



Kişilik Bozukluğu İnançlarında Savunma Mekanizmaları ve Bağlanma Biçimlerinin Rolünün Klinik ve Klinik Olmayan Örneklerde İncelenmesi

Examination of the Role of Defense Mechanisms and Attachment Styles in Personality Disorder Beliefs among Nonclinical and Clinical Samples

● Yıldız Bilge¹, ● Nesrin Karamustafaloğlu¹, ● Nihal Kanlısu², ● Aylin Özdemir³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

²TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Programları Başkanlığı, Ankara, Türkiye

³Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Devlet Hastanesi, Kütahya, Türkiye

ÖZ

Bağlanma stilleri, savunma mekanizmaları ve kişilik bozukluklarının temelinde yatan kişilik inançlarının psikopatoloji ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, depresyon, obsesif-kompulsif ve anksiyete bozukluğu tanısı almış bir klinik grup ve klinik olmayan bir grupta bağlanma stilleri, savunma mekanizmaları ve kişilik inançları değişkenleri puanlarının karşılaştırılması ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Çalışmaya 59'u klinik gruptan, 119'u klinik olmayan gruptan olmak üzere toplam 178 kişi katılmıştır. Katılımcılara Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form (KİÖ-KF), Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40) ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) uygulanmıştır. Kaçınan, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif (OK), antisosyal, şizoid, paranoid ve borderline kişilik inanç puanları klinik grupta anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuşken olgun savunma puanlarının ise normal grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan bağlanma stillerine göre iki grup arasında fark bulunmamıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları klinik grup için kişilik bozukluğu inançlarını %19,5 ile %33,5 ve klinik olmayan grup için %22,7 ile %46,9 aralığında yordamıştır. Sonuç olarak bulgular, bağlanma stillerinin ve savunma mekanizmalarının kişilik bozukluklarının etiyolojik nedenlerinin anlaşılmasına katkıda bulunabileceğini ve kişilik bozukluklarının tedavi süreçlerinde yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Kişilik bozukluğu inançları, bağlanma stilleri, savunma mekanizmaları

ABSTRACT

Attachment styles, defense mechanisms, and the underlying personality disorders' personality beliefs are considered to be closely related to psychopathology. The aim of this study is to compare the scores of attachment styles, defense mechanisms, and personality beliefs variables in a non-clinical group and a clinical group diagnosed with depression, obsessive-compulsive, and anxiety disorder and to examine the relationships between these variables. A total of 178 participated in the study, 59 of which were in the clinical group and 119 in the nonclinical group. The Personality Belief Questionnaire-Short Form (PBQ-SF), The Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40), and Relationship Scales Questionnaire (RSQ) were applied to the participants. Avoidant, dependent, passive-aggressive, obsessive-compulsive (OC), antisocial, schizoid, paranoid, and borderline personality belief scores were found to be higher in the clinical group, while mature defense scores were significantly higher in the nonclinical group. On the other hand, there was no difference between the two groups in terms of attachment styles. According to multiple linear regression analysis results, attachment styles and defense mechanisms predicted personality disorder beliefs in the range of 19.5% to 33.5% for the clinical group and 22.7% to 46.9% for the nonclinical group. In conclusion, the findings suggest that attachment styles and defense mechanisms may contribute to the understanding of the etiological causes of personality disorders and may be helpful in the treatment of personality disorders.

Keywords: Personality disorder beliefs, attachment styles, defenses mechanisms

Giriş

Bağlanma Kuramı'nda Bowlby (1988), yeni doğan bebeklerin neden bakıcılarına güçlü bir şekilde bağlanma ihtiyacı duyduklarını açıklar. Çocuk ve bakım verenler arasındaki ilişkinin kalitesi, çocuğa verilen değer hakkında bilgi verir. Bowlby'ye (1973) göre bakıcılar yeterince ulaşılabilir ve/veya ilgili olmadığında, çocuk kendini güvensiz hisseder. Bowlby'ye benzer şekilde düşünen Mikulincer ve Shaver (2007) tarafından gözden geçirilen çok sayıda araştırma, güvensiz bağlanmanın çok çeşitli zihinsel bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Eng ve arkadaşlarının (2001) sosyal anksiyete tanısı almış 118 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, kaygılı bağlanma stiline sahip grupta, güvenli bağlanma stiline sahip gruba göre daha şiddetli sosyal anksiyete belirtileri, daha yüksek depresyon düzeyleri ve daha düşük yaşam doyumu bildirmişlerdir. Sümer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, depresyon, panik bozukluk veya obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) tanılarında birini almış 104 katılımcı ile "kontrol grubu" olarak kabul edilen 77 katılımcı yer almıştır. Analiz sonuçları, her üç klinik grupta da kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısı olduğu saptanmıştır. Vatan'ın (2016) araştırmasında ise obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme güçlükleri klinik bir grup (101 kişi) ile bir kontrol grubu (224 kişi) karşılaştırılarak incelenmiş ve kaygılı bağlanma özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Yetişkin bağlanma stilleri özellikle de güvensiz bağlanma stilleri ile kişilik bozuklukları (KB) arasındaki ilişki üzerine yapılan literatür araştırması, bu iki kavram ve depresyon, anksiyete, panik, sosyal anksiyete ve OKB gibi bozukluklar arasında önemli bir birliktelik olduğunu göstermektedir (Meyer ve ark. 2001). Ayrıca güvensiz bağlanma stilleri ve kişilik bozuklukları, hem etkisiz hem de esnek olmayan başa çıkma mekanizmalarını ortaya çıkarmaları bakımından da benzerlik içindedir (Brennan ve Shaver 1998). Bu bağlamda Widiger ve Frances (1985), güvensiz bağlanma stillerinin genellikle KB'lerin merkezi özelliği olarak görülebileceği iddiasını ileri sürmüştür. Birçok çalışmada belirli KB'ler güvensiz bağlanma stilleriyle ilişkili bulunmuştur (Brennan ve Shaver 1998, Levy ve ark. 2015). Güvensiz bağlanma, kişilik patolojisi ile yüksek oranda ilişkili görünse de, yine de belirli KB'ler ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkilerin henüz net olmadığı belirtilmesi gerekmektedir (Levy ve ark. 2015).

Beck ve Ellis, kişilik bozukluğu olan hastalarda temel işlevsiz inançların rolüne vurgu yapan kişilerin başında gelmektedir. Kişilik bozukluğu olan hastaların temel işlevsiz inançlarının aşırı genelleştirilmiş, esnek olmayan, zorunlu ve değişime dirençli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu işlevsiz olmayan inançların aynı kişilik bozukluğuna sahip hastalar arasında benzerlikler gösterdiğini de ileri sürmüşlerdir (Beck ve ark. 2015).

