formu yapılandırılmıştır (Bilge ve Bilge, 2019). Antisosyal KB' ye 18 yaşından sonra tanı konabildiği için bu kişilik bozukluğunun yerine davranım bozukluğu ve DSM 5'te yer alan diğer 9 kişilik bozukluğu olmak üzere toplam 10 bozukluğun değerlendirildiği bir ölçektir. Ölçek 89 maddeden oluşmaktadır ve beşli likert tipi bir değerlendirme söz konusudur. Alt ölçeklerin hepsinden elde edilen Cronbach alfa katsayı ortalaması ise 0.77'dir. EPBEKBF alt ölçeklerinin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu söylemek mümkündür. Ölçüt bağıntılı geçerlilik kapsamında uygulanan MMPI, SCID II ve KİÖ-KTF ile EPBE-KBF'nin alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tüm alt ölçekler için 0.17-0.78 arasında bulunmuştur. Ayrıca bütün alt ölçeklerin birbirleriyle olan korelasyonları da hesaplanmıştır ve tüm korelasyon katsayılarının $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür.

3.3.3. Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ)

Mevcut çalışmada erken dönem uyumsuz şemaları belirlemek amacıyla Young tarafından geliştirilen Young Şema Ölçeği-Kısa Form-3 kullanılmıştır. Erken dönem uyumsuz şemaların bağlanma figürleriyle erken dönem yaşantılar sonucunda geliştiğini varsayan Şema Terapi yaklaşımının kavramsallaştırmaları temelinde

geliştirilen Young Şema Ölçeği (YŞÖ)'nin (Young, 1990; Young, Klosko ve Weishaar, 2003) kısa ve uzun formlarına ilişkin birçok psikometrik çalışma mevcuttur. Bu ölçekler, erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesine yönelik geliştirilmiştir. Young'ın Şema Terapi varsayımlarına dayanarak geliştirdiği kısa formda; Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğer Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut mevcuttur. Alt ölçekler; Terk Edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklik, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık şeklinde adlandırılmıştır. Ölçeğin kısa formunun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009). 90 maddeden oluşan ölçekte katılımcılar, her bir maddeyi 6'lı Likert üzerinde (1=Benim için tamamı ile yanlış, 6=Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) derecelendirmektedir ve ölçekten şema bazında alınan yüksek puanlar, şemanın şiddetini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formu için yorumlanabilir 14 faktörün olduğu 15 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Bu faktörler sırasıyla Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç İç Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırılma, Kusurluluk, Tehditler Karşısında Dayanıksızlık Ve Yüksek Standartlardır. Ayrıca Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğer Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar olmak üzere 5 şema alanına ulaşıldığı görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının şema alanları için $\alpha=0,63-0,80$, şema boyutları için $\alpha=0,53-0,81$ arasında değiştiği tespit edilmiştir. Ölçeğin orta düzeyde iç tutarlılık katsayısına sahip olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin test tekrar test güvenirliği şema alanları için $r=0,66-0,83$ ($p < 0,01$), şema boyutları için ise $r=0,66-0,82$ ($p < 0,01$) arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin kabul edilebilir düzeylerde geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Bu ölçeğin şema alanlarının Türkiye ergen örnekleminde psikometrik özelliklerini inceleyen çalışmalar da gerçekleştirilmiştir (Sarıtaş ve Gençöz, 2011).

3.4. İşlem

Araştırma verileri 2019-2020 eğitim öğretim yılında; İstanbul ili Avrupa Yakası'nda yer alan Başakşehir, Esenler ve Başakşehir ilçelerinde yer alan farklı türdeki gönüllü dokuz ortaöğretim kurumundan toplanmıştır. Araştırmacı tarafından grup uygulamaları şeklinde 720 öğrenciden elde edilen veriler; Demografik Bilgi Formu, Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Formu (EPBE-KBF) Young Şema Ölçeği-Kısa Formu (YŞÖ) aracılığıyla edinilmiştir.

3.5. Veri Analizi

Yürütülen çalışma kapsamında toplanan 720 kişilik veri mevcuttur. Bu uygulama esnasında ölçekleri önemli ölçüde eksik dolduranlar ve EPBE-KBF'de yer alan kontrol maddelerinden (madde 22 “NASA’da astronotluk yaptım” ve madde 59 “Atlas Okyanusu’nu yüzerek geçtim”) herhangi birisine “kesinlikle yanlış” seçeneği dışında cevap verenler (200 katılımcı) değerlendirme dışı tutularak verileri analizlere dâhil edilmemiştir. Böylece araştırma toplam 520 kişilik bir örneklem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 520 kişilik ölçekler için 1’den 520’ye kadar referans numarası verilerek bölge ve okul türü ayrımları belirlenmiştir.

Bu çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS v21.0 programı kullanılmıştır. Kişilik bozukluğu olası sıklıkları belirlenirken, her bir kişilik bozukluğunun örneklem ortalamasının iki standart sapma üzeri dikkate alınmıştır (Coolidge, 1993). Bu doğrultuda ilişkisel hipotezlerin testi için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır. Aynı zamanda erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluklarını yordama düzeylerini belirlemek amacıyla yordayıcı değişkenlerin modele girildiği Adımsal (stepwise) Doğrusal Çoklu Regresyon analizleri uygulanmıştır. Erken dönem uyumsuz şemaların ve kişilik bozuklukları ortalama puanlarının cinsiyet değişkenine göre gösterdikleri farklılıklarının analizinde ise bağımsız örneklem için t testi, bölge değişkenine göre gösterdikleri farklılıklarının analizi içinse tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ayrıca EPBE-KBF ve YŞÖ alt ölçeklerinin çalışmamızdaki güvenilirliği için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde saha araştırmasının sonucunda elde edilen bulguların analizine yer verilecektir. Öncelikle araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin veriler analiz edilecek, ardından da araştırmanın temel sorusu olan konularla ilgili bulgular sunulacaktır.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Yürütülen çalışma kapsamında İstanbul ili Avrupa yakasında öğrenim gören gönüllü 720 ortaöğretim öğrencisiyle uygulama yapılmıştır. Bu uygulama esnasında ölçekleri önemli ölçüde eksik dolduranlar ve EPBE-KBF’de yer alan kontrol maddelerinden (madde 22 “NASA’da astronotluk yaptım” ve madde 59 “Atlas Okyanusu’nu yüzerek geçtim”) herhangi birisine “kesinlikle yanlış” seçeneği dışında cevap verenler (200 katılımcı) değerlendirme dışı tutularak verileri analizlere dâhil edilmemiştir. Böylece araştırma 288’i kız (%55,4), 232’si erkek (%44,6) olmak üzere toplam 520 kişilik bir örneklem kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1’de yer aldığı şekilde kız katılımcıların yaş ortalaması 16,15 (Ss=1,13), erkek katılımcıların yaş ortalaması 16,22 (Ss=1,22) iken örneklemin yaş aralığı 14-18 yaş ortalaması 16,18’dir (Ss=1,17). Çalışmaya katılanların 38’i (%7,3) 14 yaş, 126’sı (%24,2) 15 yaş, 138’i (%26,5) 16 yaş, 139’u (%26,7) 17 yaş ve 79’u (%15,3) 18 yaş grubundadır. Öğrencilerin 138’i (%26,5) 9.sınıf, 136’sı (%26,2) 10. sınıf, 127’si (%24,4) 11. sınıf ve 119’u (%22,9) 12. sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölgelere göre dağılımları 1.bölge (Esenler) için 174 (%33,5), 2. bölge için (Başakşehir) 183 (%35,2) ve 3. bölge için 163 (%31,3)’tür. Katılımcıların 23’ü (%4,5) ekonomik durumlarını düşük, 459’u (%89,6) orta ve 30’u (%5,9) yüksek olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların 42’si (%8,1) tek çocuk, 206’sı (%39,6) iki kardeş, 153’ü (%29,4) üç kardeş ve 119’u (%22,9) dört ve üzeri kardeşdir. Annelerin

28'i (%5,4) okuryazar değil, 177'si (%34,2) ilkokul mezunu, 128'i (%22,6) ortaokul mezunu, 117'si (%22,6) lise mezunu ve 68'i (%13,1) üniversite mezunudur. Babaların 4'ü (%0,8) okuryazar değil, 144'ü (%27,8) ilkokul mezunu, 133'ü (%25,7) ortaokul mezunu, 129'u (%24,9) lise mezunu ve 108'i (%20,8) üniversite mezunudur.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Bilgileri

YAŞ	KIZ	ERKEK	TOPLAM
14 YAŞ	21(%4,0)	17(%3,3)	38(%7,3)
15 YAŞ	66(%12,7)	60(%11,5)	126(%24,2)
16 YAŞ	86(%16,5)	52(%10,0)	138(%26,5)
17 YAŞ	78(%15,0)	61(%11,7)	139(%26,7)
18 YAŞ	37(%7,2)	42(%8,1)	79(%15,3)
TOPLAM	288 (%55,4)	232 (%44,6)	520 (%100)
ORTALAMA	16,15±1,13	16,22±1,22	16,18±1,17
SINIF			
9. Sınıf	74(%14,2)	64(%12,3)	138(%26,5)
10. Sınıf	82(%15,8)	54(%10,4)	136(%26,2)
11. Sınıf	71(%13,7)	56(%10,8)	127(%24,4)
12. Sınıf	61(%11,7)	58(%11,2)	119(%22,9)
TOPLAM	288 (%55,4)	232 (%44,6)	520 (%100)
BÖLGE			
Esenler 1.Bölge	101(%19,4)	73 (%14,0)	174 (%33,5)
Başakşehir 2. Bölge	99 (%19, 0)	84 (%16,2)	183 (%35,2)
Beşiktaş 3. Bölge	88 (%16,9)	75 (%14,4)	163 (%31,3)
TOPLAM	288 (%55,4)	232 (%44,6)	520 (%100)
ALGILANAN EKONOMİK DURUM			
Düşük	11 (%2,1)	12 (%2,3)	23 (%4,5)
Orta	258 (%50,4)	201 (%39,3)	459 (%89,6)
Yüksek	16 (%3,1)	14 (%2,7)	30 (%5,9)
TOPLAM	285 (%55,7)	232 (%44,3)	512 (%100)
KARDEŞ SAYISI			
1 Kardeş	24 (%4,6)	18(%3,5)	42(%8,1)
2 Kardeş	103(%19,8)	103(%19,8)	206(%39,6)
3 Kardeş	87(%16,7)	66(%12,7)	153(%29,4)
4 Kardeş ve üzeri	74(%14,2)	45(%8,7)	119(%22,9)
TOPLAM	288 (%55,4)	232 (%44,6)	520 (%100)
ANNE EĞİTİM			
Okur yazar değil	16 (%3,1)	12 (%2,3)	28 (%5,4)
İlkokul	104 (%20,1)	73 (%14,1)	177 (%34,2)
Ortaokul	68 (%13,1)	60 (%11,6)	128 (%24,7)
Lise	59 (%11,4)	58 (%11,2)	117 (%22,6)
Üniversite	39 (%7,5)	29 (%5,6)	68 (%13,1)
TOPLAM	286 (%55,2)	232 (%44,8)	518 (%100)
BABA EĞİTİM			
Okur yazar değil	1 (%0,2)	3 (%0,6)	4 (%0,8)
İlkokul	82 (%15,8)	62 (%12,0)	144 (%27,8)
Ortaokul	73 (%14,1)	60 (%11,6)	133 (%25,7)
Lise	70 (%13,5)	59 (%11,4)	129 (%24,9)
Üniversite	60 (%11,6)	48 (%9,3)	108 (%20,8)
TOPLAM	286 (%55,2)	232 (%44,8)	518 (%100)

4.2. EPBE Kişilik Bozuklukları Formu ve Young Şema Ölçeği Kısa Form Bulguları

EPBE-KBF ve YŞÖ alt ölçeklerinin çalışmamızdaki güvenirliği için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda EPBE-KBF alt ölçek Cronbach Alfa değerleri ,59 (Obsesif Kompulsif KB) ile 81 (Narsisistik ve Çekingen KB) arasında iken YŞÖ alt ölçeklerinin Cronbach Alfa değerleri ,63 (Kendini Feda Şeması) ile ,80 (Başarısızlık şeması) arasında değişmektedir.

EPBE-KBF ve YŞÖ alt ölçek ortalamalarının normal dağılıp dağılmadığını tespit edebilmek için basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri hesaplanmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1,500 ve - 1,500 değerleri arasında olduğu durumlarda, dağılımın normal dağılım olarak gerçekleştiği kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013'ten akt. Sevin ve Küçük, 2016:28). Tablo 4.2'de verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri +1,500 ve -1,500 değerleri arasında olduğu için normal dağılım göstermektedir.

Tablo 4.2: EPBE-KBF ve YŞÖ Alt ölçeklerinin Araştırmamızdaki Güvenirlik Katsayıları, Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Normallik Katsayıları

		<i>α</i>	Ort.	Ss	Skewness	Kurtosis
EPBE-KBF	Paranoid KB	,76	21,83	6,65	,519	-,007
	Şizoid KB	,69	15,10	4,86	,801	,668
	Şizotipal KB	,71	16,91	5,46	,770	,449
	Davranım Bozukluğu	,79	18,46	5,83	1,282	1,489
	Borderline KB	,70	17,23	5,34	,349	-,314
	Histriyonik KB	,73	25,74	6,93	,324	-,490
	Narsisistik KB	,81	31,73	9,22	,408	-,200
	Bağımlı KB	,73	21,57	6,35	,690	,230
	Çekingen KB	,81	23,01	7,65	,888	,754
	Obsesif Kompulsif KB	,59	29,15	5,49	,072	-,062
YŞÖ	Duygusal Yoksunluk	,79	9,85	4,97	1,120	,758
	Başarısızlık	,80	12,36	5,44	,904	,369
	Karamsarlık	,77	13,66	5,90	,615	-,226
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,79	16,72	6,91	,774	,118
	Duyguları Bastırma	,64	12,02	4,92	,465	-,523
	Onay Arayıcılık	,70	19,55	5,98	,122	-,354
	İç İç Geçme / Bağımlılık	,79	17,47	7,18	,854	,209
	Ayrıcalıklılık / YetersizÖzdenetim	,69	23,66	6,95	-,089	-,459
	Kendini Feda	,63	14,69	4,72	,421	,007
	Terk Edilme	,69	9,79	4,53	,973	,583
	Cezalandırılma	,71	20,63	6,22	-,047	-,450
	Kusurluluk	,74	10,98	5,07	1,258	1,323
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,71	11,79	5,23	,690	-,081
	Yüksek Standartlar	,68	8,64	3,83	,370	-,725

4.3. Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Olası Görülme Sıklığı Bulguları

Tüm örneklem analiz edildiğinde yaygınlık oranları Tablo 4.3'te görüldüğü üzere; Paranoid KB %3,3, Şizoid KB %4,0, Şizotipal KB %5,0, Davranım Bozukluğu %5,4, Borderline KB %3,5, Histriyonik KB %5,0, Narsistik KB %3,7, Bağımlı KB %4,8, Çekingen KB %4,2 ve Obsesif Kompulsif KB %3,7 olarak bulunmuştur. Cinsiyet değişkenine göre ise kişilik bozuklukları sıklığı değerlendirildiğinde kızlarda en düşük kişilik bozukluğu sıklığı narsistik KB %2,8 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı % 6,9'la bağımlı kişilik bozukluğudur. Erkeklerde ise en düşük kişilik bozukluğu sıklığı bağımlı KB %2,2 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %7,8 ile davranım bozukluğudur.

Tablo 4.3: Kişilik Bozukluklarının Cinsiyete Göre Olası Görülme Sıklık Sayıları Ve Oranları

	KIZ (N=288)		ERKEK (N=232)		TOPLAM (N=520)	
Kişilik Bozuklukları	N	%	N	%	N	%
Paranoid KB	10	3,5	7	3,0	17	3,3
Şizoid KB	12	4,2	9	3,9	21	4,0
Şizotipal KB	13	4,5	13	5,6	26	5,0
Davranım Bozukluğu	10	3,5	18	7,8	28	5,4
Borderline KB	12	4,2	6	2,6	18	3,5
Histriyonik KB	13	4,5	13	5,6	26	5,0
Narsistik KB	8	2,8	11	4,7	19	3,7
Bağımlı KB	20	6,9	5	2,2	25	4,8
Çekingen KB	15	5,2	7	3,0	22	4,2
Obsesif Kompulsif KB	10	3,5	9	3,9	19	3,7

Tablo 4.4'te yer verildiği üzere bölgelere göre kişilik bozuklukları sıklığı değerlendirildiğinde, 1. bölgede en düşük kişilik bozukluğu sıklığı narsistik KB %2,3 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %6,9'la histriyonik kişilik bozukluğudur. 2. bölgede en düşük kişilik bozukluğu sıklığı Obsesif Kompulsif KB %2,2 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %7,1'le Bağımlı kişilik bozukluğudur. 3. Bölgede ise en düşük kişilik bozukluğu sıklığı Bağımlı KB %1,8 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %5,5'le Narsistik KB'dir.

Tablo 4.4: Kişilik Bozukluklarının Bölgelere Göre Olası Görülme Sıklık Sayıları ve Oranları

Kişilik Bozuklukları	1.BÖLGE (N=174)		2. BÖLGE (N=183)		3. BÖLGE (N=163)		TOPLAM (N=520)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Paranoid KB	5	2,9	6	3,3	6	3,7	17	3,3
Şizoid KB	6	3,4	8	4,4	7	4,3	21	4,0
Şizotipal KB	10	5,7	8	4,4	8	4,9	26	5,0
Davranım Bozukluğu	10	5,7	11	6,0	7	4,3	28	5,4
Borderline KB	5	2,9	6	3,3	7	4,3	18	3,5
Histriyonik KB	12	6,9	6	3,3	8	4,9	26	5,0
Narsisistik KB	4	2,3	6	3,3	9	5,5	19	3,7
Bağımlı KB	9	5,2	13	7,1	3	1,8	25	4,8
Çekingen KB	10	5,7	6	3,3	6	3,7	22	4,2
Obsesif Kompulsif KB	11	6,3	4	2,2	4	2,5	19	3,7

Tablo 4.5: Eş Tamı Sayısına Göre Olası Kişilik Bozuklukları Dağılımı

Kişilik Bozuklukları Tamı Sayısı	KIZ (N=288)		ERKEK (N=232)		TOPLAM (N=520)	
	N	%	N	%	N	%
1	34	11,81	32	13,79	66	12,69
2	15	5,21	13	5,60	28	5,34
3	9	3,13	7	3,02	16	3,08
4	4	1,39	1	,43	5	,96
5	2	,69	3	1,29	5	,96
6	1	,35	-	-	1	,19
Toplam	65	22,57	56	24,14	121	23,27

Tablo 4.6: Örneklemin EPBE Kişilik Bozuklukları Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Kişilik Bozuklukları	KIZ (N=288)		ERKEK (N=232)		df	t	p
	Ort.	Ss	Ort.	Ss			
Paranoid KB	21,98	6,50	21,63	6,85	518	,594	,55
Şizoid KB	15,20	5,03	14,98	4,64	518	,528	,60
Şizotipal KB	17,16	5,20	16,59	5,75	518	1,174	,24
Davranım Bozukluğu	17,50	5,06	19,66	6,47	431,05	-4,153	,001
Borderline KB	18,59	5,09	15,53	5,16	518	6,767	,001
Histriyonik KB	25,98	6,79	25,44	7,11	518	,877	,38
Narsisistik KB	31,22	8,86	32,37	9,62	518	-1,417	,16
Bağımlı KB	22,00	6,35	21,05	6,32	518	1,698	,09
Çekingen KB	23,35	7,85	22,58	7,38	518	1,145	,25
Obsesif Kompulsif KB	29,48	5,31	28,75	5,69	518	1,501	,13

Kişilik bozukluğu görülen katılımcılarda birden fazla kişilik bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurularak eş tanı analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre bir veya birden fazla kişilik bozukluğu görülme sıklığı kızlarda %22,57 (n=65), erkeklerde %24,14 (n=56) ve tüm örnekleme %23,27 (n=121) oranındadır.

Tablo 4.7: Kişilik Bozuklukları Ortalama Puanlarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması

		N	Ortalama	Ss	f	p	Farklar
Paranoid KB	1.Bölge	174	22,05	7,02	,580	,56	-
	2. Bölge	183	22,03	6,50			
	3. Bölge	163	21,36	6,43			
Şizoid KB	1.Bölge	174	14,90	4,74	,537	,59	-
	2. Bölge	183	15,40	5,05			
	3. Bölge	163	14,99	4,77			
Şizotipal KB	1.Bölge	174	17,09	5,57	,69	,50	-
	2. Bölge	183	17,10	5,37			
	3. Bölge	163	16,49	5,44			
Davranım Bozukluğu	1.Bölge	174	18,48	5,88	,02	,98	-
	2. Bölge	183	18,51	5,92			
	3. Bölge	163	18,39	5,70			
Borderline KB	1.Bölge	174	17,13	5,36	1,31	,27	-
	2. Bölge	183	16,85	5,24			
	3. Bölge	163	17,76	5,40			
Histriyonik KB	1.Bölge	174	26,13	6,98	2,62	,07	-
	2. Bölge	183	24,80	6,76			
	3. Bölge	163	26,36	6,99			
Narsistik KB	1.Bölge	174	32,03	9,09	2,36	,10	-
	2. Bölge	183	30,60	9,37			
	3. Bölge	163	32,68	9,10			
Bağımlı KB	1.Bölge	174	21,82	6,63	3,56	,03	2>3
	2. Bölge	183	22,28	6,27			
	3. Bölge	163	20,52	6,01			
Çekingen KB	1.Bölge	174	23,66	8,18	3,46	,03	1>3
	2. Bölge	183	23,55	6,96			
	3. Bölge	163	21,71	7,68			
Obsesif Kompulsif KB	1.Bölge	174	28,90	5,44	2,04	,13	-
	2. Bölge	183	29,83	6,09			
	3. Bölge	163	28,71	4,77			

Df=517

Kişilik bozuklukları puanlarının cinsiyet ve bölge değişkenlerine göre karşılaştırılması da gerçekleştirilmiştir. Kişilik bozuklukları puanlarının ortalamaları arasındaki farkın cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan Bağımsız Gruplarda t-Testi Analizi sonuçları Tablo 4.6'da

sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre Davranım bozukluğu ortalama puanı erkekler lehine anlamlı derecede yüksekken ($t_{(431,05)}=-4,153$ $p<,001$), Borderline kişilik bozukluğu ortalama puanları kızlar lehine anlamlı derecede ($t_{(518)}=-6,767$ $p<,001$) yüksektir. Diğer kişilik bozuklukları ortalama puanları arasında ise anlamlı derecede farklar bulunmamıştır.

Tablo 4.7’ de sunulduğu üzere kişilik bozuklukları ortalama puanlarının bölgelere göre farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin yapılan yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre; 2. bölgenin Bağımlı KB ortalama puanı 3. bölge puanından anlamlı derecede yüksekken ($F_{(517)}= 3,56$ $p<,05$), 1. bölge Çekingen KB ortalama puanı 3. bölgenin ortalama puanından anlamlı derecede yüksek ($F_{(517)}= 3,46$ $p<,05$) bulunmuştur. Diğer kişilik bozuklukları ortalama puanları bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

4.4. Ergenlerde Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Tablo 4.8: Örneklemenin YŞÖ Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılması

YŞÖ Alt Ölçekleri	KIZ (N=288)		ERKEK (N=232)		Df	t	p
	Ort.	Ss	Ort.	Ss			
Duygusal Yoksunluk	10,00	5,24	9,66	4,63	513,56	,79	,43
Başarısızlık	12,74	5,23	11,88	5,66	518	1,81	,07
Karamsarlık	14,68	5,90	12,39	5,64	518	4,48	,001
Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	17,23	6,85	16,09	6,95	518	1,87	,06
Duyguları Bastırma	12,35	4,88	11,61	4,95	518	1,70	,09
Onay Arayıcılık	19,98	5,90	19,02	6,06	518	1,83	,07
İç İçe Geçme / Bağımlılık	17,82	7,05	17,03	7,33	518	1,23	,22
Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	24,18	6,92	23,01	6,96	518	1,91	,06
Kendini Feda	15,00	4,53	14,31	4,94	518	1,65	,10
Terk Edilme	9,90	4,55	9,66	4,51	518	,61	,54
Cezalandırılma	20,42	6,05	20,90	6,43	518	-,88	,38
Kusurluluk	10,85	4,93	11,13	5,25	518	-,61	,55
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	12,03	5,09	11,50	5,40	518	1,17	,24
Yüksek Standartlar	8,30	3,80	9,06	3,83	493,42	-2,26	,02

Tablo 4.9: Şema Ortalama Puanlarının Bölgelere Göre Karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss	f	p	Farklar
Duygusal Yoksunluk	1.Bölge	174	10,25	4,62	1,60	,20	-
	2. Bölge	183	9,95	5,05			
	3. Bölge	163	9,30	5,23			
Başarısızlık	1.Bölge	174	13,14	5,79	6,43	,002	1>3,2>3
	2. Bölge	183	12,70	5,46			
	3. Bölge	163	11,13	4,81			
Karamsarlık	1.Bölge	174	14,33	5,74	4,14	,016	1>3
	2. Bölge	183	13,97	5,82			
	3. Bölge	163	12,58	6,03			
Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	1.Bölge	174	17,28	6,85	,91	,41	-
	2. Bölge	183	16,54	6,67			
	3. Bölge	163	16,33	7,24			
Duyguları Bastırma	1.Bölge	174	12,37	4,82	2,48	,09	-
	2. Bölge	183	12,32	4,91			
	3. Bölge	163	11,31	5,00			
Onay Arayıcılık	1.Bölge	174	19,80	6,01	,52	,60	-
	2. Bölge	183	19,20	5,93			
	3. Bölge	163	19,69	6,02			
İç İçe Geçme / Bağımlılık	1.Bölge	174	18,63	7,69	5,40	,005	1>3
	2. Bölge	183	17,60	6,99			
	3. Bölge	163	16,09	6,62			
Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	1.Bölge	174	22,68	6,62	4,05	,018	3>1
	2. Bölge	183	23,63	6,86			
	3. Bölge	163	24,80	7,29			
Kendini Feda	1.Bölge	174	14,81	4,74	,52	,59	-
	2. Bölge	183	14,41	4,58			
	3. Bölge	163	14,89	4,87			
Terk Edilme	1.Bölge	174	10,33	4,72	2,81	,06	-
	2. Bölge	183	9,85	4,79			
	3. Bölge	163	9,17	3,93			
Cezalandırılma	1.Bölge	174	20,64	6,36	,31	,73	-
	2. Bölge	183	20,88	6,15			
	3. Bölge	163	20,35	6,18			
Kusurluluk	1.Bölge	174	11,61	5,70	4,22	,015	1>3
	2. Bölge	183	11,19	5,10			
	3. Bölge	163	10,06	4,15			
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	1.Bölge	174	11,93	5,29	4,71	,009	2>3
	2. Bölge	183	12,53	5,36			
	3. Bölge	163	10,83	4,89			
Yüksek Standartlar	1.Bölge	174	8,85	4,02	1,57	,209	-
	2. Bölge	183	8,23	3,72			
	3. Bölge	163	8,87	3,72			

İlk olarak erken dönem uyumsuz şema puanlarının cinsiyet ve bölge değişkenlerine göre karşılaştırılması yapılmıştır. Cinsiyet değişkenine göre şemaların ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi amacıyla yapılan Bağımsız Gruplar t-Testi Analizi sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre Karamsarlık şema ortalama puanları kızlar lehine anlamlı derecede yüksekken ($t_{(518)}=4,48$ $p<,001$), Yüksek Standartlar şema ortalama puanları erkeler lehine anlamlı derecede ($t_{(493,42)}=-2,26$ $p<,05$) yüksektir. Diğer şemaların ortalama puanları arasında ise anlamlı derecede farklar bulunmamıştır.

