

2024 Mart

KLİNİK PSİKOLOJİ ALANINDA

**Araştırmalar ve
Değerlendirmeler**

EDİTÖR

**Doç. Dr.
Pervin TUNÇ**

gece
kitaplığı



İmtiyaz Sahibi • Yaşar Hız
Genel Yayın Yönetmeni • Eda Altunel
Yayına Hazırlayan • Gece Kitaplığı
Editör • Doç. Dr. Pervin TUNÇ

Birinci Basım • Mart 2024 / ANKARA

ISBN • 978-625-425-569-4

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Gece Kitaplığı'na aittir.
Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Gece Kitaplığı

Adres: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak Ümit Apt
No: 22/A Çankaya/ANKARA Tel: 0312 384 80 40

www.gecekitapligi.com
gecekitapligi@gmail.com

Baskı & Cilt
Bizim Buro
Sertifika No: 42488

Klinik Psikoloji Alanında Araştırmalar ve Değerlendirmeler

Mart 2024

Editör:
Doç. Dr. Pervin TUNÇ

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Fatoş ÖZER, Pervin TUNÇ1

BÖLÜM 2

ŞİZOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Beyza GÜNER, Pervin TUNÇ25

BÖLÜM 3

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Şenay PELİNDAĞ AÇA, Pervinç TUNÇ45

BÖLÜM 4

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Ebru AKTAŞ, Pervin TUNÇ63

BÖLÜM 1

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Fatoş ÖZER¹

Pervin TUNÇ²

1 Fatoş ÖZER, Psikolog, İstinye Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/, ORCID: 0009-0006-1143-776.

2 Pervin TUNÇ, Doç. Dr., İstinye Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü ORCID: 0000-0003-4938-0510

GİRİŞ

Antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB), yalan söyleme, başkalarını dolandırma, geleceği planlayamama, sık sık kavga dövüşe katılma, sinirlilik ve saldırganlık, başkalarının veya kendisinin güvenliğini önemsememe, sürekli bir işte çalışmama, başkalarına kötü davranma ve zarar verme veya çalma davranışı durumunda pişmanlık duymama, tutuklanmasına sebep olabilecek yineleyen eylemler ile karakterize bir bozukluktur (DSM-5). ASKB öncüllerinin belirtileri çocukluk ve ergenlik dönemlerinde itibaren başlayıp, bireyin sosyal ilişkilerini, eğitim hayatını ve iş yaşantısını etkilemektedir. Ayrıca, bireyin kendi yaşantısını etkilerken, sosyal çevresini ve toplumu da etkilemektedir.

Kişilik bozuklukları toplumlarda yaygın ve kronik bir sorun olarak gözlenmekte, genel nüfusun %10-20'sinde, tüm psikiyatri hastalarının %50'sinde görülmektedir. Kişilik bozuklukları aynı zamanda diğer psikiyatrik bozukluklara da zemin hazırlamaktadır (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2007) ASKB kalıcı nitelikte patolojik kişilik yapılanması ile karakterizedir. Kişilik bozukluğu gösteren bireylerde gelişimsel takılmalar gözlemlenir. Bu kişiler iş yaşamlarında, özel ilişkilerinde sorun yaşarlar. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin hem kendileri hem de iletişimde oldukları tüm bireyler bu bozukluktan etkilenmektedir. Bu bozukluğun daha iyi anlaşılması ve tanınmasının koruyucu ve tedavi ruh sağlığı hizmetleri açısından olumlu katkı sağlayacağı söylenebilir. Bu çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğunun tarihsel gelişimi, yaygınlık oranları, eşlik eden diğer psikopatolojik durumlar, bozukluğun seyri, psikopatoloji gelişimini inceleyen çeşitli yaklaşımlar ile ilgili literatür taraması yapılmış ve bozukluğun doğası açıklanmaya çalışılmıştır.

Antisosyal Kavramı

Toplumsal birey olmanın özellikleri, sosyal kuralları bilen, uyum sağlayan ve başkalarının ihtiyaçlarının farkında olan insanlar olarak tanımlanabilir. İnsan ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, müzakereler sonucunda, mümkün olabildiğince insanların lehine olacak şekilde ortak amaçlara hizmet eden sosyal kurallar belirlenir. Ancak bazı bireylerin, çağlardan beri sosyal evrime katılmayan, sosyal zihinlerden kopuk ve bireysel olarak hayatta kalmaya çalışan tek kişilik kabileler şeklinde yaşamlarını sürdürmeye çalıştıkları gözlenmiştir. Tam bu noktada, bu tür özellikler gösteren kişileri antisosyal kişiler olarak adlandırabilir miyiz sorusu aklı gelmektedir (Cozzolino, 2014).

Bir şeylere meydan okuyan, kendi başlarının çaresine bakan, ilişkilerinde belirleyici bir tarza sahip ve kök salmaya çok niyeti olmayan kişiler olabilir. Cristopher Columbus gibi kaşifler, Ay' da yürüyerek sınırları

zorlayan gözü pek insanlar, okyanusları aşarak rekorlar kıranlar ve John Glenn ve diğer test pilotları örnek olarak gösterilebilir (Oldham ve Morris, 1995, s. 217). Muhalif kişilikler, normal sınırlarda yer almakta birlikte, antisosyal kişilik biçimi olarak ele alınabilir mi. Bu kişiler sıra dışıdır; insanların söyledikleri ile pek ilgilenmezler, bildiklerini okurlar, zaman zaman hakikat kavramlarını kendine göre yorumlama eğilimi gösterirler ve yaptıklarının sonuçlarını kabul ederler. Geleneksel değerleri kabul etmekte, özerkliğe daha fazla önem verip yaratıcı bağımsız bireyler oldukları inancını tercih ederler. Bunların yanı sıra eylem odaklıdır, bağımsız düşünmeyi tercih ederler, zıtlaşmacı ve girişimcidirler. Mevcut sosyal standartları esnetir, bu sınırları zorlar, karşılımlarına çıkan engelleri ya akıllıca veya saldırgan duruşlarıyla devirirler. Kendine güvenen nihai karar vermeye hazır birçok lider bu insanlar arasından çıkmaktadır (Millon ve ark., 1994).

Ya da seri katillerin antisosyal olup olmadıkları sorusu akla gelebilir. Hatta bazı gruplarda, hayatta kalmak için yasaları ihlal etmek ödül bile olabilir. Sosyal normları insan gereksinimlerini duyarlılıkları nedeniyle değil de kurbanlarını kontrol ve yönetmek için empati gösterilerinde bulabilirler. Bu empati ve duyarlı olma taklidi ile insanları manipülasyonları ile en saygın meslek gruplarında bile kendilerini kabul ettirebilirler. Temel insan haklarını ihlal etmenin getirdiğı sosyal ve hukuki yaptırımlarının bilincine varmayabilirler. Sosyal kısıtlamalar ise sıkıcı ve hemen manipüle edilerek atlatılacak engeller olarak görülür. Sosyal kurallara uymak ahlaki bir durum olarak algılanmaz sadece cezadan kaçınmak için takip edilmesi ve gerektiğinde manüple edilmesi gereken durumlardır.

Antisosyal örüntünün yalnızca az bir bölümü yasalar ile sıkıntı yaşar. Dolayısıyla normal sınırlar ile Antisosyal Kişilik Bozukluğu Sınırlar arasında oldukça geniş bir spektrum olduğu görülmektedir. Normal kabul edilebilecek sınırlar ile Antisosyal Kişilik Bozukluk arasındaki farkların ortaya konması klinik açıdan önemli görünmektedir.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

DSM-5 kriterlerine göre; düşmanca davranışlar (manipüle etme, sadakatsizlik, kindarlık), disinhibisyon (dürtüsellik, risk alma, sorumsuzluk), ben merkezcilik, empati yapamama, öz-denetim eksikliği, yakınlık eksikliği gibi birçok problemli davranış gözlenmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminden başlayan davranış bozuklukları ile gözlemlenen bir kişilik bozukluğudur (APA, 2013). Bu davranış kalıplarından dolayı tedavi sürecinde psikiyatrinin en zorlayıcı hasta grubu olarak görülürler. ASKB gösteren bireyler yasalarla, toplumsal normlarla ve ahlaki değerlerle çatışan davranış sorunlarıyla psikiyatrinin ilgi alanı olduğu kadar adli bilimlerin de ilgi alanında bulunmaktadır. Patolojik özellikleri erken çocukluk döneminde

şekillenmeye başlamıştır, istikrarlı bir şekilde olgunlaşarak büyümektedir. Bir işi düzenli bir şekilde sürdürmemeye, sık sık tutuklanarak hapse girme, borç alıp ödememe, çocuklarının bakımını ve sorumluluğunu ihmal etme, geleceğe yönelik planlama yapamama, bir yıldan fazla ilişkileri sürdürmemeye ve bunun gibi durumlardan vicdan azabı çekmemeye, sorumsuz ve antisosyal davranış kalıpları olarak gözlemlenmektedir (Akt., Tunç, 2019).

Tarihsel Gelişimi

Antisosyal kişilik bozukluğu Antik Yunan döneminden beri bilinmektedir. 1800'lerde antisosyal davranışın kökeni, belirlenimcilik ile özgür irade arasındaki felsefi tartışmayla ilişkilendirilmiştir. Bu bağlamda, bu yıllarda hekimler antisosyal bireylerin kendi davranışlarının sonuçlarını anlayıp anlamadıklarını merak etmişlerdir (Millon, 2019). Pinel (1801, 1806) “akla başvuru edilebilir delilik” ismiyle tanımlanan bir delilik biçiminden, eylemlerinin tamamen bilincinde ve herhangi bir zekâ problemi olmayan kişilerde görülen dürtüsel ve kendine zarar vermeye yatkınlıktan söz etmiştir. Diğer hekimler ise antisosyal kişilerin, karakterlerinin kusurlu olduğunu ve bu nedenle de ahlaki açıdan ayıplanmayı hak ettikleri görüşünü kabul etmişlerdir (Millon, 2019). Prichard'ın 1835 yıllarında “Ahlaki delilik” kavramını, bu insanların önlerindeki seçenekleri anladıklarını fakat davranışlarının bunaltıcı bir kompülsiyon şeklinde devam ettiği şeklinde açıklamıştı. Bu kavramın kapsamı, araştırmacılar tarafından genişletilerek çeşitli zihinsel ve duygusal rahatsızlıklar da eklenmiştir. Tüm bunların ortak özelliği bu kişilerin iyilik, içsel bir doğruluk, sorumluluk doğrultusundaki becerilerinin kısıtlı olması olarak açıklanmıştı. Daha sonra Antisosyal kişilik özelliği gösteren bireylerin birer suçlu olarak doğduğunu ve fiziksel olarak benzerlikler (çıkık kulaklar, büyük çeneler, solak oldukları, beden yapılarının güçlü ve kuvvetli olduğu vb.) gösterdiklerini öne süren yazarlar da görülmüştür. 19. yüzyılın sonlarına doğru hekimler ahlaki sınıflandırmadan uzaklaşarak gözleme dayalı sınıflamaya yönelmiştir (Millon, 2019). Koch (1891) ahlaki delilik kavramı yerine “beyin yapısının yetersizliği “olarak adlandırılan psikopatik kavramını önermiştir. Psikopatik “psikolojik patoloji” terimi 20. yüzyılın ilk otuz senesinde varlığını sürdürdü, bugünün antisosyal kişilik bozukluğu tanımının çok ötesinde geniş bir yelpazeye yayılan rahatsızlıklara istinaden kullanılmıştır (Millon, 2019).

DSM Tarihçesi

Antisosyal kişilik özellikleri ilk kez psikiyatristler tarafından on dokuzuncu yüzyılda Avrupa'da tanımlanmıştır (Millon ve ark., 1998). Psikopatik kişiliği daha iyi anlamak ve açıklamak için akademisyenler ve klinisyenler tarafından 16 kişilik özelliği tanımlanmıştır (Bernstein ve Usuda 2007; Zeigler ve Shackelford, 2020). Bu

özellikler: Düşük kaygı düzeyi, sorumsuzluk, sahtekarlık, pişmanlık duymama, yüzeysel çekicilik, kronik suç davranışı, zayıf muhakeme, önceki deneyimlerden ders çıkarmama, duygusal eksiklik, dürtüsellik, sevgiyi deneyimlemede başarısızlık, sığ ve dürtüsel davranışlar, anlamlı yaşam hedeflerinin yokluğu, öngörülemezlik, içgörü yokluğu ve içgörü eksikliği (Cleckley,1941). DSM-I de (1952), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında, Sosyopatik kişilik bozukluğu başlığı ile yer almıştır. Sosyopatik kişilik bozukluğuna sahip bireylerin Antisosyal davranışlar sergilediği belirtilmiştir. Bu kişiler toplumsal değerlere bağlılık konusunda yetersiz, başkalarına sadakat göstermeyen, umarsız, bencil, duygusuz, suçluluk hissetmeyen ve hayal kırıklığına tahammül edemeyen kişiler olarak tanımlanmıştır. DSM-II (1968)' de Antisosyal tip olarak adı değiştirilmiştir. Başkalarına sadakat göstermeme, toplumla sürekli çatışan ve aynı zamanda sorumsuz, bencil, duygusuz, dürtüsel ve suçluluk duygusu yaşamayan bireyler Antisosyal tip olarak tanımlanmıştır. DSM-III (1980)' de, Antisosyal kişilik bozukluğu olarak isimlendirilmiştir. Tanı için 12 kriterden en az 3 özellik gerekli kılınmıştır. 15 yaşından önce okuldan kaçma, suç işleme, okuldan atılma, hırsızlık, kronik kural ihlali, yalan söyleme ve kavga başlatma gibi özgeçmiş öykünün varlığı gerekli kılınmıştır. DSM-III R (1987)'de, ASKB adı aynı kalmıştır ve kriterler aynı şekilde kalarak genişletilmiştir. Yasa dışı ya da pervasızca işlenen suçlara odaklanılmıştır. 15 yaşından önce, evden ve okuldan kaçma, fiziksel kavga başlatma, kavgada silah kullanma, insanlara ve hayvanlara fiziksel şiddet uygulama, zorla seks, yangın çıkarma tekrarlayan bir şekilde yalan söyleme ve hırsızlık gibi davranış öyküsüne dikkat edilmesi gerektiğine karar verilmişti. DSM-IV (1994)' de aynı isimle anılmaya devam etmiştir ve kriterler aynı şekilde kalmıştır. DSM-V (2013)'de Antisosyal kişilik bozukluğu ismiyle anılmaya devam etmiş, kategorik tanım yerine boyutsal yaklaşım benimsenmiştir (APA, 2013).

DSM-5 Tanı Kriterleri

Antisosyal kişilik bozukluğu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında, DSM-V'de eksen II'de, B kümesinde yer almaktadır. ASKB gösteren bireyler başkalarının haklarını ihlal eder ve kronik bir şekilde umarsızca davranışlar sergilerler. Bazıları açıkça zorbalık yapan haydutlar olurken, bazıları dolandırıcılık yapabilir. Bu bozukluğu olan bireylerin bazıları seks iççiliği yapabilirler. Bazı

diğer kişiler ise, yasa dışı madde kullanabilir veya satabilirler. Görünüşte güler yüzlü olsalar da pek çoğu agresif ve sinirlidir. Madde kullanımı, yalan söyleme, kavga etme, ya da akla gelebilecek birçok şekilde davranışlar, dolandırıcılık, şiddet, hırsızlık, eşini ve çocuğunu suistimal etme görülebilir. Suçlu hissettiklerini söyleseler de yapmış olduklarından dolayı içten bir şekilde pişmanlık yaşıyormuş gibi görünmezler. Birçok somatik problemden şikayetçi olabilirler ve ara sıra intihar girişimleri olabilir fakat diğer kişileri manipüle etme davranışları sıkça olduğu için, şikayetlerinin gerçek olup olmadığı konusunda zorluk yaşatabilirler (Morrison, 2019).

Bu belirtilerden en az üçünü (veya daha çoğu) taşımak ve 15 yaşından önce davranım bozukluğuna dair kanıtların varlığı ve tanı almak için en az 18 yaşında olma kriterlerini taşımalıdır. Kişinin tutuklanmasına sebep olan tekrarlan eylemlerde bulunmak; yasal yükümlülüklere uymama; Sık sık yalan söyleme; takma isimler kullanma veya kişisel çıkarı veya zevki için başkalarını dolandırma ile belirli düzmecilik (sahtekârlık) Dürtüsellik veya geleceğini planlayamama. Sık sık kavga dövüşlere veya başkalarının hakkına el uzatma ile belirli olmak üzere saldırganlık ve sinirlilik. Kendisinin veya diğerlerinin güvenliğini umursamama. Sürekli bir işinin olmaması veya parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli, sürekli bir sorumsuzluk. Başkasına kötü davranması, incitmesi veya başkasından herhangi bir şey çalması durumunda aldırılmazlık gösterme veya yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere pişmanlık duymama (vicdan azabı çekmeme). Bu davranışlar başka psikopatolojilerin gidişi sırasında ortaya çıkmamış olmalıdır. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulmadan önce madde etkisi ve manik atağa bağlı olmadığı kanıtlanmalıdır. Madde kullanımı birlikte görülüyorsa Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulabilir (APA, 2013).

Toplumlarda Yaygınlık Durumları

Antisosyal kişilik bozukluğunun genel popülasyonda görülme oranı %3,0-4,3 olarak bulunmuştur (Volkert ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda Hüküm giymiş nüfusa bakıldığında ise bu oranın %47 olduğu belirtilmiştir (Fazel ve Danesh, 2002). Bir diğer araştırmada ise oranın %78' e kadar yükseldiği belirtilmiştir (Rotter ve ark., 2002). Oranlar göz önünde bulundurulduğunda suç işlemiş ve ceza almış olan gruplarda antisosyal kişilik bozukluğunun oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda ise, erkeklerde görülme olasılığı kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Çeşitli toplumsal ve klinik nedenler ile ASKB tanısı alma ihtimali kadınlara oranla erkeklerde 3 ila 5 kat daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Genel nüfusa bakıldığında

ise bu oranın erkeklerde %6 erkek kadınlarda ise %2 olduğu belirtilmiştir (Compton, 2005).

Antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı arasındaki ilişkinin anlamlı bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Moran, 1999). Düşük IQ'lu kişiler arasında ASKB prevalansı daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Simonoff, 2004). Araştırmalar, epidemiyolojik örneklerin yanı sıra suç pop­lasyonunda yaş arttıka yaygınlık oranlarında azalma olduğunu göstermiştir (Harpur, 1994). Yaşla birlikte kişilik özelliklerinde meydana gelen değişiklikler ve antisosyal kişilik bozukluğu davranışıyla artan ölüm oranlarının, bu yaşa bağlı değişimi haklı çıkaracağı varsayılmıştır (Vachon, 2013).

Yapılan araştırma sonuçlarına göre, çocukluk ağı cinsel istismar ve fiziksel istismar ile ASKB yaygınlık oranları arasında bir ilişki ifade edilmiştir. Çocukluklarında İstismara maruz kalan 18-21 ve 21-25 yaş grubundakiler arasında ASKB' nin 2 ila 4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Douglas, 2011). Şiddet içeren bir suça tanıklık eden ya da eyleme katılan, cinsel istismar ve alkol ya da madde bağımlısı deneklerden oluşan bir rnekleme, ASKB gösterme olasılığının 1,47 oranında arttırdığı belirtilmiştir (Battle, 2004). Hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği sorunları ile klinik davranış sorunları olan ergenlerde muhtemelen daha sonra tanısıl ASKB kriterlerini sergileme eğilimi olduğu belirtilmiştir. Örneğin, kronik problemlili davranım sergileyen çocuklarda, saldırganlık riskinin yaklaşık 27 kat arttığı gözlenmiştir. Bu durumun yetişkinlikte ASKB tanısına evrilebileceğini d­şündürmektedir (Schaefer, 2003).

Uluslararası sistematik bir inceleme sonucuna göre, hüküm giymiş gruplarda Antisosyal kişilik bozukluğu görölme oranı %47 olarak gösterilmiştir (Fazel ve Danesh, 2002). Bazı diğer çalışmalarda ise bu oranın %78'e kadar yükseldiği belirtilmiştir (Rotter ve ark., 2002). Çeşitli değişkenler ile yapılan geniş örneklemlili bir araştırmada, kısa süreli hüküm giyen ASKB gösteren kişilerde pişmanlık duymama oranının %10, empati eksikliğinin ise %10 oranda olduğu rapor edilmiştir. Bununla birlikte aynı araştırmada saldırganlık ile ilgili 4 belirtinin yaygın olduğu belirtilmiştir. Ayrıca hiç suç işlememiş bireylerde empati eksikliği %4 olarak belirtilmiştir. Bu insanların Tahliye edildikten sonra iş ve konut bulma imkanları kısıtlanarak ayırıcılığa maruz kaldıklarını ve bu durumun ASKB belirtileri açısından risk faktör­ olarak göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (Schnittker, 2020).

Antisosyal Kişilik Bozukluğunu Açıklayan Yaklaşımlar

Biyolojik Yaklaşım

Antisosyal kişilik bozukluğunda görünüşte genetik bir yatkınlık olduğu öne sürülmüştür (Rutter, 1997). Bu bozukluğa sahip olan bireylerin akrabalarında kontrol gruplarına göre daha fazla duygu durum bozukluğu gözlenmiştir (Sadock ve ark., 2007). Nörobilimciler, antisosyal kişilik bozukluğunu incelediğinde, genellikle beynin korteks bölgesinde sorunlar olduğunu bildirmişler ancak farklı frontal yapılarıdaki bozuklukların, farklı semptomlara yol açabildiğini de ifade etmişlerdir (Bigler, 2001; Dolan ve Park, 2002). Genellikle beynin korteks bölgesinde meydana gelen sorunlar antisosyal davranışlara yol açsa da prefrontal bölgelerin zarar görmesi fiziksel saldırganlığı etkilediği bilinmektedir (Bernstein ve diğ., 2000; Kosson, 1998; Seguin, 2004). Yapılan fMRI taramalarında, hipokampus, amigdala, singulat ve ventral striatum dahil olmak üzere, sosyal beynin limbik bölgelerinde, sosyopatik olmayan suçlulara göre daha az duygusal etkileneşme olduğu belirtilmiştir (Kiehl ve ark., 2001). Araştırmalar antisosyal bireylerin çevresel uyaranlara karşı bedensel tepkilerinin kısıtlı olduğunu ve uyaran eksikliğinden kaynaklı sosyal açıdan yetersizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir.

ASKB'nin gelişiminde biyolojik ve çevresel temelleri olan çok faktörlü bir yapının rol oynadığı söylenebilir (Mason ve Frick, 1994). ASKB için önemli ölçüde genetik geçiş olmasına rağmen, gelişimsel seyrinde çevresel kaynaklar da oldukça etkilidir. Dikkat eksikliği/ Hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve Karşıt olma, karşı gelme bozukluğu gibi çocukluk çağı psikopatolojileri, antisosyal kişilik bozukluğu için basamak görevi üstlenmiş olarak düşünülebilir. Olumsuz çocukluk deneyimleri çerçevesi son zamanlarda kriminolojik araştırmalarda ortaya çıkmıştır ve tutarlı bir şekilde şunu göstermiştir; Çeşitli istismar ve ihmal biçimlerine maruz kalma, çocuklukta yaşanan olumsuzluklar, geniş sağlık sorunları, zihinsel sağlık, yaşam boyu sağlık ve davranış problemleri ASKB'nin gelişmesine zemin oluşturmaktadır (DeLisi, 2019).

Erken dönem yaşantıları

ASKB gelişim seyrinde çeşitli çevresel kaynaklar da rol oynamaktadır. Olumsuz çocukluk deneyimleri çerçevesi son zamanlarda kriminolojik araştırmalarda önemli sonuçlar ortaya koymuştur ve tutarlı bir şekilde şunu göstermiştir; çeşitli istismar ve ihmal biçimlerine maruz kalma, çocuklukta yaşanan olumsuzluklar, geniş sağlık sorunları, zihinsel sağlık, yaşam boyu sağlık ve davranış problemleri ASKB'nin ve diğer psikopatolojilerin gelişmesine zemin oluşturmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin büyük bir bölümünün çocukluk döneminde taciz ve ihmal edildikleri,

genellikle de antisosyal ebeveynlere sahip oldukları görölmektedir (DeLisi, 2019). Etiyolojik çalışmalarda, ilk beş yaşta anne yokluğu ile sosyopati arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Anne- baba yoksunluğu yaşayan ocuk izleme çalışmalarında ise gelecekte antisosyal kişilik geliştirme olasılığına dair öngörücü sonuçlar olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan anne-baba yokluğuna göre anne- babada suç işleme davranışı öyküsü antisosyal kişilik bozukluğunu daha fazla etkilediği belirtilmiştir (Akt. Süer, 1998). Literatürde çeşitli çalışmalara göre, anne babanın düşük gelir ve düşük eğitim düzeyi ile antisosyal davranışlar arasındaki ilişki ailenin davranışlarıyla bağlantılıdır. Çünkü ailenin sosyo- ekonomik düzeyi ile ebeveynlik yeteneği arasında bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (Murray ve ark., 2010).

Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım, kişilik bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan bilişsel şemaların önemli olduğunu savunmaktadır (Beck ve ark., 2004). Bilişsel yaklaşımın ele aldığı bilgi işleme süreçleri, biliş, duyu ve algıdan oluşur. Bilişsel yaklaşım, temel olarak olayların kendisinden çok, olayları algılama ve yorumlama şekline önem vermektedir. Bireyin yaşadığı problem, onun bilişsel sistemiyle (algılama, tanımlama, yorumlama, değerlendirme vb.) ilgili olabileceği gibi içinde bulunduğu ortamla da ilgili olabilmektedir. Bilişsel yaklaşım, rahatsızlıkların tek sebebinin bilişsel yapıdaki sorunlardan kaynaklı olmadığını öne sürmektedir ancak bilişsel, biyolojik veya çevresel nedenlerin etkileşimiyle ortaya çıkabilen problemlerin sürmesinde bilişsel etkenlerin önemli bir sürdürücü etken olduğunu belirtmektedir. (Türkçapar, 2022). Örneğin ASKB, ‘Ben zayıfım, incinebilirim’ temel inancının çevresinde oluşmuştur. Bu çevrede gelişen “ilk vuran ben olmalıyım, yoksa zarar gören ben olurum, yasalar zayıf insanlar için oluşturulmuştur, ben de kurallara uyarsam sömürülebilirim” şeklinde ara inançlar ile şekil almıştır (Sargın ve ark., 2017). Geleceğe yönelik planlar yapma konusunda başarısızlıkları ve eylemlerinin sonuçlarını öngörememeleri bilişsel kapasitelerinin sınırlılıkları ile açıklanabilir. Kendini gerçekleştirmeye yönelik eylemler anlık hazza odaklı olup uzun süre ertelemeye katlanmadıkları için bilinç akışları saplantılı ve i görüden uzak görünmektedir.

şema Terapi Yaklaşımı

şema Terapi yaklaşımına göre, şemalarımız çocukluk döneminde karşılanmamış duygusal ihtiyaçlarımızdan dolayı oluşmuşlardır. Çoğunlukla evresel faktörler ile belirlenmiştir. Adaptif şemalar anne-baba ya da bakım veren diğer kişiler ile edinilen tecrübeler ile gelişmekteyken, uyumsuz şemalar ise işlevsiz ve koşulsuz inançlardır. Bir alışmada, ASKB tanısı almış erkeklerde sosyal izolasyon, duygusal yoksunluk, kusurluluk/

utanç, tecrit edilme şemalarının daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Sargın ve ark, 2017). ASKB tanısı almış, madde kullanımı sebebiyle tedavi gören askerlerde yapılan bir çalışmada güvensizlik/suistimal, yetkinlik/grandiyo-zite, duygusal yoksunluk zarar görmeye karşı hassasiyet, sosyal izolasyon şemaları ile ilgili önemli bilgiler bulunmuştur. Beş şemanın üçü ‘Ayrılma-Reddedilme’ alanında bulunmaktadır. Geçmişinde sevilmediğini, daha fazla reddedildiğini, yalnız olduğunu, düşünen bireyler “ben zayıfım o nedenle ilk harekete geçen ben olmalıyım, onlar beni incitmeden önce ben onu incitmeliyim” şeklinde uyumsuz bir dengeleme stratejisi geliştirdikleri düşünülmektedir (Reeves, 2007).