KB'ler, genel topluma (klinik olmayan) kıyasla sağlık hizmetleriyle temas halinde olan kişiler arasında daha yüksek bir yaygınlık oranı göstermektedir. Araştırmalar birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hastaların yaklaşık dörtte birinin ve ayakta

psikiyatri hastalarının %50'sinin KB kriterlerini karşıladığını göstermektedir (Beckwith ve ark. 2014). Pek çok çalışmada, KB'ler ile depresyon (Carlier ve ark. 2014); kaygı (Carlier ve ark. 2014, Latas ve Milovanoviç 2014); obsesif-kompulsif bozukluk (Thamby ve Khanna 2019) ve somatoform bozukluklar (Carlier ve ark. 2014) gibi diğer ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak kişilik bozuklukları ve ruhsal bozukluklar için yüksek komorbidite oranları bildirilmiştir (Newton-Howes ve ark. 2010). Kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısının tedavinin olumlu sonuçlanması için önemli olması nedeniyle diğer ruhsal bozuklukların tedavisi sırasında kişilik bozukluklarının varlığının fark edilmesi klinik olarak önemlidir çünkü ikisinin birlikteliği tedaviye direnci artırmaktadır. Çeşitli meta-analiz çalışmaları, kişilik bozukluklarının depresyon için komorbiditesini ortaya çıkarmış ve kişilik bozukluğu olmayanlara kıyasla tedaviden kötü sonuçların alındığını göstermiştir (Beckwith ve ark. 2014).

Savunma mekanizmaları, algılanan gerçekliği değiştirerek içsel ve dışsal stresler karşısında bireylerin bilişsel çatışmalarını azaltmalarını ve psikolojik istikrarını korumalarını sağlayan doğuştan gelen, istemsiz, düzenleyici süreçlerdir (Vaillant 1994). Savunma mekanizmaları genellikle psikodinamik bir kavram olarak ele alınmaktadır. Ancak Anna Freud'un (1989) da belirttiği gibi idden gelen içsel dürtü impulsları bilince çıkarak egoda kendilerini gösterdikleri için savunma mekanizmaları objektif ölçüm araçlarıyla da değerlendirilebilmektedir. Main ve arkadaşları (1985), güvensiz bağlanan kişilerin inkar, yansıtma, bölme gibi savunma mekanizmalarını kullanması nedeniyle başkalarıyla ilgili olumsuz algılara sahip olduğunu iddia etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada psikolojik bozukluğu olan hastalarda kontrol grubuna göre immatür savunma mekanizması puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kennedy ve ark. 2001). Başka bir çalışmada ise problemlerli internet kullanımı ile olgunlaşmamış ve otistik fantezi savunmaları arasında pozitif korelasyonlar bulunmuştur (Laconi ve ark. 2017). Depresyon ve anksiyete hastalarının bir kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada araştırmacılar, sosyal fobisi olanlar dışındaki tüm hastaların kontrol grubuna göre daha fazla nevroitik savunma mekanizması kullandığını tespit etmişlerdir (Blaya ve ark. 2006). Kişilik bozukluğu ve nevroitik bozukluğu olan hastaların bir kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, sadece borderline kişilik bozukluğu olanların diğer gruba göre anlamlı derecede daha fazla tümgüçlülük, değersizleştirme, bölme, inkar, izolasyon ve yansıtma özdeşim savunmaları kullandığı bulunmuştur (Sammallahti ve Aalberg 1995). Borderline, şizotipal, antisosyal ve narsisistik kişilik bozuklukları ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada, immatür savunmaların borderline kişilik bozukluğunu en çok, şizotipal kişilik bozukluğunu ise en az açıkladığı saptanmıştır (Perry ve ark. 2013). Ayrıca Türkiye'de yapılan iki araştırma da, immatür savunmaların belirli kişilik bozukluğu olan hastalarda daha sık kullanıldığı iddiası desteklenmiştir (Bilge 2018, Aracı ve Bilge 2021).

Literatür incelendiğinde psikolojik bozukluklarla ilişkisi açısından savunma mekanizmalarını ve bağlanmayı birlikte

ele alan az sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Doğum sonrası depresyonun sürmesine aracılık eden faktörler olarak bağlanma stilleri ve savunma mekanizmalarının incelendiği bir çalışmada, depresyonun sürmesinde kaygılı bağlanma stili ve immatür savunma mekanizmalarının sırasıyla %8,4 ve %3,6 oranında etkili olduğu bulunmuştur (McMahon ve ark. 2005). Başka bir çalışmada, homofobik tutumlarla ilişkili olarak savunma mekanizmaları ve bağlanma stilleri incelendiğinde, immatür savunmaların anlamlı ve pozitif yönde yordayıcı olduğu, nevrotik savunmaların ise anlamlı ve negatif yönde yordayıcı olduğu bulunmuştur. Ayrıca homofobi düzeyleri açısından güvenli ve korkulu bağlanma stilleri arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur (Ciocca ve ark. 2015).

Beck ve arkadaşlarına (2015) göre kişilik bozukluklarının temeli olduğu düşünüldüğünden psikopatoloji açıklanırken kişilik inançları sıklıkla kullanılmaktadır. Benzer şekilde bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları da psikopatolojiyi açıklamada sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bu çalışmada anksiyete, obsesif kompulsif ve depresyon tanısı konan bireyler ile böyle bir tanısı olmayan bireylerde kişilik inançları, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları açısından bir farklılaşmanın olduğu düşüncesinden yola çıkılmıştır ve bu düşünce anksiyete, depresyon ve OKB ile kişilik bozukluklarının ilişkili olduğunu gösteren yukarıdaki literatüre dayanmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada, hem klinik hem de klinik olmayan gruplar kullanılarak klinik grubun klinik olmayan gruba göre kişilik inançları, savunma mekanizmaları ve bağlanma stilleri açısından farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amaçlanmıştır ve belirlenen üç hipotez sınamıştır. (1) anksiyete, depresyon

veya OKB tanısı alan klinik grup ve klinik olmayan grup savunma mekanizmaları, bağlanma stilleri ve kişilik inançları açısından farklılaşacaktır, (2) hem klinik grupta hem de klinik olmayan grupta kişilik inançları ile bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasında pozitif korelasyonlar olacaktır ve (3) hem savunma mekanizmaları hem de bağlanma stilleri klinik olan ve olmayan gruplar açısından kişilik inançlarını yordayıcı değişkenler olacaktır.

