

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KİŞİLİK BOZUKLUĞU
YAYGINLIĞI VE SORUN ÇÖZME BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÖMER YAVUZ YETİŞ
071106101

İstanbul, Eylül 2010

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KİŞİLİK BOZUKLUĞU
YAYGINLIĞI VE SORUN ÇÖZME BECERİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÖMER YAVUZ YETİŞ
071106101

Danışman Öğretim Üyesi:
Prof. Dr. Mehmet ESKİN

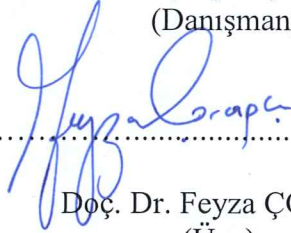
İstanbul, Eylül 2010

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

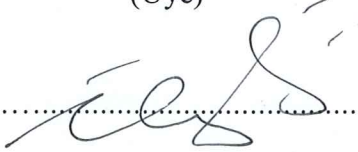
23.09.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Ömer Yavuz YETİŞ'e ait "Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı ve Sorun Çözme Becerileri İle İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



Prof. Dr. Mehmet ESKİN
(Başkan)
(Danışman)



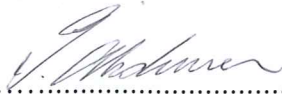
Doç. Dr. Feyza ÇORAPÇI
(Üye)



Doç. Dr. İlyas GÖZ
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. İrem AKDUMAN
(Üye)

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında bana rehberlik eden, bilgi ve desteğini esirgemeyen, değerli önerileriyle beni yönlendiren, tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Eskin' e çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim sırasında engin bilgi ve tecrübesinden çok şey öğrendiğim, humanistik bakış açısına, ruh sağlığı ve danışanlara yaklaşımına hayranlık duyduğum sevgili hocam Prof. Dr. Adnan ZİYALAR başta olmak üzere ders alma fırsatı bulduğum tüm hocalarıma teşekkür ederim. Verilerin toplanması aşamasında yardımcı olan Adnan Menderes Üniversitesi' nin değerli öğretim elemanlarına ve katılımlarından ötürü üniversite öğrencilerine teşekkür ederim. Yapıcı eleştirilerinden ötürü jüri üyelerim Doç. Dr. Feyza ÇORAPÇI, Doç. Dr. İlyas GÖZ, Yrd. Doç. Dr. Figen KARADAYI ve Yrd. Doç. Dr. İrem AKDUMAN' a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince maddi manevi desteğini esirgemeyen abim Mustafa YETİŞ' e, her zaman yanımda olan, sıkıntımı paylaşan ve desteğini esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Eylül 2010

Ömer Yavuz YETİŞ

ÖZET

Amaç: Bu tezin amacı üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığının ve kişilik bozukluğu ile sorun çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu tez çalışmasının örneklemini Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinden oluşan 705 kişi oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi için araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, kişilik bozukluğunu belirlemek için DSM-IV ve ICD-10 kişilik Bozukluğu Ölçeği (DIP-Q) ve sorun çözme becerilerini saptamak için Gözden Geçirilmiş Türkçe Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G) uygulanmıştır.

Bulgular: Üçyüzyedisi kadın (%43,7), 395'i erkek (%56,3) toplam 705 katılımcının yaş ortalaması yaş ortalaması 21,2 (SD = 1.86) olarak bulunmuştur. Kişilik bozukluğu yaygınlık oranı %13 (n=91) olarak bulunmuştur. Kişilik bozukluğu tanısı almada kadın ve erkekler arasında bir fark bulunmamıştır. Kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcıların genelde sorun çözme becerileri yetersizdir. Kişilik bozukluğu olumsuz sorun yönelimi, kaçınan ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzlarıyla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Kişilik bozukluğu üniversite öğrencileri arasında yaygındır ve kişilik bozukluğu olan kimselerin sorun çözme becerileri yetersizdir. Buradan hareketle sorun çözme terapisi yaklaşımı kişilik bozukluğu olan kimselerde kullanılacak alternatif bir yaklaşım olabilir.

Anahtar kelimeler: Kişilik, kişilik bozukluğu, sorun çözme, üniversite öğrencileri.

ABSTRACT

Object: The purpose of this thesis was to investigate the prevalence of personality disorders and the relationship between personality disorders and problem solving skills in a sample of university students.

Methods: The sample of this thesis included 705 students enrolled at various departments of Adnan Menderes University in Aydin. Participants filled in a questionnaire consisting of questions about sociodemographic characteristics, DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Scale (DIP-Q) and the Revised Social Problem Solving Inventory (SPSI-R). Students filled in the questionnaire during regular class hours reserved for this purpose. The data were analyzed by using statistical procedures of chi-square, t-test and logistic regression analyses.

Results: Of 705 participants 307 (% 43,7) are women and 395 (% 56,3) were men. The average age of participants' was 21,2 (SD=1.86) years. A total of 91 (%13) participants obtained at least one personality disorder. Paranoid and obsessive-compulsive personality disorders were the two most frequent personality disorders. Men and women were similar in getting a diagnosis. The participants with a diagnosis of personality disorder displayed more inadequacies in problem solving skills than those without a diagnosis. Negative problem orientation was found to be the independent predictor of having a personality disorder diagnosis.

Conclusion: Diagnosis of personality disorder was found to be common among university students and participants having personality disorder diagnosis evidenced inadequate problem solving skills. Thus, problem solving therapy approach may be a potential treatment strategy that can be used with people who have personality disorder.

Key words: Personality, personality disorder, problem solving, university students

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Kişilik ve Kişilik Bozukluğu	4
1.1.1. Kişilik	4
1.1.2. Kişilik Bozuklukları	6
1.1.2.1. Aküme Kişilik Bozuklukları	10
1.1.2.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	14
1.1.2.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	12
1.1.2.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	13
1.1.2.2. B Küme Kişilik Bozuklukları	14
1.1.2.2.1. Sınır Kişilik Bozukluğu	14
1.1.2.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	16
1.1.2.2.3. Histriyonik Kişilik Bozukluğu	18

1.1.2.2.4. Narsistik Kişilik Bozukluğu	19
1.1.2.3. C küme Kişilik Bozuklukları	22
1.1.2.3.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu	22
1.1.2.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu	22
1.1.2.3.3. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	24
1.1.2.4. Kişilik Bozuklukları Etiyolojisi	25
1.1.2.4.1. Genetik Faktörler	25
1.1.2.4.2. Biyolojik Faktörler	25
1.1.2.4.3. Psikolojik ve Çevresel Faktörler	26
1.2. Sorun Çözme	28
1.2.1. Sorun Çözmenin Bileşenleri	31
1.2.2. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli	32
1.2.2.1. Sorun Yönelimi	33
1.2.2.1.1. Olumlu Sorun Yönelimi	33
1.2.2.1.2. Olumsuz Sorun Yönelimi	34
1.2.2.2. Sorun Çözme Tarzları	35
1.2.2.2.1. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	35
1.2.2.2.2. Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	36
1.2.2.2.3. Akılcı Sorun Çözme Tarzı	37
1.3. Sorun Çözme ve Kişilik Bozuklukları	38
1.4. Araştırmanın Amacı	39
1.5. Araştırmanın Önemi	40

İKİNCİ BÖLÜM	42
YÖNTEM ve GEREÇLER	42
2.1. Evren ve Örneklem	42
2.2. Veri Toplama Araçlar	44
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	44
2.2.2. DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Testi (DIP-Q)	44
2.2.3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (Tr-SSÇE-G)	47
2.3. İşlem	49
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	51
BULGULAR	51
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	62
TARTIŞMA	62
KAYNAKLAR	75
EKLER	82
ÖZGEÇMİŞ	84

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
DIP-Q	: DSM-IV and ICD-10 Personality Disorder Questionnaire (DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Aracı)
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSM-I	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 1. Baskı)
DSM-II	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 2. Baskı)
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3. Baskı)
DSM-III-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 3.Baskı Revizyonu)
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)
GAF	: Global Assessment of Functioning (Global İşlevselliği Değerlendirme)
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlişkili Sağlık Problemlerinin Uluslar arası İstatistiksel Sınıflandırması)
ID	: Impairment & Distress Scalası (İşlevsellikteki Zayıflama ve Subjektif Sıkıntı Ölçeği)
KB	: Kişilik Bozukluğu
NKB	: Narsisistik kişilik Bozukluğu
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
SSÇE-G	: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu
n	: Kişi sayısı
Ort	: Ortalama
p	: Anlamlılık düzeyi

- SPSS : Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
- SD : Serbestlik derecesi
- SS : Standart sapma
- χ^2 : Ki Kare

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	43
Tablo 3.1. Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	51
Tablo 3.2. A, B ve C Kümesi Kişilik Bozukluklarından Tanı Almış Katılımcıların Cinsiyete Göre Karşılaştırması	52
Tablo 3.3. Kişilik Bozukluğu Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı	53
Tablo 3.4. Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Sorun Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	54
Tablo 3.5. A, B ve C Kümesi Kişilik Bozukluklarından Tanı Almış Katılımcıların Sorun Çözme Stillerine Göre Karşılaştırması	57
Tablo 3.6. Kişilik Bozukluklarının Sorun Çözme Stillerine Göre Karşılaştırması	58
Tablo 3.7. Kişilik Bozukluklarının Yordayıcıları	60
Tablo 3.8. Cinsiyete Göre Sorun Çözme Stilleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	61

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Çok eski çağlardan günümüze birçok düşünür kişiliğin tanımını yapmaya ve kişiliği açıklamaya çalışmıştır. Psikoloji de kişilik açıklandığı kuramın değerlerini ve tanımlamalarını kapsamaktadır, bu nedenle birçok kuramcı kişilik ile ilgili yeni tanımlamalar yapmıştır. Örneğin Allport kişiliği; ‘‘bireyin çevreye yapacağı uyumu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, bireyin kendi içindeki dinamik organizasyonları’’ olarak tanımlamıştır (akt. Svrakic ve Cloninger 2007). Kaplan ve Sadock (2004), ise kişiliği, sıradan durumlarda gün boyunca kişinin duygusal ve davranışsal özelliklerinin tümüyle karakterize olduğu özellikler olarak tanımlamışlar, kişiliğin göreceli olarak sabit ve önceden tahmin edilebilir olduğunu belirtmişlerdir.

Kişilik bozukluğunun tam geçerli bir tanımını yapmak güçtür. Bağlantılı olarak kişilik bozuklukları; klinik psikoloji ve psikiyatri de tanı tartışmasına en çok yol açan sorunlardandır (Öztürk, 2001). Kişilik bozuklukları bir bakıma normal kişilik özelliklerinin abartılmış bir şekilde, kişinin kendisine ve çevresine rahatsızlık verecek şekilde yaşanmasıdır (Şahin, 2003, s. 165)

“Kişilik özellikleri oldukça katıysa, kişinin toplumsal uyumunu ve işlevselliğini bozuyorsa, öznel bir sıkıntı yaratıyorsa kişilik bozukluğundan bahsedilebilir” (Köroğlu 2007, s.3).

Amerikan Psikiyatristler Birliği tarafından geliştirilen Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV) (APA, 2000) kişilik bozukluğunu, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlamaktadır. Kişilik bozukluğundan bahsedebilmek için en önemli nokta kişinin işlevselliğinde belirgin bir bozulmanın olmasıdır. Kişinin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozulmaların uzun süre bulunması durumunda kişilik bozukluğundan bahsedilebilir (Öztürk, 2001).

Kişilik bozuklukları; kişinin kendisine, ailesine ve topluma sıkıntılar yaratma potansiyelini barındırdıkları için önemli bir sağlık sorunudur. Görülme sıklığı toplumdan topluma değişmekle birlikte yapılan araştırmalar batılı kültürlerde kişilik bozukluğu görülme sıklığının %5 ile %20 arasında olduğunu göstermektedir (Torgersen, Kringlen, Cramer, 2001).

Yaygın olması, kişisel ve toplumsal sıkıntılara yol açmasının yanında sağaltımının; tedavi uyumu, tedaviyi sürdürme ve tedaviden yarar görme açılarından görece zor olması da kişilik bozukluğunun farklı bir boyutunu oluşturmaktadır. Son yıllarda kişilik bozukluğunda bilişsel davranışçı terapiler bir sağaltım yöntemi olarak kullanılmakta ve kişilik bozukluğu olan kimselerin etkili bir şekilde terapötik müdahalelerden yarar gördüğü vurgulanmaktadır (Beck, 2008).

Sosyal sorun çözüme modeli kişilik bozukluklarının anlaşılmasında ve sağaltımında önemli katkılar sunabilir. Sorun çözüme, psikolojik sıkıntıların nedenlerini anlayabilmemiz için önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Sorun çözüme bu yönüyle bir çok ruhsal rahatsızlığın anlaşılması noktasında büyük katkılar sunmaktadır. Ayrıca sorun çözüme ruhsal sıkıntıların sağaltımında da kullanılabilen bir yöntem olarak görülmektedir (Eskin, 2009).

Sorun çözüme denince kastedilen nedir? Sosyal sorun çözüme modelinin önemli araştırmacılarından olan D’Zurilla & Goldfried (1971) sorun çözümeyi “problemlerle başa çıkabilmek için etkili seçenekleri oluşturma ve bu seçeneklerden en etkili olacağı düşünülen birini seçmeyi içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç” olarak tanımlamaktadırlar.

Sorun çözüme ile kişilik bozukluğu ilişkisini inceleyen çalışmalar çok yeni ve sayıca azdır. Ancak yapılan çalışmalar kişilik bozukluğu olan kimselerin sorun çözüme becerilerinin yetersiz olduğunu ve sorun çözüme terapisinin kişilik bozukluklarında kullanılabilen alternatif ve önemli bir sağaltım aracı olduğunu göstermektedir (Herrick & Elliot 2001; Huband, Mcmurrin Evans & Duggan 2007; Mcmurrin & Wilmington 2007).

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığının araştırılması ve kişilik bozukluğu ile sorun çözüme arasındaki olası ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

1. Kişilik ve Kişilik bozuklukları:

1.1. Kişilik

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

Batı dillerinde ise kişilik teriminin ortak kökeni persona sözcüğüne dayanmaktadır. Persona, Latin dilinde tiyatro oyuncularının kullandığı maskedir. Oyun sırasında yüz maskenin altındaydı ve diyaloglar veya şarkılar maskenin içinden çıkıyordu. Böylece “person” sözcüğünden asıl anlamı “içinden tınlama” olan “personare” sözcüğü türedi. Personare sözcüğünden geliştirilen bir anlam farklılaştırılması ile anlamı, “bir başına birlik” olan “perseuna” sözcüğü kullanılmaya başlandı ki bu sözcük bize bugünkü kişilik terimi hakkında az çok bilgi vermektedir (Yanbastı, 1996).

Kişilik teriminin çağdaş dillerde pek çok tanımı vardır. Genellikle bu tanımlar üç kategoride toplanabilir:

1.Kişilik; sosyal beceriler, kişinin diğer insanlarla olan farklı koşullarda farklı biçimlerdeki ilişkiler ve davranışlar toplamıdır.

2.Kişilik; bir insanın diğer insanlarda oluşturduğu imaj ve etkidir.

3.Bir insanın özellikleri ile çevresi arasındaki ilişkilerin oluşturduğu davranış eğilimlerinin toplamıdır (Yanbastı, 1996).

Yukarıda açıklanan dilsel tanımlamalar dışında kişilik, tarih boyunca birçok kuramcı tarafından tanımlanmış ve üzerinde durulmuş bir kavramdır. Çok eski çağlardan günümüze birçok düşünür kişiliğin tanımını yapmaya ve kişiliği açıklamaya çalışmıştır. Eski çağlarda kişilik fiziksel özelliklere bakılarak tanımlanmıştır. Hipokrat ve sonrasında Galenos; kanlı (sanguine), sarı safralı (choleric), kara safralı (melancholic) ve balgamlı kişilikler tanımlamışlar ve birçok hastalığı bu salgıların çok salınmasıyla açıklamışlardır (Öztürk, 2001).

Psikolojide kişilik; açıklandığı kuramın değerlerini ve tanımlamalarını kapsamaktadır, bu nedenle birçok kuramcı kişilik ile ilgili yeni tanımlamalar yapmış ancak farklı disiplinler ve farklı kuramsal bakış açılarıyla yapılan kişilik tanımlamalarında ortak bir tanıma ulaşılamadığı görülmektedir. Her ne kadar ortak bir tanıma ulaşılamamışsa da yapılan bütün bu tanımlamalarda ortak yön işlevselliktir; yani organizmanın ruhsal uyumuna ve motivasyonuna odaklanılmıştır.

Kişiliği tanımlayan teorisyenlerin başında Allport gelmektedir. Allport 1937'de yayımladığı "kişilik" kitabında bu kavramı, bireyin çevreye yapacağı uyumu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, bireyin kendi içindeki dinamik organizasyonları olarak tanımlamıştır (akt. Svrakic ve Cloninger, 2007).

Genel olarak kişilik için bireye özel ve onu diğerlerinden ayıran davranışları da içeren bir bütünlük denilebilir. Özeldir; çünkü bireyin sıklıkla yaptığı davranışları veya en tipik davranışlarını temsil eder. Ayırt edicidir; çünkü bu davranışlar bireyi başkalarından ayırır. Bununla birlikte kişilik terimi bireyi diğer bireylerden ayıran, farklı kılan ve bireyin ilerdeki davranışlarını ilgilendiren tahminlerimizin dayanağını oluşturan, göreceli olarak değişmez özelliklerini belirtir (Yanbastı, 1996).

1.1.2.Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları ruh sağlığı çalışanları için zorlu vakalar olup en sık karşılaşılan bozukluklardandır. Kişilik bozuklukları geçmişte ders kitaplarında en az yer verilen, klinik uygulamalarda da pek öncelik verilmemiş sorunlardır (Öztürk, 2001; Şahin 2003; Köroğlu, 2007). Hapishanedeki tutukluların, işsizlik sigortasından ve benzeri yararlanıp işsiz dolaşanların, toplumlardaki liderler arasında tuhaf olanların bir kısmının da kişilik bozukluğu olan insanlar olabileceği düşünülürse kişilik bozukluklarının göz ardı edilmemesi gerektiğini kabul etmek gerekecektir (Şahin, 2003). Normal kişilik özelliklerinin abartılmış bir şekilde kişinin kendisine ve çevresine rahatsızlık verecek düzeyde yaşanması durumunda kişilik bozukluklarından söz edilebilir (Şahin, 2003).