Şema ortalama puanlarının bölge değişkenine göre ortalamaları arasındaki farklara yönelik yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre, 1. bölgenin Başarısızlık ($F_{(517)}= 6,43$ $p<,01$), Kusurluluk ($F_{(517)}= 4,22$ $p<,05$), İç İç Geçme / Bağımlılık ($F_{(517)}= 5,40$ $p<,01$), ve Karamsarlık şemaları ($F_{(517)}= 4,14$ $p<,05$) ortalama puanları 3. bölge ortalama puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda 2. bölgenin Başarısızlık ($F_{(517)}= 6,43$ $p<,01$) ve Tehditlere Karşı Dayanıklılık şema ortalama puanı 3. bölge puanlarından anlamlı derecede yüksektir ($F_{(517)}= 4,71$ $p<,.$). 3. bölge Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim şema ortalama puanı ise 1. bölge puanından anlamlı derecede yüksek ($F_{(517)}= 4,05$ $p<,05$) bulunmuştur. Diğer şema ortalama puanları ise bölgeler göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

4.5. Kişilik Bozuklukları ile Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Kişilik bozuklukları ve erken dönem uyumsuz şemalar puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre, paranoid ve şizotipal kişilik bozuklukları puanları ile erken dönem uyumsuz şemaların tümü arasında anlamlı derecede korelasyon katsayıları saptanmıştır. Tablo 4.10’da görüldüğü üzere paronoid ve şizoid kişilik bozuklukları ile en yüksek korelasyon gösteren şema Sosyal İzolasyon / Güvensizlik şeması iken (paranoid kb ile $r=,63$ $p<,01$ şizoid kb ile $r= ,58$ $p<,01$) en düşük korelasyon gösteren Kendini Feda şemasıdır (paranoid kb ile $r=29$ $p<,01$ şizoid kb ile $r= ,10$ $p<,05$). Şizotipal kişilik bozukluğu ile en düşük ilişki gösteren şemalar cezalandırılma ve yüksek standartlar ($r=,26$ $p<,01$) iken en yüksek ilişki gösteren şema ise Sosyal İzolasyon / Güvensizlik şemasıdır ($r=,59$ $p<,01$). Davranım bozukluğu cezalandırılma şeması ile ilişki göstermezken

($r=.06$ $p>.05$) en düşük ilişkili şema kendini feda ($r=.11$ $p<.05$) en yüksek şema kusurluluktur ($r=.45$ $p<.01$).

Borderline kişilik bozukluğu ile Sosyal İzolasyon/Güvensizlik şeması en yüksek ($r=.55$ $p<.01$) ilişkiyi gösterirken cezalandırılma ve yüksek standartlar şemaları en düşük ilişkiyi ($r=.20$ $p<.01$) göstermiştir. Histriyonik kişilik bozukluğu ile yüksek standartlar ve onay arayıcılık yüksek derecede korelasyon ($r=.45$ $p<.01$) gösterirken duygusal yoksunluk şeması ($r=.16$ $p<.01$) düşük korelasyon göstermiştir. Narsisistik kişilik bozukluğu ile yüksek standartlar ve onay arayıcılık arasında yüksek derecede korelasyon ($r=.45$ $p<.01$) varken duygusal yoksunluk ($r=.13$ $p<.01$) arasında düşük korelasyon gözlenmiştir.

Bağımlı kişilik bozukluğu ile en yüksek iç içe geçme/bağımlılık şeması arasında ,64 ($p<.01$) korelasyon katsayısı hesaplanırken en düşük katsayı ,14 ($p<.01$) ile yüksek standartlar şeması arasında bulunmuştur. Çekingen kişilik bozukluğu en fazla başarısızlık şeması ile ($r=.61$ $p<.01$) ilişki gösterirken en düşük ilişkiyi yüksek standartlar şeması ile ($r=.14$ $p<.01$) göstermiştir. Son olarak, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile başarısızlık şeması arasında anlamlı derecede bir ilişki ($r=.03$ $p>.05$) bulunamazken en düşük ilişki katsayısı kusurluluk şeması ile ($r=.11$ $p<.05$) en yüksek ilişki katsayısı cezalandırılma şeması puanı ile ($r=.40$ $p<.01$) bulunmuştur.

Tablo 4.10: Kişilik Bozuklukları ile Erken Dönem Uyumsuz Şema Ortalama Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		KİŞİLİK BOZUKLUKLARI									
		Paranoid	Şizoid	Şizotipal	Davranım Bozukluğu	Borderline	Histriyonik	Narsisistik	Bağımlı	Çekingen	Obsesif Kompulsif
ŞEMALAR	Duygusal Yoksunluk	,49**	,50**	,45**	,29**	,36**	,16**	,13**	,44**	,51**	,13**
	Başarısızlık	,34**	,35**	,38**	,24**	,37**	,18**	,15**	,61**	,61**	,03
	Karamsarlık	,54**	,39**	,51**	,23**	,52**	,24**	,19**	,46**	,48**	,20**
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,63**	,58**	,59**	,43**	,55**	,32**	,31**	,47**	,56**	,16**
	Duyguları Bastırma	,43**	,54**	,40**	,30**	,36**	,24**	,24**	,35**	,46**	,24**
	Onay Arayıcılık	,39**	,06	,30**	,21**	,38**	,45**	,52**	,40**	,29**	,24**
	İç İç Geçme / Bağımlılık	,44**	,35**	,45**	,31**	,43**	,28**	,26**	,64**	,60**	,21**
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,42**	,29**	,39**	,31**	,44**	,36**	,34**	,20**	,21**	,13**
	Kendini Feda	,29**	,10*	,29**	,11*	,35**	,29**	,20**	,37**	,27**	,26**
	Terk Edilme	,49**	,32**	,44**	,29**	,52**	,35**	,31**	,61**	,50**	,21**
	Cezalandırılma	,31**	,11*	,26**	,06	,20**	,18**	,18**	,30**	,25**	,40**
	Kusurluluk	,47**	,46**	,46**	,45**	,42**	,27**	,27**	,48**	,48**	,11*
	Tehditler Karşısında Dayanaksızlık	,59**	,46**	,51**	,35**	,48**	,35**	,34**	,48**	,46**	,17**
	Yüksek Standartlar	,36**	,20**	,26**	,36**	,20**	,45**	,54**	,14**	,14**	,27**

*p<.05 **p<.01

4.6. Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Kişilik Bozukluklarını Yordama Gücüne Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Erken dönem uyumsuz şema puanlarının kişilik bozuklukları puanlarını yordama gücüne yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinde YŞÖ-KF erken dönem uyumsuz şema puanları (duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme / bağımlılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim, kendini feda, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar) bağımsız değişken, EPBE kişilik bozuklukları puanları (paranoid, şizoid, şizotipal, davranım bozukluğu, borderline, histriyonik, narsisistik, bağımlı çekingen ve obsesif kompulsif KB) bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.11’de verildiği üzere **Paranoid** KB varyansının toplam %49,9’unun (düzeltilmiş $R^2=.499$ $F_{(6,513)}=87,29$ $p<.001$) %39,2’sini Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ($\beta=.627$ $t=5,95$ $p<.001$), % 5,4’ünü Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($\beta=.221$ $t=4,80$ $p<.001$), %3,1’ini Yüksek Standartlar ($\beta=.171$ $t=5,17$ $p<.001$), %1,5’ini Karamsarlık ($\beta=.181$ $t=4,28$ $p<.001$), %0,3’ünü Duygusal Yoksunluk ($\beta=.110$ $t=2,58$ $p<.01$) ve %0,4’ünü (negatif yönde) Başarısızlık ($\beta=-,096$ $t=-2,38$ $p<.01$) şema puanları tarafından yordandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.12’de yer alan regresyon analizi sonuçlarına göre **Şizotipal** kişilik bozukluğu varyansını erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal izolasyon/güvensizlik şeması %34,7 ($\beta=.346$ $t=7,06$ $p<.001$), Karamsarlık %3,6 ($\beta=.183$ $t=4,07$ $p<.001$), Ayrıcalıklık / Yetersiz Özenetim %0,9 ($\beta=.107$ $t=2,66$ $p<.01$), İç içe Geçme / Bağımlılık %0,8 ($\beta=.114$ $t=2,63$ $p<.01$) ve Yüksek Standartlar şemaları %0,4 ($\beta=.073$ $t=2,00$ $p<.05$) olmak üzere toplam %40,4 oranında ($F_{(5,514)}=71,28$ $p<.001$) yordamaktadır.

Tablo 4.13’te yer alan erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal İzolasyon/Güvensizlik **Şizoid** kişilik bozukluğu varyansının %33’ünü ($\beta=.316$ $t=5,76$ $p<.001$), Duyguları Bastırma %5,5’ini ($\beta=.268$ $t=6,36$ $p<.001$), Duygusal Yoksunluk %1,6’sını ($\beta=.168$ $t=3,74$ $p<.001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık %1’ini ($\beta=.139$ $t=3,03$ $p<.01$) ve Yüksek Standartlar %0,5’ini ($\beta=.084$ $t=2,30$ $p<.01$) pozitif yönde; Onay Arayıcılık %2,7’sini ($\beta=-,183$ $t=-4,59$ $p<.001$) ve Kendini Feda %1,3’ünü ($\beta=-,157$ $t=-4,13$ $p<.001$) negatif yönde yordamaktadır. Bu şemalar Şizoid kişilik bozukluğunu toplamda %45,6 oranında (düzeltilmiş $R^2=.456$ $F_{(7,512)}=63,05$ $p<.001$) açıklamaktadır.

Tablo 4.11: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Paranoid KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,604	,033	,627	18,32***	335,65***	.392
2	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,402	,042	,418	9,53***	209,54***	.446
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,398	,056	,313	7,14***		
3	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,389	,041	,404	9,47***	158,88***	.477
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,340	,055	,267	6,16***		
	Yüksek Standartlar	,328	,058	,189	5,68***		
4	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,331	,043	,344	7,70***	126,42***	.492
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,265	,058	,209	4,62***		
	Yüksek Standartlar	,314	,057	,181	5,51***		
	Karamsarlık	,187	,047	,166	3,95***		
5	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,280	,049	,291	5,66***	102,68***	.495
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,253	,058	,199	4,40***		
	Yüksek Standartlar	,319	,057	,184	5,60***		
	Karamsarlık	,185	,047	,164	3,93***		
	Duygusal Yoksunluk	,119	,057	,089	2,10*		
6	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,295	,050	,307	5,95***	87,29***	.499
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,281	,059	,221	4,80***		
	Yüksek Standartlar	,297	,057	,171	5,17***		
	Karamsarlık	,204	,048	,181	4,28***		
	Duygusal Yoksunluk	,150	,058	,110	2,58**		
	Başarısızlık	-,118	,049	-,096	-2,38*		

*,05**,01***,001

Tablo 4.12: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Şizotipal KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,466	,028	,590	16,63***	276,64***	.347
2	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,350	,034	,443	10,21***	161,95***	.383
	Karamsarlık	,224	,040	,242	5,58***		
3	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,318	,036	,403	8,95***	112,67***	.392
	Karamsarlık	,202	,041	,219	5,00***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,092	,031	,118	3,01**		
4	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,273	,039	,346	7,05***	87,58***	.400
	Karamsarlık	,173	,042	,187	4,18***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,100	,031	,127	3,26***		
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,092	,033	,121	2,80**		
5	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,273	,039	,346	7,06***	71,28***	.404
	Karamsarlık	,169	,041	,183	4,07***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,084	,032	,107	2,66**		
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,087	,033	,114	2,63**		
	Yüksek Standartlar	,104	,052	,073	2,00*		

Tablo 4.13: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Şizoid KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,405	,025	,576	16,04***	257,12***	,330
2	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,278	,030	,396	9,13***	163,33***	,385
	Duyguları Bastırma	,293	,043	,296	6,84***		
3	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,321	,031	,457	10,37***	122,43***	,412
	Duyguları Bastırma	,300	,042	,304	7,16***		
	Onay Arayıcılık	-,147	,029	-,181	-5,21***		
4	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,341	,031	,486	10,95***	96,79***	,425
	Duyguları Bastırma	,314	,042	,318	7,55***		
	Onay Arayıcılık	-,114	,031	-,140	-3,72***		
	Kendini Feda	-,137	,040	-,133	-3,47***		
5	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,266	,036	,379	7,36***	82,81***	,441
	Duyguları Bastırma	,297	,041	,301	7,20***		
	Onay Arayıcılık	-,103	,030	-,127	-3,41***		
	Kendini Feda	-,157	,039	-,153	-4,00***		
	Duygusal Yoksunluk	,175	,044	,179	3,97***		
6	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,219	,039	,311	5,67***	72,07***	,451
	Duyguları Bastırma	,281	,041	,285	6,83***		
	Onay Arayıcılık	-,124	,031	-,153	-4,04***		
	Kendini Feda	-,167	,039	-,163	-4,28***		
	Duygusal Yoksunluk	,161	,044	,165	3,68***		
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,139	,043	,149	3,26***		
7	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,222	,038	,316	5,76***	63,05***	,456
	Duyguları Bastırma	,264	,042	,268	6,36***		
	Onay Arayıcılık	-,149	,032	-,183	-4,59***		
	Kendini Feda	-,161	,039	-,157	-4,13***		
	Duygusal Yoksunluk	,164	,044	,168	3,74***		
	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	,129	,043	,139	3,03***		
	Yüksek Standartlar	,106	,046	,084	2,30**		

*,05**,.01***,001

Tablo 4.14'te gösterildiği gibi **Davranım bozukluğu** varyansını ($F_{(6,513)}=41,73$ $p<.001$), Kusurluluk %20 ($R^2=.20$ $\beta=.294$ $t=6,01$ $p<.001$), Yüksek Standartlar %7,5 ($R^2=.075$ $\beta=.270$ $t=6,90$ $p<.001$), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik %1,5 ($R^2=.015$ $\beta=.201$ $t=3,78$ $p<.001$), Cezalandırılma %1,1 (negatif $R^2=.011$ $\beta=-.150$ $t=-3,67$ $p<.001$), Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim %0,5 ($R^2=.005$ $\beta=.103$ $t=2,40$ $p<.05$) ve Kendini Feda (negatif $R^2=.004$ $\beta=-.083$ $t=-1,99$ $p<.05$) %0,4 olmak üzere varyansın toplamda % 32'si ilgili şemalar tarafından yordanmaktadır. Hatırlanacağı üzere Davranım bozukluğu cezalandırma ile ilişki göstermemekle birlikte bu noktada keşifçi veri analizi yöntemi kullanılarak regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.15'de yer aldığı üzere erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal İzolasyon/Güvensizlik **Borderline** kişilik bozukluğunu %30 ($\beta=.198$ $t=4,17$ $p<.001$),

Karamsarlık %5,6 ($\beta=,209$ $t=4,59$ $p<,001$), Terkedilme %3,1 ($\beta=,244$ $t=5,50$ $p<,001$), Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim %3,2 ($\beta=,199$ $t=4,95$ $p<,001$), Cezalandırılma %1 (negatif $\beta=-,135$ $t=-3,53$ $p<,001$) ve Onay Arayıcılık %04 ($\beta=,090$ $t=2,51$ $p<,05$) olmak üzere toplamda %43,3 oranında ($F_{(6,513)}=67,04$ $p<,001$) yordamaktadır .

Histriyonik KB varyansını Tablo 4.16’da görüldüğü üzere Onay Arayıcılık %28,4 ($\beta=,377$ $t=8,54$ $p<,001$), Yüksek Standartlar %6,1 ($\beta=,249$ $t=6,40$ $p<,001$), Terkedilme %1,4 ($\beta=,149$ $t=3,82$ $p<,001$), Cezalandırılma %0,08 (negatif $\beta=-,120$ $t=-3,05$ $p<,01$) ve Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim %07 ($\beta=,105$ $t=2,63$ $p<,01$) olmak üzere tüm bu şemalar toplamda %37,4 ($F_{(5,514)}=63,02$ $p<,001$) oranında açıklanmaktadır.

Tablo 4.14: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Davranım Bozukluğu Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	B	t	F	Düz. R ²
1	Kusurluluk	,515	,045	,449	11,42***	130,51***	,200
2	Kusurluluk	,450	,044	,391	10,25***	99,29***	,275
	Yüksek Standartlar	,429	,058	,282	7,39***		
3	Kusurluluk	,318	,057	,277	5,57***	71,82***	,290
	Yüksek Standartlar	,400	,058	,263	6,90***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,149	,042	,177	3,53***		
4	Kusurluluk	,328	,056	,285	5,82***	59,68***	,311
	Yüksek Standartlar	,443	,058	,291	7,62***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,185	,043	,220	4,35***		
	Cezalandırılma	-,151	,037	-,161	-4,09***		
5	Kusurluluk	,329	,056	,287	5,86***	49,01***	,316
	Yüksek Standartlar	,412	,060	,271	6,91***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,156	,044	,185	3,51***		
	Cezalandırılma	-,161	,037	-,172	-4,35***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,077	,036	,092	2,15*		
6	Kusurluluk	,338	,056	,294	6,01***	41,73***	,320
	Yüksek Standartlar	,410	,059	,270	6,90***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,169	,045	,201	3,78***		
	Cezalandırılma	-,141	,038	-,150	-3,67***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,086	,036	,103	2,40*		
	Kendini Feda	-,102	,051	-,083	-1,99*		

*,05***,01***,001

Tablo 4.17’de yer verildiği gibi; Yüksek Standartlar % 28,7 ($\beta=,380$ $t=10,44$ $p<,001$), Onay Arayıcılık %11 ($\beta=,387$ $t=9,61$ $p<,001$), Kusurluluk % 0,9 ($\beta=,147$ $t=3,10$ $p<,01$), Karamsarlık %1,1 (negatif $\beta=-,147$ $t=-3,33$ $p<,001$), Sosyal İzolasyon / Güvensizlik %0,5 ($\beta=,197$ $t=3,63$ $p<,001$) Duygusal Yoksunluk %1 (negatif $\beta=-,143$ $t=3,00$ $p<,01$) ve Cezalandırılma %0,5 (negatif $\beta=-,088$ $t=-2,29$ $p<,05$) oranlarında olmak üzere tüm bu şemalar %43,7 ($F_{(7,512)}=58,50$ $p<,001$) oranıyla **Narsisistik KB** varyansını açıklamaktadır.

Tablo 4.15: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Borderline KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,424	,028	,549	14,94***	223,21***	,300
2	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,282	,034	,365	8,25***	144,59***	,356
	Karamsarlık	,273	,040	,302	6,81***		
3	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,207	,036	,268	5,69***	110,11***	,387
	Karamsarlık	,212	,041	,234	5,19***		
	Terkedilme	,273	,053	,231	5,17***		
4	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,147	,037	,190	3,95***	94,73***	,419
	Karamsarlık	,169	,041	,187	4,17***		
	Terkedilme	,294	,051	,249	5,71***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,161	,029	,210	5,48***		
5	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,150	,037	,194	4,06***	78,87***	,429
	Karamsarlık	,196	,041	,217	4,77***		
	Terkedilme	,312	,051	,265	6,08***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,173	,029	,226	5,88***		
	Cezalandırılma	-,098	,032	-,114	-3,05**		
6	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,153	,037	,198	4,17***	67,04***	,433
	Karamsarlık	,189	,041	,209	4,59***		
	Terkedilme	,288	,052	,244	5,50***		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,153	,031	,199	4,95***		
	Cezalandırılma	-,116	,033	-,135	-3,53***		
	Onay Arayıcılık	,081	,036	,090	2,21*		

*,05**,.01***,001

Tablo 4.16: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Histriyonik KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Onay Arayıcılık	,619	,043	,535	14,39***	207,19***	,284
2	Onay Arayıcılık	,491	,045	,424	10,89***	137,62***	,345
	Yüksek Standartlar	,492	,070	,272	6,99***		
3	Onay Arayıcılık	,434	,048	,374	9,12***	97,73***	,359
	Yüksek Standartlar	,469	,070	,259	6,71***		
	Terkedilme	,205	,059	,134	3,47***		
4	Onay Arayıcılık	,474	,049	,409	9,59***	76,16***	,367
	Yüksek Standartlar	,483	,070	,267	6,93***		
	Terkedilme	,237	,060	,155	3,96***		
	Cezalandırılma	-,122	,044	-,109	-2,77**		
5	Onay Arayıcılık	,437	,051	,377	8,54***	63,02***	,374
	Yüksek Standartlar	,450	,070	,249	6,40***		
	Terkedilme	,228	,060	,149	3,82***		
	Cezalandırılma	-,134	,044	-,120	-3,05**		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	,105	,040	,105	2,63**		

*,05**,.01***,001

Tablo 4.17: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Narsistik KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Yüksek Standartlar	1,292	,089	,537	14,49***	209,93***	,287
2	Yüksek Standartlar	,935	,090	,389	10,41***	171,77***	,397
	Onay Arayıcılık	,562	,058	,365	9,77***		
3	Yüksek Standartlar	,904	,090	,376	10,08***	119,40***	,406
	Onay Arayıcılık	,528	,058	,343	9,08***		
	Kusurluluk	,194	,064	,107	3,04**		
4	Yüksek Standartlar	,916	,089	,381	10,30***	93,64***	,417
	Onay Arayıcılık	,585	,060	,380	9,69***		
	Kusurluluk	,286	,070	,158	4,11***		
	Karamsarlık	-,201	,063	-,128	-3,17**		
5	Yüksek Standartlar	,909	,089	,378	10,26***	76,93***	,422
	Onay Arayıcılık	,567	,061	,368	9,38***		
	Kusurluluk	,176	,082	,097	2,15*		
	Karamsarlık	-,267	,068	-,171	-3,91***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,168	,067	,126	2,50*		
6	Yüksek Standartlar	,903	,088	,375	10,28***	66,83***	,432
	Onay Arayıcılık	,558	,060	,362	9,29***		
	Kusurluluk	,267	,086	,147	3,09**		
	Karamsarlık	-,262	,068	-,168	-3,86***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,259	,073	,194	3,56***		
	Duygusal Yoksunluk	-,276	,083	-,149	-3,12**		
7	Yüksek Standartlar	,916	,088	,380	10,44***	58,50***	,437
	Onay Arayıcılık	,596	,062	,387	9,61***		
	Kusurluluk	,267	,086	,147	3,10**		
	Karamsarlık	-,229	,069	-,147	-3,33***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,263	,072	,197	3,63***		
	Duygusal Yoksunluk	-,265	,088	-,143	3,00**		
	Cezalandırılma	-,130	,057	-,088	-2,29*		

*,05**,.01***,001

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi **Çekingen KB varyansının** %36,6’sını Başarısızlık ($\beta=,306$ $t=6,88$ $p<,001$), %7’sini İç içe Geçme / Bağımlılık ($\beta=,234$ $t=4,89$ $p<,001$), %3,3’ünü Sosyal İzolasyon / Güvensizlik ($\beta=,141$ $t=2,59$ $p<,01$), %0,8’ini Duyguları Bastırma ($\beta=,143$ $t=3,47$ $p<,001$), % 0,5’ini Kusurluluk (negatif $\beta=-,146$ $t=-2,94$ $p<,01$), %0,7’sini Duygusal Yoksunluk ($\beta=,127$ $t=2,79$ $p<,01$), %0,4’ünü Karamsarlık ($\beta=,112$ $t=2,68$ $p<,01$) ve %0,3’ünü Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim (negatif $\beta=-,073$ $t=-2,01$ $p<,05$) şemaları açıklamaktadır. Adı geçen şemalar toplam varyansın % 49,6’sını ($F_{(8,511)}=64,87$ $p<,001$) yordamaktadır.

Tablo 4.18: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Çekingen KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	B	SH	B	t	F	Düz. R ²
1	Başarısızlık	,852	,049	,606	17,32***	299,98***	,366
2	Başarısızlık	,528	,061	,375	8,63***	202,00***	,436
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,377	,046	,354	8,14***		
3	Başarısızlık	,432	,062	,307	7,00***	153,64***	,469
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,278	,048	,261	5,76***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,259	,045	,234	5,69***		
4	Başarısızlık	,436	,061	,310	7,13***	119,49***	,477
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,250	,049	,235	5,14***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,189	,050	,171	3,76***		
	Duyguları Bastırma	,195	,063	,125	3,078***		
5	Başarısızlık	,471	,063	,335	7,53***	97,68***	,482
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,286	,051	,269	5,65***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,232	,053	,209	4,36***		
	Duyguları Bastırma	,215	,064	,138	3,38***		
	Kusurluluk	-,180	,074	-,119	-2,43**		
6	Başarısızlık	,456	,062	,324	7,31***	83,68***	,489
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,274	,051	,258	5,43***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,178	,056	,161	3,16**		
	Duyguları Bastırma	,208	,063	,134	3,28***		
	Kusurluluk	-,226	,076	-,150	-3,00**		
	Duygusal Yoksunluk	,193	,070	,125	2,74**		
7	Başarısızlık	,437	,063	,310	6,96***	73,13***	,493
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,258	,051	,242	5,08***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,132	,059	,119	2,23*		
	Duyguları Bastırma	,199	,063	,128	3,15**		
	Kusurluluk	-,224	,075	-,149	-2,98**		
	Duygusal Yoksunluk	,198	,070	,129	2,83**		
	Karamsarlık	,124	,053	,096	2,34*		
8	Başarısızlık	,431	,063	,306	6,88***	64,87***	,496
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,249	,051	,234	4,89***		
	Sosyal İzolasyon / Güvensizlik	,156	,060	,141	2,59**		
	Duyguları Bastırma	,222	,064	,143	3,47***		
	Kusurluluk	-,220	,075	-,146	-2,94**		
	Duygusal Yoksunluk	,195	,070	,127	2,79**		
	Karamsarlık	,145	,054	,112	2,68**		
	Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim	-,080	,040	-,073	-2,01*		

*,05**,01***,001

Tablo 4.19’da yer verildiği üzere İç içe Geçme / Bağımlılık şeması **Bağımlı KB** varyansını %41,4 gibi bir oranla yordarken ($\beta=,282$ $t=5,88$ $p<,001$), Başarısızlık %5,9 ($\beta=,309$ $t=7,39$ $p<,001$), Terkedilme %4,2 ($\beta=,267$ $t=6,11$ $p<,001$), Onay Arayıcılık %1,5 ($\beta=,136$ $t=4,10$ $p<,001$) ve Kusurluluk %0,4 (negatif $\beta=-,098$ $t=-2,22$ $p<,05$) oranlarında yordamaktadır. Bağımlı KB varyansı bu şemalar tarafından toplam %53,4 ($F_{(5,514)}=119,90$ $p<,001$) oranında yordanmaktadır.

