

MURAT HALİŞÇELİK

PSIKİYATRİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
(KLİNİK PSİKOLOJİ-ERİŞKİN)



**MAJÖR DEPRESYON İLE NARSİSİSTİK KİŞİLİK
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
ARAŞTIRILMASI**

MURAT HALİŞÇELİK

ORCID ID NO: 0000-0003-1365-2756

(KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRI ANABİLİM DALI
(KLİNİK PSİKOLOJİ ERİŞKİN)



**MAJÖR DEPRESYON İLE NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Murat HALİŞCELİK

ORCID ID NO: 0000-0003-1365-2756

(KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

BURSA-2021

**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Majör Depresyon ile Narsisistik Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Araştırılması” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Murat HALİŞÇELİK
Tarih ve İmza

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TÜRKÇE ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Ana Amacı ve Alt Amaçları	3
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Sayıtlar	4
1.4. Sınırlılıklar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Depresyon	5
2.1.1. Depresyonun Klinik Görünümü	6
2.1.2. Depresyonun Gidişi ve Sonlanım	7
2.2. Depresyona Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar	7
2.2.1. DSM-V'e Göre Majör Depresyon	7
2.2.2. Leslie S. Greenberg'in Duygu Odaklı Terapi Yaklaşımına Göre Depresyon	8
2.2.3. Bilişsel Terapi Yaklaşımına Göre Depresyon	10
2.2.4. James F. Masterson'un Terk Depresyonu Kuramına Göre Depresyon	10
2.2.5. Depresyon ve Anksiyete İlişkisi	11
2.3. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	12
2.3.1. Narsisistik Kişilik Bozukluğunun Klinik Görünümü	14
2.3.2. DSM-5'e Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu	15
2.3.3. James F. Masterson'un Geliştirdiği Terk Depresyonu Kuramına Göre Narsistik Kendilik Bozukluğu (NKB)	15
2.3.4. Aktarım Odaklı Terapi Kurucusu Otto F. Kernberg'e Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu	20
2.3.5. Kohut'un Kendilik Psikolojisi Kuramına Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu	23
2.3.6. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsizim	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	27
3.2. Veri Toplama Araçları	27
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	27
3.2.2. Beş Faktör Narsisizm Ölçeği	28
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği	29
3.2.4. Beck Depresyon Envanteri	29
4. BULGULAR	30

4.1. İstatistiksel Analiz Yöntemleri	30
4.2. Bulgular	30
4.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ve Karşılaştırmalar	30
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	37
5.1. Majör Depresyon Bozukluğunda Beş Faktör Narsisizm Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki	40
5.2. Majör Depresyon Bozukluğunda Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beş Faktör Narsisizm, Kırılgan ve Büyüklenmeci Narsizm Ölçekleri ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkisi	41
5.2.1. Cinsiyete Göre Değerlendirme	41
5.2.2. Yaşa Göre Değerlendirme	41
5.2.3. Medeni Hale Göre Değerlendirme	42
5.2.4. Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Değerlendirme	42
5.2.5. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirme	42
5.2.6. İş Durumuna Göre Değerlendirme	43
5.2.7. Gelir Durumuna Göre Değerlendirme	43
5.2.8. Yaşanılan Yere Göre Değerlendirme	43
5.2.9. Birlikte Büyüdükleri Kişilere Göre Değerlendirme	44
5.2.10. Psikiyatrik Olarak Tedavi Gördükleri Başka Hastalık Durumuna Göre Değerlendirme	44
5.2.11. Fiziksel Olarak Tedavi Gördükleri Başka Hastalık Durumuna Göre Değerlendirme	44
6. KAYNAKLAR	47
7. EKLER	50
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu	50
Ek 2. Beş Faktör Narsisizm Ölçeği Kısa Form	52
Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği	55
Ek 4. Beck Depresyon Envanteri	57
Ek 5. Etik Kurul Onayı	60
Ek 6. Ölçek Kullanım İzinleri	63
8. TEŞEKKÜR	66
9. ÖZGEÇMİŞ	67

TÜRKÇE ÖZET

Araştırma majör depresyon bozukluğu tanısı konulmuş, 17-60 yaş arası şizofreni ve psikoz hastası olmayan 57 kadın, 56 erkek olmak üzere toplam 113 kişi üzerinde yapılmıştır. Araştırmada sosyodemografik bilgi formu, beş faktör narsisizm ölçeği kısa formu, Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda beş faktör narsisizm ölçeği ile Beck anksiyete ölçeği ($p=0,010$) ve Beck depresyon envanteri ($p=0,011$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Beş faktör narsisizm ölçeğinin alt ölçeklerinden olan kırılğan narsizm alt ölçeği ile büyüklenmeci narsizm ($p=0,002$), Beck anksiyete ölçeği ($p=0,001$) ve Beck depresyon envanteri ($p=0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuş iken Büyüklenmeci narsizm alt ölçeği ile Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ayrıca Beck anksiyete ölçeği ile Beck depresyon envanteri ($p=0,001$) arasında da istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Kullanılan ölçeklerin birbirleri olan ilişkisinin sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği yönünde araştırma yapıldığında sadece Kırılğan narsizm alt ölçeği ile cinsiyet boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark çıkmıştır ve kadınların aldığı puan erkeklerden daha yüksek ($p=0,008$) bulunmuştur. Beck anksiyete ölçeği açısından ise medeni durum ($p=0,044$), iş durumu ($p=0,001$), gelir durumu ($p=0,013$) ve yaşanan yer ($p=0,037$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Beck depresyon envanteri için ise sadece iş durumu ($p=0,001$) boyutunda aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Bu bulgular sonucunda majör depresyon bozukluğu ile narsisistik özellikler ve anksiyete bozukluğu arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşıldığından majör depresyon bozukluğunun teşhis ve tedavisinde narsisistik bozukluk ve anksiyete bozukluğu mevcudiyetinin de araştırılmasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Majör depresyon bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, kırılğan narsizm, büyüklenmeci narsizm, anksiyete bozukluğu.

İNGİLİZCE ÖZET

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MAJOR DEPRESSION AND NARCISISTIC PERSONALITY

The study was conducted with a total of 113 people; 57 women and 56 men, who were diagnosed with major depression disorder, between the ages of 17 - 60 who do not have schizophrenia or psychosis. Sociodemographic information form, five factor narcissism scale short form, Beck anxiety scale and Beck depression inventory were used in the study. As a result of the study, a statistically significant relationship was found between the five-factor narcissism scale and the Beck anxiety scale ($p = .010$) and the Beck depression inventory ($p = .011$). There is a significant relationship between the fragile narcissism subscale, which is one of the subscales of the five narcissism scales, and the Beck anxiety scale ($p = .010$) and the Beck depression inventory ($p = .011$) and grand narcissism ($p = .002$). However, there was no significant relationship between the grandiose narcissism subscale and the Beck anxiety scale and the Beck depression inventory. There is also another significant relationship between Beck anxiety scale and Beck depression inventory ($p = .001$). When research was conducted to determine whether the relationship between the scales used differs according to sociodemographic characteristics, a statistically significant difference was found only in the Fragile narcissism subscale and the gender dimension. Women scored higher than men ($p = .008$). On the Beck anxiety scale, there was a significant difference between marital status ($p = .044$), job status ($p = .001$), income status ($p = .013$), and place of residence ($p = .037$). For the Beck depression inventory, only the work status ($p = .001$) dimension shows differences.