Kişilik bozuklukları, uzun süreli, esnek olmayan davranış örüntüleri veya içsel yaşantıların heterojen bir grubudur. Tipik olarak ergenlik döneminde başlar ve önemli sıkıntıya neden olur. Kişilik bozukluklarının en sık kullanılan sınıflandırılması Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD) ve DSM'deki sınıflandırmalarıdır. Kişilik bozukluğu ölçütleri ilk kez DSM-III'de yayımlanmış, DSM-III'den DSM-III R ve DSM-IV'e geçişteki değişiklikler görece az olmuştur (Davison ve Neale, 2004). Kişilik bozuklukları DSM-IV'de Eksen II içerisinde yer alırlar ve böylece eksen I tanıları konurken varlıkları ve yoklukları dikkate alınır (Oltmanns, Neale ve Davison, 2003).

DSM-IV (APA, 2000) kişilik bozukluğunu, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış

örüntüsü olarak tanımlamaktadır. Kişilik bozuklukları, esneklikten uzak ve yaygındır, ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar. Kişilik bozukluğu tanısı konması için; kişinin genç erişkinlik yıllarından itibaren uzun süreli olarak işlevsellik örüntüsünde toplumsal, mesleki ya da diğer önemli hayat alanlarında ciddi sorunlara yol açacak şekilde bozulmanın olması gerekir. Yani tanı için DSM’de belirtilen kriterler göz önünde bulundurularak işlevsellikte bozulmanın olması ve antisosyal kişilik bozukluğu için on sekiz yaşından büyük olmasına bakılır. Her ne kadar diğer kişilik bozukluğu tanıları için on sekiz yaşından büyük olma şartı aranmasa da pratikte tanı konurken genellikle on sekiz yaşından büyük olmasına dikkat edilmektedir.

Kişilik bozuklukları, DSM-IV tarafından tanımlayıcı benzerliklerine bağlı olarak üç ana kümede toplanmıştır. A kümesi Kişilik Bozuklukları: (a) paranoid kişilik bozukluğu, (b) şizoid kişilik bozukluğu ve (c) şizotipal kişilik bozukluğundan oluşmaktadır. B kümesi Kişilik Bozuklukları : (a) antisosyal kişilik bozuklukları, (b) sınır (borderline) kişilik bozukluğu, (c) histrionik kişilik bozukluğu ve (d) narsistik kişilik bozukluğundan oluşmaktadır. Üçüncü ve son grup olarak C kümesi kişilik Bozukluklarını ise (a) çekingen kişilik bozukluğu, (b) bağımlı kişilik bozukluğu, ve (c) obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları oluşturmaktadır.

DSM-IV’te (APA, 2000) kişilik bozuklukları tanımlanırken önce kişilik bozuklukları için genel tanı ölçütleri belirlenmiş, sonrasında her bir kişilik bozukluğu için ayrı ayrı tanı ölçütleri belirlenmiştir.

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

‘A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder:

1- Biliş (kognisyon) (yani kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları),

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

3- Kişiler arası işlevsellik,

4- Dürtü kontrolü,

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

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

D. Bu örüntü değişmez, süregendir ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

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

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir’’(s. 265).

DSM-IV'te (APA, 2000) kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri yukarıdaki şekilde belirlendikten sonra özgül 10 adet kişilik bozukluğu içinde ayrı ayrı tanı ölçütleri belirlenmiştir. Tüm kişilik bozukluklarının tanı kriterleri bu tezde yazılmayacak daha çok her bir kişilik bozukluğunun genel özellikleri, klinik görünümü ve öne çıkan yönleri ele alınacaktır.

ICD-10'da ise; beyin zedelenmesi veya hastalığına ya da ruhsal bir hastalığa bağlı olmaksızın aşağıdaki ölçütlere uyan durumlar kişilik bozukluğu ölçütlerini oluşturmaktadır;

a) Tutum ve davranışlarda, sıklıkla duygulanım, uyarılma, dürtü, denetim, algılama, düşünme, ilişki kurma gibi işlev alanlarında belirgin dengesizlik vardır;

b) Anormal davranış kalıbı kalıcı ve uzun sürelidir; ruhsal bozukluk nöbetleri ile sınırlı değildir;

c) Anormal davranış kalıbı yaygındır, kişisel ve sosyal uyumu belirgin derecede bozar;

d) Yukarıdaki belirtiler çocuklukta veya delikanlılık çağında ortaya çıkar ve erişkinlikte devam eder;

e) Bozukluk belirgin kişisel huzursuzluğa yol açar, fakat bu durum geç dönemde ortaya çıkar;

f) Bozukluk her zaman olmamakla birlikte sıklıkla, sosyal ve mesleki başarıda önemli sorunlara yol açar.

ICD-10' da belirlenmiş kişilik bozuklukları;

1) Paranoid kişilik bozukluğu

2) Topluma aykırı (dissosiyal) kişilik bozukluğu

3) Duygusal yönden dengesiz (sınır kişilik) kişilik bozukluğu

4) Histrionik kişilik bozukluğu

5) Anankastik (obsesif-kompulsif) kişilik bozukluğu

6) Bunaltı (çekingen) kişilik bozukluğu

7) Bağımlı kişilik bozukluğu

8) Başka özgül kişilik bozuklukları (narsistik, pasif agresif, psödonörotik).

9) Belirlenmemiş ve karışık tip kişilik bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır.

Kişilik bozuklukları ruh sağlığı çalışanları için her zaman zor vakalar olmuştur. Her ne kadar tanı sistemleri, tanı özelliklerini belirlemişlerse de tanı konması birçok kişilik bozukluğunun aynı kişide bulunabilmesi ve DSM-IV eksen I bozukluklar ile sık birliktelik gibi durumlardan dolayı çok kolay olmamaktadır.

Kişilik bozukluklarının DSM ve ICD sınıflandırmalarına eleştirel yaklaşan araştırmalar da vardır. Bazı araştırmacılar ve klinisyenler kişilik bozukluklarının bir kısmının ağır kişilik bozukluğu olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadırlar. Yine benzer şekilde DSM-IV'te C kümesinde yer alan obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun D küme diye farklı bir kümede sınıflandırılması gerektiğini belirten bir takım araştırmacılar varsa da bu henüz psikiyatrik sınıflandırmalarda kabul edilmemiştir (Tyrer ve Mulder, 2006; Tyrer ve ark. 2007).

1.1.2.1. A küme Kişilik Bozuklukları;

Bu küme tuhaf-eksantrik küme olarak da adlandırılmakta ve içerisinde üç kişilik bozukluğu yer almaktadır; paranoid, şizoid ve şizotipal. Bu kümede yer alan kişilik bozukluklarının belirtileri şizofreninin bir takım belirtileriyle benzerlikler gösterir. Aile çalışmaları bu kümede yer alan bozuklukların şizofreniyle ilişkili olabileceğine dair bir takım ipuçları sunmaktadır. Bu noktada özellikle şizotipal kişilik bozukluğu için daha fazla kanıt bulunmaktadır. (Öztürk, 2001; Davison ve Neale, 2004).

1.1.2.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğu (PKB) olan kişiler; kuşkulu, sürekli başkalarının kötü niyetli olabileceği yönünde düşünceleri olan ve bu nedenle başkalarına güvenmeyen, yakın ilişkilerde aşırı alıngan ve kırılabilir, patolojik kıskançlığı olan ve geçinmesi zor kişilerdir. Eşlerinin veya sevgililerin sadakatini hiçbir neden ve dayanak olmaksızın sorgularlar. Duygusal olarak soğuk ve uzaktırlar (Öztürk, 2001; Köroğlu, 2007).

İçinde bulunulan koşullara bağlı olarak insanlar hatta bazen toplum grupları geçici bir süre yukarıda açıklanan durumları yaşayabilirler. Paranoid kişilik bozukluğunda bu durum toplumsal etmenlerden veya grup dinamiklerinden bağımsız ve değişmez bir düşünce, duygu ve ilişki tarzı olağanüstü katı bir şekilde sürdürülür (Geçtan, 2000).

Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler suça yatkın olabilirler özellikle cana yönelik suçlar işleyebilirler. Kindardırlar ve kendilerini rahatsız etmiş kişi ve olayları yıllar sonra bile unutmazlar (Ziyalar, 2006).

PKB'nin toplumda yaygınlığı yaklaşık olarak %0,5-2,5, psikiyatri poliklinik hastalarında %2-10, yatan hastalarda ise %10-30 arasında olduğu DSM-IV'de belirtilmektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada PKB yaygınlığı %16,6 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %6,1 olarak bulmuştur. Psikiyatrik hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığının araştırıldığı bir araştırmada paranoid kişilik bozukluğu %4,2 olarak bulunmuştur (Zimmerman, Rothschild ve Chelminski, 2005). Kişilik bozukluklarının yaygınlığı ile ilgili yapılan bilimsel yayınların gözden

geçirildiği bir araştırmada PKB'nin yaygınlık oranının %0,0 ile %2,4 arasında olduğu gösterilmektedir (Coid, Yang, Tyrer, Roberts ve Ullrich, 2006).

PKB sanrılar ve varsanılar gibi pozitif belirtilerin olmaması ile şizofreniden (özellikle paranoid tip) paranoid tip delüzyonel bozukluktan ve psikotik özellikli duygulanım bozukluklarından ayrılmaktadır (Svrakic ve Cloninger, 2007).

1.1.2.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu (ŞKB) olan kişiler; yakın ilişkiler kurmaktan kaçınan, toplumsal ilişkilerden uzak duran ve başkalarıyla birlikte olunan ortamlarda duyguların anlatımında zorluk yaşayan kişilerdir. Konuşmalarında tekdüzelik ve belirsizlik vardır çoğu zaman ne demek istedikleri anlaşılır. Aileleri dahil kimseyle yakın ilişki kurmaz ve yalnızlığı tercih ederler. Duygusal olarak kısırdırlar ve duygusal tepkisizlikleri belirgindir. Sevinçleri, mutsuzlukları, öfkeleri kolay anlaşılır kişilerdir.

ŞKB olan kişiler çalışmak istemezler ileride yapacakları büyük işleri hayal ederler. Biyolojik hazlardan fantastik hazları tercih ederler. Hiç gerçekleşmeyen hayaller peşinde koşarlar ve bu nedenle pratikliği az olan projeler üretirler (Ziyalar, 2006).

ŞKB'nin genel toplumdaki yaygınlık oranı, nadir ile %7,5 arasında olduğu DSM-IV'de (APA, 2000) belirtilmektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada ŞKB yaygınlığı %11,0 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %4,1 olarak bulmuştur.

Şizofreni veya şizotipal kişilik bozukluğu olanların akrabalarında yaygınlığının arttığı bildirilmiştir. ŞKB sanrılar ve varsanılar gibi pozitif belirtilerin olmaması ile şizofreniden (özellikle paranoid tip) paranoid tip deluzyonel bozukluktan ve psikotik özellikli duygulanım bozukluklarından ayrılmaktadır. Ancak kısa reaktif bir psikotik tablo eklendiğinde ayırıcı tanı zorlaşmaktadır. Böyle durumlarda süre ve stres ilişkisi ayırıcı tanıda yol gösterici olacaktır (Svrakic ve Cloninger, 2007).

1.1.2.1.3.Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğu, Kety ve arkadaşlarının şizofrenide kalıtım araştırmaları sırasında tanımlanmıştır; davranışlarında garip olağan-dışı özellikler taşıyan, zor ilişki kuran eksantrik insanlardır (akt. Öztürk, 2001). Birinci derece akrabaları dışında yakın ilişkide buldukları pek kimse olmaz.

Şizotipal kişilik bozukluğunda pek çok tuhaf belirti vardır. Bu belirtiler bir şizofreni tanısı koymaya yetecek kadar şiddetli olmamalarına rağmen şizofrenin başlangıç ve kalıntı dönemlerindekiyle aynıdır (Davison ve Neale, 2004). Şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalar ağır stres altında geçici psikoz belirtileri gösterebilirler; fakat belirtiler şizofreni tanısı için yeterli değildir (Öztürk, 2001).

Bu kişiler “bir garip” olarak nitelendirilirler. Konuşmalarının ayırt edici özellikleri vardır, kendilerine özgü ve acayıptirler. Birçoğunun batıl inançları vardır ve duyu ötesi algılara inanırlar. Mezheplere katılırlar, büyücülük ya da acayip dinsel uygulamalar içerisinde olabilirler (Köroğlu, 2007).

Genel nüfusta %3 kadar görülmektedir. Cinsiyet oranı bilinmemektedir. Şizofrenik hastaların biyolojik akrabaları arasında kontrollerinkinden daha fazla ŞKB ve tek yumurta ikizler arasında çift yumurta ikizlerden daha yüksek oranda (bir çalışmada %33' e %4 bulunmuştur) görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada şizotipal kişilik bozukluğu yaygınlığı %20,4 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %6,9 olarak bulmuştur

1.1.2.2. B Küme Kişilik Bozukluklar;

Bu küme dramatik, duygusal veya değişken küme olarak da adlandırılmakta ve içerisinde dört kişilik bozukluğu yer almaktadır; sınır, histrionik, narsistik ve antisosyal kişilik bozuklukları. Bu küme içerisinde görülen belirtiler oldukça tutarsız davranışlardan şişirilmiş benlik değerlerine, abartılı duygusal görüntülere ve antisosyal davranışlara kadar değişen bir alana yayılmışlardır (Davison ve Neale, 2004).

1.1.2.2.1.Sınır Kişilik Bozukluğu;

Sınır kişilik bozukluğu olan kimseler; nevroz ve psikoz arasındaki sınırdadırlar. Bu kimseler sıra dışıdırlar ve stabil olmayan duygulanım, mizaç, davranış, nesne ilişkileri ve benlik imajı ile kendini gösterirler (Kaplan ve Sadock, 2004).

Sınır kişilik bozukluğu olan kimselerin ilişkilerinde, duygularında ve kimlik algısında belirgin ve yaygın dengesizlikler vardır. Bu kişiler yalnız kalmaktan çok

ciddi bir şekilde korkarlar ve bu durum davranışlarında kendini gösterir. Kendine zarar verme, riskli cinsel davranışlar, madde ve alkol kötüye kullanımı görülebilir.

Sınır kişilik bozukluğu belirtileri şizotipal, histronik, narsistik ve antisosyal kişilik özellikleri ile karışabilir (Öztürk, 2001).

Sınır kişilik bozukluğu tanısı yıllarca tartışmalı bir konu olmuştur. Önceleri yalnızca psikanalitik yönelimli ruh sağlığı çalışanlarınca ele alınmıştır (Öztürk, 2001). ‘‘1940’lı yıllarda klinik çalışmacılar şizofrenik kabul edilecek kadar hasta olmayan ancak psikanalitik tedavi için de uygun olmayacak oranda bozukluk gösteren hastalar tanımlamaya başlamışlardır’’ (Geçtan, 2000, s.264). Başlangıçta bu kişilik bozukluğu olanlar için psödonörotik şizofreni denmiştir (Geçtan, 2000; Öztürk, 2001).

Borderline (sınır) terimini ilk kez Stern 1938’de kullanmış ve bu bozukluğun narsizim temelinden kaynaklandığını savunmuştur. 1954’te Robert Knight, çalışmalarını ego işlevlerindeki bozulmalara odaklayarak bu grubun özelliklerine açıklık getirmeye çalışmış ve bu bozuklukları, gerçekçi planlar yapamama, ilkel dürtülere karşı savunma gerçekleştirilememe ve birincil düşünce süreçlerinin ikincil düşünce süreçlerine egemenliği olarak tanımlamıştır (akt. Geçtan, 2000).

Sınır hastalar psikanalitik kuramda özellikle de psikanalitik kuramın önemli bir şekli olan nesne ilişkileri kuramında ciddi şekilde ele alınmıştır (Davison ve Neale, 2004).

DSM-IV (APA, 2000) genel popülasyondaki sınır kişilik bozukluğu yaygınlık oranını %2; psikiyatri kliniğinde ayaktan tedaviye gelenler arasında % 10; psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi alan hastalar arasında % 20; kişilik bozukluğu tanısı almış

hastalar arasında ise %30 ile %60 arasında olduğunu belirtmektedir. Ancak yine de borderline kişilik bozukluğunun yaygınlığı hakkında kesin bir bilgi olmamakla beraber toplumun %1-2'sini etkilediği düşünülmekte ve kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Kadınlarda daha fazla görülmesi kısmen mizaç farklılıklarının bir nedeni olabilir (Young, Klosko ve Weishaar 2009). Şenyuva (2007), normal popülasyonda 146 kadın ve 100 erkek olmak üzere toplam 246 kişilik örneklem ile yaptığı çalışmada sınır kişilik bozukluğu yaygınlığını %5,7 olarak bulmuştur. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan bir başka çalışmada da yaygınlık oranı %18,5 olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik hastalarla yapılan farklı bir araştırmaya 432'si erkek, 306'sı kadın toplam 738 psikiyatrik hasta alınmıştır ve psikiyatrik hastalar arasında borderline kişilik bozukluğu yaygınlığı % 10,2 olarak bulunmuştur (Şenol, Dereboy ve Yüksel, 1997)

1.1.2.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Psikolojik bir anormalliği göstermek için belirli bir antisosyal davranışa değinme girişimi ilginç bir öyküdür. Öncelikle on dokuzuncu yüzyılın başlarında Philippe Pinel akıl hastalıklarında sıklıkla görülen diğer bilişsel belirtileri göstermeyen ancak şiddet içeren davranışlar sergileyenler akıl hastası kişileri tanımlamak için manie sans délire kavramını ortaya attı. 1835'te bir İngiliz psikiyatr olan James Prichard genel geçer kurallara uymayan sosyallik karşıtı davranışları tanımlamak için ahlak deliliği kavramını kullandı. Bu iki açıklamada antisosyal

bozukluğu bir ahlak bozukluğu niteliğinde ele almaktadır (akt. Davison ve Neale 2004).

Günümüzde antisosyal kişilik bozukluğu DSM IV'te (APA, 2000) 15 yaşından beri süregelen ve erişkinlikte devam eden, yaygın olarak başkalarının haklarını önemsememe ve tecavüz etme ile karakterize bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Burada önemli olan iki nokta vardır; ilki 15 yaşından önce bir takım davranım problemlerinin olması ve erişkinlikte de antisosyal davranışların devam etmesidir, ikincisi ise Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konması için 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğuna dair kanıtlar olması ve kişinin en az 18 yaşında olması şartıdır.

Bu kimselerin davranışlarının çoğu toplum kurallarını hiçe sayar, geleneklere, örf ve adetlere ve kanuna aykırılık taşır. İşledikleri suçtan ötürü veya yaptıkları kötü bir davranıştan dolayı suçluluk duymazlar.