Tablo 4.19: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Bağımlı KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	İç içe Geçme / Bağımlılık	,570	,30	,644	19,18***	368,01***	,414
2	İç içe Geçme / Bağımlılık	,384	,037	,435	10,34***	233,93***	,473
	Başarısızlık	,376	,049	,322	7,66***		
3	İç içe Geçme / Bağımlılık	,244	,041	,276	5,93***	184,61***	,515
	Başarısızlık	,330	,048	,282	6,93***		
	Terkedilme	,390	,058	,278	6,75***		
4	İç içe Geçme / Bağımlılık	,223	,041	,253	5,47***	147,53***	,530
	Başarısızlık	,329	,047	,282	7,03***		
	Terkedilme	,332	,058	,237	5,68***		
	Onay Arayıcılık	,150	,035	,141	4,25***		
5	İç içe Geçme / Bağımlılık	,250	,042	,282	5,88***	119,90***	,534
	Başarısızlık	,360	,049	,309	7,39***		
	Terkedilme	,374	,061	,267	6,11***		
	Onay Arayıcılık	,144	,035	,136	4,10***		
	Kusurluluk	-,123	,055	-,098	-2,22*		

*,05***,01***,001

Tablo 4.20: Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Obsesif Kompulsif KB Üzerindeki Etkisinin Regresyon Analizi Sonuçları

Model	Yordayıcı Değişkenler	<i>B</i>	<i>SH</i>	β	<i>t</i>	<i>F</i>	Düz. <i>R</i> ²
1	Cezalandırılma	,353	,036	,400	9,95***	98,93***	,159
2	Cezalandırılma	,314	,036	,356	8,72***	60,84***	,187
	Yüksek Standartlar	,257	,058	,179	4,39***		
3	Cezalandırılma	,279	,038	,316	7,25***	43,10***	,196
	Yüksek Standartlar	,246	,058	,172	4,21***		
	Kendini Feda	,125	,050	,108	2,52*		
4	Cezalandırılma	,289	,039	,328	7,50***	33,91***	,202
	Yüksek Standartlar	,243	,058	,169	4,18***		
	Kendini Feda	,154	,051	,133	3,02**		
	Başarısızlık	-,096	,042	-,095	-2,30*		
5	Cezalandırılma	,277	,038	,314	7,19***	29,31***	,214
	Yüksek Standartlar	,213	,059	,149	3,64***		
	Kendini Feda	,118	,052	,102	2,26*		
	Başarısızlık	-,190	,052	-,189	-3,65***		
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,125	,042	,164	2,97**		
6	Cezalandırılma	,271	,038	,308	7,07***	25,41***	,220
	Yüksek Standartlar	,186	,060	,130	3,13**		
	Kendini Feda	,106	,052	,092	2,04*		
	Başarısızlık	-,205	,052	-,203	-3,90***		
	İç içe Geçme / Bağımlılık	,103	,043	,134	2,37*		
	Duyguları Bastırma	,113	,052	,101	2,19*		

*,05***,01***,001

Son olarak Tablo 4.20’de sunulduğu üzere **Obsesif Kompulsif KB** varyansını Cezalandırılma erken dönem uyumsuz şeması % 15,9 ($\beta=,308$ $t=7,07$ $p<,001$), Yüksek Standartlar %2,8 ($\beta=,130$ $t=3,13$ $p<,01$), Kendini Feda %0,9 ($\beta=,092$ $t=2,04$ $p<,05$), Başarısızlık %0,6 (negatif $\beta=-,203$ $t=-3,90$ $p<,001$), İç içe Geçme / Bağımlılık %1,2 ($\beta=,134$ $t=2,37$ $p<,05$), Duyguları Bastırma şemaları %0,6 ($\beta=,101$ $t=2,19$ $p<,05$) toplamda tüm bu erken dönem uyumsuz şemalar ise %22 ($F_{(6, 513)}=25,41$ $p<.001$) oranında açıklamaktadır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma

5.1.1 Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Sıklığına Yönelik Genel Değerlendirme ve Tartışma

Yürütülen çalışmanın ilk amacı olarak kişilik bozukluklarının ergenlerde olası görülme sıklığı ele alınmıştır. Kişilik bozukluğu görülen katılımcılarda birden fazla kişilik bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurularak eş tanı analizi de yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre toplum örnekleminde 14-18 yaş arası ergenlerde bir veya birden fazla kişilik bozukluğu görülme sıklığı kızlarda %22,57, erkeklerde %24,14 olmak üzere tüm örnekleme %23,27 olarak belirlenmiştir. Çok az sayıda çalışma ergenlik döneminde kişilik bozukluğunun görülme sıklığını araştırmıştır ve mevcut çalışmalar farklı örnekleme/değerlendirme prosedürleri kullanmıştır (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32).

Yürütülen çalışmayla uyumlu şekilde ilk olarak toplum tabanlı ergenler örneklemindeki sınırlı sayıda çalışma değerlendirildiğinde, rasgele seçilmiş 9-19 yaş arası 976 ergenin iki yıl boyunca gözlemlendiği, yapılandırılmış görüşmelerin ve kendini değerlendirme envanterlerinin kullanıldığı bir araştırma bulgularına göre en az herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı için %31'lik bir yaygınlık oranı belirlenmiştir (Bernstein vd., 1993). Bir başka araştırmada ise farklı olarak toplum örnekleminde ergen nüfusta KB sıklığının %1.7 gibi daha düşük bir sıklık gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır (Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Klein, 1997). Uzunlamasına verilere dayanarak, toplumda kişilik bozukluğunun kümülatif yaygınlığını araştıran bir başka çalışmada ise psikiyatrik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. DSM-IV'e göre KB'nin nokta prevalansı, dört tanısal değerlendirmede %12.7 ile %14.6 arasında değişmiştir (Johnson vd., 2008). C kümesi kişilik bozukluğu özelliklerinin yaygınlığının ergenlerde incelendiği bir çalışmada ise katılımcıların %28.3'ünün C kümesinin en az bir uyumsuz kişilik modelini gösterdiği belirlenmiştir (Pedrero vd., 2013). Görüldüğü

üzere ergenler arasında kişilik bozukluğu geçerli bir tanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla beraber ergen toplum örnekleminde yapılan ve genel yaygınlık oranını belirten sınırlı sayıda çalışmada çok farklı sıklık oranları karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu farklı sonuçların farklı örneklem ve özellikle farklı değerlendirme prosedürlerinin kullanılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Klein (1997)'in yürüttüğü çalışmada göreceli olarak düşük sıklık tahminleri muhtemelen, gençlerde bile 5 yıl boyunca KB özelliklerinin bulunmasını gerektiren değerlendirmelere sahip Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi'nin (IPDE) kullanılmasının sonucu olduğu düşünülmektedir (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32).

Ergenlerde kişilik bozukluğunun genel yaygınlıkları değerlendirildiğinde çalışmalar %6-17 aralığını işaret etmektedir (Korsgaard, 2017). Oysa görüldüğü üzere bazı çalışmalarda çok farklı sıklık oranlarına da ulaşılabilmektedir. Yürütülen çalışmada ise görece yüksek bir sıklık oranına ulaşılmıştır. Bu durumun gerçekleştirilen değerlendirme prosedürüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Görüşme yöntemleri, kişilik bozuklukları tanısı için standart olarak kabul edilirken, öz bildirim yöntemleri zaman etkili bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte bu yöntem ile belirli kişilik bozukluklarının aşırı tanılanması eğilimi mevcuttur (Ekselius vd., 1994; Zimmerman ve Coryell, 1990). Genel olarak kişilik bozukluğu yaygınlık oranının yüksek çıkması, birçok normal populasyon temelli çalışmayla benzer olarak kullanılan aracın özelliği ile ilişkilendirilebilmektedir (Şenyuva, 2007). Bernstein vd., (1993) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da kendini değerlendirme yöntemlerinin de kullanılmasıyla beraber görece yüksek bir yaygınlık oranının belirlenmiş olması mümkündür. Bununla beraber tanısız görüşmelerle birlikte öz bildirim yöntemlerinin bir arada kullanılmasının borderline kişilik bozukluğu kriterlerini en iyi şekilde belirlediğini belirten çalışmalar mevcuttur (Hopwood vd., 2008). Ayrıca yürütülen araştırmada kullanılan ölçeğin ergenlerde kişilik bozukluklarını değerlendirmek üzere yeni revize edilen ve güvenirlik geçerlilik çalışmalarının henüz gerçekleştirildiği bir ölçek olduğu da dikkate alınmalıdır. Anlaşılacağı üzere bu araştırmalarda kullanılan ölçme değerlendirme yöntemlerinin uyumu yüksek olmasa da, kişilik bozuklukları ergenlik döneminde de yetişkinlerde olduğu gibi yaygındır (Shiner, 2009).

Bu yaygınlıkla beraber ergenlerde kişilik bozukluklarıyla ilgili güncel çalışmalar, teşhisi önerse de pratikte ruh sağlığı uzmanlarının ergenlerde kişilik bozuklukları

teşhisinde gönülsüz olduğu anlaşılmaktadır (Laurensen vd., 2013:2-4). Ergenlerde kişilik bozukluğu sıklığını ve stigma etkisinin rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da klinisyenler tarafından tespit edilen KB tanısının ve prevalansının yarı yapılandırılmış görüşme ile tespit edilenden daha farklı ve daha az sıklıkta olduğu belirlenmiştir (Magallón-Neri, Santacana ve Canalda, 2013). Türkiye’de ise teşhise gönülsüzlükten de önce, alanla ilgili gelişmelerin takip edilmesi ve araştırma yapılmasına yönelik bir problem mevcut gibi gözükmemektedir. İlginçtir ki çocuk, ergen ve yetişkinlerde psikiyatrik belirti ve tanı başvurularını değerlendiren birçok çalışmada kişilik bozukluğu tanısının yaygınlığı konu bile edilmemektedir (Akın-Sarı, 2013; Aras, Ünlü ve Taş, 2007; Keskin, Ünloğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013; Uçar, Vural, Kocael, Köle, Dağdelen ve Kırtıl, 2014). Yine maalesef, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi üzerine yürütülen çalışmalarda kişilik bozukluğu değerlendirmeleri üzerinde durulmadığı dikkat çekmektedir (Çelik vd., 2011; Ünlü, Aksoy ve Ersan, 2014).

Ergen toplum örnekleminde kişilik bozukluklarının sıklığı yetişkin toplum örnekleminde kişilik bozukluğu sıklıkları ile karşılaştırıldığında ise psikologların Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (IPDE) kullandığı bir çalışmada tahmini genel prevalans %9 olarak belirlenmiştir (Samuels, Eaton, Bienvenu, Brown, Costa ve Nestadt, 2002). Yurt dışında genel nüfus çalışmalarında bu bozukluğun yaygınlık oranlarının %6-%15 arasında değiştiği görülmektedir (Şenyuva,2007:142). Ergenlik döneminde KB özelliklerinin en az yetişkinlikte olduğu kadar yaygın olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur. KB özelliklerinin ergenlik döneminden erişkinlik dönemine sıklık anlamında düzenli olarak azalma eğiliminde olduğunu ancak bununla birlikte KB’li ergenlerin genellikle genç yetişkinler olarak yüksek KB özelliklerine sahip olduğuna işaret eden çalışmalar mevcuttur (Johnson vd., 2000b). Ortalama düzeydeki BKB özelliklerinin ergenlikten yetişkinliğe anlamlı bir şekilde azaldığı ancak istikrarın yüksek olduğu da vurgulanmaktadır (Bornovalova vd., 2009:1335-1355). Dolayısıyla ergenlik döneminde KB sıklığı anlamında daha farklı yaygınlık oranlarının sunulabilmesinin bir nedeni olarak bu durumu ele almanın makul olabileceği düşünülmektedir. Her ne kadar KB özelliklerinin yaşla beraber azaldığını gösteren çalışmalar olsa da istikrarın korunabildiği ve bu nedenle KB’lerin ergenlik döneminde değerlendirilmesinin önemi anlaşılmalıdır.

Ergenlerle yürütülen klinik örnekleme sahip çalışmalarda ise zaten oldukça yüksek sıklık/yaygınlık oranlarının belirlendiği görülmektedir. Bu oranların %21-75 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Feenstra vd., 2011; Grilo vd., 1998; Korsgaard, 2017; Levy vd., 1999; Westen vd., 2003: 956). Çok farklı şekilde başka bir psikiyatrik öyküsü olan katılımcılar arasında %3.8 sıklık oranının tespit edildiği çalışmalar da mevcuttur (Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Klein, 1997). Bu çalışmada göreceli olarak düşük prevalans tahminleri muhtemelen, gençlerde bile 5 yıl boyunca KB özelliklerinin bulunmasını gerektiren değerlendirmelere sahip Uluslararası Kişilik Bozukluğu Sınavını (IPDE) kullanılmasının sonucudur (Kongerslev, Chanen ve Simonsen, 2015:32).

Görüldüğü üzere ergenlerde klinik örnekleme KB sıklığı olarak da çok farklı oranlar elde edilmektedir ve çalışılan örneklem ve kullanılan değerlendirme sistemlerinin bu sonuçları önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir. Zaten klinik örnekleme ergenlerde kişilik bozukluklarının tanımlanma yöntemlerinin karşılaştırılmasını amaçlayan bir çalışmada IPDE-SQ, örneklemin %92-97'si civarında bir KB riski tanımlamışken daha sıkı kesme noktaları ile %61,7, TCI % 20 oranında bir KB riski gösterirken, IPDE klinik görüşmesi tarafından belirlenen KB prevalansı %36-38 civarındadır. Aradaki farklar önemli miktardadır ve bu ölçme araçları arasında düşük bir anlaşma sağlandığını söylemek mümkündür (Magollon-vd., 2014:683). KB'nin tanımlanmasında öz bildirim araçlarının arasındaki büyük fark, bu araçların ergenlerde kullanımının değerlendirilmesi gerekliliğini beraberinde getirmekle birlikte tüm bu sonuçlar ile ergenlerin KB özelliklerini yaygın olarak gösterdiği anlaşılmaktadır.

Yürütülen araştırma sonuçlarına göre her bir kişilik bozukluğu için sıklık oranları da belirlenmiştir. Sıklık oranlarının en az Paranoid KB %3,3 en fazla Davranım Bozukluğu ile %5,4 arasında olduğu görülmüştür. Paranoid KB %3,3, Şizoid KB %4,0, Şizotipal KB %5,0, Davranım Bozukluğu %5,4, Borderline KB %3,5, Histriyonik KB %5,0, Narsisistik KB %3,7, Bağımlı KB %4,8, Çekingen KB %4,2 ve Obsesif Kompulsif KB %3,7 olarak bulunmuştur. Bilge ve Bilge (2019) tarafından 13-24 yaş arası bir toplum örnekleminde elde edilen bulgular da yürütülen çalışma ile uyumludur. Bu çalışmada kişilik bozuklukları sıklık oranları, %2.54 ila %5.5 arasında değişmektedir ve elde edilen sıklık oranların literatürdeki çalışmalarla benzerlik gösterdiği vurgulanmaktadır. Kişilik bozuklukları sıklıkları paranoid KB'de %3.26, şizoid KB'de %3.75, şizotipal KB'de %3.38, davranım bozukluğu %5.07, borderline

KB'de %3.63, histriyonik KB'de %3.14, narsisistik KB'de %3.50, çekingen KB'de %5.56, bağımlı KB'de %4.84 ve obsesif-kompulsif KB'de ise %2.54 olarak tespit edilmiştir (Bilge ve Bilge, 2019). Çoğu KB türünde yakın yaygınlık oranlarının belirlendiği gözlemlenmektedir. Bernstein vd., (1993)' nin çalışmasında Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu'nun en yaygın hafif grup olduğu görülmüştür. Şizotipal Kişilik Bozukluğu'nun ise en az görülen Eksen 2 bozukluğu olduğu saptanmıştır. Narsisistik Kişilik Bozukluğu ise en yaygın ciddi grup olarak belirlenmiştir. Paranoid KB orta seviyede %9,4 ciddi seviyede %4,4 ve diğer KB'lerde aynı sıralamayla şizoid KB %4,4-1,8; şizotipal KB %1,8-1,2; histriyonik KB'de %5,3-4,1; narsisistik KB %8,7-6,0; borderline KB %7,8-3; çekingen KB %5,5-2,7; bağımlı KB %4,1-4,1; obsesif kompulsif KB %13,4-2,9 ve son olarak pasif agresif KB ise hem orta seviyede hem ciddi seviyede %5,3 sıklıkta görülmüştür.

Yürütülen çalışmaya benzer bir şekilde klinik olmayan bir lise öğrencisi örnekleminde borderline kişilik bozukluğu ve diğer kişilik bozukluklarının komorbiditesini inceleyen bir çalışmada ikinci aşamada gönüllü olan katılımcılar ile kişilik bozukluğunu değerlendirme görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %23 gibi bir bölümünün borderline kişilik bozukluğu tanısı almasının yanı sıra bu grupta çoğu kişilik bozukluğunun eş tanısı oldukça yüksek bulunmuştur (Chabrol vd., 2002). Çalışmada ikinci aşamaya katılan gönüllü grubun klinik özellikler gösterdiği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte klinik olmayan bir lise öğrencisi grubunda başlayan çalışmanın gönüllülerle gerçekleştirilen ikinci aşamasında yüksek KB oranlarına rastlanması dikkat çekmektedir.

Çinli lise öğrencisi ergenler arasında BKB yaygınlığını inceleyen farklı bir çalışmada yaygınlık %2 olarak belirlenmiştir (Leung ve Leung, 2009). Bu çalışmada her ne kadar tek KB üzerine odaklanan bir değerlendirme prosedürü kullanılmış olsa da BKB için yaygınlık oranlarının yürütülen çalışmaya yakın olduğunu söylemek mümkündür. Farklı bir çalışma ise 16-18 yaş arası lise öğrencisi ergenlerde borderline kişilik belirtilerinin prevalansını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Katılımcılar çoklu değerlendirme yöntemi ile değerlendirilmiştir ve katılımcıların %0,9'u BKB belirtileri doğrultusunda tanı almıştır (Mohammadi, Shamohammadi ve Salmanian, 2014:147). Ergenlerde C kümesi KB özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise en yaygın obsesif kompulsif KB olmak üzere çekingen ve bağımlı KB özellikleri sırasıyla daha yaygın bulunmuştur (Pedrero vd., 2013). Yürütülen çalışmada ise bağımlı KB

özelliklerinin daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir. Bahsi geçen son çalışmaların farklı kültürlerde yapıldığına da odaklanılacak olursa farklı yaygınlık oranlarının kültürün psikopatoloji üzerindeki etkisine de dikkat çekebileceği düşünülmektedir.

Klinik örnekleme ergenlerde KB türlerinin yaygınlığını ele alan çalışmalara bakıldığında ise borderline kişilik bozukluğunun en sık, şizoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarının ise en az görülen tür olduğunu bildiren araştırma bulguları mevcuttur (Levy vd., 1999). Klinik örneklem ergenlerde her bir türün yaygınlığı inceleyen başka bir çalışmada ise Paranoid %6, Şizoid %1, Şizotipal %6, Borderline %49, Histironik %7, Narsisistik %4, Çekingen %7, Bağımlı %5, Obsesif Kompulsif %3, Pasif Agresif %20 ve tanımlanmayan KB %20 oranında belirlenmiştir (Grilo vd., 1998). Farklı bir çalışmada ise klinik örneklem ergenlerde en sık görülen kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğudur. Bunu, çekingen kişilik bozukluğu ve başka türlü tanımlanmamış kişilik bozukluğu izlemiştir (Feenstra, Busschbach, Verheul ve Hutsebaut, 2011). Ergenlikte klinik örnekleme Borderline kişilik bozukluğuna odaklanan bir çalışmada ise %14.2 gibi bir oran tanımlanmış ve çeşitli BKB profilleri belirlenmiştir (Auffret, Lenoir, Gauvreau ve Brunault, 2017). Bazı klinik çalışmalarda borderline KB sıklığı bariz şekilde daha fazla gösterilse de diğer KB'ler ile oranların yakın olduğu çalışmalar da mevcuttur. Korsgaard (2017)' in klinik örneklem ergenlerle gerçekleştirdiği çalışmada ise en sık görülen kişilik bozukluğu depresif kişilik bozukluğu %6,5, ardından çekingen %5,9, borderline %5.2, obsesif-kompulsif %3.9, antisosyal %3.3 ve histriyonik %3.3 şeklinde sıralanmıştır. Görüldüğü üzere klinik örnekleme ergenler için her bir KB'de farklı yaygınlık oranları gösteren çalışmalar mevcuttur.

Yürütülen araştırmanın sonucunda elde edilen sonuçlara göre birden fazla kişilik bozukluğu görülme sıklığı kızlarda tüm örnekleme %10,53 oranındadır. Korsgaard (2017)'in çalışmasında kızların onunda (N = 11,% 7.2) birden fazla kişilik bozukluğu mevcuttur. Şenyuva (2007)'nin yetişkin toplum örnekleminde yaptığı çalışmada çoklu tanı KB yaygınlık oranı %4.8'dir. Farklı çoklu tanı oranlarının örneklemlerin ve ölçme prosedürlerinin farklı olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet değişkenine göre kişilik bozuklukları sıklığı değerlendirildiğinde kızlarda en düşük kişilik bozukluğu sıklığı narsisistik KB %2,8 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %6,9'la bağımlı kişilik bozukluğudur. Erkeklerde ise en düşük kişilik

bozukluğu sıklığı bağımlı KB %2,2 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %7,8 ile davranım bozukluğudur. Ayrıca Davranım bozukluğu ortalama puanı erkekler lehine anlamlı derecede yüksekken Borderline kişilik bozukluğu ortalama puanları kızlar lehine anlamlı derecede yüksektir. Diğer kişilik bozuklukları ortalama puanları arasında ise anlamlı derecede farklar bulunmamıştır. Yürütülen araştırmanın bu bulguları DSM tarafından yayınlanan sıklık oranları ve literatürde bazı araştırmalarda ulaşılan sıklık oranlarıyla oldukça uyumludur. Bununla birlikte ergenlerde cinsiyet ve KB'ler arasındaki ilişki gözden geçirildiğinde her bir çalışmada farklı sonuçlara ulaşılabildiği görülmektedir.

İlişkili bulgularla ilgili literatürde ergenleri ele alan araştırma sonuçları gözden geçirildiğinde, kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasının demografik değişkenlerde farklılık göstermediğini belirten çalışmalar mevcuttur (Levy vd., 1999). Yürütülen araştırma bulgularına paralel kişilik bozukluklarının her biri için anlamlı bir cinsiyet farkının bulunamadığı vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, cinsiyet ve belirti şiddeti ile ilgili anlamlılık eğilimi mevcuttur (Korsgaard, 2017). Yanı sıra, kızların Eksen 2 bozukluğu için ölçütleri erkeklerden daha sık karşıladığı da tespit edilmiştir (Feenstra, Busschbach, Verheul ve Hutsebaut, 2011; Korsgaard, 2017). Farklı bir çalışmada ise yürütülen araştırmanın aksine cinsiyetin önemli bir ana etkisi, yalnızca bağımlı kişilik bozukluğu için bulunmakla beraber orta ya da şiddetli bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alma şansı, erkeklerde kızlardan daha yüksek bulunmuştur (Bersntein vd., 1993).

Yürütülen araştırmanın bulgularına uygun şekilde, ergen örnekleme borderline KB ile ilgili araştırmalarda kullanılan farklı kesim noktalarına göre kadınlar lehine anlamlı farklılığa ulaşılmış veya iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Leung ve Leung, 2009). Ayrıca BKB kriterlerini karşılayan erkek ergenlerde daha agresif, yıkıcı ve antisosyal bir tablo varken kadın ergenlerde BKB'nin yetişkinler için tanımlanana daha yakın olduğunu gösteren araştırma sonuçları dikkat çekmektedir (Bradley, Conklin ve Westen, 2005). Cinsiyet ve borderline kişilik belirtileri arasındaki anlamlı bir ilişkiye ulaşamayan çalışmalar da mevcuttur (Mohammadi, Shamohammadi ve Salmanian, 2014:147). Yine yürütülen araştırmanın bulgularına uyumlu şekilde erkeklerin kızlara göre daha fazla antisosyal davranış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Keung Ma, 2005). Çekingen kişilik alt ölçeğindeki ortalama

puanlarda cinsiyete (kadınlarda daha fazla) göre istatistiksel olarak anlamlı farkların bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Pedrero vd., 2013).

Görüldüğü üzere ergenlerde KB literatürünün yeni olması ve yeterince oturmamasından kaynaklı olduğu da düşünülerek cinsiyete ilişkin sonuçlar yönünden çok farklı bulgular mevcut olduğu, bunların bir bölümünün yürütülen araştırmanın bulgularıyla uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber yetişkinler kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar değerlendirildiğinde yürütülen araştırmanın bulgularıyla oldukça uyumlu sonuçlara rastlanmaktadır. Paris (2004)'ün bu konuya odaklanan derleme çalışmasında, her bir kişilik bozukluğu ve cinsiyet arasındaki ilişkilere odaklanan araştırmalar; yürütülen araştırmanın bulgularıyla örtüşür şekilde borderline ve antisosyal kişilik bozukluğunu öne çıkarmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu tanısının daha çok kadın cinsiyette yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Clarkin ve Posner, 2005; DSM-IV, 1994; Lieb vd., 2004; Maier vd., 1992; Widiger ve Weissman, 1991; Swartz vd., 1990; Torgersen vd., 2001; Zanarini vd., 1997). Bununla beraber borderline KB'de sıklık anlamında cinsiyetler arası anlamlı bir farklılığa ulaşmayan çalışmalar da mevcuttur (Grant vd., 2008). Bu sonuçları, borderline kişilik bozukluğu belirtileri ifadesinde ciddi cinsiyet farklılıkları olduğunu gösteren araştırma bulguları çerçevesinde yorumlamak da mümkündür (Hoertel vd., 2014). Nörogörüntüleme çalışmalarının bulguları, borderline KB'de bazı belirtilerin cinsiyet ile ilişkisine aracılık edebilir niteliktedir (Soloff vd., 2005).