Since the relationship between the major depression disorder and narcissistic characteristics and anxiety disorder was reached, it was concluded that the presence of narcissistic disorder and anxiety disorder would be appropriate to be investigate comorbidity.

Key words: Major depression disorder, narcissistic personality disorder, fragile narcissism, grandiose narcissism, anxiety disorder.

1.GİRİŞ

Depresyon elem ve kedere benzer duygulanım belirtileri veren ve biyolojik etmenler, genetik özellikler, çevre, nöral ağlardaki işlev bozukluğu, nöron yapımı, lipidler ve nöroendokrin sisteminin bazı bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkabilen ruhsal bir hastalıktır (Işık, & Uzbay, 2009). Kişilerin yaşam kalitesini bozan ve işlevselliği üzerinde olumsuz etkileri olan depresyon tedavi edilmediğinde erken ölüm ve genel sağlık durumunda bozulmalara neden olan önemli bir ruhsal sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılında yayınladığı 2017 yılına ilişkin istatistik verilerine göre dünya genelinde 322 milyon kişiyi etkilediği ve 100,000'de 95,6 kişide görüldüğü, Türkiye'de ise nüfusun %4,4'ünü (3.260.677 kişi) etkilediği belirtmiştir (WHO, Depression and Other Common Mental Disorders, 2020). Yaygınlığı giderek arttığı gözlemlenen depresyon konusunda pek çok araştırmalar yapılmıştır. Majör depresyona eşlik eden kişilik bozuklukları, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, somatoform bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi problemlerinde eşlik ettiğine ilişkin araştırmalar bulunmaktadır (Annagür, & Savaş, 2011). Yapılan araştırmalarda depresyon ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiler de araştırılmıştır.

1996-1997 yılları arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine başvuran distimi, çifte depresyon ve majör depresyon tanısı konulmuş 86 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada DSM 3'e göre hastaların % 66,3'de kişilik bozukluğu saptamışlardır. Bunların % 28,1'de tek, % 71,9'da çoğul kişilik bozukluğu olduğunu bunların içerisinde de distimi tanısı alanların % 97'sinde, çifte depresyon tanısı alanların % 75'in de, majör depresyon tanısı alanların ise %30,3'de kişilik bozukluğu olduğunu tespit etmişlerdir (Ülkeröglü, Tezcan, Kuloğlu, Çulha, Karabulut, Ay & Doğan, 1999).

Başka bir çalışmada 63 kronik depresyon ve 48 iyileşen majör depresyon hastasında DSM 3- R'ye göre her hangi bir kişilik bozukluğu görülme oranını % 61,9, iyileşen majör depresyon hastalarında ise %58,3 olarak bulunmuştur (Demirarslan, Gökalp, Ögel & Babaoğlu, 1999).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında ayaktan tedavi gören DSM IV kriterlerine göre 31'i panik bozukluk, 30'u obsesif kompulsif bozukluk tanısı konulmuş toplam 61 hasta üzerinde yapılan araştırmada OKB grubunun % 89'da ve panik bozukluk grubunun % 85'inde depresyon komorbiditesinin olduğu bulunmuştur (Yaluğ, Kocabaşoğlu, Aydoğan & Günel, 2003)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalına başvuran majör depresif bozukluk tanısı almış 83 hasta üzerinde tedaviye en az % 50 cevap verdikten sonra yapılan başka bir araştırmada ise hastaların 36'sında % 43,4 oranında kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur (Aslan, & Yancar, 2008).

ABD'de yapılan büyük ölçekli bir çalışmada majör depresyon tanısı almış yetişkinlerin yaklaşık olarak % 58'inde eş zamanlı olarak bir anksiyete bozukluğu öyküsü bulunduğunu, her hangi bir şekilde anksiyete bozukluğu teşhisi konulmuş olan kişilerin de %68'inde ek tanı olarak major depresyon tanısı konulduğunu tespit etmişlerdir (Kessler, Nelson, Mc gonagle, Liu, Swartz & Blazer, 1996).

Yapılan çalışmalar ve araştırmalar kişilik bozuklukları ve depresyon arasında, anksiyete bozukluğu ile de depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu ilişki içerisinde narsisistik kişilik bozukluğu ile majör depresyon ve anksiyete bozukluğu arasında ki ilişkinin varlığının ve bu ilişkinin niteliklerinin ortaya konulması literatüre önemli bir katkı sağlayacak, majör depresyonun tedavi başarısı bu ilişkinin de dikkate alınarak genişletilmesi suretiyle arttırılmış olacaktır.

1.1. Araştırmanın Ana Amacı ve Alt Amaçları

Bu çalışma ile majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasında ki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu ilişkinin varlığının ortaya konulması araştırmanın problemini oluşturmaktadır. Bu ana amaç doğrultusunda cevaplanacak sorular şunlardır:

1. Majör depresyon ve narsisistik kişilik bozukluğu ile bazı sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişki var mıdır?
2. Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasında ilişki var mıdır?
3. Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğunun kırılman veya büyüklenmeci tipleri arasında ilişki var mıdır?
4. Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasındaki ilişki, narsisistik kişilik bozukluğunun kırılman veya büyüklenmeci tipleri arasında farklılık göstermekte midir?
5. Majör depresyon ile anksiyete düzeyi arasında ilişki var mıdır?
6. Majör depresyon ile anksiyete düzeyi arasında ilişki bazı sosyodemografik değişkenler açısından fark göstermekte midir?

1.2. Araştırmanın Önemi

Majör depresyon ruh sağlığı alanında en çok karşılaşılan hastalıklardan birisi olarak kişinin kendisini, ailesini ve iş yaşamını olumsuz yönde etkileyen ciddi bir sağlık sorunu olma özelliğini sürdürmektedir. Erken ölüm ve genel sağlık durumunun bozulması gibi ciddi sonuçları olan bu hastalığın hızla ve etkin şekilde tedavi edilmesi önemlidir. Majör depresyonda narsisistik kişilik bozuklarının rolünün ortaya konulması halinde tedavi yaklaşımlarına ve tedavi başarısına katkı sağlanmış olacaktır.