Bu kişilik yapısı olağanüstü suç yatkınlığı nedeni ile sürekli önemli bir konumdadır. Cezanın caydırıcı özelliğini fark etmelerine rağmen bu tür deneyimlerden ders almamaları ve aynı veya benzer suçları çok sayıda işlemeleri şaşırtıcıdır (Ziyalar, 2006). Sürekli suç işlemeleri nedeni ile antisosyal davranışı suç işleme ile aynı anlamda kullanamayız. Bunun yerine ergenlik ve erişkinlikteki pek çok dönemini kapsayan sosyal normlara uyum yetersizliği denebilir (Kaplan ve Sadock, 2004). ‘‘Kişinin geçmişte şiddete başvurduğuna ilişkin öykü alınır. Rastgele cinselilişkiye girdiği öğrenilir. Eşinin ya da çocuğunu sömürdüğu görülür. Bu kişiler vicdan azabı çekmezler, suçluluk duymazlar’’ (Koroğlu, 2007, s. 43.).

Antisosyal kişilik bozukluğu görülme sıklığı farklı tanı metotları kullanan çalışmalarda %0,05 ile %15 arasında bildirilmektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yaptıkları çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığı %5,9 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %4,5 olarak bulmuştur

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda erkeklerde %3, kadınlarda %1'den az yaygınlık bildirilmiştir. Yineleyen şekilde suç işleme davranışları nedeni ile cezaevlerinde tutuklu bulunanlarda bu oran %75'lere çıkabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

1.1.2.2.3. Histrionik Kişilik Bozukluğu

Histrionik kişilik bozukluğu olan kimseler aşırı duygusal görünmeleri ve tüm ilgiyi üzerlerine çekmek için aşırı çaba sarf etmeleri ile kolayca fark edilirler. Fazla duygusal görünürler ancak duygusal olarak yüzeyseldirler. İlgi görmediklerinde huzursuz olurlar. İlgi görmek için aşırı abartılı giyim ve makyaj kullanırlar. Her iki cinste de baştan çıkarıcı davranışlar görülür. Gerçekte istemedikleri halde tarzlarıyla cinselliğe çok istekli görünebilir ve bu konuda sıkıntılar yaşayabilirler (Ziyalar, 2006). Histrionik kişilik bozukluğu olanlarda madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar görülebilmektedir.

Histrionik kişilik bozukluğu, sınır kişilik örgütlenmesi kategorisine girer ve kimlik dağılması nesne ilişkilerinde ağır patoloji ve bölünme çevresinde ilkel savunma işlemlerinin baskınlığı özellikleri taşır (Kernberg, 2000).

Kernberg (2000) DSM III R'nin tüm histerik kişilik bozukluğunu histrionik kişilik bozukluğu adı altında toplamasına karşı çıkar ve histrionik kişilik bozukluğu ve histerik kişilik bozukluğu olarak iki kısımda ele alınması gerektiğini belirtmiştir ve histerik kişilik bozukluğunu da temelde kimlik duygusu sağlam olan, diğer insanlarla kararlı, fark gözeten coşkusal olarak zengin ilişkiler kurabilen ve eşduyumlu, çift değerliliği ve karmaşıklı kaldırabilen bir yapı olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte birçok kuramcı da histeri teriminin artık kullanılmaması gerektiği ve tek tanım olarak histrionik kişilik bozukluğu kullanılması gerektiği yönünde görüş bildirmektedir (Öztürk, 2001).

DSM IV'e (APA, 2000) göre sınırlı sayıda genel popülasyon çalışmaları histrionik kişilik bozukluğu yaygınlığının %2–3 kadar olduğunu göstermektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada yaygınlık oranı %8,7 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %3,7 olarak bulmuştur. Psikiyatri hastalarında ise %10–15 civarında görüldüğü belirtilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004).

Yaşlandıkça semptomlarında azalmalar olsa da bu durumun sahip oldukları enerjinin azalması ile ilgisi olabileceği düşünülmektedir.

1.1.2.2.4. Narsistik Kişilik Bozukluğu

Narsistik kişilik bozukluğu olan kişilerin kendilerini aşırı önemseme ile belirgin grandiyöz duyguları vardır. Kendine yönelik bu duyguları sürekli olarak çevreden besleme isteği belirgindir. Bu nedenle sürekli beğenilmek, övülmek, takdir edilmek isterler. Bunu elde etmek için başka insanları kullanır hatta sömürürler. Bu

durum ikili ilişkilerinde belirgin bozulmalara yol açar. Benlik saygılarında kırılmalara ve depresyona yatkındırlar.

Narsistik kişilik bozukluğu olan kişiler başkalarına haset ederler narsistik destek bekledikleri bazı kişileri idealleştirme, hiçbir şey beklemedikleri kişileri ise (genelde eski ilahları) küçük görme ve onlara tepeden bakma eğilimindedirler (Kernberg, 2006).

Peki, normal narsizim veya insanların kendilerini sevmesi ve değerli bulması ile patolojik narsizim arasındaki ayırım nasıl olacaktır? Bu pek kolay bir ayırım değildir. İnsanların kendilerini sevmesi ve değerli bulması bir anlamda gereklidir. Aşırılıklar ve işlevsellik kaybı muhtemelen patolojik narsisizmi açıklamakta yardımcı olacaktır.

Freud narsisizm terimini Havelock Ellis'ten alıntı olarak kullanmıştır. Ellis bu sözcüğü kişinin kendi bedenini cinsel obje olarak görmesi olarak kullanmıştır. Freud (1914) narsistik kişinin sevgi objelerini dört ölçüte göre seçtiğini belirtmiştir;

- a. Kendisinin ne olduğu,
- b. Kendisinin vaktiyle ne olduğu,
- c. Kendisi ne olmak isterdi,
- d. Vaktiyle kendisinin parçası olan biri (akt. Geçtan, 2000).

“Narkisos (Narcissus) su perilerinin gözdesi kusursuz güzellikte ama perilere hiç ilgi göstermeyen genç bir adamdır. Ona çok tutkun olan Eko isimli bir su perisi bir gün ona yaklaşır ve sert bir şekilde reddedilir. Olayın ardından utancından ve kederinden yıkılan Eko geride yalnızca yankılanan sesini bırakarak yok olup gider. Ekonun intikamının alınmasını isteyen su perilerinin bu isteği karşısında tanrılar,

Narkisos'un da karşılıksız bir aşk yaşayarak cezalandırılmasına karar verirler. Bir gün dağdaki berrak bir su birikintisine bakan Narkisos orada kendi yansımasını görür ve suda yaşayan çok güzel bir ruhla karşılaştığı sanısıyla anında âşık olur. Suyun üzerinde kendisine bakan, ama hiçbir karşılık vermeyen ve onu kucaklamak için suya her dokunuşunda kaybolan bu imgeden kendisini ayıramaz. Sonunda suya düşerek boğulur ve ölür''(Geçtan, 2000, s.269). Narsisizmle ilgili birçok özellik bu hikayede mevcuttur .

Narsistik kişilik bozukluğu kökenlerini modern psikanalitik yazılardan almaktadır. Narsizime olan çağdaş ilginin merkezinde Heinz Kohut vardır. Kohuta göre kendilik yaşamın başlarından iki kutuplu olarak gelişir ve bir kutbunda gelişmemiş bir büyüklenmecilik, diğer kutbunda da bağımlılık ve diğer insanları aşırı idealleştirme vardır. Anne baba çocuğu doğrudan onaylamak yerine kendi ihtiyaçları ile ilgilenirse bunun sonucunda narsistik kişilik ortaya çıkar. Narsistik kişilik geliştirmiş birey kendilik duygularını desteklemek için sonu gelmez bir şekilde başkalarının sevgi ve onayını arar (Davison ve Neale, 2004).

DSM IV'de (APA, 2000) göre narsistik kişilik bozukluğu yaygınlığı klinik popülasyonda %2–16, genel popülasyonda ise % 1'in altındadır (Kaplan ve Sadock, 2004). Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada yaygınlık oranı %8,4 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %4,9 olarak bulmuştur.

1.1.2.3. C Küme Kişilik Bozuklukları;

Bu küme kaygılı-korkulu küme olarak da adlandırılmakta ve içerisinde üç kişilik bozukluğu yer almaktadır; çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklularıdır.

1.1.2.3.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) olan kişiler başkalarıyla ilişki kurmak istedikleri halde reddedilmeye karşı aşırı duyarlı olduklarından dolayı ikili ilişkilere girmekten kaçınırlar.

Bu bozukluğa sahip kimseler koşulsuz kabullenmenin güçlü garantisi verilmedikçe ilişkilere girmeye isteksizdirler. Bu nedenle yakın arkadaşlara ve dostlara sahip olmazlar. Genelde, asıl kişilik özelliği utangaçlıktır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Diğer insanlara karşı yetersiz olduklarını düşünürler ve farklı bir iş yaptıklarından riskleri abartabilirler. Bizim toplumumuzda hafif derecelerinin makbul sayıldığı kişilerdir. Kültürümüzde saygılı, çekingen, mahcup kimseler övülmektedir. Bu nedenle özellikle kırsal kesimde tanı açısından gözden kaçması aile ve çevrenin de etkisi ile mümkündür.

Sosyal fobiyle tanı kriterleri ne kadar ayrı olsa da birbirine karıştırılma ihtimali yüksektir. Olguların çoğunda sosyal fobiyle birlikte görülür. Sosyal fobi bir anksiyete bozukluğu olup yaşamın herhangi bir döneminde başlayabilir. Kişi bu durumdan yakını ve bununla baş etmek için çeşitli yollar dener. Çekingen kişilik

bozukluğunda ise genel olarak toplumdan, insanlardan ve ikili ilişkilerden kaçınmayı içeren uzun süreli bir yaşam biçimi vardır; bu bir kişilik örüntüsüdür (Öztürk, 2001).

Çekingen kişilik bozukluğu yaygınlığı %1–10'dur (Kaplan ve Sadock, 2004). Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada yaygınlık oranı %7,2 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %5,3 olarak bulmuştur.

1.1.2.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler başkalarının ihtiyaçlarının yanında kendi ihtiyaçlarını ikinci planda tutarlar. Yaşamlarının temel alanlarında başkalarına öncelik verirler fazla yalnız kaldıklarında şiddetli rahatsızlık duyarlar. Kendilerine güvenleri yoktur, kendi başlarına karar veremezler, özerk eyleme geçemezler, yetişkinliğin getirdiği doğal beklentiler karşısında çocuk gibi çaresiz kalırlar. DSM-I'de bu durum pasif-bağımlı kişilik olarak tanımlanmıştır. Freud oral bağımlılığın esas olduğu bu kişiliğin DSM sınıflandırması ile benzer olan bağımlılık, karamsarlık, cinsel korkular, pasiflik, kolaylıkla etki altında kalma, ısrarcı olmama ve kendine güvenmeme özellikleri tanımlamıştır (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk, 2001).

Bağımlı kişilik bozukluğu olan kimseler sorumluluktan kaçarlar, yalnız kalmayı sevmezler, bir takım davranışları küçük bir çocuğun davranışlarına benzer. Süregelen bir çocukluk yaşıyorlar gibidir. Kararsız, aciz ve tutuk kimselerdir.

Bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlığı %1,5'in biraz üstündedir ve kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Bunun nedeni kadın ve erkeklerin yetiştirilme tarzlarında ortaya çıkan sosyalleşme farklılıkları olabilir (Davison ve

Neale, 2004). Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada yaygınlık oranı %7,0 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %2,0 olarak bulmuştur.

1.1.2.3.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) olan kimseler aşırı mükemmeliyetçi, ısrarcı, inatçı ve katı kimselerdir. Kurallarla, düzenlilikle ve ayrıntılarla fazlaca uğraştıkları için işlerini zamanında yetiştiremezler. Rutinlerini veya alışlagelmiş durumlarını değiştirecek olan herhangi bir olay anksiyeteye aşırı derecede yol açar. Çevresinde ve yaşamında olanları ya kabul eder veya tümünden reddeder, öneride bulunmazlar. Genellikle ciddi bir duruşları vardır ve kendiliğinden konuşmazlar (Geçtan, 2000; Köroğlu 2007; Öztürk, 2001).

Psikanalizin ilk yıllarında OKKB'nin özellikle aşırı düzenlilik, inatçılık ve cimrilik gibi özellikleri psikoseksüel gelişimin anal dönemiyle açıklanmıştı. Bu görüşe göre ödipal dönemde yaşanan kastrasyon anksiyetesi sonucunda bazı insanlarda daha güvenli olan anal döneme bir gerileme yaşanır (Geçtan, 2000)

DSM-IV de OKKB'nin genel nüfustaki yaygınlığı %1, psikiyatri kliniklerinde ayaktan tedavi edilenlerde %3 ila %10 arasında olduğu belirtilmektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) tarafından normal popülasyonda yapılan çalışmada yaygınlık oranı %20,1 yine Şenyuva (2007) normal popülasyonda yaptığı çalışmada yaygınlık oranını %6,1 olarak bulmuştur.

1.1.2.4.Kişilik Bozukluğu Etiyolojisi

1.1.2.4.1.Genetik Faktörler

Amerika Birleşik Devletlerinde 15 bin ikiz üzerinde yapılan psikiyatrik bozukluk araştırması genetik faktörleri en iyi belirleyen araştırma olup, bu araştırmalara göre tek yumurta ikizlerinde kişilik bozukluğu görülme oranı çift yumurta ikizlerine göre birkaç kat daha fazladır (Kaplan ve Sadock, 2004). Yine evlat edinilenler ile yapılan bir takım araştırmalarda paranoid, antisosyal ve şizotipal kişilik bozukluğunda kalıtım etkisi görülmüştür (Cloninger ve Svračić, 2007).

1.1.2.4.2.Biyolojik Faktörler

Bir takım sinirsel ileti maddelerinin özellikle serotoninin bazı kişilik özellikleri üzerine dramatik etkileri olduğu görülmüş ve bu durum kişilik özelliklerinin kazanılmış mı yoksa doğuştan mı olduğu yönünde tartışmaları büyük oranda yaygınlaştırmıştır. Ayrıca bazı Şizotipal hastalarda düşük trombosit monoamin oksidaz düzeyleri görülmüştür (Kaplan ve Sadock, 2004). Bu araştırmalar kişilik bozukluğunun etiyolojisinde, biyolojik faktörlerinin olabileceğine işaret etmekte ve bu konuda yeni araştırmaları teşvik etmektedir.

Ayrıca çocukluktaki farklı mizaç özellikleri erişkinlikteki kişilik bozuklukları ile ilişkili olabilir. Korkak mizaçlı bir çocuk ilerde çekingen kişilik bozukluğu geliştirebilir.

1.1.2.4.3. Psikolojik ve Çevresel Faktörler

Psikoanalitik kuram, psikoseksüel gelişim dönemlerinden birine saplanmaya yol açabilecek bir takım ebeveyn tutumlarının veya yaşanan koşulların bu duruma bağlı olarak kişilik bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açacağını öne sürer. Bu bağlamda psikoanalitik kuram; obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunu anal saplanmaya, histrionik kişilik bozukluğunu odipal saplanmaya bağlar (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk, 2001). Psikanalitik kurama göre, her bir kişilik bozukluğu yapısına göre savunma mekanizmaları kullanır. Paranoid kişilik bozukluğu olan kimseler yansıtmayı, şizoid kişilik bozukluğu olan kimseler çekilmeyi, histrionik kişilik bozukluğu olan kimseler dissosiasyon ve inkar mekanizmalarını, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olanlar izolasyon ve sınır kişilik bozukluğu olanlar bölünme ve yansıtmalı özdeşim savunma mekanizmalarını daha sık kullanırlar (Güney, 2000).

Bilişsel kuramcılar, psikanalistlerle kişilik bozukluklarının tedavisinde çekirdek problemlerin tanımlanıp değiştirilmesi noktasında hem fikirdirler. Farklılaştıkları nokta ise; psikanalistlerin daha çok yaşanan sürecin bilinçdışı ve kişinin kolaylıkla ulaşamayacağı konular olduğu düşüncesinin aksine bilişsel kuram; yaşanan tüm sürecin tam bir farkındalık içerisinde yaşanan bir olgunun ürünü olarak görülmesidir (Beck, 2008).

Kişilik bozukluğu olan kimseler Eksen I de tanı alan kimseler gibi bilgiyi seçerek işlevsiz bir biçimde işleme eğilimindedirler. Ancak Eksen I deki hastaların sahip oldukları temel inançlar Eksen II bozukluklarının bilişsel temelinde çok daha

inandırıcı bir şekilde görülmektedir. Bu işlevsel olmayan temel inançlar kişilik bozukluklarında daha kalıcı ve katılmış şekilde görülür (Beck, 2008).

Kişilik bozukluklarının etiolojisinde bilişsel şemalar çarpıcı ve önemli bilgiler sunmaktadır. Gelişim sürecinde insanlar kendileri, çevreleri ve dünyaya yönelik bir takım inançlar geliştirirler yani bir takım şemalar oluştururlar. Sonraki dönemlerde bireyin yaşamı, kendini ve dünyayı algılaması bu şemalar çerçevesinde olmaktadır. Kişilik bozukluklarında kullanılan şemalar oldukça katı ve değişmeye dirençli şekilde görülmektedir. Bu şemalar oldukça katıdır çünkü çocukluk yaşantılarında başlayan olumsuz ebeveyn tutumları ve yaşadıkları olumsuzluklara karşı, şemalarıyla yönetilen dünya daha korunmalı olacak ve kendilerini koruyacaktır (Şahin, 2003).

Beck (2008) kişilik bozukluklarında kullanılan bilişsel şemaların eksen I semptom ve sendromlarında görülenlerle benzerlik gösterdiğini ancak kişilik bozukluklarında görülen şemaların daha sürekli ve katı olduğunu belirtmektedir. Talihsiz bir yaşam olayı, önyargılı şemaların devamlılığını sağlayabilir ve kişilik bozukluğu gelişebilir. Kişilik bozuklukları; oluşan şemaların yoğun ve katı bir biçimde yaşanmasıyla kendini göstermektedir.

Aile yapısı da ilerde kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olabilir. Örneğin endişeli bir anne tarafından yetiştirilen çocuklar endişeli olmayan sakin anne tarafından yetiştirilmiş çocuklara göre kişilik bozukluğuna daha yatkın olurlar (Kaplan ve Sadock, 2004).

Yine istismar ve ihmale maruz kalarak yetişen kişilerde kişilik bozukluğu görülme riskinin arttığını çalışmalar vardır (Battle ve ark., 2004).

Ayrıca çevresel faktörlerin toplumun yapısının içinde bulunduğu durumun da kişilik bozukluklarıyla yakın ilişkisi olduğu yönünde görüşler vardır. Anomik, güvensiz, ağır sosyoekonomik sorunları olan toplum kesimlerinde antisosyal kişilik bozukluğu daha sık görülür (Kaplan ve Sadock, 2004; Öztürk, 2001).