Bilindiği üzere 18 yaşın altında antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulamamaktadır. Bunun yerine davranım bozukluğu tanısı ön plana çıkmaktadır. Literatürde yetişkin nüfusta antisosyal KB ile cinsiyet arasındaki ilişkileri değerlendiren çalışmalarda, yürütülen çalışmanın sonuçlarına uyumlu şekilde bu tanının/tanı kriterlerinin erkeklerde daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (DSM-IV, 1994; Golomb vd., 1995; Moran, 1999; Paris, 2004). Bununla birlikte bu bulguları desteklemeyen araştırmalar da mevcuttur (Cale ve Lilienfeld, 2002). Yine yürütülen araştırmanın bulgularıyla uyumlu şekilde literatür, bağımlı KB'nin daha sık kadınlara görüldüğünü gösteren çalışmalar açısından zengindir (DSM-IV, 1994; Coryell ve Zimmerman, 1989; Jackson ve Burgess 2000; Maier vd., 1992; Zimmerman ve Coryell, 1990; Torgersen vd., 2001). Son olarak yürütülen araştırmanın cinsiyete ilişkin bulguları doğrultusunda narsisistik KB'de cinsiyet farklılığının olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte DSM-IV bu tanıyı alanların önemli bir çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğunu

bildirmektedir (DSM-IV, 1994; Torgersen vd., 2001). Bu durumu, narsistik kişilik bozukluğu semptom ifadesinde ciddi cinsiyet farklılıkları olduğunu gösteren çalışma bulgularıyla ilişkili olarak değerlendirmek de mümkündür (Hortel vd., 2018).

Türkiye’de yetişkin toplum örneklemiyle gerçekleştirilen KB araştırmaları cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde ise histriyonik, çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif bozukluklar için kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Öztunç, Bilge ve Bilge, 2015). Ergenler ile yürütülen mevcut araştırmanın bulgularında da kadınlar lehine bağımlı KB’de anlamlı bir farklılığa ulaşıldığı hatırlanacaktır. Şenyuva (2007)’nin yetişkin toplum örnekleminde gerçekleştirdiği araştırmada ise kişilik bozukluğu ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, narsistik kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozukluğunda, cinsiyetler arasında farklılık bulunmasına yönelik bir eğilim belirlenmiştir ki bu durum da yürütülen çalışmanın bulgularını kısmen destekler niteliktedir. Bağımlı kişilik bozukluğunun bakım verenlerin bebeklik ve çocukluk döneminde özerk, bağımsız ve girişken olmayı kısıtlayan aşırı korumacı tutumları ve bu tutumu destekleyen kültürel öğelerle birlikte toplumumuzda yaygın olarak görüldüğü ve özellikle kadınlarda yaygın olduğu düşünülmektedir (Koroğlu ve Bayraktar, 2010:119; Öztürk ve Uluşahin, 2015: 434).

Son olarak yürütülen araştırmanın bölgelere göre kişilik bozuklukları sıklığı sonuçları değerlendirildiğinde ise 1. bölgede en düşük kişilik bozukluğu sıklığı narsistik KB %2,3 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %6,9’la histriyonik kişilik bozukluğudur. 2. bölgede en düşük kişilik bozukluğu sıklığı Obsesif Kompulsif KB %2,2 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı % 7,1’le Bağımlı kişilik bozukluğudur. 3. Bölgede ise en düşük kişilik bozukluğu sıklığı Bağımlı KB %1,8 iken en yüksek kişilik bozukluğu sıklığı %5,5’le Narsistik KB’dir. Ayrıca 2. bölgenin Bağımlı KB ortalama puanı 3. bölge puanından anlamlı derecede yüksekken, 1. bölge Çekingen KB ortalama puanı 3. bölgenin ortalama puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer kişilik bozuklukları ortalama puanları bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Bu sonuçların bu üç bölgenin farklı sosyodemografik yapısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ergen örnekleminde demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, konum, ebeveynlerin mesleği, ebeveynlerin akrabalıkları, ebeveynlerin eğitimi ve doğum sırası) ve borderline kişilik belirtileri arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, yalnızca

ebeveynlerin akrabalıkları sınırda kişilik belirtileriyle zayıf bir korelasyon göstermiştir (Mohammadi, Shamohammadi ve Salmanian, 2014). Kişilik bozuklukları, mesleki durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Ekselius vd., 2001). Ayrıca Öztunç, Bilge ve Bilge (2015)'in araştırmasında gelir değişkenine göre narsistik kişilik bozukluğu dışındaki kişilik bozuklukları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bununla beraber kişilik bozuklukları ile sosyal durum arasında anlamlı bir farklılık tespit etmeyip bu durumu örneklemin özellikleriyle açıklayan çalışmalar da mevcuttur (Şenyuva, 2007). Eaton ve Greene (2018)'in metanaliz çalışması doğrultusunda ırksal ve etnik kimliklerin KB'ler ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Ayrıca ilişki durumu, sosyoekonomik durum (düşük sosyal sınıftaki bireyler için daha yüksek oranlar) ve istihdam durumuna (işsizler için daha yüksek) ilişkin değişen sıklık/yaygınlık bulguları mevcuttur. Dolayısıyla yürütülen çalışma doğrultusunda, değişen sosyodemografik özelliklere göre farklı KB'lerin daha sık görülebildiğine ilişkin sonuçlara ulaşılabildiğini düşünmek mümkün gözükmemektedir.

Yürütülen araştırmanın KB sıklıklarına ilişkin tartışma bölümünü sonlandırırken fark edilecektir ki tüm bu araştırmalar farklı örneklem ve değerlendirme prosedürlerini kullanmanın yanı sıra farklı dönemde yapılmaları nedeniyle farklı DSM ölçütlerini de temel almaktadır. Bu durum da, bu araştırma sonuçlarını yorumlarken dikkate alınması gereken bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. ICD- 10 ve DSM -IV gibi mevcut uluslararası sınıflandırma sistemlerinde kişilik bozukluğu tanı kılavuzlarıyla ilgili birçok zorluk vardır. Kişilik bozuklukları sadece Eksen I bozuklukları ile önemli ölçüde örtüşmekle kalmaz, aynı zamanda yüksek oranda komorbidite ve çoklu kişilik bozuklukları tanısı ile güçleşebilmektedir fakat aynı zamanda çekirdek kişilik patolojisinin yeterli şekilde yakalanamamasına neden olabilmektedir. Yanı sıra semptomatik özelliklerden yola çıkarak tanımlama yapan DSM-IV'ün 2. eksenini için daha az ciddi ancak yine de klinik olarak anlamlı kişilik patolojisi teşhisinde zorluk çektiğini gösteren araştırma bulguları mevcuttur.

Klinikte kişilik sorunları nedeniyle tedavi gören hastaların sadece %39.4'ünde tanınan eksen 2 bozuklukları saptanabilmiştir (Westen ve Arkowitz-Westen, 1998). Yanı sıra kişilik bozukluğunun klinik değerlendirmelerinin çok güvenilir olmadığı ve öz bildirim envanterlerinin çok fazla psikopatoloji ürettiği gösterilmiştir (Zimmerman, 1994). Ayrıca mevcut sınıflandırmalar kişilik bozukluğu tedavi seçiminde de

yararsızdır (Sarkar ve Duggan, 2010). DSM-5'in bu konuda bazı yenilenmeleri beraberinde getirdiği bilinmektedir. Bununla beraber kişilik bozukluklarını çok farklı gruplamalar ile ele alan kuramsal yaklaşımlar ve bu yaklaşımlara dayanan değerlendirme araçları mevcuttur (Masterson, 2015; Kernberg, 2012). Görüldüğü üzere yetişkinlerde KB'yi tanımlama ve değerlendirme modelleri bile bu denli farklılık gösterirken ve üzerine yeterince anlaşıma sağlanamamışken işin içine ergenlerde KB'yi incelemek girdiğinde işler iyice karışmaktadır ki bu da değerlendirmeye alınması gereken çok farklı sıklık oranlarını da gündeme getirebilmektedir. Tüm bu bulgularla beraber ister KB, ister KB özellikleri/öncülleri olarak adlandırılınsın; ergenlerde KB değerlendirilmesinin çok önemli olduğuna dair anlayışın açıkça ortaya konulduğu düşünülmektedir.

5.1.2 Ergenlerde Kişilik Bozuklukları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemaların İlişkisine Yönelik Genel Değerlendirme ve Tartışma

Yürütülen çalışma sonucunda ergenlerde erken dönem uyumsuz şemaların küme A, B ve C kişilik bozuklukları ile önemli derecede ilişkili bulunduğu görülmüştür. Klinik olmayan ergen örneklemindeki erken dönem uyumsuz şemalara ilişkin bu sonuçlar, kişilik bozukluklarını boyutsal olarak ele alan ve gelişimine odaklanan yaklaşımlar açısından önemlidir. Ergenler örnekleminde gerçekleştirilen kişilik bozukluğu ve erken dönem uyumsuz şemaları birleştiren çalışma sayısının yok denecek kadar az olmasından ötürü yürütülen çalışmanın bulguları genellikle yetişkin örnekleminde yürütülen çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Thimm (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da tüm şema alanlarının kişilik bozukluğu kümelerinin tamamıyla ilişkili olduğu görülmüştür.

Yürütülen çalışmada elde edilen sonuçlar ile erken dönem uyumsuz şemaların kişilik bozukluğu türlerini ergenlerde %22 ila %53,4 aralığında yordayabildiği sonucuna ulaşılmıştır. Carr ve Francis (2010b)'in klinik olmayan örnekleminde elde ettiği sonuçlar ise varyansın % 14.4 ile %31.2'sini açıkladığını göstermiştir. Reeves ve Taylor (2007) ise bu etkiyi %4-13 arasında bildirmiştir. Yürütülen çalışmada, sadece erken dönem uyumsuz şemaların yordayıcı olarak incelenmesi mevcutken diğer araştırmalarda farklı yordayıcı değişkenler de mevcuttur. Çalışmalarda, çeşitli değişkenlerin kontrol edilmesine dair farklı anlayışların kullanıldığı, çok farklı örneklem büyüklüklerinin

mevcut olduğu ve farklı değerlendirme prosedürlerinin kullanıldığı dikkat çekmektedir. Yanı sıra yürütülen mevcut araştırmada ergen örneklemin kullanılması, yaş aralığından ötürü bazı erken dönem uyumsuz şemaların yeterince pekişip kararlı hale gelmemesini beraberinde getirebilmektedir. Bu durumun da çeşitli ve değişken şemaların daha fazla olmasını ve dolayısıyla KB özelliklerinde daha fazla açıklayıcı rol oynamalarını beraberinde getirebileceği düşünülmektedir.

Yürütülen araştırma sonucunda kişilik bozuklukları ve erken dönem uyumsuz şemalar puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi sonucunda her bir kişilik bozukluğu ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır. İlk olarak paranoid kişilik bozuklukları puanları ile şemaların tümü arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır. Bu kişilik bozukluğu ile en yüksek koralasyon gösteren şema, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik şemasıdır. Paranoid KB varyansının toplam %49,9'unun %39,2'sini Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ve Kötüye Kullanma olmak üzere Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Yüksek Standartlar, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk ve (negatif yönde) Başarısızlık şema puanları tarafından yordandığı tespit edilmiştir. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Paranoid KB ile Güvensizlik ve Kötüye Kullanma arasında pozitif, Sosyal İzolasyon arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada ise Paranoid KB ile Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şema alanı ile pozitif ve Sosyal İzolasyon şema alanı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örneklemde yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise paronoid KB; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma olmak üzere Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme ve Tutarsızlık, Sosyal İzolasyon, Kusurluluk ve Utanç, Başarısızlık, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık erken dönem uyumsuz şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Görüldüğü üzere yürütülen çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu şekilde paranoid KB ile en yoğun ilişkiyi gösteren şemalar başta olmak üzere çoğu şema noktasında benzer sonuçlar mevcuttur. Bununla beraber yürütülen çalışmada çok fazla sayıda şema ile ilişki kurulmasını, ergenlik döneminde henüz yeterince kararlı hale gelmemiş kişilik özellikleri ve erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkilendirmek mümkün gözükmemektedir.

Yürütülen çalışma sonucunda şizoid kişilik bozuklukları puanları ile şemaların neredeyse tümü arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır. Bu kişilik bozukluğu ile en yüksek koralasyon gösteren şema Sosyal İzolasyon/Güvensizlik şemasıdır. Şizoid kişilik

bozukluğu varyansını erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal İzolasyon/Güvensizlik %33'ünü olmak üzere Duyguları Bastırma, Duygusal Yoksunluk, Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ve Yüksek Standartlar pozitif yönde; Onay Arayıcılık ve Kendini Feda negatif yönde yordamaktadır. Bu şemalar Şizoid kişilik bozukluğunu toplamda %45,6 oranında açıklamaktadır. Yürütülen araştırmanın bulgularına paralel olarak Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Şizoid KB, Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur. Yine Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada Şizoid KB ise Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örneklemde yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise şizoid kişilik bozukluğu özellikleri erken dönem uyumsuz şemaların hiçbirisiyle ilişkilendirilememiştir. Bu sonucu, örneklemde ağırlıklı olarak C kümesi kişilik özelliklerinin bulunması ile açıklamak mümkün gözükmemektedir. Nasiri, Fazel ve Mirjafari (2016)'nin gerçekleştirdiği çalışmada ise normal popülasyon ile şizoid KB hastaları arasında Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Duygusal Yoksunluk, Kusur ve Utanç, Sosyal İzolasyon, Başarısızlık, Haklılık ve Büyükleme, Yetersiz Özdenetim; Kendini Feda Etme, Duygusal Bastırma gibi erken dönem uyumsuz şemalar bakımından iki grup arasındaki önemli farklar bulunmuştur. Görüldüğü üzere araştırmalarda öne çıkan şemalar büyük oranda benzerlik göstermektedir. Kişiliğin ve bozukluklarının boyutsal yapısı göz önünde bulundurulduğunda aslında birçok erken dönem uyumsuz şema ile farklı oranlarda ilişki kurulması olası gözükmemektedir.

Yürütülen araştırmanın sonucunda şizotipal kişilik bozukluğu ile şemaların tümü arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır. En yüksek ilişki gösteren şema, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik şeması olarak belirlenmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu varyansını erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal izolasyon/güvensizlik şeması %34,7 oranında, Karamsarlık, Ayrıcalıklık / Yetersiz Özdenetim, İççe Geçme / Bağımlılık ve Yüksek Standartlar şemaları olmak üzere toplam %40,4 oranında yordamaktadır. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada da Şizotipal KB ve Sosyal İzolasyon erken dönem uyumsuz şeması arasında önemli bir ilişki saptanmıştır. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada ise Şizotipal KB; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık erken dönem

şemaları tarafından açıklanabilir görülmektedir. Yürütülen çalışmada da benzer şekilde en yüksek ilişkinin saptandığı şemalardan biri Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlıktır. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örnekleme yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise şizotipal kişilik bozukluğu özellikleri erken dönem uyumsuz şemaların hiçbirisiyle ilişkilendirilememiştir. Bu durumun örneklemin ağırlıklı C kümesi kişilik bozukluğu özelliklerine sahip, kaygılı ve depresyonda olan hastalardan oluşmasından kaynaklı olarak çalışmada erken dönem uyumsuz şemaların dağılımını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Görüldüğü üzere Sosyal İzolasyon/Güvensizlik erken dönem uyumsuz şeması, A kümesindeki tüm kişilik bozukluklarını önemli oranda açıklamaktadır. Bu bulgu, bu kümede yer alan kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisinde bu şemanın ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte ergenlerde çok daha fazla erken dönem uyumsuz şemanın A kümesi ile ilişki içinde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durumu ergenlik döneminde henüz yeterince kararlı hale gelmeyen çok yönlü kişilik ve şema özellikleriyle açıklamak mümkün gözükmemektedir.

Yürütülen araştırmanın sonucunda davranım bozukluğu cezalandırılma şeması ile ilişki göstermezken en yüksek ilişkili şema olarak kusurluluk karşımıza çıkmaktadır. **Davranım bozukluğu** varyansını; Kusurluluk %20 olmak üzere Yüksek Standartlar, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Cezalandırılma (negatif), Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim ve Kendini Feda negatif şekilde toplamda %32 oranında ilgili şemalar yordamaktadır. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada antisosyal KB ile Yetersiz Özdenetim ile pozitif Sosyal İzolasyon ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmada ise antisosyal KB semptomları, erken dönem uyumsuz şemalar tarafından anlamlı şekilde yordanamamıştır (Carr ve Francis, 2010b). Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örnekleme yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında da antisosyal kişilik bozukluğu özellikleri erken dönem uyumsuz şemaların hiçbirisiyle ilişkilendirilememiştir. Bu durum örneklem özellikleri ve eş tanı kontrollerine ilişkin anlayışla açıklanmaktadır. Aksine Ashiq, Riaz ve Riaz (2018)'ın klinik olmayan örnekleme üniversite öğrencileri ile olan çalışmasında B kümesinin tüm kişilik bozuklukları erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

İlişkili olarak yetişkin örnekleme Antisosyal KB ile ilgili çalışmalar incelendiğinde Shorey, Anderson ve Stuart (2014)'ün klinik erkek örneklem ile gerçekleştirdiği çalışmada antisosyal kişilik semptomları ile beş maladaptif şema alanı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Yürütülen çalışmada da çoğu erken dönem uyumsuz şema ile pozitif ilişki kurulduğu görülürken ek olarak birçok şema alanı tarafından farklı oranlarda açıklandığı da dikkat çekmektedir. Zaten paralel olarak Gilbert ve Daffern (2013) tarafından suçlularla gerçekleştirilen bir başka çalışmada da ASKB ile özellikle Zedelenmiş Sınırlar şema alanı arasında ilişki kurulabilmesine rağmen bireysel olarak kurulan şema ilişkilerine de odaklanılarak erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin bireysel olarak değerlendirilmesinin kritik olduğu öne sürülmektedir. Chakhssi, Bernstein ve Ruiter (2014)'ın kişilik bozukluğu olan suçlu katılımcılar ile gerçekleştirdiği çalışmada ise antisosyal yönler; Güvensizlik / Kötüye Kullanma, Yetersiz Özdenetim erken dönem uyumsuz şemaları ile anlamlı şekilde ilişkili ve Boyun Eğme ile önemli ölçüde ancak olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur. Corral ve Calvete (2014) ise mahkum erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında antisosyal KB özelliklerinin en fazla Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Sınırlar şema alanları ile bağlantılı olduğunu belirlemişlerdir.

Özdel vd. (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ASKB'li bireylerin kontrol grubuna göre Duygusal Yoksunluk, Haklılık/Büyüklenmecilik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık ve Sosyal İzolasyon isimli şemalarda hem kayda değer hem de klinik olarak anlamlı yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Yanı sıra, Bağımlılık/Yetersizlik, Kusurluluk ve Utanç, Duyguları Bastırma, Başarısızlık ve Boyun Eğme şemalarında da ASKB'li deneklerin kontrol grubuna kıyasla önemli derecede yüksek puanlar elde ettikleri ortaya çıkmıştır. Tremblay ve Dozois (2009) tarafından antisosyal davranışlarla ilgili olması bakımından erken dönem uyumsuz şemalar ile saldırganlık özelliğinin ilişkisini incelemek amacıyla klinik olmayan genç bir örnekleme gerçekleştirilen çalışmada ise saldırganlık özelliği ile en güçlü ve benzersiz bir şekilde ilişkili olan şemalar; Güvensizlik, Haklılık/ Büyüklenmecilik, Yetersiz Özdenetim şeklinde belirlenmiştir. Haklılık/ Büyüklenmecilik ile kendiliğinden bildirilen saldırgan davranış arasında bir ilişki bulmuştur (Calvete, 2008). Görüldüğü üzere araştırmalarda bu alanda öne çıkan erken dönem uyumsuz şemalar, çeşitlenmektedir. Ayrıca bazı araştırmalar şemalar ile ilişki kuramazken farklı araştırmalar farkı erken dönem uyumsuz şemaları daha fazla

ilişkili olarak tespit etmiştir. Bununla birlikte çalışmalarda yine bazı ortak şemalar dikkat çekmektedir. Bu durum antisosyal KB özelliklerinin karmaşık doğası ile ilişkili olabileceği gibi yürütülen araştırmada zaten ergenlerde Davranım Bozukluğu olarak ele alınan farklı öncül bir tanı söz konusudur.

Yürütülen araştırmada tüm erken dönem uyumsuz şemalarının Borderline KB ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal izolasyon/Güvensizlik şeması, Borderline kişilik bozukluğu ile en yüksek ilişkiyi göstermiştir. Yanı sıra en yüksek ilişki gösteren bazı şemalar; Terk Edilme, Karamsarlık, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık, Ayrıcalıklılık ve Yetersiz Özdenetim, İç içe Geçme ve Bağımlılık şeklindedir. Young, Klosko ve Weishaar (2009)'ın çalışmasında da BKB'nin neredeyse tüm şemalar ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve öne çıkan şemaların Güvensizlik, Terk Edilme, Yetersiz Özdenetim, Cezalandırılma gibi şemalar olduğu eklenmiştir.

Yürütülen araştırma sonucunda erken dönem uyumsuz şemalarından Sosyal İzolasyon/Güvensizlik **Borderline** kişilik bozukluğunu %30 olmak üzere, Karamsarlık, Terkedilme, Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim, Cezalandırılma negatif ve Onay Arayıcılık toplamda %43,3 oranında yordamaktadır. Ergenlerde modlarla ilgili yapılan bir çalışmada ise Borderline kişilik bozukluğu olan 42 ergen hastada fonksiyonel olmayan şema modları ile BKB arasındaki ilişki deneysel olarak değerlendirilmiştir ve modların bir bölümü, varyansın %58'ini açıklamıştır. Literatür incelendiğinde, son yıllarda yapılan araştırmalarda öne çıkan KB türü olan borderline; erken dönem uyumsuz şemalar alanında da bu durumu sürdürür gözükmektedir. Macik (2018)'in yetişkinlerle gerçekleştirdiği çalışmada ise BKB varyansının %26'sı şemalar tarafından açıklanmıştır.

Ergenlerle ilgili konu kapsamında ulaşılabilen tek çalışma olan Lawrence, Allen ve Chanen (2011)'in klinik ergen grubuyla BKB'de rol oynayan hususi şemaları araştıran bir çalışması mevcuttur. Yürütülen araştırmanın bulgularına uygun şekilde BKB'li katılımcıların 'iç içe geçme', 'kendini feda', 'katı standartlar' ve 'hak görme/yetkinlik' şemaları hariç diğer pek çok şemada kayda değer derecede yüksek puanlar aldıkları ortaya konmuştur. Aynı şekilde 'terk edilme', 'güvensizlik ve istismar' ile 'Kopukluk ve Reddedilmişlik' şema alanındaki erken dönem uyumsuz şemaların BKB'li ergen grupta en dikkat çeken şemalar olduğu belirlenmiştir. Yine Ashiq, Riaz ve Riaz (2018)'in klinik olmayan örnekleme üniversite öğrencileri ile olan çalışmasında B-

kümesinin tüm kişilik bozukları erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Macik (2018)'in klinik olmayan yetişkin katılımcılar ile gerçekleştirilen çalışmasında Borderline kişilik özellikleri söz konusu olduğunda, önemli bir oranla Terk Edilme ve Tutarsızlık, Kendini Feda Etme, Kusurluluk ve Utanç ve son olarak Karamsarlık erken dönem uyumsuz şemalarının açıklayıcı olduğu vurgulanmaktadır. Yürütülen araştırma sonuçlarına ilişkin kısmen tutarlı veriler mevcuttur.

Jovev ve Jackson (2004) tarafından yetişkin klinik katılımcılara gerçekleştirilen çalışmada BKB grubunda özellikle Bağımlılık/ Yetersizlik, Kusurluluk/ Utanç ve Terk Edilme ve Tutarsızlık üzerine yüksek puanlar bulunmuştur. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örnekleme yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise Borderline KB en yüksek Terk Edilme ve Tutarsızlık olmak üzere sırasıyla Kusurluluk ve Utanç, Sosyal İzolasyon, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık, Duygusal Yoksunluk, Bağımlılık/ Yetersizlik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şemaları ile ilişkili bulunmuştur. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Borderline KB için Terk Edilme ve Tutarsızlık, Sosyal İzolasyon pozitif ve Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik negatif yönde açıklayıcı olmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmada ise borderline KB semptomları, erken dönem uyumsuz şemalar tarafından anlamlı şekilde yordanamamıştır (Carr ve Francis, 2010b).

Shorey, Anderson ve Stuart (2014)'ün yetişkin klinik erkek örneklem ile gerçekleştirdiği çalışmada borderline kişilik semptomları ile beş erken maladaptif şema alanı arasında da pozitif ilişki bulunmuştur. Bach ve Farrell (2018)'in gerçekleştirdiği çalışmada Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Kusurluluk ve Utanç erken dönem uyumsuz şemalarının BKB hastalarını diğer KB grubundan, benzer şekilde, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Kusurluluk ve Utanç, Yetersiz Özdenetim erken dönem uyumsuz şemalarının BKB hastalarını sağlıklı kontrollerden benzersiz şekilde ayırt ettiği tespit edilmiştir. Cohen vd. (2016)'nin gerçekleştirdiği çalışma sonucunda erken dönem uyumsuz şemala alanlarının BKB tanısı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve diğer duygudurum tanılarına ilişkin ayırt edici olduğu görülmüştür. BKB, beş şema alanından dördüyle sağlam bir şekilde ilişkilendirilirken en belirleyici şema alanının ise Kopukluk ve Reddedilmişlik alanı olduğu görülmüştür.

Specht, Chapman ve Cellucci (2009) tarafından tutuklu kadınlarla gerçekleştirilen bir çalışmada Kopukluk ve Reddedilmişlik ve Zedelenmiş Sınırlar şema alanlarının BKB patolojisi ile ilişkilendirildiği görülmüştür. Gilbert ve Daffern (2013) tarafından suçlularla gerçekleştirilen bir başka çalışmada da BKB ile özellikle Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı arasında ilişki kurulabilmesine rağmen bireysel olarak kurulan şema ilişkilerine de odaklanılarak erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin bireysel olarak değerlendirilmesinin kritik olduğu öne sürülmektedir. Corral ve Calvete (2014) ise mahkum erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında borderline KB özelliklerinin Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Sınırlar şema alanları ile bağlantılı olduğunu belirlemişlerdir.