Kişilerarası Yaklaşım

Kişiler arası yaklaşım insanlar arasındaki ilişkilere ve aralarındaki etkileşime ve gelişim dönemlerine odaklanmaktadır (Millon, 2019). Kişilerarası ilişkilerde davranışlar çoğu kez çevreye göre düzenlenir. Anti sosyal kişilik hemen hemen bir ilişki düşmanlığı üzerine kuruludur. Orta düzeyde patoloji gözlemlenen antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin davranışları şu şekilde özetlenebilir; zıtlaşmacı, öfkelenmeye meyilli, kaba, çabucak tartışmaya istekli, diğer insanların duygularını önemsememe, uyuma yönelik direnç ve kavga başlatma eğiliminde olmak. Uç düzeyde patoloji gözlemlenen antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin davranışları işe şu şekilde özetlenebilir; acımasız ve isyankâr, isteklerine engel olmaya çalışanlara arsız bir biçimde başkaldırı, çevrelerindeki kişilere eziyet etme, amansızca saldırı ve onları suistimal etme. Bir yandan insanların onları kontrol etmesine karşı direnç gösterirken bir yandan da kendileri kontrol sağlama amacı güdebilirler (Kiesler, 1996). Antisosyal kişilikler dışarıdan bir otorite tarafından denetlenmeye karşı oldukları için yasalara karşı çıkarlar; insanları kandırmak, onları sömürmek, bilek gücü kullanmak onlar için gurur kaynağı olarak görülebilir. Kişisel amaca hizmet eden bu tür davranışlar antisosyal kişilik bozukluğunun işaretleri olarak görülebilir (Benjamin, 1996). ASKB gösteren bireylerin, aile içi iletişimleri, akranları ile olan iletişimleri, çevreleriyle olan ilişkileri ve örnek aldıkları antisosyal grupların olabileceği düşünülmektedir (akt. Maden ve ark, 2023). İhmal ve istismara maruz kalan çocukların dünyayı acımasız, zalim bir yer olarak görmeleri muhtemeldir. Diğer insanların duygu durumlarını ve ihtiyaçlarını öğrenebilecekleri fırsatları kaçırdıkları, öfke ve kırgınlarını içlerinde büyüterek kendi eylemleri üzerinde düşünemez hale gelirler. Ebeveynler gerekli sınırları koymadıklarında geleceğin anti sosyal kişilikleri saldırgan dürtülerini yönetmeyi öğrenemez ve diğerlerine şiddet kullanmaktan kaçınmaz hale gelebilirler.

Psikodinamik Yaklaşım

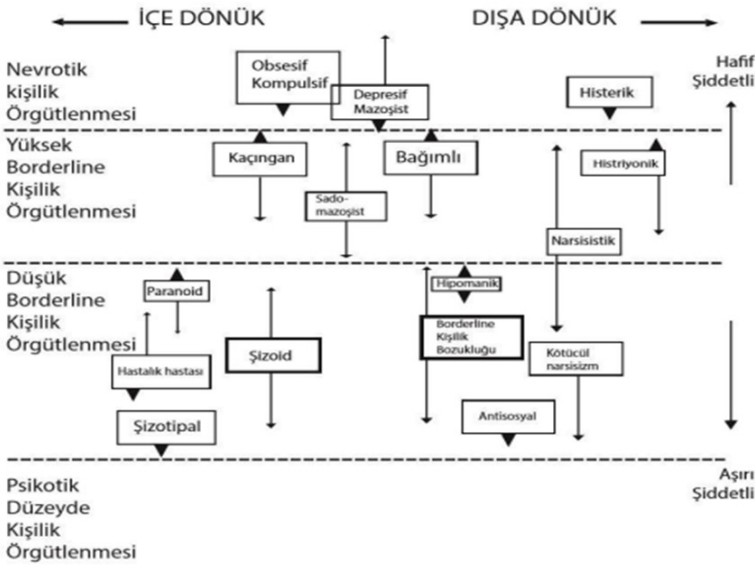
Psikodinamik yaklaşıma göre insan davranışının altında mutlaka bir neden bulunmaktadır (Corey, 2008). Çocukluk dönemlerindeki travmaların yetişkinlikteki psikiyatrik bozuklukların gelişmesine zemin hazırladığına inanılır (Wallace, 2021). Psikodinamik yaklaşım, klasik olarak ruhsal içsel çatışmaya odaklanmaktadır (Millon, 2019). Bu atışma id, ego, süper ego arasında gelişen çatışma ile ilgili olmaktadır. Antisosyal kişilikte ego ve süperego gelişiminde önemli kusurlar grlmektedir. Kişilik tamamıyla, çocuksu id ile onun haz ilkesinin egemenliği altında kalır (Friedlander, 1945). ASKB gösteren bireylerin eylemlerini kontrolünü sağlayacak bir ises ya da içsel sansüre pek rastlanmaz. Dürtüler, arzular ve istekler acilen doyuma ulaşmalıdır. Bu bağlamda, toplumsal kısıtlamalar ise muğlak, soyut ve uzak gelir. Toplumsal kısıtlamalar; kendi yıkıcı, dürtüsel ve umursamaz davranışlarını ketlemeye ya da yarıda kesmelerine yetecek kadar somut değildir (Akt. Hare, 1993). Bu bireyler tamamen anlık hazza odaklanıp, sosyal yaşamın ortak kurallarını benmerkezci ve dürtüsel bir şekilde ihlal ederler. Kendine yönelik bencilce davranır, davranışlarından dolayı vicdan azabı duymazlar (Millon, 2019). Bazıları sosyal kısıtlamaları aşarak kendi ihtiyaçlarını tatmin etme ve başkalarını smrmede oldukça beceriklidir. Bunlar “akıl sağlığı maskesi” takarlar. Herhangi bir kısıtlama ya da vicdani yapı da olmayınca, diğer insanları manipüle edip, bencil bir şekilde kullanıp bir kenara atabilirler (Cleckley, 1988). Antisosyaller hiçbir engelle karşılaşmadan istek ve arzularının doyorulacağı bir yaşam sürdürme peşindedirler. Onlar varoluşsal olarak nevrotik kaygıya sahip değildirler; onların kaygısı speregodaki vicdan gelişimi ile ilgili değildir. Kaygı duysalar bile bu kaygı cezalandırılma veya yakalanma ile ilgilidir. Örneğin yalan söyledikleri için yakalanan antisosyaller bundan ders çıkaracak olsalar bile, çıkaracakları ders yakalanmadan nasıl daha iyi yalan söyleyebilecekleri yönünde olur (McWilliams, 1994).

Antisosyal kişilik bozukluğunda en önemli problemlerden biri süperego gelişimine grlen defektir ve bu problem erken dönem özdeşim ve iselleştirmedeki başarısızlıkların kaynağı olarak kabul edilir. Bireyde her türlü ahlaki davranış yoksunluğunu açıklayan nedenlerin başında geniş süper ego boşlukları gelmektedir. İçselleştirilmiş olan nesne tasarımları bütünleşmiş olmadığı için dünya güvenilmezdir dolayısıyla güven duygusu yeteri kadar gelişmez. Güven duygusunun gelişmemesi beraberinde duygusal bağların kurulamamasını beraberinde getirmektedir. Antisosyal kişiliğin gelecekte çevresi ile yıkıcı bir ilişki kuracağı ve onları kontrol etme davranışları geliştireceği öngörülebilir (Gabbard, 2014). ASKB’ de ideal nesne güvenilmezdir ve tehditkâr olarak algılanır. Gelişim dönemlerinde duygusal bağlardan kaçan kişi içselleştirdiği güvenilmez ve tehditkâr nesnenin işlevini sürdürerek çevresini şiddet ile kontrol altına almaya a-

lımaktadır. İyi nesnelere karşı zayıf olan duygusal bağ, beraberinde yoğun bir öfke doğurur. Bir duygu oluştuğunda genel olarak abartılmış bir coşku veya bir hınç ortaya çıkmaktadır. Dış dünyaya karşı zalim ve acımasızca davranışlar sergilerler, hiçbir güce güvenmezler, tek güvenilir güç onun kendi gücüdür ve her zaman güçlü kalmayı başarmalıdır. Dış dünyada ona çaresiz ve zayıf hissettirecek olan nesnelere karşı sadistik bir kontrol sağlanmaya ve o nesnenin “hiç” leştirilmesi gerekmektedir (Grotstein ve Meloy 1988; Akt. Çıkrıkçılı, 2018).

Tablo 1.

Kernberg'in Kişilik Bozuklukları Haritası (Kaynak: Özakkaş ve Çorak, 2013)
Antisosyal Kişilik Bozukluğu Örgütlenme Düzeyi



Psikodinamik Yaklaşım Göre Kişilik Örgütlenmesi

Kişilik, bireyin öznel deneyimleri ile davranış kalıplarının, çoklu özellik ve deneyimlerin organize şekilde birbirini etkileyen dinamik entegrasyonunu temsil eden fonksiyonel bir sistemdir (Kernberg, 2016). Bu sistem, boyutsal ve kategorik biçimleriyle bir “organizasyon” olarak adlandırılmaktadır. Psikodinamik kurama göre ruhsal örgütlenme Psikotik, Borderline (Sınırdan) ve Nevrotik Düzeyde değerlendirilmektedir. Nevrotik düzeyde, bireyde kendiliğe ve ötekilere karşı bütünlük/tutarlı bir algı vardır. Sınır düzey ruhsal örgütlenmede ise, bireyin kendisine ve öteki insanlara yönelik algısı dağınıktır. Aynı zamanda, kişinin kimlik difüzyonuna ek olarak öz saygı düşüklüğü ve saldırganlık gözlenmektedir. Nesne ilişkileri

kuramcılarına göre Antisosyal kişilik bozukluğu sınırdaki kişilik düzeyinde işlev göstermektedir (Kernberg, 1979).

Kimlik Bütünlüğü

Bireyin sınırlarını kaybetmesi, benliği ve ötekini birlikte deneyimleme teması'nı bozar çünkü "benlik" ve "teki" artık erimiştir dolayısıyla teması geebileceek "bağımsız/ belirgin bir benlik" ya da "teki" kalmamıştır (Erskine ve Moursund, 2011/2017). Borderline/sınır örgütlenmesi grubunda yer alan Antisosyal Kişilik bozukluğuna sahip bireylerde, bütünlüklü bir kendilik tasarımı bulunmaz. Zaman zaman kendilerine fazla güvenip büyüklenmeci bir tavır içerisinde olup, zaman zaman ise kendilerini değersiz hissedebilirler. Duygu, düşünce ve davranışları dengesiz ve tutarsızdır. Kendilik algılarının bütünlüklü olmadığı kadar, nesne tasarımları da bütünlüklü değildir. Ebeveynleri ya da diğer aile yeleri hakkında bilgi verdiklerinde dağınık ve tutarsız bilgiler aktarırlar. ASKB gösteren bireylerde, Kimlik bütünlüğünün olmaması, terk edilmeye tahammülsüzlük, duygusal yoksunluk ve can sıkıntısının olmasıyla gözlemlenebilir (şahin, 2009).

Savunma Mekanizmaları

Savunma tepkileri, zorlantılı durumlarla baş edebilmek adına başlıca araç durumuna gelir ve kişinin uyum sağlamasını engelleyecek oranda abartılırsa sağlıksız bir nitelik kazanacaktır. Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren bireylerin sıklıkla kullandığı alt düzey savunma mekanizmalarından biri bölme savunma mekanizmasıdır. Bu savunma mekanizması aracılığı ile bilindişi bir Şekilde kendilik ve nesne algılarını "iyi" ve "kötü" olarak ayırdıkları ifade edilmiştir (Millon ve ark., 2021). Nesnelerin ve kendiliğin btnleştirilemeyerek "iyi" ve "kötü" Şeklinde parçalanması olarak ifade edilebilir (Stiglmayr ve ark, 2005). Benliğin ie atılan "iyi" ve "kötü" nesnelere etkin bir çabayla ayırmaya çalışması, benliğin de blnemesi anlamına gelmektedir, dolayısıyla benlik ile birlikte diş gerçeklikte bölünmemektedir (Kernberg, 1985).

Anti sosyal kişilik bozukluğu gösteren bireyler, narsisistik Byklenmecilik savunma mekanizması ile insanları uyutmaktan büyük haz alırlar. Yaptıkları en ağır insan ihlallerini dahi büyük bir başarı olarak anlatabilirler.

Diğer kullanılan savunma mekanizması ise İnkr savunma mekanizmasıdır. Benlik için tehlike olarak algılanan veya kaygı yaratabilecek bir olgunun yok sayılması veya görülmemesi, oldukça yaygın fakat farklı derecelerde kullanılan bir savunma mekanizmasıdır. Bu savunma mekanizmasının ruhsal yapıda merkezi bir nitelik kazanması, kişinin gerçeklik ile olan bağımın zayıflayacağı anlamını taşımaktadır (ztrk ve

Uluşahin, 2014). Zarar verici davranışlarından sorumlu tutulduklarında eylemlerinin sonuçlarını hafifleterek diğer insanları manüple etmeye devam ederler.

Başka bir savunma mekanizması ise Yansıtma'dır. Bireyin kendine yakıştıramadığı kabul edilemeyen, genellikle şehvet ve saldırganlık içeren isteklerini başkalarında görme eğilimi olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2014). Anna Freud, yansıtma süreci ile bastırma süreçlerinin benzer olduğunu, aralarındaki farkın bastırmada tehdit edici düşüncenin alt benliğe gönderildiğini, yansıtma ise tehdit eden düşüncelerin çevreyle yer değiştirmesi olarak ifade etmiştir (Akt., Faraji ve Tezcan, 2023). Antisosyal bireylerin diğer insanların niyetlerini kötü olarak okudukları ve karşı saldırıya geçip eylemlerini mazur göstermeye çalıştıkları sıklıkla gözlemlenir. Böylece, kendini mağdur olarak gören anti sosyal birey için ödeşme ihtiyacı ve haklılığı ortaya çıkmıştır.

ASKB' de kullanılan diğer savunma mekanizması İlkel İdealleştirmedir. Kernberg' e göre: Bölme mekanizmasının bir öncülü olarak ilkel idealleştirme varlığı gerekmektedir. İdealize edilen nesnelere tamamen iyi ve kötü şeklinde bölünür. Tamamen iyi ve güçlü, tamamen kötü, saldırgan ve yıkıcı olan nesnelere yaratılmaktadır. Kötünün karşısında iyi bir nesne idealizasyonu kişiyle nesnenin özdeşleşmesine ve tüm güçlülüğü deneyimlemesine olanak sağlar (Akt., Faraji ve Tezcan, 2023). Kernberg, bu mekanizmanın tehlikeli olarak algılanan dış dünyaya karşı bireyin ilkel ihtiyaçlarının doyurulmasına hizmet ettiğini belirtmektedir. Birey idealleştirilen nesneyle yakın bir ilişki kurarak tümgüçlü olma fantezileri kurmaktadır. Amacı ideal olan güçlü nesneyi denetleme, manipüle etme ve sömürmektir. Kendisini korumaya yönelik olan bu davranışlarından dolayı içten içe bir gurur yaşamaktadır. Kişi benlik değerini koruma amacıyla dış dünyada olan her şeyi değersiz görme eğilimindedir (Kernberg, 1985). Zarar görme endişeleri ve yıkıcı dürtüleri başat olan bebekler, sevme yeteneği güçlü olan bebeklere göre idealleştirmeye daha fazla ihtiyaç duyduğu söylenebilir. İdealleştirme mekanizmasının arkasında sevme kapasitesinin yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Bu savunma mekanizmasını kullanan bireylerin nesne ilişkilerinde, özellikle arkadaş ve aşk ilişkilerinde devamlı olarak bir idealleştirme ihtiyacının olduğu göze çarpmaktadır. Hiçbir idealize nesne, bireyin beklentilerini yeterli ve tam olarak karşılayamamaktadır (Klein, 1975). Anti sosyal kişilik bozukluğu gösteren bireyler önemli antisosyal kişileri ya da gurupları idealize edip onlar gibi davranma eğilimi gösterebilirler.

ASKB' de kullanılan diğer savunma mekanizması Yansıtımlı özdeşimdir. Melanie Klein, yansıtımlı özdeşimi "ben" ve "ben olmayan"ın ayırt edilme aracı olarak değerlendirmiştir. Bu mekanizmayı ayrılığı önlemek adına idealize nesneye veya tehlikeyi kontrol amacıyla "kötü nes-

neye” yönlendirebileceğini belirtmiştir. ASKB gösteren bireyler tamamen kötü ve saldırgan kendilik nesne imgelerini dışsallaştırma amacıyla bu özellikleri başka nesnelere yansıtılmaktadırlar. şiddetli yansıtılarda birey yansıtılmış olduğu saldırganlıktan dolayı kaygı ve korku duymaktadır. Bu korku ve kaygıdan dolayı da birey kendisine saldırılmadan önce kendisini korumak için saldırıya geçebilmektedir (Klein, 1946). Antisozyal kişilik bozukluğu gösteren bireyler kurbanları uzun süreli şiddet sarmalı içinde tutabilmek ve kontrol etmek amacıyla bu savunma mekanizmasına ihtiyaç duyacaklardır.

Gerçeği Değerlendirme

Anlık hazların ertelenmesi ya da toplumsal açıdan uygun bir yere kanalize edilmesi gerçeklik ilkesine uygun bir durum olarak tarif edilebilir. Gerçeklik ilkesi bazen dürtüsel eylemlere kısıtlama getirip ertelemeyi zorunlu hale getirir. Bazen bunun sonucu ödöl ile sonuçlanabilir. İnsanın kendi gereksinimlerini gerçek dünyanın kısıtlamalarına göre düzenlemesi yeterli bir ego sayesinde olacaktır. Bununla birlikte, anlık tatmini ertelemeye yönelik kısıtlamalarının bir kısmı da süperegodan gelmektedir. Normal insanlarda ebeveynlerin değerleri ve yasakladıkları durumlar ego ideali ve vicdan sayesinde gerçekleşir. Anti sosyal kişiliğin çocuksu idi ve haz ilkesi onun bütün davranışlarını yönetir. Dolayısıyla sosyal işaretleri okuyamayan ve ben merkezci davranışlar ile gerçeklik ilkesini gözden kaçırmaları. Bir insan çevresindeki olayları sürekli olarak yanlış yorumluyorsa, genel olarak insanların olağan karşıladığu olaylar karşısında kaygıya kapılıyorsa, problemlerini çözmek için çaba göstermeyip görmezden geliyorsa, davranışları patolojik olarak değerlendirilir. ASKB’ de, yoğun stres altında kalınmadığu müddetçe korunmuş bir gerçeklik kapasitesinden söz edilebilir (Kernberg, 1992). Antisozyal kişilik yapısı, tümgüçlölük, eyleme koyma ve yansıtılmalı özdeşim gibi ilkel savunma mekanizmalarını yoğun olarak kullanmaktadır ve zorlantılı durumlarda psikotik atak geliştirdiğu gözlenebilir. (Ressler ve Schactman, 1993). Antisozyal kişilerin gerçekliği test edebilme becerileri kısıtlıdır ve etkisi altında oldukları tümgüçlü yapı manipölatif eylemlere ve her zaman haklı oldukları yönündeki inanç sistemini güçlendirmektedir (Doering ark., 2013).

Ayrırcı Tanı

Antisozyal kişilik bozukluğunda, fiziksel kavgalar şeklinde kendini gösterebilen saldırganlık ve sinirlilik belirtisi uzun süreli bir davranışsal örüntü olarak gözlenmektedir. Sıklıkla anksiyete, duygu durum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile birliftelik göstermektedir. İntihar girişimleri de gözlenmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerle yürütölmüş olan bir araştırmada erkeklerde en çok antisozyal kişilik bozuk-

luğu, kadınlarda ise sınır kişilik bozukluğu gözleendiği belirtilmiştir (Akt. Yalvaç, 2014).

Özellikle, Antisosyal kişilik bozukluğu ile bipolar bozukluk arasında bazı benzerlikler görüldüğu öne sürülmüştür. Bipolar bozukluk Tip I’de Bipolar Tip II’ ye göre daha yüksek oranda ASKB görüldüğu bildirilmektedir (Lenzenwegwer, 2010). Ataklar sırasında özellikle mani döneminde daha yüksek dürtüsellik ve antisosyal davranışlar gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda manik dönemde yüksek oranda intihar girişimleri ve kötü hastalık seyriyle kliniklere daha fazla başvuru olduğu gözlenmiştir (Kay ve ark, 2002). Bipolar Bozukluk ve ASKB hastalarının duygusal semptomatolojisinin erken başlangıçlı olduğu, psikolojik yükünün daha yüksek olduğu ve daha fazla duygulanım atağı olduğu belirtilmektedir. Bu birliktelik, kötü klinik sonuç, daha yüksek tehlikeli davranışların tekrarlanması, artan nüksetme oranı, daha fazla oranda intihar girişimi, zayıf bir tedaviye uyum ve daha kötü bir prognoz ile ilişkilendirilebilir (Carbone, 2021).

ASKB bazı kişilik bozukluklar ile de benzerlik gösterebilir. Antisosyal kişilik bozukluğunun da yer aldığı B kümesi kişilik bozukluklarının ortak özellikleri; daha fazla tiyatral davranma, duygusal ve dikkat çekme eğilimi, değişken duygudurumları ve genel olarak yüzeysellik olarak sayılabilir. Bu ruhsal örgütlenmede, kişiler arası ilişkiler yoğun ve çatışmalı bir şekilde yaşanmaktadır (Morrison, 2019). ASKB bu kümede yer alan diğer kişilik bozuklukları ile zaman zaman tanı karışıklığı gösterebilir. Narsisistik kişilik bozukluğu gösteren bireyler yaşam boyu sürekli olarak takdir alma, üstünlük kurma ihtiyacı ve empatiden yoksun bir örüntüye sahiptirler. Kendilerinin çok önemli olduğuna inanırlar, başarılarını abartırlar ancak özgüvenleri çok kırılğandır ve genellikle kendilerini değersiz hissederler. şiddetli bir şekilde başarı fantezileri vardır ve başarılı olan insanları kıskanırlar. İstediklerini elde etme amacıyla işlerini kolaylaştıracak kişilerle arkadaş olmayı tercih ederler (Köroğlu, 2019). Antisosyal kişiler ise insanları manipüle ederek zorla sosyal çevrelerine müdahil olurlar; insanları tehdit ederler, saldırırlar ya da gözlerini korkuturlar. Özerkliklerini kaybetmekten korkarak, her zaman etraflarını kontrol altında tutmaya çalışırlar. Her iki kişilik bozukluğunda da istismar ve ihmal öyküleri sıklıkla görülür, ebeveyn tutumları ise baskıcı olabilmektedir (Millon, 2019).

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler: Diğer insanlara güvenemeyen kuşkucu bir yapıya sahiptirler. Sömürülmekten korkarlar, masum yorumlarda bile kastedilmeyen anlamlar çıkarırlar ve olayların kasıtlı bir şekilde yapıldığını düşünürler. Katı ve kavgacı bir yapıya sahiptirler. Baş-

ka insanlara karşı soğuk, mesafeli, kaçınan özelliklerinin yanında kendilerini korumaya almış gibi bir yapıları vardır (Koroğlu, 2019). Antisosyal bireyler de başkalarına güvenemezler, başkalarının davranışlarını kötüye yorarlar fakat kendilerini korumak için saldırgan davranışlar sergilerler. Antisosyaller dürtüsel davranışlarından dolayı tutuklanır ve ceza alabilirler (Millon, 2019).

Histrionik kişilik bozukluğu gösteren bireyler: ilgi odağı olmak ve dikkatleri üzerlerine çekmek oldukça önemlidir. Manipülatif ve dürtüsel-dirler, fiziksel görüntüleriyle aşırı ilgilidirler. Histrionik kişilikler, diğer insanları manipüle ederek yakınlık kurmaya çalışırlar amaçları duygusal ihtiyaçlarını karşılamaktır (Koroğlu, 2019). Antisosyal kişilikler ise insanları manipüle ederek baskı altına alır ve onları kullanmaya ya da sömürmeye çalışır (Millon, 2019).

Sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireyler: Sık sık duygu durum değişimi yaşarlar, dürtüsel ve manipülatif davranışları vardır. Özellikle partnerleriyle bağımlı bir ilişki içerisinde olurlar, aynı şekilde eşlerinden de bağımlılık bekleyebilirler. Önemsinmediklerini düşündüklerinde ise öfkelenip saldırgan davranışlar sergilerler (Faraji ve Tezcan, 2023). Antisosyal kişilikler manipülatif eğilime sahiptirler ve sınır vakalara göre daha başarılıdır, sınır vakalar umutsuzluk ile kendilerine zarar vermeye ödüllene arayan bir doğaya sahiptirler. Sınır vakalarda hayatta kalmak için başka çaresi olmadığı zamanlarda antisosyal davranışlar akılcılaştırmalara sevk edilir, antisosyaller için bu eylemler kendi benliklerine yabancı değildir (Tura, 2005).

Gidişat (Prognoz)

Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren bireylerin tanı alması ve tedavi süreci oldukça karmaşık ve çok yönlüdür. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım gerekli görünmektedir. Genellikle kendi istekleri ile terapiye gelmezler, zorunlu olarak sevk edildiklerine ise tedaviye uyumsuzdurlar düzenli olarak kliniklere gelmezler (Fisher, 2023)

Antisosyal kişilik bozukluğu, yaşam boyu süren kronik bir durum olmasına rağmen, ilerleyen yaşlarla birlikte, 35 yaş sonrasında, hafiflemeler gösterdikleri gözlenmiştir. Başlangıçtaki semptomları daha az olan bireylerde daha iyi semptom iyileşme oranları gözlemlenmiştir. Genç yaşlardaki suç oranları ve suç ciddiyetinin de bu ilişkiyi yansıttığı düşünölmektedir. Suç istatistikleri, suça karışma davranışlarının ergenlik çağının sonlarında zirvede olduğunu ve suç şiddetinin genç yaşlarda daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Daha ileri yaşlarda antisosyal davranış sergileyenlerin daha az ciddi davranış sorunları olduğu rapor edilmiştir. Kısa süre hapsedilenler ile daha uzun süre hapsedilenler karşılaştırıldığında ise daha kısa

süre hapsedilenler daha yüksek iyileşme oranları sergiledikleri belirtilmiştir (Siyah, 2015). Davranım bozukluğu gelişmeyen ve antisosyal davranışlar olmadan 15 yaşına kadar ilerleyen çocuklarda ASKB gelişmeyeceği rapor edilmiştir. Çocukluktaki davranış bozukluğunun, yetişkinlikteki ASKB göstergesi olabileceğine dair gözlemler bildirilmiştir (Goldstein ve ark, 2007).

Sonuç

Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren bireyler ile yapılan araştırmalar temelde olumsuz erken çocukluk olaylarından etkilendiğini, ruhsal gelişimlerinde sapmaların olduğunu ve bu sapmaların psikopatolojik durumlara yol açtığını göstermektedir. Yine araştırmalar doğumdan itibaren temel bakım verenlerin ihmal ve istismar davranışlarının ASKB gelişmesine zemin oluşturduğunu belirtmektedir. Çocuklukta Dikkat eksikliği/ Hiperaktivite' tanısı almış olma ve 15 yaşından önce davranım bozukluğuna dair kanıtlar; evden kaçma, okuldan kaçma, yangın çıkarma, hırsızlık, insanlara ve hayvanlara zarar verme gibi davranışlar antisosyal kişilik bozukluğunun öncülleri olarak dikkat çekmektedir. Davranım bozukluğu tanısına sahip olan çocuklar, okula tutunabilirse, suçlu olma ihtimalleri azabilir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri kapsamında bu çocuklara destek vermek gelecekte gelişebilecek kişilik bozukluğu açısından önleyici olabilir.