1.2. Sorun Çözme

Sorun çözme son yıllarda birçok kuramcı tarafından ele alınmış bir kavramdır. Bu bölümde öncelikle sorun çözme ile ilgili terim ve kavramların kısaca tanımları verilmiş ve sonrasında literatürde sorun çözme ile ilgili ulaşılabilen kaynaklardan konunun önemi ve yapılan çalışmalar ile ilgili bilgiler aktarılmıştır.

Sorun çözme ile ilgili programlar 1960'lı yılların sonlarında ve 1970'li yılların başlarında klinik psikoloji ve psikiyatri bünyesinde gelişmeye başlamış olup, o tarihlerden günümüze klinik ve danışma psikolojisi, psikiyatri ve sosyoloji bünyesinde sıkça ele alınmaya başlanmıştır (D'Zurilla, 1988).

Sorun çözme ile ilgili literatüre bakıldığında sorun çözmeye, sorun ve çözüm terimlerinin açıklanarak başlandığı görülmektedir.

Türk Dil Kurumu (TDK, 1998), sorunu; araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem, olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda sorunun üç yönüne vurgu yapılmıştır; araştırılıp öğrenilmesi gereken, düşünülüp çözümlenmesi gereken ve bir sonuca bağlanması gereken durumlar. Bu tanım içerisinde bilişsel (öğrenme, düşünme) ve davranışsal (araştırma, çözme, sonuca bağlama) öğeleri barındırdığı söylenebilir.

Sorun D’Zurilla (1988), tarafından kişinin iç ya da dış isteklere tepki vermekte çektiği zorluk olarak tanımlanmaktadır. Problem; bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumu olarak da tanımlanmaktadır (Morgan, 1999).

Problem, bireyin varmak istediği bir amaca ulaşmasına ket vuran engeller var olduğu zaman ortaya çıkar. Problemler uzun süreli, kısa süreli, basit veya karmaşık olabilir. Duygusal, ekonomik ve bedensel problemler vardır ve bu problem türleri birbirleri içine karışarak büyük problemleri oluştururlar (Cüceloğlu, 2000).

Bir sorunun çözümü; bireyin problemle ilgili farklı seçenekleri göz önüne alarak, değişik çözüm seçenekleri arasında bilişsel geçişleri yaparak, yaratıcı çözümler üretebilmesini gerektirir (Eskin, 2007). Sorunla karşılaşan birey onu tüm yönleriyle ele almalı, en doğru çözüm seçeneğini seçmeli ve uygulamalıdır.

Türk Dil Kurumu (TDK, 1998), çözümü; bir sorunun çözülmesinden alınan sonuç, hal olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda elde edilen çözüme, sonuç ve hal denmektedir; ancak bunun bir çözüm olarak değerlendirilebilmesi için hem varılmak istenen noktaya kişiyi taşımış olması hem de bunun kişi için tatmin edici olması gerekmektedir (Eskin, 2009).

Problem çözme ise D’Zurilla ve Goldfried (1971), tarafından “problemlili bir durumla başa çıkabilmek için etkili seçenekleri oluşturma ve bu seçeneklerden en etkili olacağı düşünülen birini seçmeyi içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç” olarak tanımlanmaktadır.

Sorun çözme ile psikopatoloji veya uyumsuz davranışlar arasındaki ilişkiler uzun süredir araştırılmaktadır. Johada (1953), sorun çözme yeteneğinin, ruh

sağlığının kritik bir bileşeni olduğunu vurgulamıştır. Johada, sorun çözme yeteneğindeki herhangi bir yetersizliğin, psikolojik uyum sorunu ve psikopatoloji ile ilgili olduğunu belirtmiştir (akt. Nezu ve Ronan, 1988).

Bilimsel araştırmalar problem çözme yeteneğinin, insanları bir dizi psikolojik sıkıntıdan koruyan önemli bir koruyucu etmen olduğunu göstermiştir. (Eskin ve Aycan, 2009). Sorunları çözebilen çözebileceğini düşünüp ona göre davranan kimseler, genelde böyle düşünmeyen kimselerden daha az ruhsal sorun yaşadığını belirtmektedir (Eskin, 2009).

Bir psikolojik kurgu olarak sorun çözme, psikolojik sıkıntıların nedenlerini anlamada önemli bir kavramsal çerçeve sunmakta ve böylece birçok ruhsal rahatsızlığı anlayabilmemizi ve nedenleri hakkında çıkarsamalarda bulunabilmemizi sağlamaktadır. (Eskin, 2009).

Sorun çözme bilişsel-davranışsal bir beceri ve aynı zamanda dayanıklılık göstergesidir. Dayanıklı biri karşılaştığı problemleri etkili bir biçimde ele alıp çözüme kavuşturabilecektir. Aynı zamanda sorun çözme önemli bir kişisel baş etme kaynağıdır, yaşamda karşılaştıkları problemleri çözebilen kimselerin baş etme ve psikolojik uyum düzeyleri daha yüksektir (Eskin, 2009).

Sorun çözme terapisi, insanların gündelik yaşamlarında karşılaştıkları problemleri çözmede ve onlara yaklaşımda işlevsel olmayan tutum ve yetersizlikler gösterdikleri için ruhsal sorunlar yaşadıklarını varsayar (Eskin, 2007).

1.2.1 Sorun Çözmenin Bileşenleri

Sorun çözmenin bileşenleri denince sorun çözme sırasında bireyin kullanabileceği yetenek ve becerilerin doğasıyla ilgili yönler kastedilmektedir (Eskin, 2009). Sorun çözmenin bilişsel, metabilişsel ve güdüsel yönlerinden bahsedilebilir. Sorun çözmenin bilişsel yönü; farklı çözümleri düşünebilme, adım adım hedefe ulaşabilme, sonucu düşünebilme sosyal olaylarda neden sonuç ilişkisini düşünebilme ve olaylara başkalarının bakış açılarını görerek başka açılardan bakabilmeyi kapsamaktadır (Eskin, 2009)

Sorun çözme bağlamında insanlar arası bilişsel yeti veya beceriler, Spivack, Platt ve Shure (1976) tarafından ele alınmış ve bu araştırmacılar beş adet bilişsel beceriden söz etmiştir. Bu beş bileşen;

1. Farklı çözümleri düşünebilme
2. Adım adım hedefe ulaşabilmeyi düşünebilme.
3. Sonucu düşünebilme.
4. Sosyal olaylarda sonuç ve nedeni düşünebilme.
5. Perspektif alabilme becerilerinden oluşmaktadır. (akt Eskin, 2009).

Sorun çözmenin metabilişsel yönü, problem çözme stratejisini kontrol edebilme ve gözden geçirebilme becerisi olarak tanımlanır. Buna sorun çözmenin yönetilmesi de denebilir. Kişi sorun çözme ile ilgili yaptığı her adımı kontrol etmeli ve o adımda ne türlü hatalar ve doğrular yaptığını analiz etmelidir (Eskin, 2009).

Sorun çözümlenmesinin güdüsel yönü ise kişinin problem durumuna ilgi duyup duymaması ile ilgilidir. Güdüsel yön önemlidir çünkü problem durumla ilgili kişinin herhangi bir işlemde bulunabilmesi için onu harekete geçirecek olan şey, ilgidir. Sorun çözümlenmesinin güdüsel yönü üç ana başlıkta incelenmektedir, bunlar;

- 1) Sorun durumuna ilgi duyma.
- 2) Öz yeterlik algısı.
- 3) Atfetme tarzı (Eskin, 2009).

Soruna ilgi duyma güdüsel yönün tanımında da yer aldığı gibi önemli bir bileşendir. Kişi sorunun farkında mı yoksa görmezden mi geliyor? Bir soruna karşı kişinin ilgi duyup duymaması çözüme doğru harekete geçip geçmeyeceğinin belirleyicisidir. Öz yeterlik ise Bandura tarafından bireyin amaçlarına ulaşabileceği duygusunun derecesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin gerek karşılaştığı sorun durum gerekse kendi yetenekleri ile ilgili yapacağı atıflar problem çözme süreci üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (akt. Eskin 2009).

1.2.2. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli

‘D’Zurilla Nezu ve Maydeu-Olivares (2004) ileri sürdüğü sosyal sorun çözme modeline göre, kişinin ilk aşamada sorun durumla karşılaşması ve bireyde oluşan tepkiler önemlidir. Sosyal sorun çözme modeli insanların bir problemle karşılaştıklarında gösterdikleri duyuşsal tepkileri sorun yönelimi olarak adlandırmaktadır. Modele göre insanlar bir sorunla karşılaştıklarında yapıcı veya işlevsel olmayan şekilde iki farklı tepki verirler. Yapıcı tepkiler olumlu sorun

yönelimi veya olumlu soruna yönelim işlevsel olmayan tepkilerde olumsuz sorun yönelimi veya olumsuz soruna yönelme olarak adlandırılırlar” (akt. Eskin, 2009, s. 49)

Nezu (2004), günümüzde problem çözme verilerinin iki genel ancak kısmi olarak birbirinden bağımsız kısımda incelendiğini ve bu kısımların da (a) sorun yönelimleri ve (b) problem çözme tarzları olduğunu belirtmektedir.

1.2.2.1 Sorun Yönelimi

D’Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares (2004) sorun yönelimini “yaşamdaki sorunlar ve bu sorunları çözme konusundaki kişisel yetenekleri hakkındaki kişinin inançları, değerlendirmeleri ve duygularını yansıtan görece kalıcı bilişsel-duyuşsal şemaları içeren meta bilişsel süreç” olarak tanımlamaktadırlar (akt. Eskin, 2009) .

Nezu & Nezu (2001), kişinin sorunla karşılaştığında ilk anda verdiği bilişsel ve duyuşsal tepkileri içeren güdüsel bir süreç olarak sorun yönelimini açıkladıktan sonra insanların genellikle iki farklı yaklaşım tarzı sergilediklerini bunların da; olumlu ve olumsuz sorun yönelimi olduğunu belirtmiştir.

1.2.2.1.1. Olumlu Sorun Yönelimi

Nezu & Nezu (2001), olumlu ve olumsuz problem yönelimlerine sahip kimselerde bir takım özellikler saymaktadır. Olumlu sorun yönelimi olan kimseler; (a) problemleri doğru bir şekilde algılar ve doğru tanımlarlar; (b) problemlerin neden kaynaklandığını doğru bir şekilde belirlerler; (c) problemlere meydan okurlar; (d)

problemlerin genellikle çözülebileceğine inanırlar ve (e) hayatta karşılaştıkları sorunları çözebilmek için kendilerinde yeterli yeteneklerin olduğuna inanırlar.

Sorun yöneliminde zaten kişi söz konusu bilişler, duygular ve inançlar sayesinde sorunlarla karşılaştığında belirli bir yönde davranmaktadır. Sorunlar karşısında yapıcı bir yönelime veya yaklaşıma sahip biri problem çözme için gerekli çaba ve yetenekleri sergilemek konusunda başarılı olabilmektedir (Eskin, 2009). Hayatta karşılaşılan birçok sorun o sorunun çözülebileceğine inanma ve sonrasında yeterli çabayı sergileme ile çözülebilecektir. Böylece olumlu sorun yönelimi olan insanlar karşılaştıkları sorunları çözme konusunda daha fazla avantaja sahip olurlar.

1.2.2.1.2. Olumsuz Sorun Yönelimi

Sorun çözme alanyazınında üzerinde en çok durulan soruna yönelim olumsuz sorun yönelimidir. Bunun böyle olmasının nedeni, soruna olumsuz yönelimin psikolojik uyumsuzluk göstergeleriyle olan güçlü ilişkisidir (Eskin, 2009).

Nezu & Nezu (2001) ve Nezu (2004), olumsuz problem yönelimine sahip kimselerde ortak olan özellikleri şu şekilde açıklamışlardır; (a) problem ortaya çıktığında görmezden gelirler veya gözden kaçıırırlar; (b) problemlerin nedenlerini doğru şekilde atfedemezler. Yanlış olarak kendilerine veya dışsallaştırıp başkalarına atfederler; (c) problemleri varlıklarına birer tehdit olarak algırlar; (d) sorunların çözümünün tamamen çok zor olduğunu düşünürler; (e) kendilerinin karşılaştıkları sorunların çözümünde yetersiz kalacaklarını düşünürler ve (f) problemle karşılaştıklarında hayal kırıklığı ve aşırı üzüntü yaşarlar.

Buradan hareketle Nezu (2004) problem çözüme terapisinde amaçları şu şekilde belirlemektedir; (a) pozitif problem yöneliminin sağlanması; (b) negatif problem yöneliminin azaltılması; (c) akılcı problem çözüme tarzının arttırılması; (d) dikkatsiz ve dürtüsel sorun çözüme tarzını azaltılması ve (e) kaçınan sorun çözüme tarzının azaltılması.

Olumlu sorun çözüme yönelimli kimseler işlevsel olan akılcı sorun çözüme tarzını kullanmakta olumsuz sorun yönelimi ise işlevsel olmayan iki sorun çözüme tarzıyla sonuçlanır bunlar; (a) dürtüsel dikkatsiz ve (b) kaçınan sorun çözüme tarzlarıdır.

1.2.2.2.Sorun Çözüme Tarzları

1.2.2.2.1.Kaçınan Sorun Çözüme Tarzı

Kaçınan sorun çözüme tarzı işlevsel olmayan bir tarzdır. Kaçınan sorun çözüme tarzı erteleme, pasiflik, hareketsizlik ve bağımlılıkla karakterize olan ve uyum sağlayamama sorununu da birlikte getiren bir problem çözüme tarzıdır (Nezu & Nezu, 2001).

Sorunla karşılaştıklarında kaçınan sorun çözüme tarzına sahip kimseler, problemlerle yüzleşmek ve gerekenleri yapmak yerine onları görmezden gelmeyi yeğlerler. Problemlerden kaçınan kimseler ertelemeyi sever. Bu kimseler sorunu ele almayı, halletmeyi, bir çözüme kavuşturmayı bıçak kemiğe dayanıncaya kadar ertelerler. Kaçınan sorun çözüme tarzına sahip kimseler bir yerde sorunların kendiliğinden çözülmesini beklemektedirler (Eskin, 2009) .

Yaşamda karşılaşılan sorunların kendiliğinden çözülemeyeceği açıkken bu sorunların çözümü noktasında herhangi bir çaba sarf etmemek sorunun çözülmemesini ve beraberinde farklı bir takım problemler yaratmasını doğuracaktır.

1.2.2.2.2. Dürtüsel Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

Dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı bir diğer işlevsel olmayan sorun çözme tarzıdır. Kaçınan sorun çözme tarzının aksine sorunların çözümüne yönelik daha aktif bir tarz olmasına rağmen çözüm ararken dürtüsel, dikkatsiz, aceleci davranırlar ve genellikle bir veya birkaç çözüm seçeneği üzerinden eksik bir şekilde akıllarına ilk gelen çözümü uygularlar. Genellikle akıllarına ilk gelen çözüm seçeneğini uygular, alternatif çözüm seçeneklerini görmez ve olası sonuçları düşünmeden hareket ederler. Ayrıca dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzına sahip kişiler huzursuzluk, belirsizlik ve olumsuz duygulara karşı dayanabilme dirençleri azdır (Nezu & Nezu, 2001).

Dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı deyim yerindeyse çalakalem bir sorun çözme tarzıdır. Onun için bu tarzda ulaşılan ve uygulanan çözümün her zaman tam ve düzgün olmayacağı açıktır. Dürtü kontrol sorunu bir takım psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında nedensel bir öneme sahiptir. Dürtü kontrol sorununun sınırda ve histriyonik kişilik bozukluklarında önemli bir özelliği olduğu bilinmektedir (Eskin, 2009).

1.2.2.2.3. Akılcı Sorun Çözme Tarzı

Akılcı sorun çözme tarzı işlevsel yapıcı bir sorun çözme tarzıdır. Akılcı sorun çözme tarzını kullanan kişiler dört özel sorun çözme becerisi kullanırlar. Bunlar (a) sorunu tanımlama ve formüle etme; (b) alternatif çözüm seçenekleri üretme; (c) karar verme ve (d) seçilen çözüm seçeneğini uygulama ve değerlendirme becerileridir (Nezu, 2004).

Sorunu tanımlama ve formüle etmede önemli olan sorunun kaynağının net ve doğru bir şekilde belirlenmesidir. Alternatif çözüm seçenekleri üretme aşamasında çeşitli beyin fırtınası teknikleri kullanarak olası bütün çözümleri belirleme hedeflenmektedir. Karar verme becerisine sahip kimseler daha önce değerlendirilip alternatif çözüm seçenekleri üretilen sorun üzerinde ve olası çözümler göz önüne alarak kar- zarar analizi yapıp olası olumlu ve olumsuz sonuçlarını tarttıktan sonra en doğru çözümü seçerler. Böylece verilmiş karar daha sağlıklı olacak ve çözümün başarısı daha yüksek olacaktır. Son aşama olan seçilen çözümün uygulanması ve değerlendirmede ise önemli unsur seçilen çözümün uygulanması hayata geçirilmesi ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesidir. Varılan çözüm uygulandıktan sonra kişinin beklentilerini tam olarak karşılar ise sorun çözme sürecini sonlandırır, bazen uygulanan çözüm tüm alternatiflerin yeterince değerlendirilmemesi gibi durumlardan dolayı çözüm seçeneği kişinin beklentilerine ve sorunun tam olarak çözümüne katkı sunmamış olabilir böyle bir durumda bu durumun nedenleri araştırılıp sorun çözme süreci tekrar ele alınabilir (Nezu, 2004).

1.3. Sorun Çözme ve Kişilik Bozuklukları

Yapılan yurtiçi literatür taramasında sorun çözme becerilerinin daha çok I Eksen tanılarında, özellikle depresyonda ve intihar vakalarında (Eskin, Akoğlu ve Uygur, 2006; Eskin, 2007; Özen, Subaşı, Yıldırım, Baştürk ve Bez, 2010), öğrenciler ve öğretmenler ile ilgili olarak okul uyumu ve okul başarısı çerçevesinde araştırıldığı (Çam ve Tümkaya, 2006; Öztürk, Öner ve Çelebi, 2009); ancak II Eksen tanıları ve Kişilik bozuklukları ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır.

Yurt dışı literatüre bakıldığında konunun araştırıldığı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. McMurrin, Duggan, Christopher & Huband (2007), yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu tedavisinde olan 173 kadın ve erkek örneklem üzerinde kişilik bozuklukları ve sosyal sorun çözme arasındaki ilişkiye bakmışlardır. A küme (paranoid, şizoid, şizotipal) tanıları seyrek ve uygun olmadığı için analize almamışlar, B kümede (antisosyal, sınır, histriyonik, narsistik), sınır kişilik bozukluğunu dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzı ile ilişkili bulmuşlardır. Yazarlar antisosyal kişilik bozukluğunun da dürtüsel ve dikkatsiz problem çözme stili ile ilişkili olacağını ancak yeterli veri olmadığından bakılmadığını belirtmişlerdir.