Yöntem

Örneklem

Bu çalışma kesitsel yöntemin kullanıldığı bir ilişkisel tarama çalışması olmasının yanı sıra bağımsız grup karşılaştırma çalışmasıdır. İki gruptan oluşan katılımcıların ilk grubu bir psikiyatri hastanesinde bir psikiyatrist tarafından tanı konmuş ve ilaç tedavileri devam eden anksiyete, depresyon veya OKB tanılı 59 hastadan oluşmaktadır. İkinci grup ise herhangi bir psikiyatrik tanı almadığını ifade eden 119 kişiden oluşan araştırmacıların tanıdıklarından ve onların da kendi tanıdıklarından oluşan bir toplum örneğidir. Klinik grup Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran bireylerden oluşmaktadır. Toplum örneğinin (klinik olmayan grup) verileri ise, araştırmacılar tarafından kartopu yöntemi kullanılarak toplanmıştır ve uygulama formunda katılımcılara psikiyatrik tanı alıp almadıkları sorulmuş, tanı almış olduğunu belirtenler araştırmaya alınmamıştır. İstatistiksel olarak uçlarda yer alan ve anketi %10'dan fazla eksik dolduran katılımcılar

Tablo 1. Katılımcıların demografik bilgileri

	Klinik Grup		Klinik Olmayan Grup	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	42	71.1	73	61.3
Erkek	17	28.9	46	38.7
Yaş Aralıkları				
18-24	12	20.3	47	39.8
25-34	17	28.8	35	29.7
35-44	12	20.3	22	18.6
45-54	11	18.6	10	8.5
55-64	7	11.9	5	3.4
Eğitim				
Okur yazar	3	10.3	1	0.8
İlkokul	13	22.0	5	4.2
Ortaokul	12	20.3	14	11.8
Lise	17	28.8	44	37.0
Üniversite ve üzeri	14	23.7	55	46.2
Ekonomik Düzey				
Düşük	10	16.9	8	6.7
Orta	37	62.7	99	83.2
Yüksek	7	11.9	12	10.1

toplam katılımcı sayısından çıkarılmıştır. Tablo 1’de örneklem gruplarının demografik özellikleri gösterilmiştir.

Çalışma için gerekli etik onay Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu’ndan 18.04.2018 tarih ve 71211201-13991 No’lu kararı ile alınmıştır ve tüm katılımcılar çalışmaya katılmadan önce bilgilendirilmiş onamlarını imzalamışlardır. Klinik olmayan örneklerden toplanan veriler, katılımcılara çalışmanın kısa bir açıklaması yapıldıktan sonra ölçekleri yanıtlamalarının istenmesi yoluyla toplanmıştır. Klinik grupta yer alan katılımcılara ölçekler araştırmacıların gözetiminde poliklinik binasında uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Demografik Bilgi Formu (DBF):

Katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu ve psikiyatrik tanı alıp almadıklarını içeren araştırmacılar tarafından oluşturulan bir formdur.

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form (KİÖ-KF):

KİÖ-KF, kişilik bozukluğu inançlarının değerlendirilmesi amacıyla Beck ve Beck tarafından geliştirilmiş, daha sonra ölçeğin 65 maddelik kısa formu, klinik ve araştırma ortamlarında kullanımı için daha kısa ve daha pratik bir versiyon olacak şekilde düzenlenmiştir (Butler ve ark. 2007). KİÖ-KF’nin Türkçe uyarlaması Taymur ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte çekingen, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid ve paranoid KB alt ölçekleri bulunmaktadır. KİÖ-KF, 18-29 yaş arası toplam 232 üniversite öğrencisinden oluşan bir gruba uygulanmıştır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 iken alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları 0.61 ilâ 0.85 arasında değişmektedir. Daha sonra Bilge ve Bilge (2019) tarafından tekrar geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Butler ve arkadaşlarının (2002) çalışmasına dayalı olarak ölçeğe borderline alt ölçeği eklenmiştir. Bu çalışmada KİÖ-KTF alt ölçeklerinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı değerleri .70-.84 arasındadır ve test tekrar test korelasyonları ise .77-.90 arasında bulunmuştur.

Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40):

Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeği olan SBT, 20 savunma stilini ve matür, nevrotik ve immatür olmak üzere üç savunma mekanizması grubunu ölçen 40 madde içermektedir. Savunma Biçimleri Testi’nin Türkçe formunun psikometrik özellikleri Yılmaz ve arkadaşları (2007) tarafından incelenmiştir. Matür, nevrotik ve immatür savunma mekanizmaları için iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .70, .61 ve .83 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, matür savunmalar için madde-toplam korelasyon katsayılarının .49 ile .66 arasında; nevrotik savunmalar için .42 ile .63 ve olgunlaşmamış savunmalar için .23 ile .70 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bu çalışma 105’i sağlıklı, 85’i depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan toplam 190 kişi ile gerçekleştirilmiştir ve sağlıklı gruba tanı

almış grupların kullandıkları savunma mekanizmaları açısından farklılaştıkları tespit edilmiştir.

İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen ve bağlanma stillerini değerlendiren ölçeğin güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır. Araştırmada ölçekte yer alan güvenli, kaygılı, korkulu ve saplantılı alt boyutlarının test-tekrar test korelasyon katsayısı .49 ilâ .61 arasında bulunmuştur. Ölçeğin puanlamasında her bir alt boyut kendi içinde toplanmaktadır. 17 maddesi bulunan ölçeğin alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları .27 ile .61 değerleri arasındadır. Literatürle tutarlı biçimde karşıt bağlanma biçimleri aynı faktörde toplanmaktadır ve yapı geçerliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İstatistiksel analiz

Veri analizi, SPSS versiyon 22 istatistiksel analiz programı kullanılarak yapılmıştır. Tek değişkenli parametrik analiz varsayımlarını karşılamak için normallik, kayıp değerler ve aykırı değerlerin istatistiksel ölçümleri incelenmiştir. Sürekli değişkenler (KB inançları, savunma mekanizmaları ve bağlanma stilleri) arasındaki korelasyonlar için Pearson çarpım-moment analizi, klinik grup ve klinik olmayan grup arasındaki farklılıkları değerlendirmek için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Bağımsız değişkenler olan bağlanma stilleri ve savunma mekanizmalarının bağımlı değişken olan KİÖ-KF alt ölçeklerinin yordayıcı etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular

Veriler ilk olarak normallik, eksik ve uç değerler açısından incelenmiştir. Eksik veriler ortalama puanlarla doldurulmuştur ve verilerin Mahalanobis uzaklığı hesaplanarak, altı katılımcının verileri, kriterler için istenen aralığın dışında olduğu için analiz dışı bırakılmıştır. Nicel verilerin normalliği, histogramlar ve QQ grafikleri kullanılarak kontrol edilmiştir ve makul ölçüde normal olduğu ve parametrik veri analizini karşıladığı tespit edilmiştir. Varyans Artış Faktörü (VIF) ve Tolerans (TOL) değerleri verilerin çoklu doğrusal regresyon analizi varsayımlarını ihlal etmediğinden emin olmak için kontrol edilmiştir.