Ayrıca literatür borderline KB’de bir adım öne giderek bu bozukluğun özelliklerini ayrıntılı bir şekilde erken dönem uyumsuz şemalar ile ilişkilendirerek daha spesifik bir model sunmaya çalışmaktadır. Esmailian vd. (2019) tarafından klinik olmayan bir örnekleme üniversite öğrencilerinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada ise belirli erken dönem uyumsuz şemaların farklı BKB özellikleriyle benzersiz ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kimlik sorunları; Terk Edilme, Yetersiz Özdenetim, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık ile benzersiz bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Borderline KB’deki olumsuz ilişkiler; Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Terk Edilme ve Tutarsızlık şemaları ile bağlantılar göstermiştir. Son olarak, BKB patolojisinin özelliklerinden biri olarak değerlendirilen kendine zarar verme; Duygusal Yoksunluk ve Başarısızlık şemaları ile bağlantılı bulunmuştur. İlginç bir şekilde, duygusal dengesizlik erken dönem uyumsuz şemalar ile benzersiz bir ilişki göstermemiştir.

Frias vd. (2017) tarafından klinik yetişkin örnekleme gerçekleştirilen çalışmada ise boyutsal psikopatoloji ile ilgili olarak, Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı daha fazla intihar düşüncesi, fiziksel/açık saldırganlık ve paranoya gibi psikotik benzeri semptomları öngörürken Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ise daha fazla öfke/iç saldırganlık ve fobik anksiyete gibi içselleştirici semptomları yordamıştır. Kategorik psikopatolojiye ilişkin olarak ise Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı, yeme bozukluğu ile yaşam boyu süren komorbidite ve travma sonrası stres bozukluğu varlığını anlamlı olarak yordamıştır. Bu durum, her bir kişilik bozukluğunun daha farklı belirtilerini yoğun olarak yaşayan gruplarda farklı şemaların ön plana çıkabildiğini kanıtlar niteliktedir ki yapılan pek çok araştırmada örneklemin bu yönde

nasıl bir dağılım gösterdiğine dair soru işaretleri söz konusudur. Görüldüğü üzere özellikle B kümesi KB'lerin çok sayıda şema ile farklı oranlarda ilişkilendirilmesi söz konusudur. Özellikle de kişilik bozukluklarını Borderline Kişilik Örgütlenmesi (Clarkin, Kernberg ve Yeoman, 2012) gibi çok farklı çatı altında gruplandıran (Kohut, 2006) veya kişilik bozuklukları için alt türler veya üst savunmalar belirleyen (Master, 2015) çok farklı KB anlayışları düşünüldüğünde ve kişilik bozukluğuyla ilgili boyutsal anlayışın giderek önem kazandığı düşünüldüğünde öne çıkan şema alanları dikkat çekmekle beraber şemalar doğrultusunda bireysel formülasyonun gözden kaçırılmamasının gerekliliği unutulmamalıdır.

Barazandeha vd. (2016) tarafından gerçekleştirilen derleme çalışmasında Borderline KB ile Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanının en ilişkili alan olduğunun en az on araştırmada onaylandığı görülmektedir. Yürütülen araştırmanın bulgularıyla uyumlu şekilde BKB'de yüksek derecede onaylanmış şemalar ise Terk Edilme ve Tutarsızlık, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma, Sosyal İzolasyon, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Utanç şeklinde belirlenmiştir. Görüldüğü üzere literatürde BKB ile ilgili daha çok Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı ön plana çıkmaktadır. Ergenler üzerinden baktığımızda ise BKB'li gençlerde pek çok şemanın ön plana çıkabildiği, bunun vakadan vakaya değişebileceği; dolayısıyla belirli şemalar ile BKB arasında kalıp şeklinde bağlar kurulamayacağı da unutulmamalıdır.

Yürütülen araştırmanın sonucunda **Histriyonik kişilik** bozukluğunun da tüm erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu ve en yüksek korelasyonu Yüksek Standartlar ve Onay Arayıcılık şeması ile gösterdiği belirlenmiştir. Histriyonik KB varyansını Onay Arayıcılık %28,4 olmak üzere; Yüksek Standartlar, Terkedilme, Cezalandırılma negatif ve Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim toplamda %37,4 oranında açıklanmaktadır. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örnekleme yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise Histriyonik KB ise Haklılık/Büyüklenmecilik erken dönem uyumsuz şeması ile ilişkili bulunmuştur. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Histriyonik KB için ise Duygusal Bastırma erken dönem uyumsuz şeması negatif yönde açıklayıcı rol oynamıştır. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmada histriyonik KB ise Terk Edilme ve Tutarsızlık arasında pozitif; Duygusal Baskılama, Sosyal İzolasyon, Haklılık/ Büyüklenmecilik ile negatif anlamlı veya anlamlıya yakın ilişkili bulunmuştur. Corral ve Calvete (2014) ise

mahkum erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında histriyonik KB özelliklerinin Kopukluk ve Reddedilmişlik şema alanı ile negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Ashiq, Riaz ve Riaz (2018)'ın klinik olmayan örnekleme üniversite öğrencileri ile olan çalışmasında B-kümesinin tüm kişilik bozukları erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Görüldüğü üzere histriyonik KB için de daha farklı ve çeşitli erken dönem uyumsuz şemalar ön plana çıkmakla birlikte ortak şemalar da dikkat çekmektedir. Bu durum, örneklemeleri ve prosedürleri çok farklı olan çalışma örneklerinden kaynaklanabileceği gibi bu kişilik bozukluğunun kendine özgü henüz yeterince netleştirilememiş yapısına ilişkin de olabileceği düşünülmektedir. Farkedileceği üzere B kümesi kişilik bozuklukları türlerinde bu durum daha yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum B kümesinin bazı temel özelliklerinden kaynaklanabileceği gibi bu küme üzerine daha fazla araştırma yapılması ile de açıklanabilir.

Yürütülen araştırma sonucuna göre narsisistik kişilik bozukluğu ile tüm erken dönem uyumsuz şemalar arasında anlamlı ilişkiler kurulduğu saptanmıştır. Yüksek standartlar ve onay arayıcılık en yüksek dereceli korelasyona sahip şemadır. Yüksek Standartlar %28,7 oranında olmak üzere; Onay Arayıcılık, Kusurluluk, Karamsarlık negatif, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duygusal Yoksunluk ve Cezalandırılma negatif şekilde **Narsisistik KB** varyansını açıklamaktadır. Toplam açıklama oranı %43,7'dir. Young, Klosko ve Weishaar (2009)'un çalışmalarında ise Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Hak Görme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Sosyal İzolasyon, Başarısızlık, Yüksek Standartlar, Cezalandırılma, Onay Arayıcılık gibi şemaların ön plana çıktığı belirtilmiştir.

Ashiq, Riaz ve Riaz (2018)'ın klinik olmayan örnekleme üniversite öğrencileri ile olan çalışmasında B kümesinin tüm kişilik bozukları erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı derecede pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Reeves ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Narsisistik KB'de Haklılık/ Büyüklenmecilik, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma etkili gözükmektedir. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örnekleme yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise narsisistik KB en yüksek Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık olmak üzere Duyguları Bastırma ve Yetersiz Özdenetim ile ilişkili bulunmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örnekleme gerçekleştirilen çalışmada narsisistik KB ise Kendini Feda Etme, Kusur ve Utanç ile

negatif; Haklılık/ Büyüklenmecilik ile pozitif yönde anlamlı veya anlamlıya yakın ilişkili bulunmuştur. Corral ve Calvete (2014) ise mahkum erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında narsisistik KB özelliklerinin Zedelenmiş Sınırlar şema alanı ile pozitif ve Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ile negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Görüldüğü üzere sınırlı sayıda araştırmada Yüksek Standartlar şeması ön plana çıkan bir şema olarak sunulmamaktadır. Bu ergen örneklem ile ilişkili olabileceği gibi örneklemin farklı yapıdaki narsisistik KB özelliklerini daha yoğun barındırıyor olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Üzümcü (2016)'nın klinik olmayan ve genç üniversite öğrencisi katılımcılarla gerçekleştirdiği çalışmasında da algılanan ebeveyn tutumlarına göre Zedelenmiş Sınırlar ve Diğer Yönelimlilik şema alanları aracılığıyla veya Yüksek Standartlar/Bastırılmışlık şema alanları aracılığıyla kırılmalı/büyüklenmeci narsisistik kişilik özelliklerinin yordandığı görülmüştür. Son olarak B kümesi grubu kişilik bozukluklarının her birinde literatürden farklı olarak dikkat çekici şekilde Cezalandırılma erken dönem uyumsuz şeması ile negatif yönlü ilişki kurulduğu görülmüştür. Bu durumun daha fazla araştırma neticesinde bu küme için dikkate alınması gereken ek bir özellik olarak değerlendirmek olası gözükmemektedir. Cezalandırıcılık şeması, bireyin yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancıdır. Bu kümede, ebeveynlerin yetersiz ve/veya tutarsız sınırlar koyması ile ilişkili de olarak daha dürtüsel özelliklere sahip olunması neticesinde ergenlerde böyle bir tablonun ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Yürütülen araştırma sonucunda bağımlı kişilik bozukluğu ile tüm erken dönem şemalar arasında anlamlı ilişkiler bulunurken en yüksek ilişki İç İç Geçme/Bağımlılık şeması ile bulunmuştur. İç iç Geçme/Bağımlılık şeması **Bağımlı KB** varyansını %41,4 olmak üzere; Başarısızlık, Terkedilme, Onay Arayıcılık ve Kusurluluk (negatif) şemaları toplam %53,4 oranında yordamaktadır. Reeves ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Bağımlı KB için Terk Edilme ve Tutarsızlık erken dönem uyumsuz şeması açıklayıcı bulunmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada ise Bağımlı KB, Terk Edilme ve Tutarsızlık erken dönem uyumsuz şeması ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örneklemde yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise Bağımlı KB'nin en başta Boyun Eğicilik olmak üzere sırasıyla Sosyal İzolasyon, Terk Edilme ve Tutarsızlık,

Kusurluluk ve Utanç, Bağımlılık/ Yetersizlik, Kendini Feda, Kusurluluk ve Utanç, Başarısızlık ve son olarak Yapışıklık ve Gelişmemiş Benlik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Corral ve Calvete (2014) ise mahkûm erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında bağımlı KB özelliklerinin Başkalarına Yönelimlilik şema alanı ile pozitif ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Görüldüğü üzere yürütülen çalışma ile kısmen tutarlı bulgular mevcuttur. Bununla beraber yürütülen araştırmada Boyun Eğicilik şemasının bu KB’de beklendiği olmasına rağmen yordama noktasında bu sonuca ulaşamamasının araştırmada kullanılan uyarlanmış ölçeğin boyutlarının farklılaşmasıyla ilişkili olduğu dikkate alınmalıdır.

Yürütülen araştırma sonucunda ergenlerde çekingen kişilik bozukluğu tüm erken dönem uyumsuz şemalar ile anlamlı bir ilişki içerisinde gözükmetedir. En fazla başarısızlık şeması ile ilişki göstermesi dikkat çekmektedir. **Çekingen KB varyansının** %36,6’sını Başarısızlık olmak üzere; İç içe Geçme/Bağımlılık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, (negatif) Kusurluluk, Duygusal Yoksunluk, Karamsarlık ve (negatif) Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim şemaları açıklamaktadır. Adı geçen şemalar toplam varyansın %49,6’sını yordamaktadır. Macik (2018)’in çalışmasında ise varyansın %40’ ı şemalar tarafından yordanmıştır. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Çekingen KB ise Sosyal İzolasyon ve Duygusal Bastırma ile pozitif yönde ilişkilirken Haklılık/ Büyüklenmecilik ile negatif yönlü ilişkili bulunmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada da Çekingen KB, Haklılık/ Büyüklenmecilik şeması ile önemli ölçüde negatif ilişki göstermiştir. Carr ve Francis (2010a)’ in klinik olmayan yetişkin örneklemle gerçekleştirdiği çalışmada ise boyun eğme, terk edilme ve tutarsızlık, duyguları bastırma şemalarının geriye dönük olarak bildirilen çocukluk deneyimleri ile çekingen KB semptomları arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir. Jovev ve Jackson (2004) tarafından yetişkin klinik katılımcılara gerçekleştirilen çalışmada ÇKB ise Kusurluluk/Utanç, Terk Edilme ve Tutarsızlık, Duygusal Bastırma ile ilişkili bulunmuştur (Jovev ve Jackson, 2004). Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)’un klinik örneklemde yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise Çekingen KB ise en çok Sosyal İzolasyon olmak üzere, Başarısızlık, Boyun Eğicilik, Duygusal Ketleme, Güvensizlik ve Kötüye Kullanma şemaları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yürütülen araştırma ile büyük ölçüde örtüşen bulgular mevcuttur. Macik (2018)’in klinik

olmayan yetişkin katılımcılar ile gerçekleştirilen çalışmada çekingen KB; Sosyal İzolasyon, Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık, Kendini Feda Etme, Duyguları Bastırma ve son olarak Karamsarlık erken dönem uyumsuz şemaları ile önemli ölçüde açıklanmaktadır. Yürütülen araştırmanın bulgularıyla kısmen tutarlı sonuçlar mevcuttur. Görüldüğü üzere sınırlı sayıda çalışmada en fazla öne çıkan şemalar farklılık göstermektedir. Bu durumu araştırmaların sınırlılığı, örneklem ve prosedür farklılığı ile açıklamak mümkün gözükmemektedir. Ergenlik döneminin özellikleri ile beraber çekingen KB için çok fazla erken dönem şemanın bir araya geldiği görülmektedir ve bazı araştırma bulgularına uygun olarak ergenlik döneminin özellikleriyle bu sürecin daha fazla başarı odaklı açıklanması olası gözükmemektedir.

Yürütülen araştırma sonucunda son olarak, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile başarısızlık şeması arasında anlamlı derecede bir ilişki bulunamazken en yüksek ilişki katsayısı cezalandırılma şeması puanı ile bulunmuştur. Obsesif Kompulsif KB varyansını Cezalandırılma %15,9 olmak üzere Yüksek Standartlar, Kendini Feda, Başarısızlık (negatif), İç içe Geçme/Bağımlılık, Duyguları Bastırma şemaları toplamda %22 oranında açıklamaktadır. Reeve ve Taylor (2007) tarafından klinik olmayan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada Obsesif Kompulsif KB için ise Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik şeması açıklayıcı bulunmuştur. Carr ve Francis (2010b) tarafından klinik olmayan örneklemde gerçekleştirilen çalışmada ise obsesif kompulsif KB, Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik ile önemli derecede ilişkili bulunmuştur. Jovev ve Jackson (2004) tarafından yetişkin klinik katılımcılara gerçekleştirilen çalışmada OKB ise Yüksek Standartlar ve Aşırı Eleştiricilik ile ilişkilendirilmiştir. Nordahl, Holthe ve Haugum (2005)'un klinik örneklemde yetişkinler ile gerçekleştirilen çalışmasında ise OKKB; Duyguları Bastırma başta olmak üzere sırasıyla Yetersiz Özdenetim, Haklılık Büyükleme, Sosyal İzolasyon, Kusurluluk ve Utanç şemaları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Corral ve Calvete (2014) ise mahkum erkekler ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında obsesif-kompulsif KB özelliklerinin Zedelenmiş Sınırlar şema alanı ile negatif yönde ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Yürütülen araştırma sonucunda, literatürde bu kişilik bozukluğu için öne çıkan Yüksek Standartlar şeması da öne çıkmakla beraber Cezalandırma şeması daha farklı bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Obsesif-kompulsiflerin davranışlarının gerisindeki başlıca itici güç olarak yaptıklarının uygun görülmeceğine ve kabul görmeyeceğine, bunlar için cezalandırılacaklarına ilişkin

endişeler yatabilmektedir (Köroğlu ve Bayraktar, 2010:137-139). Bu şema özellikle ergenlerde bu bozukluğun gelişim aşamasında dikkate alınması gereken bir durum olarak değerlendirilebilir. Görüldüğü üzere ergenlik döneminin etkileriyle C kümesi KB'lerin öne çıkan kısmen farklı profiller gösterebileceği de düşünülmektedir.

Yürütülen araştırma sonucunda şemaların cinsiyet değişkenine göre ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının incelenmesi sonuçlarına göre Karamsarlık şema ortalama puanları kızlar lehine anlamlı derecede yüksekken, Yüksek Standartlar şema ortalama puanları erkekler lehine anlamlı derecede yüksektir. Diğer şemaların ortalama puanları arasında ise anlamlı derecede farklar bulunmamıştır. Calvete (2008) ise topluluk örnekleminde erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek bir Haklılık/ Büyüklenmecilik şeması puanının bulunduğunu göstermiştir. Lumley and Harkness (2007) ise ergenlerde depresyonun öne çıktığı bir örnekleme Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık şemasının kadınlarda daha yüksek skorlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Normal popülasyonda ergenlerde cinsiyete dayalı erken dönem uyumsuz şemaları arasında farklılık bulunmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (Jimenez ve Romera, 2014). Bununla birlikte cinsiyetin etkisinin mizaç, kişilik veya kültürel normlardaki farklılıklarla da ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır (Jimenez ve Romera, 2014). Ayrıca bu çalışmalarda örneklem psikopatoloji türleri açısından da farklılık göstermektedir.

Son olarak yürütülen araştırma sonucunda; bölge değişkenine göre şema ortalama puanlarının arasındaki farklara yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre, 1. bölgenin Başarısızlık, Kusurluluk, İç İç Geçme / Bağımlılık ve Karamsarlık şemaları ortalama puanları 3. bölge ortalama puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda 2. bölgenin Başarısızlık şema ortalama puanı 3. bölge puanından yüksektir. 3. bölge Ayrıcalıklık/Yetersiz Özdenetim şema ortalama puanı ise 1. bölge puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu farklılıkların bölgelerin farklı sosyodemografik özellikler göstermesi ile ilişkili beklendiği düşünülmektedir. Nitekim farklı bir çalışmada Kırgız öğrencilerin şema puanlarının, ailelerinin ekonomik durumunu nasıl algıladıkları değişkenine göre anlamlı bir farklılık cezalandırıcılık/karamsarlık ve terk edilme alt boyutlarında saptanırken bu değişken açısından Türk örneklem grubu incelendiğinde grupların sıralamalar ortalamaları arasında istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır (Salimoğlu, 2015). Türk

örnekleme farklılıklara ulaşamamasının nedenin araştırmanın İstanbul’da tek ilçede gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Her çalışmanın olduğu gibi yürütülen çalışmanın da bazı güçlü yönleri ve sınırlılıkları mevcuttur. Güçlü yönleri göreceli örneklem büyüklüğü ve tüm Eksen II bozukluklarının değerlendirilmesidir. Sınırlılıklar ise ilk olarak sınırlı örneklem temsiliyetini ve antisosyal kişilik bozukluğunun mecburi dışlanması kapsamaktadır. Bilindiği üzere DSM-5, 18 yaşın altındaki ergenlerde antisosyal kişilik bozukluğu teşhisine izin vermemektedir. Bu verilerin eksikliğinin bulguların dış geçerliliğini sınırlayabileceği dikkate alınmalıdır. Buradan yola çıkarak antisosyal kişilik bozukluğu ile ilgili verileri içeren araştırmaların da tasarlanması işlevsel gözükmemektedir.

Ek olarak, İstanbul’da farklı sosyodemografik özellikleri olan ilçelerde uygulanan bu çalışmanın sonuçlarının sağlıklı ergen nüfusuna ne kadar genellenebileceği belirsizdir. Bununla birlikte bu sınırlama, elde edilen bulgularla uluslararası yayınlanmış veriler arasındaki benzerlikten dolayı bir miktar azalmıştır. İstanbul genelinde birden fazla bölgeden veri toplamış olmanın sonuçların genellenebilirliğini artırdığı düşünülmektedir fakat farklı bölgelerden ve klinik ortamlarından gelen verileri içeren daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, bu çalışma şemaların öz bildirimlerine dayanmaktadır ve Young Şema Ölçeği her ne kadar geçerlilik ve güvenirlik yönünden iyi değerlendirilmiş bir araç olsa da, şemalar hakkında doğrudan sorular; kişilik bozuklukları ile ilgili bilişsel işlemenin örtülü yönlerini ölçemeyebilir. Kişilik bozukluklarını dışarıdan başa çıkma stilleri ve içeriden uyumsuz şema olarak ele alan şema yaklaşımında, tam olarak neyi ölçüp değerlendirebildiğimize ilişkin bazı soru işaretleri olduğu düşünülmektedir. Gelecekteki araştırmaların şema içeriğinin örtük laboratuvar ölçümlerini içerebilir şekilde geliştirilmesini önermek işlevsel gözükmemektedir. Genel olarak, kişilik bozukluğu yaygınlık oranının yüksek çıkmasının da birçok normal populasyon temelli çalışmayla tutarlı olarak, kullanılan öz değerlendirme aracının özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Şenyuva, 2007). Elde edilen yaygınlık oranları çalışmanın bir kendi kendini değerlendirme aracı kullanılarak yapıldığı göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Ayrıca, yürütülen araştırmada kullanılan Young Şema Ölçeği kişilik bozukluklarını boyutsal bir yaklaşımla değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir (Ertan ve Cankorur, 2017). Bununla birlikte, yürütülen araştırmada KB

olası sıklıklarının 2 standart sapma üzerinden değerlendirilmesi ile kategorik bir yaklaşıma geçişin de olduğu unutulmamalıdır.

Psikopatolojinin boyutsal olarak ve daha dikkatli semptom ölçümleri ile beraber, erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozukluğu arasındaki ilişki hakkında daha fazla bilgi sağlanabileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca DSM sınıflandırması dışındaki kişilik bozukluğu gruplandırmaları da dikkate alınarak, erken dönem uyumsuz şemalar için daha ayrıntılı profiller geliştirilmesi olası gözükmektedir. DSM-5, kişilik bozuklukları bölümünün de klinik uygulamalarda görülen kişilik patolojisinin kapsamını ele alıp bütünleştirecek şekilde genişletilmesi gerekliliği dikkat çekmektedir.

Türkiye’de psikiyatrik hastalıklar için yeni epidemiyolojik araştırmalar yapılmakla birlikte bu araştırmalar sistematik değildir ve epidemiyolojik veri belirli alanlarda ve kurumlarda yoğunlaşmaktadır. Ayrıca neden-sonuç ilişkisine veri sağlayabilecek yeni kuşak epidemiyolojik araştırmalar çok nadirdir (Binbay vd., 2014: 264). Önümüzdeki süreçte KB epidemiyolojisinin genel toplum örnekleme ve klinik örnekleme sahip araştırmalarla; yetişkinler, ergenler ve çocuklarda zenginleştirilmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Yaygınlığın gelişimsel güçlükler ile olan ilişkisi ve Türkiye’ye özgü kültürel yönlerini (göç, etnik köken gibi) araştırmak işlevsel gözükmektedir (Binbay vd., 2014:274-277).

SONUÇ

Kişilik bozuklukları, toplumda oldukça yaygın görülen ve işlevsellikte önemli bozulmalarla seyreden bir ruh sağlığı problemidir. Yetişkinler için kişilik bozuklukları görece daha iyi tanımlanmıştır ve tanınmaktadır. Son 20 yıldır dünyada çocukluk ve ergenlik döneminde kişilik bozukluklarının araştırılmasına dair yoğun bir çaba olduğu görülmektedir. Çok sayıda deneysel araştırma, ergenlik döneminde patolojik kişilik ve kişilik bozukluklarının varlığını onaylar niteliktedir. Tüm bu nedenler, ergenlerde kişilik bozukluklarının ve öncüllerinin değerlendirilmelerinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Şema terapi yaklaşımıyla beraber kişilik bozuklukları; modlar ve altta yatan erken dönem uyumsuz şemalar açısından kavramsallaştırılmaktadır ve bu yaklaşımın kişilik bozukluklarının tedavisinde etkililiği çalışmalarla kanıtlanmıştır. Araştırma, ergenlerde kişilik bozuklukları sıklığına dair sorulara cevap aranmasının ve gelişimi/tedavisi için şema terapisi yaklaşımı kapsamında erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlayan İlişkisel Tarama modelinin kullanıldığı nicel bir çalışmadır.

Amaçlara yönelik olarak Demografik Bilgi Formu, Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri Kişilik Bozuklukları Alt Ölçeği ve Young Şema Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma örneklemini 2018-2019 eğitim öğretim yılında İstanbul ilinde yer alan 3 ilçede, 9 ortaöğretim kurumunda yer alan 14-18 yaş arası 520 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma sonucunda ergenlerde kişilik bozuklukları yaygınlığı %23,27 olarak belirlenmiştir. Her bir kişilik bozukluğu için sıklık oranları %3,3 ile %5,4 arasında değişim göstermiştir. Sıklık oranlarının en az Paranoid KB %3,3 en fazla Davranım Bozukluğu ile %5,4 arasında olduğu görülmüştür. Paranoid KB %3,3, Şizoid KB % 4,0, Şizotipal KB %5,0, Davranım Bozukluğu %5,4, Borderline KB %3,5, Histriyonik KB %5,0, Narsisitik KB %3,7, Bağımlı KB %4,8, Çekingen KB %4,2 ve Obsesif Kompulsif KB %3,7 olarak bulunmuştur. Literatürde sınırlı sayıda ergenlerde kişilik bozukluğu sıklığı çalışmasına ulaşılmış ve bunların çok farklı sıklık oranları bildirdiği görülmüştür. Bu çalışmaların gelişmiş yöntemler ile tekrarlanmasının önemli olduğu anlaşılmaktadır. Bununla beraber ergenlerde kişilik bozuklukları özelliklerinin en az yetişkinler kadar yaygın olduğunu belirtmek mümkün gözükmemektedir.