1.3. Sayılılar

1. Araştırma örneklemini evreni temsil etmektedir,
2. Araştırmaya katılan kişileri ölçekleri doğru cevaplamışlardır,
3. Araştırmada kullanılan ölçekler ölçüm yaptıkları konu için güvenilir ve geçerlidir.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır;

1. Araştırma amaç ve alt amaçlar ile sınırlıdır,
2. Zaman olarak 2020 yılı ile sınırlıdır,
3. Araştırma sonucu elde edilen sonuçlar araştırmaya katılmış olan kişilerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Depresyon, dönemsel veya tekrarlayan döngüler halinde haftalar, aylar boyu devam edebilen, kişinin normal işlevlerinde belirgin şekilde değişiklikler göstermesine neden olan kendini çökkün, elem ve keder içerisinde hissetme hali olarak yaşantılanan ruhsal bir hastalık halidir. Depresyonda ilgi azlığı ve anhedoni, sıkıntı, anksiyete, duygusal tepkisizlik, bilişsel bozukluklar, düşünce sürecinde ve akışında bozulmalar, suçluluk ve değersizlik fikirleri, olumsuz düşünceler, umutsuzluk, kararsızlık, hipokondriak uğraşı ve ağrılar, takıntılı düşünceler, intihar düşünceleri ve girişimleri, konsantrasyon güçlüğü, hafıza, algı ve dikkat bozukluğu, kilo kaybı ya da artışı, cinsel istek kaybı, uyku bozuklukları, psikomotor gerileme ve ajitasyon gibi belirtiler görülmektedir (Helvacı, & Hocaoğlu, 2016). DSM V’te yıkıcı duygudurumu düzenleyememe, majör (yeğin) depresyon, devamlılık gösteren depresyon bozukluğu (distimi), adet dönemi öncesi oluşan disfori bozukluğu, madde kullanımı ve/veya ilacın neden olduğu diğer bir sağlık problemine bağlı, tanımlanmış başka bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu başlıkları şeklinde sınıflandırılmıştır. Narsisistik kişilik bozukluğu ise kişilik bozuklukları başlığı altında B Kümesi kişilik bozuklukları içerisinde tanımlanmıştır. Günümüzde depresyon ve narsisistik kişilik bozukluğuyla ilgili pek çok çalışma yapıldığı ve psikoterapi kuramları içerisinde depresyon ve narsisistik kişilik bozukluğunun farklı şekillerde ele alındığı görülmektedir. Bu bölümde majör depresyon ve narsisistik kişilik bozukluğuna yönelik yaklaşımlar incelenerek konunun daha iyi anlaşılması amaçlanmaktadır.

2.1. Depresyon

Yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında olan, tedavi edilmemesi halinde yüksek ölüm ve morbidite nedeniyle toplumsal sorunlara yol açan (Helvacı, & Hocaoğlu, 2016) depresyonun ortaya çıkışında pek çok etken bulunmaktadır;

Serotonerjik işlev yetersizliği, noradrenalin yetersizliği, dopamin aktivitesindeki azalma, GABA nörotransmitter düzey düşüklüğü, glutamat yüksekliği, asetilkolin dopamin dengesinin asetilkolin lehine değişmesi, histamin (H2 reseptörünün) uyarılması gibi biyolojik nedenler, genetik özellikler ve çevresel etkenler, hipokampus ve diğer limbik çekirdekler arasındaki ağlarda oluşan işlev bozuklukları şeklinde görülen nöral ağlarda işlev bozuklukları ve nörogenez azalması, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner kalp rahatsızlıkları ve nöroendokrin sistemde yer alan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)'nin inhibe edilememesi ve buna bağlı olarak kortizol ve glukokortikoidlerin yapımının artması, CRH uyarımına ACTH ve B-endorfin yanıtında azalma gibi nörobiyolojik nedenleri bulunmaktadır (Işık, & Uzbay, 2009). Ayrıca şiddete maruz kalma, girişkenliğin baskılanması, pasif ve bağımlı kişilik yapısında yetiştirilme, kadına verilen roller, işsizlik, düşük sosyoekonomik koşullar, ayrımcılık, göç, dışlanma, kayıplar gibi sosyal, ekonomik ve kültürel problemler de depresyonun nedenleri arasında yer almaktadır.

2.1.1. Depresyonun Klinik Görünümü

Her 4 kadından 1'inde, her 8-10 erkekte 1'in de yaşamları boyunca en az bir kez görülecek olan depresyonun (Işık, & Uzbay, 2009) klinik belirtileri şunlardır;

1. Olağan aktivitelere yönelik ilgi kaybı ya da zevk alamama,
2. Keder ve elem hissi, mutsuzluk, hüzün, karamsarlık, umutsuzluk, boşlukta ve sıkıntılı hissetme şeklinde görülebilen çökkün duygu durumu (disfori),
3. Engellenmeye karşı dayanıksızlık, sinirlilik ve unutkanlıkla ortaya çıkan anksiyete (bunaltı),
4. Acı verici olaylara bile duygusal tepki verememe,
5. Dikkati verememe, bellek, bilgiyi işleme ve yürütmede bozulmalar,
6. Düşünce akışının yavaşlaması, sorulara tepki verememe ya da yavaşlama,
7. Suçluluk, değersizlik ve yetersizlik duygularında yoğunluk,
8. Majör depresif bozukluğu olanların yaklaşık 3/2'sinde intihar düşüncesi ve % 15'in de intihar girişimi,
9. Kendini, geleceği ve dünyayı olumsuz görme şeklinde ki bilişsel bozukluklar,
10. Umutsuzluk, kararsızlık, unutkanlık,

11. İştah azalması veya artması,
12. Uyku düzensizlikleri ve cinsel istekte azalma,
13. Özellikle ergenlerde psikomotor gerileme şeklinde belirtiler görülmektedir (Helvacı, & Hocaoğlu, 2016; Işık, & Uzbay, 2009 ve Köroğlu, 2011).

2.1.2. Depresyonun Gidişi ve Sonlanım

Depresyonda şu dönemler izlenebilmektedir; depresif belirtilerin yaşandığı depresif epizod, en az iki hafta süreyle belirtilerin tama yakın düzeyde düzeldiği düzelme (remisyon) dönemi, ilk iki ay içerisinde depresyonun tekrar yaşandığı nüks (relaps) ettiği dönem, en az sekiz haftayı aşan nüksün olmadığı iyileşme dönemi, iyileşen hastanın yeni bir depresif dönemin başladığı yineleme (recurrence) dönemi ve depresyonun iki yılı aşkın bir süre devam ettiği kronikleşme dönemi gibi süreçleri olmaktadır (Işık, & Uzbay, 2009). Depresyon bozukluğu yaşayan kişilerin yarısından daha azı tedaviye giderler. Eğer depresyon tedavi edilmez ise 6-12 ay arasında sürebilmekte ve kendi kendine yatışabilmektedir. Yatışma sürecinde kişi önceki işlevsel kapasitesine geri dönmektedir. Hastalığın kronik hal alması durumunda koruyucu amaçlı antidepresanlar kullanılır. Hastaların % 85'i tedavi edilebilirken majör depresif bozukluğu olanların % 15'i depresif süreçte intihar girişiminde bulunmaktadır (Köroğlu, 2011). Depresyonun tedavisinde ilaç, EKT (elektronkonvülsif), psikoterapi, GABA ve 5-HIAA artışı sağlayıp glutamak ve aspartatın düşmesini sağlayan nervus vagus uyarımı (NVU) uygulaması, özellikle mevsimsel depresyonda kullanılan yapay gün ışığı tedavisi (fototerapi) ve uyku bozukluğunu düzelten ve antidepresif etkisi olduğu düşünülen bitkilerin kullanılması gibi yöntemler kullanılmaktadır (Işık, & Uzbay, 2009).