Klinik grup ile klinik olmayan grup arasında yapılan t-testi analizleri Tablo 2’de sunulmuştur. Bulgularımız, Narsistik KB ve Histriyonik KB hariç, diğer KB’ler, güvenli, kayıtsız, saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri, immatür ve nevrotik savunmalar açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Bu farklılıklar klinik grup lehine anlamlı düzeyde yüksek bulunmuşken, sadece matür savunmalar için klinik olmayan grup lehine anlamlı düzeyde yüksek farklılık tespit edilmiştir. Bazı KB’ler ve matür savunmalar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bunlar; Kaçınan ($t_{(178)}=5.15, p<.001$), Bağımlı ($t_{(178)}=4.95, p<.001$), Pasif-Agresif ($t_{(178)}=3.48, p<.007$), OK KB ($t_{(178)}=2.75, p<.007$), Antisosyal ($t_{(178)}=2.84, p<.021$),

Şizoid ($t_{(178)}=2.64$, $p<.037$), Paranoid ($t_{(178)}=3.13$, $p<.037$), Borderline ($t_{(178)}=5.84$, $p<.001$) ve Matür Savunmalar ($t_{(178)}=-3.49$, $p<.001$).

Kişilik inançları, savunma mekanizmaları ve bağlanma stilleri arasındaki ilişki klinik ve klinik olmayan gruplarda ayrı ayrı incelenmiştir. Klinik olmayan grupta, KİÖ-KF bağımlı ($r = -.31$), Histrionik ($r = -.21$) ve Borderline ($r = -.33$) alt ölçekleri ile güvenli bağlanma arasında negatif ve zayıf anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Klinik grupta ise, KİÖ-KF alt ölçeklerinin tümünün güvenli bağlanma ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Klinik olmayan grupta KİÖ-KF antisosyal ($r = .21$) ve şizoid ($r = .29$) alt ölçekleri ile kayıtsız bağlanma arasında zayıf pozitif ilişki olmasına rağmen, klinik grupta KİÖ-KF kaçınan ($r = .41$), pasif agresif ($r = .37$), OK KB ($r = .31$), narsistik ($r = .41$) ve şizoid ($r = .49$) alt ölçekleri orta düzeye oldukça yakın pozitif korelasyon göstermiştir. Klinik olmayan grupta bağımlı ($r = -.28$), antisosyal ($r = .20$), narsistik ($r = .20$), histrionik ($r = .34$) ve borderline ($r = .28$) alt ölçekleri saplantılı bağlanma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Klinik grupta ise saplantılı bağlanma ile bağımlı ($r = .39$) ve borderline ($r = .30$) alt boyutları arasında pozitif, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Klinik olmayan grupta, korkulu bağlanma ile tüm KİÖ-KF alt ölçekleri arasında pozitif bir ilişki (sırasıyla $r = .42$; $r = .31$; $r = .31$, $r = .27$, $r = .33$, $r = .37$, $r = .30$; $r = .42$; $r = .30$; $r = .37$) tespit edilmiştir. Ancak klinik grupta korkulu bağlanma ile KİÖ-KF alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Klinik olmayan grupta, immatür savunmaların KİÖ-KF alt ölçekleri ile pozitif olarak ilişkili olduğu (sırasıyla $r = .57$; $r = .50$; $r = .58$; $r = .48$; $r = .53$; $r = .31$; $r = .50$; $r =$

$.58$; $r = .51$; $r = .41$) ve benzer şekilde klinik grupta da pozitif olarak ilişkili (sırasıyla $r = .48$; $r = .37$; $r = .43$; $r = .38$; $r = .46$; $r = .46$; $r = .44$; $r = .45$; $r = .44$; $r = .41$) bulunmuştur. Klinik olmayan grupta, histrionik alt ölçeği hariç, tüm alt ölçeklerle nevrotik savunmalar arasında zayıf ve pozitif bir ilişki (sırasıyla $r = .32$; $r = .25$; $r = .33$; $r = .32$; $r = .21$; $r = .50$; $r = .25$; $r = .24$; $r = .30$) saptanmıştır. Klinik grupta ise yalnızca kaçınan ($r = .27$), pasif agresif ($r = .29$) ve OK KB ($r = .31$) alt ölçekleri arasında zayıf korelasyonlar tespit edilmiştir. Klinik olmayan grupta sadece şizoid ($r = .18$) alt ölçeği, matür savunmalarla zayıf bir şekilde pozitif ilişkiliyken, KİÖ-KF pasif-agresif ($r = .28$), OK KB ($r = .38$), antisosyal ($r = .32$) ve narsistik ($r = .27$) alt ölçekleri klinik grupta pozitif korelasyon göstermiştir (Tablo 3).

Çalışmanın bağımlı değişkeni olan KB inançlarını bağımsız değişkenler olan savunma mekanizmaları ve bağlanma stillerinin ne düzeyde yordadığının tespit edilmesi amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerin birlikte etkisinin belirlenmesi amaçlandığı için KB inançlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi için bağlanma stilleri (güvenli, kaçınan, korkulu ve saplantılı) ve savunma mekanizmaları (immatür, nevrotik ve olgun) birlikte modele dahil edilmişlerdir. Çoklu doğrusal regresyon analizleri Tablo 4'te özetlenmiştir. Genel olarak, sonuçlar, bağlanma stillerinin ve immatür, nevrotik ve matür savunmaların önemli ölçüde yordayıcı değişkenler olduğunu göstermiştir. Klinik gruptaki KB inançları için sonuçlar; KİÖ-KF kaçınan için (Olgun olmayan savunmalar; $R^2=.227$, $t=3.31$, Tol. [tolerans]=.907, VIF [varyans enflasyon faktörü]=1.102, $p<.002$. Kayıtsız