Yürütlen çalışma sonucunda ergenlerde tüm şema alanlarının oldukça aktif olduğu ve erken dönem uyumsuz şemaların küme A, B ve C' de yer alan tüm kişilik bozukluğu semptomları ile önemli derecede ilişkili bulunduğu görülmüştür. Ayrıca erken dönem uyumsuz şemaların ergenlerde kişilik bozukluğu özelliklerini %22 ile %53,4 aralığında önemli oranda yordayabildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Paranoid, Şizoid ve Şizotipal kişilik bozukluklarının en yüksek ilişkili olduğu şemanın Sosyal İzolasyon/Güvensizlik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum ergenlerde A kümesi kişilik bozukluklarının yordanmasında yetişkinlere benzer bir eğilim olduğu düşüncesini beraberinde getirmiştir. Yürütülen araştırmanın sonucunda B kümesinde Davranım bozukluğu ile en yüksek ilişkili şema olarak Kusurluluk karşımıza çıkmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğunun 18 yaşının altında tanılanamamasından ötürü bu bulgunun özellikle bu bozukluğun öncül profillerini değerlendirmek bakımından anlamlı olduğu düşünülmektedir. Borderline kişilik bozukluğu ile en yüksek ilişkiyi gösteren şemanın ise Sosyal İzolasyon/Güvensizlik olduğu belirlenmiştir. Narsisistik ve Histriyonik kişilik bozukluğu ise Yüksek Standartlar ve Onay Arayıcılık şeması ile en yüksek ilişkiyi göstermiştir. B kümesi profillerinin yetişkinlerden biraz daha farklı şemalarla ön plana çıkabildiği dikkat çekmekle birlikte bu durumun kişilik bozukluğu kümelerinin gösterdiği farklı özelliklerle ergenlik dönemi özelliklerinin etkileşime girmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. C kümesine gelindiğinde ise Bağımlı kişilik bozukluğu en yüksek ilişkiyi İççe Geçme/Bağımlılık erken dönem uyumsuz şeması ile göstermiştir. Çekingen kişilik bozukluğunun ise en fazla Başarısızlık şeması ile ilişki göstermesi dikkat çekmektedir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile en yüksek ilişki ise Cezalandırılma şeması arasında bulunmuştur. C kümesi kişilik bozukluklarının erken dönem uyumsuz şemalar bakımından ergenlerde öne çıkan profillerinin de yetişkinlere kıyasla bazı farklılıklar gösterdiği düşünülmektedir ve bunların gelecekteki araştırmalarda ele alınması daha fazla kanıt ve açıklayıcı yaklaşım geliştirilmesi açısından önemlidir.

Elde edilen sonuçlar, ilk adımda yetişkin kişilik bozukluğu ölçütlerine dayanan bir araç kullanarak ergenlerde kişilik bozukluğu özelliklerinin varlığının uluslararası çapta yaygınlaştırılabileceğinin kanıtıdır. Ergenlerde kişilik bozuklukları, yetişkinlere benzer profiller gösterse de alışılmışın dışında bir profile de sahip olabilmektedir ve klinik uygulamada dikkat edilmesi gerekmektedir. Araştırma sonucunda, bazı erken dönem uyumsuz şemaların belirli kişilik bozukluğu türleri için risk faktörleri olarak

aracı olabileceği görülmekle birlikte bu kişilik bozukluklarının farklı semptom profillerinden ve dolayısıyla farklı erken dönem uyumsuz şema modellerinden oluşabileceği de açıktır ki bu nedenle bireysel profillerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bununla beraber yürütülen araştırma; ergenlerle bu alanda gerçekleştirilen ilk araştırmalardan biri olması, gençlerde psikopatolojiyi kavramsallaştırmak ve tedavi etmek için ilk aşama verileri sunması bakımından değerlidir.

Yürütülen araştırmanın sonuçları, kişilik bozukluklarının ergenlerde yetişkinlere benzer profillerle ve en az yetişkinlerde olduğu kadar yaygın olabileceğini göstermektedir. Kişilik bozukluğunun yoğun eş tanı ve işlevsellik kaybı gibi durumları beraberinde getirdiği düşünüldüğünde ise önleyici ve tedavi edici yöntemlerin geliştirilebilmesi adına bu alandaki yeni gelişmeler hakkında çocuk ve ergenler ile çalışan tüm ruh sağlığı personelinin düzenlenen eğitimler yoluyla bilgilendirilmesinin önemli olduğu açıktır. Ergenlerde kişilik bozukluklarının yeterince tanınmadığı, DSM-5'göre tanılanamaz gibi bir yanılgı ve gönülsüzlük olduğu ve hatta akademik anlamda bile ergenlerde psikiyatrik tanıların araştırılmasında kişilik bozukluklarının yok sayıldığını gösteren bulgular dikkate alındığında, alandaki bilgilendirme çalışmalarının değeri daha iyi anlaşılacaktır. Bu ilk adımla beraber ergenlerde kişilik bozukluğu sıklık/yaygınlık çalışmalarının farklı örneklemelerle ve çoklu değerlendirme yöntemleriyle geliştirilmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Yürütülen araştırmanın sonuçları, ergenlerde kişilik bozukluklarının şema kuramı yaklaşımı kapsamında erken dönem uyumsuz şemalar ile önemli oranlarda açıklanabildiğini göstermektedir. Yetişkinlerde kişilik bozukluklarında gözlemlenen erken dönem uyumsuz şemalara ek olarak ergenlerde farklılaşabilen bazı şemalar dikkat çekmekte ve bunların kişilik bozukluklarının gelişimine işaret edebileceği düşünülmektedir. Ergenlerde birçok erken dönem uyumsuz şemanın aktif olduğu ve kişilik bozuklukları özellikleriyle ilişki içerisinde olduğu anlaşılmaktadır. Çeşitli kişilik bozukluğu türleri için öne çıkan şemalar belirlenebilse de bu konuda daha fazla kanıtı ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Yanı sıra bu öne çıkan şema profillerinden ziyade bireysel profillerin anlaşılıp değerlendirilmesi çok daha mühim gözükmektedir. Bu araştırmanın kişilik bozukluklarının etiyolojisine dair anlayışa katkı sağlamak adına farklı örneklemelerde ve çoklu değerlendirme

yöntemleriyle tekrarlanması önemli açıktır. Ayrıca ergenlerde kişilik bozukluklarını daha iyi kavramsallaştırabilmek adına çeşitli değişkenlerle olan ilişkisinin ele alındığı araştırmaların hız kazanması alana değerli bir katkı sağlayacaktır. Yetişkin kişilik bozukluklarının çocukluk ve ergenlik dönemi profillerini anlamak adına sağlam bir bilimsel temele ulaşmak için DSM-5'in çocukluk ve ergenlik dönemi verilerini, mevcut yetişkin kişilik bozukluğu ölçütleriyle daha fazla bütünleştirmesinde gelecekteki araştırmaların önemli katkılar sağlaması beklenmektedir. Böylelikle, araştırmada elde edilen verilere dayanarak kişilik temelli patolojinin karmaşık görüntülerine erken müdahale olarak kullanılan uyarlanmış bir şema terapi biçimi umut verici bir yaklaşım olarak geliştirilebilir gözükmektedir.



KAYNAKÇA

- Adshead, G., Brodrick, P., Preston, J. ve Deshpande, M. (2012). Personality Disorder İn Adolescence. *Advances İn Psychiatric Treatment*, 18: 109–118. doi: 10.1192/apt.bp.110.008623.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid Personality Disorder: A Synthesis Of Developmental, Dynamic And Descriptive Features. *American Journal of Psychiatry*, 41:499-518.
- Akhtar, S. (2009). *Ağır Kişilik Bozukluklarının Tanı Ve Sağaltımı İçin Başvuru Kitabı*. (M. Alkan, C. Gürdal, Çev.). İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Yayınları.
- Akın-Sarı, B. (2013). Batman'da Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları. *Klinik Psikiyatri*, 16:7-17.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2003). Kendine Zarar Verme Davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 226-236.
- Alisinanoğlu, F. (2002). Gençlik Dönemi Özellikleri ve Genç Anne-Baba İletişimi. *Eğilim ve Bilim*, 27(123): 62-63.
- Allen, J. G., Fonagy, P. ve Bateman, A. W. (2013). *Klinik Uygulamada Zihinselleştirme*. (S. Yelkener, Çev.). İzmit: Psikoterapi Enstitüsü.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan* (5. Basım). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (1998). *Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı. (DSM-4) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan*. (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anlı, İ. ve Bahadır, G. (2007). Kendilik Psikolojisine Göre Narsisistik Ve Sınır Kişilik Bozukluğu. *Psikoloji Çalışmaları*, 27: 1-12.
- Ar, Y. (2014). Büyüklenmecilik ya da İncinebilirlik: Narsisistik Kişilik Örgütlenmesinin Şema Terapi Yaklaşımı Çerçevesinde Ele Alınması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3): 29-43.

- Aras, Ş., Ünlü, G. ve Varol-Taş, F. (2007). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler. *Klinik Psikiyatri*, 10:28-37.
- Arnett, J. J. (2006). G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance And Nonsense. *History of Psychology*, 9(3): 186–197.
- Arntz A, Klokman J, Sieswerda S. An Experimental Test of the Schema Mode Model Of Borderline Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 226–239.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Rewiews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*, 2(1-2): 7-18.
- Apsche, J. A., Bass, C. K. ve Siv, A. M. (2006). A Treatment Study Of Suicidal Adolescent With Personality Disorder Or Traits: Mode Deactivation Therapy As Compared To Treatment As Usual. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(2):215-223.
- Auffret, A., Lenoir, P., Gauvreau, C. ve Brunault, P. (2017). Trouble De Personnalité Limite À L'adolescence : Quelle Réalité Clinique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 65: 368-380.
- Arıcioğlu, A. ve Tagay, Ö. (2008). Okullarda Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kuramsal Eğitimbilim*, 1 (2):76-83.
- Ashiq, A., Riaz, M. N. ve Riaz, M. A. (2018). Direct And İndirect Effect Of Childhood Traumatic Experiences On Cluster-B Personality Disorders İn Adults. *Pakistan Journal of Medical Research*, 57(4): 160-164.
- Ateş, M. A. vd. (2009) Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Genç Erkeklerde Aleksitimi, Saldırganlık Ve Psikopati İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46:135-9.
- Ateşçi, F., Kuloğlu, M., Tezcan, E. ve Yıldız, M. (2002). İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*, 5:22-27.
- Bach, B. ve Bernstein, D. P. (2018). Schema Therapy Conceptualization Of Personality Functioning And Traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1): 1-12. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000464.

- Bach, B. ve Farrell, J. M. (2018). Schemas And Modes in Borderline Personality Disorder: The Mistrustful, Shameful, Angry, İmpulsive, and Unhappy Child. *Psychiatry Research*, 259: 323-329. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.039.
- Bamelis, L. L. vd. (20120). Extended Schema Mode Conceptualization for Specific Personality Disorders: An Empirical Study. *Journal of Personality Disorder*, 25(1): 41–58.
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N. ve Gordon, M. (2016). A Systematic Review Of The Relationship Between Early Maladaptive Schemas And Borderline Personality Disorder/Traits. *Personality and Individual Differences*, 94: 130-139. doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021.
- Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N. ve Gordon, M. (2018). Schema Modes And Dissociation in Borderline Personality Disorder/Traits in Adolescents Or Young Adults. *Psychiatry Research*, 261: 1-6. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.023.
- Baskak, B. (2007a). Şizotipal Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 12(3): 30-4.
- Baskak, B. (2007b). Çekingen Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 12(3): 61-5.
- Basoglu, C. vd. (2011). Temperament Traits And Psychopathy In A Group Of Patients With Antisocial Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52:607-612.
- Bayhan, P., Işıtan, S. (2011). Ergenlik Döneminde İlişkiler: Akran ve Romantik İlişkilere Genel Bakı. *Aile ve Toplum*, 5(20): 33-44.
- Beck, A. T., Freeman, E. ve Associates (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. London: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1991). *Personality Disorders (and Their Relation to Syndromal Disorders)*. Invited Lecture Annual Meeting. New York:Association for the Advancement of Behavior Therapy.
- Beck, A. T. vd. (2001). Dysfunctional Beliefs Discriminate Personality Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 1213-1225.

- Beck, A.T. ve Beck, J.S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire*, Unpublished Assessment Instrument. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania.
- Beck, A. T. vd. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2. baskı). New York, NY: Guildford Press.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. ve McGlashan, T. H. (2000). Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents And Adults. *American Journal of Psychiatry*, 157: 2011-2016.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J. ve Shinsato, L. (1993). Prevalence And Stability Of The DSM-III-R Personality Disorders In A Community-Based Survey of Adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8): 1237-1243. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.8.1237>
- Bernstein D, Arntz A, ve de Vos, M. (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations For Best Clinical Practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6: 169-183.
- Bilge, Y. (2014). *Coolidge Eksen İki Envanteri Plus'ın Türkçe Adaptasyonu Ve Dsm-5'te Yer Alan Kişilik Bozukluklarının Davranışsal İnhibisyon Ve Davranışsal Aktivasyon Sistemleriyle İlişkilerinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2019). Ergenler İçin Psikolojik Bozukluklar Envanteri'nin (EPBE) Revizyon Çalışması-II: Kişilik Bozuklukları Formu ve Kişilik Bozuklukları Görülme Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 22:206-218. DOI: 10.5505/kpd.2019.33154.
- Binbay, T. vd., (2014). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4):264-281.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M. ve Simonsen, E. (2017). First Empirical Evaluation Of Outcomes For Mentalization-Based Group Therapy For Adolescents With BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4): 396-401. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000210>.

- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, M. G., ve McGue, M. (2009). Stability, Change, and Heritability of Borderline Personality Disorder Traits From Adolescence To Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Development and Psychopathology* 21: 1335–1353. doi:10.1017/S0954579409990186.
- Bornstein, R. F. (2011). Reconceptualizing Personality Pathology In DSM-5: Limitations In Evidence For Eliminating Dependent Personality Disorder And Other Dsm-5 Syndromes. *Journal of Personality Disorders*, 25(2): 235-247.
- Bornstein, R. F. (2012). Illuminating a Neglected Clinical Issue: Societal Costs of Interpersonal Dependency and Dependent Personality Disorder. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(7):766-781. DOI:10.1002/jclp.21870.
- Bradley, R., Conklin, C. Z. ve Westen, D. (2005). The Borderline Personality Diagnosis In Adolescents: Gender Differences And Subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9):1006-1019. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x.
- Buica, A. M., Mihai, G., Tocaci, A. G. ve Rad, F. (2015). Constancy Of Personality Disorders In Adolescents. *Romanian Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 3(1): 23-27.
- Burke, J. D. ve Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 35–44.
- Butcher, J. N. vd. (1992). *MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory—Adolescent): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. ve Grisham, J. R. (2002). Assessment Of Dysfunctional Beliefs In Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1231-1240.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B. ve Pinto, A. (2015). Interpersonal Functioning in Obsessive–Compulsive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1): 90–99. DOI: 10.1080/00223891.2014.934376.

- Cale, E. M. ve Lilienfeld, S. O. (2002) Histrionic Personality Disorder And Antisocial Personality Disorder: Sex-Differentiated Manifestations Of Psychopathy? *Journal of Personality Disorder*, 16 (1): 52-72.
- Calvete, E. (2008). Justification of Violence and Grandiosity Schemas as Predictors of Antisocial Behavior in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36: 1083-1095. DOI 10.1007/s10802-008-9229-5.
- Candel, O. ve Constantin, T. (2017). Antisocial And Schizoid Personality Disorder Scales: Conceptual Bases And Preliminary Findings. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 19 (1): 10-16. DOI: 10.24913/rjap.19.1.02.
- Carr, S. N. ve Francis, A. J. P. (2010a). Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4): 343-358. DOI 10.1007/s10608-009-9250-1.
- Carr, S. N. ve Francis, A. J. P. (2010b). Early Maladaptive Schémas And Personality Disorder Symptoms: An Examination In A Non-Clinical Sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practic*, 83: 333-349. DOI: 10.1348/147608309X481351.
- Carroll, A. (2009). Are You Looking At Me? Understanding And Managing Paranoid Personality Disorder. *Advances In Psychiatric Treatment*, 15: 40-48. doi: 10.1192/apt.bp.107.005421.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D., ve Gillie, J. M. (2004). Tools And Tenets Of Schema Therapy: Toward The Construct Validity Of The Early Maladaptive Schema Questionnaire Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5): 344-357.
- Chabrol, H. vd. (2002). Personality Disorders In A Nonclinical Sample Of Adolescents. *Encephale*, 28(6 pt 1):520-4.
- Cicchetti, D. ve Crick, N. R. (2009). Precursors And Diverse Pathways To Personality Disorder In Children And Adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(3): 683-685. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409000388>.

- Chabrol, H., Melioli, T. ve Goutaudier, N. (2015). Association Between Personality Disorders Traits And Problematic Cannabis Use In Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 50: 552–556. DOI: 10.3109/10826084.2014.984851.
- Chakhssi, F., Bernstein, D. ve Ruiter, C. (2014). Early Maladaptive Schemas In Relation To Facets Of Psychopathy And Institutional Violence In Offenders With Personality Disorders. *Legal and Criminological Psychology*, 19: 356-372. DOI:10.1111/lcrp.12002.
- Chanen, A.M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V. ve Yuen, H. P. (2004). Two-Year Stability Of Personality Disorder In Older Adolescent Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18: 526–541. doi:10.1521/pedi.18.6.526.54798.
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D. ve Jackson, H. J. (2008). Screening For Borderline Personality Disorder In Outpatient Youth. *Journal of Personality Disorders*, 22: 353-364. doi:10.1521/pedi.2008.22.4.353.
- Chanen, A. M. ve McCutcheon, L. (2013). Prevention And Early Intervention For Borderline Personality Disorder: Current Status And Recent Evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 54: 24-29. doi:10.1192/bjp.bp.112.119180.
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P. ve Siever, L. J. (2013). Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(5) : 652-679. doi.org/10.1521/pedi_2012_26_053.
- Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L. A. (2005). Temperament As A Unifying Basis For Personality and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 505–521.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and Diagnosis Of Personality Disorder: Perennial Issues And An Emerging Reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58: 227-257.
- Clark, L. A. (2009). Stability and Change In Personality Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 18: 27–31.

- Clarkin, J. ve Posner, M. (2005) Defining Mechanisms Of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 38: 56–63.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. ve Yeomans, F. E. (2012). *Borderline Kişiliğin Psikoterapisi* .(M. K. Helvacıoğlu, Çev.). Kocaeli: Psikoterapi Enstitüsü.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., ve Kasen, S. (2005). The Children İn The Community Study Of Developmental Course Of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19: 466-486.
- Cohen, L. J., Tanis, T., Ardalın, F., Yaseen, Z. ve Galyunker, I. (2016). Maladaptive Interpersonal Schemas As Sensitive And Specific Markers Of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatry Research*, 242: 395-403. Doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.007.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. ve Ullrich, S. (2006). Prevalence And Correlates Of Personality Disorder İn Great Britain. *British Journal Of Psychiatry*, 188: 423-431.
- Collishaw, S. vd. (2004) Time Trends İn Adolescent Mental Health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 1350–1362.
- Coolidge, F. L. (1984). *Coolidge Axis II Inventory*. Washington, D.C.: U.S. Copyright TXU-026.
- Coolidge, F. L., Merwin, M. M. (1992). Reliability and Validity of the Coolidge Axis II Inventory: A new Inventory for the Assessment of Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 59: 223-238.
- Coolidge, F. L. (1993). *Coolidge Axis II Inventory: Manual*. University of Colorado at Colarado Springs, CO: Author
- Coolidge, F. L. vd. (2002). The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI) Preliminary Psychometric Characteristics. *Behavior Modification*, 26: 550-566.
- Cooper, M. J., Rose, K. S. ve Turner, H. (2005). Core Beliefs And The Presence Or Absence Of Eating Disorder Symptoms And Depressive Symptoms İn Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 60–64. DOI: 10.1002/eat.20157.

- Corral, C. ve Calvete, E. (2014). Early Maladaptive Schemas And Personality Disorder Traits In Perpetrators Of Intimate Partner Violence. *Spanish Journal of Psychology*, 17: 1-10. doi:10.1017/sjp.2014.1.
- Coryell, W. H. ve Zimmerman, M. (1989). Personality Disorders In The Families Of Depressed, Schizophrenic And Never-Ill Probands. *American Journal of Psychiatry*, 146: 496-502.
- Costa, P. ve McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the NEO Five-Factor Inventory Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S. (1994). “SCID-II (Türkçe versiyonu) Görüşmesinin Kişilik Bozukluklarındaki Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9: 26-29.
- Creswell, J. W. (2014). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları* (4. bs.). (S. B. Demir, Çev.). Ankara: Eğiten Kitap.
- Çalışır, M. (2008). Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Aslında Bir Bipolar Spektrum Bozukluğu mudur? *Klinik Psikiyatri*, 11:143-152.
- Çelik, G., Yıldırım, V., Metin, Ö., Tahiroğlu, A., Toros, F., Avcı, A., Öngel, A. ve Karayazı, İ. (2011). Özkıyım girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12:280-286.
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A. ve Panzeri, M. (2016). Schema Therapy For Emotional Dysregulation: Theoretical Implication And Clinical Applications. *Hypothesis And Theory*, 7: 1-16. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01987.
- Dadomo, H., Panzeri, M., Caponcello, D., Carmelita, A. ve Grecucci, A. (2018). Schema Therapy For Emotional Dysregulation In Personality Disorders: A review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1): 43-49. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000380.
- Defife, J. A., Haggerty, G., Smith, S. W., Betancourt, L., Ahmed, Z. ve Ditkowsky, K. (2015). Clinical Validity Of Prototype Personality Disorder Ratings In

- Adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 97(3): 271–277. doi:10.1080/00223891.2014.979493.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., Van Leeuwen, K. ve Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 115: 639–657.
- Demir, H. K., Dereboy, F. ve Dereboy, Ç. (2009). Gençlerde Kimlik Bocalaması Ve Psikopatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3): 227-235.
- Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. *Adölesan ve Ergen Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 63: 19–21.
- Dieckmann, E. ve Behary, W. (2010). Schematherapie: Ein Ansatz Zur Behandlung Narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatry and Psychotherapy*, 2(4): 53-70. DOI:10.1055/5-0029-1223426.
- Diedrich, A. ve Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 17 (2): 2–10.
- Doğan, S., Uğurlu, M. ve Canat, S. (2007). Narsistik Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri*, 3(12):53-60.
- Dozois, D, Eichstedt, J., Collins, K., Phoenix, E. ve Harris, K. (2012). Core Beliefs, Self-Perception, and Cognitive Organization in Depressed Adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5: 99–112.
- Dreessen, L., Arntz, A., Hendriks, T., Keune, N., Van Den Hout, M. (1999). Avoidant Personality Disorder and Implicit Schema-congruent Information Processing Bias: A Pilot Study with a Pragmatic Inference Task. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (7): 619-632.
- Durett, C. ve Westen, D. (2005). The Structure Of Axis I Disorders In Adolescents: A Clusterand Factor-Analytic Investigation Of DSM-IV Categories And Criteria. *Journal of Personality Disorders*, 19(4): 440–461.
- Dursun, O. B., Güvenir, T. ve Özbek, A. (2010). Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar: Yöntemsel Bir Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(3):401-416.

- Durukan, İ. vd. (2011). Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24: 113-120. DOI: 10.5350/DAJPN2011240204.
- Eaton, N. R. ve Greene, A. L. (2018). Personality Disorders: Community Prevalence And Socio-Demographic Correlates. *Current Opinion in Psychology*, 21:28–32. doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001.
- Eken, B. vd. (2003). Alkol Bağımlılarında Kişilik Bozukluğunun Sosyodemografik Özellikler, Depresyon Ve Anksiyete İle İlişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16:71-79.
- Ekselius, L. vd. (1994) SCID-II Interviews And The SCID Screen Questionnaire As Diagnostisic Tools For Personality Disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatry Scand*, 90: 120–123.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., ve Fredrickson, M. (2001). Personality Disorders İn The General Population: DSM-IV And ICD-10 Defined Prevalence As Related To Sociodemographic Profile. *Personality and Individual Differences*, 30: 311–320. doi:10.1016/S0191-8869(00)00048-9.
- Elliott, T., Tyrer, P., Horwood, J. ve Fergusson, D. (2011). Assessment Of Abnormal Personality İn Childhood: A Delphi Survey Of Questionnaire Data. *Journal of Personality Disorders*, 25(1): 89-100.
- Ensink, K., Biberdzic, M., Normandin, L. ve Clarkin, J. (2015). A Developmental Psychopathology And Neurobiological Model Of Borderline Personality Disorder İn Adolescence. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14: 46–69. DOI: 10.1080/15289168.2015.1007715.
- Ercan, L. (2002). Ergenlik Döneminde Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 9(2): 47-58.
- Erdem M, vd. (2010). Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olgularının Şiddet Suçu Niteliğine Göre Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13:113-8.
- Erikson, E. H. (1984). *İnsanın Sekiz Çağı*. Ankara: Birey ve Toplum Yayınları.

- Erol, N. (1982). Ülkemizdeki Psikiyatrik Hastalarda MMPI’ın Geçerlik Çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 14: 15-23.
- Ertan, E. A. ve Cankorur, V. Ş. (2017). Kişilik Bozukluklarının Tanısı:Yeni Bulgular İle Tanıda Kullanılan Anket Ve Ölçekler. *Kriz Dergisi*, 25(1): doi.org/10.1501/Kriz_00000000354.
- Ertürk, İ. Ş. ve Kaynar, G. (2017). Kişilik Bozukluklarında Şema Terapi Yaklaşımı. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(12): 97-114.
- Esmailian, N., Dehghani, M., Koster, E. H.W. ve Hoorelbeke, K. (2019). Early Maladaptive Schemas And Borderline Personality Disorder Features İn A Nonclinical Sample: A Network Analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 26(3): 388-398. doi: 10.1002/cpp.2360.
- Evren, C., Kural, S. ve Erkiran, M. (2006) Antisocial Personality Disorder İn Turkish Substance Dependent Patients and Its Relationship with Anxiety, Depression And A History Of Childhood Abuse. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43:40-6.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R. ve Hutsebaut, J. (2011). Prevalence And Comorbidity Of Axis I And Axis II Disorders Among Treatment Refractory Adolescents Admitted For Specialized Psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25: 842–850. doi:10.1521/pedi .2011.25.6.842
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Verheul, R. ve Limbeek, J. (2014). Changes İn The Identity Integration Of Adolescents İn Treatment For Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 28(1): 101-112.
- First, M. B. vd. (1997). The Structured Clinical Interview for DSMIV Axis II Personality Disorders (SCID-II), American Psychiatric Press, Washington DC.
- Flink, N., Honkalampi, K., Lehto, S. M., Leppänen, V., Viinamäki, H. ve Lindeman, S. (2018). Comparison of Early Maladaptive Schemas Between Borderline Personality Disorder And Chronic Depression. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25(4): 532-539. doi.org/10.1002/cpp.2188.

- Fonagy, P. vd. (2015). Borderline Personality Disorder In Adolescence: An Expert Research Review With İmplications For Clinical Practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24: 1307-1320. DOI 10.1007/s00787-015-0751-z
- Ford, T., Goodman, R. ve Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Forth, A., Kosson, D. ve Hare, R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist: Youth Version, Technical Manual*. New York: MultiHealth Systems Inc.
- Frías, A., Navarro, S., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Salvador, A., Aluco, E., Martínez, B. ve Selves, L. (2017). Early Maladaptive Schemas Associated With Dimensional And Categorical Psychopathology İn Patients With Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25: 30-41. DOI: 10.1002/cpp.2123.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L. ve Prolo F. (2000) Patterns Of Covariation Of DSM-IV Personality Disorders İn A Mixed Psychiatric Sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3): 206-215.
- Frias, A. vd. (2017). Early Maladaptive Schemas Associated With Dimensional And Categorical Psychopathology İn Patients With Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25:30-41. DOI: 10.1002/cpp.2123
- Gabbard, G. O. ve Allison, S. E. (2009). Histriyonik Kişilik Bozukluğu. G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's Treatments Of Psychşatric Disorders* (K. Alptekin ve Ö. Öztürk, Çev.), Ankara: Rotatıp Yayıncılık, 823-834.
- Gaudio, S. ve Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of Personality Disorders and Their Clinical Correlates in Outpatient Adolescents With Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(9):769-774.doi: 10.1097/PSY.0b013e318235b9b5.
- Gençtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri Ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul:Metis Yayıncılık.