Problem çözme yaklaşımı, kişilik bozukluklarının bilimsel olarak ele alınmasında, önemli bir kavramsal çerçeve sunabilir. Sadece kavramsal çerçevede kalmayıp, sorun çözme ve kişilik bozuklukları arasında bir ilişkinin görgül olarak gösterilmesi, söz konusu grubun sağaltımında kullanılacak bir girişim tekniğini de ortaya koyacaktır (Eskin, 2009).

Kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerine bakıldığında sorun çözme ile ilişkisi görülecektir. Kişilik bozukluğu tanısı konabilmesi için tanı ölçütlerinden biri dürtü kontrolünde sıkıntılar olmasıdır. Dürtü kontrolünde sıkıntı yaşayan biri sorunlarını dürtüsel-dikkatsiz bir şekilde ele alacaktır veya sorunlarını dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ile ele alan biri dürtü kontrolünde sorunlar yaşayacaktır. Yine benzer şekilde kişilik bozukluğu tanısı alan kimseler katıdırlar esneklik göstermezler ve bilişsel olarak belirli bozulmalar vardır. Bu durumlar kişinin sorunlarını negatif bir şekilde ele almasını ve sorunları görmezden gelerek sorunlardan kaçmasına yol açacak bir diğer ifadeyle kaçınan sorun çözme tarzını kullanacaktır.

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluklarının yaygınlığı ve sorun çözme becerileri ile olası ilişkilerini incelemektir. Kişilik bozukluğu yaygınlığı ve sorun çözme ile olası ilişkilerinin belirlenmesi hem kişilik bozukluğu yaygınlıklarının belirlenmesi hem de sağaltımında literatüre katkı sunması beklenmektedir.

Bu araştırmada yukarıda belirlenen amaç doğrultusunda da iki soruya yanıt aranmıştır:

- 1.Üniversite öğrencilerinde kişilik bozuklukları yaygınlık oranı nedir?
- 2.Kişilik bozukluğu ile sorun çözme arasında nasıl bir ilişki vardır?

1.5. Araştırmanın Önemi

Johnson, Cohen, Kasen, Skodol & Oldham (2008), yaptıkları boylamsal araştırmada grubun kişilik bozukluğu yaygınlığını 14 yaşında (antisosyal kişilik bozukluğu yok) %14,6 (n: 83), on altı yaşında (antisosyal kişilik bozukluğu yok) %12,7 (n = 72), 22 yaşında % 13,9 (n = 79) ve 33 yaşında %12,7 (n = 72) olarak bulmuşlardır. Görüldüğü gibi kişilik bozukluğu erken yaşlarda başlayıp erişkinlik yaşlarında devam etmektedir. Kişilik Bozukluğu özelliklerinin genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde tanımlanabilir olduğu göz önünde bulundurulduğunda üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığının inceleneceği çalışmaların önemi daha belirgin olarak görülecektir.

“Kişilik bozuklukları, kişinin özelliklerinin esneklikten yoksun bir nitelik kazanarak, kişinin çevresiyle ilişkilerinde zorlanmasını ya da kendi içinde sıkıntılara neden olacak boyutlarda yaşanmakta olmasını tanımlar” (Geçtan, 2000, s. 260). Bu tanımda da görüldüğü gibi kişilik bozuklukları esneklikten yoksundur. Kişilik bozukluğunda yer alan özellikler egosintoniktirler, kişi kendinde herhangi bir problem olduğunun farkında olmayabilir. Bu nedenle çevresinde ve sosyal yaşamda ciddi bozulmalara yol açmadan tedavi arayışına girmezler. Etkin tedavi programlarının geliştirilebilmesi için öncelikle yaygın ve ilişkili olduğu durumların belirlenmesi gerekmektedir.

Bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için, bu ülke bireylerinin ruh sağlığı yönünden korunması, riskli grupların epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması; bunların dolaylı sonucu olarak, sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ve danışmanlık

adımlarından oluşan iyileştirme hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (Pektaş, Bilge ve Ersoy, 2006).

Yapılan yurt-içi literatür taramasında üniversite öğrencilerinde Kişilik bozuklukları yaygınlıkları ile ilgili yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır. Normal nüfusta kişilik bozuklukları yaygınlığını inceleyen iki çalışmaya rastlanmıştır. Şenyuva (2007), yaptığı çalışmada normal popülasyonda 146 kadın ve 100 erkek olmak üzere toplam 246 kişilik bir örneklem grubu belirlemiş ve yapılan araştırmada genel popülasyonda kişilik bozukluğu yaygınlığını %13,8 olarak bulmuştur. Diğer bir çalışmada da Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007), Aydın ilinde normal nüfusta herhangi bir kişilik bozukluğu görülme sıklığını %25,6, birden çok kişilik bozukluğu tanısı alanların oranını da % 21,4 olarak bulmuşlardır. Bu iki çalışma dışında Türkiye’de yapılan çalışmalar daha çok klinik örnekleme bazı kişilik bozukluklarının yaygınlığına yöneliktir (Antisosyal, Narsistik vb.). Şenol, Dereboy ve Yüksel (1997), 738 yatan psikiyatri hastası arasında yaptıkları bir çalışmada histrionik kişilik bozukluğu yaygınlığını %5, sınır kişilik bozukluğu yaygınlığını %10,2 ve antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığını da % 3,8 olarak bulmuşlardır.

Sorun çözme ve sorun çözme terapisi son yıllarda üzerinde çalışılmaya başlanmış ve yapılan çalışmalarda birçok olumlu sonuçları olduğu görülmüş bilişsel davranışsal bir süreçtir. Kişilik bozukluklarının sağaltımının görece zor olduğu göz önünde bulundurulunca sorun çözme terapisinin kişilik bozukluklarının sağaltımında önemli bir tedavi seçeneği olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle sorun çözme ile kişilik bozukluklarının ilişkisini araştıran çalışmaların literatüre büyük bir katkı sunacağı düşünülmektedir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Evren ve Örneklem:

Araştırmanın evrenini, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Aydın Adnan Menderes Üniversitesinin çeşitli fakülte ve bölümlerinde okuyan, toplam 705 kişi oluşturmaktadır.

Örneklemin eğitim durumuna, okuduğu bölümlere, anne baba medeni durumuna, anne baba eğitim durumuna, anne baba mesleğine göre dağılımı Tablo 2.1 de sunulmuştur.

Araştırmada yer alan katılımcıların %43,7 'si (n = 307) kadın, %56,3'ü (n = 395) erkektir. Çalışmaya katılan 3 kişi cinsiyet belirtmemiştir. Onsekiz-35 yaş aralığında olan katılımcıların yaş ortalamaları 21,2 (SD = 1.86) yıldır. Katılımcıların çoğu (%35,8, n = 187) ikinci sınıf öğrencisidir. Yine katılımcıların çoğunluğu % 18,7 Eğitim Fakültesindedir. Araştırmaya katılanların (%25,6) ü sigara kullandığını, (%26,2) si alkol kullandığını ve (%1,1) i de herhangi bir uyuşturucu, keyif verici madde kullandığını belirtmiştir.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu %74,4 (n = 530) algılanan ekonomik durumlarını orta olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların annelerin % 83,6 sı (n = 574) çalışmazken, babası çalışmayanların oranı sadece %1,2 (n = 8) olarak bulunmuştur.

Tablo 2.1: Katılımcıların demografik özellikleri

Örneklem			Örneklem		
	N	(%)	N	(%)	
Cinsiyet					
Kadın :	307	(%43,7)			
Erkek :	395	(%56,3)			
Okudukları bölüm					
Eğitim Fak.	128	(%18,7)			
Fen-Edebiyat Fak	124	(%18,1)			
Nazilli IIBF	76	(%11,1)			
Tıp Fak.	20	(%2,9)			
Veterinerlik Fak.	33	(%4,8)			
Ziraat Fak.	128	(%9,5)			
Aydinsaglık	73	(%10,7)			
Besyo	60	(%8,8)			
MYO	105	(%14,9)			
Okudukları sınıf					
1. Sınıf	120	(% 23)			
2. Sınıf	187	(%35,8)			
3. Sınıf	163	(%31,2)			
4. Sınıf	44	(%8,4)			
5. Sınıf	7	(%1,3)			
6. Sınıf	1	(% 0,2)			
Anne-Baba Yaşama					
Anne sağ	698	(%99)			
Anne ölü	7	(%1)			
Baba sağ	663	(%94,3)			
Baba ölü	40	(%5,7)			
Anne Eğitim					
Okur yazar değil	71	(%10)			
Okur yazar	35	(%5)			
İlkokul	357	(%50,9)			
Ortaokul	69	(%9,8)			
Lise	124	(%17,7)			
Üniversite	45	(%6,4)			
Baba Eğitim					
Okur yazar değil	11	(%1,6)			
Okur yazar	16	(%2,3)			
İlkokul	259	(%37,2)			
Ortaokul	119	(%17,1)			
Lise	189	(%27,2)			
Üniversite	102	(%14,7)			
Anne Meslek					
Çalışmıyor	574	(%83,6)			
Memur/İşçi	26	(%3,8)			
Emekli	36	(%5,2)			
Serbest Meslek	51	(%7,4)			
Baba Meslek					
Çalışmıyor	8	(%1,2)			
Memur/İşçi	105	(%15,8)			
Emekli	189	(%28,4)			
Serbest Meslek	374	(%54,7)			
Ailede Psikiyatrik Bir Rahatsızlık					
Var	70	(%10)			
Yok	632	(%90)			
Herhangi Bir Tıbbi Rahatsızlık					
Var	86	(%12,3)			
Yok	614	(%87,7)			
Ailelerin Ekonomik Durumu					
İyi	48	(%6,8)			
Orta	530	(%75,4)			
Kötü	125	(%17,8)			
Sigara Kullanma					
Evet	180	(%25,6)			
Hayır	524	(%74,4)			
Alkol Kullanma					
Evet	184	(%26,2)			
Hayır	519	(%73,8)			
Herhangi Bir Uyuşturucu, Keyif Verici Madde Kullanma					
Evet	8	(%1,1)			
Hayır	697	(%98,9)			

2.2. Veri Toplama Araçları:

2.2.1 Demografik Bilgi Formu:

Demografik bilgi formunda katılımcılara yönelik; yaş, cinsiyet, okudukları birim, bölüm-sınıf, medeni durum, aile bireylerinde ruhsal hastalık öyküsü, ebeveynlerin eğitim durumu, ekonomik durumları ile ilgili sorular yer almıştır

2.2.2. DSM-IV ve ICD-10 Kişilik Testi (DIP-Q):

DSM-IV and ICD–10 Personality Disorder Questionnaire (DSM-IV ve ICD–10 Kişilik Bozuklukları Değerlendirme Aracı) DIP-Q, DSM-IV’ deki on ve ICD–10’daki sekiz kişilik bozukluğunu ölçmek için tasarlanmış bir öz değerlendirme aracıdır (Ottoson, Bodlund, Ekselius, von Knorring, Kullgren, Lindstrom et. al., 1995). DIP-Q üç ayrı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişilik bozuklukları tanı ölçütlerini içeren 140 madde, ikinci bölümde son bir yılda yaşanan psikolojik ve çevresel sorunların incelendiği 11 madde ve üçüncü bölümde de katılımcıların genel işlevsellik düzeyinin belirlendiği %0 ile %100 arasında puanlanan 2 soruluk kısım yer almaktadır.

Kişilik bozukluğu tanısı koymada çok önemli bir yer tutan ve sıklıkla da ihmal edilen şey, işlevsellikte meydana gelen zayıflık ve sübjektif sıkıntının tespit edilmesidir. Kişilik bozukluğu tanısı koymak için gerekli olan şartlardan biri işlevsellikte bozulmaların olmasıdır. Dolayısıyla bunları iki ayrı ölçek ile ele alan DIP-Q, kişilik bozukluklarını değerlendirme açısından son derece etkili bir araçtır (Şenyuva, 2007).

DIP-Q'nun ilk bölümünü oluşturan 140 maddenin 7'si çekingen kişilik bozukluğunu, 8'i bağımlı kişilik bozukluğunu, 8'i obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunu, 9'u paranoid kişilik bozukluğunu, 13'ü şizoid kişilik bozukluğunu, 21'i şizotipal kişilik bozukluğunu, 12'si antisosyal kişilik bozukluğunu, 19'u borderline kişilik bozukluğunu, 9'u histriyonik kişilik bozukluğunu, 10'u narsistik kişilik bozukluğunu, 15'i davranım bozukluğunu ölçmektedir.

Bazı maddeler ters puanlanmaktadır ve 5 madde genel tanı ölçütleri içindedir ve tanı konabilmesi için mutlaka bunlardan en az ikisinin doğru olarak işaretlenmiş olması gerekmektedir. Tanı konabilmesi için gerekli olan bir diğer koşul ise genel işlevsellik düzeyinin 70 ve altında puanlanmış olmasıdır. Maddeler doğru yada yanlış olarak işaretlenmektedir.

Maddeler, tanı ölçütlerinin içeriğini yansıtacak şekilde doğru ya da yanlış olarak işaretlenen açık ifadelerden oluşmaktadır. Örn: DSM-IV borderline kişilik bozukluğu için A tanı ölçütü “kimlik karmaşasıdır; belirgin olarak ve sürekli biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu” dur. Buna karşılık gelen DIP-Q maddesi “Kendimi boşlukta hissediyorum- gerçekte kim olduğumu bilmiyorum” dur. Katılımcı, ifadeyi doğru buluyorsa “doğru” yanlış buluyorsa “yanlış□” kutusunu işaretleyecektir (Şenyuva, 2007).

Ölçeğin ilk geçerlik çalışması Ottoson ve ark. (1995) 19' u ayaktan tedavi edilen, 14'ü yatarak tedavi gören toplam 33 psikiyatri hastasına uygulanarak geliştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre DIP-Q' nun iç tutarlık açısından puanlar değerlendirildiğinde; DSM-IV için Cronbach alfa katsayısı 0,56; ICD-10 için Cronbach alfa katsayısı 0,46 olarak bulunmuştur. Bir ön çalışma olarak değerlendirilen bu inceleme sonrası envanter geçerlilik açısından Ottoson ve ark

(1998) tarafından değerlendirilmiştir. İkinci çalışmalarını Ottoson ve ark. (1998) 138 kişiden oluşan klinik bir örnekleme gerçekleştirmişler ve bu çalışmada DIP-Q'nun geçerliği, yapılandırılmış bir görüşme olan DIP-I (DSM-IV and ICD-10 Personality Interview) ile araştırılmıştır. Buna göre DIP-Q ve DIP-I arasında klinik örnekleme kişilik bozukluklarının yaygınlığına bakıldığında oran % 66 ve % 63 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla sonuçlar karşılaştırıldığında, kişiliği kategorik olarak değerlendiren bir araç olmasına rağmen DIP-Q'nun yapılandırılmış bir görüşme olan DIP-I ile karşılaştırıldığında dahi, kabul edilebilen bir güvenilirliğe sahip olduğu kanıtlanmıştır (akt. Şenyuva, 2007; Dereboy, Eskin ve Şenyuva, 2007).

Türkiye geçerlik çalışması Şenyuva (2007) tarafından yapılmıştır. DIP-Q'nun İngilizcesinin çeviri ve tersine çevirisinden sonra, orijinal dili olan İsveççe ile de karşılaştırılmıştır.

Şenyuva (2007), yaptığı çalışmada örneklem seçiminde; Türkiye'de daha önce kişilik bozukluklarının yaygınlığı incelenmediği için, yurt dışında yapılan çalışmalardan elde edilen %6 ila %14 yaygınlık aralığını göz önünde bulundurmuş, örneklem büyüklüğünü bu iki yaygınlık oranının ortalaması olan %10 olarak saptamıştır. %95 güven düzeyinde evren oranını tahmin etmek için örneklem büyüklüğü tablolarından yararlanarak 0,04 sapma ve gidilen hanelerde 18-60 yaş aralığında en az 2 bireyin olacağı düşünülerek 216 bireyden oluşması gerektiğine karar vermiş ancak bazı hanelerde ulaşılan katılımcı sayısı 2 den fazla olmuş ve sonuçta 246 katılımcıyla çalışılmıştır. Aydın il merkezinde bulunan mahallelerden hane sayısı ile orantılı ve yaş aralığı da 18-60 olarak alınmış katılımcılarla yapılmış olan çalışmada iç tutarlılığına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,90 (N=246) olarak bulunmuş ve DIP-Q maddelerinin, tamamen DSM ve ICD' deki kişilik bozuklukları

tanı ölçütlerini bire bir kapsayacak şekilde hazırlanmış olması nedeniyle içerik geçerliği çalışması yapılmamış ve halihazırda DIP-Q' nun içerik geçerliğinin bulunduğu varsayılmıştır.

2.2.3. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu

Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanterinin (SPSI-R) (D'Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2002) kısa formu 0 “Benim için hiç doğru değil” ve 4 “Benim için çok doğru” arası puanlanan 5 basamaklı Likert tipi 25 maddeden oluşmaktadır. Kısa SSÇE-G, sosyal sorun çözme sürecinin farklı yönlerini değerlendiren beşer maddelik beş alt ölçekten oluşmaktadır: (1) Olumlu sorun yönelimi (OSY), (2) negatif sorun yönelimi (NPY), (3) akılcı sorun çözme tarzı (ASÇT), (4) dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı (DDSÇT) ve (5) Kaçınan sorun çözme tarzı (KSÇT). Ölçek puanları 0 ile 20 arasında değişmektedir (Eskin ve Aycan, 2009).

Türkçeye uyarlanması Eskin ve Aycan (2009) tarafından farklı iki üniversiteden farklı sınıflarda okuyan ve yaşları 17 ile 28 arasında değişen çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş olan toplam 648 öğrencinin katılımıyla yapılmıştır.

Gözden Geçirilmiş Sorun Çözme Envanteri, İngilizceden Türkçeye, ilk yazar tarafından çevrilmiştir. Çeviri, ikinci yazar tarafından ve her iki dili de bilen, psikoloji yüksek lisans dereceli iki uzman psikolog tarafından kontrol edilmiştir. Maddelerin % 89'u üzerinde uzmanların görüşleri uyuşma göstermiştir. İngilizce ve Türkçe maddelerin, dilbilimsel ve kavramsal açıdan denk olmasını sağlamak için

tartışılarak anlaşmaya varılmıştır. Daha sonra veri toplama araçları, gönüllü katılımcılara uygulanmıştır (Eskin ve Aycan, 2009).