ASKB, çok faktörlü bir etiyolojiye sahiptir. Tedavisi birçok psikopatoloji ile birliktelik gösterdiği için uzun süreli ve zahmetlidir. Toplumsal hayata getirmiş olduğu yük göz önüne alındığında yalnızca klinik yaklaşımın yeterli olamayacağı açıkça görünmektedir. Günümüzde Sadece adli tıbbın ilgilendiği bir alan gibi görünmektedir. Antisosyal kişilerin suçlu ya da her suçlunun antisosyal anlamına gelmediği hatırlanmalıdır. Ruh sağlığı uzmanlarının sorumluluğunun dışında ebeveynler, eğitimciler, resmi kurum ve kuruluşlarında sorumluluğunun devreye girmesi gerektiği aşikardır.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı], (1. Baskı). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı], (3. Baskı.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı] (4. Baskı.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı] (5. Baskı.). Washington, DC: Author.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality Disorders*, 18(2), 193-211.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. ve Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2. baskı). New York, NY: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Pres.
- Bernstein, A., Newman, j. P, Wallace, J. F, & Luh, K. E. (2000). Left- hemisphere activation and deficient response modulation in psychopaths. *Psychological Science*, 11, 414-418.
- Bigler, E. D. (2001). Frontal lobe pathology and antisocial disorder. *Arvhives of General Psychiatry*, 58,609-611.
- Boland, R. J., Verduin, M. L., Ruiz, P., Shah, A., & Sadock, B. J. (2022b). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Carbone, E. A., de Filippis, R., Caroleo, M., Calabrò, G., Staltari, F. A., Destefano, L., ... & De Fazio, P. (2021). Antisocial personality disorder in bipolar disorder: a systematic review. *Medicina*, 57(2), 183.
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. St. Louis: C.V. Mosby Company
- Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. (Gözden geçirilmiş bs.). St. Louis, MO: Mosby.
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. Amerika Birleşik Devletleri'nde DSM-IV antisosyal kişilik sendromları ile alkol ve spesifik uyuşturucu kullanım bozukluklarının yaygınlığı, ilişkileri ve eşlik eden hastalıkları: alkol ve ilgili durumlara ilişkin ulusal epidemiyolojik araştır-

madan elde edilen sonuçlar. *J Clin Psikiyatrisi*. 2005 Haziran; 66 (6):677-85. [PubMed]

Corey, G. (2008). *Psikolojik danışma, psikoterapi kuram ve uygulamaları*. Ankara: Mentis.

Çıkrıkçılı, U. (2020). *Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Cinayet Hükümlülerinde Karar Verme, Duygu Tanıma Davranışlarının Psikopati Açısından İncelenmesi ve Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018. Dağtekin, Hasan. *Karanlık Üçlü'nün Kariyer Tercihlerine Etkisi Üzerine Bir Araştırma*. Adana: Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi).

DeLisi, M., Drury, A. J., & Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, 92, 1-6.

Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., ... & Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the structured interview of personality organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13(1), 210. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-210>

Dolan, M., & Park, I. (2002). The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 32,417-427.

Douglas K, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Anton RF, Poling J, Farrer L, Kranzler HR. 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences on risk of antisocial personality disorder. *Psychiatr Genet*. 2011 Oct;21(5):240-8. doi: 10.1097/YPG.0b013e3283457c15. PMID: 21399568; PMCID: PMC3119731.

Erskine, R.G. & Moursund, J.P. (2017). *İntegratif psikoterapi uygulamaları*. (Çev. M. Şahin). Nobel Akademik Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi 2011)

Faraji, H., Tezcan, A. E. (2023). *Borderline Kişilik Bozukluğu*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Fazel, Seena, Danesh, John, 2022. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359, 545-550.

Fisher KA, Hany M. *Antisosyal Kişilik Bozukluğu*. İçinde: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023. PMID: 31536279.

Freud, A. (1966). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Universities Press.

Friedlander, K. (1945). Formation of the antisocial character. *Psychoanalytic Study of the Child*, c. 1, s.189-203.

Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.

- Goldstein RB, Dawson DA Saha TD, Ruan WJ, Compton WM, Grant BF. Antisoyal davranış sendromları ve DSM-IV alkol kullanım bozuklukları: Alkol ve İlgili Durumlara İlişkin Ulusal Epidemiyolojik Araştırmanın sonuçları. *Alkol Kliniği Exp Res.* 2007 Mayıs; 31 (5):814-28.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us.* New York: Pocket Books.
- Harpur TJ, Hare RD. Assessment of psychopathy as a function of age. *J Abnorm Psychol.* 1994 Nov;103(4):604-9.
- Kay, JH; Altshuler, LL; Ventura, J.; Mintz, J. Eksen II komorbiditesinin erkeklerde bipolar hastalığın seyri üzerindeki etkisi: Retrospektif bir tablo incelemesi. *Bipolar Bozukluk.* 2002, 4, 237-242.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Science House.
- Kiehl, K. A., Smith, A. M., Hare, R. D., Mendrek, A., Forster, B. B., Brink, J., et al. (2001). Limbic abnormalities in affective processing by criminal psychopaths as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Biological Psychiatry,* 50, 677-684.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary inter personal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy.* New York: Willey.
- Klein, M. (1946). Notes on schizoid mechanisms. *Int J Psycho-Anal,* 27 (Pt 3-4), 99-110.
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other Works 1946-1963.* (Basım tarihi: 1984). New York: Free Press.
- Kosson, D. S. (1998). Divided visual attention in psychopathic and nonpsychopathic offenders. *Personality and Individual Differences,* 24, 373-391.
- Koroğlu, E. Ve Bayraktar, S. (2019). *Kişilik Bozuklukları.* (5. Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Krakowski MI, Tural U, Czobor P. Separate pathways to violent behavior in schizophrenia and in the general population. *J Psychiatr Res.* 2022 Jul; 151:235-241. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.04.016. Epub 2022 Apr 21. PMID: 35500451.
- Krasnova, A., Eaton, W. W., & Samuels, J. F. (2019). Antisocial personality and risks of cause-specific mortality: results from the Epidemiologic Catchment Area study with 27 years of follow-up. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology,* 54, 617-625.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007 Sep 15;62(6):553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019. Epub 2007 Jan 9. PMID: 17217923; PMCID: PMC2044500.

- Lenzenweger, MF Kişilik bozukluklarına ilişkin bilimsel çalışmanın mevcut durumu: Epidemiyolojik, boylamsal, deneysel psikopatolojiye ve nörodavranışsal perspektiflere genel bakış. *J. Am. Psikanal. Doç.* 2010, 58, 741–778.
- Maden, Ö., Sinici, E., & Uzun, Ö. (2023). Antisozyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Pozitif Psikoterapi Bağlamında Birincil ve İkincil Yetenekler: Suç İşleme Davranışları ve Öfke ile İlişkisi. *Turkish Journal of Psychiatry*, 34(3).
- Mason, D. A., & Frick, P. J. (1994). The heritability of antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 301-323.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*, New York: Guilford Press. [Türkçesi: *Psikanalitik tanı*, Bilgi Üniv. Yay., çev. E. Kalem].
- Meloy JR. *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics and Treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1988
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2019). *Modern yaşamda kişilik bozuklukları*. Çev. Elif Okan Gezmiş, İstanbul, Türkiye İş Bankası Yay, (s 480).
- Millon, T., Millon, C. ve Davis, R. (1994). *MIPS: Millon index of personality styles manuel*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Millon, T., Simonsen, E., Birket-Smith, M., & Davis, R. D. (1998). *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior*. New York: The Guilford Press.
- Moran P. Antisozyal kişilik bozukluğunun epidemiyolojisi. *Soc Psikiyatri Psikiyatr Epidemiol.* 1999 Mayıs; 34 (5):231-42. [PubMed]
- Morrison, J. (2019). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler için tanı rehberi*. Çev. Hanife Uğur Kural, Ankara, Nobel Yayınları.
- Murray, J., ve Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642
- Oldham, J.M. ve Morris, L. B. (1995). *The personality self- portrait*. New York: Bantam Books.
- Özakkaş, T. & Çorak, A. (2013). Kernberg- Kohut- Masterson- Volkan'a Göre Nesne İlişkileri. *Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları*:115.
- Özakkaş, T. & Çorak, A. (2013). Kernberg- Kohut- Masterson- Volkan'a Göre
- Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pinel, P. (1801). *Traite medico- philosophique sur l'alienation mentale*. Paris: Richard, Cailleet Ravier.
- Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity* (çev. D. Davis). New York: Hafner.

- Prichard, J. C. (1835). *A treatise on insanity*. Londra: Sherwood, Gilbert and Piper.
- Reeves M TJ. Specific Relationships between Core Beliefs and Personality Disorder
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 14(2), 96-104.
- Ressler, R. K. & Shachtman, T. (1993). *Whoever Fights Monsters: My Twenty Years Tracking Serial Killers for the FBI*. Macmillan.
- Rotter, Merrill, Way, Bruce, Steinbacher, Michael, Sawyer, Donald, Smith, Hal, 2002. Personality disorder in prison: aren't they all antisocial? *Psychiatr. Q.* 73, 337-349.
- Rutter, M. L. (1997). Nature- nurture integration: The example of antisocial behavior. *American Psychologist*, 52,390- 398.
- Sadock, B.J; Sadock, V.A & Ruiz, P. (2007). *Synopsis of Psychiatry*
- Sargın, A. E., Özdel, K., & Türkçapar, M. H. (2017). Cognitive-behavioral theory and treatment of antisocial personality disorder. In *Psychopathy-New Updates on an Old Phenomenon*. IntechOpen.
- Schaeffer, C. M., Petras, H., Ialongo, N., Poduska, J., & Kellam, S. (2003). Modeling Growth in Boys' Aggressive Behavior Across Elementary School: Links to Later Criminal Involvement, Conduct Disorder, and Antisocial Personality Disorder. *Developmental Psychology*, 39(6), 1020–1035.
- Schnittker, J., Larimore, S. H., & Lee, H. (2020). Neither mad nor bad? The classification of antisocial personality disorder among formerly incarcerated adults. *Social Science & Medicine*, 264, 113288.
- Seguin, J.R. (2004). Neurocognitive elements of antisocial behavior: Relevance of an or-bitofrontal cortex account. *Brain and Cognition*, 55, 185-197.
- Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb; 184:118-27. doi: 10.1192/bjp.184.2.118. PMID: 14754823.
- Siyah DW. Antisosyal Kişilik Bozukluğunun Doğal Tarihi. *Can J Psikiyatri*. 2015 Temmuz; 60 (7):309-14.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M. Et al. (2005). Aversite tension in patients with borderline personslity disorder: Acomputer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand*, 111(5), 372-379.
- Süer, H. (1998). Şiddet içeren ve içermeyen suç davranışı gösteren antisosyal kişilik bozukluğu olgularının, kişilik özellikleri ve geçmiş yaşam deneyimleri açısından karşılaştırılması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

- Şahin, D. (2009). Kişilik bozuklukları. *Klinik gelişim*, 22(4), 45-55.
- Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010 Aug;24(4):412-26. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412. PMID: 20695803; PMCID: PMC3771514.
- Tunç, P. (2019). Antisosyal kişilik bozukluğu dinamik formülasyon: Olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 211-216.
- Tura, S.M. (2005). *Günümüzde Psikoterapi*. İstanbul, Metis Yayınları.
- Vachon DD, Lynam DR, Widiger TA, Miller JD, McCrae RR, Costa PT. Basic traits predict the prevalence of personality disorder across the life span: the example of psychopathy. *Psychol Sci*. 2013 May;24(5):698-705. doi: 10.1177/0956797612460249. Epub 2013 Mar 25. PMID: 23528790.
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Wallace, E. R. (2018). *Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması* (H. Atalay, çevir.). Okuyan Us.
- Werner, K. B., Few, L. R., & Bucholz, K. K. (2015). Epidemiology, comorbidity, and behavioral genetics of antisocial personality disorder and psychopathy. *Psychiatric annals*, 45(4), 195-199.
- Yalvaç, H. D., Kaya, B., & Ünal, S. (2014). İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1).
- Zeigler-Hill, V. & Shackelford, T. K. (Eds.). (2020). *Encyclopedia of personality and individual differences*. Switzerland: Springer International Publishing.

BÖLÜM 2

ŞİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Beyza GÜNER¹

Pervin TUNÇ²

1 Beyza GÜNER, Klinik Psikolog, İstinye Üniversitesi/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/, ORCID: 0009-0005-9733-8773

2 Pervin TUNÇ, Doç. Dr., İstinye Üniversitesi/Lisansüstü Eğitim Enstitüsü-Klinik Psikoloji ORCID: 0000-0003-4938-0510

GİRİŞ

Geri çekilme ile karakterize şizoid kişilik bozukluğu, yaklaşık bir yüz-yıldır kullanılan bir kavram olmasına rağmen tarih boyunca anlaşılması kısıtlı olmuştur. Şizoid kavramı, çeşitli kuramlar açısından ele alınmaktadır. Tanımlayıcı psikiyatrinin odak noktası olmuş, ancak betimleyici yaklaşım ile sadece davranışlara odaklanılmıştır. Dinamik psikiyatri ise klasik psikanalizden ve nesne ilişkileri kuramından yararlanarak şizoid kişilik bozukluğunun bilinçdışı dürtü ve karakter yapısını araştırmaktadır. Şizoid kişilik bozukluğu, diğer bozukluklara kıyasla klinikte daha az ilgi görmesi ve araştırmalara daha az konu olması nedeniyle anlaşılması daha kısıtlı olmuştur (Wheeler, 2013). Bu kapsamda şizoid kişilik bozukluğuna yönelik tedaviler de kısıtlı görünmektedir.

Bu derleme çalışmasının amacı Şizoid Kişilik Bozukluğu ile ilgili güncel literatürü yeniden gözden geçirmek ve bilinenlerin altını çizmektir. Bu nedenle, psikiyatri ve ruh sağlığı alanında daha az araştırma konusu olan Şizoid Kişilik Bozukluğunun tarihsel gelişimi, çeşitli kuramlar açısından ele alınma biçimi, toplumda yaygınlık oranları, eşlik eden ya da benzerlik gösteren diğer bozukluklar ile ilişkisi, ayırıcı tanı özellikleri, bozukluğun klinik seyri ve tedavisi ile ilgili araştırmalara yer verilmiştir. Şizoid kişilik bozukluğunun gelişimine etki edebilen biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler literatür eşliğinde incelenmiştir.

Şizoid Kişilik Kavramı

Şizoid kişiliğin belirgin bir tanımı olmasa da her birey kendisinde şizoid kişilikten benzer özellikleri bulabilir. Bazı insanlar kendilerini içe kapanık olarak tanımlayabilir. Yine pek çok insan bazı dönemlerde yalnız kalmak isteyebilir veya uzun süre sosyal ortamlara maruz kaldıktan sonra bir süre diğer insanlar ile olan ilişkisine mesafe koymak isteyebilir.

Ancak durum şizoid kişilik olduğunda yakın ilişkilere yönelik bu tutum kalıcı ve sürekli bir halde olabilir. Yakın ilişkilerden kopukluk, şizoid kişilik bozukluklarının temelinde yer alan bir meseledir. Yakın ilişkilere yatırım yapmadıkları için mesela pul koleksiyonculuğu gibi mekanik ilgi alanları ile kendilerini dış yaşamdan soyutlayan uğraşları olabilir (Millon ve ark., 1999)

Esasında şizoid kişilik bozukluğunun özelliği, şiddetli biçimde nesne ilişkilerine ihtiyaç duymasına karşılık savunma olarak ilişkiden geri çekilme olarak tanımlanabilir. Ancak şizoid birey, mesafeli ve ilgisiz görünse de içsel yaşantısında ilişki ve yakınlığın özlemini çeker (Akhtar, 1995).

McWilliams, (2010) şizoid örgütlenme gösteren bireylerin ilkel yapıda olduklarına yönelik genel bir yanlış varsayımın bulunduğunu belirt-

miştir. Aslında, geçmişte şizoid karakterin bir yanda şizofreni diğer yanda özgün bir dehaya uzanan spektrumda değerlendirildiğini belirtmiştir. Masterson ve Klein'da (1995), benzer biçimde şizoid durumu, süreklilik gösteren patolojiden şizotipal bozukluğa uzanan bir yapı olarak tanımlamıştır. İşlevselliği kısmen de mümkün olan ancak nesne ilişkilerinde büyük problemleri olan şizoid bireylerden bahsetmişlerdir.

Fairbairn (1940) ise şizoid durumların bütün bireylerde belli bir seviyeye kadar bulunduğunu, diğer kuramcılar gibi, normallikten şiddetli bir duruma kadar olan bir yelpaze bulunduğunu belirtmiştir.

şizoid Kişilik Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

Betimleyici psikiyatri literatürü, şizoid kişiliği genetik, gelişimsel ve deneyimsel olarak şizofreni ile ilişkilendirir; sosyal geri çekilme, oşkusallık, tutarsız duyarlılık ve duyarsızlık, cinsel yaşamda bozukluklar, ahlaki tutarsızlıklar, bilişsel özellikler ve yakın ilişkilerden geri çekilme özellikleri ile bu ilişkilendirmeyi yapar (Akhtar, 1987). Erken dönem kuramcılarını, şizoid kişilik bozukluğunun, çeşitli özelliklerini formüle etmişlerdir. Ribot, kişinin haz alma yetisindeki zayıflama durumunu tanımlamak için geliştirdiği "anhedoni" kavramını şizoid karaktere özgü bir özellik olarak kullanmıştır (Akt., Millon ve ark., 2019; Ribot, 1890). Hoch, "kapalı" (shut-in) kişilik biçiminde tanımladığı duruma göre; bu kişilerdeki inziyaya çekilme ve fantezi dünyasıyla meşguliyete olan yatkınlığın üzerinde durmuştur (Akt., Wheeler; Hoch, 1909).

şizoid kavramını, psikoloji tarihinin erken periyotlarından bu yana ilgi görmüş uzun bir geçmişe sahiptir. İlk dönemlerde, şizoid kavramını, günümüzde kullanılan tanımından farklı bir psikolojik sorun olarak tanımlanmıştır. şizofreni bozukluğuna sahip bireylerin akrabaları olarak kabul edilen; psikotik olmayan ancak tuhaf ve soyutlanan kişiler olarak tanımlanmaktaydı. Daha sonraki süreçlerde, nesne ilişkileri okulunun çalışmaları ile şizoid kavramını geliştirilmiş, böylelikle dış dünyaya kıyasla i dünyalarına yönelen bireylere dikkat çekilmiştir (Masterson & Klein, 2013).

Kavram, ilk kez "şizofreni" kelimesinin de isim babası olan, Bleuler tarafından kullanılmıştır. Yunanca anlamını "bölmek" olan "schizo" ile "temsil eden" anlamına gelen "oid" eklerinden geliştirilmiştir. Bleuler, bu bozukluğa sahip bireylerin i dünyası ile davranışları arasındaki gözlemlediği bölünmeye atıfta bulunmuştur (Akt., Wheeler, 2013; Bleuler, 1924). Kraepelin'in ise bu kişileri tasvir etmek için "dış dünyaya ilgisini azaltan, i yaşamıyla meşgul olan bireylerin olağan parçası" tanımı yapmış ve literatüre kıymetli bir gözlem kazandırmıştır. Böylelikle şizoid karakterin

olağandışı ve tuhaf nitelikleri yerine bu kavramın evrensel tarafına odaklanmıştır. (Akt., Masterson & Klein, 2013).

Şizoid durumun kavramsal gelişiminde payı olan isimlerden biri olan Kretschmer ise, şizoid kişiliği üç özellik ile sınıflandırdı: (1) içe dönük, sessiz, ciddi ve eksantrik; (2) ürkek, endişeli, hassas, doğa ve kitaplara ilgili olan; (3) uysal, kibar, kayıtsız ve sessiz biçimde ifade etmiştir (Akt., Livesley ve ark., 1985). Bu üç gruptandırma birbirlerinden alakasız grupları teşkil ediyor gibi gözükse de Kretschmer şizoid karakteri sınıflandırmayı kabul etmemiştir; çünkü bu niteliklerin tüm şizoid bireylerde belli seviyelerde olabileceği kanısında bulunmuştur.

Toplumlarda Görülme Sıklığı

Şizoid Kişilik Bozukluğu, DSM-V’te klinik ortamda nadir görülen bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). ABD’de yürütülen çalışmaya göre; toplumda şizoid kişilik bozukluğunun prevalansı %3 ile %4 arasında bulunmuştur (Akt., Wheeler, 2013; Grant ve ark., 2004). Türkiye’de ergenlerle gerçekleştirilen araştırmada şizoid kişilik bozukluğunun dağılım oranı %3,75 bulunmuştur (Bilge & Yılmaz, 2023).

Kişilik bozukluğu tanısı alan tutuklu bireyler ile yapılan araştırmada ise şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı %11 olduğu gösterilmiştir (Akt., Mankiewicz & Renton, 2019; Coid, 2002). Şizoid kişilik bozukluğunun dağılımındaki görülen bu geniş aralık, güvenilirlik sorununun mevcut olduğunu göstermektedir (Hummelen ve ark., 2015). Zanarini ve arkadaşlarının (2000) yürüttüğü araştırmaya göre, şizoid kişilik bozukluğu diğer kişilik bozukluklarına oranla en düşük güvenilirlik oranına sahiptir.

Cinsiyet dağılımına bakacak olursak; APA, (2013) Şizoid Kişilik Bozukluğunun erkeklerde daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Buna ek olarak, suçlu popülasyonunda yürütülen bir çalışmaya göre de erkeklerde daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Coid, 2003; Coid, 1992). Cinsiyet dağılımı bulgusu, kadınlarda aşırı yapışma şeklinde görülen bozukluklara, erkeklerde de aşırı izolasyon görülen bozukluklara daha meyilli oldukları gözlenmektedir (Akt., McWilliams, 1994; Chodorow, 1978, 1989). Komorbidite araştırmalarında ise şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmektedir ve bununla birlikte şizoid kişilik bozukluğunun otistik spektrum içerisinde daha iyi sınıflandırabileceğini savunan araştırmalar da mevcuttur (Coid, 2003).

Asperger sendromu ile şizoid kişilik bozukluğu arasında benzerliklerin bulunduğu varsayılmaktadır; “ötekilerle ilgi ve başarılarını paylaşmada isteksizlik” kriteri her iki bozuklukta da benzer olması bu varsayımı desteklemektedir (Hummelen ve ark., 2015). Şizoid kişilik bozukluğu ile asperger sendromu arasında örtüşme rapor edildiği çalışmalar mevcuttur;

2012'de 54 asperger sendroma sahip genç yetişkinlerle yürütölen bir araştırmaya göre, örnekleme bulunan asperger sendromlu bireylerin %26'sında şizoid kişilik bozukluğu kriterleri karşılanmıştır (Lugnegard ve ark., 2012).

Johnson ve arkadaşlarının (2006), yürüttüğü çalışmaya göre, 593 aile bulunan örnekleme erken çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından cezalandırılan, sözlü taciz edilen, ihmal edilen ve yeterince sevgi görmeyen kişilerde şizoid kişilik bozukluğu örüntüsü görölmektedir. Çocukluk döneminde cinsel istismar ile şizoid kişilik bozukluğu arasında ilişkinin bulunduğu araştırmalar bulunmaktadır (Beitchman ve ark., 1992).

Bireylerin hem özerkliğe hem de bağlılığa gereksinimi sebebiyle bireysel ve kolektivist değerleri olan kişilerde birtakım patolojik özellikler görölebilir; bireyci toplum olan Boston'da şizoid kişilik bozukluğunun, kolektivizm ve bireysellik ile ilişkili olmadığı bulunurken; kolektivist kültürü bulunan İstanbul'da ise bireysellik, şizoid kişilik bozukluğunun kriterleri ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (Akt., Martens, 2010; Caldwell-Harris & Ayçiçeği, 2006). Araştırmalarda elde edilen sonuçlara rağmen şizoid bireylerin, sosyal izolasyon ve geri çekilmeleri sebebiyle terapiye katılım oranları öteki kişilik bozukluklarına kıyasla daha azdır (Triebwasser ve ark., 2012). Dolayısıyla araştırmalarda elde edilen veriler belirsizlik içerebilir.

DSM'ye Göre şizoid Kişilik Bozukluğu

şizoid kişilik bozukluğu ilk defa, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında, DSM-III'te gösterilmiştir. Fakat DSM-III'e kadar şizofreni ile ilişkilendiriliyordu (Wheeler, 2013). DSM III'te şizoid kişilik tanısı, kaçınan, şizoid ve şizotipal olarak ayrılmıştır; şizoid, şizotipal ve paranoid kişilik bozuklukları eksantrik görölen bozukluklar kümesine yerleştirilirken, kaçınan kişilik bozukluğu, bağımlı, kompulsif ve pasif-agresif kişilik bozuklukları ile kaygı ve korku özellikleri bulunan bozukluklar kümesinde yer almıştır (Livesley ve ark., 1985).

DSM-III-R'de ise şizoid kişilik bozukluğun ciddi patolojileri şizotipal kişilik bozukluğa aktarılırken; daha hafif formları kaçınan kişilik bozukluğuna aktarılmıştır (Wheeler, 2013). DSM-V (2013)'de ise şizoid kişilik bozukluğu ismiyle anılmaya devam etmiş, kategorik tanım yerine boyutsal yaklaşım benimsemiştir (APA, 2013).

şizoid kişilik bozukluğu, tuhaf ve eksantrik özellikleriyle karakterize A kümesi kişilik bozuklukları arasında yer almaktadır (APA, 2013). DSM, şizoid kişilik bozukluğunun karakteristik özelliklerini açıklamak yerine daha çok şizoid kişiliklerde nelerin eksik olduğunu açıklamıştır; yakın ilişkiler, cinsel yaşamın olmaması ve duygulanımdaki kısıtlılıklar gibi eksik

olan özelliklere odaklanır. (Millon ve ark., 1999). Bazı yazarlar tarafından DSM'in bu kriterlerine bağlı kalınması durumunda bu bozukluğa sahip bireyler uygun biçimde değerlendirilemeyeceklerine dair açıklamalar da yapılmıştır (Masterson & Klein, 1995).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında kriterleri belirlenmiştir. ailenin bir ferdi olsa da yakın ilişkileri istememe ve yakın ilişkilerden hoşlanmama; genellikle yalnız kalacağı etkinliklerde bulunmayı tercih etme; bir başkasıyla cinsel birlikteliğe ilgisizlik veya çok az isteme; etkinliklerden minimum zevk alma; birinci dereceden akrabalar hariç yakın dost ve sırdaşın olmaması; ötekilerin övgü ve yergilerine kayıtsızlık; duygusal açıdan soğuk, kopuk veya durağan duygulanıma sahip olarak tanımlanmıştır. Erken yetişkinlik döneminde farklı bağlamlarda meydana gelen, toplumsal yakınlıklardan uzaklaşma ve kişilerarası çevrede sınırlı duygular gösteren şizoid kişilik bozukluğuna sahip bireylerde, yer alan bu 7 kriterden dördü veya daha çoğu ile karşılanmaktadır. Mevcut belirtiler herhangi bir patalojiden kaynaklanmamaktadır (APA, 2013).

Açıklayıcı Yaklaşımlar

Erken Yaşam Deneyimleri

Şizoid kişilik bozukluklarında her zaman çocukluk döneminde maruz kalınan kötü davranış ve ihmal öyküsü mevcut olduğu ifade edilmiştir (Akhtar, 1995). Yaşamın erken dönemlerinde yaşanan ilişki yoksunluğu ile bunun sonucunda meydana gelen izole edilme duygusu şizoid kişilik bozukluğunun gelişiminde önemli rol oynar (McWilliams, 1994).

Çocukluk döneminde cinsel istismar, yetişkinlik döneminde yüksek şizoid kişilik bozukluğu özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Kötü ebeveynlik biçiminin, bireyde sosyal, duygusal ve bilişsel gelişiminde kuvvetli ve olumsuz etkiye sebep olabileceği düşünülmektedir. New York'ta 5 ile 22 yaş arası katılımcılardan oluşan örnekleme çocuklukta sözlü olarak tacize maruz kalma, ergenlik ve erken erişkinlik döneminde yüksek düzeyde şizoid kişilik bozukluğu özellikleri ortaya çıkarmaktadır (Martens, 2010; Johnson ve ark., 2001). Çocuklukta duyguların özellikle saldırgan içerikli duyguların bastırılması, bireyleşmenin desteklenmediği kültürlerde şizoid kişilik bozukluğu özellikleri ile ilişkili görüldüğü ifade edilmiştir (Akhtar, 1995).

Biyolojik Yaklaşım

Şizoid kişilik bozukluğunun etiyolojisine baktığımızda genetik, çevresel faktörlerin etkili olduğu ve şizoid kişilik bozukluğu gösteren bireylerin akrabalarında şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu saptandığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Esterberg ve ark., 2010).

Kendler ve arkadaşlarının (2006) ikizlerle yürüttükleri çalışmada şizoid kişilik bozukluğu özelliklerinin kalıtsal olduğu öne sürülmektedir. Nöro-biyolojik çalışmalar, doğum öncesi bebeğin yetersiz beslenmesi, doğumda düşük kilolu olma ve prematüre durumlarında şizoid kişilik bozukluğu riski bulunduğunu belirtmektedir (Martens, 2010; Casper, 2004).

Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım, kişilik bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan bilişsel şemaların önemli olduğunu savunmaktadır (Beck ve ark., 2004). Şizoid bireyler, çoğu zaman ailelerinden farklı algılandıkları ya da beceriksiz olduklarına dair erken dönemleri anımsayabilirler ve bu düşünceleri temel inançları haline dönüşebilmektedir. Ötekileri, kaba ve yardım etmeyen kişiler olarak, sosyal etkileşimleri ise zorlayıcı ve kendilerine zarar veren biçimde algılayabilirler. Böylelikle sosyal açıdan uzaklaştıkları söylenebilir (Mankiewicz & Renton, 2019). Bilişsel yaklaşım, şizoid kişilik bozukluğu olan bireylerin temel inancının “Yalnızım.” olduğunu belirtir (Beck, Freeman ve Davis, 2004). Bununla birlikte, bireylerin günlük hayatta sahip olduğu olağan bilgilerin, şizoid kişiliklerde eksik olduğu görülür. Sosyal meselelere dair düşünme süreçleri belirsizlik gösterir ve iletişim tarzları karmaşıktır. Dolayısıyla şizoid kişilik bozukluklarında bilişsel tarz fakirleşmiştir (Millon ve ark., 1999).

Psikodinamik Yaklaşım Göre Şizoid Kişilik Bozukluğu

Literatürde Freud’un yalnızca şizoid kişiliği ele aldığı bir çalışma mevcut değildir ancak kendisinin “narsisistik kişilik” olarak geliştirdiği tanımlamaların bazı tarafları şizoid kişilik için de geçerli sayılabilir. Bunlar; bireyin kendisini korumakla ilgili gayreti, hayal kırıklıklarına yönelik tolerans düşüklüğü ve psikoza eğilim kriterleridir. Bununla birlikte Freud’un ego gelişimi, bölme, yansıtma, özdeşim ve egonun içsel arzular ile dış gerçeklikteki uyumsuzluğa yönelik görüşleri gelecekteki çalışmalarını şekillendirmiştir (Akhtar, 1987).

Psikanalitik psikoterapilerin gelişimiyle, özellikle nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde şizoid kavramı genişletilmiştir. Nesne ilişkileri okulu, bireyin dünyaya geldiği andan başlayarak nesne ilişkilerinin bulunduğunu ve esas çerçevenin şizoid durum olduğunu, bozuklukların erken dönem nesne ilişkilerinde bulunan sorunlardan meydana geldiğini ve meydana gelen tepkilerin de şizoid durumla başa çıkma gayesi ile kayıp nesne hissine karşılık savunmalar olduğunu vurgular (Akt. Anlı, 2014).

Erken çocukluk dönemlerinde şizoid kavramına yapılan en büyük katkılardan birisi de Melanie Klein’a aittir. Klein, şizoid durumun esas özelliğinin bölünme olduğunu öne sürmüştür. Bölünmeyi, çelişkili kendilik

ile nesne temsilinin ayrılması olarak tanımlamıştır. Bu bölünmenin temeli ise bireyin doğuştan var olan saldırganlığın izdüşümünden meydana gelen, çocuksu zulüm endişelerine yönelik savunma ile ilişkilendirilmektedir (Akt., Akhtar, 1987; Klein, 1946).

Melanie Klein, bölme, içselleştirme, yansıtma, yansıtımlı özdeşim, inkar, idealleştirme ve tümgüçlülük savunma mekanizmalarını açıklamıştır. Bu mekanizmalar erken çocuklukta paranoid-şizoid konum kullanılarak ilerler ve bu dönemdeki gelişim sorunları sonraki konum olan depresif konuma geçmeye mani olur (Akt., Akhtar, 1995; Klein, 1946). Yaşamının ilk 3 ayında paranoid-şizoid evrede bebek, içsel yaşantısındaki saldırganlığın “kötü” tarafını azaltmak için yansıtımlı özdeşimle nesneye yansıtır ve böylelikle kendiliğinden uzaklaştırır. Burada bölme ile kendiliğin kötü tarafını uzaklaştırarak nesneye yansıtır. 3 aydan sonraki depresif evrede ise kendiliği ve nesne temsillerini “iyi” ile “kötü’yü bir bütün şekilde algılaması ile önceki dönemde nesneyi tamamen kötü algıladığı için suçluluk hisseder. (Akt., McWilliams, 1994; Klein, 1946).

Bölünme, tezatlığı kabul etmeyerek ve yansıtımlı özdeşimin olmasıyla meydana gelmektedir. Kabul edilebilir olmayan kendilik kısımları dış dünyaya atılarak ürkütücü, tehlikeli ötekilerin ve bireyin “iyi” kısımlarının yüceltilmiş temsilleri oluşmaktadır. Bu içselleştirilen ve yansıtılan ilişkilene şekli, ötekileri kontrol etme arzusu meydana çıkarır; kendiliğin bu kısımlarını kontrol etme davranışı ile şizoid birey, ötekilerden uzaklaşmaktadır (Akt. Öner & Özsan, 2002).

Nesne ilişkileri ekolünde büyük önemi bulunan Fairbairn (1952), birey hazzı değil, bizzat nesneyi arzuladığını savunmuştur. Ona göre, “Haz, nesneye giden yolu bildiren işaret levhasıdır.” Dolayısıyla birey, hayatının manasını ilişkilerde bulur; nesne ilişkileri olmadan ego gelişimi sağlanamaz. Şizoid mesele de buradadır; şizoid birey, yaşadığı kaygıları sebebiyle kendini bütün nesne ilişkilerinden geri çeker. Esas ihtiyacı olan ilişkiyi reddetmek için çaresiz gayretlerde bulunur. Kaygılarını yatıştırmak için gerçek ilişkileri yok edip fantezi dünyasında yaşarlar. Yalnızca varlıklarını yok sayarak diğerleriyle bir arada bulunabilirler. Dışsal olarak bu yapılırken, içsel nesne ilişkileri yoğundur. Çünkü bütün nesnelerin kaybı ruhsal ölümdür. Nesnenin kaybı ise şizoid bireyin açlığını artırır (Akt. Anlı, 2014).

Fairbairn (1941), bireyin sevgisinin yutucu, içe alan biçime gelerek yıkım getirmesinden ürktüğünü belirtmiştir. Şizoidin geri çekilmesi, sevmeye endişesidir. Bu endişe ile şizoid, hayal kırıklığı yaşayabileceği bütün nesnelere reddeder. Böylelikle şizoid bireyin iç nesnelere, dışsal nesnelere konumunu almıştır ve zihninde ötekilere artık yer yoktur. Dolayısıyla şizoid, içsel yaşamında da nesnelere tarafından her zaman terk edilir. Arzulanan

nesnenin varlığıyla zihin, dış dũnyayı reddeder; arzulanan nesne ise şizoid bireyi sũrekli terk edendir. (Akt., Anlı, 2014).

şizoid kişiler ile yũrũttũęũ araştırmalarında Fairbairn'in (1952) bulgularına gũre; şizoid bireyler, yaşamının ilk dũnemlerinde annelerinin bariz biçimde ilişkisiz ya da fazladan ũzerlerine dũřmeleri sebebiyle, oldukları biçimde sevimemeyecekleri inanişı geliştirirler. Bununla gelen şiddetli değersizlik hissiyle anneye saplanma geręekleřir. Bu saplantıyla birlikte libidinal tutum, yalnızca bağımlılık değildir, kendiliğin zarar gũrme endişesiyle gelişen narsisistik ũzelliktir. Oral dũneme gerilemeyle birlikte iğselleştirilen "anne", "meme" ye yũnelik libidinal yatırım şiddetlenmiştir. Bũylelikle dış dũnyaya karşılık, iç dũnyaya değer verilmiştir.

Fairbairn (1952), şizoid karakterlerin genel olarak ũç ũzellięi olduğunu belirtmiştir. Bunlar: (1) tũmgũçlũ tutum, (2) izolasyon, (3) daha çok iç yaşantı ile ilgilenme ũzellikleridir. Ancak bu ũzellikler bariz biçimde gũrũlmeyebilir. Tũmgũçlũ tutum bilinęte veya bilinędıřı sũreęlerde bulunabilir. İzolasyon sosyal bir maske olarak ya da edinilen roller ile gizlenebilir. Aralarında dikkate değer şizoid ũzellik, bireyin daha çok içsel yaşantısıyla ilgilenmesidir. Dışsal geręekle içsel yaşantı ilişkisi ne olursa olsun şizoid birey fazlaca iç yaşamına yũnelir.

Nesne ilişkileri okulu çeręevesinde şizoid kişilik bozukluğu ęalıřmalarını ilerleten ũnemli isimlerden biri de Harry Guntrip'tir. Fairbairn tarafından ortaya koyulmuş gũzlemleri ayrıntılı olarak ele alarak şizoid kavramın anlaşılmasına katkı sağlamıştır (Akt., Masterson & Klein, 1995; Guntrip, 1992; Fairbairn, 1952).

Guntrip, tũm bireylerin psikolojisini şizoid fenomene yũnelik savunma olarak değerlendirir. İnsanlardaki esas gerileme seyrini; nesnesiz-bebeğin anne rahminde olduğu- evreye dũnme fantezisi olduğunu belirtir (Akt. Anlı, 2016; Guntrip, 1992).

Guntrip, (1992) şizoid karakterde dokuz ũzellik tanımlamıştır:

(1) İęedũnũklũk, şizoid kişiliklerde içsel nesneye yũnelme gũrũlũr. (2) Geri ęekilme, ile dışsal yaşamdan kopmuştur. (3) Narsisizm ise şizoid bireyin sevgi nesnesi içsel yaşantısındadır ve iğselleştirdiğinden tũm yatırım aslında kendisinedir. (4) Kendine yeterlik, dışsal yaşamdan kopuk yaşama ile meydana gelen narsisistik kendine yetme, şizoid bireylerin nesnelere etkileşiminde ortaya ęıkabilecek endişeye yũnelik koruma sağlar. (5) ũstũnlũk duygusu, ũtekilere ihtiyağı yoktur ve ũtekilere yũnelik kũęũmseme hissi, bağımlılık ve ũzlemeyi reddeder. Bununla birlikte diğerlerinden farklı olma hissi de yer alır. (6) Duygulanım kaybı da şizoid bireyler de gũrũlen bir ũzelliktir, ũtekileri yũnelik incitmelerde bunu ne oranda yaptıklarını anlamayabilirler. (7) Yalnızlık, şizoid kişilikte gũrũlen

bir temadır ve dışsal ilişkileri yok etmenin neticesidir. Şiddetli sevgi özlemi bunu gösterir. (8) Kendine yabancılaşma ile şizoid birey, kimlik ve bireysellik duygularını yitirir; böylelikle bütün durumları tehlikeli olarak algılar. (9) Gerileme ise şizoid karakterin güvende olduğu anne rahmine geri kaçıdır (Akt., Anlı, 2014).

Guntrip'in (1992), "şizoid ikilem" diye tanımladığı durum: ilişki kurmaya yönelik açlığın ve endişenin izdüşümü olarak "içinde" ve "dışında" durumlarıdır. İlişki kurmadığı alanda şizoid, izole, yalnız ve acı içindedir; temas arzusu ortaya çıktığında yakın olma kaygısı da beraberinde gelir. Nesneden ayrı, ilişki kurmadığında yalnızlık hissederek temas ettiğindeyse yutulmuş hissi yaşar.

Şizoid, analitik çerçevede incelendiğinde oral dönem sorunları ile uğraştığı imajı verir; şizoid, yutulma ve istila edilme tehlikelerinden kaçma sorunları ile meşgul olur (McWilliams, 1994).

Nesne ilişkileri ekolünü benimseyen bir diğer kuramcı ise James F. Masterson'dur. Masterson'a göre, şizoid kişilik bozukluklarında; kendilik, nesneyle mesafelenerek ilişki inşa eder (Masterson & Klein, 2011). Şizoid kişiliğin en büyük meselesi ise, yakınlık üzerinden zarar görmeden nasıl sevebileceği ve öfkesi ile nesnesini yok etme korkusudur (Masterson & Klein, 1995). Klein (1995), şizoid durumu, sürgündeki kendilik olarak ifade etmiştir. Ötekilerle ilişki kurmak kendilik kaybını ortaya çıkarır; sürgündeki kendilik ise ötekilerin kaybını ortaya çıkarır. Geri çekilerek güvenli bir alan yaratma ile nesnesiz kalma endişesinin ikilemi, şizoid kişiliklerde görülen ana temadır.

Kimlik Bütünlüğü

Kernberg (1985), psikanalitik çerçeveden incelediğinde şizoid karakter yapısını, sınırdaki kişilik organizasyonu ile ilişkilendirmiştir. Bu kişilik örgütlenmeleri nevroz ile psikoz arasında bir konumda yer alırlar.

Kimlik bütünlüğü için gereken ilk durum, nesne ile kendilik temsillerini ayırmak ikinci olarak ise dürtülerin etkisiyle oluşan kendilik ile nesne temsilleri, uyumlu duygulanım ile entegre edilmesidir. Nesnelere idealleştirilmiş "tamamıyla iyi" ve değersizleştirilmiş "tamamıyla kötü" temsilleri bütünleştirilmelidir; böylelikle nesne ve kendilik temsilleri ayrışır ve gerçekçi şekilde var olurlar (Akt., Akhtar, 1995; Kernberg, 1967). Kernberg'e göre (1985) sınır karakter örüntüsünde ise bölünmüş nesne temsili söz konusudur; kendilik ve nesnelere ya bütünüyle "iyi" ya da bütünüyle "kötü"dür ve bir taraftan öteki tarafa aniden geçiş görülür. (Akt., Millon ve ark., 1999).

“Şizoid” kavramının kelime kökeninde de ifade edilen bölünme, benlik ile dış dünya arasında; deneyimlenen kendilik ile dürtü arasında gerçekleşir. Psikodinamik kuramcılar, şizoid kişiliklerdeki bölünmeyi, benliğin bir bölümünden ya da yaşamdan yabancılaşma durumunu ima ederler (McWilliams, 1994). Bu bölünme, bilinç ile bilinçdışının değil; kimlik bölünmesinin ve birleşmeden var olmasının izdüşümüdür. Dolayısıyla şizoid bireyler, kim olduklarına dair net bir algıları olmadan, tutarsızlık gösteren duygu, düşünce ve dürtüler arasında salınırlar (Gençtan, 1997).

Şizoid bireylerin ilk bakışta algılanan izlenimleri ile iç dünyaları arasında farklıdır. Dışardan bakıldığında şizoid kişilikler, kopuk, özerk, cinselliğe karşı ilgi göstermeyen ve katı ahlaki kuralları olan imaj gösterebilirler de iç yaşamlarında oldukça duyarlı, duygusal olarak beklentileri fazla, aşırı dikkatli, yaratıcı, sapkın ve aldatici olabilen kişiliklerdir (Akt., Gençtan, 1997; Akhtar, 1987).

Şizoid karakter için, nesnenin hem “iyi” hem “kötü” tarafının bir arada bulunabilmesi mümkün değildir. Kendilik temsilleri: aşağılanmış, zarar görebilecek ve üstün özellikleri dağılmış haldedir. Ego zayıflamıştır ve düşük dürtü denetimi, zayıf ego kapasitesi ve kendi kendini idealize etme ile görülebilir (Kernberg, 1970).

Millon ve arkadaşları (1999) şizoid durumun bilinçte dağılmalara sebep olabileceğini ortaya atmıştır. Nevrotiklerde gelişen benlik algısı, kaygılı anlarda uyum ve denge sağlar. Şizoid kişilik bozuklarında kimlik bütünlüğü bozulmuş olduğundan benlik çarpık olarak algılanır. Yabancılaşma ve kendilikten kopuk hissetme yaşanabilir. Duygusal kopukluk sebebiyle mekanik duygulanım ortaya çıkabilir. Fairbairn, ego bölünmesiyle oluşan ilişkilerin, ötekilerle kurulamamış ilişkiler yerine geçtiğini savunur; böylelikle nesnelerin bölünmesi, egonun da bölünmesidir. Dolayısıyla egonun zayıfladığını vurgular. Guntrip ise, egonun dışsal ve içsel olarak nesne ilişkilerinden uzaklaşması sebebiyle zayıfladığını belirtir (Akt., Anlı, 2015; Fairbairn, 1952; Guntrip, 1969).

Gerçeği Değerlendirme

Şizoid kişilik bozukluklarında kimlik bütünlüğü sağlanmadığından kendilik çarpık algılanır. Sınır kişilik örgütlenmeler yüzeysel görünimleri nevrozları anımsatsalar da yakından gözlendiklerinde nevrozlar kadar bütünleşmiş bir kendilik algısına sahip olmadıkları görülebilir. Sınırdaki kişilik bozukluklarında, gerçeklik tamamen kaybolmasa da gerçeklikten kopmaların yaşandığı durumlar da görülür (Millon ve ark., 1999).

Sınırdaki kişilik organizasyon ile ilişkilendirilen şizoid kişilik bozukluğunda, süperego bütünleşmesi minimum seviyededir ve egonun bileşik

işlevi hasar alır, böylelikle kişinin gerçeklik ile etkileşiminde problemler görülebilir (Akhtar, 1987).

Şizoid bireylerde genel olarak psikotik semptomlar saptanmasa da zaman zaman kısa süreli psikotik evreler görülebilmektedir (Akt., Ride-nour, 2016; Stone, 1985). Fazla stres, alkol ve madde etkileri sebebiyle bu kişiliklerde kısa süreli psikotik belirtiler görülebilir ancak bu kişiler gerçeği değerlendirme gücünü korurlar (Kernberg, 1985). Şizoid kişiliklerle gerçekleştirilen değerlendirme aşamasında kişinin psikoz belirtileri göz ardı edilmemelidir; sanrı ile varsanıyla ilişkili problemler ve düşünceleri ile davranışlarını ayırt etme yetisinin saptanması önemlidir (McWilliams, 1994).

Psikolojik Savunma Mekanizmaları

Sınır düzeyinde konumlandırılan kişilik örgütlenmelerinin temel karakteristik özelliği, ilkel savunma mekanizmalarını kullanmalarıdır. Dolayısıyla şizoid kişilik bozukluklarında, ilkel ya da olgunlaşmamış olarak yorumlanan savunma mekanizmalarının kullanıldığı görülmektedir. Şizoid kişiliklerde, bozukluğun mevcudiyetini gösteren temel savunma: fantezi dünyasına geri çekilmedir. (McWilliams, 1994).

Saklı tuttuğu kendiliğine temas etmek için geri çekilir; böylelikle kendilik, öteki kendilik temsilleri ile bütünleşebilir. (Akt., Gençtan, 1997; Eigen, 1973). Yaşamdan, deneyimlemeden geri çekildikleri için duygulanımları donuktur; dolayısıyla entelektüelleştirme savunma mekanizmasını kullanırlar (Millon ve ark., 1999). Bir diğer ilkel savunma mekanizması olarak yer alan bölünmede ise şizoid kişilik, dış dünyayı, nesnelere, dürtüleri ve kendiliği, tamamıyla iyi veya tamamıyla kötü olarak böler (McWilliams, 1994).

Yansıtımlı özdeşim ile; şizoid kişilikler iyi taraflarını muhafaza etmeleri için ötekilere aktarırlar ve ötekilerde umut, değer verme ve kurtarma fantezilerini eyleme geçirirler (Akhtar, 1995). Terapide ise bunaltıcı duygularını yansıtımlı özdeşim ile terapistlerine atabilirler (Akt., Ridenour, 2016; Stone, 1985).

Şizoid kişiliklerde en uyumlu kapasite, yaratıcılıktır; kendine özgü sanatçıların şizoid tarafları bulunabilir. Daha üst düzey şizoid karakterler, özelliklerini sanat veya bilimsel araştırma gibi eserlere dökebilirler. Otistik geri çekilme ile özgün eserlere yüceltme kullanılması psikoterapide de ilk hedeflerdendir (McWilliams, 1994).

Eşlik Eden Psikopatolojiler

Şizoid kişilik bozukluklarında, çok fazla veya çok az uyarılma sebebiyle kaygı bozukluğu meydana gelebilir. Aşırı izole olunan bir

halde veya geçmiş yaşantıda süreklilik gösteren veya travmatik ilişkiler endişe uyandırdıysa sosyal yaşama dönüşe yönelik obsesyonlar ya da kompülsiyonlar meydana çıkabilir (Millon ve ark., 1999).

şizoid kişilik bozukluğunun tarihsel gelişimine baktığımızda ilk başlarda bu bozukluk, şizofreni ile ilişkilendirilmekteydi. şizoid karakterin birtakım özellikleri şizofreni hastalığının negatif belirtilerine benzetilmektedir (Millon ve ark., 1999). şizoid kişiliklerde yoğun stres yaşadıkları, alkol ve madde etkisinde kısa süren psikotik semptomlar ortaya çıkabilir (Kernberg, 1985).

şizoid kişilik bozukluklarında kimlik bütünlüğü sağlanmadığından kendilik bozuk algılanır; böylelikle yabancılaşma ya da depersonalizasyon deneyimi yaşanabilir. Duygulanımda küntleşme sebebiyle bedenden ayrışma hissi görülebilir (Millon ve ark., 1999).

Ayrırcı Tanı Sorunları

şizoid ve kaçıngan kişilikler incelendiğinde; her iki kişilik örüntüsünde de ilişkisel alanda ikircikli ve pasif durumlar gözlemlenir; geri çekilme ve ilişkisel alanda endişeli bir durum söz konusudur (Millon ve ark., 1999). şizoid kişilikte de kaçıngan kişilikte de temel özellik, sosyal geri çekilmedir; ancak şizoid kişilik bozukluğunda yakın ilişkilere karşı isteksizlik, kaçıngan kişilik bozukluğunda ise sosyal geri çekilme reddedilmeye karşı aşırı hassasiyetten kaynaklanmaktadır. Kaçıngan kişilikler, eleştirilmeden kabul edildiğine dair güçlü kanıtlar bulursa yakın ilişkilere karşı arzu hissederler (Livesley ve ark., 1985).

şizotipal ile şizoid kişilik bozukluklarında da yine sosyal ilişkilerden geri çekilme görülse de sebepleri farklılık göstermektedir. şizotipal kişilik bozukluklarında, sosyal ortamlarda kastedilme gibi paranoid kaygılar görülür, şizoid bireylerde ise kayıtsızlık görülür. şizotipal kişilik bozukluklarında tuhaf düşünceler görülürken şizoid kişilik bozukluklarında donuk bir tablo mevcuttur. Dolayısıyla şizotipal karakterler basit şizofreniyi anımsatır (Millon ve ark., 1999).

şizoid bireylerde bazen kompulsif hareketler görülebilir, yaşamlarını kendisine has rutinlere göre idame ettirebilirler; böylelikle obsesif kompulsif kişilik örüntüsünün bulunabileceğine dair hatalı yorumlar oluşabilir (McWilliams, 1994). Her iki bozuklukta esnek olmayan bir tutum ile saklı tmgllk gibi benzer eğilimleri olsa da iki karakter yapısı birbirlerinden farklıdır; Obsesif kompulsif kişilik örüntüsünde derin nesne ilişkileri, olgun sevgi ve ilgi duyma gibi beceriler mevcuttur. Ek olarak Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda bölme savunma mekanizması görülmez ve kompulsif kişilikte ahlak kuralları katı biçimdeyken şizoid kişilikte ise tutarsızdır (Akhtar, 1987;1970).

Şizoid ve narsisistik kişilikler arasında birtakım benzer taraflar bulunmaktadır; her iki bozukluk için yakınlıktan yoksunluk, gelişimsel açıdan baktığımızda ise ayrılma-bireyleşme döneminde önemli gelişimsel sorunlar görülür. Ancak temelde baktığımızda iki farklı bozukluktur; narsisistik karakterde daha aktif, sürekli nesne arayışı ve gösteriş hali bulunurken şizoid ise pasif, nesneye mesafeli ve ilgisizdir (Akhtar, 1987).

Kernberg (1970), şizoid kişilik bozukluğunu sınırdaki kişilik örgütlenme olarak tanımlamıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ile şizoid kişilik bozukluğunu, alt düzey sınır kişilik örgütlenmesi olarak formüle etmiştir. Her iki bozuklukta da rollerde karışıklık, psikotik düşünceler zaman zaman gözlemlenebilir. Benzer özellikleri olmasına rağmen oldukça farklı iki karakter yapısıdır; sınırdaki kişiliklerde öfke görülürken, şizoid bireylerde öfke duygusu pek görülmeyebilir. Sınır kişilik gösteren bireyler, simbiyotik ilişki arayışındayken, şizoid birey ise nesnelere vazgeçmiştir (Akhtar, 1987).

Şizoid Kişilik Bozukluğunun Seyri

Şizoid kişilik bozukluklarının tedavisinde baktığımızda, yapılan bir araştırmaya göre; Şizoid bireyler çoğunlukla kriz durumunda terapiye başvururlar fakat ego kapasiteleri kısıtlı olması nedeniyle terapi süreci oldukça zorlayıcı olabilir (Akt., Öner & Özsan, 2002; Salzman,

Millon ve arkadaşları (1999), şizoid kişilik bozukluklarının gidişatını iç açıcı bulmadığını belirtmiştir. Yakınlık kurmaya çok sıcak bakmadıkları için ve düşük duygusal yetileri olması sebebiyle şizoid kişiliklerle sınırlı aktarım ilişkisi görülür. Bir diğer yandan şizoid kişiliklerle yapılan terapilerde; şizoid bireyin kuvvetli geri çekileme yatkınlığı ile iyileştirici ilişkiden uzaklaşılabilir (Akhtar, 1987).

Ware (1983), ise şizoid karakterin terapisinin yavaş ve itinalı bir süreç olarak tanımlamıştır. Şizoid kişilik bozukluklarında terapist ile iş birliğinin sağlanmadığı; kopuk bir seyir görülebilir. Kişilerarası yaşanan problemler esas meseledir. Terapötik ittifak, bu bireylerin tedavisinde oldukça önemlidir. Bu durum, bilişsel davranışçı terapilerde de göz ardı edilen bir husustur (Young ve ark., 2003). Ralph Klein ve James F. Masterson (1995), şizoid bireylerin psikoterapisinde şizoid ikilemi yorumlamanın önemini ortaya koyar; güvende olma ile izole edilme arasındaki salınımı yönetmenin önemini vurgular.

SONUÇ

Çok uzun süredir literatürde yer almasına rağmen şizoid kişilik bozukluğunun belirgin formülasyonu mevcut değildir. Çeşitli ekoller şizoid kişilik bozukluğunu farklı bakış açılarıyla incelemiştir. Tanımlayıcı

yaklaşım gözlemlenebilir özelliklerini açıklarken; şizoid kişiliğin içsel yaşantısının gözden kaçırılması durumuyla karşı karşıya kalınabilir.

Bütüncül bir tanımlamasının olmayışı ise şizoid kişilik bozukluğunun sağaltımında olumsuz etkiye sebep olabilir. Açıklayıcı kuramları incelediğimizde kuramlar arasında farklılıklar görölmektedir; biyolojik yaklaşım şizoid kişilik bozukluğu şizofreni ile ilişkilendirirken, bilişsel yaklaşım temel inançlara ve bilişsel süreçlere odaklanır.

Şizoid kavramının anlaşılması nesne ilişkileri okulunun çalışmaları ile sağlanmaya başlanmıştır. Nesne ilişkileri kuramcıları erken dönem ilişki sorunlarına odaklanarak bu geri çekilmiş ruh halini açıklamaya çalışmışlardır.

Psikodinamik kuram ise, şizoid kişilik bozukluğu gösteren bireylerin içsel yaşantısını, bilinçdışını ve karakter yapısını ele alır. Şizoid kişilik bozukluğunu, nesneden kopma ve içe dönüş yolculuğu olarak özetleyebiliriz. Psikanalitik açıdan baktığımızda; çoşkusal açıdan ulaşılmaz konumda görölen şizoid kişilik bozukluğunun derinde ürkek, yalnız ve terk edilmenin acısını yaşayan konumu görölmektedir. Mesafeli ve duygusal açıdan künt davranışlar gösterdiklerinden kimse onların farkında olmayabilir. Bu da onların aslında geri çekilmelerinin tezahürüdür.

Masterson'a göre şizoid birey, nesneyle mesafe kurarak ilişki inşa eder. Zarar görmeden yakınlık kurmak ister ve öfkesinin nesnesini yok etmesinden korku duyar. Şizoid kişiliklere göre, ilişki kurmak kendiliği kaybetmek demektir, sürgündeki kendilik ise ötekilerin kaybıdır. Şizoid ikilem de buradadır; geri çekilip güvenli yerde kalmak ile nesnenin olmadığı yalnız yerde kalmanın endişesi...