Tablo 2. Klinik ve klinik olmayan grupları alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Klinik Grup (n=59)		Klinik Olmayan Grup (n=119)		t
	M	SD	M	SD	
KİÖ-KF Kaçınan	17,93	4,99	13,91	4,87	5.15***
KİÖ-KF Bağımlı	14,07	7,01	9,37	5,36	4.95***
KİÖ-KF Pasif Agresif	16,40	6,05	13,33	5,24	3.48***
KİÖ-KF OK	16,24	6,18	13,92	4,79	2.75***
KİÖ-KF Antisosyal	13,22	6,67	10,54	5,55	2.84**
KİÖ-KF Narsistik	11,07	6,24	9,82	5,27	1.39
KİÖ-KF Histrionik	8,95	5,94	7,50	5,00	1.71
KİÖ-KF Borderline	14,58	7,05	9,20	5,0	5.84***
KİÖ-KF Paranoid	14,68	7,24	11,61	5,87	3.13**
KİÖ-KF Şizoid	15,61	6,63	13,34	4,65	2.64**
İÖA-Güvenli	19,64	5,66	20,61	4,67	-1.20
İÖA-Kayıtsız	24,41	6,96	22,61	6,29	1.74
İÖA-Saplantılı	15,63	5,11	15,76	4,24	-.19
İÖA-Korkulu	17,53	5,58	16,00	5,59	1.72
Immatür Savunmalar	99,10	26,44	98,39	29,20	.16
Nevrotik Savunmalar	42,95	11,59	44,57	11,41	-.89
Matür Savunmalar	38,93	13,21	45,61	11,37	-3.49**

p<0.01 *p<0.001

bağlanma; $R^2=.079$, $t=2.53$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.014$); KİÖ-KF bağımlı için (Saplantılı bağlanma; $R^2=.149$, $t=3.47$, $Tol.=.993$, $VIF=1.007$, $p<.001$. İmmatür savunmalar; $R^2=.123$, $t=3.64$, $Tol.=.934$, $VIF=1.070$, $p<.001$ Matür savunmalar, $R^2=.061$, $t=-2.24$, $Tol.=.931$, $VIF=1.074$, $p<.029$); KİÖ-KF pasif agresif için (İmmatür savunmalar; $R^2=.18^2$, $t=2.84$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.006$. Kayıtsız bağlanma; $R^2=.061$, $t=2.12$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.038$); KİÖ-KF OK için (Matür savunmalar; $R^2=.227$, $t=3.51$, $Tol.=.935$, $VIF=1.069$, $p<.001$. İmmatür savunmalar; $R^2=.073$, $t=2.42$, $Tol.=.935$, $VIF=1.069$, $p<.019$); KİÖ-KF antisosyal için (İmmatür savunmalar; $R^2=.215$, $t=3.95$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF narsistik için (İmmatür savunmalar; $R^2=.189$, $t=2.87$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.006$. Kayıtsız bağlanma; $R^2=.082$, $t=2.52$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.015$); KİÖ-KF histriyonik için (İmmatür savunmalar; $R^2=.196$, $t=3.72$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF bordeline için (İmmatür savunmalar; $R^2=.205$, $t=4.80$, $Tol.=.934$, $VIF=1.070$, $p<.001$. Saplantılı bağlanma; $R^2=.079$, $t=2.85$, $Tol.=.992$, $VIF=1.008$, $p<.006$. Matür savunmalar; $R^2=.089$, $t=-2.83$, $Tol.=.931$, $VIF=1.075$, $p<.007$. Güvenli bağlanma; $R^2=.049$, $t=-2.14$, $Tol.=.999$, $VIF=1.001$, $p<.037$); KİÖ-KF paranoid için (İmmatür savunmalar; $R^2=.195$, $t=3.72$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); ve KİÖ-KF şizoid için (Kayıtsız bağlanma; $R^2=.238$, $t=3.45$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.006$. İmmatür savunmalar; $R^2=.073$, $t=2.44$, $Tol.=.907$, $VIF=1.102$, $p<.015$) yordayıcı değişkenler olarak tespit edilmiştir.

Klinik olmayan gruptaki KB inançları için sonuçlar şöyledir; KİÖ-KF kaçınan için (İmmatür savunmalar; $R^2=.328$, $t=5.76$, $Tol.=.750$, $VIF=1.3334$, $p<.001$. Korkulu bağlanma; $R^2=.025$, $t=2.13$, $Tol.=.750$, $VIF=1.334$, $p<.035$); KİÖ-KF bağımlı için (İmmatür savunmalar; $R^2=.250$, $t=6.98$, $Tol.=.885$, $VIF=1.130$, $p<.001$. Güvenli bağlanma; $R^2=.081$, $t=-3.58$, $Tol.=.990$, $VIF=1.010$, $p<.001$. Kayıtsız bağlanma; $R^2=.032$, $t=-2.42$, $Tol.=.882$, $VIF=1.134$, $p<.017$); KİÖ-KF pasif agresif için (İmmatür savunmalar; $R^2=.341$, $t=7.78$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF OK için (İmmatür savunmalar; $R^2=.227$, $t=5.87$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF antisosyal için (İmmatür savunmalar; $R^2=.285$, $t=6.83$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF narsistik için (İmmatür savunmalar; $R^2=.247$, $t=6.19$, $Tol.=1.000$, $VIF=1.000$, $p<.001$); KİÖ-KF histriyonik için (İmmatür savunmalar; $R^2=.250$, $t=6.21$, $Tol.=.587$, $VIF=1.702$, $p<.001$. Nevrotik savunmalar; $R^2=.066$, $t=-3.24$, $Tol.=.620$, $VIF=1.614$, $p<.001$. Saplantılı bağlanma; $R^2=.035$, $t=2.65$, $Tol.=.864$, $VIF=1.158$, $p<.0091$. Güvenli bağlanma; $R^2=.023$, $t=-2.05$, $Tol.=.963$, $VIF=1.039$, $p<.043$); KİÖ-KF borderline için (İmmatür savunmalar; $R^2=.346$, $t=8.82$, $Tol.=.913$, $VIF=1.0960$, $p<.001$. Güvenli bağlanma; $R^2=.094$, $t=-3.84$, $Tol.=.950$, $VIF=1.053$, $p<.001$. Matür savunmalar; $R^2=.029$, $t=-2.50$, $Tol.=.878$, $VIF=1.139$, $p<.014$); KİÖ-KF paranoid için (İmmatür savunmalar; $R^2=.255$, $t=6.89$, $Tol.=.923$, $VIF=1.084$, $p<.001$. Olgun savunmalar; $R^2=.036$, $t=-2.43$, $Tol.=.923$, $VIF=1.084$, $p<.017$); ve KİÖ-KF şizoid için (İmmatür savunmalar; $R^2=.167$, $t=2.90$, $Tol.=.739$, $VIF=1.353$, $p<.004$. Korkulu bağlanma; $R^2=.036$, $t=2.84$, $Tol.=.682$, $VIF=1.466$, $p<.00$. $R^2=.029$, $t=2.09$,

Tablo 3. Klinik ve kilink olmayan gruplarda kişilik bozukluğu inançları, bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiler

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	1	2	3	4	5	6	7
a		.61**	.56**	.65**	.55**	.56**	.50**	.66**	.62**	.50**	-.17	.14	.10	.42**	.57**	.32**	.07
b	.53**		.53**	.59**	.54**	.62**	.61**	.85**	.59**	.32**	-.31**	-.03	-.28**	.31**	.50**	.25**	.01
c	.59**	.37**		.50**	.65**	.57**	.50**	.61**	.66**	.52**	-.06	.10	.13	.31**	.58**	.33**	.07
d	.56**	.35**	.52**		.58**	.56**	.56**	.58**	.64**	.40**	-.03	.10	.16	.27**	.48**	.32**	.07
e	.63**	.44**	.56**	.66**		.67**	.65**	.69*	.73**	.45**	-.09	.21*	.20*	.33*	.53**	.21*	.05
f	.61**	.29*	.61**	.61**	.75**		.71**	.67**	.58**	.39**	-.06	.16	.20*	.37**	.31**	.50**	.12
g	.36**	.44**	.41**	.39**	.60**	.64**		.72**	.54**	.30**	-.21*	.04	.34**	.30**	.50**	.09	-.06
h	.60**	.87**	.36**	.30*	.40**	.34**	.46**		.73**	.44**	-.33**	.07	.28**	.42**	.58**	.25**	-.06
i	.51**	.35**	.42**	.42**	.51**	.50**	.46**	.42**		.23	-.13	.11	.18	.30**	.51**	.24**	-.04
j	.61**	.16	.42**	.38**	.54**	.52**	.35**	.53**	.42**		.09	.29**	.01	.37**	.41**	.30**	.18*
1	-.04	-.12	.03	-.07	.05	.14	.03	-.23	-.09	-.02		.07	.05	-.28**	-.04	.12	.20*
2	.41**	-.02	.37**	.31*	.25	.41**	.04	.12	.04	.49**	-.02		-.06	.54**	.33**	.27**	.32**
3	.13	.39**	.09	.09	-.01	-.00	.14	.30*	.13	-.18	-.02	-.28*		.15	.36**	.27**	.02
4	.20	.18	.24	.21	.24	.17	.04	.21	.12	.19	-.18	.45**	.03		.50**	.34**	.16
5	.48**	.37**	.43**	.38**	.46**	.46**	.44**	.45**	.44**	.41**	.00	.31*	.05	.42**		.60**	.28**
6	.27	.23	.29*	.31*	.17	.22	.16	0.16	.23	.13	.17	.17	.20	.22	.47**		.46**
7	.22	-.12	.28*	.38**	.32*	.27*	.20	-.15	.11	.21	.02	.21	.08	.03	.25	.37**	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$. Satırlar klinik grubu, sütunlar ise klinik olmayan grubu temsil etmektedir.

a. KİÖ-KF Kaçınan, b. KİÖ-KF Bağımlı, c. KİÖ-KF Pasif Agresif, d. KİÖ-KF OK, e. KİÖ-KF Antisosyal, f. KİÖ-KF Narsistik, g. KİÖ-KF Histriyonik, h. KİÖ-KF Borderline, i. KİÖ-KF Paranoid, j. KİÖ-KF Şizoid, 1. İÖA-Güvenli, 2. İÖA-Kayıtsız, 3. İÖA-Saplantılı, 4. İÖA-Korkulu, 5. İmmatür Savunmalar, 6. Nevrotik Savunmalar, 7. Matür Savunmalar

Tablo 4. Kişilik bozukluğu inançlarını yordamada bağlanma stilleri ve savunmaların rolü

KB'ler	Klinik Olmayan Grup (n=119)																	
	Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları (β/SH değerleri)						Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları (β/SH değerleri)											
	1	2	3	4	5	6	7	F	ΔR ²	1	2	3	4	5	6	7	F	ΔR ²
a		.21/.08			.07/.02			12.37*	.306				.16/.08	.08/.01			31.68*	.353
b			.53/.15		.11/.03		-.14/.06	5.01*	.332	-.31/.09	-.16/.07			.10/.02			21.81*	.363
c		.08/.03			.23/.11			8.96*	.242					.11/.01			60.56*	.341
d					.07/.03		.19/.05	12.07*	.300					.08/.01			34.45*	.227
e					.12/.03			15.59*	.215					.10/.02			46.66*	.285
f			.27/.11		.08/.03			10.44*	.272			.25/.09		.09/.01			38.31*	.247
g					.10/.03			13.86*	.196	-.17/.08				.10/.02	-.13/.04		17.08*	.375
h	-.28/.13				.14/.03		-.16/.06	9.83*	.421	-.29/.08				.10/.01		-.08/.03	33.81*	.469
i					.12/.03			13.85*	.195					.11/.02		-.10/.04	23.86*	.291
j		.38/.11			.07/.03			12.66*	.311	.18/.09			.23/.08	.04/.02			11.60*	.232

*p<0.001

a. KİÖ-KF Kaçınan, b. KİÖ-KF Bağlı, c. KİÖ-KF Pasif Agresif, d. KİÖ-KF OK, e. KİÖ-KF Antisoyal, f. KİÖ-KF Narsisistik, g. KİÖ-KF Histriyonik, h. KİÖ-KF Borderline, i. KİÖ-KF Paranoid, j. KİÖ-KF Şizoid, 1. İÖA-Güvenli, 2. İÖA-Kayıtsız, 3. İÖA-Saplanlı, 4. İÖA-Saplanlı, 5. İmmatür Savunmalar, 6. Nevrotik Savunmalar, 7. Matür Savunmalar

Tol.=.908, VIF=1.101, p<.039) yordayıcı değişkenler olarak saptanmıştır.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, klinik grup ile klinik olmayan grubun savunma mekanizmaları, bağlanma stilleri ve kişilik inançları açısından farklılık gösterip göstermediğini araştırmak ve savunma mekanizmalarının ve bağlanma stillerinin kişilik inançlarını hangi düzeyde yordadığını belirlemektir.

İlk olarak, Histriyonik ve Narsisistik KB inançları dışındaki tüm KB inançlarında klinik grubun puan ortalamalarının klinik olmayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, KB inançları ile çeşitli ruhsal bozukluklar arasında bir ilişki bulan önceki çalışmalarla uyumlu (Newton-Howes ve ark. 2006, Carlier ve ark. 2014, Latas ve Milovanoviç 2014) olarak değerlendirilebilir bir niteliktedir. İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmaları açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmazken, matür savunma mekanizmalarının klinik olmayan grup lehine anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak klinik grupta immatür savunmaların daha fazla kullanıldığı görülmüştür (Kennedy ve ark. 2001, Blaya ve ark. 2006). Bağlanma stilleri açısından, güvensiz bağlanma stillerinde klinik grubun puan ortalamaları klinik olmayan gruba göre ve güvenli bağlanma stilinde klinik olmayan grubun puan ortalamaları klinik gruba göre daha yüksek olmasına rağmen, ikisi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar literatürde yer alan çalışmaların bulgularından farklılık göstermiştir (Heimberg ve ark. 2001, Sümer ve ark. 2009, Vatan 2016).