Araştırmacılar yaptıkları çalışmada Tr-SSÇE-G'nin yapısının, özgün formundaki yapı ile uyuşup uyuşmadığı sınınamak en yüksek olabilirlik tahmini yöntemiyle Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), güvenirlilik ve geçerliğini sınınamak için iç-tutarlık (Cronbach alfa) ve Pearson momentler çarpımı bağıntı katsayıları ve gruplar arası farklılıklar için ise bağımsız gruplar t-testi yöntemi kullanmışlardır.

Tr-SSÇE-G ölçeklerinin güvenirliliğini sınınamak için yapılan iç tutarlık (Cronbach Alfasi) ve test-tekrar test yöntemlerinde iç tutarlık katsayılarının 0,62 ile 0,78 arasında değiştiğini ve test-tekrar test güvenirlilik katsayılarının 0,61 ile 0,73 arasında değiştiğini bulmuşlardır. (Eskin ve Aycan, 2008).

Tr-SSÇE-G'nin geçerliği iki ölçüte dayandırılmıştır. İlkinde, envanterin yapı geçerliğini sınınamak için, Tr-SSÇE-G faktör yapısının özgün formundaki 5-boyutlu modelle uyuşup uyuşmadığına bakılmıştır. İkincisinde, envanterin eşzamanlı geçerliği, Tr-SSÇE-G ölçek puanları ile geçerliği gösterilmiş başka bir sorun çözme ölçüm aracı, çeşitli psikolojik iyilik hali ve akademik başarı (not ortalaması) arasındaki bağıntıya bakılarak sınınamıştır. Doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum indeksleri, Tr-SSÇE-G'nin 5-boyutlu modele iyi düzeyde uyum sağladığını göstermektedir. Tr-SSÇE-G ölçeklerinin birbirleriyle olan bağıntıları da onun yapı geçerliğinin bir diğer göstergesidir (Eskin ve Aycan, 2009).

Tr-SSÇE-G ölçeğinden elde edilen puanların problem çözme, depresyon, umutsuzluk, atılganlık, öz-saygı, intihar eğilimi ve akademik başarı ile beklenen yönde bağıntıya sahip araştırmacılar tarafından bulunmuştur. Çalışma sonucun da Tr-SSÇE-G'nin yeterli düzeyde iç tutarlık ve test-tekrar test güvenirliliği ile yapı ve

eşzamanlı geçerliğe sahip olduğu araştırmacılar tarafından belirlenmiştir. (Eskin ve Aycan 2009).

2.3. İşlem

Verilerin toplanması 2008-2009 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde gerçekleştirilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi öğrencileri arasında rastgele sınıflar seçilmiş belirlenen sınıflara ders saatinde gidilip öğretim elemanından izin alınarak uygulama yapılmıştır. Veri toplama araçları kapalı zarflar içerisinde verilmiş ve yine kapalı zarf içinde alınmıştır. Uygulama öncesinde yapılan çalışma ile ilgili gerekli bilgiler verilmiş ve uygulamaya katılmanın tamamen gönüllük esasına dayandığı belirtilmiştir. Bu açıklamalardan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü öğrencilere zarflar dağıtılmış katılmak istemeyenlere zarflar dağıtılmamıştır. Veri toplama araçlarının doğru ve samimi bir şekilde cevaplanması için öğrencilere veri toplama araçlarına kesinlikle isim yazmamaları ve çalışmaya katılanların herhangi bir şekilde kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı anlatılmıştır. Bu bilgiler dağıtılan formların açıklama sayfasında üzeri çizilerek vurgulanmıştır ayrıca araştırmacı tarafından sözel olarak tekrar belirtilmiştir (Ek: 1). Uygulamalar yaklaşık 45-50 dk sürmüştür. Bu süre zarfında araştırmacı sınıfta kalmış ve veri toplama araçları ile ilgili sorular olunca yanıtlanmıştır. Anketleri bitirenlerden kapalı zarflar içerisinde alınmış ve son öğrenci bitirinceye kadar beklenmiştir. Toplanan veriler araştırmacı tarafından SPSS paket programına yüklenmiş ve istatistik analizleri yine araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizinde SPSS 14 kullanılmıştır. Veriler istatistiki olarak incelenmeden önce ölçekler üzerinde temel bir takım işlemler yapılarak ham veriler işleme hazır hale getirilmiştir. İlk olarak örneklemde sosyodemografik değişkenlerin sıklıkları incelenmiş, daha sonra bu veriler ve demografik bilgiler kullanılarak tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

Kişilik bozukluğu tanısı alıp almamanın cinsiyetle olası ilişkisi ki-kare yöntemiyle araştırılmıştır. Kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcılar ile kadın ve erkek katılımcıların sorun çözme beceri düzeylerini karşılaştırmak için t-testi yöntemi kullanılmıştır. Son olarak kişilik bozukluğu tanısı almayı hangi sorun çözme becerilerinin yordadığını belirlemek için bir adet lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyonda kişilik bozukluğu tanısı alıp (1) almama (0) bağımlı, beş sorun çözme beceri boyutu ise bağımsız değişken olarak alınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların cinsiyete göre dağılımı Tablo 3.1’de verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi toplam 91 katılımcı (%13) en az bir kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Kadın ve erkek katılımcılar arasında kişilik bozukluğu tanısı alıp almama ($\chi^2(1, N = 705) = 0,527, p = 0,47$) açısından bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.1. Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Kişilik Bozukluğu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kişilik Bozukluğu Tanısı	Alan	43	%14	48	%12,2	91	%13
	Almayan	264	%86	347	%87,8	611	%87

Tablo 3.2: A, B ve C Küme Kişilik Bozukluklarından Tanı Almış Katılımcıların Cinsiyete Göre Karşılaştırması

Kişilik Bozukluğu	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
A kümesi	Var	42	%13,7	44	%11,1	86	%12,3
	Yok	265	%86,3	351	%88,9	616	%87,7
B Kümesi	Var	40	%13,0	40	%10,1	80	%11,4
	Yok	267	%87,0	355	%89,9	622	%88,6
C Kümesi	Var	39	%12,7	43	%10,9	82	%11,7
	Yok	268	%87,3	352	%89,1	620	%88,3

A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarından tanı alan ve almayan katılımcıların cinsiyete göre dağılımı Tablo 3.2 de verilmiştir. Tablo incelendiğinde 86 katılımcının (%12,3) enaz bir A küme kişilik bozukluğu tanısı aldığı, 80 katılımcının (%11,4) enaz bir B küme kişilik bozukluğu tanısı aldığı ve 82 katılımcının da (%11,7) enaz bir C küme kişilik bozukluğu tanısı aldığı görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcılar arasında A kümesi kişilik bozukluğu tanısı alıp almama ($\chi^2 (1, N = 702) = 1,038, p = 0,31$), B kümesi kişilik bozukluğu tanısı alıp almama ($\chi^2 (1, N = 702) = 1,441, p = 0,23$) ve C kümesi kişilik bozukluğu tanısı alıp almama ($\chi^2 (1, N = 702) = 0,553, p = 0,46$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.3: Kişilik Bozukluğu Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Kişilik Bozuklukları	Kadın		Erkek		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Paranoid K.B.	38	% 12,4	40	% 10,1	78	%11,1
Şizoid K.B.	7	% 2,3	6	%1,5	13	% 1,9
Şizotipal K.B.	34	%11,1	32	% 8,1	66	% 9,4
Antisosyal K.B.	30	%9,8	27	% 6,8	57	%8,1
Sınır K.B.	32	% 10,4	34	%8,6	66	%9,4
Histrionik K.B.	8	% 2,6	4	% 1,0	12	%1,7
Narsistik K.B.	18	% 5,9	17	% 4,3	35	% 5
Çekingen K.B.	14	% 4,6	20	% 5,1	34	%4,8
Bağımlı K.B.	9	% 2,9	9	% 2,3	18	%2,6
Obsesif -Kompulsif K.B.	38	% 12,4	42	% 10,6	80	%11,4

DSM-IV’de yer alan 10 kişilik bozukluğunun cinsiyete göre dağılımı tablo Tablo 3.3’de verilmektedir. Tablo incelendiğinde 78 katılımcının (%11,1) paranoid kişilik bozukluğu, 13 katılımcının (%1,9) şizoid kişilik bozukluğu, 66 katılımcının (%9,4) şizotipal kişilik bozukluğu, 57 katılımcının (%8,1) antisosyal kişilik bozukluğu, 66 katılımcının (%9,4) sınır kişilik bozukluğu, 12 katılımcının (%1,7) histrionik kişilik bozukluğu, 35 katılımcının (%5) narsistik kişilik bozukluğu, 34 katılımcının (%4,8) çekingen kişilik bozukluğu, 18 katılımcının (%2,6) bağımlı kişilik bozukluğu ve 80 katılımcının (%11,4) obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanısı aldığı görülmektedir. Obsesif-kompulsif ve paranoid kişilik bozuklukları en sık görülen kişilik bozukluklarıdır.

Kadın ve erkek katılımcılar arasında; paranoid kişilik bozukluğu (χ^2 (1, N = 705) = 0,886, p = 0,35), şizoid kişilik bozukluğu (χ^2 (1, N=705) = 0,551, p = 0,46),

şizotipal kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 1,793, p = 0,18$), antisosyal kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 1,997, p = 0,16$), sınır kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 0,669, p = 0,41$), histriyonik kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 2,610, p = 0,11$), narsistik kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 0,887, p = 0,35$), çekingen kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 0,095, p = 0,76$), bağımlı kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 0,295, p = 0,59$) ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ($\chi^2 (1, N = 705) = 0,521, p = 0,47$), açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 3.4: Kişilik Bozukluğu Tanısı Alan ve Almayan Katılımcıların Sorun Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sorun Çözme Tarzları	Kişilik Bozukluğu Tanısı				
	Alan	Almayan	t	sd	p
	ort±ss	ort±ss			
Olumlu Sorun Yönelimi	12,39±4,09	13,85±3,80	-3,39	703	0,001
Negatif Sorun Yönelimi	9,90±4,63	6,70±3,96	7,02	703	0,000
Akılcı Sorun Çözme Tarzı	12,49±4,07	13,46±4,10	-2,10	703	0,036
Dürtüsel Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	7,26±4,33	6,28±3,81	2,24	703	0,026
Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	6,20±4,79	4,26±3,73	4,44	703	0,000

Kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların Tr-SSÇE-G puanlarının karşılaştırılması Tablo 3.4’de verilmektedir. Tablo incelendiğinde olumlu sorun yöneliminde istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,00$), negatif sorun yönelimi alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,00$), kaçınan sorun çözme tarzı alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı ($p = 0,00$), akılcı sorun çözme tarzı ($p = 0,04$) ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı ($p = 0,03$) alt ölçeklerinde de istatistiksel

olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcıların kişilik bozukluğu tanısı almayanlara göre sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğu ve daha çok negatif sorun yönelimi, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ve kaçınan sorun çözme tarzını kullandıkları görülmüştür.

Tablo 3.5 de A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarından tanı almış katılımcıların Tr-SSÇE-G puanları karşılaştırılmıştır. Her üç kümede de kişilik bozukluğu tanısı almayanların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcılara göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu. (A küme $p = 0,00$, B küme $p = 0,01$ ve C küme $p = 0,00$). Negatif sorun yönelimine bakıldığında tanı alan katılımcılar ile tanı almayan katılımcıların sorun çözme puan ortalamaları arasında istatistiki olarak ileri derecede anlamlı fark tespit edilmiştir (A küme ($p = 0,00$), B küme ($p = 0,00$) ve C küme ($p = 0,00$)). A, B ve C küme kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların tanı almayan katılımcılara göre negatif sorun yönelimini daha çok kullanmaktadırlar.

Sorun çözme tarzlarına bakıldığında akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarında A ve B küme kişilik bozukluğu tanısı alanlar ve tanı almayanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiş, C küme ($p = 0,04$) kişilik bozukluğu tanısı alanlarla tanı almayanlar arasında anlamlı bir fark olduğu, C küme kişilik bozukluğu tanısı almayanların C küme kişilik bozukluğu tanısı alanlara göre akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarına bakıldığında A ($p = 0,04$) ve B küme ($p = 0,00$) kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcılar ile tanı almayan katılımcıların puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu, tanı alan katılımcıların dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarının daha yüksek

olduğu, C kümesinden ($p=0,16$) tanı alan katılımcılar ile tanı almayan katılımcılar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Kaçınan sorun çözme tarzı puan ortalamalarına bakıldığında; A küme ($p=0,00$), B küme ($p=0,00$) ve C küme ($p=0,00$) den tanı alan katılımcılar ile tanı almayan katılımcıların puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu, her üç kümede de kişilik bozukluğu tanısı alanların tanı almayanlara göre kaçınan sorun çözme tarzı puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3-5: A, B ve C Kümesi Kişilik Bozukluklarından Tanı Almış Katılımcıların Sorun Çözme Stillerine Göre Karşılaştırması.

Kişilik Bozuklukları	Sorun Çözme Tarzları (TR-SSÇE-G)																				
	Olumlu Sorun Yönelimi			Negatif Sorun Yönelimi			Akılcı Sorun Çözme Tarzı			Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı			Kaçınan Sorun Çözme Tarzı								
	Ort±SS	t	sd	p	Ort±SS	t	sd	p	Ort±SS	t	sd	p	Ort±SS	t	sd	p	Ort±SS	t	sd	p	
A	var	12,48±4,15																			
					9,87±4,55				12,70±4,10				7,24±4,41					6,20±4,87			
Kümesi yok			-3,04	703	0,002	6,73±3,99	6,70	703	0,000	13,42±4,10	-1,54	703	0,124	6,29±3,80	2,11	703	0,035	4,28±3,73	4,30	703	0,000
B	var	12,51±4,11																			
					10,11±4,66				12,56±4,14				7,59±4,42					6,43±4,87			
Kümesi yok			-2,85	703	0,005	6,73±3,97	7,01	703	0,000	13,43±4,09	-1,79	703	0,073	6,26±3,80	2,91	703	0,004	4,27±3,73	4,70	703	0,000
C	var	12,29±4,15																			
					10,00±4,73				12,49±4,12				6,98±4,30					6,00±4,84			
Kümesi yok			-3,45	703	0,001	6,74±3,96	6,86	703	0,000	13,45±4,09	-2,00	703	0,046	6,33±3,83	1,42	703	0,157	4,32±3,76	-3,68	703	0,000

Tablo 3.6: Kişilik Bozukluklarının Sorun Çözme Stillerine Göre Karşılaştırması.

Kişilik Bozuklukları	Sorun Çözme Tarzları (TR-SSÇE-G)																					
	Olumlu Sorun Yönelimi				Negatif Sorun Yönelimi				Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı				Kaçınan Sorun Çözme Tarzı									
	Ort±SS	t	Sd	p	Ort±SS	t	Sd	p	Ort±SS	t	Sd	p	Ort±SS	t	Sd	p						
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Var	12,71±4,16	-2,31	703	0,021	6,35	703	0,000	12,95±4,11	0,88	703	0,377	7,25±4,40	-2,02	703	0,043	6,28±4,95	4,29±3,73	-4,27	703	0,000	
	Yok	13,78±3,81							13,38±4,10				6,30±3,81				4,29±3,73					
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Var	12,22±4,64	-1,36	703	0,173	8,92±4,77	1,57	703	0,116	11,77±4,51	-1,39	703	0,166	6,23±3,35	-0,17	703	0,869	6,31±3,52	4,48±3,93	1,66	703	0,097
	Yok	13,69±3,85				7,08±4,17			13,36±4,09				6,41±3,90				4,48±3,93					
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Var	12,65±4,42	-2,25	703	0,025	10,00±4,75	6,02	703	0,000	12,53±4,33	-1,68	703	0,094	7,49±4,44	2,38	703	0,017	6,47±4,78	4,31±3,78	4,31	703	0,000
	Yok	13,77±3,79				6,82±4,01			13,42±4,07				6,30±3,82				4,31±3,78					
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Var	12,74±3,99	-1,89	703	0,059	9,36±4,68	4,27	703	0,000	12,40±4,00	-1,79	703	0,073	8,43±4,59	4,14	703	0,000	6,51±4,87	4,34±3,79	4,03	703	0,000
	Yok	13,74±3,85				6,92±4,09			13,42±4,11				6,23±3,78				4,34±3,79					
Smur Kişilik Bozukluğu	Var	12,03±4,13	-3,64	703	0,000	10,52±4,68	7,19	703	0,000	12,35±4,21	-2,06	703	0,040	7,54±4,10	2,48	703	0,013	6,79±5,05	4,28±3,72	5,02	703	0,000
	Yok	13,83±3,80				6,76±3,97			13,44±4,08				6,29±3,85				4,28±3,72					
Histrionik Kişilik Bozukluğu	Var	14,25±4,20	0,53	703	0,596	11,34±4,48	3,55	703	0,000	11,56±5,18	-1,52	703	0,130	10,68±4,52	3,87	703	0,000	9,48±4,48	4,43±3,87	4,48	703	0,000
	Yok	13,65±3,86				7,04±4,14			13,36±4,08				6,33±3,84				4,43±3,87					
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Var	13,11±3,71	-0,87	703	0,387	9,71±4,88	3,79	703	0,000	12,42±4,18	-1,35	703	0,176	7,41±4,80	1,56	703	0,119	6,64±5,30	4,40±3,82	3,30	703	0,001
	Yok	13,69±3,87				6,98±4,11			13,38±4,10				6,36±3,83				4,40±3,82					
Cekingen Kişilik Bozukluğu	Var	10,87±3,71	-4,37	703	0,000	11,93±4,46	7,10	703	0,000	11,26±4,39	-3,04	703	0,002	8,24±4,55	2,82	703	0,005	7,04±5,28	4,39±3,81	3,89	703	0,000
	Yok	13,80±3,82				6,87±4,03			13,44±4,06				6,32±3,84				4,39±3,81					
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Var	10,82±3,98	-3,18	703	0,002	11,55±5,46	4,61	703	0,000	11,12±3,75	-2,33	703	0,020	8,35±4,60	2,15	703	0,032	7,67±5,09	4,43±3,87	3,48	703	0,001
	Yok	13,74±3,84				7,00±4,09			13,39±4,10				6,36±3,86				4,43±3,87					
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	Var	12,38±4,12	-3,16	703	0,002	9,97±4,78	6,67	703	0,000	12,55±4,15	-1,82	703	0,069	6,95±4,35	1,34	703	0,182	6,03±4,87	4,32±3,75	3,69	703	0,000
	Yok	13,83±3,80				6,75±3,97			13,43±4,09				6,34±3,83				4,32±3,75					

DSM-IV’de yer alan 10 kişilik bozukluğundan herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların Tr-SSÇE-G puanlarının karşılaştırılması Tablo 3.6’da verilmiştir.