Gidişatı pek iç açıcı olarak değerlendirilmeyen şizoid kişilik bozukluğu, bütüncül yaklaşım ile ele alındığı taktirde sağaltımında olumlu sonuçlar elde edileceği söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American journal of psychotherapy*.
- Akhtar, S. (2016). Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı. İzmir, Odağ psikoanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1995)
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anlı, İ. (2015). Nesne ilişkileri kuramı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Beck, A. T., Freeman, A. ve Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. (2nd ed.) The Guilford Press.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cas-savia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 16(1), 101-118.
- Bilge, Y., & Yilmaz, R. (2023). Turkish adaptation of the Dimensional Clinical Personality Inventory-Schizoid Personality Disorder: Validity and reliability study. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 36(3). ISO 690
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry*. New York, NY: Macmillan.
- Caldwell-Harris, C. L., & Aycicegi, A. (2006). When personality and culture clash: The psychological distress of allocentrics in an individualist culture and idiocentrics in a collectivist culture. *Transcultural psychiatry*, 43(3), 331-361.
- Casper, R. C. (2004). Nutrients, neurodevelopment, and mood. *Current psychiatry reports*, 6, 425-429.
- Chodorow, N. J. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- Chodorow, N. J. (1989). *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven: Yale University Press.
- Coid, J.W. (1992) DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: a way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 78-89.
- Coid J (2002) Personality disorders in prisoners and their motivation for dangerous and disruptive behaviour. *Criminal Behaviour and Mental Health* 12(3): 209-226.
- Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(S44), s3-s10.

- Eigen, M. (1973). Abstinence and the Schizoid Ego, *Int J Psychoanal* 54: s. 493-498.
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 515-528.
- Fairbairn, R. (1940). *Psycho-analytic studies of the personality*. London, England: Routledge.
- Gençtan, E. (1997). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal dışı Davranışlar*, (13. baskım). İstanbul: Remzi Kitabevi AŞ. ISO 690
- Grant, B., Hasin, D., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Ruan, W. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Guntrip, H. (2018). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Routledge. (Orijinal baskı tarihi 1992)
- Hoch, A. (1909) A study of the mental make-up in the functional psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 36, 230–6.
- Hummelen, B., Pedersen, G., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). Poor validity of the DSM-IV schizoid personality disorder construct as a diagnostic category. *Journal of personality disorders*, 29(3), 334-346.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive psychiatry*, 42(1), 16-23. ISO 690
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Kendler, K. S., Czajkowski, N., Tambs, K., Torgersen, S., Aggen, S. H., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Dimensional representations of DSM-IV cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1583-1591.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15: 641-685.
- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822.
- Kernberg, O. F. (1970) Borderline personality organization. / . *Am. Psychoanal. Assoc.*

- Kernberg, O. F. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis* 27: 99-110.
- Li, T. (2021, December). An Overview of Schizoid Personality Disorder. In 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021) (pp. 1657-1663). Atlantis Press. ISO 690
- Livesley, W. J., West, M., & Tanney, A. (1985). Historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 142(11), 1344-1347.
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2012). Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections?. *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 333-340.
- Mankiewicz, P. D., & Renton, J. C. (2019). Increasing Psychosocial Health with Cognitive Therapy in Schizoid Personality Disorder: A Single Subject Design. *Ath J Heal Med Sci*, 6(4), 197-212. ISO 690
- Martens, W. H. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *The European journal of psychiatry*, 24(1), 38-45.
- Mahler, S. (1968). Autism and symbiosis: two extreme disturbances of Identity. In *The Selected Papers of Margaret Mahler, Vol. I*. International Universities Press, New York.
- Masterson, J. F., & Klein, R. (2011). Kendilik bozukluklarının psikoterapisi. (Mirel Benveniste, Pınar Özdemir, çev.) İstanbul, Litera Yayınları.
- Masterson, J. & Klein, R. (2013). Kendilik bozukluklarının tedavisinde yeni ufuklar. (M, Yöntem, N. Gazioğlu, çev.). Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1995)
- McWilliams, N. (2010). Psikanalitik tanı. Baskı. (E. Kalem, çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1994).
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. ve Ramnath, R. (2019). *Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları* (E. O. Gezmiş, çev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. (Orijinal baskı tarihi 1999).
- Öner, Ö., & Özsan, H. H. (2002). Şizoid kişilik bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, S, 3. ISO 690
- Ridenour, J. M. (2016). Psychodynamic model and treatment of schizotypal personality disorder.

Psychoanalytic Psychology, 33(1), 129.

Salzman, L., Arieti, S. A., & Brody, E. B. (1974). Other character-personality syndromes: Schizoid,

inadequate, passive-aggressive, paranoid, dependent. *American handbook of psychiatry*, 3, 224-234. ISO 690

Stone, M. (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 576-589. doi:10.1093/schbul/11.4.576

Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of personality disorders*.

Ware, P. (1983). *Personality Adaptations:(Doors to Therapy)*. *Transactional Analysis Journal*.

Wheeler, Z. (2013). *Treatment of schizoid personality: An analytic psychotherapy handbook (Doctoral dissertation, Pepperdine University)*.

Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, E. M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E. & Gunderson, J. G.

(2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of personality disorders*, 14(4), 291-299. ISO 690

BÖLÜM 3

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Şenay PELİNDAĞ AÇA¹

Doç. Dr. Pervin TUNÇ²

1 İstinye Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı,

İstanbul/Türkiye

2 İstinye Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi- Klinik Psikoloji Programı ORCID:

0000-0003-4938-0510

Giriş

Çalışmanın Önemi ve Amacı

Şizotipal Kişilik Bozukluğu (ŞKB) nüfusun yaklaşık %3'ünde görülür, 25 yaşından önce ortaya çıkan ve yaşam boyu devam eden, her iki cinsiyette de rastlanan ve sosyal sınıfların hepsini etkileyebilen patolojik bir kişilik yapılanmasıdır. Şizotipal kişilik bozukluğu gösterenler genellikle sosyal kaygı yaşayan, eksantrik görünüm ve konuşmalarıyla tuhaf bulunan kişilerdir. Şizotipal kişilerin kendine has dünyaları yani büyüsel düşünceleri, mantık dışı şüpheleri, tuhaf giyim ve konuşma tarzları onları diğer insanlardan uzaklaştırabilmektedir. ŞKB'nin önemli göstergelerinden biri sosyal etkileşimde belirgin bir eksiklik yaşanılanmasıdır. Çoğunlukla hezeyan seviyesinde olmayan eksantrik konuşma ve görünüş, uyumsuz duygudurum ya da garip yaşantılar ile tanımlanmaktadır (Kendler & ark. 2007). Aynı zamanda, şizotipal kişilik özelliği gösteren bireyler gerçeği değerlendirmede zayıflık, algısal sapmalarla birlikte tuhaf inançlar ve büyüsel düşünmeye yatkınlık gösterebilmektedir (Colinger & Svrakic, 2008). Şizotipal bireyler, yıpranmış, eksantrik ya da kültür ile açıklanamayan kıyafetler ile tuhaf davranış ve görünümde olabilmektedirler. Bu durum Şizotipal Kişilik Bozukluğu gösteren bireyleri hem kendilerine hem de başkalarına karşı yabancılaşma yaşamalarına ve toplumdan soyutlanmaya itebilmektedir. İnsanlara karşı besledikleri şüphe dolu düşünceler ve gerekli iş birliğini göstermekte yetersizlikleri nedeniyle tedavi arayışında kısıtlılık gözlenmektedir.

Klinikte ŞKB, en çok şizofreni ve otizm ile görünümdeki benzerlikler nedeni ile karıştırılmaktadır. Bu tanı karışıklığının tedavi sorunlarına neden olduğu gözlenmektedir. Bu nedenle, ayırıcı tanılarının netleşmesi için klinikte daha çok tanınması ve araştırılması gerekliliği ortaya çıkmış görünmektedir. Bununla birlikte ŞKB ile ilgili yapılan araştırmaların ve yayınlanan makalelerin azlığı dikkat çekmiştir. Bu makalenin amacı, Şizotipal Kişilik Bozukluğunun tarihsel gelişimini, yaygınlık oranlarını, eşlik eden diğer psikopatolojileri, farklı kuramlara göre etki eden faktörleri incelemektir. Konu ile ilgili güncel literatür gözden geçirilmiştir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunun Tarihsel Gelişimi

Şizotipal Kişilik Bozukluğu ilk kez Kraepelin ve Bleuler'in bahsetmiştir. Şizofreni semptomları göstermeyen fakat eksantrik eylem ve kişilik özelliklerine sahip, akrabaları arasında şizofreni hastaları olan kişilere dikkat çekmiştir. Yaptıkları gözlemlerde bu vakaların şizofreniye dönmediğini ve stabil kaldığını açıklamışlardır. Akhtar'ın (2009) da belirttiği gibi şizofreni ve genotip kavramları üzerinden Şizotipal terimi ortaya çıkmıştır. Şizofren kişilerin psikotik olmayan aile üyelerinde görülen ek-

santrik davranış ya da dūřünceler olması dikkate alınmıştır. Özellikle Rado ve Meehl'in klinik gözlemleri şizotipal bir kişilik bozukluğunun olabileceğini gündeme getirmiş ve şizofreniyle ilgili uzun yıllar boyunca yapılan genetik araştırmalar da bu görüşü desteklemiştir. Rado'ya göre (1953), řKB gösteren bireylerde iki yapısal bozukluktan söz edilebilir; "haz verici yaşantıları bütünleştirmede yetersizlik ve bedensel kendilikle ilgili farkındalık düzeyinde çarpıklık". Bu iki yapısal bozukluk haz verici duygularda yeteri kadar gelişmemiş olmak, öte yandan korku, hiddet gibi acı duygularla dolu olmak, reddedilme korkusuyla birlikte herkese, her řeye karşı yabancılaşma hisleri, gelişmemiş cinsel yaşam ve stresli durumlarda bilişsel dağılmaya yatkınlıktır (Rado, 1953).

şKB'nin tarihçesinin şizofreni araştırmaları ile paralel olduğu söylenebilir. 1950 yıllarında, şizofreni hastalarının yakın akrabalarını gözlemleyen Bluer şizofreni belirtilerinin bu kişilerde örtük şekilde bulunabileceğini düşünmüştür ve örtük fenotip, şizoidi, borderline şizofreni, psödonöratik şizofreni terimleriyle adlandırmıştır. şizotipi kavramını ilk kullanan kişi Sandor Rado'dur ve bu kavram ile şizofreninin psikotik olmayan fenotipik halini tanımlamaktadır (Rado, 1953). Paul Meehl (1989), bir şizotipi gelişim modeli ile şizogen olarak adlandırdığı bir genin merkezi sinir sisteminde şizotaksi olduğünü iddia etmiştir. Meehl'in bu kuramı, şizofreni araştırmalarına farklı bir boyut getirmiş ve şizotaksi, şizotipi ile birlikte şizotipal kişilik bozukluğunda nörobiyolojik çalışmaların arasında yerini almıştır.

Kişilik kuramcılarının biri olan Eysenck, Meehl'in şizotipi kavramını kişilik boyutu kapsamında ele almaktadır. şizotipi en genel anlamıyla psikoza yatkınlığı ifade ederken, dört temel özellik ile açıklanmaktadır; olağan dışı deneyimler, bilişsel düzensizlik, içe dönük anhedoni, haz veren duyguları deneyimlemede eksiklik ve dürtüsel uyumsuzluk (Eysenck & Eysenck 1976).

Kişilik kuramcılarının etkisiyle Amerikan Psikiyatri Birliği, şizotipiyi tanı sistemine bir kişilik bozukluğu olarak almıştır (APA, 1980). Dünya Sağlık Örgütü ise şizotipal Kişilik Bozukluğu yerine şizotipal Bozukluk ifadesini kullanmaktadır çünkü şizotipiyi, şizofreniyle bağlantılı bir örüntü olarak kabul ederken, bir kişilik bozukluğu olarak ele almamaktadır (ICD-10, 1993). Sonuç olarak şizotipal kişiler ve şizofrenler çoğunlukla şizotipler olarak tanımlanmaktadırlar ve bu iki bozukluğun içinde bulunduğu grup şizotipi olarak adlandırılmaktadır (Millon & ark. 2019).

Şizotipal kişilik bozukluğu yaygınlık oranları ve demografik özellikler

ŞKB'nin toplumda görülme sıklığı %3'tür ve erkeklerde daha sık görülmeyle birlikte şizofren hastalarının yakınlarında görülme ihtimali fazladır (Koroğlu, 2019). Diğer çalışmalar da ise ŞKB'nin görülme sıklığının erkeklerde %4,2, kadınlarda ise %3.7 olduğu ifade edilmiştir. Boşanma, düşük gelir düzeyi gibi etkenlerin risk oluşturduğuna da işaret edilmiştir (Pulay & ark. 2009). Aynı araştırmacılar yaşam boyu prevalans değerlendirildiğinde Şizotipal Kişilik Bozukluğunun diğer psikopatolojiler ile yüksek komorbite gösterebildiğine işaret etmiştir; borderline kişilik bozukluğu (%36,7), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), şizoid kişilik bozukluğu (%20), bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 (%22,1; %14,2), obsesif kompulsif bozukluk (%13,5) ve major depresif bozukluk (%6,6).

DSM- V Şizotipal Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

Şizotipal Kişilik Bozukluğu DSM'e göre Eksen II, Psikodinamik kurama göre ise sınır ruhsal örgütlenme düzeyinde yer almaktadır. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-III) üçüncü baskısı ile ruhsal bozuklukların resmi sınıflandırılmasına eklenmiştir. Böylece şizofreni ile ayırıcı tanısı belirlenmiş, ayrılan ve benzeyen yönleri üzerinden tartışılmaya da başlanmıştır. Şizofreni ile Şizotipal Kişilik Bozukluğu arasındaki farkı araştırmak amacıyla pek çok araştırma yapılmıştır. Torgersen ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı araştırmada, şizofreni hastası ikizleri ve birinci derece akrabaları olan ve olmayan şizotipal kişiler, diğer ruhsal bozuklukları olan ve herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu bireyleri ile karşılaştırıldı. Şizotipal bireylerde yalnızca yetersiz uyum ve tuhaf iletişimin daha belirgin olduğu ortaya çıktı. Bununla birlikte, şizofrenik spektrumun dışındaki şizotipaller, referans fikirleri, şüphelik, paranoya, sosyal kaygı, kendine zarar veren eylemler, kronik öfke, süregiden kaygı ve reddedilmeye karşı duyarlılık konusunda şizofreni spektrumu içindeki şizotipallerden daha yüksek puan almıştır. Bununla birlikte şizofrenik ailelerden gelen şizotipal bireyler arasında bir takım başka şizotipal özellikler de gözlemlenmektedir. Ayrıca dengesizlik ve kimlik sorunları gibi bazı sınır özellikler de şizotipal bireylerde yaygındır. Diğer şizotipal ve borderline özellikler, illüzyonlar, duyarsızlaşma/derealizasyon ve büyümlü düşünce şeklinde görünüm kazanabilir (Torgersen & ark. 2002).

Şizotipal Kişilik Bozukluğu, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında, DSM- V'de, A kümesi kişilik bozuklukları arasında yer almaktadır (APA, 2013). Erken Erişkinlik dönemlerinde başlayan Şizotipal Kişilik Bozukluğunun 9 maddeden oluşan DSM 5 tanı kriterleri

şoyledir; referans fikirler, tuhaf inançlar veya büyüsel düşünme tarzı, alınma referansları, tuhaf algılar; örneğin kişinin vücuduyla ilgili tuhaf hislerinin olması gibi, tuhaf düşünce ve konuşma yapıları, şüphencilik ve paranoya, uygunsuz ya da sınırlı etkileşim ve tuhaf, eksantrik davranış ya da görünüm, yakın arkadaş eksikliği ve etrafındaki diğer insanlar tanıdık olsa bile kaygının azalmaması (Cloninger & Svrakic, 2008). Tanı için, bu belirtilerin en az 2 yıl boyunca, devamlı olarak ya da uzun süre var olması beklenmektedir.

şKB tanısının konulabilmesi için kişinin DSM-V'te tanımlanan 9 maddeden en az 5'ini karşılıyor olması gerekmektedir; ICD-10'da olgusal olarak şizotipal Kişilik Bozukluğuna karşılık gelebilecek şizotipal Bozukluk tanımı yer almaktadır ve tanı konulması için bilişsel, algısal, konuşma ve davranış başlıklarının altındaki belirtilerden en az 4'nün, en az 2 yıl süren, tekrarlayıcı, sabit bir yapılanma şeklinde olması gerekmektedir. (akt., Mısıır & Alptekin, 2020).

şizotipal Kişilik Bozukluğu tanısında kullanılan tanı araçları

Klinik gözlem ve görüşmenin yanısıra klinikte bazı envanterler şKB tanısı için kullanılmaktadır. şizotipal kişilik bozukluğu envanteri (Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)) (Raine, 1991) şizotipal kişilik bozukluğu için DSM-III kriterleri temel alınarak modellenmiştir. şizotipal Kişilik Bozukluğu şüphesiz şizotipi ile aynı olmasa da şKB envanteri hem şizoipal kişilik bozukluğu tarama aracı olarak hem de özellikle tüm popülasyonda şizotipal benzeri özellikleri yakalamak için geliştirilmiştir. şizotipal Kişilik Bozukluğu kriterlerine dayalı olarak dokuz alt ölçeğe sahiptir: Referans Fikirleri, Sosyal Anksiyete, Büyülu Düşünme, Olağandışı Algısal Deneyimler, Paranoid Düşünce, Yakın Arkadaş Yokluğu, Kısıtlı Duygu, Tu haf Davranış ve Tu haf Konuşma. SPQ, iki faktörlü bir model göz önünde bulundurularak oluşturulmuş (74) doğru/yanlış maddeden oluşmaktadır: Sosyal Kaygı, Yakın Arkadaş Yokluğu ve Kısıtlanmış Duygulanım negatif, diğer alt ölçekler ise pozitif şizotipi temsil etmektedir (Oezgen & ark. 2018).

Raine, Wong ve Jianghong Liu (2021) çocuklarda şizotipal özellikleri araştıran bir ölçek geliştirmiştir; Çocuklara Yönelik şizotipal Kişilik Anketi (Schizotypal Personality Questionnaire-Child: SPQ-C). Yaş aralığı 11-12 olan 454 çocuğa uygulanan SPQ-C için katılım koşulu İngilizce konuşmak ve herhangi bir zeka geriliğine sahip olmamaktır. Yapılan araştırmanın sonucunda biyolojik ailesinde şizotipal Kişilik Bozukluğu öyküsü olan ve istismar deneyimleri çocukların şizotipi puanları yüksek bulunmuştur. Ailede şizotipi öyküsüne eşlik eden istismar maruz kalan çocuklar şizotipi puanı en yüksek olanlardır. Bu sonuç gen- çevre etkileşiminin önemini göstermektedir.

Baron ve arkadaşları (1981) Şizotipal Kişilik Çizelgesi (ŞKÇ)- The Schedule for Schizotypal Personalities (SSP) adını verdikleri bir yapılandırılmış görüşme formu geliştirmişler ve bu formu oluştururken Raine gibi DSM-III'teki Şizotipal Kişilik Bozukluğunu oluşturan maddelerden yola çıkmışlardır. Bu ölçek, Türkçeye Özer ve arkadaşları (2010) tarafından uyarlanmış, tutarlılık ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bu yazıda bahsedilmeyen ama Şizotipiye ölçen pek çok araç vardır. Fakat bunların çoğunun büyük ölçekli saha araştırmalarında kullanılmaları görüşme sürelerinin uzunluğu nedeniyle güçlük yaratmaktadır.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunu Açıklayan Yaklaşımlar

Erken Yaşam Deneyimleri: Berenbaum ve arkadaşları (2008) yaptıkları araştırmada psikolojik travma ile ŞKB arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Psikolojik travma ve çocuklukta kötü muamelenin şizotipal belirtiler arasındaki ilişkiyi incelemek için aynı anda iki çalışma yürütmüşler ve her iki çalışmada da kadın ve erkekleri ayrı ayrı incelemişlerdir. Bunu yapma nedenlerinde birincisi, Şizofreni Spektrum Bozukluklarında cinsiyet farklılıkları olduğunu gösteren çok sayıda kanıt olması, ikincisi geçmişte yapılan araştırmaların, diğer sosyodemografik faktörler ve travma türü dikkate alındıktan sonra bile, Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirme olasılığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu ortaya koymasındır.

Yüksek düzeyde şizotipal belirtilere sahip olan 303 yetişkin ile yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda katılımcıların hem çocuklukta kötü muamele hem de yaralanma veya yaşamı tehdit eden bir olay deneyimledikleri görülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları, erkekler ve kadınlar arasında benzerlikler ve farklılıklar olduğunu da ortaya koymuştur. En önemli benzerlik, travmatik deneyimlerin erkekler ve kadınlar arasında şizotipal belirtilerle ilişkili olmasıdır. Cinsiyet farklılıkları, farklı türdeki travmatik deneyimlerin şizotipal belirtilerle nasıl ilişkilendirildiği açısından ortaya çıkmıştır; şizotipal belirtiler erkeklerde kadınlara kıyasla çocuklukta kötü muamele ile daha güçlü bir ilişki gösterirken, şizotipal belirtiler kadınlarda erkeklere kıyasla Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile daha güçlü bir ilişki göstermiştir. Her iki çalışmada da çocuklukta kötü muamelenin tüm yönlerinin şizotipal belirtilerle ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur ve kötü muamelenin farklı yönleri arasında, duygusal istismar şizotipal belirtilerle en güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir. Aslında, her iki çalışmada da hem erkekler hem de kadınlar için, duygusal istismar, diğer kötü muamele türleri dikkate alındıktan sonra bile şizotipal semptomlarla ilişkili olmaya devam etmiştir. Bu bulgu, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal dikkate alındıktan sonra bile duygusal istismarın şizotipal semptomlarla ilişkili olduğunu bulan J. G. Johnson ve diğerlerinin (2001) bulgularıyla tutarlıdır. Bebeklik ve çocukluk döneminde yaşanan olumsuz yaşam olayları, ih-

mal ve istismar gibi durumların tuhaf dūřünce ve inanışların etkin olduğu bir bilişsel yapının ortaya çıkmasına neden olabileceği öne sürölmüştür (McWilliams, 2011). Bu araştırmaların sonuçları değerlendirildiğinde psikolojik travmanın, biyolojik yatkınlığı olan bireyler için şizofreni Spektrum Bozuklukları geliştirmeye güçlü bir etki oluşturabileceği çıkarımı yapılabilir.

Biyolojik yaklaşım: Yapılan birçok araştırma, şKB gösteren bireylerin şizofreniye benzeyen ancak ondan daha hafif olan bilişsel ve nöropsikolojik işlevsellikte eksiklikleri olduğunu göstermektedir (McClure & ark. 2008). Bununla birlikte şizofrenin ve şKB'nin genetik hassasiyetlerinde de benzerlikler olduğu belirtilmektedir (Siever & ark. 2004). Aynı araştırmacılar yapısal beyin kusurlarının şizotipallerde negatif semptomların, limbik sistemin bazı bölgelerindeki dopamin miktarının artmasının da pozitif semptomların ortaya çıkmasına neden olduğunu açıklamışlardır. şKB gösteren bireylerin iç dünyası dağınıktır çünkü nöral kapasiteleri eksik olduğu için kendisine, dünyaya ve diğer insanlara karşı tutarlı bir benlik hissi geliştiremedikleri gözlenmektedir (Millon & ark. 2019).

şizotipal Kişilik Bozukluğunun nedenleri araştırılırken belirgin bir şizofreni ile ailesel ilişkinin görölmesi araştırmacıları şizotipal ile şizofreni ilişkisinin incelenmesine yönlendirmiştir. Sonuç olarak epidemiyolojik, genetik, nörobiyolojik çalışmalar şizotipal Kişilik Bozukluğunun bir şizofreni spektrum bozukluğu olduğunu göstermiştir (Linscott & Os, 2010). şizotipal Kişilik Bozukluğu ile ilgili yapılan genetik araştırmalarda çoğunlukla şizofreni ile ortak bir aday gen üzerine yoğunlaşılmıştır, psikotik belirtiler ve şizotipi boyutları arasındaki ilişkiyi destekleyen genetik çalışmalar bulunmaktadır (akt. Mısıır & Alptekin, 2020). Son yıllarda yapılan çalışmalar, anne şizofreni tanısı aldıysa çocuklarında %18-48 oranında şizotipal Kişilik Bozukluğu göröldüğünü saptamıştır (Linscott & Morton, 2018). Diğer yandan Meehl'in (1962) yaptığı araştırmaların sonucunda, şizofreninin sadece kalıtsal olarak aktarılamayacağını çünkü davranışsal ve fenomenal içeriklere de sahip olduğunu belirtmektedir. Meehl (1962) aynı makalesinde şu varsayımın da altını çizmektedir; şizotaksik olmayan bir birey, genetik yapısı ve öğrenme geçmişi ne olursa olsun, en fazla bir karakter bozukluğu ya da psiko-nevroz geliştirebilir fakat bir şizotip haline gelmeyecektir ve bu nedenle de hiçbir zaman şizofreninin ayrışmış halini gösteremeyecektir.

Nörobilişsel ve sosyal biliş çalışmaları şKB'de frontal bölgenin işlevleri olan işlem belleği, dikkat ve bilgiyi hatırlamada bozulmalar olduğu bulunmuştur (akt. Mısıır & Alptekin, 2020). Meehl Meehl're (1962) göre sinir sisteminde bir bütönlüştirme problemi olan "şizotaksi" hem şizofreni de hem de şizotipal kilişik bozukluğunda kalıtımsal olarak ak-

tarılmaktadır. Şizotaksi bilişsel kusurlara; sevilmeyen biri olduğu inancı gibi, bu inançta sosyal kaygıya ve tedirginliğe neden olmaktadır. Siever'e (1995) göre, ŞKB'de yapısal beyin kusurları negatif semptomlara, her tür dopamin faaliyet artışı pozitif semptomlara neden olmaktadır.

Bununla birlikte gebelik sırasında yaşanan sorunlarının bebeğin sağlıklı gelişimini etkilediğine yönelik araştırma bulgular da mevcuttur. Anenin gebelik döneminde geçirdiği, özellikle 6. ayda viral enfeksiyonlar, düşük doğum ağırlığının erişkin dönemde bu kişilerde şizofreni ve şizotipal kişilik özelliklerinin görülmesi olasılığını arttırdığı bulunmuştur (Machón & ark. 2002). Araştırma sonuçlarına göre, kalıtsal geçişlerin, merkezi sinir sistemindeki bazı sorunların, gebelik ve öncesi dönemlerdeki gelişim sorunlarının ŞKB gelişimine zemin hazırlayabileceği ifade edilebilir.

Kişilerarası yaklaşım: Kişilerarası yaklaşım, Şizotipal özelliklere gelişimsel açıdan bir açıklama getirmeye çalışır, bunu ebevenlerin yaklaşımını ele alarak yapar. Pek çok ŞKB gösteren bireylerin ebeveynlerinin, çocuklarının özerk davranmalarına izin vermeyen, aynı zamanda çelişkili ya da mantık dışı mesajlar ileten, çocuklarına hata yaparlarsa bunu sezebileceklerini ima eden yaklaşımlara sahip oldukları ifade edilmektedir. Yine, ŞKB gösteren bireylerin ebeveynlerinin, kendi hayatlarının çocuklarının hatalarına bağlı olduğu şeklinde davrandıkları gözlenmiştir. Eğer çocuk kendisinden beklenen şeyleri yapmazsa bakım verenlerinin ölebileceğini düşünebilir sonuç olarak da yıkım gücünü kontrol altında tutabilmek için çok garip davranışlara ihtiyaç duyabilmektedirler (Benjamin, 2003). Gerçek ve fantezi sınırlarının bulanık olduğu şizotipal kişilerin, yaşamları, gündüz düşleri ve büyüsel düşünceleri şüpheler etrafında şekillendiği için diğer insanlar tarafından tuhaf ve uygunsuz bulunabilirler (Millon & ark. 2019). Diğer kişilerin iç dünyalarını anlamak konusunda sınırlılıkları olan Şizotipal kişiler tuhaf bulduklarının ve aynı zamanda uygunsuz davrandıklarının da farkında olamayabilirler.