Regresyon analizi sonuçlarına göre immatür savunmalar her iki grupta da yordayıcı değişken iken, klinik olmayan grupta nevrotik savunmaların sadece histriyonik KB alt ölçeğinde yordayıcı olduğu görülmüştür. Klinik grupta matür savunmalar OK KB alt ölçeğinde negatif yönde yordayıcı iken, klinik olmayan grupta matür savunmaların sadece borderline ve paranoid KB alt ölçekleri için negatif yönde yordayıcı olduğu saptanmıştır. Güvenli bağlanma klinik grupta sadece borderline KB alt ölçeğinde negatif yönde bir yordayıcı iken, klinik olmayan grupta histriyonik ve borderline KB alt ölçekleri için negatif ve şizoid KB alt ölçeği için pozitif yönde bir yordayıcı değişken olarak tespit edilmiştir. Kayıtsız bağlanma, klinik olmayan grupta sadece bağımlı KB alt ölçeğinde negatif yönde yordayıcı değişken iken, klinik grupta çekingen, pasif-agresif, narsisistik ve şizoid KB alt ölçekleri için pozitif yönde yordayıcı değişken olmuştur. Klinik olmayan grupta saplantılı bağlanmanın, yalnızca histriyonik KB alt ölçeği için pozitif yönde yordayıcı olduğu saptanmışken klinik grupta saplantılı bağlanma bağımlı ve borderline KB alt ölçekleri için yordayıcı bir etkisinin olduğu görülmüştür. Korkulu bağlanma klinik grupta yordayıcı değilken, klinik olmayan grupta kaçınan ve şizoid KB alt ölçekleri için pozitif yönde yordayıcı değişken olmuştur. Literatürdeki çalışmalar klinik gruplar tarafından immatür savunmaların daha fazla kullanılması bağlamında genel olarak bizim çalışmamızla benzerlik gösterse de (Kennedy

ve ark. 2001), immatür savunmaların klinik olmayan grupta da KB inançlarını yordamasının literatürle uyumlu olmadığı görülmüştür. Regresyon analizi sonuçları öncelikle kişilik inançlarına göre değişen bağlanma stili ve savunma mekanizması kombinasyonlarının olduğunu göstermiştir. İkinci olarak, sadece klinik grubun değil klinik olmayan grubun da olgunlaşmamış savunmaları yordayıcı düzeyde kullanmalarına ilişkin sonuçlar, savunmaları aşırı kullanmanın mutlaka patoloji doğurmadığını akla getirmektedir, çünkü klinik olmayan grupta da immatür savunmalar klinik gruba benzer bir düzeyde kullanılmıştır. Çalışmada dikkat çekici sonuçlardan biri de immatür savunmalar ve kayıtsız veya saplantılı bağlanma kombinasyonunun, KB inançlarında klinik grup lehine yüksek bulunmasıdır. Klinik olmayan grupta bağlanma stillerinin yordayıcı rolü olsa da bu rolün klinik gruba göre daha az olduğu görülmektedir. Bu durum sadece savunma mekanizmalarının değil yanı sıra bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları birlikteliğinin KB inançlarını daha güçlü bir yordama düzeyine yol açtığını göstermesi açısından önemlidir. Dolayısıyla KB inançlarının açıklanması açısından bu şekilde oluşturulacak kombinasyonların daha açıklayıcı bilgiler sunabileceği düşünülmektedir.

Bu sonuçlara ve her iki grupta da benzer bir yapının olmamasına dayanarak, klinik grubun, klinik olmayan gruba göre belirli bağlanma biçimlerine ve savunma mekanizmalarına daha yatkın olma eğiliminde olduğu söylenebilir. Hem klinik hem de klinik olmayan gruplarda immatür savunmalar ile KB inançları arasındaki pozitif korelasyon, insanların patolojik olsun ya da olmasın immatür savunmaları kullandıklarını göstermesi açısından önemli bir sonuçtur. Benzer şekilde, kayıtsız bağlanmanın klinik grubun olası yordayıcısı olduğu ve dolayısıyla kayıtsız bağlanmanın klinik olmayan grup ile klinik grup arasında ayırt edici bir faktör olarak değerlendirilebileceği ileri sürülebilir. Bu sonuçlar, immatür savunmalar ile güvensiz (özellikle kayıtsız bağlanma) bağlanma stillerinin psikopatoloji ile ilişkisini vurgulayan çok sayıda çalışma ile desteklenmiştir (Kennedy ve ark. 2001, Vatan 2016, Laconi ve ark. 2017).

Ayrıca depresyon, anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireylerin kişilik inanç puanlarının da anlamlı düzeyde yüksek olması, bu bozukluğu olan bireylerin kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmesinin faydalı olduğunu akla getirmektedir. Bu bulgu, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin aynı zamanda kişilik bozukluklarına sahip olma riski altında olduğunu göstermesi açısından ciddi bir önem taşımaktadır. Komorbidite çalışmalarının da bahsedilen önemi anlamada bir katkı sunabileceği düşünülmektedir (Newton-Howes ve ark. 2006, Beckwith ve ark. 2014).

Son olarak, klinik grupta (narsisizm ve histrionik hariç) KB inançları puanları daha yüksek bulunurken, savunma mekanizmalarının kullanımında anlamlı bir fark olmaması, incelenmesi gereken patolojik yapıyı oluşturan başka faktörlerin de olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu çalışmadan yola çıkarak kayıtsız bağlanmanın klinik grupta yordayıcı rol oynaması nedeniyle kayıtsız bağlanmanın etiyolojik olarak değerlendirilebilecek bir faktör olduğu söylenebilir. Psikopatolojileri tanımlama