- Gilbert, F. ve Daffern, M. (2013). The Association Between Early Maladaptive Schema And Personality Disorder Traits In An Offender Population. *Journal Psychology, Crime & Law*, 19(10):933-946.
- Golomb, M. vd. (1995) Gender Differences In Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152: 579–582.
- Gökçe, S., Önal-Sönmez, A., Yusufoglu, C., Yulaf, Y. ve Adak, İ. (2017). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ergenlik Dönemi Depresif Bozuklukla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3): 283-291. doi:10.5455/apd.238486.
- Göker, C., Öner, Ö. ve Özsan, H. (2007). Şizoid Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(12):24-29.
- Görker, I., Korkmazlar, U. ve Durukan, M. (2004). Çocuk Ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2): 103-110.
- Görmez, V. vd. (2017). Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı Ve Demografik Özellikler. *Journal of Mood Disorders*, 7(1): 41-46.
- Graham, J.R. (2001). MMPI-2 (Minnesota multiphasic personality inventory): Manual for Administration, Scoring and Interpretation, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Grant, B. F. vd. (2004). Prevalence, Correlates, And Disability Of Personality Disorders İn The United States: Results From The National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65: 948-958. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0711>.
- Grant, B. F. vd. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, And Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results From The Wave 2 National Epidemiologic Survey On Alcohol And Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4):533-545.
- Grilo, C. M. (1997). Personality Disorders In Adolescents With Major Depression, Substance Use Disorders, And Coexisting Major Depression And Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2): 328-332.

- Grilo, C. M. vd. (1998). Frequency Of Personality Disorders In Two Age Cohorts Of Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155(1): 140-142.
- Gunderson, J. G. ve Links, P. S. (2009) Borderline Kişilik Bozukluğu. G. O. Gabbard (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*. (K. Alptekin ve Ö. Öztürk Çev.), Ankara: Rotatıp Kitabevi, 805-821.
- Güleç, C. ve Köroğlu, E. (2000). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatrinin ABC'si*. İstanbul: Say Yayıncılık.
- Gülgöz, S. (2002). Five-Factor Model and NEO-PI-R in Turkey, in *The Five- Factor Model Across Cultures*, R.R. McCrae ve J. Allik , (Ed.), International and Cultural Psychology, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1-23.
- Günçe, G. (1973). *Çocukta Zihin Gelişimi Piaget Kuramına Toplu Bakış*. Ankara: Baylan Yayıncılık.
- Güner, O. (2013). *10-16 Yaş Çocuk Ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (Çeşöt)'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Norm Çalışması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Harvard Mental Health Letter. (2007). *Dependent Personality Disorder*. https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/Dependent_personality_disorder [12 Ağustos].
- Hauber, K., Boon, A. E. ve Vermeiren, R. (2017). Examining Changes İn Personality Disorder And Symptomology İn An Adolescent Sample Receiving İntensive Mentalization Based Treatment: A Pilot Study. *Journal of Psychiatry & Mental Health*, 11: 2-7. DOI 10.1186/s13034-017-0197-9.
- Hessels, C., Hanenberg, D., Castro, B. O. ve Aken, A. G. (2014). Understanding Personality Pathology In Adolescents: The Five Factor Model Of Personality And Social İnformation Processing. *Journal of Personality Disorders*, 28(1): 121-142.
- Hickie, I. B. vd. (2007). Responding To Experiences Of Young People With Common Mental Health Problems Attending Australian General Practice. *Medical Journal of Australia*, 187(7suppl): 47-52.

- Hoertel, N. vd. (2014). Examining Sex Differences In DSM-IV Borderline Personality Disorder Symptom Expression Using Item Response Theory (IRT). *Journal of Psychiatric Research*, 59: 213-219.
- Hoertel, N. vd. (2018). Examining Sex Differences In DSM-IV-TR Narcissistic Personality Disorder Symptom Expression Using Item Response Theory (IRT). *Psychiatry Research*, 260: 500-507. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.031.
- Hopwood, C. J. vd. (2008). A Comparison Of Interview And Self-Report Methods For The Assessment Of Borderline Personality Disorder Criteria. *Psychological Assessment*, 20(1): 81-85.
- Hyder, S.E. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: a replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33: 73-77.
- Infurna, M. R., vd. (2016). The Specific Role Of Childhood Abuse, Parental Bonding, And Family Functioning In Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2): 177-192.
- Jackson, H. J. ve Burgess, P. M. (2000). Personality Disorders In The Community: A Report From The Australian National Survey Of Mental Health And Well-Being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 531-538. doi:10.1007/s001270050276.
- Jimenez, A. J. ve Romera, M. H. (2014). Early Maladaptive Schemas In Adolescence: A Quantitative Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132: 504 - 508.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S. ve Brook, J. S. (1999). Personality Disorders In Adolescence And Risk Of Major Mental Disorders And Suicidality During Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56: 805-811.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J. M. ve Skodol, A. E. (2000a). Adolescent Personality Disorders Associated With Violence And Criminal Behavior During Adolescence And Early Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1406-1412.

- Johson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F. ve Brook, J. S. (2000b). Age-related Change In Personality Disorder Trait Levels Between Early Adolescence And Adulthood: A Community-Based Longitudinal Investigation. *Acta Psychiatr Scand*, 102: 265-275.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J. ve Bernstein, D. P. (2000). Associations Between Four Types Of Childhood Neglect And Personality Disorder Symptoms During Adolescence And Early Adulthood: Findings Of A Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Personality Disorders*, 14(2): 171-187.
- Johnson. J. G., Cohen. P., Kasen. S., Skodol, A .E. ve Oldham, J. M. (2008). Cumulative Prevalence Of Personality Disorders Between Adolescence And Adulthood. *Acta Psychiatr Scand*, 118: 410-413. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x.
- Johnston, C. vd. (2009). Dysfunctionalschema Modes, Childhood Trauma And Dissociation In Borderline Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40: 248-255.
- Jovev, M. ve Jackson, H. J. (2004). Early Maladaptive Schemas in Personality Disordered Individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18: 467-478. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>.
- Kahraman, N. ve Karamustafalıoğlu, K. O. (2012). Şizofreni Spektrumu Kişilik Bozuklukları. *NP Akademi*, 1(1): 38-44.
- Kapfhammer, H. P. (2017). Das Schizoidie-Konzept in der Psychiatrie. *Neuropsychiatr*, 31:155-171. DOI 10.1007/s40211-017-0237-y.
- Karaaziz, M. ve Erdem Atak, İ. (2013). Narsisizm ve Narsisizmle İlgili Araştırmalar Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Nesne*, 1 (2): 44-59. DOI: 10.7816/nesne-01-02-03.
- Karanci, A. N., Dirik, G., ve Yorulmaz, O. (2007). Reliability And Validity Studies Of Turkish Translation Of Eysenck Personality Quesonnaire Revised-Abbreviated. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(3): 1–8.
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (27. Bs.). Ankara: Nobel Yayınevi.

- Karşlıoğlu, E. H. vd. (2012) Şizofreniye Eşlik Eden Kişilik Bozuklukları: 75 Hastadan Oluşan Bir Örneklemenin Analizi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22: 59-70.
- Kasen S, Cohen P, Skodol A, et al (1999) Influence Of Child And Adolescent Psychiatric Disorders On Young Adult Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 156: 1529-1535.
- Kernberg, O. (2006). *Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm*. (M. Atakay, Çev.). İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U. ve Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 344-351. DOI: 10.4274/Npa.y6522.
- Keung Ma, H. (2005). The Relation of Gender-Role Classifications to the Prosocial and Antisocial Behavior of Chinese Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 166(2): 189-201.
- Khalily, M. T. (2012). Schema Perpetuation and Schema Healing: A Case Vignette for Schema Focused Therapy In Islamic Perspective. *Islamic Studies*, 51(3): 327-336.
- Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. M. ve Arntz, A. (2017). Schema Therapy for Personality Disorders: A Qualitative Study of Patients' and Therapists' Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45: 31-45. doi.org/10.1017/S1352465816000357.
- Klimstra, T. (2012). Adolescent Personality Development and Identity Formation. *Child Development Perspectives*, 7(2): 80-84.
- Koç, M. (2005). Ergenlik Psikolojisi Bilimsel Çalışmaları. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 26: 21-46.
- Koç-Başaran, Y. (2017). Sosyal Bilimlerde Örneklem Kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 47:480-495.
- Kohut, H. (2006). *Kendiliğin Yeniden Yapılanması*. (O. Cebeci, Çev.). İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M. ve Simonsen, E. (2015). Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence

and Prospects for Future Research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1):31-48.

Korsgaard, H. O. (2017). *Personality Disorders In Adolescent Outpatients: A Cross-Sectional Study Of Prevalence, Comorbidity And Quality Of Life*. Oslo Üniversitesi, Norveç.

Kosson, D. S. vd. (2008). Assessing Interpersonal Aspects of Schizoid Personality Disorder: Preliminary Validation Studies. *Journal of Personality Assessment*, 90(2): 185–196. DOI: 10.1080/00223890701845427.

Kömürcü, B. ve Gör, N. (2016). Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Ve Kaygı Üzerine Bir Derleme. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4(8): 183-203. DOI: 10.7816/nesne-04-08-02.

Köroğlu, E. ve Bayraktar, S. (2010). *Kişilik Bozuklukları*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Köroğlu, E. (2014). *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kulaksızoğlu, A. (2005). *Ergenlik Psikolojisi* (7.bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kurdziel, G., Kors, S. ve Macfie, J. (2017). Effect Of Maternal Borderline Personality Disorder On Adolescents' Experience Of Maltreatment And Adolescent Borderline Features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 9(4): 385-389. Doi:10.1037/per0000265.

Kurt, İ. E. ve Güçray, S. S. (2016). Ergenlerle Psikolojik Danışma: Bir Gözden Geçirme. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(1): 269-282.

Lampe, L. ve Sunderland, M. (2015). Social Phobia And Avoidant Personality Disorder: Similar But Different? *Journal of Personality Disorders*, 29(1):115–130.

Lampe, L. ve Malhi, G. S. (2018). Avoidant Personality Disorder: Current Insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11: 55-66. doi.org/10.2147/PRBM.S121073.

Langbehn, D.R. vd. (1999). The Iowa Personality Disorder Screen: Development and Preliminary Validation of a Brief Screening Interview. *Journal Of Personality Disorders*, 13:75-89.

- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. ve Luyten, P. (2013). Diagnosis of Personality Disorders In Adolescents: A Study Among Psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(3): 2-4.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. ve Chanen, A. M. (2011). A Study Of Maladaptive Schemas And Borderline Personality Disorder In Young People. *Cognitive Therapy Research*, 35: 30-39.
- Lebowitz, E. ve Reber, C. (2011). The Union Of The Expressive Arts And Dialectical Behaviour Therapy With Adolescents Presenting With Traits Of Borderline Personality Disorder In A Residential Setting. *Journal of Applied Arts & Health* 2(3): 335-346. doi: 10.1386/jaah.2.3.335_7.
- Lenkiewicz, K., Srebnicki, T. ve Bryńska, A. (2015). Personality Disorders In Adolescence. *Psychiatria Polska*, 49(4): 757-764. DOI: 10.12740/PP/28272.
- Lenkiewicz, K., Srebnicki, T. ve Bryńska, A. (2016). Mechanisms Shaping The Development Of Personality And Personality Disorders In Children And Adolescents. *Psychiatria Polska*, 50(3): 621-629. DOI: 10.12740/PP/36180.
- Lenzenweger, M.F. vd. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric Properties, Factor Composition, and Criterion Relations with Affect Aggressive Dyscontrol, Psychosis Proneness, and Self Domains in a Nonclinical Sample. *Psychological Assessment*, 13: 577-591.
- Lenzenweger, M. F. vd. (2007). DSM-IV Personality Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62:553–564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- Lenzenweger, M. F. ve Willett, J. B. (2009). Does Change In Temperament Predict Change In Schizoid Personality Disorder? A Methodological Framework And Illustration From The Longitudinal Study Of Personality Disorder. *Development and Psychopathology*, 21: 1211–1231. doi:10.1017/S0954579409990125.
- Leung, S. W. ve Leung, F. (2009). Construct Validity And Prevalence Rate Of Borderline Personality Disorder Among Chinese Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23(5): 494-513.

- Levy, K., Becker, D., Grilo, C. vd. (1999) Concurrent And Predictive Validity Of The Personality Disorder Diagnosis In Adolescent İnpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156: 1522–1528.
- Lewinsohn, P. M. vd. (1997). Axis II Psychopathology As A Function Of Axis I Disorders In Childhood And Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12):1752-1759.
- Lieb, K. (2004) Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 6(364):453-561.
- Lindberg-Ahioğlu, E. N. (2011). Piaget ve Ergenlikte Bilişsel Gelişim. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 19(1): 1-10.
- Linde, J. A., Stringer, D., Simms, L. J. ve Clark, L. A. (2013). The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality for Youth (SNAP-Y): A New Measure for Assessing Adolescent Personality and Personality Pathology. *Assessment*, 20: 387-404. doi:10.1177/1073191113489847
- Livesley, W.J. ve Jackson, D.N. (2002). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPPBQ)*. Post Huron: Sigma Press.
- Lobbestael, J., Arntz, A. ve Sieswerda, S. (2005). Schema Modes And Childhood Abuse İn Borderline And Antisocial Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 240-253.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Arntz, A. (2007). Shedding Light On Schema Modes: A Clarification Of The Mode Concept And Its Current Research Status. *Netherlands Journal of Psychology*, 63: 69-78.
- Loranger, A., Janca, A., Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorders Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press,
- Lumley, M. N. ve Harkness, K. L. (2007). Specificity İn The Relations Among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, And Symptom Profiles İn Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31: 639-657. DOI: 10.1007/s10608-006-9100-3

- Lynam, D. R., Charnigo, R., Moffitt, T. E., Raine, A., Loeber, R. ve Loeber, M. S. (2009). The Stability Of Psychopathy Across Adolescence. *Development and Psychopathology*, 21: 1133–1153. doi:10.1017/S0954579409990083.
- Macik, D. (2018). Early Maladaptive Schemas, Parental Attitudes And Temperament, And The Evolution of Borderline And Avoidant Personality Features – The Search For Interdependencies. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18 (1): 12-18. DOI: 10.15557/PiPK.2018.0002.
- Magallón-Neri, E., Santacana, M. F. ve Canalda, G. (2013). Stigmatization, Personality Disorders And Adolescence. *European Psychiatry*, 28(Suppl 1):1. DOI: 10.1016/S0924-9338(13)75836-X.
- Magollon-Neri, E., Fuente, J., Canalda, G., Forns, M., Garcia, R., Gonzalez, E., Lara, A. ve Castro-Forniesel, J. (2014). Neither Too Much, Nor Too Little. The Dilemma Of Identifying Personality Disorders In Adolescents Patients With Self-reports. *Psychiatry Research*, 215(3): 683-686. doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.020.
- Mahler, M. S., Pine, F. ve Bergman, A. (2012). *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu* (2. bs.). (A. N. Babaoğlu, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Maier, W. vd. (1992) Prevalence Of Personality Disorders (DSM-III-R) İn The Community. *Journal of Personality Disorder*, 6: 187-196.
- Makinson, J. (2012). *Early Maladaptive Schemas And Their Relationship To Psychopathology In Adolescence* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). The Edinburgh Üniversitesi, İskoçya.
- Maróthia, R. ve Kéria, S. (2018). Enhanced Mental Imagery And Intact Perceptual Organization In Schizotypal Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 259: 433-438. doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.015.
- Masterson, J. F. (2006). *Narsistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları*. (B. Açıl, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Masterson, J. F. (2011). *Kendilik Psikoterapisi* .(M. Benveniste, P. Özdemir, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.

- Masterson, J. F. (2015). *Kişilik Bozuklukları*. (B. T. Bozkurt ve T. V. Soylu, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Meloy, J. R. (2009). Antisozyal Kişilik Bozukluğu. G. O. Gabbard, (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (M. Işıntaş, Çev.), Ankara: Rotatıp Kitabevi, 775-789.
- Meyer, B. (2002). Personality And Mood Correlates Of Avoidant Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16: 174-188. doi:10.1521/pedi.16.2.174.22546.
- Millon, T. vd. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T., Millon, C. ve Davis, R.D. (1997). MCMI-III Manual, 2nd ed. Minneapolis, National Computer Systems.
- Mohammadi, M. R., Shamohammadi, M. ve Salmanian, M. (2014). The Prevalence of Borderline Personality Symptoms in Adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(3): 147-151.
- Moran, P. (1999). The Epidemiology Of Antisocial Personality Disorder. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34: 231–242.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas In Non–Clinical Adolescents: Relations To Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors And Psychopathological Symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13: 405-413. DOI: 10.1002/cpp.
- Nasiri, F., Fazel, A. F. ve Mirjafari, S. A. (2016). Compare early maladaptive schemes and cognitive distortions in young people with schizoid personality disorder with ordinary people. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(4): 527-530.
- Natsuaki, M. N., Cicchetti, D. ve Rogosch, F. A. (2009). Examining The Developmental History Of Child Maltreatment, Peer Relations, And Externalizing Problemsamongadolescents Withsymptomsof Paranoid Personality Disorder. *Development and Psychopathology*, 21: 1181-1193. doi:10.1017/S095457940999010.

- Nelson-Gray, R. O., Huprich, S. K., Kissling, G. E. ve Ketchum, K. (2004). A Preliminary Examination Of Beck's Cognitive Theory Of Personality Disorders In Undergraduate Analogues. *Personality and Individual Differences*, 36: 219-233. doi:10.1016/S0191-8869(03)00081-3.
- Neri, E. M. vd. (2013). Prevalence And Severity Of Categorical And Dimensional. *Personality Disorders In Adolescents With Eating Disorders*, 22(3): 176-184. <https://doi.org/10.1002/erv.2268>.
- Nicolo, A. M. (2015). Modifications To The Technique Of Analysis Of BPD Adolescents. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14: 70–81. DOI: 10.1080/15289168.2015.1004881.
- Nilsson, A. K. K., Jørgensen, C. R., Straarup, K. N. ve Licht, R. W. (2010). Severity Of Affective Temperament And Maladaptive Self-Schemas Differentiate Borderline Patients, Bipolar Patients, And Controls. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5): 486-491. doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.02.006.
- Nirestean, A., Lukacs, E., Cimpan, D. ve Taran, L. (2012). Complex Case Schizoid personality disorder—the peculiarities of their interpersonal relationships and existential role. *Personality and Mental Health*, 6: 69-74. DOI 10.1002/pmh.1182.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. ve Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12: 142-149. DOI: 10.1002/cpp.430.
- Nordahl, H. M. ve Nysaeter, T. E. (2005). Schema Therapy For Patients With Borderline Personality Disorder: A Single Case Series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36: 254-264.
- Normandin, L., Ensink, K. ve Kernberg, O. F. (2015). Transference-focused Psychotherapy For Borderline Adolescents: A Neurobiologically Informed Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14: 98-110. DOI: 10.1080/15289168.2015.1006008.

- Ottosson, H. vd. (1995) The DSM IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): Construction And Preliminary Validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49: 285-291.
- Ozan, E., Karapınar, İ., Aydın, N. ve Fidan, T. (2008). Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Gelişim Süreçleri ve Yaşamı. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 2(1-2): 25-39.
- Odağ, C. ve Tamar, M. (2002). Ergenlik Dönemi: Üstbenliğin Gelişmesinde Kritik Bir Evre. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 9(3):190-198.
- Öner, Ö. ve Özsan, H. H. (2002). Şizoid Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 3: 27-34.
- Özakkaş, T. (2013). *Bütüncül Piskoterapi* (6. bs.). İstanbul:Litera Yayıncılık.
- Özdel, K. vd. (2015). Early Maladaptive Schemas And Core Beliefs In Antisocial Personality Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(4): 306-317.
- Özdemir, Y. ve Çok, F. (2011). Ergenlikte Özerklik Gelişimi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (36): 152-164.
- Özdemir, O. Özdemir, P. G., Kadak, M. T. ve Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4): 566-589. doi:10.5455/cap.20120433.
- Öztop, B. D. (2012). Adolesanda Ruhsal Sorunlar. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 16: 14-18.
- Öztunç, H. Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2015). Kişilik Bozuklukları İle Gelir ve Cinsiyet Değişkenlerinin İlişkisinin İncelenmesi. *Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1): 63-82.
- Öztürk, O. M. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13.basım). Ankara:Nobel Tıp Kitapevleri.
- Padesky, C. A. (1994). Schema Change Processes In Cognitive Therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5): 267-278. DOI: 10.1002/cpp.5640010502.
- Paris, J. (2004). Gender differences in personality traits and disorders, *Current Psychiatry Report*, 6: 71-74.

- Parlaz, E. A., Tekgöl, N., Karademirci, E. ve Öngel, K. (1999). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(4):10-16.
- Pedrero, E. F., Paino, M., Giráldez, S. L. ve Muñiz, J. (2013). Cluster C Maladaptive Personality Traits In A General Population Of Adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2): 97-105.
- Perry, J. C. (2009). C Kümesi Kişilik Bozuklukları. G. O. Gabbard, (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (E. Uğurlu, Çev.), Ankara: Rotatıp Kitabevi, 835-854.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. ve Campbell, L. F. (2001). Early Maladaptive Schemas Of Personality Disorder Subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6): 546-559.
- Pfohl, B., Blum, N. ve Zimmerman. M. (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Piaget, J. (1962). *Play, Dreams And Imitation In Childhood*. New York: Norton.
- Piaget, J. (1964). Cognitive Development In Children: Development And Learning. *Journal Of Research In Science Teaching*, 2: 176-186.
- Pilgrim, J.A. vd. (1993). Inter-rater and Temporal Reliability of the Standardized Assessment of Personality and the Influence of Informant Characteristics. *Psychological Medicine*, 23: 779-786.
- Pretzer, J. ve Beck, J. S. (2004). Cognitive Therapy of Personality Disorders: Twenty Years of Progress. In R. Leahy (Ed.) *New Advances In Cognitive Therapy*. New York: Guilford.
- Rathus, J. H. ve Miller, A. L. (2002) Dialectical Behavior Therapy Adapted For Suicidal Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32: 146-57.
- Reeves, M. ve Taylor, J. (2007). Specific Relationships Between Core Beliefs And Personality Disorder Symptoms In A Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14: 96-104.

- Reich, J., Yates, W. ve Nduaguba, M. (1989). Prevalence Of DSM–III Personality Disorders In The Community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 12-16.
- Richardson, G. (2007). Early Maladaptive Schemas İn A Sample Of British Adolescent Sexual Abusers: İmplications For Therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 11(3):259-276.
- Riskind, J. H. ve Alloy, L. B. (2006). Cognitive Vulnerability To Psychological Disorders: Overview Of Theory, Design, And Methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7): 705-725.
- Roberts, R., Attkisson, C. ve Rosenblatt, A. (1998). Prevalence Of Psychopathology Among Children And Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155:715-726.
- Roelofs, J. vd. (2016). Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *Journal of Child and Family Studies*, 25:2246-2257.DOI 10.1007/s10826-016-0391-z.
- Ronningstam, E. F. ve Maltzberger, J. T. (2009). Narsistik Kişilik Bozukluğu. G. O. Gabbard, (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (O. Yılmaz, Çev.), Ankara: Rotatıp Kitabevi, 791-803.
- Rossouw, T. (2015). The Use Of Mentalization-Based Treatment For Adolescents(Mbt-A) With A Young Woman With Mixed Personality Disorderand Tendency to self-harm. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2): 178-187.
- Sajadi, S. F. vd. (2015). Borderline Personality Features In Students: The Predicting Role Of Schema, Emotion Regulation, Dissociative Experience And Suicidal Ideation. *International Journal of High Risk Behavior & Addiction*, 4(2):1-7. doi.org/10.5812/ijhrba.20021v2.
- Salimoğlu, K. B. (2015). Lise Öğrencilerinin Uyum Bozucu Şemalarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Kırgızistan ve Türkiye Örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(2): 131-154.

- Salzer, S., Cropp, C. ve Fischer, A. S. (2014). Early Intervention For Borderline Personality Disorder: Psychodynamic Therapy In Adolescents. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60:368-382.
- Samuels, J. vd. (2002). Prevalence And Correlates Of Personality Disorders In A Community Sample. *The British Journal of Psychiatry*, 180: 536-542. doi:10.1192/bjp.180.6.536.
- Sar, V. vd. (2003). The Axis-I Dissociative Disorder Comorbidity Of Borderline Personality Disorder Among Psychiatric Outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4:119-136.
- Sar, V. vd. (2006). Axis I Dissociative Disorder Comorbidity In Borderline Personality Disorder And Reports Of Childhood Trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67:1583-1590.
- Sarıtaş, D. ve Gençöz, T. (2011). Psychometric Properties Of “Young Schema Questionnaire-Short Form 3” In A Turkish Adolescent Sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1): 83-96.
- Sarkar, J. ve Duggan, C. (2010). Diagnosis And Classification Of Personality Disorder: Difficulties, Their Resolution And Implications For Practice. *Advances In Psychiatric Treatment*, 16: 388-396. doi: 10.1192/apt.bp.108.006015.
- Savaşır, I. (1981). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Elkitabı (Türk Standardizasyonu)*. Ankara:Sevinç Matbaası.
- Sayar, K., Solmaz, M., Öztürk, M., Özer, A. Ö. ve Arıkan, M. (2000). Yaygın Sosyal Fobi Hastalarında Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Psikopatolojiye Etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 3:163-169.
- Schore, A. (2012). *Duygulanım Düzensizliği ve Kendilik Bozuklukları*. Kocaeli: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.
- Schotte, C.K.W. (2000). New Instruments for Diagnosing Personality Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13(6):605-609.
- Serim-Demirgören, B. ve Aras, Ş. (2018). Ergenlerde Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı ve Psikiyatrik Destek Alma. *Türkiye Klinikleri*, 140-144.