Bilişsel yaklaşım: Bilişsel kuramın psikopatoloji anlayışına göre bireyin nasıl düşündüğü, nasıl hissettiği ve nasıl davrandığı yaşantılarını yapılandırmasını ve anlamlandırmasını etkilemektedir (Taymur & Türkçapar, 2012). Bilişsel kuram, kişiliği ve kişilik patolojilerini ele alırken kategorik değil boyutsal bir yaklaşımı kullanır ve kişinin davranışlarını, bilgi işleme şeklini belirleyen şemalar ve çekirdek inançların önemini vurgular. Şizotipal kişilik bozukluğunda temel inancın bireyin kendini kusurlu ve eksik görmesi olduğu belirtilmektedir (Beck & ark. 2016). Aynı zamanda diğer insanların tehlikeli olduğunu, diğer insanların saklı, gizli niyetleri olduğunu varsayarlar. Şizotipal bireylerin düşünce süreçleri dağınıktır, bazıları geleceği görebildiklerine, zihin okuyabildiklerine, dünyayı başka bir boyuttan algılayabildiklerine inanabilmektedir (Millon & ark. 2019). Odaklanmakta zorluk çeken, dikkatleri çabuk dağılan, başkalarının anlamakta

zorlandığı içsel bir mantıkları olan şizotipallerin amaca yönelik ve düzenli bir bilinç akışlarının olmadığı söylenebilir. Şizotipal kişilik bozukluğu tedavisinde, bu kişilere mahsus aykırı, garip özellikler, normal sınırlar içinde farklılığa, çeşitliliğe dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Sosyal uygunluk ve uyumun artırılması, kendine güvenin sağlanması için bilişsel çalışmalar yapılmaktadır.

Psikodinamik yaklaşım: DSM'in tüm psikopatolojileri, kuramsal varsayımlarından arındırarak tanımlama ve kategorize etme çabasına karşılık Psikodinamik yaklaşım belirtilerin birbirinden tamamen farklı ve ilişkisiz olduğuna karşı çıkararak, aralarında farklar görünse bile bir süreklilik ekseninde ve dinamik bir süreç olarak ele alınması gerektiğini iddia etmektedir. McWilliams' a göre (2011) Şizotipal Kişilik Bozukluğu, şizofrenin de içinde bulunduğu bir grubun psikotik olmayan kısmında yer almaktadır.

Kimlik bütünlüğü: Kernberg'in Kişilik Bozuklukları Haritasında Şizotipal Kişilik Bozukluğu sınır (Borderline) ruhsal örgütlenme düzeyinde yer almaktadır. Sınır düzeyde örgütlenmiş kişilikleri olanlar, kimlikleri ve kim oldukları konusunda ciddi sıkıntılar yaşarlar (McWilliams, 2011). Benlik ve ideal benlik arasındaki sınırlar net değildir; gerçek ya da hayali, eleştiriler ve övgüler karşında, davranışlarıyla ilgili değil kişilikleriyle ilgiliymiş gibi hissederek tepki verirler. Bununla birlikte abartılı iyilik severlik ve ahlaksızlık arasında garip salınımlarla birlikte mistik ya da parapsikolojik görünelere eğilimli olabilirler (Akhtar, 2009). Aynı yazarlara göre, Şizotipal Kişilik Bozukluğunun yapısal bakımdan bir bozukluk olduğu, içsel benliğin ve diğer nesne ilişkilerinin bütünlük olmadığı ifade edilmiştir. Ruhsal yapı içselleştirilmiş nesnelere oluşmaktadır fakat Şizotipal bireylerin benlik temsilleri nasıl parçalıysa diğer insanlara ait içsel nesne temsilleri de parçalıdır. İnsanların kötü niyetli olduğunu düşünerek onlara güvenmez ve uzak dururlar (Şahin, 2023). Şizotipallerde, güçlü bir süperego bahsetmek mümkün değilse de süperego kalıntılarının olduğundan bahsedilebilmektedir ve bu süperego aslında bakım veren kişilerin kısıtlamalarının içe alımıyla meydana gelir (Millon & ark. 2019).

Savunma mekanizmaları: Savunma mekanizmaları kişileri kaygıya, iç ve dış stresörlerin farkındalığına karşı koruyan bilinçdışı psikolojik süreçlerdir. Bireyler, kaygıyla baş edebilmek ya da uyum sağlayabilmek için savunma mekanizmalarını kullanır. Fakat normal spektrumdaki kişilerden farklı olarak bir kişilik bozukluğu olanlar savunma mekanizmalarına sık ve esnek olmayan bir biçimde başvururlar. ŞKB'de sosyal kaygılar mistik savunma mekanizmalarını kullanmaya sevk eder. Yansıtma, eyleme dökme, izolasyon, yapma-bozma savunma mekanizmalarını kullandıkları tespit edilmiştir (McWilliams, 2011). Şizotipallerin çoğunlukla duygusal açıdan değişken oldukları ve duygu regülasyonlarını gerçekleştirmekte zorlandıkları için yer değiştirme, yapma-bozma mekanizmasını sıklık-

la kullandıkları rapor edilmiştir (Perry, Presniak ve Olson, 2013). Yapılmış olanı yapılmamış kılma olarak adlandırılan yapma- bozma savunma mekanizması şizotipal kişiliklerin sıklıkla başvurmak zorunda kaldığı bir savunma mekanizmasıdır. Can yakan zihinsel içeriğin şiddetli biçimde değiştirilmesi ya da dış gerçekliğin çarpıcı şekilde bozulması olarak işlev gösterir. Şizotipal kişilerin öznel dünyası çoğunlukla kehanet, altıncı hisler, Metafizik düşünceler ile doludur. Bu mistik düşünüş biçimine uygun davrandıklarında ve olumsuz sonuçlar ile karşılaştıklarında, bu sonuçları yine büyüsel davranışlar ile geri düzeltmeleri gerekecektir. Tuhaf davranış ve ritüeller ile yaptıkları eylemleri geri alma çabası içindedirler. ŞKB' de olgun savunma mekanizmaları yerine kullanılan ilkel savunmalar, nesne sabitliği geliştirilmediğine dair bir ruhsal yapıyı tarif etmektedir (McWilliams, 2011).

Gerçeği değerlendirme: Kernberg'in Kişilik Bozuklukları Organizasyon şemasına göre nevrotik organizasyonda yer alan patolojilerde, kişi kendiliğe ve ötekilere yönelik tutarlı/bütünleşik bir algıya sahipken, sınır durum organizasyondaki patolojilerde kişinin kendiliğine ve ötekilere yönelik algısı dağınık ve bütünleşmemiştir. Alt düzey sınır durum organizasyonda yer alan patolojilerde ise kişinin kimlik difüzyonuna ek olarak saldırganlık ve özsaygı düşüklüğü yer almaktadır (Kernberg, 1992). Gerçeklik ilkesi yerini birincil düşünme süreçlerine bırakmıştır. Birincil düşünce süreçleri egonun zayıflığına, organize edebilme yeteneğindeki yetersizliklere ve dürtüsel davranış geliştirmeye neden olmaktadır. İç ve dış dünya arasındaki sınırların ortadan kalktığını hatta zaman zaman uyarıların dışarıdan mı yoksa içeriden mi geldiği konusunda karışıklıklar yaşanmaktadır. Benlik algısı dağınık, belli bir amaca yönelik plan yapmak ve davranmak neredeyse imkânsız hale gelebilir. ŞKB gösteren bireylerde yoğun duygu dalgaları ve dürtüsellik zayıf ego parçalarını da dağıtabilir. Dolayısıyla kendilerine ya da diğer insanlara dair tutarlı bir algı mümkün olmayabilir. Böylece birbiri ile çelişkili algı, düşünce, duyum, çağrışımlar ve tuhaf davranışlar ortaya çıkacaktır. Yoğun stress altında, mevcut egonun daha da zayıfladığı, kolayca dağıldığı görülmekte sonucunda inzivaya çekildikleri ya da psikotik atak geçirdikleri gözlenebilir. Gerçeği değerlendirme yetisinin zayıflığı Şizotipal kişilik yapısındaki büyüsel inanç ve algısal sapmalarla kendini gösterir. (Millon & ark. 2019).

Eşlik eden diğer psikopatolojiler

Şizotipal Kişilik Bozukluğuna sahip olan bireylerin zaman zaman dissosiyatif nöbetler geçirdikleri gözlenmektedir. Bu sırada, kendilerini çevreden soyutlamaya yatkınlıkları ve temel duygulanımlarla ilgili eksiklikleri nedeniyle deneyimleyen değil de olayları gözlemleyen konumunda yaşantılar deneyimleyebilirler. Böylece onları utandıracak durumlardan

kaçınırlar ve büyüsel düşüncelere teslim olabilirler. Şizotipal kişiler uzun süreli sıkıntılı durumlara maruz kalırlarsa gerçeklikle temaslarını sürdürmekte zorlanabilmekte ve psikotik sendromlar gösterebilmektedirler. Bununla birlikte böyle dönemler geçirmeyen şizotipallerin işlevselliklerinde bozulma görülmeyebilmektedir. Eğer bahsedildiği gibi stresli olayların sonucunda bir psikotik bozukluk yaşanırsa şizofreniform, hezeyanlı bozukluk ya da şizofreni başlangıcı olup olmadığının değerlendirilmesi gerekebilmektedir (Millon & ark. 2019).

Şizotipal kişilerde biyolojik temelli bir anhedoninin var olması depresyon yaşama ihtimallerini de arttırmaktadır. Kişilere ve ilişkilere karşı kayıtsızlıkları, onları heyecanlandıran ya da uzun süreli planlar yapmasına sebep olacak ilgi alanlarının eksikliği şizotipal bireylerin doyurucu yaşam deneyimleri yaşamalarını engellemektedir. Joiner ve arkadaşları (2001), intihar riski nedeniyle bir tedavi programına yönlendirilen genç yetişkinlerden oluşan geniş bir örneklemede, depresif belirtilerin kontrol edilmesinin ardından genel şizotipal kişilik bozukluğu belirtilerinin intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde, yetişkinlerde ŞKB diaġnozunun, çocuklukta yaşanan sıkıntılar gibi önemli risk faktörleri kontrol edildikten sonra yaşam boyu intihar girişimlerinin varlığını öngördüğü de gösterilmiştir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu ve Tanı Sorunları

Ayırıcı tanıda öncelikle şizoid kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve şizofreni semptomları ile ilgili benzerlikleri dikkate alınmalıdır. ŞKB yaşam boyu stabil kalabildiği gibi şizofreniye de dönüşebilir ve %10'da olsa intihar riski vardır. Şizofreni spektrum bozuklarıyla, Şizotipal Kişilik Bozukluğunun ayırıcı tanısı sınıflandırma sistemlerindeki kriterlerle yapılabilir. Şizofreni ayırıcı tanısının en önemli maddelerden biri, Şizotipal Kişilik Bozukluğunda işitsel ve uzun süreli psikotik belirtilerin zayıf olması ve nörobilişsel yıkımın olmamasıdır (Walter & ark. 2016). ŞKB'de klinik belirtiler pek çok yönden Şizofreniye benzese de varsanı ve sanrıların olmamasıyla Şizofreniden ayrılır (Akhtar, 2009). Ortak özelliklerine gelince her iki bozuklukta da eksantrik algılama, davranış, düşünce, konuşma şekli ve duygulanımda kısıtlılık ya da uygunsuzluk görülmektedir.

ŞKB, Şizoid kişilik bozukluğundan bilişsel- algısal- dezorganizasyon boyutlarıyla ayrılırken, Paranoid kişilik bozukluğundan tuhaf algısal yaşantılar ve büyüsel düşünceler ile ayrılır. Hem şizotipal kişilikler hem de paranoidler diğer insanlara şüpheyle yaklaşır ve sosyal açıdan da kendilerini soyutlamayı tercih edebilirler ama bu ihtiyacın nedenleri farklıdır. ŞKB gösteren bireylerin diğer insanlarla birlikte olmaktan kaçındıkları görülebilir, ancak bu kaçınma Çekingen Kişilik Bozukluğunda olduğu gibi diğer

insanların onları beğenmeyeceğini düşünmelerinden değil, kendilerine zarar verebileceklerini düşünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Sınırdaki Kişilik Bozukluğu ve ŞKB'nin ortak noktası her ikisinin de duygusal zorluklar yaşamaları ve geçici psikotik nöbet deneyimi yaşayabilmeleridir. Farklılaştıkları nokta ise sınırdaki kişilik bozukluğu gösteren bireyler duygusal açıdan dengesiz durumlar gösterirken ŞKB gösteren bireylerin duygusal açıdan uygunsuz ve de kısıtlı oldukları gözlenmektedir. Ayrıca şizotipal bireyler diğer insanlardan uzak durmaya çalışırken sınırdaki kişiler terk edilmekten ve yalnız kalmaktan korktukları için yakınlığa ihtiyaç duyarlar.

Otizm Spektrum Bozukluğu ve ŞKB'nin benzer özelliklerinin ayırıcı tanıyı zorlaştırmasının konu edildiği bir makalede kısıtlı duygulanım, yakın ilişkilerden rahatsızlık duyma, anksiyete, bilişsel ve algısal çarpıklıklarla birlikte alışla gelmişin dışında davranış biçimlerinin her iki bozukluğun tanı ölçütlerinde yer aldığına dikkat çekilmiştir (Akt. Ünver & ark. 2015). Bu iki bozukluğu birbirinden ayıran belirtiler ise, şizotipal bireylerde sosyal beceri alanında paranoid düşüncelerinden kaynaklı sosyal kaygı varken otistiklerde bu ölçüt yoktur. Şizotipal bireylerde basmakalıp düşünme ve konuşma sözel davranışla ilgiliyen, otistiklerde davranış ve aktivitelerde basmakalıp, yineleyici bir patern vardır. Ayrıca otizmde var olan iletişimde yetersizlik yani konuşmaya başlamanın geçikmesi, eksik olması şizotipal ölçütleri arasında yoktur. ŞKB tanı kriterlerinde yer alan büyüsel düşünceler, acayip inanışlar, eksantrik davranış ve görünüş ve toplumsal anksiyete otizm tanı kriterlerinde yoktur (Akt., Özgüven ve ark. 2001)

Gidişat (Prognoz)

Şizotipal bireyler sosyal işaretleri okumakta zorlanırlar ya da yanlış yorumlayabilirler. İnsanların tepkilerini çekecek gaflar yapabilirler ki bu durum şizotipallerle iletişime giren kişilerde şaşkınlık ve huzursuzluk yaratabilir. Şizotipal hastalarla çalışmakta olan terapistlerin, bu hastaların ikinci egosu gibi işlev görmeleri gerekebilir. Böylece iletişimin sınırlarını belirlemeleri ve kişinin gerçekliği terapist üzerinden deneyimlemesine alan açmaları gerekecektir (Millon & ark. 2019). Bilişsel yaklaşım, şizotipal bireylere ait aykırı, tuhaf özellikleri, normal sınırları içindeki farklılıklara dönüştürmeyi hedefler. Hem sosyal uygunluğun hem de uyumun artırılmasına yönelik bilişsel çalışmalar yapılmaktadır. Şizotipal bireylerin düşüncelerindeki bozukluk ve buna eşlik eden paranoid düşünceler psikoterapi sürecini olumsuz etkileyebilir çünkü terapist ile güvenli bir bağ oluşturmaları zor olabilir. Kendilerini dünyadan ve diğer insanlardan soyutlama eğiliminde oldukları için terapisti aşırı müdahaleci bulabilme ihtimali vardır. Terapistin, şizotipal bireyin mesafe koyma isteğine uyum sağlaması, aşırı müdahaleci olmaması, kurduğu iletişimde açık, karmaşık

olmayan ve varsayımlara çok fazla yer bırakmayan bir yol seçmesi gerekmektedir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunun tedavisinde en önemli hedeflerden biri normal kişiler arası ilişki becerisi kazandırmaktır. Benjamin'e göre (2003) şizotipal bireyin dünyayı büyüsel yöntemlerle kontrol edebileceğine olan temel inancını değiştirmek için Hümanist terapinin empati, aynalama ve koşulsuz kabul becerilerinin kullanılması işe yarayabilir. Böylece terapist ile kurulan güvenli bir bağ yeni bir ilişki deneyimlemesine alan açabilir. Şizotipal Kişilik Bozukluğunda destekleyici psikodinamik terapi ile çalışmak uygun olabilir. Genel olarak şizotipal bireylerin doğup büyüdüğü ortamda kaotik ve dağılmış bir iletişim hâkim olduğu tahmin edilebilir. Bu durum şizotipal bireylerin ego bütünlüğünün oluşmasını engelleyebilir ve yutulma korkularını aktive edebilir. Şizotipal bireylerin doğasında var olan kaotik düşünme biçimi ve sosyal izolasyon analitik süreçlerden, serbest çağrışım veya rüya analizi gibi psikoterapi teknikleri ile tetiklenebilir. Öte yandan, Psikodinamik terapinin haz kaynağını arama yöntemi şizotipal bireyin gerçek dünyaya bağlanma konusunda yardımcı olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Şizotipal Kişilik Bozukluğu gösteren bireyler, genellikle, mesafeli, sosyal açıdan uyumsuz, acayip, garip, kimseye benzemeyen, toplumsal normlara uymayan hem kendilerine hem de başkalarına yabancılaşma yaşayan, iş yaşamında işlevsellik göstermekte zorlanan, sürekli iş ya da şehir değiştiren ve aynı zamanda var olmama kaygısı yaşayan bir durumda olabilirler. Başkalarının zihnini okuyabildiklerine ve gelecekte haber verebildiklerine dair inançları vardır. Yaşamı boyunca aşırı baskılanmış kaygı ve düşmanlık duyguları ile boğulabilmektedirler. Başka insanlarla ilişki kurmakta yaşadıkları zorluk, dağınık düşünce şekli ile ilgili olup toplumdan daha fazla uzaklaşmalarına neden olmaktadır (Köroğlu, 2019). ŞKB, diğer kişilik bozukluklarından ,psikotik atak geçirme ihtimali açısından ayrılmaktadır. Şizofreniye dönme ihtimali çoğunlukta olmasa da farklı şizotipi boyutlarının süreğen ve yüksek düzeyde birlikte yer aldığı bir örüntüdür. Şizotipal bireylerin büyüsel düşüncelere ve olağan dışı anlamlar taşıyan referans fikirlere sahip oldukları aynı zamanda diğer insanlarla yakın ilişkiler kurmakta da zorlandıkları gözlenmektedir. Şizotipal özelliklerin ortaya çıkmasında birinci derece akrabalarda Şizofreni spektrum bozukluğunun olması ve çocukluk çağı yaşantılarının etkili olduğu bilinmektedir.

Şizotipal bireyler, yaşadıkları ruhsal sorunlar nedeniyle sosyal hayatta kendilerini var edebilmeleri kolay değildir ancak çeşitli baş etme stratejileri geliştirerek normal bir hayat sürebilme imkanlarından yararlanmaları kıymetli görülmektedir. Bu nedenle psikososyal destek sistemlerinin bu bireyler için organize edilmesi aynı zamanda toplumsal fayda da sağlayacağı

söylenbilir. Kişilik bozukluklarının birey ve toplum açısından çeşitli sorunlara yol açması nedeniyle daha fazla tanınması ve incelenmesi önemli bulunmaktadır. Bununla birlikte, toplumda nadir görülmesi başka bozukluklarla karıştırılıyor olmasından ya da doğru tanı konulamamasından kaynaklandığı söylenbilir. Bu nedenle klinikte yeterince tanınması ve ayırıcı tanısının yapılması tedavi yaklaşımları açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Akhtar, S. (2009). Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). American Psychiatric Press, Washington, DC, 1980.
- American Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı. (E. Koroğlu, Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Baron, M., Anis L., Gruen, R. (1981). The schedule for schizotypal personalities (SSP): A diagnostic interview for schizotypal features. *Psychiatry Res*; 4: 213 - 228
- Beck, J. S., Broder, F., & Hindman, R. (2016). Frontiers in cognitive behaviour therapy for personality disorders. *Behaviour Change*, 33(2), 80-93.
- Benjamin, L. S. (2003). Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders. New York: Guilford Press.
- Berenbaum, H., Thompson, R. J., Milanak, M. E., Boden, M. T., & Brede-meier, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 502-519
- Durusoy, F. ř. (2014) Uzmanlık Tezi. "İstanbul'un iki farklı bölgesinde şizotipal belirti taraması". Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı alıntılanmıştır Bleuler, E. *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias*, 1911; Translated by J. Zinkin. New York, NY: International Universities Press, 1950.
- Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev. F. Çuhadaroğlu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
- Eysenck, H.J., and Eysenck, S.B.G. (1976). *Psychoticism as a Dimension of Personality*. New York, NY: Crane, Russak & Company.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Joiner, T. E., Metalsky, G. I., Gencoz, F., & Gencoz, T. (2001). The relative specificity of excessive reassurance-seeking to depressive symptoms and diagnoses among clinical samples of adults and youth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(1), 35-41.
- Karamustafalıoğlu, K. O., & Kahraman, N. (2012). Şizofreni Spektrumu Kişilik Bozukluklar.
- Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.

Kety, S. S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. J., Jansson, L., Faber, B., & Kinney, D. K. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: Replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 442–455.

Köroğlu, E. (2019). *KİŞİLİK BOZUKLUKLARI*. Ankara: HYB Basım Yayın.

Linscott RJ, Morton SE. The Latent Taxonicity of Schizotypy in Biological Siblings of Proband with Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2018;44:922–32

Machón, R.A., Huttunen M.O., Mednick S.A., Sinivuo J., Tanskanen A., Bunn Watson J. (2002) Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. 54:7–16.

Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827–838.

Meehl P.E. (1989). Schizotaxia revisited. *Arch. Gen. Psychiatry*; 46: 935-944.

McClure, M. M., Barch, D. M., Flory, J. D., Harvey, P. D., & Siever, L. J. (2008). Context processing in schizotypal personality disorder: evidence of specificity of impairment to the schizophrenia spectrum. *Journal of abnormal psychology*, 117(2), 342.

McWilliams N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personal-ity structure in the clinical process*. Guilford Press.

Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2019). Modern yaşamda kişilik bozuklukları. Çev. Elif Okan Gezmiş, İstanbul, Türkiye İş Bankası Yay, (s 480).

Mısır, E., & Alptekin, K. (2020). Şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 364-74.

Morrison, J. (2014). *DSM-5® made easy: The clinician's guide to diagnosis*. Guilford Publications.

Oezgen, Maximilian & Grant, Phillip. (2018). Odd and disorganized - Comparing the factor structure of the three major schizotypy inventories. *Psychiatry Research*. 267.

Özer, S., Demir, B., & Yazıcı, M. (2010). The Schedule for Schizotypal Personalities: reliability study of Turkish version. *Anadolu psikiyatri dergisi-anatolian journal of psychiatry*, 11(4).

Özgüven HD, Öner O, Ölmez Ş (2001) Erişkin bir Asperger bozukluğu olgusunun klinik ve nöropsikolojik değerlendirmesi. *Turk Psikiyatri Derg* 12:233-40.

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110(6), 406-416.

Raine, A. (1991) The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.

Raine, A., Wong, K. K., Liu, J. (2021). The Schizotypal Personality Questionnaire for Children (SPQ-C): Factor Structure, Child Abuse, and Family History of Schizotypy, *Schizophrenia Bulletin*, Volume 47, Issue 2, Pages 323–331.

Ruggiero, J., Bernstein, D. P., & Handelsman, L. (1999). Traumatic stress in childhood and later personality disorders: A retrospective study of male patients with substance dependence. *Psychiatric Annals*, 29, 713– 721.

Siever, L. J., Rotter, M., Losonczy, M., Guo, S. L., Mitropoulou, V., Trestman, R., ... & Davis, K. L. (1995). Lateral ventricular enlargement in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, 57(2), 109-118.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (2004). The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 398-413.

şahin, D. (2023). *Kişilik ve Zihin;Ruh Sağlığına Giriş*. Pinhan yayınevi, İstanbul.

Torgersen S., Edvardsen, J., Øien, P.A. , Onstad, S., Skre I., Lygren, S., Kringlen, E. (2002). Schizotypal personality disorder inside and outside the schizophrenic spectrum, *Schizophrenia Research*, Volume 54, Issues 1–2, Pages 33-38.

Ünver, B., Öner, Ö., & Yurtbaşı, P. (2015). şizotipal kişilik bozukluğu ile otizm spektrum bozukluklarının ayırıcı tanısı: Bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Derg*, 26, 65-70.

Taymur İ. & Türkçapar M.H. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*.;4(2):154-177.

Walter, E.E., Fernandez, F., Snelling, M., Barkus, E. (2016). Genetic populations underlying a psychometric Consideration of Schizotypal Traits: A Review. *Front Psychol. for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII*. ;7:1769.

Yıldırım, G. G. C. (2022). Eksen II Kişilik Özelliklerinin Kişilik Organizasyonları açısından değerlendirilmesi 1. Tarih Okulu Dergisi, 15(57), 1383-1406

BÖLÜM 4

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Ebru AKTAŞ¹

Pervin TUNÇ²

1 İstinye Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul/Türkiye

ORCID: 0009-0009-8949-218X

2 İstinye Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi- Klinik Psikoloji Programı ORCID: 0009-0006-1143-7760

Giriş

Kişilik bozukları, genel ruh sağlığı bozuklukları kapsamında ele alınmaktadır ve tedaviye başvurma oranları düşük olmakla birlikte toplumlarda oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Kişilik bozuklukları, tam iyilik hali ile patoloji sınırları arasında geniş bir spektrum gösteren dinamik bir yapıyla açıklanabilir. Kişilik bozukluğu, bireyin işlevselliğini bozan, iş, aile ve sosyal yaşamında çeşitli sıkıntılara yol açan, esneklikten yoksun ve kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyen düşünce, duygu ve davranış örüntüleridir (APA, 2013). Örneğin pek çok insan günlük yaşam olaylarında zaman zaman güvensizlik ve şüphe gösterebilir, ancak bu durum geçici, değiştirilebilir ve önemli ölçüde yıkıcı olmadıkları için bu tür fenomenler patolojik değildir. Öte yandan, klinik paranoid düşünce, benliğe yönelik tehditlerin belirgin hale geldiği yaygın ve uyumsuz bir psikolojik sürecin aşırı genelleştirilmiş bir biçimi olarak kavramsallaştırılabilir.

Paranoid düşünce, ruh sağlığı uzmanları tarafından şüpheliği ve güvensizliği tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Basit şüphencilik paranoaya değildir. Paranoid düşüncenin en açık işareti gerçekçi olmayan güvensizliktir. Kuşkuculuk ve diğer insanlara güven duymama, paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerin en belirgin özellikleridir. Başkalarının kötü niyetli olduğunu düşünerek kötülük görme beklentisi içinde olabilirler. Genellikle huzursuzdurlar ve kızgınlık içindedirler, düşmanca duygular besleyebilirler. Bir düşünceye, bir inanca saplantı derecesinde bağlanan, bağınaz ve tutucu kişilik özellikleri gösterebilirler. “Hukuka ve hakka aykırı” davranışların peşinde ve sürekli dava açma uğraşısı içinde olabilirler. Patolojik derecede kıskanç olup eşlerinin kendilerini aldattığı yönünde güçlü inançları ile meşgul olabilirler. Sır vermekten çekinir, başkalarına kin besler, her an karşı saldırıda bulunmaya hazır durumda olabilirler. Kendilerine yönelik davranışların “gizli anlamlarını” sezme çabaları olabilirler. Genellikle “ciddi” bir tavır içinde olup, resmi bir tarz ve gergin bir ruh hali gösterebilirler. Sürekli olarak çevrelerindeki insanları tartma ve kontrol davranışı gösterebilirler. Oldukça önyargılı ve referans düşüncelerine sahip olabilir ve başkalarını alçaltıcı ya da tehdit kaynağı olarak görebilirler. Başkalarının güvenilir olup olmadığını sorgularlar, sadakatlarından kuşku duyabilirler. Oldukça mesafeli davranıp, başkalarına yakınlık ve sıcaklık hissi duymazlar. Sıklıkla nesnel ve akılcı davranmakla övünebilirler. Güç sahibi olmaya ve kişilerin unvan ve mevkilerine aşırı önem verebilirler. Yetersiz, “hastalıklı”, zayıf ya da eksikliği olan kişilere tepeden bakıp, onları hor görebilirler. İş yönelimli ve etkin kişiler gibi görünseler de genellikle başkalarıyla çatışma içinde olup onlarda korku yaratabilirler (Koroğlu ve Bayraktar, 2019).

Kişilik Bozuklukları arasında yer alan paranoid kişilik bozukluğu (PKB); olumsuz çevre koşulları, bozulan sosya-kültürel yapı, küresel

sorunlar (savaş, afet, g, pandemi gibi), travmatik yaşantılar, hızla gelişen teknoloji ve sosyal medya kullanımının artmasının getirdiği psikolojik deformasyon dolayısıyla artış eğilimi göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde geçmişten günümüze PKB ile ilgili yapılan araştırmaların yetersiz olduğu görölmektedir. Kliniğe ve tedaviye başvuran paranoid hastaların sınırlılığı göz önüne alındığında bu kişilik bozukluğunun toplumda sanılanın aksine daha yaygın olduğuna dair bir tahmin yapılabilir. Patolojinin doğası ve tedavi sonuçların yüz güldürücü olmaması gibi nedenler ile ihmal edilen bu kişilik bozukluğu ile ilgili daha fazla ampirik araştırmalar yapılması ihtiyacının olduğu görölmektedir. Bununla birlikte klinikte daha fazla tanınması ve önemsenmesi, klinisyenler tarafından dikkate alınması da önem arz etmektedir.