Tablo 3.6 incelendiğinde de paranoid, şizotipal, sınır, çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları tanısı alan ve almayan katılımcıların olumlu sorun yönelimi puanlarının istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Negatif sorun yönelimi puan ortalamalarına bakıldığında şizoid kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların puanlarında anlamlı bir fark olmadığı diğer 9 kişilik bozukluğunda ise tanı alan ve almayan katılımcıların puanları arasında istatistiki olarak anlamlı ($p = 0,00$) bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.6’da sınır, çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların akılcı sorun çözme tarzı puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu, paranoid, şizotipal, antisosyal, sınır, histrionik, çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme puanları arasında anlamlı fark olduğu, tespit edilmiştir. Kaçınan sorun çözme tarzı puanları incelendiğinde şizoid kişilik bozukluğu tanısı alan ve tanı almayan katılımcıların puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı diğer 9 kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların puanları arasında ise istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.7: Kişilik Bozukluklarının Yordayıcıları

Yordayıcı Değişken	Katsayı	SH ^a	Wald	SD ^b	p=	Kişilik Bozukluğu Var =1	Kişilik Bozukluğu Yok=0
						RO ^c	%95 GA ^d
Negatif Sorun Yönelimi	0,17	0,03	41,56	1	0,000	1,19	1,13-1,25
Sabit	-1,91	0,11	288,86	1	0,000		

^a Standard Hata; ^b Serbestlik Derecesi; ^c Risk Oranı; ^dGüven Aralığı

Kişilik bozukluğu tanısının yordanmasına ilişkin yapılan regresyon analizi Tablo 3.7’de verilmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi negatif sorun yönelimi kişilik bozukluğu tanısı almanın bağımsız bir yordayıcısıdır ($\chi^2(1, N = 705) = 43,75$, $p < 0,001$). Negatif sorun yönelimi 1 puan arttığında, kişilik bozukluğu tanısı alma riski 1,19 kez daha olasıdır.

Tablo 3.8: Cinsiyete Göre Sorun Çözme Stilleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

TR-SSÇE-G	Kadın	Erkek	t	sd	p
Olumlu Sorun Yönelimi	14,20±3,77	13,23±3,90	3,30	700	0,001
Negatif Sorun Yönelimi	6,01±3,86	7,97±4,23	-6,31	700	0,000
Akılcı Sorun Çözme Tarzı	13,54±4,11	13,17±4,10	1,18	700	0,239
Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	6,74±3,91	6,11±3,84	2,13	700	0,034
Kaçıman Sorun Çözme Tarzı	4,67±3,78	4,38±4,05	0,97	700	0,331

Kadın ve erkek katılımcıların Tr-SSÇE-G puanlarının karşılaştırılması Tablo 3.8'de verilmiştir. Kadın ve erkeklerin olumlu sorun yönelimi, negatif sorun yönelimi ve dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puanlarında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kadınlar olumlu sorun yönelimi ve dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ölçeklerinden aldıkları puanlar daha yüksektir. Erkeklerin de negatif sorun yönelimi ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Kişilik Bozukluğu Yaygınlık Oranlarına İlişkin Elde Edilen Sonuçlar

4.1.1 Kişilik Bozukluğu Genel Yaygınlık Oranları

Üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığı ve sorun çözüme ile ilişkisinin araştırıldığı bu tez toplam 705 kişi ile gerçekleştirilmiş ve kişilik bozukluğu yaygınlığına kendi kendini değerlendirme aracı olan DIP-Q ile bakılmıştır. Çalışmada herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcı sayısı 91 yaygınlık oranı %13 (Tablo: 3.1) olarak bulunmuştur.

DIP-Q ölçeği kullanılarak genel popülasyonda yapılan iki araştırmaya rastlanmıştır. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007)'nin 528 kişi ile yaptıkları araştırmada 133 kişi herhangi bir kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılayarak tanı almış ve yaygınlık oranı %25,6 olarak hesaplanmıştır. Yine yurt için de DIP-Q kullanılarak yapılan bir başka çalışma Şenyuva (2007), tarafından 246 kişi ile yapılmış ve kişilik bozukluğu yaygınlığı % 13,8 olarak bulunmuştur Bu çalışma ile Şenyuva (2007)'nin yaptığı çalışmada oranlar birbirine yakın ancak Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007)'nin yaptığı çalışma ile farklılık göstermiştir. Bu farklılığın örneklem büyüklüğünden ve özelliklerinden ve ölçeklerin uygulanmasında izlenen yöntem farklılığından.

kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007) yaptıkları çalışmanın örneklemini 18-60 yaş arası 528 katılımcı oluşturmaktadır. Benzer şekilde Şenyuva (2007)'nin yaptığı çalışmada da 18-60 yaş aralığında 264 katılımcı ile çalışmıştır ve katılımcıların yaş ortalaması 36,25 olarak hesaplanmıştır. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007)'nin yaptıkları çalışma TUBİTAK projesi olarak yapılmış ve katılımcılara bir miktar para verilmiştir. Katılımcıların bu durumdan da etkilenmiş olabilecekleri düşünülmektedir

Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında yaygınlık oranlarının araştırmalarda kullanılan değerlendirme aracının tipine, örneklem büyüklüğüne, özelliklerine ve yapılan kültüre göre değiştiği görülmektedir. Ekselius, Tillfors, Furmark, ve Fredrikson (2001) normal popülasyon da 557 katılımcıyla DIP-Q kullanarak yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu yaygınlığını ICD-10 kriterlerine göre %11,0 e DSM-IV kriterlerine göre %11,1 olarak bulmuşlardır. Zimmerman ve Coryell (1989), yaptıkları araştırmada kişilik bozukluğu yaygınlığını %14,3 olarak bulmuşlardır. Yine Coid (2003), yaptığı bir çalışmada kişilik bozukluğu yaygınlığının %4,4 ile % 13 arasında değiştiğini belirtmektedir. Jackson ve Burgerss (2000), mayıs-ağustos 1997 yılında Avustralya'da 10,641 kişi ile yaptıkları araştırma da kişilik bozukluğu yaygınlığını %6,5 olarak bulmuşlardır. Johnson, Cohen, Kasen, Skodol ve Oldham (2008), yaptıkları boylamsal araştırma da grubun kişilik bozukluğu yaygınlığını 14 yaşında (antisosyal kişilik bozukluğu yok) %14,6 (n = 83), onaltı yaşında (antisosyal kişilik bozukluğu yok) %12,7 (n = 72), 22 yaşında % 13,9 (n = 79) ve 33 yaşında %12,7 (n = 72) olarak bulmuşlardır. Yukarıda da değinildiği gibi kullanılan ölçüm aracının ve çalışma yapılan örneklemin özelliklerine göre yaygınlık oranları arasında farklar görülmektedir.

4. 1. 2. Kişilik Bozuklukları Küme Yaygınlık Oranları

Bu tezde elde edilen sonuçlara bakıldığında da, A küme kişilik bozukluklarını 86 kişinin karşıladığı yaygınlık oranının %12,2 olduğu; B küme kişilik bozukluğu tanısı 80 kişiye konulmuştur ve yaygınlık oranı 11,3'dir; C küme kişilik bozukluğu 82 kişiye konulmuştur ve yaygınlık oranı 11,6'ya denk gelmektedir. Büyük bir fark olmasa da en fazla A küme kişilik bozukluğu görülme eğilimi ortaya çıkmaktadır.

Yurt için de 246 katılımcı ile DIP-Q kullanılarak normal popülasyon kişilik bozukluğu yaygınlığının incelendiği çalışmada Şenyuva (2007); 19 kişiye A küme kişilik bozukluğu tanısı konulmuş ve yaygınlık oranı %7,7' olarak hesaplanmıştır; 10 kişiye B küme kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur ve yaygınlık oranı %4,1 olarak belirlenmiş ve son olarak 16 kişiye C küme kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur ve yaygınlık oranı %6,5' olarak hesaplanmıştır. Yurt içinde 528 katılımcı ile DIP-Q kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada; Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007), A küme kişilik bozukluğu tanısı alanları 125 kişi olarak belirlemişler ve yaygınlık oranını %24,2 olarak hesaplamışlardır; B küme kişilik bozukluğu tanısı alanları 105 kişiye olarak belirlemişler ve yaygınlık oranını %20,2'dir olarak hesaplamışlar ve son olarak C küme kişilik bozukluğu tanısı 115 kişiye konulmuş ve yaygınlık oranı %22,3 olarak hesaplanmıştır. Bu iki çalışma ve bu tezdeki küme yaygınlık oranları farklı bulunmuş olsa da ortak olan nokta en fazla A küme kişilik bozukluğu, en az da B küme kişilik bozukluğu tanısı konulmuş olmasıdır. Aradaki farkın yukarıda da anlatıldığı üzere örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yurt dışı yayınlara bakıldığında da Reich, Yates ve Nduaguba (1989), kendi kendini değerlendirme aracı kullanarak yaptıkları çalışmada, A küme kişilik

bozukluğu yaygınlığını, % 12,8; B küme kişilik bozukluğu yaygınlığını % 6 ve C küme kişilik bozukluğu yaygınlığını da % 26,0 bulmuşlardır. Bu alışma ile bu tezde bulunan yaygınlık oranları arasında ki farkın kullanılan değerlendirme araçlarındaki farklılıktan ve örneklemlerin kültürel farklılığından kaynaklandığı düşünölmektedir. Bu alışma dışında kendi kendine değerlendirme aracı kullanılarak küme yaygınlık oranlarının belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Moran, Coffey, Mann, Carlin ve Patton (2006), yarı yapılandırılmış değerlendirme aracı kullanarak Avustralya da yaptıkları araştırma da DSM-IV kümeleri kişilik bozukluklarının yaygınlığını, A kümesi %8,3; B kümesi %8,1 ve C kümesi %9,8 olarak bulmuşlardır.

4. 1. 3. DSM-IV de Belirlenmiş Olan Her Bir Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı

Tablo 3.3 incelendiğin de genel olarak kişilik bozukluğu yaygınlıklarının DSM-IV de belirtilen yaygınlık oranlarından fazla olduğu görölmektedir. Bu farkın örneklemlerin kültürel farklılığından ve kullanılan ölçüm aracı farklılığından kaynaklandığı düşünölmektedir. Obsesif kompulsif ve paranoid kişilik bozuklukları en çok tanı alan kişilik bozukluklarıdır.

Obsesif kişilik yapısı çocukluğun ilk yıllarında şekillenmeye başlar. Temel psikolojik sebepleri suçluluk duygusu, kişinin kendisini koruma zorun da bırakılması, bilinçaltı saldırganlığın şiddetli oluşudur (Ziyalar, 2006). Akdeniz halklarından çoğu nazara inanmakta, muska takmakta ve normal olaylarda bile gizli ve tehditkâr anlamlar arayabilmektedir. Bu bağlamda yeterli başkalarının ona zarar verebileceğini düşünür ve başkalarına güvenmekte zorlanır. Böylesi bireyler kendi kültürel bağlamlarında ele alınmazlarsa paranoid kişilik bozukluğu tanısı alabilirler (Sayar, 2003). Kişilik bozukluklarında kültürün etkisi çok bariz bir şekilde görölmektedir. Bu

nedenle farklı kültürlerde farklı ölçüm araçlarının kullanımından dolayı yaygınlık oranlarının farklı çıkabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde daha önce yapılmış yaygınlık çalışmalarına bakıldığında Şenyuva (2007), obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve paranoid kişilik bozukluğu yaygınlığını %6,1; Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007), ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğu yaygınlığını %20,1 ve paranoid kişilik bozukluğu yaygınlığını da %16,6 olarak buldukları görülmektedir. Üç çalışmada da benzer şekilde obsesif kompulsif ve paranoid kişilik bozuklukları en çok görülen kişilik bozukluklarından olduğu ancak yaygınlık oranları arasında farklar bulunduğu görülmektedir. Bu iki çalışma da normal popülasyonda katılımcılara evlerinden ulaşılarak yapılmış olduğu, çalışmaların üniversite öğrencilerinde yapılmamış olmasının üç çalışmada elde edilen yaygınlık oranları arasındaki farkın sebebi olabileceği düşünülmektedir.

4.2. Kişilik Bozuklukları ve Sorun Çözme

Kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların sorun çözme stilleri puan ortalamalarına bakıldığında herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcıların almayanlara göre; negatif sorun yönelimi, dürtüsel dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzı puanlarının anlamlı bir düzeyde yüksek olduğu, olumlu sorun yönelimi ve akılcı sorun çözme tarzı ölçeklerinden aldıkları puanlarının ise anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir (tablo: 3.4). Kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerin daha çok negatif sorun yönelimli oldukları ve dürtüsel-dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzlarını kullandıkları görülmektedir. Kişilik bozukluklarının DSM-IV'e göre tanımlanmasına bakıldığında kişilik bozukluğu tanısı konabilmesi için tanı ölçütlerinden biri dürtü kontrolünde sıkıntılar olmasıdır. Dürtü kontrolünde sıkıntı

yaşayan biri sorunlarını dürtüsel-dikkatsiz bir şekilde ele alacaktır. Bu çalışmada da çıkan sonuçlar bu durumu doğrulamaktadır. Yine benzer şekilde kişilik bozukluğu tanısı alan kimseler katıdırlar esneklik göstermezler ve bilişsel olarak belirli bozulmalar vardır. Bu durumlar kişinin sorunlarını negatif bir şekilde ele almasını ve sorunları görmezden gelerek sorunlardan kaçmasına yol açacak bir diğer ifadeyle kaçınan sorun çözme tarzını kullanacaktır.

A, B ve C kümelerinden kişilik bozukluğu tanısı almış katılımcıların sorun çözme stilleri puan ortalamaları incelendiğın de; her üç kümede de kişilik bozukluğu tanısı alanlar ile almayan bireylerin negatif sorun yönelimi ve kaçınan sorun çözme tarzı puanlarının istatistiki olarak anlamlı farklılık gösterdiği tanı alan katılımcıların negatif sorun yönelimi ve kaçınan sorun çözme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yine olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu tanı alan katılımcıların olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarına bakıldığında A ve B kümeden kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcıların puan ortalamalarının tanı almayanlara göre istatistiki olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu, C küme tanı alanların tanı almayanlara göre puanlarının yüksek olduğu ancak istatistiki olarak anlamlı çıkmadığı görülmektedir. C küme kişilik bozuklukları kaygılı-korkulu küme olarak bilinmektedir. Korkan sürekli kaygı yaşayan bireylerin diğer kümelere oranla daha az dürtüsel davranması beklenen bir durumdur. Akılcı sorun çözme tarzı puan ortalamalarına bakıldığında üç kümede de tanı almayanların puan ortalamalarının tanı alanlara oranla yüksek olduğu ancak sadece C küme kişilik bozukluğu tanısı alanlar ile tanı almayanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmektedir(Tablo 3.5).

Her üç küme kişilik bozukluklarından tanı alan katılımcıların daha çok, negatif sorun yönelimli oldukları ve kaçınan sorun çözme tarzını kullandıkları görülmektedir.

DSM-IV de yer alan 10 kişilik bozukluğundan tanı alan katılımcıların sorun çözme puan ortalamaları incelendiğın de (tablo 3.6); şizoid kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcılar dışındaki 9 kişilik bozukluğundan herhangi birinden tanı alan katılımcıların tanı almayanlara göre daha fazla kaçınan sorun çözme tarzını kullandıkları görülmektedir.

Negatif sorun yönelimi puan ortalamalarına bakıldığında şizoid kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların puanları arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark çıkmamışken geri kalan 9 kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayanlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kişilik bozukluğu tanısı alanların negatif sorun yönelimi puanlarının kişilik bozukluğu tanısı almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı puan ortalamalarında paranoid, şizotipal, antisosyal, borderline, histrionik, çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların puanları arasında istatistiki olarak anlamlı fark çıktığı görülmektedir. Şizoid, narsistik ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanısı alanların tanı almayanlara göre dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı çıkmamışsa bile daha yüksektir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanısı almış birinin dikkati daha yoğundur bu nedenle dikkatli davranacak ancak o kadar ayrıntıcı olacaktır ki sorunlarla baş etmede zorluklar yaşayacaktır.

Kişilik bozuklukları ile sorun çözme arasındaki ilişkiye t-testi ile bakılmışsa da hangi sorun çözme boyutlarının kişilik bozukluğu tanısı almanın bağımsız yordayıcıları olduğunu belirlemek için ileri bir istatistikî analiz olan lojistik regresyon analizi yapılmış ve negatif sorun yöneliminin kişilik bozukluğu ile anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada çıkan sonuçlara genel olarak bakıldığında kişilik bozukluğu tanısı alanların sorun çözme becerileri yetersiz görünmektedir. Şizoid kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcılar ile tanı almayan katılımcıların sorun çözme ölçekleri puanları arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark çıkmamasının; şizoid kişilik bozukluğu tanısı alanlar ile tanı almayanların sorun çözme becerileri arasında fark olmamasından değil, şizoid kişilik bozukluğu özelliklerinde de belirtilmiş olan, içe kapanıklık ve ilgisizlik özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Şizoid bir kişi soruna da sorunun çözümüne de oldukça ilgisiz olabilir. Şizoid kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerin sorun çözme puan ortalamaları, şizoid kişilerin sorunları çözebildiğini değil soruna ilgisiz olduklarını gösterdiği düşünülmektedir.

Gerek nedensel gerekse sürdüren etmenler olarak, sorun çözme yaklaşımının kişilik bozukluklarının aydınlatılmasındaki rolüne ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar, yeni oldukları kadar sayı bakımından da yetersizdir (Eskin, 2009). Yurtiçi literatürde kişilik bozukluğu ve sorun çözme stillerini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yurt dışı literatür bakıldığında konunun araştırıldığı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Yurt dışı literatürde de sorun çözme ile kişilik bozukluğu ilişkisinden çok sorun çözme terapisinin kişilik bozukluklarında kullanımına yönelik çalışmalara rastlanmıştır (Huband, Mcmurrin, Evans ve Duggan 2007; McMurrin, Duggan, Christopher ve Huband 2007).

McMurrin, Duggan, Christopher ve Huband (2007), yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu tedavisinde olan 173 kadın ve erkek örneklem üzerinde kişilik bozuklukları ve sosyal sorun çözme arasındaki ilişkiye bakmışlardır. A küme (paranoid, şizoid, şizotipal) tanıları seyrek ve uygun olmadığı için analize almamışlar, B küme (antisosyal, sınır, histriyonik, narsistik) de, Sınır kişilik bozukluğunu dürtüsel-dikkatsiz problem çözme tarzı ile ilişkili bulmuşlardır. Yazarlar antisosyal kişilik bozukluğunun da dürtüsel ve dikkatsiz problem çözme stili ile ilişkili olacağını ancak yeterli veri olmadığından bakılmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada da borderline kişilik bozukluğu ile dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzı arasında ilişki bulunmuştur.