2.2. Depresyona Yönelik Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.1. DSM-V'e Göre Majör Depresyon

DSM-V tüm hastalıkları sınıflandırırken sadece semptomlar üzerinden ayırım yapmakta ve nedenleri, oluşum süreçleri konusunda açıklama yapmamaktadır. Majör depresyon bozukluğu DSM-V'te aşağıda ki gibi açıklamaktadır:

Tablo 1. DSM-V’te yer alan majör depresyon bozukluğu tanımı

Madde	Açıklama
A.	<p>Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır,</p> <p>Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarına gözlenir (örn. ağlamaklı görünür), (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir). 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir), 3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5’inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır), 4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma, 5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarının gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil), 6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü), 7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kinama ya da suçluluk duyma olarak değil), 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarına gözlenir), 9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
B.	Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
C.	<p>Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.</p> <p>Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur,</p> <p>Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batıklık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir, Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.</p>
D.	Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E.	<p>Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir,</p> <p>Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.</p>

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

2.2.2. Leslie S. Greenberg’in Duygu Odaklı Terapi Yaklaşımına Göre Depresyon

Greenberg duygu odaklı terapinin diğer tedavi yöntemlerine ek olarak uygulanması halinde tedavide daha iyi sonuç alınacağını belirtmektedir. Depresyon

olumsuz bilişlerin geliştirildiği, keder, hüznün ve çökkünlük duygularının eşlik ettiği ve psikolojik direnç kaybının yaşandığı, sanki yenilgi veya kayıpların ardından hissedilen üzüntü gibi deneyimlenen sıklıkla öfke, kaygı, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yaşandığı, ağırlık, halsizlik, kendini aşırı yük altında hissetme, dünyayı yüzeysel ve renksiz hissetmeye bağlı acı duygularının yaşandığı ve umutsuzluğa bağlı olarak duygularda küntleşmenin görüldüğü biyopsikososyal bir fenomendir. Depresyonda duygusal sistemler biyolojik, nörokimyasal düzeyde sistemin işlevselliğini etkilerken bilişsel, davranışsal ve psikolojik sistemler üzerinde de etkili olmaktadır. Bireyden bireye farklılıklar gösteren, oluşumunda birden fazla süreçlerin etkili olduğu, nöropsikolojik, duygulanımsal, bilişsel, kadın ve erkek olma, kayıplar, aile desteği, gün ışığının etkisi gibi birden fazla etkenlerin neden olduğu depresyonun tek bir yaklaşıma bağlı olarak tedavi edilmesi zordur. Tüm tedavi yaklaşımları kişinin duygusal, bilişsel, davranışsal ve nörokimyasal süreçlerinde değişiklikler yaratmayı amaçlamaktadır. Duygu odaklı terapi birincil olarak tüm sistem üzerinde büyük oranda etkili olan duygusal sistemler üzerine odaklanmaktadır (Greenberg, & Watson, 2019).

Gelişiminin erken evrelerinde karşılaşılan güçsüzlük, kayıp, aşağılanma, sosyal destek azlığı veya çaresizlik deneyimleri kişinin duygusal deneyimlerini işleme yetisini azaltarak utanç ve umutsuzluk gibi fonksiyonel olmayan duygu şemaları geliştirmesine neden olmaktadır. Fonksiyonel olmayan duygu şemaları yetişkinlik döneminde yaşanan hayal kırıklıkları, reddedilmeler ve aşağılanmalar nedeniyle yetersiz kendilik algısını güçlendirmektedir. Anksiyete, bağımlılık, yoğun utanç, kendini küçümseme gibi duygular depresyonun maladaptif duygusal temelini oluşturmaktadır. Kayıp sonrasında yaşanan üzüntü duygusu ile haksızlığa uğrama sonrasında hissedilen öfke duygusunun işlenmesi ve desteklenmesi halinde bu duygular adaptif hale dönüşebilmektedir. Utanç ve suçluluk, korku veya endişe, üzüntü ve öfke depresyon sırasında ortaya çıkabilen duygular arasında yer almaktadır. Öfke, üzüntü, korku ve utanç duyguları daha belirgin olarak depresyonun odağında yer alan duygulardır (Greenberg, & Watson, 2019).

2.2.3. Bilişsel Terapi Yaklaşımına Göre Depresyon

Olumsuz düşünme ile depresyon arasında ilişki bulunmaktadır. Olumsuz temsiller kendilik ya da diğer kişilere yönelik beklentilerde depresif düşünme ve davranma riskini arttırmaktadır. Erken çocukluk döneminde kişinin kontrolü dışında oluşan kayıplar ya da kişinin kendisi tarafından yanlışlıkla oluşturulmuş kendisiyle ilgili olumsuz inançlar nedeniyle toplumsal etkileşimden kaçınması söz konusu olabilmektedir. Bu kaçınma da kaybeden kişi olduğuna dair olumsuz inancının devamlılık göstermesine neden olmaktadır. Bu bilişsel çarpıtmalar sorunların büyütülmesi, başarının küçültülmesi, çabuk pes etme, zihin okuma ve ya hep ya hiç tarzı düşünme şeklinde olabilmektedir. Bu çarpıtmalar olumsuz otomatik düşünmeye neden olmakta ve olumsuz çekirdek inançların gelişmesi sonucunu doğurmaktadır. Kişi sorunlarını çözemeyeceği gibi olumsuz şemaları çaresizlik hislerini doğurup harekete geçmenin önünde engele dönüşmektedir. Sorunların asla düzelmeyeceği algısı ümitsizlik yaratarak kişiyi intihara sürükleyebilmektedir. Olumsuz duygulanımlar olumsuz düşünce, inanç ve şemaları güçlendirmektedir (Whisman, 2010). Olumsuz otomatik düşünceler nedeniyle kişi bilişsel üçlü olarak adlandırılan kendisine, geleceğe ve dünyaya olumsuz bakar ve depresif belirtiler gösterir (Lelord, & Andre, 2018). Belirgin bir ön veriden yoksun akıl yürütmeye dayanmadan otomatik olarak ortaya çıkan gerçekliğin çarpıtılarak yorumlandığı depresif biliş hali kişiye inandırıcı gerçek durum gibi gelmektedir.