sürecinin büyük ölçüde tamamlandığı varsayılırsa, bazı bireyleri psikopatolojiye diğerlerine göre daha eğilimli hale getiren faktörlerin araştırılması hala bir zorunluluktur. Görüldüğü gibi çok faktörlü etiyolojik faktörlerin daha derinlemesine incelenmesi oldukça önemlidir. KİÖ-KF, KB'leri tam olarak değerlendirmese de, en azından KB'lere yatkınlığı gösterebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca bağlanma stilleri ve savunma mekanizmaları psikopatoloji ile ilişkisi açısından ayrı ayrı incelenen kavramlar olmasına rağmen, bu çalışma bu iki değişkeni birlikte ele alarak immatür savunma mekanizmalarının ve güvensiz bağlanmanın çeşitli KB'lere yatkınlık konusunda, özellikle klinik gruplarda farklı kombinasyonlar oluşturabileceğini göstermiştir. Dolayısıyla bu örüntülerin yapılacak benzer çalışmalarla desteklenebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın en önemli yönü, psikopatoloji için bir risk olarak kabul edilen bağlanma stilleri ve savunma mekanizmalarının yordayıcı rollerinin birlikte incelenmesidir ve sonuçlar bu iki değişkenin psikopatolojik kişilik inançları üzerinde birlikte yüksek bir yordayıcı etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Ancak çalışmamızı daha geniş bir örneklemle tekrarlamak bu ilişki hakkında daha açıklayıcı veriler sağlayacaktır. Çalışmamızda depresyon, anksiyete ve OKB'yi içeren üç tanı grubu olmasına rağmen bu bozukluklar tek bir grup olarak değerlendirilmiştir. Bu üç bozukluk DSM IV'e göre eksen 1 tanı grubunda kabul edilse de üç ayrı grup olarak düşünüldüğünde çalışmanın yapısı açısından bir sınırlılık oluşturabilir. Bir diğer kısıtlılık ise klinik ve klinik olmayan gruplar özellikleri açısından eşleştirilmeye çalışılsa da aynı özelliklere sahip grupların oluşturulamamış olmasıdır. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı da birçok değişkenin bir arada ele alınmasının çok sayıda istatistiksel analiz gerektirmesidir. Ancak bu kadar çok değişkenin bir arada olmasının psikopatolojik bir yapının oluşumuna ilişkin daha geniş bir bakış açısının gelişmesine aracılık ettiği de belirtilmelidir.

Sonuç

Son olarak, bu çalışma hem güvensiz bağlanma stillerinden kayıtsız bağlanmanın hem de immatür savunma mekanizmalarının psikopatoloji için açıklayıcı olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamız, çok faktörlü değerlendirmeler yapmanın psikopatolojiyi anlamak için önemli olduğunu vurgulayan ve eksen 1 bozukluğu ile tedavi arayan bireylerin KB'ler açısından mutlaka değerlendirilmesine dikkat çeken bir çalışmadır. Ayrıca psikoterapi ortamlarında bireylerin sahip olduğu bağlanma stillerinin ve kullandıkları savunma mekanizmalarının belirlenmesi tedaviye de olumlu katkı sağlayarak üzerinde durulması gereken noktaları da ortaya çıkarabilir. Bu nedenle psikoterapi ortamlarında da bu tür objektif ölçümlerin yapılmasının tedavi planlamasının oluşturulmasına katkı sağlayarak sağaltımı da olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

Andrews G, Singh M, Bond M (1993) The defense style questionnaire. J Nerv Ment Dis, 181:246-256.

- Aracı A, Bilge Y (2021) Erken dönem uyumsuz şemalar ve kişilik bozuklukları ilişkisinde immatür savunmaların aracı rolü. *Turkish Studies-Social Sciences*, 16:933-951.
- Beck AT, Davis DD, Freeman A (2015) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Third Edition. New York, Guilford Publications.
- Beckwith H, Moran PF, Reilly J (2014) Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*, 8:91-101.
- Bilge Y (2018) Kişilik bozuklukları ve savunma mekanizmaları. *Electronic Turkish Studies*, 13:145-167.
- Bilge Y, Bilge Y (2019) A study on the validity and reliability of the Personality Belief Questionnaire-Short Form in Turkish community sample. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*. 8:7-15.
- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L et al. (2006) Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Braz J Psychiatry*, 28:179-183.
- Bowlby J (1973) *Attachment and Loss*. Vol. 2, Separation: Anxiety and Anger. Penguin, Harmondsworth.
- Bowlby J (1988) Developmental psychiatry comes of age. *Am. J. Psychiatry*, 145:1-10.
- Brennan KA, Shaver PR (1998) Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *J Pers*, 66:835-878.
- Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR (2002) Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 40:1231-1240.
- Butler AC, Beck AT, Cohen LH (2007) The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. *Cognit Ther Res*, 31:357-370.
- Carlier IVE, Colijn S, Van Rood YR, Streevelaar MF, Van Vliet IM, Van Veen T (2014) A comparative analysis of personality pathology profiles among patients with pure depressive-, pure anxiety-, and pure somatoform disorders. *J Affect Disord*, 168:322-330.
- Ciocca G, Tuziak B, Limoncin E, Mollaioli D, Capuano N, Martini A et al. (2015) Psychoticism, immature defense mechanisms and a fearful attachment style are associated with a higher homophobic attitude. *J Sex Med*, 12:1953-1960.
- Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR (2001) Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1:365-380.
- Freud A (1989). *Ben ve Savunma Mekanizmaları (Cev.Y Erim)*. İstanbul, Bağlam Yayıncılık.
- Griffin D, Bartholomew K (1994) Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*, 67:430-445.
- Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA (2001) Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q*, 72:251-262.
- Laconi S, Vigouroux M, Lafuente C, Chabrol H (2017) Problematic internet use, psychopathology, personality, defense and coping. *Comput Hum Behav*, 73:47-54.
- Latas M, Milovanovic S (2014) Personality disorders and anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 27:57-61.
- Levy KN, Johnson BN, Clouthier TL, Scala JW, Temes CM (2015) An attachment theoretical framework for personality disorders. *Can Psychol*, 56:197-207.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J (1985) Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev*, 50:66-106.
- McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C (2005) Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord*, 84:15-24.
- Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M (2001) Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *J Pers Disord*, 15:371-389.
- Mikulincer M, Shaver PR (2007) *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, Guilford Press.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T et al. (2010) The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45:453-460.
- Perry JC, Presniak MD, Olson TR (2013) Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*, 76:32-52.
- Sammallahti P, Aalberg V (1995) Defense style in personality disorders: An empirical study. *J Nerv Ment Dis*, 183:516-521.
- Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B (2009) Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24:38-45.
- Taymur İ, Türkçapar MH, Örsel S, Sargın E, Akkoyunlu S (2011) Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Formunun (KİÖ-KF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:199-209.
- Thamby A, Khanna S (2019) The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*, 61:114-121.
- Vaillant GE (1994) Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 103:44-50.
- Vatan S (2016) Obsesif kompulsif bozuklukta bağlanma, obsesif inançlar ve duygu düzenleme zorlukları: Klinik ve klinik olmayan örneklem karşılaştırması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 4:41-57.
- Widiger TA, Frances A (1985) The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry*, 42:615-623.