- Semiz, U. B. vd. (2007) Childhood Trauma History And Dissociative Experiences Among Turkish Men Diagnosed With Antisocial Personality Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42:865-873.
- Semiz, U. B. vd. (2008) Nightmare Disorder, Dream Anxiety, And Subjective Sleep Quality İn Patients With Borderl İne Personality Disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62:48-55.
- Set, T., Dağdeviren, N. ve Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde Cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*, 16(3):137-141.
- Sevinçok, L., Dereboy, F. ve Dereboy, Ç. (1998). Çekingen Kişilik Bozukluğunun Klinik Özellikleri ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 1: 22-26.
- Sevin, D. H. ve Küçük S.(2016). İşgörenlerin Rekreatsyonel Etkinliklere Katılım Düzeyleri İle Çalışma Performansları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Journal of Recreation and Tourism Research*, 3(1): 24-31.
- Sharp, C. ve Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline Personality Disorder İn Adolescence – Recent Conceptualization, Intervention, And İmplications For Clinical Practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12): 1266-1288 doi:10.1111/jcpp.12449.
- Shiner, R. (2009). The Development Of Personality Disorders: Perspectives From Normal Development. *Development and Psychopathology*, 4: 715-734.
- Shiner, R. L. ve Allen, T. A. (2013). Assessing Personality Disorders İn Adolescents: Seven Guiding Principles. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 20 (4): 361-377.
- Shiner, R. L. ve Tackett, J. L. (2014). PDs İn Children And Adolescents. In: (E. J. Mash, R. A. Barkley, Ed.). *Child Psychopathology* (3. Bs.). New York: Guilford Press: 848-896.
- Shorey, R. C., Anderson, S. ve Stuart, G. L.(2014). The Relation Between Antisocial and Borderline Personality Symptoms and Early Maladaptive Schemas in a Treatment Seeking Sample of Male Substance Users. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21: 341-351. DOI: 10.1002/cpp.1843.

- Simonelli, A. ve Parolin, M. (2017). Dependent Personality Disorder. https://www.researchgate.net/publication/318820360_Dependent_Personality_Disorder [4 Ağustos].
- Soloff, P. H. vd., (2005). Gender Differences In A Fenfluramine-Activated FDG PET Study Of Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 138:183 - 195.
- Sorias, S., Saygılı, R., Elbi, H. (1990). *DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1): 75-84.
- Specht, M. W., Chapman, A. ve Celluci, T. (2009). Schemas And Borderline Personality Disorder Symptoms İn Incarcerated Women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40: 256-264.
- Steele, M., Bate, J., Nikitiades, A. ve Nielsen, B. B. (2015). Attachment In Adolescence And Borderline Personality Disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14: 16-32. DOI: 10.1080/15289168.2015.1004882.
- Stone, M. H. (2009). A Kümesi Kişilik Bozuklukları. G. O. Gabbard, (Ed.), *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders* (K. Alptekin, Ö. Öztürk, Çev.), Ankara: Rotatıp Kitabevi, 763-774.
- Swartz, M. vd. (1990). Estimating The Prevalence Of Borderline Personality Disorder In The Community. *Journal of Personality Disorders*, 4(3): 257-272. doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257.
- Swart, J. ve Apsche, J. (2014). A Comparative Treatment Efficacy Study Of Conventional Therapy And Mode Deactivation Therapy (MDT) For Adolescents With Conduct Disorders, Mixed Personality Disorders, And Experiences Of Childhood Trauma. *International Journal Of Behavioral Consultation And Therapy*, 9 (1): 23-30.

- Şahin, D. (2009). Kişilik Bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 22(9): 45-55.
- Şener, A., Bora, E., Tekin, I. ve Özaşkın, S. (2006). Şizotipal Kişilik Ölçeğinin Üniversite Öğrencilerindeki Geçerlik ve Güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(2): 84-92.
- Şenkal-Ertürk, İ., Kömürcü, B., Yiğit, İ. ve Gör, N. (2017). Geçmişin Mirası Ve Geleceğin Haritası: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5(10): 197-218. DOI: 10.7816/nesne-05-10-01.
- Şenyuva, H. Ş. (2007). *Aydın İlinden Alınan Normal Br Örneklemde Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Tackett, J. L. vd. (2013). The Relevance of Informant Discrepancies for the Assessment of Adolescent Personality Pathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20: 378-392.
- Tatlıdil, E. ve Turan, E. (2007). Paranoid Kişilik Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3(12):17-23.
- Taymur, İ. ve Türkçapar, H. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması Ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2): 154-177. doi:10.5455/cap.20120410.
- Tezcan, S. (1992). *Epidemiyoloji Tıbbın Araştırmalarının Yöntem Bilimi*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
- Thames, A., ve Lilienfeld, S. O. (2013). Schizotypal Personality Disorder. *Encyclopedia of Psychology* (Online Edition). Salem Press.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation Of Early Maladaptive Schemas Between Perceptions Of Parental Rearing Style And Personality Disorder Symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 52-59.
- Thomas, C., Turkheimer, E. ve Oltmanns, T.F. (2003). Factorial Structure of Personality as Evaluated by Peers. *Journal Of Abnormal Psychology*, 112: 81-91.

- Thylstrup, B. ve Hesse, M. (2009). "I am not Complaining"—Ambivalence Construct in Schizoid Personality Disorder. *American Journal Of Psychotherapy*, 63(2): 147-167.
- Torgersen, S., Kringlen, E. ve Cramer, V. (2001). The Prevalence Of Personality Disorders In A Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6): 590-596. doi:10.1001/archpsyc.58. 6.590.
- Tremblay, P. F. ve Dozois, D. J. A. (2009). Another Perspective On Trait Aggressiveness: Overlap With Early Maladaptive Schemas. *Personality and Individual Differences*, 46: 569–574. doi:10.1016/j.paid.2008.12. 009.
- Tromp, N. B., ve Koot, H. M. (2008). Dimensions of personality pathology in adolescents: Psychometric properties of the DAPP-BQ-A. *Journal of Personality Disorders*, 22: 623-638. doi:10.1521/pedi.2008.22.6.623.
- Tromp, N. B. ve Koot, H. M. (2010). Dimensions Of Normal And Abnormal Personality: Elucidating DSM-IV Personality Disorder Symptoms In Adolescents. *Journal of Personality*, 78(3): 839-864.
- Türkoğlu, S. (2014). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımları. *Selçuk Tıp Dergisi*, 30(3): 118-122.
- Türkçapar, M. H. vd. (2004). Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke Ve Depresyonun İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15:119-24.
- Türkçapar, M.H. vd. (2007). Kisilik İnanç Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10: 177-191.
- Türksoy, N., Tükel, R. ve Özdemir, Ö. (2000). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3:92-98.
- Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1): 24-39.
- Tyrer, P. (1979). Reliability of a Schedule for Rating Personality Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 135:168-174.

- Tyrer, P. ve Johnson, T. (1996). Establishing The Severity Of Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153:1593-1597.
- Uçar, H. N. vd. (2014). Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Yakınma, Tanı ve İlaç Uygulamaları Karakteristiklerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40 (2): 75-83.
- Ulrich, S. ve Coid, J. V. (2009). The Age Distribution of Self-Reported Personality Disorder Traits in a Household Population. *Journal of Personality Disorders* 23(2):187-200. DOI: 10.1521/pedi.2009.23.2.187.
- Ulusoy, M. D., Demir, Ö. N. ve Baran, G. A. (2005). Ebeveynin Çocuk Yetiştirme Biçimi ve Ergen Problemleri: Ankara İli Örneği. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(3): 367-386.
- Uytun, M. Ç. ve Öztop, D. B. (2015). Kişilik Bozukluklarının Çocuk Ve Ergenlerde Öncül Bulguları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4): 368-381. doi: 10.5455/cap.20150224102604.
- Ünlü, G., Aksoy, Z. ve Ersan, E. E. (2014). İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(3):176-183.
- Ünver, B., Öner, Ö. ve Yurtbaşı, P. (2013). Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24: 1-6.
- Üzümcü, E. (2016). *Büyükleme ve Kırılgan Narsisistik Kişilik Özellikleri İle İlişkili Faktörlerin Şema Terapi Modeli Çerçevesinde İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Van Wijk-Herbrink, M. F. vd. (2017). Schema Therapy in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(3):261-279.
- Vizard, E., French, L., Hickey, N. ve Bladon, E. (2004). Severe Personality Disorder Emerging In Childhood: A Proposal For A New Developmental Disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14: 17-28.
- Volkan, V. (2007). *Psikoterapide nesne ilişkileri*. (A. A. Köşkdere, Çev.). İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Yayınları.


- Volkan, V. ve Ast, G. (2007). *Özsevinin Dokusu*. (B. Özbaran, Ş. Pırıldar, Çev.). İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Yayınları.
- Vrouva, I. (2012). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment As A Measure Of Personality Disorder Traits In Children And Adolescents* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). University College London, İngiltere.
- Walsh, J. (2017). Schizotypal Personality Disorder: A Clinical Social Work Perspective. *Journal of Social Work Practice*, 31(1): 67-78. <http://dx.doi.org/10.1080/02650533.2015.1132686>.
- Westen, D. ve Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice. *American Journal of Psychiatry*, 155:1767-1771.
- Westen, D. ve Shedler, J. (2000). A Prototype Matching Approach to Diagnosing Personality Disorders: Toward DSM-V". *Journal of Personality Disorders*, 14:109-126.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. ve Martens, A. (2003). Personality Diagnoses In Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses And An Empirically Derived Alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160(5): 952-966.
- Widiger, T. A. ve Weissman, M. W. (1991). Epidemiology Of Borderline Personality Disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42:1015-1021.
- Widiger, T. A. vd. (2005). Personality Disorder Research Agenda For The DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19(3): 315-338.
- Widiger, T. A., De Clercq, B. ve De Fruyt, F. (2009). Childhood Antecedents Of Personality Disorder: An Alternative Perspective. *Development and Psychopathology*, 21: 771-791.
- Wolff, S. (2002). *Problem çocuklar* (A. Oral, S. Kara, Çev.). İstanbul: Say Yayınları.
- Yakeley, J. ve Williams, A. (2014). Antisocial Personality Disorder: New Direction. *Advances In Psychiatric Treatment*, 20: 132-143. doi: 10.1192/apt.bp.113.011205.

- Yakın, D. (2014). Bağımlı Kişilik Örüntüsü Ve Terapötik İşbirliği: Şema Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(2): 1-13.
- Yalçın, S. B., Ak, M., Kavaklı, M. ve Kesici, Ş. (2018). Mutluluğun Önündeki Engel: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(1): 7–13. doi.org/10.5455/JCBPR.270828.
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G. ve Günel B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk Ve Panik Bozuklukta Depresyon Ve Kişilik Bozukluğun Komorbiditesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16(1):28-34.
- Yancar, C. (2005). *Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Yavuzer, H. (2005). *Gençleri Anlamak* (2.bs.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yıldırım, A. ve Türeli, D. (2015). Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Nörogörüntüleme. *Psikiyatri Gündel Yaklaşımlar*, 7(1): 98-108. doi: 10.5455/cap.20140607062145.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy For Personality Disorders: A Schema – Focused Approach*. Florida: Professional Resource Pres.
- Young, J. E. (1996). Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. *Clinical Psychology Review*, 16(1): 78-78.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guildford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2009). *Şema Terapi* (T. Soylu, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Zanarini, M. C. vd. (1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated With The Development Of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154: 1101-1106.

- Zanarini, M. C., Temes, C. M, Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A. ve Goodman, M. (2017). Prevalence Rates Of Borderline Symptoms Reported By Adolescent Inpatients With BPD, Psychiatrically Healthy Adolescents And Adult İnpatients With BPD. *Personality and Mental Health, 11*: 150–156. DOI 10.1002/pmh.1378.
- Zhang, J. vd. (2014). Neurological Soft Signs In Adolescents With Borderline Personality Traits. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 19*: 40-44. DOI: 10.3109/13651501.2014.981544.
- Zimmerman, M. ve Coryell, W. (1990). Diagnosing Personality Disorders In The Community. A Comparison Of Self-Report And Interview Measures. *Archieves of General Psychiatry, 47*: 527-531.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders: A Review Of Issues And Research Methods. *Archives of General Psychiatry, 51*:225-245.

EKLER

EK-1: İZİN TALEBİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.10987431
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

11/06/2019

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: a) 23.05.2019 tarihli ve 10185114 Gelen Evrak No'lu dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 30.05.2019 tarihli tutanağı.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gülnur İLK'in "Ergenlerde Kişilik Bozukluklarının Görülme Sıklığı ve Erken Dönem Uyumsuzluğu Şemaların Kişilik Bozukluklarını Yordayıcı Etkilerinin İncelenmesi" konulu tezi kapsamında, ilimiz Başakşehir, Esenler ve Beşiktaş ilçelerinde bulunan liselerde; anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Milli Eğitim Müdürü

Ek:
1- Genelge.
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
11/06/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Milli Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 11e6-b5fc-39c7-a1e5-737f kodu ile teyit edilebilir.

EK-2 : DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz.

1. YAŞINIZ:
2. CİNSİYET: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. KAÇ KARDEŞSİNİZ:
4. KAÇINCI ÇOCUKSUNUZ:
5. KAÇINCI SINIFSINIZ: ☐ 9. Sınıf ☐ 10. Sınıf ☐ 11. Sınıf ☐ 12. Sınıf
6. Psikolojik veya psikiyatrik yardım aldınız mı/ alıyor musunuz? Evet Hayır
7. EKONOMİK DURUM: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
8. Anneniz:
Sağ ☐ Ölü ☐
Öz ☐ Üvey ☐
9. Annenizin Mesleği:
10. Annenizin Eğitim Durumu:
☐ Okuryazar Değil ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu
☐ Üniversite Mezunu
11. Babanız:
Sağ ☐ Ölü ☐
Öz ☐ Üvey ☐
12. Babanızın Mesleği:
13. Babanızın Eğitim Durumu:
☐ Okuryazar Değil ☐ İlkokul Mezunu ☐ Ortaokul Mezunu ☐ Lise Mezunu
☐ Üniversite Mezunu
14. Not ortalamanız:

**EK-3: ERGENLER İÇİN PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR ENVANTERİ-
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI FORMU (EPBE-KBF)**

EPBE-KBF

	TEST MADDELERİ	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1	Yaptığım bütün işlerde tek başıma olmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
2	İnsanların benimle ilgili yorumlarına çok kolay alırım.	1	2	3	4	5
3	Benim için sınırsız başarı, güç, zekâ ve güzellik ulaşılması gereken hedeflerdir.	1	2	3	4	5
4	Sürekli bir şekilde insanların bana kötülük yapacağını, sömüreceğini ve aldatmaya çalışacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5	Bir ortamda ilgi odağı olamadığımda kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5
6	Sıklıkla birilerini tehdit ettiğim veya gözdağı verdiğim olur.	1	2	3	4	5
7	Sevdiğim birinin beni terk edeceğini düşündüğümde o kişiyi vazgeçirmek için çılgınca çaba harcarım.	1	2	3	4	5
8	Bir iş yaparken asıl amacı gözden kaçırarak kadar ayrıntılarla; sıralama, düzen veya planlamayla ilgilenirim.	1	2	3	4	5
9	Derste anlamadığım bir şey olduğunda öğretmenim beni eleştirir veya cevap vermez korkusuyla soru soramam.	1	2	3	4	5
10	Annem babam da dâhil olmak üzere insanlarla yakın bir ilişki içine girmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5
11	Yetenek ve başarılarımdan bahsetmekten büyük zevk alırım.	1	2	3	4	5
12	Dışarıya çıktığımda insanların dikkatini çekmek çok hoşuma gider.	1	2	3	4	5
13	Ailemi ve arkadaşlarımı bazen çok yüceltirken bazen de çok eleştiririm.	1	2	3	4	5
14	Gündelik işlerle ilgili kararlar alırken birinin beni mutlaka onaylamasını veya yol göstermesini beklerim.	1	2	3	4	5
15	Beni seveceğinden emin olmadıkça kimseyle arkadaşlık kurmam.	1	2	3	4	5
16	Bir işe başlamadan önce ayrıntılı bir şekilde plan yapar, listeler hazırlarım.	1	2	3	4	5
17	İçimde bir boşluk duygusu var.	1	2	3	4	5
18	Arkadaşlarım çok rahat davrandığımı ve çekici biri olduğumu söylerler.	1	2	3	4	5
19	Kavgalarda taş, sopa, bıçak gibi kesici ve yaralayıcı aletler kullandığım oldu.	1	2	3	4	5
20	Okulda veya evde yaptığım etkinliklerden neredeyse hiç zevk almam.	1	2	3	4	5

21	Sıklıkla çok başarılı ve ünlü biri olduğumu hayal ederim.	1	2	3	4	5
22	NASA’da astronotluk yaptım.	1	2	3	4	5
23	Çok tutarsız, değişken biriyim, bu yüzden kendimi tanımakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
24	Kendimi özel biri olarak gördüğüm için herkesin beni anlayamayacağını düşünürüm.	1	2	3	4	5
25	İnsanlara veya hayvanlara acımasız davrandığım oldu.	1	2	3	4	5
26	Söylediğim şeylerle alay edilir korkusuyla pek konuşmam, genellikle dinleyen taraf olurum.	1	2	3	4	5
27	Eksiksiz yapmak istediğim için başladığım işi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28	İnsanların arkamdan konuştuklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
29	Kolay etki altında kalan biri olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
30	Çekici ve hoş biri olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
31	Bir şey elde etmek veya zor bir durumdan kurtulmak için sık sık yalan söylerim.	1	2	3	4	5
32	Topluluk içindeyken zihnim sürekli eleştirilme ya da dışlanma düşünceleriyle doludur.	1	2	3	4	5
33	Benden öç almaya çalışan insanların olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
34	Bulduğum ortamlarda kayırılmam ya da özel olmam gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5
35	Okul ödevlerime gezmeye, dinlenmeye ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye zaman bulamayacak kadar önem veririm.	1	2	3	4	5
36	Yalnız kalmaktan çok korkarım.	1	2	3	4	5
37	Arkadaşlarım ve ailem yapmacık ve abartılı davrandığımı söylerler.	1	2	3	4	5
38	Uzay, teknoloji, varoluş gibi ilgilendiğim konularda konuştuğumda insanlar düşüncelerimin garip veya saçma olduğunu söylerler.	1	2	3	4	5
39	Kendimi beceriksiz ve istenmeyen veya başkalarından aşağı biri olarak görürüm.	1	2	3	4	5
40	Boş zamanlarımda daha sonra yapacağım işleri planlarım.	1	2	3	4	5
41	Utanmaktan korktuğum için yeni şeyler yapmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
42	Bir kereden fazla intihara kalkıştım ya da ailemi intihar edeceğim konusunda tehdit ettim.	1	2	3	4	5
43	Diğerlerine anlatacağımı bildiğim için arkadaşlarıma hiçbir sırrımı açmam.	1	2	3	4	5
44	Dışarıdaki insanların bana zarar vereceğiyle ilgili sürekli kuşku duyarım.	1	2	3	4	5
45	Herkesin beni beğenmesini isterim.	1	2	3	4	5
46	Doğaüstü ya da büyüsel güçlere dair konuştuğumda insanlar konuşmamı çok anlaşılmaz veya tuhaf bulurlar.	1	2	3	4	5
47	İnsanlarla konuşmamı gerektiren faaliyetleri sevmem.	1	2	3	4	5
48	Arkadaşlarım bana tuhaf biri olduğumu söylüyorlar.	1	2	3	4	5
49	Bir arkadaşım bana hakaret ettiğinde ona saldırır veya öfkeli olduğumu gösteririm.	1	2	3	4	5

50	Herhangi bir konuda aldığım bir karardan beni döndürmek imkânsızdır.	1	2	3	4	5
51	On üç yaş öncesinden beri sıklıkla okuldan kaçırım.	1	2	3	4	5
52	Hayattan zevk alan biri değilim.	1	2	3	4	5
53	İnsanların bir şeyler yaparken görünenin dışında gizli niyetlere sahip olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5
54	Haklı ya da haksız olduğumu önemsemeden sıklıkla kavgaya karışıyorum.	1	2	3	4	5
55	Ailem de dâhil insanlar bana soğuk, ilgisiz ve tekdüze biri olduğumu söylerler.	1	2	3	4	5
56	Bencil olmakla suçlanırım.	1	2	3	4	5
57	Duygularımda ani değişimler olur.	1	2	3	4	5
58	Yaşıttım da olsa dışarıda tanımadığım insanlarla karşılaşmaktan ve konuşmaktan hiç hoşlanmam.	1	2	3	4	5
59	Atlas Okyanusu'nu yüzerek geçtim.	1	2	3	4	5
60	Arkadaşlarım çok alıngan olduğumu ya da çok çabuk kızdığımı söylüyorlar.	1	2	3	4	5
61	Başka bir insana karşı asla yakınlık duymuyorum.	1	2	3	4	5
62	Öğretmenimin haksız bir not verdiğini düşünsem bile beni sevmeyeceğini düşünerek itiraz etmem.	1	2	3	4	5
63	Başkaları görmeden mağazalardan parasal değeri olan bir şeyler aşırıdığım oldu.	1	2	3	4	5
64	Bir arkadaşımın beraber ödev yaparken o nasıl isterse ödevi öyle hazırlamayı kabul ederim.	1	2	3	4	5
65	Yaptığım birçok yanlışın başkalarından kaynaklandığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
66	Bazı şeyleri olması gerektiği şekilde yapmak için çok fazla zaman harcarım.	1	2	3	4	5
67	Arkadaşlarımla zorla parasını aldığım ya da kapkaççılık yaptığım oldu.	1	2	3	4	5
68	Bu zamana kadar kendimi becerikli ve başarılı hissettiğim herhangi bir konu olmadı.	1	2	3	4	5
69	Kendimi diğer insanlardan daha tuhaf ya da garip hissettiğim olur.	1	2	3	4	5
70	Arkadaşlarım kendini beğenmiş biri olduğumu söylerler.	1	2	3	4	5
71	Yaptığım işte bana destek olan birine beni yalnız bırakır korkusuyla düşüncelerimi söyleyemem.	1	2	3	4	5
72	Benden daha başarılı olan arkadaşlarımla genellikle kıskanırım.	1	2	3	4	5
73	Konuşmalarım amaca yönelik, ısrarcı ve etkilidir.	1	2	3	4	5
74	Utandırılmaktan ya da alay edilmekten korktuğum için yakın arkadaşlık kurmam.	1	2	3	4	5
75	Bir işin mükemmel bir şekilde yapılması benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
76	Kendime bakamayacağım ile ilgili kaygılarım yüzünden tek başıma kaldığımda kendimi çaresiz hissederim.	1	2	3	4	5
77	Sıklıkla arkadaşlarımla ve öğretmenlerimi kızdıracak şeyler yapıyorum.	1	2	3	4	5
78	Övülme ve beğenilmekten çok hoşlanırım.	1	2	3	4	5

79	Kendi başıma bir işe başlamada ve sürdürmede güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
80	Dışarıda beni etkisi altına almak isteyen veya bana zarar vermek isteyen kişiler olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
81	Başkalarına ait eşyalara bilerek zarar verdiğim oldu.	1	2	3	4	5
82	İstediğim bir şeye ulaşmak için ailemi ya da arkadaşlarımı kullandığım oldu.	1	2	3	4	5
83	Kendimi aşırı doğrucu, vicdanlı ve ahlaklı biri olarak görürüm.	1	2	3	4	5
84	Arkadaşıma genellikle tepkili davranıyorum çünkü beni küçük gördükleri, beğenmedikleri için aralarına almadıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
85	Sıklıkla yalan söyler, arkadaşlarımı veya başkalarını kandırmak için planlar yaparım.	1	2	3	4	5
86	Anne babamın desteği olmadan üzerime düşen sorumlulukları yerine getiremem.	1	2	3	4	5
87	Eleştirilmekten ya da kabul edilmemekten korktuğum için sosyal ortamlardan kaçınırım.	1	2	3	4	5
88	Arkadaşıma güvenilirliliklerini ve bana bağlılıklarını sürekli sorgularım.	1	2	3	4	5
89	Birisi bana hakaret ettiğinde veya kötü davrandığında bunu asla unutmam ve hatta o kişiden nefret ederim.	1	2	3	4	5

EK-4: YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olmadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
 - 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
 - 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
 - 4- Benim için orta derecede doğru
 - 5- Benim için çoğunlukla doğru
 - 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
 2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
 3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
 4. _____ Uyumsuzum.
 5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
 6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
 7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
 8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
 9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
 10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
 11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
 12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsemiğimi göstermek gibi).
 13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
 14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.
 15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
 16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
 17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissedirim.
 18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
 19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
 20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
 21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissedirim.
 22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımızı birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İstedikimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

ÖZGEÇMİŞ

Gülnur İLK

Adres: Başak Mahallesi, Mimar Sinan Cd. No:1, 34480 Başakşehir/İstanbul

İletişim bilgileri: gulnur.ilk@hotmail.com Tel: 0 537 986 13 23

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans:

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü, 2019, İstanbul

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilgiler Eğitimi Bölümü, 2014

Lisans:

İstanbul Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü, 2009, İstanbul

İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilgiler Öğretmenliği Bölümü, 2009, İstanbul

Mesleki Eğitimler:

Ergen Psikopatolojileri ve Rorschach – TAT- Yrd. Doç. Dr. Bengi Düşgör (2019-...)

Gelişim Odaklı Psikodinamik Psikoterapi Eğitimi (Teori, Formülasyon ve Süpervizyon, 2015-2018)- Öğretim Görevlisi Mehmet Tekneci

Psikanalitik Psikoterapi Eğitimi (2017)- Prof. Vamık D. Volkan

Koçluk ve Mentörlük Eğitimi (2011)- MEB

B. MESLEKİ DENEYİM

2008-2009 İstanbul Üniversitesi Öğrenci Asistan

2009-2011 Esenler Ticaret Meslek Lisesi Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmeni

2011-... Başakşehir Anadolu Lisesi Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmeni

C. YAYINLARI

İlk, G. ve Açıkalın, M. (2013). Dezavantajlı gruplar için sosyal bilgiler eğitimi uygulamaları. *Uluslararası Sosyal Bilgiler Eğitimi Sempozyumu II* içinde (s.301-312). Aksaray: Aksaray Üniversitesi

İlk, G. ve Açıkalın, M. (2014). Kaynaştırma eğitiminin sosyal bilgiler dersi üzerinden değerlendirilmesi. *I. Avrasya Eğitim Araştırmaları Kongresi*'nde sözlü sunulan bildiri, İstanbul.

İlk G. ve Açıkalın M. (2018). Sosyal bilgiler öğretmenlerinin kaynaştırma uygulamalarına yönelik görüşlerinin ve deneyimlerinin incelenmesi. *Milli Eğitim*, 47, 57-88.

İlk, G. ve Bilge, Y. (2019). Davranışsal aktivasyon ve inhibisyon sistemleri ile algılanan anne babalık biçimlerinin borderline kişilik bozukluğunu yordayıcı etkilerinin incelenmesi. *1.Uluslararası Ruh Sağlığında Toplumsal Farkındalık Kongresi*'nde sözlü sunulan bildiri, İstanbul.