2.2.4. James F. Masterson'un Terk Depresyonu Kuramına Göre Depresyon

Psikoanalitik psikoterapi niteliğinde olan Terk Depresyonu kuramı Margeret Mahler, Daniel Stern, Alan Schore, Bowlby, Ainsworth, Winnicott ve Heinz Kohut gibi kuramcılardan etkilenen psikiyatrist James F. Masterson tarafından geliştirilmiştir. Nesne ilişkileri kuramından yola çıkan bütüncül bir yaklaşım gösteren Terk Depresyonu kuramı bölme savunma mekanizması üzerine kurulmuştur. Üç yaş sonrasında ortadan kalkarak kişinin tam kendilik ve tam nesne sürecine geçmesinin önünde engel olan gelişimsel duraklamalardan bahsetmektedir. Çocuğa bakım veren anne veya anne yerine geçen kişinin hatalı tutum ve davranışları

nedeniyle ortaya çıkan bu gelişimsel duraklamanın 13-15. Aylarda olması halinde narsisistik kişilik bozukluğu, 15-24. Aylarda olması halinde borderline kişilik bozukluğunun geliştiğini belirtmektedir. Bebeğin ayrılma ve bireyleşme sürecinin yeterince gerçekleşmesinin önünde engel olan bu duraksamaların olumsuz ruhsal etkileri kişinin yetişkinlik hayatında da devam etmektedir. Kişinin gerçek kendiliğini aktif edecek bir davranışta bulunması terk depresyonu duyguları yaşamasına neden olmakta bu duygu durumundan kurtulmak için patolojik savunmalara başvurmaktadır. Öldürücü öfke, intihara meyilli depresyon, panik, umutsuzluk ve çaresizlik, suçluluk, boşluk ve hiçlik duygularından oluşan ve mahşerin altı atlısı olarak tabir ettiği terk depresyonundan kaçınmak için kişi kendisine zarar almak, uyuşturucu kullanmak, kontrolsüz veya aşırı seks yada aşırı mastürbasyon gibi davranışlarda bulunmaktadır (Masterson, & Lieberman, 2012).

2.2.5. Depresyon ve Anksiyete İlişkisi

Her iki bozukluğunda birbirleri ile önemli derecede örtüşen yanlar bulunmaktadır. Özellikle düşük düzeyde özdeğer, duygu durumunda ki olumsuzluklar, olumsuz bilişsel çarpıtmalar, işlevsellik kaybı gibi benzer noktalar bulunurken depresyon ile birlikte anksiyetenin de çoğu zaman mevcut olduğu görülmektedir (Akkaya, 2006; Özen, & Temizsu, 2010). Majör depresyon bozukluğu ile aynı anda anksiyete öyküsünün de bir arada bulunma oranı %50-60'dır (Kessler, ve diğerleri, 1996). Her iki bozukluğun örtüşen yanları olduğu kadar ayrıyan yanları da bulunmaktadır. Bunlar aşağıda tablo halinde verilmiştir.

Tablo 2. Depresyon ve anksiyetede örtüşen ve ayrılan belirtiler

Depresyon ve anksiyetede benzer ve ayrılan belirtiler			
Belirti Grupları	Benzeyen Belirtiler	Anksiyete Belirtileri	Depresyon Belirtileri
Duygu/Afekt	Disfori	Yoğun korku ve gerilim	Yoğun hüznün
	Ağlama		Umutsuzluk
	İrritabilite		Duygudurumda zayıf pozitiflik
	Duygudurumda negatiflik		--
Davranışsal	Tepkilerde yavaşlama	Yüksek aktivite ve ajitasyon	Psikomotor yavaşlama
	Düşük aktivite düzeyi		Zevk alamama/anhedoni
	Dezorganizasyon		İlgi kaybı
	Bağımlılıkta artış		İntihar düşüncesi ve girişimi
	Sosyal yetilerde zayıflama		--
Bedensel	Uyku sorunları	MSS*’de artan uyarım	MSS*’de düşük uyarım
	İnsomnia başlangıcı		İştah kaybı
	Panik ataklar		Cinsel istekte azalma
Bilişsel	Çaresizlik	Tehlike ve tehdit algısı	Umutsuzluk
	Takıntılar	Aşırı uyarılma	Kayıp algısı
	Üzüntü ve endişe		
	Özgüven düşüklüğü	Belirsizlik	
	Negatif bilişsel yanlılık		
	Kendini eleştirme		
	Özsaygı ile uğraş		
	Kararsızlık		
	Zayıf konsantrasyon		

*MSS: Merkezi sinir sistemi. (Özen & Temizsu, 2010)

Majör depresyon bozukluğu ile anksiyete bozukluğunun bir arada bulunması hastalığın seyrini ve tedavi sürecini de olumsuz şekilde etkilemektedir. Majör depresyon bozukluğu ile birlikte anksiyetenin de mevcut olması tedavi uygulamalarını da etkilemektedir (Akkaya, 2006).

2.3. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Kişilik bireyin kendine özgü, kendi içinde tutarlı, öngörülebilir ve bütünlük gösteren başkaları ile ilişki kurma biçimi, duygu, düşünce, davranış ve bilişlerinden oluşan örüntüleridir. Eğer kişilik özellikleri çok katıysa, toplumsal uyum ve işlevselliği bozuyorsa, öznel sıkıntılar yaratıyor ve çoğu kişide görülen değişkenlikten farklı boyutlarda ise kişilik bozukluğundan söz edilir (Koroğlu, 2011). Kişilik bozuklukları farklılıklar gösterdiği için çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. Ülkemizde bu konuda en çok Dünya Sağlık Örgütüncü geliştirilen ICD-10 (Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması / Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması-International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems / International Classification of Diseases) ve

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM-V (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı / The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kullanılmaktadır. Kişilik bozuklukları DSM-V’te A, B ve C kümesi şeklinde üç grupta tanımlanmıştır,

1. A kümesi kişilik bozuklukları; kuşkucu (Paranoid), şizogibi (şizoid) ve şizotürü (şizotipal),
2. B kümesi kişilik bozuklukları; toplumdışı (antisosyal), sınırda (borderline), histriyonik ve özsever (narsisistik),
3. C kümesi kişilik bozuklukları; çekingen, bağımlı, takıntılı-zorlantılı (obsesif-kompulsif) ve diğer kişilik bozuklukları alt başlığı altında yer alan başka bir sağlık problemi nedeniyle oluşan kişilik değişikliği, tanımlanmış ve tanımlanmamış kişilik bozuklukları şeklinde ayrılmıştır.