Bu derleme çalışmasının amacı Paranoid Kişilik Bozukluğu ile ilgili mevcut literatürü yeniden gözden geçirmek ve bilinenlerin altını çizmektir. Bu nedenle, psikiyatri ve ruh sağlığı alanında çok uzun bir geçmişe sahip olan PKB'nin tanımı, tarihsel gelişimi, tanı sistemlerinde yer alma biçimi, toplumda görölme yaygınlığı, eşlik eden ya da benzerlik gösteren psikopatolojiler ile ilişkisi, ayırıcı tanı özellikleri, bozukluğun klinik seyri ve sağaltımı ile ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Paranoid kişilik bozukluğuna zemin hazırlayan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bu kişilik bozukluğuna etkileri, yapılan literatür araştırmasına dayalı kaynaklardan yararlanılarak incelenmiştir.

Paranoid Düşünce Tarihi

Paranoid kişilik kavramının tarihsel gelişimine bakacak olursak; Hipokrat'ın 2000 yıl önceki eski yazılarında paranoid düşüncenin ele alındığı görölmektedir. Yunancadan tercüme edildiğinde “kendi zihninin dışında” anlamı taşır ve antik dönemlerde deliliğe vurgu yapmak için kullanılmıştır. Paranoid durumlara yapılan tıbbi atıflar 1700'lerde tekrar ortaya çıkmıştır. (İlk olarak 1863'te Kahlbaum, paranoya (para-değişik, yandan; noia-düşünme) terimini kullanmış ve süreğen, mantıklı ve düzenli sanrılarla belirli bir ruh hastalığını tanımlamıştır (Öztürk, 1994). Kahlbaum'un önerilerini takiben Kraepelin 1896'da paranoya teriminin anlamını daraltarak bunu yalnızca başka kişilik bozukluğu olmayan hastalardaki hayli sistemli ve derli toplu hezeyanlara istinaden kullanmaya başlamıştır. Paranoid hezeyanları olanların belki %40'nın durumunun ağırlaşarak nihayetinde dementia praecox noktasına vardığını, kalanların büyük kısmında “parafreni” düzeyinde tuhaf düşünceler ve algısal halüsinasyonlar görölmeye başlandığını, çok küçük bir bölümündeysede daha ileri bir bozulma yaşanmadığını düşünmüştür. Kraepelin, güvensizlik; duygusal gerilim ve huzursuz ruh hali, gizli niyet ve entrikalara yoğun ilgi; sürekli haksızlığa uğradığını, önüne engeller çıkarıldığını ve baskılandığını hissetmek; müşkülpesentlik,

kendine aşırı değer verme gibi klasik özelliklerden bahsetmiştir. Ne var ki Kraepelin paranoid kişiliği daha ağır paranoid psikozlarla aynı yelpaze üzerinde değerlendirmeyi sürdürmüştür. Birnbaum, paranoidlerden oldukça duygu yüklü fikirlere sahip kişiler olarak bahsetmiştir. Bleuler ise paranoid yapılanması olan kişilerin henüz bir hezeyan sistemi geliştirmedeğini öne sürmüştür. Bleuler gibi Meyer de paranoidlerin inanışlarını gerçeklere göre ayarlamadığı kanısındadır. Schneider 1950 yıllarında iki tip fanatik paronoid kişilik özelliğinden söz etmiştir. Savaşçı tip, konuşkan, saldırgan ve aktif biçimde kavgacıdır. Öte yandan eksantrik tipin sakin bir şüpheliği vardır; diğer insanların söz ve davranışlarıyla ilgili gizli varsayımlarda bulunur (Millon ve ark., 2021).

Kelimenin tam anlamıyla “aklını kaçırmak” anlamına gelen eski Yunanca bir terimden tercüme edilen “paranoya”ya yapılan atıflar, iki bin yılı aşkın bir süredir tıp literatüründe mevcuttur. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926), ruhsal hastalıkların ilk sınıflandırma sistemlerine katkıda bulunan bilim insanı olarak, delilik için kullanılan paranoyanın tanımını genel bir terimden, özel bir terim olan “sanrısız” düşünme terimine dönüştürdü (Millon ve ark., 2004). Paranoya olgusunun ciddi bir süreklilik boyunca var olduğunu ve daha aşırı belirtilerin ortaya çıktığını ileri süren Kraepelin; aşırı formunun şizofreni hastalarında ve daha hafif formlarının kişilik bozukluğu olan bireylerde ortaya çıktığını dile getirdi (Bernstein ve Useda, 2007).

Toplumlarda Yaygınlık Durumları

Kronik bir durum olmasına rağmen PKB’ye klinik ortamda çok sık rastlanılmamaktadır. Klinik alanda görülme sıklığı, mesela psikiyatri hastanelerinde %2-10 ile %10-30 arasında değişmektedir (Bernstein ve Useda, 2006). PKP’nin yaygınlık oranları, toplum örnekleminde %0,5-2,5 arasında, yataklı psikiyatri kurumlarında %10-30 arasında iken ayakta psikiyatrik tedavi kurumlarında %2-10 arasında olduğu bildirilmiştir (Torgerson ve ark., 2001). Ayakta tedavi gören hasta popülasyonunda ise bu oranın %25’e kadar çıkabildiği görülmektedir (Triebwasser ve ark., 2013). Kültürel azınlık statüsündeki bireylerde ve erkeklerde bu teşhis daha sık konulmaktadır (Iacovino ve ark., 2014). Genel popülasyonda, PKB yaygınlık oranlarının düşünülenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar genel nüfusun %15 kadarının düzenli olarak paranoid düşünce belirtileri yaşayabileceğini tahmin etmektedir (Freeman, 2007).

İrksal azınlık gruplarında ve Afro-Amerikalılarda, PKB’nin daha yüksek bir prevalansa sahip olduğunu ortaya koyan pek çok araştırma vardır. Birçok yazar da paranoid düşünce ile ırk ayrımcılığı, travma ve sanrısız bozuklukların tanı kriterlerindeki ön kabul arasındaki karmaşık ilişkiyi araştırmıştır (Bentall ve Taylor, 2006; Iacovino ve ark., 2014; Raza ve

ark., 2014). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, yapılandırılmış değerlendirme teknikleri kullanıldığında ve madde bağımlılığı geçmişinin etkisi kontrol edildiğinde bile, Kafkasyalı erkeklerle karşılaştırıldığında Afrika kökenli Amerikalı erkeklerde PKB oranının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Raza ve ark., 2014).

PKB yaygınlığına dair tahminler %1,21 ile %4,4 arasında değişmekle beraber Avustralya nüfusu üzerinde yapılan epidemiyolojik bir araştırmada, 10.641 katılımcı ile yapılan telefonla görüşme değerlendirmesi sonucunda yetişkin nüfusun %6,5'ine kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur; PKB nüfusun %1,2'sini oluşturmaktadır (Jackson ve Burgess, 2000). Norveç'te yapılan bir çalışmada %2,4'lk bir yaygınlık bulunmuştur (Torgersen ve ark., 2001). ABD'de 43.093 yetişkinden oluşan bir örneklemede Alkol ve İlgili Durumlar Epidemiyolojik Araştırması, Amerikalıların %14,8'inin, yani 30,8 milyon kişinin kişilik bozukluğuna sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. PKB % 4.4 oranla, obsesif kompulsif kişilik bozukluğundan (OKKB) sonra ikinci en yaygın grlen kişilik bozukluğudur (Grant ve ark., 2004). Bununla beraber paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı, bu bozukluğun en yaygın kişilik bozuklukları arasında yer aldığını göstermektedir; son tahminler %2,4 ila %4,41 arasında değişmektedir (Torgersen ve ark., 2001; Grant ve ark., 2004; Vyas ve Khan, 2017). alışmalar hastane ortamlarında daha düşük bir yaygınlık oranı nerse bile, cezaevi nüfusundaki daha yüksek yaygınlık oranlarının (%23) geçerliliğini desteklemektedir (Birkeland, 2011; Raza ve ark., 2014). Bu tahminlerin doğruluğunu azaltabilecek metodolojik sorunların olasılığını hesaba katsak bile, paranoid kişilik bozukluğunun, klinikte veya laboratuvarıda yeterince ilgi görmediği göz önüne alındığında beklenenden daha yaygın olabileceği dşnlmektedir.

Cinsiyet farklılıklarıyla ilgili olarak Grant ve ark. (2004) tarafından yapılan toplum örneklemleri araştırmalarda kadınlarda daha yüksek oranlarda, klinik örneklere ise erkeklerde daha yüksek oranlarda PKB tespit edilmiştir (Bernstein ve Useda, 2006). Demografik Risk faktörleri arasında düşük gelirli, Siyahi olmak ve Yerli Amerikalı veya Hispanik olmak yer almaktadır. Ek risk faktörleri arasında dul kalmak, boşanmış veya ayrılmış olmak veya hiç evlenmemiş olmakla sayılmıştır (Grant ve ark., 2004). Afrikalı Amerikalılara klinik alanda PKB tanısı konma olasılığı daha yüksektir (Raza ve ark., 2014). Bu farklılıklar açıkça en iyi şekilde stres ve travmanın etkileriyle açıklanabilir (Iacovino ve ark., 2014). Afrikalı Amerikalılardaki ırlık algısı psikotik olmayan paranoya düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur (Combs, 2006). Kültürün rolüne ilişkin elimizde çok az veri bulunmaktadır. Paranoid ve şüpheci düşünceye farklı kültürlerde ve yaşam sürelerinde rastlanabilir. Bugüne dek elde edilen veriler, Asyalı ve Amerikalı ocuklarda şüpheci düşüncenin benzer bir yaygınlığa sahip olduğunu

göstermektedir (Wong ve ark., 2014). PKB’de bulunan demografik modeller, genel olarak dezavantajlı ve sosyal stresin etiyolojik olarak baskın olduğu kişilerde gözlenmektedir ve bir bozukluğun gelişiminin resmini çizmektedir. Bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Lee, 2017).

DSM ve Tanı Kriterleri

Paranoid kişilik bozukluğunun (PKB) tanımlayıcı özelliğinin, diğer insanlara karşı yersiz ve yaygın güvensizlik duygusu olduğu Kraepelin (1921) tarafından dile getirilmiştir. Literatürde bu bozukluğa ilişkin tanımlayıcı klinik özellikler, paranoid kişilerin eleştiriye aşırı duyarlılığı, saldırganlık, düşmanlık, esneklikten yoksun olma, aşırı temkinlilik ve aşırı özerklik ihtiyaçları olarak sayılmıştır. Bu klinik literatür bütünü, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-III) üçüncü basısındaki PKB tanı kriterlerinin temelini oluşturmuştur. Hastaların tanı alabilmesi için şüphecilik için üç kriteri, aşırı duyarlılık için iki ve sınırlı duygulanım için iki kriteri karşılamasını gerektiriyordu.

Paranoid kişilik bozukluğu, bugün kullanılan adıyla psikiyatrik sınıflandırmada ilk olarak, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında, DSM-III’te gösterilmiştir. DSM-III-R’de (APA 1980) önemli değişiklikler yapılmıştır. Kişilik bozuklukların tanılanmasında en önemli yapısal değişikliklerden biri olan çok eksenli yapıya geçiş olmuştur. Tanı kriterlerindeki karmaşanın azaltılması amacıyla, kapsamlı literatür incelemeleri, mevcut verilerin yeniden analizleri ve saha deneyimleri dikkate alınarak DSM-IV’de (APA, 1994) revizyonlar gerçekleştirilmiştir. Bu tanı sınıflandırmaları A Kümesi– eksantrik/tuhaf (şizoid, şizotipal, paranoid), B Kümesi – düzensiz/dramatik (antisosyal, sınırda, histrionik, narsisistik) ve C Kümesi kaygılı (bağımlı, kaçınan, obsesif-kompulsif) olarak gruplandırılmıştır. A kümesindeki kişilik bozukluklarının ortak özellikleri, genellikle içe kapanıklık, soğukluk, şüphecilik veya mantıksızlık gibi davranışlar olarak tanımlanmıştır. PKB, DSM’ nin (DSM-5; APA 2013) son versiyonunda nispeten değişmeyen bir tanı olarak kalmıştır.

Paranoid Kişilik Bozukluğunu Açıklayan Kuramlar

Erken Yaşam Deneyimleri

Etiyolojiye bakıldığında, yapılan çalışmalara dayanarak, paranoid kişilik bozukluğunun biyolojik ve genetik faktörlerin yanı sıra sosyal ve ailesel faktörlerle de ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. Paranoid kişilik bozukluğunun oluşumunda etkili olan çevresel faktörler üzerine nispeten az araştırma vardır. Bununla birlikte, boylamsal bir çalışmaya göre, çocukluktaki ihmal ve istismar gibi travmatik olayların PKB gelişiminde rol oynayabileceği tahmin edilmektedir (Johnson, Cohen, Brown, Smailes

ve Berstein, 1999; Johnson, Smailes, Cohen, Brown ve Bernstein, 2000). Johnson ve meslektaşlarına göre ihmal veya istismar geçmişi olan çocuklarda diğer risk faktörleri hesaba katıldığında bile, genç yetişkinlik döneminde PKB dahil olmak üzere A kümesi kişiilik bozukluklarının önemli ölçüde daha yüksek oranda görülebileceği ileri sürülmektedir. Çocukluk ağı fiziksel istismarının hem çocuklarda hem de ergenlerde saldırganlık ve öfke ile ilişiikli olduğunu gösteren önemli bir literatür mevcuttur. Dolayısıyla, ocuklukta fiziksel istismarın PKB gelişiminde belirli bir etiyolojik rol oynadığı kanıtlanabilir (Johnson ve ark., 1999, 2000).

PKP gösteren bireylerde, zayıf akran ilişiikleri, sosyal anksiyete, ařırđ duyarlılık, kendine özgü fanteziler ve kişinin kendine özgü düşünce ve dili çocukluk veya ergenlik dönemlerinde gözlemlenebilir. Çocukken bile “tuhaf” veya eksantrik görünebilir ve alay konusu olabilirler. Erken ocukluk döneminden itibaren kişilerde ince paranoid eğilimlerin fark edilebileceğini gösteren literatüre dayalı gözlem sonuçları vardır. Bu eğilimler, yetişkin PKB’nin tam gelişmiş tablosuna dönüşmeden önce ergenlik döneminde daha belirgin bir renk kazanabilir. Ancak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir (Conlon, 1984). Çevresel etkilerin araştırıldığı bir çalışmada ise, çocuklukta duygusal istismara maruz kalan yetişkinlerin paranoid ya da diğer C kümesi kişiilik bozuklukları tanısı alma olasılığının, istismar öyküsü olmayan yetişkinlere kıyasla üç kat daha fazla olduğu bulunmuştur. İhmal ve istismar edilen çocuklar, emniyet duygusu, güven ve istikrarla ilgili güçlükleri yansıtan paranoid ve diğer kişiilik bozukluklarına karşı özellikle savunmasız görünmektedir (Maass, 2019).

Ampirik olarak test edilmeye muhtaç olan hipotezlerin yanı sıra genel olarak yapılan araştırmalar, kişiilik bozukluklarını oluşturan özelliklerin gelişiminde hem çevresel faktörlerin hem de kalıtımın önemli rol oynadığını göstermektedir (Livesley, Jang ve Vernon, 1998). Bu bağlamda paranoid kişiilik bozukluğunu diğer kişiilik bozukluklarından ayrı tutmadığımızda belirgin ortak nedensel etkenler gözlemlenebilir. Örneğin, ikizlerle yapılan çalışmaların veri analizlerine baktığımızda, paranoid kişiilik bozukluğunu karakterize eden düşmanlık, karşıtlık, suskunluk ve kısıtlı duygu ifadesi gibi özellik türlerinin hem çevresel hem de kalıtsal bileşenlere sahip olduğu ortaya konulmuştur (Livesley ve ark., 1998; Bernstein ve Useda, 2007).

Biyolojik Yaklaşım

Paranoid kişiiliğe özgül paranoid bir mizacın olmadığı muhtemelen söylenebilir. abuk sinirlenen, saldırgan bir mizacı olan çocukta ileride paranoid, antisosyal veya sınırda kişiilik örüntüsü görülebilmek olasılığı artabilir. Özellikle de erken gelişim dönemlerinde, bakım veren kişilerle karşılıklı etkileşimler çocuğun belli başlı baş etme ve duygu düzenleme becerilerini etkileme olasılığı yükselebilir (Millon ve ark., 2021). Paranoid

kişilik özelliği gösteren bireylerin tehdit edici nitelikleri ve öfke duygusu ile dolu olmaları, bu paranoid yönelimin gelişmesinde payı olan etkenlerden birinin de yüksek düzeyde doğuştan hırçınlık veya saldırganlık olabileceği yönünde görüşlere yol açmıştır. Meisner (1978), paranoyayı, bebeklikteki “etkin” bir semptomatik tarz (tepki yoğunluğu, uyum sağlamama, olumsuz duygudurum ve düzensizlik) ile zayıf bir uyaran eşiği ve bunun sonucunda yaşanan aşırı-uyarılabirlik durumuyla (Bergman ve Escolana, 1949; Brazelton, 1962) ilişkilendiren bazı ampirik kanıtları (Chess, Rutter, Thomas ve Birch, 1963; Chess, Thomas ve Birch, 1967) bir araya getirmiştir.

Marier, Lichterman, Minges ve Heun (1994) araştırmalarında PK-B'nin tek uçlu depresif bozukluk gösterenlerin akrabalarında şizofreni, şizooafektif, şizofreniform bozuklukları olan kişilerin akrabalarından daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Kendler, Masterson ve Davis'in (1985) araştırmaları hezeyanlı bozukluk ile PKB arasındaki genetik bağlantının, bu ikisiyle şizofreni arasındaki bağlantıdan daha güçlü olduğunu göstermektedir. Genetik çalışmalar bize paranoid kişilik bozukluğunu, sanrısız bozukluktan tam olarak ayıramadığımızı göstermektedir (Winokur, 1985). Ancak, her iki bozukluğun da genetik olarak şizofreniden farklı olduğu görülmektedir (Asarnow, 2001; Cardno, 2006). Norveç'te yapılan büyük ve uzun vadeli bir çalışma ise paranoid kişilik bozukluğunun az da olsa kalıtsal olduğunu, çevresel ve kalıtsal risk faktörlerinin bir kısmını A kümesinden şizotipal ve şizoid kişilik bozuklukları ile paylaştığını ortaya koymuştur (Kendler ve ark., 2006).

Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel açıdan paranoidlerin kompulsif kişilikle pek çok ortak noktası olduğu gözlenmektedir. Her iki bozukluğu da gösteren bireylerin, keskin gözlemci oldukları ve korkunun verdiği motivasyonla detaylara son derece dikkat ettikleri bilinmektedir. PKB gösteren bireyler sürekli olarak kendi iç nesnelere saldırısı altındadır ama bu saldırıları yansıtır, dış kaynaklardan geliyormuş gibi tecrübe ederler. Paranoid kişilikler insanların gerekçelerine son derece şüpheyle yaklaşır. Paranoidler gerçekliği sınama peşinde değildir; birilerinin onlara komplo kurduğuna inanırlar veya kendi üretimleri olan senaryolarını doğrulayacak bir zemin ararlar. Paranoid özellikler gösteren bireylerin merkezi bilişsel sorunu algıyla ilgili değil yorumla ilişkilidir. Temel verilerin alınmasında herhangi bir sorun yaşanmaz ama bilgi açıkça komploları, eziyetleri, hakaret ve eleştirileri tespit etmek amacıyla işleme sokulur. Beck ve arkadaşları paranoidlerin artık uyumlu denemeyecek ölçüde güvensizlik taşıdığını ve çok sayıda çekirdek inanış sıraladıklarını ifade etmişlerdir (akt., Millon ve ark., 2021).

Beck ve meslektaşları (1990) Paranoid kişilik bozukluğundaki temel bilişsel şemaların yetersizlik duygularıyla ilgili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu yetersizlik duyguları, zayıf sosyal beceriler ve kaygıyı azaltmanın bir yolu olarak, algılanan suçun dışarıya atfedilmesi ile, paranoid kişilik bozukluğunun temel özelliklerini açıklamaktadır. Bazı açılardan, Beck ve arkadaşları tarafından tanımlanan PKB'deki bilişsel önyargılar, yetersizlik duyguları, sosyal ipuçlarına aşırı odaklanma ve yanlış yorumlama ile karakterize edilen özellikler sosyal fobideki çarpıtmalara benzemektedir (Bögels ve Mansell, 2004). Bununla beraber, geçmişteki sosyal hataları üzerinde duran ve yetersizlik duygularının acı verici bir şekilde farkında olan sosyal fobiklerin aksine, PKB'li kişiler yetersizlik duygularının nedenini başkalarına atfederler ("Ben aşağı değilim; Siz beni aşağı hissettirmeye çalışıyorsunuz!") Dolayısıyla, PKB'deki temel yorumlayıcı yanlılık, algılanan suçun nedensel olarak hatalı atfedilmesi veya diğer kişilere dış-sallaştırılması gibi görünmektedir (Beck ve ark., 1990).

Jeffrey Yonug'un modeli ise bütünleştirici bilişsel modelidir (Bernstein, 2005; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Young, erken dönem uyumsuz şemaların ve uyumsuz başa çıkma mekanizmalarının kişilik bozukluklarının çekirdeği olduğunu öne sürmüştür. Young, erken döneme özgü uyumsuz 18 şema (örneğin terk edilme, kusurluluk, duygusal yoksunluk), çeşitli şema modları ve üç geniş uyumsuz başa çıkma biçimi (örneğin şema kaçınması, şema teslimiyeti ve şema aşırı telafisi) tanımlamıştır. Young ve meslektaşları, kişilik bozuklukları için bu uyumsuz inançları ve başa çıkma mekanizmalarını hedef alan bütüncül bir psikoterapi olan şema terapisini geliştirmişlerdir (Young ve ark., 2003). Young modelini özellikle PKB'ye uygulamamıştır. Bununla birlikte, PKB ile en alakalı görünen erken dönem uyumsuz şemalar kusurluluk/utanç, istismar/güvensizlik ve zarar görebilirliktir. Dolayısıyla, PKP gösteren kişiler yoğun yetersizlik ve aşağılık duygularına sahiptirler (yani kusurluluk); başkalarının kendisine zarar vermek, onu aşağılamak ve sömürmek için dışarıda olduğuna inanırlar (yani istismar/güvensizlik) ve dünyada temelde güvensiz hissederler (yani, zarara karşı savunmasızlık). Sonuç olarak, aşırı telafi edici bir başa çıkma biçimi benimser; başkalarına karşı düşmanca, saldırgan bir yüz sergiler, olası saldırılara karşı her daim tetikte kalırlar; zarar göreceği veya zarar gördüğünü hissettiği durumlarda önleyici ya da savunmacı bir şekilde saldırır ve karşı taarruza geçerler. Young'un modeli aynı zamanda bu erken döneme özgü uyumsuz şemaların, şema modlarının ve uyumsuz başa çıkma mekanizmalarının köklerinin erken dönem ihmal veya istismar deneyimleri gibi çocukluk deneyimlerine dayandığını ileri sürmektedir. Young'un (2003) modeli de Beck ve meslektaşlarının (1990) modeli gibi, PKB'deki bilişsel mekanizmaları anlamamıza yardımcı olmak için önemli

görünmektedir ve üzerinde ampirik araştırmalar yapmaya değerlidir (Bernstein ve Useda, 2007; O'Donohue ve ark., 2007).

Psikodinamik Yaklaşım

Paranoid süreçleri ilk olarak Psikanalitik notlar adlı makalesinde ele alan Freud (1856-1939) bir otobiyografik anlatım üzerine araştırma yayınladı. Daniel Paul Schreber tarafından yazılan hastalığın birinci şahıs anlatımına dayanan psikanalitik bir paranoya teorisi sunan paranoya vakası (Dementia paranoides) (1911) olan Schreber, hayatının ilerleyen dönemlerinde psikiyatrik semptomlar nedeniyle birçok kez hastaneye kaldırılan başarılı bir yargıtı; 1903'te, Freud tarafından analiz edilen ve Schreber'in öldüğü yılda yayınlanan, ayrıntılı paranoid sanrısız sistem üzerine düşüncelerini içeren, hastalığın anlatısal bir açıklamasını yayınladı. Freud, paranoid düşüncenin ortaya çıkışının ve sürdürülmesinin altında yatan merkezi mekanizma için, sıkıntı verici içsel düşünce ve duyguların bilinç dışı bir şekilde reddedilmesi ve yansıtma savunma mekanizması ile dışsallaştırıldığını ifade etmiştir. Freud'un konuyla ilgili ilk yazıları paranoyanın reddedilen eşinsel dürtülere karşı bir savunma olduğunu öne sürerken, daha sonraki psikanaliz kuram yazarları bunun yerine yansıtmanın benliğe dair köklü, rahatsız edici duygulara karşı bilinç dışı bir savunma olduğuna dair genel, sistematik kullanımına odaklandılar (McWilliams 1994; Millon ve diğerleri 2004; Shapiro 1965).

Freud (1911), paranoyak eğilimleri gizil olanın reddedilmesiyle ilişkilendirmiştir. Yansıtma yoluyla eşcinsellik, eşcinsel özlemler ve buna eşlik eden kadınsı isteklerin önce zıtlara dönüştüğünü; ortaya çıkan nefretin dışarıya yansıtılarak orijinal aşk nesnesinin zulmedici ve nefret dolu görünmesine neden olduğunu ifade etmiştir. Libidinal faktörleri aşırı vurgulayan, paranoid bireyin çocukluğundaki karşılaştığı kötü muameleyi göz ardı eden ve paranoid eğilimlerin oluşumunda saldırganlığın rolünü en aza indirgeyen bu formülasyon epeyce eleştirilmiştir. Sonrasında Freud, paranoid patolojinin doğuşunda başlangıçtaki saldırgan eğilime, hayatta kalmaya yönelik gerçek erken dönem tehdit deneyimlerine ve gelişimin ödipal öncesi aşamasında anneye yönelen belirgin saldırganlığa dikkat çekmiştir. Nesne ilişkileri kuramcısı Klein (1960), "paranoid-şizoid konumu" ocukluktaki nesne ilişkilerinin en erken gelişimsel dönemi olarak tanımlamıştır. Yaşamın ilk altı ayına dair olsa da bu pozisyonun daha sonra etkinleşebileceğini ve paranoid kişilik tarzına dönüşebileceğini vurgulamıştır; doğuştan gelen saldırganlık tarafından içeriden tehdit edilen çocuksu egonun kapsamlı yansıtmaya başvurduğunu, bu durumun zulüm yarattığını, bölme, inkar ve idealleştirme gibi ilkel savunmalara başvurularak, "iyi" ve "kötü" nesnelerin ayrı tutulduğunu, iyi nesnelerin ie yansıtılıp, onlarla zdeşleşildiğini, kötü nesnelerin ise dışa yansıtıldığını ifade etmiştir. Klein'in

kuramına göre paranoid-şizoid konum, tüm önemli kişilik patolojilerinin gelişimsel çekirdeğini oluşturmaktadır. Winnicott (1958), paranoid özelliklerin oluşumunda dış çevrenin rolüne dikkat çekmiştir. Bebeğin kendi “varoluşuna” yönelik herhangi bir müdahaleyi tehdit olarak deneyimlediğinde, şayet anne bebeğin ihtiyaçlarını karşılayamaz ve arka planda bebeğin deneyiminin parçalarını toplayan bir varlık olamazsa, bu başarisızlığın bebeğin varlığının bozulmasına neden olabileceğini ifade etmiştir. Winnicott’a göre bu durumu kaygı, içsel geri çekilme ve psişik özgürlüğün azalması takip edecektir ki böyle bir ocuk şüphecilik, oyundan yoksunluk, motor katılık ve zalimlik fantezileriyle meşgul olacaktır; Ergenliğin başlamasıyla birlikte sosyal izolasyon, rahatsız edici zulüm rüyaları, sadomazoşist cinsel kaygılar ve paranoid fanteziler klinik tabloya eklenecektir.