Huband, McMurrin, Evans ve Duggan (2007) yaptıkları çalışmada da kişilik bozukluğu olan yetişkinlerde sosyal problem çözme ve psiko eğitim vermişler ve eğitim gruplarına katılan katılımcıların problem çözme becerilerinin arttığı ve yaşadıkları problemleri daha iyi çözerek kızgınlık belirtilerinin azaldığını belirtmişlerdir.

Kesitsel bir desene sahip bu çalışma kişilik bozukluğu ile sorun çözme becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sorun çözme becerilerinin kişilik bozukluğu etiolojisindeki önemini tam olarak anlamak için boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Boylamsal araştırmaların bu ilişkiyi göstermek için çok önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Kısıtlı da olsa sorun çözme becerileri ve kişilik bozukluğunu araştıran çalışmalar ve bu tez sorun çözme terapisi yaklaşımının kişilik bozukluğu sağaltımında kullanılabilecek alternatif bir tedavi olabileceğini göstermektedir.

4.3. Kişilik Bozuklukları ve Cinsiyet

Bu tezde genel kişilik bozukluğu yaygınlığı ele alındığında da kadın ve erkek arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (tablo: 3.1). Ayrıca bu tezde DSM-IV de yer alan her bir kişilik bozukluğu ile cinsiyet arasındaki ilişkiye de bakılmış anlamlı bir fark bulunmamıştır (tablo: 3,2). Tablo 3.1’de incelendiğinde kişilik bozukluğu tanısı alan kadın katılımcıların oranı % 14, erkek katılımcıların oranı %12,2 olarak bulunmuş ve bu değerler incelendiğinde kişilik bozukluğu tanısında kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark çıkmadığı görülmüştür. Benzer şekilde Şenyuva (2007), yaptığı araştırma genel kişilik bozukluğu tanı alma açısından cinsiyet farklılığı tespit etmemiştir. Dereboy, Eskin ve Şenyuva (2007), yaptıkları çalışmada ise cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmada erkekler kadınlardan daha fazla kişilik bozukluğu tanısı almışlardır.

Literatür incelendiğinde kişilik bozukluğu yaygınlığının cinsiyetler arasında farklı bulunmadığı araştırmalar da bulunmaktadır. □Jackson ve Burgess (2000), Avustralya da 10641 kişiyle ve ICD-10 kişilik bozukluklarını belirleyen 59 soru sorularak yaptıkları bir çalışmada cinsiyetler arasında bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Çalışmada erkeklerin %6.83’ünde bir veya daha fazla kişilik bozukluğu bulunduğunu kadınların da %6.13ünün en az bir kişilik bozukluğu olduğunu, erkek ve kadın verileri birleştirildiğinde, yetişkin Avustralya nüfusunun %6.47sinde bir veya daha fazla kişilik bozukluğu olduğu öngörülmüştür. Ekselius, Tillfors, Furmark ve Fredrikson (2001), yaptıkları çalışmada benzer şekilde cinsiyetler arası bir fark bulunmamışlardır. Bu çalışmalarını destekler nitelikte bir çalışma da Paris (2004) bir gözden geçirme çalışması yapmış ve erkeklerin daha fazla kişilik bozukluğuna sahip

olduğunu bildiren çalışmalar kadar, kadın erkek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmaların olduğunu da belirtmiştir.

Kişilik bozukluğunda cinsiyet farklılıklarının olduğunu erkeklerde daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da vardır. Samuels, Nestadt, Romanoski, Folstein ve McHugh (1994), yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu görülme sıklığının erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğunu belirtmişlerdir.

4.4. Sorun Çözme ve Cinsiyet

Bu tezde kadın ve erkekler sosyal sorun çözme envanterinden aldıkları puan ortalamalarının üçünde farklılık göstermişlerdir. Olumlu sorun yönelimi ve dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme alt ölçekleri puan ortalamalarında kadınlar daha yüksek puan almışken negatif sorun yönelimi puan ortalamalarına bakıldığında da erkeklerin kadınlardan daha fazla puan aldıkları görülmektedir (Tablo 3.7). Eskin ve Aycan (2009), biri vakıf biri devlet üniversitesi olmak üzere iki farklı üniversiteden katılımcılar ile yaptıkları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Tr-SSÇE-G ölçeğinin kısa formunda negatif sorun yönelimi puan ortalamalarının kadınlarda daha yüksek olduğunu, kaçınan sorun çözme tarzında da erkeklerin daha yüksek puanlar aldıklarını bulmuşlardır. Cinsiyet farklılığının iyi anlaşılması için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu farkın örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Vakıf üniversitelerinde okuyan öğrenciler ile devlet üniversitelerinde okuyan öğrencileri sosyoekonomik düzeylerinin farklı olacaktır. Bu durum yetiştirilme tarzı, aile yapısı ve yaşanılan bölge ile ilgili olarak gelişimsel ve davranışsal farklılıkların görülmesine etki edeceği ve cinsiyete göre sorun çözme stillerinin de farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığı %13 olarak bulunmuştur. Ayrıca kişilik bozukluğu tanısı alan kimselerin sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğu görülmüştür.

Kendi kendini değerlendirme araçlarıyla yapılan araştırmaların süre, daha fazla örnekleme ulaşabilme tarama yapabilme gibi avantajlarının yanında bir takım dezavantajları da bulunmaktadır. Katılımcılar değerlendirme araçlarını doldururken o an içinde buldukları duruma göre cevaplayacaklar ölçüm daha anlık olacaktır. Yapılan değerlendirmeler de katılımcılar soruları tam ve net olarak anlayamamış olabilir ve cevapları içinde buldukları durumu tam olarak yansıtmıyor olabilecektir.

Yapılacak benzer çalışmalarda kendi kendini değerlendirme araçlarına ek olarak klinik görüşmelerden de yararlanarak kişilik bozukluklarını belirlemenin büyük katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma da bir takım yöntemsel sınırlılıklar da vardır. Öncelikle örneklem sadece Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinden oluşmaktadır. bu nedenle bu tezde elde edilen verilerin genellenmesi konusunda dikkatli davranmak gerekmektedir. Ayrıca bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Kişilik bozukluğu ile sorun çözme becerileri arasında önemli bir ilişki bulunmuşsa bile sorun çözme becerilerindeki yetersizliğin kişilik bozukluğunun nedeni mi sonucu mu olduğu konusunda bilgi verememektedir. Sorun çözme becerilerindeki yetersizliğin kişilik bozukluğu etiolojisinde ki yerini tam olarak anlamak için bir takım boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır.

Üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığı ve sorun çözme becerileri ile ilişkisinin incelendiği bu tez yurt içinde bu konuda yapılan ilk araştırma olması dolayısıyla karşılaştırma ve bu anlamda değerlendirme olanağı olmamıştır. Bu nedenle ileride bu konuda yapılacak araştırmaların büyük bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak kişilik bozukluğu üniversite öğrencileri arasında yaygın olduğu ve kişilik bozukluğu olan kimselerin sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluklarının sağaltımının zorluğu ve kişilik bozukluğunun toplumda görülme sıklığı da göz önün de bulundurulduğunda sorun çözme yaklaşımı ve terapisi kişilik bozukluğu olan kimselerde kullanılabilecek alternatif bir yaklaşım olabilir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2000). Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı, (DSM-IV-TR) (Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ve ark. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18 (2): 193–211.
- Beck, A. T., (2008). Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi. Çev. Ed. Özakkaş T. İstanbul: Litera Yayıncılık
- Büyüköztürk, Ş. (2007). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı (8. baskı). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Cüceloğlu, D. (2000). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Cloninger, C. R. & Svrakic, D. M. (2000). Personality disorders, Sadock, B. J. & Sadock, V.A. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th. Ed. Williams ve Williams, “Chapter 24”, Baltimore.
- Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *British Journal Of Psychiatry*. 182: 3-10
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 188, 423-431

- Çam, S. & Tümkaya, S. (2006). Psikolojik danışma için başvuran ve başvurmayan niversite ğrencilerinin kişiler arası problem çözme becerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 23: 48-56
- Davison, C. D. & Neale, J. M. (2004). Anormal Psikoloji (7. Baskı) ev. Ed. Dağ İ. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınevi (Orijinal alışma basım tarihi 1998)
- Dereboy, ., Eskin, M. & şenyuva, H. ř. (2007). Aydın ili normal popülasyon da kişilik bozukluklarının prevalans çalışması ve ilişkili parametrelerin çalışılması. Ankara: TÜBİTAK Proje No: SBAG G-HD-128 106S113.
- Dünya Sağlık rgt (1993). Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukları Sınıflandırması, ICD-10 ev. ztrk ve ark. Ankara; Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78: 107-126.
- D'Zurilla, T. J. (1988) Problem solving therapies. Handbook of Cognitive Behaviour Therapies. London: Guilford Publications. 85-135
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. & Fredrikson M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 30: 311-320
- Eskin, M., Akoğlu, A. & Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun özme becerileri intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):266-275
- Eskin, M. (2007). İntiharda bilişsel davranışçı sağaltım yaklaşımları. *Kriz Dergisi* 15 (2) 15-35
- Eskin, M. (2009). Sorun özme Terapisi Ankara: HYB Basım Yayın

- Eskin, M. & Aycan, Z. (2009). Gözden geçirilmiş sosyal sorun çözme envanteri'nin Türkçe'ye (TR-SSÇE-G) uyarlanması güvenirlik ve geçerlik analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*,12(23), 1-10
- Geçtan, E. (2000) Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar (15. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi
- Güney, M. (2000). Kişilik Bozuklukları. Sayıl, I. (ed), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 325-334). Ankara: ANTIP A.Ş. Yayınları
- Herrick, S. M. & Elliot, T. R. (2001). Social problem solving abilities and Personality Disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology* 57(1): 75-92
- Huband, N., Mcmurrin, M., Evans, C. & Duggan, C. (2007). Social problem-solving plus psychoeducation for adults with personality Disorder. *British Journal of Psychiatry* 190: 307-313
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E. & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand.* 118: 410–413
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (2004). Klinik Psikiyatri Çev. Ed. Abay, E. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kernberg, O. (2000). Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık. (1. Baskı) Çev. Büyükkal M. B. İstanbul: Metis Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 1992)
- Kernberg, O. (2006). Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. (2. Baskı) Çev. Atakay M. İstanbul: Metis Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 1975)
- Köroğlu, E. (2007). Kişilik Bozuklukları. Ankara: HYB Basım Yayın.

- McMurrnan, M., Duggan, C., Christopher, G. & Huband, N. (2007). The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. *Personality and Individual Differences* 42: 145–155.
- Mcmurrnan, M. & Wilmington, R. (2007). A Delphi survey of the views of adult male patiens with Personality Disorder on psychoeducation and social problem-solving therapy. *Criminal Behaviour and Mental Health* 17: 293-299
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J. B. & Patton, G. C. (2006). Dimensional characteristics of DSM-IV personality disorders in a large epidemiological sample. *Acta Psychiatr Scand.* 113: 233–236
- Morgan, C. T. (1999). Psikolojiye Giriş, (Ed. S. Karakaş), Ankara: Meteksan Ltd. Şti.
- Nezu, A. M. & Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderatör of stres related depressive semptoms: A prospective analysis. *Journal of Clinical Psychology.* 35 (2): 134-138
- Nezu, A. M. & Nezu, M. N. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2) 187-205
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.
- Oltmanns, T. F., Neale, J. M. & Davison C. D. (2003) Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları (1. Baskı) Çev. Ed. Dağ İ. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınevi (Orijinal çalışma basım tarihi 1995)
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindstrom, E. ve ark. (1995). The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nord J Psychiatry* 1995;49: 285-291.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Grann, M., Kullgren, G. ve ark. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders a comparison of a self-

- report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview, *European Psychiatry*, 13: 246-53
- Özen, Ş., Subaşı, M., Yıldırım, A., Baştürk, M. & Bez, Y. (2010). Öfkelenme anında cama yumruk atarak kendini yaralayan hastalarda problem çözme becerileri ve çocukluk çağı travmaları. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi* 1;(1) 25-30
- Öztürk, C. H., Öner, Ö. İ. & Çelebi, E. (2009). Üniversite öğrencilerinde eğitimin sorun çözme becerisine etkisinin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4;(10) 35-58
- Öztürk, M. O. (1998).Psikanaliz ve Psikoterapi. Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi
- Öztürk, M. O. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (8. baskı). Ankara: Feryal Matbaası
- Paris, J. (2004). Gender differences in personality traits and disorders. *Current Psychiatry Repor.* 6: 71–74.
- Pektaş, İ., Bilge, A. & Ersoy, M. A. (2006). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 6 (6) , 43–48.
- Reich, J., Yates, W. & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM–III personality disorders in the community, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24: 12–16.
- Samuels, J. F., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Folstein, M. F. & McHugh, P. R. (1994). DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry.*151: 1055-1062
- Sayar, K. (2003). Sosyokültürel açıdan kişilik bozuklukları. *Yeni Symposium* 41 (2): 71-77.

- Sipahi, B., Yurtkoru, E. S. & Çinko, M. (2008). Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi. Ankara: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.
- Svrakic, D. M. & Cloninger, C. R. (2007). Kişilik Bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds), Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th. Ed. Çev Ed. Aydın H.,Bozkurt A., 3. Cilt, Ankara: Güneş Kitabevi;2007 p.2063..
- Şahin, H. (2003). Kişilik Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Terapiler, Savaşır I., Soygüt G. ve Kabakçı E. (Ed.), Bilişsel-Davranışçı Terapiler. Genişletilmiş 3. Basım içinde (s. 165-188), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Şenol, S., Dereboy, Ç. & Yüksel, N. (1997). Borderline personality disorder in Turkey: a 2- to 4-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 109-112.
- Şenyuva, H. Ş. (2007). Aydın İlinden Alınan Normal Bir Popülasyonda Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışmaları (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 58: 590-596
- Türk Dil Kurumu (1998). Türkçe Sözlük (9. Baskı). Ankara: Türk Tarih Kurumu Basım Evi
- Tyrer, P. & Mulder, R. (2006). *Karmaşık ve ağır kişilik bozukluklarının toplum ruh sağlığı servislerinde idaresi*. Current Opinion in Psychiatri Türkçe Baskı 2, (3), 174-180
- Tyrer, P., Coombs, N., İbrahimı, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., Rao, A. & Din, R. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal Of Psychiatry*. 190: 51-59.

- Yanbastı, G. (1996). Kişilik Kuramları (II. Baskı) İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları no:53
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). Şema Terapi (I. Baskı) Çev. Soylu T. V. İstanbul: Litera Yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi 2003)
- Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 46, 682-689
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1911–1918
- Ziyalar, A. (2006). Erişkin Psikopatolojisi (I. Baskı) İstanbul: Yüce Reklam Yayın Dağıtım

EKLER

EK: 1

ÜNİVERSİTE GENÇLERİNDE SORUN ÇÖZME VE KİŞİLİK

Sevgili Öğrenciler,

Bu kitapçık ve formlar Üniversite öğrencilerinin kişilik özelliklerini, günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlar ile ilgili tutumlarını belirlemeyi amaçlayan tez çalışması ile ilgili olarak hazırlanmıştır.

Yüksek lisans kapsamında yapılacak olan tez çalışmasına kendi isteğinizle katkıda bulunmanız, bu alanda bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesinde kuşkusuz önemli bir etkiye sahip olacaktır. Bu tez çalışması ADÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Eskin'in danışmanlığında yürütülmektedir.

Tez çalışması; Genel Bilgiler, Sorunlarınız ve Siz, Kişilik Formu (DIP-Q) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Öncelikle bu kitapçıkla birlikte verilen Genel Bilgiler - Sorunlarınız ve Siz formlarını doldurunuz. Daha sonra Kişilik Soru Formunda yer alan açıklamayı dikkatlice okuduktan sonra yanıtlarınızı içeren kodlamayı Kişilik Cevap Kağıdına işaretleyiniz.

Soru kitapçığına lütfen hiçbir yazı yazmayınız ve işaretleme yapmayınız.

Bu araştırmaya katılmak tamamen serbesttir. Hiçbir kimse bu araştırmaya katılmak zorunda değildir. Bu anketlerdeki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Anketlerdeki sorulara vereceğiniz cevaplardan kim olduğunuz anlaşılmayacaktır. Verdiğiniz tüm yanıtlar grubun ortalamasını bulmak amacı ile bilgisayara girilecektir.

Değerli katkınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Psk. Ömer Yavuz YETİŞ

EK: 2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih: / /2009					
1.Cinsiyetiniz:	Erkek ()	Kadın ()	2.Yaşınız:_____		
3.Fakülteniz/Yüksekokulunuz ve sınıfınız (yazınız).....					
4. Anne babanız;					
A) Anne;	Sağ ()	Öldü ()	B) Baba;	Sağ ()	Öldü ()
	()				
5. Annenizin yaşı_____	6.Babanızın yaşı_____				
7. Annenizin eğitim durumu nedir?					
Okur yazar değil ()	Okur yazar ()	İlkokul ()	Ortaokul ()	Lise ()	Üniversite ()
8. Babanızın eğitim durumu nedir?					
Okur yazar değil ()	Okur yazar ()	İlkokul ()	Ortaokul ()	Lise ()	Üniversite ()
9. Annenizin mesleği nedir?(yazınız).....					
10.Babanızın mesleği nedir?(yazınız).....					
11.Siz dahil kaç kardeşsiniz?.....			12.Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?.....		
13.Ailenizde psikiyatrik bir rahatsızlığı olan kimse var mı?		Var ()	Yok ()		
14. Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı?		Var ()	Yok ()		
Varsa belirtiniz.....					
15. Ailenizin ekonomik durumu ?		İyi ()	Orta ()	Kötü ()	
16. Halen sigara kullanıyor musunuz?		Evet ()	Hayır ()		
17. Alkol kullanıyor musunuz?		Evet ()	Hayır ()		
18. Herhangi bir uyarıcı, uyuşturucu,keyif verici madde kullanıyor musunuz?(esrar, eroin, extasi vb)		Evet ()	Hayır ()		
Kullanıyorsanız belirtiniz.....					
19. Geçen dönemdeki not ortalamanız:.....					

ÖZGEÇMİŞ

Ömer Yavuz YETİŞ:

Diyarbakır 1977 doğumlu olup ilk ve orta öğrenimini Diyarbakır da tamamlamış, 2002 yılında Dicle Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümüne girip 2006 yılında mezun olmuştur. 2007 yılında başladığı Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisansından 2010 yılında mezun olmuştur.

Yükseklisans tez aşamasına geçtikten sonra 2008 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Gençlik Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezinde psikolog olarak başladığı görevine devam etmektedir.