Bu kişilik bozukluklarından narsisistik kişilik bozukluğu araştırmamızın alanına girmektedir. Narsisizm kavramı adını Yunan mitolojisinde geçen Narkissos’dan almaktadır, tüm tanrıları kıskandıracak kadar güzel olan Kephissos’un oğlu olan Narkissos, sudaki kendi yansımasına duyduğu hayranlık üzerine oradan ayrılamayıp ölmeye hikayesinden ismini alan (Hamilton, 1942), günümüzde araştırmalara ve kuramlara konu olamaya devam eden kişiliğe ilişkin bir kavramdır. Narsisizm psikanalitik, nesne ilişkileri, aktarım odaklı, terk depresyonu ve kendilik psikolojisi gibi çoğu kuramların ele aldığı bir konudur. Bozukluk düzeyine ulaşmadığı sürece kişinin kendisini iyi hissetmesine katkı sağlayan, takdir edilme, sevilme, kendine değer verme, başkalarının kendisi ile ilgili görüşlerinden beslenmek yerine kendi görüşlerine odaklanarak özgüven duygusu yaşaması düzeyinde olması normal narsisizm olarak kabul edilmektedir (Karaaziz, & Atak, 2013).

Freud, insanın sabit ve değişmeyen miktarda libidinal enerji ile birlikte saldırganlıkla malul birincil narsisizmle doğduğunu, bu enerjinin yönelimi ilk başlarda erojen, oral, anal ve genital bölgelere iken kendisine bakım veren kişiler tarafından fiziksel ve duygusal ihtiyaçları karşılandıkça bu enerjisini kendisine bakım veren kişiye aktarır, Aynı şekilde bebeğe bakım veren kişide

içgüdüsel dürtülerinin tatmini olarak bebeğe yatırım yapar. Çeşitli nedenlerle bakım veren nesne gerekli tatmini bebeğe sağlamazsa dürtünün doğurduğu enerjiyi bebek tekrar benliğine yöneltir. Bu durum çeşitli semptomların eşlik ettiği ikincil narsizmi ortaya çıkartacağını belirterek narsisizm kavramını psikanalitik kurama dahil etmiştir (Akt; Palombo, Bendicsen, & Koch, 2018),

2.3.1. Narsisistik Kişilik Bozukluğunun Klinik Görünümü

Narsisistik kişilik bozukluğu olan kişiler, temel olarak genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan kendisine ve tanıdıklarına ilişkin büyülenmeci üstünlük hissi, başkalarının yaşantı ve duygularını anlayamama, empati zayıflığı ya da yokluğu, özgüvenli ve gösterişli görünüme rağmen kırılmalı ve beğenilme ihtiyacı hisseden özellikler göstermektedirler. Bu kişiler kendilerini olduklarından daha yetenekli ve başarılı gösterirler. Bu başarı ve yeteneğinin başkaları tarafından da aynı şekilde görüldüğüne duydukları inançları karşılık bulmazsa bu duruma şaşırırlar. Gösterdiği başarıda başkalarının katkılarını görmezler, başarı, güç, zeka, güzellik ve mükemmel sevgi üzerine yoğunlaşır ve kendisini tanınmış, başarılı ya da ayrıcalıklı kişilerle karşılaştırırlar. Kendilerini üstün, özel ve büyülenmeci görüp bu büyülenmeci özelliklerini ancak kendisi gibi olan kişilerin anlayabileceğini ve sadece bu kişilerle ilişki kurması gerektiğine inanırlar. Tanıdıkları kişilerin yücelttiği özellikleri ile kendi benlik saygısını da yüceltir, kendisini hayal kırıklığına uğratan kişileri değersizleştirirler. Özel davranılmayı beklerler ve hak etmişlik duyguları yüksektir. Kişileri kendi amaçlarına ve hedeflerine ulaşmak için araç olarak görürler ve bu kişilerle ancak amaçlarına ulaşmasını sağlıyor ve kendi benlik saygısını güçlendiriyorsa yakın ilişki kurarlar. Empati yetenekleri olmadığı için başkalarını incittiklerini fark edemezler, başkalarının duygularını ve düşüncelerini görmezden gelir ya da eleştirirken kendininkileri çok önemserler. Kıskanma ve kıskançlığa bağlı öfke duyguları yüksektir. Övülmeyi ve takdir edilmeyi önemserken başkalarının katkı ve başarılarını küçümserler. Kişilerin küçük veya önemsiz hatalarını abartarak eleştirirler. Eleştiri ve yenilgilere karşı çok kırılmalı ve benlik saygıları çok çabuk yaranılır. Utanç veya aşağılanma hissettiklerinde öz eleştiri yapma, toplumdan uzaklaşma ve depresyona girme davranışı gösterirler (Köroğlu, 2011).

2.3.2. DSM-5'e Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu

DSM-V'te narsisistik kişilik bozukluğu tanımlanırken yine semptomatik özellikleri ele alırken nedenleri ve gelişimi konusunda bir açıklamada bulunmamaktadır. Literatürde narsisistik kişilik bozukluğunun birkaç türünden bahsedilirken DSM-V'te tek tip olarak aşağıda ki şekilde ele alınmaktadır:

Tablo 3. DSM-V'te Narsisistik Kişilik Bozukluğu tanımı

<p>Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, büyüklenme (düşlemlerde ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve eşduyum yapmama ile giden yaygın bir örüntü:</p> <ol style="list-style-type: none">1- Büyüklenir (örn. başarılarını ve yeteneklerini abartır; gösterdiği başarılarla oransız bir biçimde, üstün biri olarak görülme beklentisi içindedir),2- Sınırsız başarı, güç, zeka, güzellik ya da yüce bir sevgi düşlemleriyle uğraşır durur,3- "Özel" ve eşi benzeri bulunmaz biri olduğuna ve ancak özel ya da üstün diğer kişilerce (ya da kurumlarca) anlaşılabilceğine ve ancak onlarla ilişki kurması gerektiğine inanır,4- Çok beğenilmek ister,5- Hak ettiği duygusu içindedir (özellikle kayırılacak bir tedavi göreceğine ya da her ne istiyorsa yapılacağına ilişkin anlamsız beklentiler içinde olma)6- Kendi çıkarı için başkalarını kullanır (kendi amaçlarına ulaşmak için başkalarından yararlanır),7- Eşduyum yapamaz: Başkalarının duygularını ve gereksinmelerini anlamak istemez,8- Sıklıkla başkalarını kıskanır ya da başkalarının kendisini kıskandığına inanır,9- Başkalarına saygısız davranır, kendini beğenmiş davranışlar ve tutumlar sergiler.
--

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

2.3.3. James F. Masterson'un Geliştirdiği Terk Depresyonu Kuramına Göre Narsistik Kendilik Bozukluğu (NKB)

Amerikalı bir psikiyatrist olan James F. Masterson klinik deneyimleri sonucunda kendisine ait olan ve psikanalitik yönelimli terk depresyonu kuramını geliştirmiştir. Kuramını geliştirirken Freud'un id, ego ve süperegodan oluşan intrapsişik yapı kavramından. John Bowlby'nin Bağlanma ve Melani Klein'in öncülüğünü yaptığı ve W.Ronald D. Fairbairn, Harry Guntrip ve Donal w. Winnicott'un geliştirdiği Nesne İlişkileri Kuramından, Allan Schore'nin nörobiyolojik beyin araştırmalarından, Margaret Mahler ve Daniel Stern'in çocuk