Erikson’a (1950) göre, paranoid eğilimler, erken bebeklik döneminde temel güven gelişimini engelleyen hayal kırıklıklarından kaynaklanmakta, bunun yerine, güven eksikliği gelişmekte, bunu çaresizlik, karamsarlık, utanç ve şüphe duyguları takip etmekte; katı süperego ahlakı ile spontan ruhsal akışın engellenmesi, akran ilişkilerinin bozulması, içsel aşağılılık duygularının maskelenmesi için tümgüçlü fantezilerin geliştirilmesi sonucunda kendini dış dünyadan soyutlama ve başkalarıyla yakınlaşmaktan kaçınma oluşmaktadır. Blum’a (1981) göre, çocukluk döneminde yaşanan gerçek tehditler, bozulmuş nesne ilişkileri, yapısal kusurlar ve savunmacı ayrıntılar, yetişkinlikteki paranoid tablonun temelini oluşturur. Paranoid kişiliğin “gizli çekirdeğinin” predipal sorunları içerdiğini savunur. nermelerini Mahler’in (1975) ayrışma-bireyleşme teorisiyle birleştiren Blum, rahatlatıcı ve sürekli bir nesne olan annenin iselleştirilememesinin, ego bütünleşmesinin eksikliği, çocuksu tmgllk, kırılğan özsaygı ve yoğun ayrılık kaygısı sebebiyle paranoid kişiliğin gelişebileceğini vurgulamıştır. Blum’a (1981) göre paranoid zulüm fantezilerinin genellikle baba tarafından dövülmeye yönelik orijinal mazoşist arzuları tatmin ettiği ne sürülmekle beraber, paranoid kişiliğin doğuşuna ilişkin genişletilmiş bir psikanalitik açılım yapısal faktörleri, dürtülerle ilgili sorunları, ego eksikliklerini, ayrışma-bireyleşme başarisızlıklarını, yapısal çatışmaları ve ödipal endişeleri kapsamaktadır (Akhtar, 1990).

Psikodinamik Yaklaşıma Göre Kişilik rgtlenmesi

Kişilik, bireyin öznel deneyimleri ile davranış kalıplarının, çoklu özellik ve deneyimlerin organize şekilde birbirini etkileyen dinamik entegrasyonunu temsil eden fonksiyonel bir sistemdir (Kernberg, 2016). Bu sistem, boyutsal ve kategorik biçimleriyle bir “organizasyon” olarak adlandırılmaktadır. Kategorik durum birey patolojisinin organize olduğu gelişim hattını (nevrotik, sınır durum, psikotik), boyutsal kısım ise birey patolojisinin gelişim şiddetini temsil etmektedir (Clarkin, 2012). Psikodi-

namik kurama göre ruhsal örgütlenme Psikotik, Borderline (Sınırdaki) ve Nevrotik Düzeyde değerlendirilmektedir. Nesne ilişkileri kuramcılarının göre paranoid kişilik sınırda kişilik düzeyinde işlev göstermektedir (Kernberg, 1979).

Paranoid yapının gelişim hattına bakıldığında, kişi tarafından kabul edilemez derecedeki duygularla ancak tehditkâr tutumlar ve yansıtma savunma mekanizması aracılığı ile baş edilebildiği dikkat çekmektedir. Paranoid kişilik yapısındaki birey, iç dünyasında hissettiği bu tehditkâr özellikleri dış dünyaya yansıtarak, dış dünyayı zarar verici ve güvenilmez bir yer şeklinde algılar. Kullanılan yansıtma savunma mekanizması bireyin ego gücüne bağlı olarak nevrotik, sınır durum ya da psikotik nitelikte görülebilmektedir (Weinberger, 1998).

Kimlik Bütünlüğü

Sınırdaki kişilik örgütlenmesi gösteren paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerde kimlik bütünlüğünden söz edilemez. Sınır ruhsal durum organizasyondaki patolojilerde kişinin kendiliğe ve ötekilere yönelik algısı dağınıktır. Kişinin kimlik difüzyonuna ek olarak özsayıgı düşüklüğü ve saldırganlık söz konusudur. Bu kişiler bazen kendilerine çok güvenirken, bazen de hiç güvenmezler ya da kendilerini değerli görmezler. Hoşlandıkları ve önemsedikleri şeylere dair duyguları ve düşünceleri sıklıkla değişim gösterir. Davranışları ve kendilerini algılayışları tutarsızlık gösterir. Yani, düşünsel, duygusal ve davranışsal anlamda tutarlı bir kişilik gösteremezler. Tutarsız davranışlar, duygusal dalgalanmalar ve katı yargılamalar sergilerler. Bu durum ikili ilişkilerine de yansır, bu nedenle ilişkilerinde duyarlı, samimi ve empatik olamazlar (Şahin, 2009).

Gerçeği Değerlendirme

Yoğun stres altında olmadıkça, sınır durum ruhsal organizasyonda, korunmuş bir gerçeklik kapasitesi söz konusudur. Üst sınır durum organizasyonda yer alan kişiler, bazen ruhsal bozulma gösterse de genellikle gerçekliği test edebilme yetisine sahiptirler. Diğer yandan alt sınır ruhsal durum düzeyindeki kişiler üst sınır ruhsal gelişim düzeyindekilere göre daha az, ancak psikotik ruhsal düzeyde yer alanlara göre oldukça korunmuş bir gerçeklik kapasitesine sahiptirler (Kernberg, 1992; Akt. Lenzenweger ve Clarkin, 2005). Gerçeği değerlendirme kapasitesi sınır ruhsal durum gösteren vakalarda ekseri korunmuştur. Ancak bazı zamanlarda psikotik düzeyde çözümler, paranoid süreçler, gerçeğe ve kendine yabancılaşma gibi deneyimler gözlenebilir. Bu tür durumlar psikoterapötik müdahaleler, kliniğe ya da hastaneye yatışlar veya düşük dozda uygulanan antipsikotik ilaç tedavileri ile düzeltilebilir (Şahin, 2009).

Savunma Mekanizmaları

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin sıklıkla kullandığı savunma mekanizmalarından biri bölme savunma mekanizmasıdır. Bu savunma mekanizması aracılığı ile bilinçdışı bir şekilde kendilik ve nesne algılarını iyi ve kötü olarak ayırdıkları ifade edilmiştir. Paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerde “iyi” nesne temsilleri kişinin içinde kalır, “kötü” nesne temsilleri ise tamamen dışa yansıtılır. Dış dünya böylelikle her tür “kötü” duygunun esas kaynağı haline gelirken, istek duyulan ve “iyi” olan ne varsa kişinin içinde, muhafazalı bir yerde kalır. Dolayısıyla yansıtma iki yönden pekiştiricidir; ilk olarak kişinin “kötü” yönleri dışlanarak nötrleştirilip kontrol altına alınır; ikinci olarak ise geride kalan iyi ve cazip kısımlar çok daha iyi ve saf bir niteliğe kavuşur ki bunların her biri paranoidin benlik imgesinin önemli parçalarıdır (Millon ve ark., 2021).

İkinci olarak, yansıtma savunma mekanizması, paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin psikolojisinde en önemli savunma mekanizmalarından biridir. Psikotik düzeyde paranoid kişilerde, kendiliğin kaygı yaratan kısımları dışarı yansıtılır ve tamamen “dışarıda” olduklarına inanılır. Bu kişiler görüşlerini genel olarak kabul edilmiş gerçeklik tanımına uydurmaya yönelik becerisi geliştiremez ve dışarıdaki tehdidi gören, dünyadaki tek kişinin kendisi olduğuna kesin olarak inanabilir. Sınırdurum kişilik örgütlenmesi gösteren paranoid kişilerde ise gerçeklik algısı yitirilmediği için, reddedilmiş tutumların yansıtıldığı kişiler, bu tutumları kendi içlerinde hissetmeleri sağlanacak şekilde kışkırtılmış olurlar. Bu sürece yansıtılmalı özdeşim denir ve PKB'nin kullandığı savunma mekanizmalarından biridir (McWilliams, 2013). Kişi belirli duyguları kendilikten uzaklaştırıp bunlardan kurtulmaya çalışır; ancak bu duygularla bağını korumaya devam eder ve böylece yansıtma yapılan kişilerin davranışları kontrol altında tutulmaya çalışılır. Buna göre, sınırdurum paranoid kişi, yansıtmasını yansıtmanın yapıldığı kişinin davranışlarıyla “uyumlu” kılmaya çalışır. Nevrotik düzeyde paranoid kişilerde içsel meseleler daha sonra ego-distonik hale gelmesi muhtemel bir şekilde yansıtılırlar. Paranoid kişinin sıkıntı verici duygularla yansıtmayı kullanarak başa çıkma ihtiyacı, inkâr ve inkâr mekanizması ile yakından bağlantılı olan karşıt-tepki oluşturma savunmalarının aşırı düzeyde kullanılmasını gerektirir. Freud (1911) paranoyayı, en azından psikotik türde olanı, karşıt-tepki oluşturma (“Seni sevmiyorum; senden nefret ediyorum”) ve yansıtma (“Senden nefret etmiyorum; sen benden nefret ediyorsun”) savunmalarının birbirini izleyen bilinçdışı işleyişi ile açıklamıştır (McWilliams, 2013).

Paranoid kişilerin yarattığı kısırdöngüler ikincil savunma mekanizmalarına da yol açar. Stone'un (1993) belirttiği üzere paranoidler kendileriyle diğer insanlar arasına psikolojik ve coğrafi mesafe koyarlar. Soyutlanma hem işgale hem de dış etkenlere direnmek için kullanılır. Paranoid kişiler

fanteziden ve haksızlık karşısında uyanan öfkeden de yaralanırlar. İntikam fantezileri kurarak onlara zulmedenlerden öçlerini alırlar, özerkliklerini yeniden tesis ederler. Eskiden güçsüz olan paranoid dünyanın insafına kalmış durumdayken, artık dünya onun insafına kalmıştır. Haksızlığa uğradığı düşüncesiyle hiddetlenen paranoid kişi, uzun süreden sonra aniden eline güç geçen mağdurun ahlaki otoritesiyle şişirir. Bu öfke ve tümgüçlülük ayrıca, tıpkı narsisist kişilikte büyüklenmeci benliğin yaptığı gibi, dağılmaya tehlikeli ölçüde yakın bir benlik temsilini bir arada tutmaya yarar (Stone, 1993). Benliğin bu şekilde bir arada tutulması psikotik dağılmayı engeller ya da erteler. İç ve dış dünya çarpıtılsa da hiç değilse benlik korunmuş olur. Son olarak, yer değiştirme ve rasyonelleştirme savunmalarına da sıkça rastlanır (Millon ve ark., 2021).

Eşlik Eden Psikopatolojiler

Diğer kişilik bozukluklarının, PKB ile benzerliği yaygındır ve tespit edilen vakaların yarısından fazlasında gözlenmektedir (Widiger, 1998). Hukuki vakalarda, Anti Sosyal Kişilik Bozukluğu ile PKB arasında benzerlik gösteren özellikler olduğu gözlenebilir (Blackburn, 1999). Paranoid düşünce ile depresyon arasında karmaşık bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Paranoid semptomlarla birlikte ortaya çıkan depresif bozukluklar ekseri başkaları tarafından yapılan kötü muamelenin hak edildiği inancıyla ortaya çıkabilir (Chadwick, 2005). Depresif bir hastalığın açık belirtileri mevcutsa, PKB tanısının güvenilir bir şekilde konulabilmesi için öncelikle bu durumun etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekir. Bununla birlikte, paranoid özelliklerle ortaya çıkabilen psikotik bozukluklar da vardır. Demans sonrasında gelişen kronik organik psikozlar; PKB gösteren bireylerin madde kötüye kullanımının yol açtığı bozukluklar; akut stres faktörlerine ikincil olarak gelişen kısa reaktif psikozlar (Munro, 1999); özellikle şiddetli çevresel değişikliklere bağlı gelişen akut stres bağlamında (örn. hapis, göç, askere alınma, vb.) oluşan durumlar (Miller, 2002) şeklinde sayabiliriz. PKB gösteren kişilerde ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk veya alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar görülme riski de ortalamanın üzerindedir (Maass, 2019).

Ayırıcı Tanı Sorunları

Şizoid kişilik bozukluğu, sosyal çekilme ile karakterizedir ancak bu bozukluğa sahip bireyler PKB'de olduğu gibi diğer insanlardan şüphelenmek yerine, onlara karşı kayıtsızdır ve kişilerarası iletişim kurmakta isteksizdirler. Şizotipal kişilik bozukluğu, diğer insanlara karşı bir dereceye kadar şüphecilik gösterme ile karakterizedir ancak bu şüphecilik PKB'de gözlemlenenden oldukça farklı düşünce ve inanç tuhafıkları içerir. Kaçınan kişilik bozukluğu, insanlara karşı bir dereceye kadar güvensizlik ve

sosyal çekilme ile karakterizedir, PKB'den farkı kaçınan kişilik bozukluğu olanların bu sorunları, güven eksikliğine ve sosyal yetersizliklerine bağlamalarıdır. Narsisistik kişilik bozukluğu, aşırı bir haklılık duygusu ve büyükmecilik ile karakterizedir, genel olarak başkalarının niyetine yönelik aşırı şüphecilikten ziyade övülme ile meşguliyet vardır ancak stres altında paranoid özellikler ortaya çıkabilir (Young, 2003). Antisosyal kişilik bozukluğu, başkalarının haklarını tekrar tekrar ihlal etme ile karakterizedir. Antisosyal kişilerin diğer kişilere yönelik zarar verici davranışlarına dair akla uygun hale getirmelerini, kurbanlarının kötü niyetli olduklarına dair gerçekçi paranoyalardan ayırt edebilmek zor olabilir. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerde gelişen öfke ve strese bağlı paranoya, paranoid kişilik bozukluğundaki kalıcı özellikler şeklinde değildir (Carroll, 2009). PKB gösteren bireyler, intikam almak amacıyla veya savunmacı bir saldırı ihtiyacı ile başkalarına zarar verebilirler. PKB gösteren bireyler, intikam almak amacıyla veya savunmacı bir saldırı ihtiyacı ile başkalarına zarar verebilirler.

Klinik alanda, sanrısız bozukluk ile PKB en sık tanı karışıklığı gösteren psikopatolojilerdir. Sanrısız bozukluğu olan kişiler genellikle PKB olan kişilere oldukça benzer özelliklere sahiptir (ör. patolojik kıskançlık). Ayrıca, stres altındayken PKB gösteren bireyler geçici sanrılar geliştirebilirler (Miller, 2002). Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler geçici psikotik semptomlar gösterirken, sanrısız bozuklukta psikotik semptomlar kalıcı olabilir. Temel ayrımlardan biri, gerçeklik testinin ne ölçüde bozulduğudur: PKB'de bireyler en azından şüphelerinin temelsiz olduğunu ve aşırı tepki verdiklerini göz önünde bulundurabilirler; oysa sanrısız bozuklukta düzeltilemez bir inanç söz konusudur (Skodol, 2005).

Paranoid kişilik bozukluğunu düşündüren kesitsel özelliklere sahip hastaların komorbidite durumları dikkate alınarak, ayırıcı tanıların doğru şekilde yapılması önem arz etmektedir. Psikiyatrik tedavi açısından paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin gönüllü olarak psikoterapiye başvurmaları nadirdir, tedaviye karşı şüpheli bir tutum sergilerler. Eksen II A kümesi kişilik bozukluklarının diğer gruplara göre tedaviye daha geç başvurması ve zor yanıt vermesi dikkate alınarak, psiko-eğitim ve sosyal yaşam beceri eğitimleri bu bozuklukta yararlı bir tedavi yöntemi olarak önerilebilir. Özellikle paranoid kişilik bozukluğu olan hastalara grup terapileri uygun değildir daha ziyade bireysel terapilerin (bilişsel, şema terapi vb.) etkili sonuçlar verdiği görülmüştür.

Paranoid Kişilik Bozukluğunun Klinik Seyri

Paranoid kişilik bozukluğuna ilişkin yeterli, sistematik, uzun vadeli çalışmaların yetersiz olduğu gözlenmektedir. Yapılan çalışmalarda ise PKB'nin seyri ile ilgili bir çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır. Bazı araştır-

malar semptomların kişinin hayatı boyunca devam ettiğini ve bazı sosyal zorluklara neden olduğunu iddia ederken, diğer çalışmalar semptomların zamanla hafifleme eğiliminde olduğunu iddia etmektedir (Gouveia ve Fernandes, 2015). Bazı çalışmalarda paranoid kişilik bozukluğunun ömür boyu sürdüğü, bazılarında ise şizofreninin habercisi olduğu belirtilmektedir. Bazı araştırmalarda ise paranoid özellikler, birey olgunlaştıkça veya stres düzeyi azaldıkça yerini tepki oluşumuna, ahlakla ilgili uygun ilgiye ve özgeci kaygılara bırakır. Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler sosyal ilişki kurdukları kişilerle birlikte yaşama ve çalışma konusunda sürekli sorunlar yaşarlar. En sık yaşanan sorunlar da evlilik ve meslek yaşamlarındadır (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2007).

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerin araştırmalarda tedavi ekibi ile iş birliği yapmaya isteksiz olmaları, yeni tedavi biçimlerinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Paranoid bozukluğu olan kişilerin psikolojik destek yöntemlerinin yanı sıra tıbbi tedaviye de ihtiyacı olabilir. Farmakolojik olarak bu bozukluk için spesifik bir ilaç yoktur, ancak belirli durumlarda anti-psikotikler reçete edilebilir (Carroll, 2009; Tyrer ve Bateman, 2004). Tedavi süresince ruhsal dalgalanmalar olabilir, sosyal izolasyona bağlı olarak gelişebilecek depresyon ve hatta intihar girişimlerini önlemek amaçlı depresyona yönelik ilaçlarla desteklenebilir.

Kapsamlı bir tedavi yaklaşımı ancak paranoid kişilik bozukluğu öyküsünün (örneğin kafa yaralanmaları, travmatik olaylar, şizofreni hastası aile üyeleri vb.) ayrıntılı bir şekilde incelenmesinden sonra planlanır. Paranoid kişilik bozukluğu olan kişilerin tedavisinde, en önemli faktörlerden biri tıbbi ve psikolojik yaklaşımların bir arada kullanılmasıdır (Völlm ve ark., 2011; Spytka, 2023). Farmakolojik desteğin ötesinde bu bozukluğun tedavisinde en yaygın ve etkili terapi türü olarak bireysel psikoterapi önerilmektedir (Carroll, 2009).

Sonuç

Paranoid kişilik bozukluğu karakteristik özellikleri sebebiyle eski tarihlerden bu yana toplumu ilgilendiren ve ruh sağlığı alanını meşgul eden bir bozukluktur. Paranoid kişilik bozukluğunun başlıca özelliği olan şüphencilik belirli ortamlarda uyum sağlayıcı olabilir (Mesela avcı-toplayıcı toplumlarda teyakkuz halinde olmaya ve hayatta kalmaya yarar; belirli meslek grupları tercih edildiğinde örneğin istihbarat ve polisiye-dedektiflik alanları gibi işlevsel olabilir). Ancak şüphencilik şiddeti ve bağlamı kişinin hayatında sorun olmaya başladığında klinik açıdan değerlendirmek gerekebilir.

Pek çok araştırma, olumsuz erken yaşam deneyimlerinin ve travmatik yaşantıların paranoid kişilik yapısının oluşumuna zemin hazırladığına işa-

ret etmektedir. Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel travmaların yani ihmal ve istismarın, katı ebeveyn tutumlarının (baskıcı ve cezalandırıcı) ve sosyal anhedoninin, bireyleri paranoid kişilik bozukluğına yatkın hale getirdiği söylenebilir.

Ağır stres altında olmak, göç, afet, savaş vb. kaotik olayların 21.yüzyılda yaygın hale gelmesiyle paranoid kişilik bozukluğu gibi tüm diğer kişilik bozukluklarının arttığını gözlemlemekteyiz. Yakın tarihli yapılan araştırmalarda paranoid düşünce yapısının yaşam stresine bir tepki olacağına dair görüşler vardır. Zorlayıcı türden sosyal ve çevresel faktörlerin paranoid düşünceyi teşvik ettiği görülmektedir. Daha fazla güce sahip kişilerin değerlendirici incelemesi altında olmak; olağan sosyal ağların bozulması, göç ve hapis gibi travmatik ortamlara maruz kalmak, sosyal statüye ilişkin belirsizlik duygusu, ani sosyal kayıp ve izolasyon, akut duyu bozuklukları (işitme kaybı vb.), fiili güçsüzlük ve mağduriyet gibi durumların yaşanması sosyal ve çevresel faktörlerin PKB gelişiminde etken faktörler olabileceği düşünölmektedir.

Paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler bilişsel yapıları, davranış örüntüleri, duyu düzenleme beceri eksiklikleri (öfke kontrol sorunu vb.) ve iletişim sorunları sebebiyle hem aile yaşamında hem iş yaşamında hem de sosyal yaşamda uyum güçlükleri yaşamaktadırlar. Özellikle kontrol edilemez şüphencilik, patolojik kıskançlık ve öfke sorunları sebebiyle şiddete yönelik davranışlar sergilemeye yatkındırlar. Bu durum sosyal alanda ve partner ilişkilerinde yaşandığında sonuçlar ekseri adli ve hukuki boyutlara varmaktadır. Son olarak, paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı, kişilerarası iletişim sorunları, şiddete yönelik yıkıcı davranışları, gereksiz dava açma gibi adli durumların sıklığının sonuçları göz önünde bulundurularak hak ettiğinden daha az ampirik çalışma yapıldığı görölmektedir. Paranoid kişilik bozukluğunun sağaltımı için bu alanda daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akhtar, S. (1990). Paranoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 44(1), 5-25.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, (Çev. Ed. E. Köroğlu.) Ankara: HYB Yayıncılık. (2014).
- Asarnow, R. F., Nuechterlein, K. H., Fogelson, D., Subotnik, K. L., Payne, D. A., Russell, A. T., ... & Kendler, K. S. (2001). Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 581-588.
- Beck, A.T., Freeman, A.T.& Associates. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. Newyork: Guilford Press.
- Bergman, P., & Escalona, S. K. (1947). Unusual sensitivities in very young children. *The psychoanalytic study of the child*, 3(1), 333-352.
- Bernstein, D. P., Useda, D., & Siever, L. J. (1993). Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendations for DSM-IV. *Journal of Personality Disorders*, 7(1), 53-62.
- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. *Handbook of personology and psychopathology*, 462-477.
- Bernstein, D. P., & Useda, J. D. (2007). Paranoid personality disorder. W. O'Donohue, KA Fowler, S. Lilienfeld. *Personality Disorders: Toward the DSM-IV* (pp. 41-62).
- Birkeland, S. F. (2011). Paranoid personality disorder and sociodemography: a 25-year study of first admissions to a Danish general psychiatric hospital. *Nordic Psychology*.
- Blackburn, R., & Coid, J. W. (1999). Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of personality disorders*, 13(1), 18-34.
- Blum, H. P. (1981). Object inconstancy and paranoid conspiracy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(4), 789-813.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical psychology review*, 24(7), 827-856.
- Brazelton, T. B. (1962). Observations of the neonate. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.
- Cardno, A. G., & McGuffin, P. (2006). Genetics and delusional disorder. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(3), 257-276.
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 15(1), 40-48.

- Chadwick, P. D. J., Trower, P., Juusti-Butler, T. M., & Maguire, N. (2005). Phenomenological evidence for two types of paranoia. *Psychopathology*, 38(6), 327-333.
- Chess, S., Thomas, A., Rutter, M., & Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances in children. *American Journal of Psychiatry*, 120(2), 142-148.
- Chess, S., Thomas, A., & Birch, H. G. (1967). Behavior problems revisited: Findings of an anterospective study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 6(2), 321-331.
- Clarkin, J. F. (2012). *Aktarım Odaklı Psikoterapi-Atölye Çalışması Metinleri*. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 48.
- Combs, D. R., Penn, D. L., Cassisi, J., Michael, C., Wood, T., Wanner, J., & Adams, S. (2006). Perceived racism as a predictor of paranoia among African Americans. *Journal of Black Psychology*, 32(1), 87-104.
- Conlon, G. B. (1984). The paranoid psychopath. *The New Zealand medical journal*, 97(749), 90-91.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*, New York: (WW Norton) 1950.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical psychology review*, 27(4), 425-457.
- Gouveia, P. R. R., & Fernandes, C. I. L. (2015). Compreendendo a perturbação paranoide de personalidade—fatores etiológicos, curso e tratamento. [Understanding Disturbance personality paranoid—etiological factors, course and treatment.] *Psique*, 11, 91-111.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Iacovino, J. M., Jackson, J. J., & Oltmanns, T. F. (2014). The relative impact of socioeconomic status and childhood trauma on Black-White differences in paranoid personality disorder symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 123(1), 225.
- Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2000). Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35,531-538.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a com-

- munity-based longitudinal study. *Journal of personality disorders*, 14(2), 171-187.
- Kendler, K.S., Masterson, C.C. & Davis, K.L. (1985). Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia, and medical illness. *British Journal of Psychiatry*, c.139, s.1185-1186.
- Kendler, K. S., Czajkowski, N., Tambs, K., Torgersen, S., Aggen, S. H., Neale, M. C., & Reichborn-Kjennerud, T. (2006). Dimensional representations of DSM-IV cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1583-1591.
- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822.
- Kernberg, O. F. (1975). Borderline conditions and pathological Narcism, New York (Jason Aronson) 1975.
- Kernberg, O.F. (1979). Two reviews of the literature on borderline: An assesment. *Schizophrenia Bulletin*, c.5, 53-58.
- Kernberg, O. F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145-156.
- Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*. New York: Grove Press, 1960.
- Köroğlu, E. ve Bayraktar, S. (2019). *Kişilik bozuklukları* (5.Baskı). Ankara: HYB Yayıncılık
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. E. & S. Livingstone.
- Lee, R. (2017). Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(2), 151–165.
- Lenzenweger, M.F. & Clarkin, J.F. (2005). Major Theories of Personality Disorder. Guilford Press.
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 55(10), 941-948.
- Maass, V. S. (2019). *Personality disorders: Elements, history, examples, and research*. Bloomsbury Publishing USA.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). The Psychological Birth of the Human Infant, Basic Book. Inc. Publishers, New York.
- Marier, W., Lichtermann, D., Minges, J. & Heun, R. (1994). Personality disorders among the relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, s.20 (3), c.481-493
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. (Çev. E. Kalem). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

- Meissner, W. W. (1978). *The paranoid process*. New York: Jason Aronson.
- Miller, M. B., David Useda, J., Trull, T. J., Burr, R. M., & Minks-Brown, C. (2002). Paranoid, schizoid, and schizotypal personality disorders. *Comprehensive handbook of psychopathology*, 535-557.
- Millon, T., Grossman, T., Millon, C., Meagher, S. ve Ramnath, R. (2021). *Modern yaşamda kişilik bozuklukları* (E. Okan Gezmiş, ev.). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları (2000, 1.Baskı).
- Morrison, J. R. (2016). *DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Munro, A. (1999). *Delusional disorder: Paranoia and related illnesses*.
- O'Donohue, W., Fowler, K. A., & Lilienfeld, S. O. (Eds.). (2007). *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Sage Publications.
- Öztürk, M. O. (1994) *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Raza, G. T., DeMarce, J. M., Lash, S. J., & Parker, J. D. (2014). Paranoid personality disorder in the United States: the role of race, illicit drug use, and income. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 13(3), 247-257.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2007). Mood disorders. *Kaplan & Sadock's. Synopsis of psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins*, 527-578.
- Schneider, K. (1950). *Psychopathic personalities*. 9. Basım. Londra: Cassell.(ilk basım 1923)
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Skodol, A. E. (2005). *Manifestations, Clinical Diagnosis, and Comorbidity*. American Psychiatric Publishing.
- Spytska, L. (2023). Paranoid personality type: Relationships with the surroundings. *Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology*, 9(2), 96-105.
- şahin, D. (2009). Kişilik bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 22 (4), 45-55.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(6), 795-805.
- Tyrer, P. & Bateman, A.W. (2004). Drug treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), 389-398.
- Vllm, B. A., Faroog, S., Jones, H., Ferriter, M., Gibbon, S., Stoffers, J., ... & Lieb, K. (2011). Pharmacological interventions for paranoid personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, (5).

- Weinberger, D. A. (1998). Defenses, personality structure, and development: Integrating psychodynamic theory into a typological approach to personality. *Journal of Personality, 66*(6), 1061-1080.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1998). Performance characteristics of the DSM-III-R personality disorder criteria sets. *DSM-IV sourcebook, 4*, 357-73.
- Winnicott, D. W. (1952). *Psychosis and Child Care*. Tavistock, London: In Collected Papers. 1958.
- Winokur, G. (1985). Familial psychopathology in delusional disorder. *Comprehensive psychiatry, 26*(3), 241-248.
- Wong, K. K., Freeman, D., & Hughes, C. (2014). Suspicious young minds: paranoia and mistrust in 8-to 14-year-olds in the UK and Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry, 205*(3), 221-229.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.