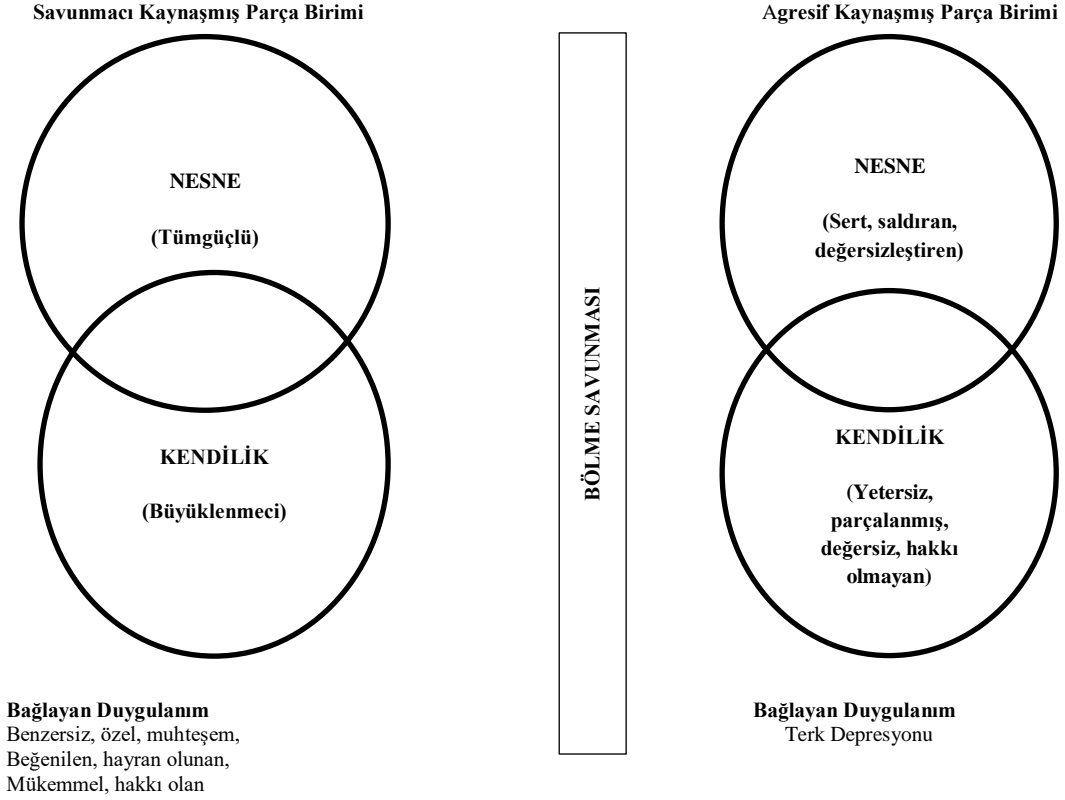
gözlemlerine dayalı olarak açıkladıkları gelişim psikolojilerinden faydalanmıştır. Kuramında kişilik bozuklukları kavramı yerine kendilik bozuklukları kavramını kullanmaktadır. Her birinin çocuğun gelişim süreçleri içerisinde farklı dönemlerde ortaya çıkan gelişimsel duraklamalardan kaynaklandığını ifade ettiği kendilik bozukluklarını Borderline Örgütlenme adı altında Borderline, Narsistik ve Şizoid Kendilik Bozukluğu olarak üçe ayırmaktadır. Kendilik kişinin içten gelen ve yaratıcı yanlarını kapsayacak şekilde kendi isteklerini fark edebilme, onları gerçeklik kapsamında ifade edebilme ve bu isteklerini savunabilme kapasitesi olarak açıklamaktadır. Çocuğun gelişim sürecinde yaradılış, genetik özellikler, çevre, bakım veren anne (anne yerine geçen kişiler) ve kader gibi nedenlerle ortaya çıkan duraksamalar nedeniyle kendilik bozukluklarının oluştuğunu belirtmektedir. Kendilik sağlıklı koşullar mevcutsa doğumla birlikte 6-7 yaşa kadar gelişimini tamamlamaktadır. Masterson'un kendilik bozuklukları gelişimini açıklarken kullandığı önemli kavramlardan biri de borderline, narsistik ve şizoid kendilik bozukluklarında farklı şekilde tezahür eden terk depresyonu kavramıdır. Narsistik kendilik bozukluğunun terk depresyonu duygulanımları: Parçalanma (fragmantasyon), utanç, aşağılanma, narsistik incinme, haksızlığa karşı soğuk bir öfke ve ilişkisizlik gibi kaçınılan duygulardır. Masterson, kendilik bozukluklarının temel savunma mekanizmasının bölme olduğunu ve gelişimsel bir duraklamaya bağlı olarak geliştiğini belirtmektedir (Masterson, & Lieberman, 2012; Masterson, 2013).

Çocuğun emeklemeye başladığı ve sonrada yürüdüğü 10-15. aylara denk gelen alıştırma alt evresinde çocuk intrapisişik yapı olarak anneyle kaynaşmış durumdadır ve anneyi tüm güçlü olarak görmektedir, kendisini gerçekleştirme ve dünyayı keşfetmenin verdiği coşkuyu yaşarken annesinin o coşkuyu desteklemesine ihtiyaç duymaktadır, bu dönemde çocuğun temel kaygısı anneyi kaybetme ve ayrılma korkusudur (Mahler, & Bergman, 2012; Masterson, & Lieberman, 2012; Palombo ve diğerleri, 2018). Anne çocuğunun büyüklenmeciliğine ilişkin bu dönemde yaşayacağı hayal kırıklıklarını tolere etmesinde ona yeterli libidinal desteği sağlarsa çocuğun kaynaşmadan ayrılmaya geçmesi ve bu gelişim dönemini sağlıklı olarak atlması mümkün olacaktır, aksi takdirde çocuğun anneyle olan kaynaşması devam

edecek ve narsisistik kişilik bozukluğu gelişecektir. Bu dönemde annenin yeterli desteği vermemesi durumunda çocuk narsisistik nitelikli terk depresyonu duyguları yaşayarak annenin ilgisini kaybetmemek için ayrılma ve bireyleşme girişimlerinden ve onların verdiği coşku ve hazdan vaz geçerek anneye geri dönmektedir. Bu durum gelişimsel bir duraklama yaratmakta ve narsisistik kendilik bozukluğu nedeniyle çocukta gerçek kendilik yerine sahte kendilik gelişmektedir. Sahte kendilik kişinin var olma, kendisini ve diğer kişileri algılama şeklinin gerçek kendilikten farklı, ötekine tepki olarak gelişmiş, içten gelmeyen (spontan olmayan) ve iki parçaya ayrılmış şekildedir. Narsisistik kendilik bozukluğu olan kişiler kendilik aktivasyonu yaptıkları zamanlarda terk depresyonu yaşar ve bundan kurtulmak için de sağlıklı savunma mekanizmaları kullanırlar. Eleştirilmeye ve kırılmaya karşı dayanıksızdırlar ve terk depresyonundan kaçınmak için bölünmüş sağlıklı haz egoları nedeniyle alkol, uyuşturucu, rastgele cinsellik, aşırı mastürbasyon, kumar ve aşırı hız gibi zarar verici davranışlar içerisine girebilmektedirler. Bu kişilerde gerçekliği doğru algılamada zayıflık, kusurlu içgörü ve yargı, hayal kırıklığına karşı tolerans zayıflığı ve yetersiz dürtü kontrolü, idealizasyon, yansıtma, yansıtımlı özdeşim, inkar, dışsallaştırma, süperego boşlukları ve en önemlisi bölme gibi ilkel savunma mekanizmalarını kullanma, gerçek kendiliği sahte kendiliğe feda etme, terk depresyonu ve aktarım eyleme vurumu gibi tanısal özellikler göstermektedirler (Masterson, & Lieberman, 2012; Masterson, 2013; Özakkaş, 2012).

Aşağıda Masterson'nun bölme savunma mekanizması temelinde açıkladığı narsisistik kendilik bozukluğunun kaynaşmış nesne ve kendilik parça birimleri ve patolojik bölme savunması şeması yer almaktadır,

Tablo 4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu Bölünmüş Nesne İlişkileri Birimi



Ego İşlevleri – gerçeklik algısı, hayal kırıklığını tolerans, dürtü kontrolü ve ego sınırlarında zayıflık,
Ego Savunma Mekanizması – bölme, kaçınma, eyleme vurma, yapışma, inkar, yansıtma, yansıtımlı özdeşim.

(Masterson, & Lieberman, 2012)

Masterson NKB'yi Teşhirci, Gizli ve Değersizleştirici olarak üçe ayırmaktadır.

1. Teşhirci (büyüklemeci) Narsisistik Bozukluk: Anne empati yoksunluğu nedeniyle çocuğunu kendi uzantısı ve kendi arzu ve hırslarını gerçekleştirme aracı olarak görür, Bu durumda çocuk anneyi yüceltir ve büyüklemeci sahte kendiliğini geliştirir. Ancak tüm güçlü ve sahte büyüklemeci kendiliği sayesinde annesi tarafından takdir edildiğini ve görülebilir olduğunu fark eden çocuk libidinal yatırımını büyüklemeci kendiliğine yaparak takdir edilme ihtiyacını tatmin etmeye çalışır. Bu durumda çocuk çevresinin takdir ve hayranlığını kazanma üzerine hayatını yönlendirir ve teşhirci narsisist olur. Bu kişilerin büyük bir kısmı anksiyete ve depresyon problemi yaşamıyormuş,

iyi işlevselliğe sahipmiş gibi görünmekle birlikte hayatlarında bir şeyler bozulduğunda bu görünüşlerinin altında yoğun kıskançlık, öfke, reddedilme, değersizlik, yetersizlik ve iktidarsızlık duyguları yaşadıkları görülür,

2. Gizli Narsisistik Bozukluk: Çocuk 10-15 aylar arasında kendini ifade ettiği dönemlerde annesi tarafından doğrudan veya dolaylı olarak kendisine yönelik değersizleştirme, küçümseme veya hor görülme ile karşılaşırsa kendi büyüklenmeci yanını gizler, anne ve babasıyla kendisi önemsizmişçesine aşırı mütevazilikle iletişim kurmaya başlar. Bu durumda çocuk diğerlerinin kendisini aşağılayıp aşağılamayacağını hep kontrol eder. Bu dönemde çocuk anne veya babasının kendisini sevebilmesi için onlara hayranlık duyması gerektiği inancıyla anne ve babasını yüceltir kendiliğini ise yok eder ve bu durumda da gizli (closed) narsisistik kendilik bozukluğu gelişir. Bu kişiler diğer kişileri idealize edip onların gölgesinde kalarak kendi büyüklenmeciliğini tatmin ederler. Kıskançlık ve öz saygı eksikliği daha yoğun görülür,
3. Değersizleştirici Narsisistik Bozukluk: Çocuğun yine 10-15 aylar arasında büyüklenmeci veya ayrılma ve bireyleşmeye ilişkin gerçek ihtiyaçlarını ifade etmesi sürecinde çoğunlukla aşağılanma, korkutulma, hor görmülme, taciz ve şiddete maruz kalması veya bu tehditlerle karşı karşıya kalması halinde büyüklenmeci veya başkalarını idealize etmesi söz konusu olmaz, paranoid ve şizoid savunmalar kullanarak etrafı sarılmış gibi yaşar. Bu durumda zaman zaman çevresindeki insanları aşağılayarak kendisini üstün hissetmeye çalışan bazen düşük düzeyde işlevsellik gösteren değersizleştirici narsisistik kendilik bozukluğu gelişmektedir. Bu kişiler bazen kendi büyüklenmeciliğini aktifleştirmekte bazen de tümgüçlü diğer kişiyle özdeşleşmektedir. Bu kişiler genellikle her şeye kusur bulma eğilimindedirler ve narsisistik incinme eğilimleri yüksektir.

2.3.4. Aktarım Odaklı Terapi Kurucusu Otto F. Kernberg'e Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu

1928'de Avusturya'da doğmuş olan Otto F. Kernberg tarafından geliştirilen aktarım odaklı psikerapi kuramı çağdaş nesne ilişkileri kuramına dayanır ve gelişimsel ve nörobiyolojik araştırmalardan faydalanmıştır. Sağlıklı psikolojik yapı kişinin davranışını, algılama biçimini ve kendine özgü deneyimlerini düzenleyen, değişmeyen ve devamlılık gösteren zihinsel fonksiyonlarından oluşmaktadır. Psikolojik yapının bütünlüğünü kaybetmesi veya olmaması hali kişilik bozukluklarının varlığı anlamına gelmektedir. Libido ve agresyon dürtülerinin her zaman diğer bir kişiyle yani bir nesneyle bağlantılı olarak deneyimlendiğini ifade eden nesne ilişkileri teorisinin kendilik duygulanımı ve öteki olarak açıklanan nesne ilişkileri ikilisini esas almaktadır. Nesne ilişkileri ikilisi sayesinde çocuk öteki ile olan deneyimlerini içselleştirmektedir (Clarkin, ve diğerleri, 2012). Kernberg normal gelişimin beş aşamalı olduğunu belirtmektedir:

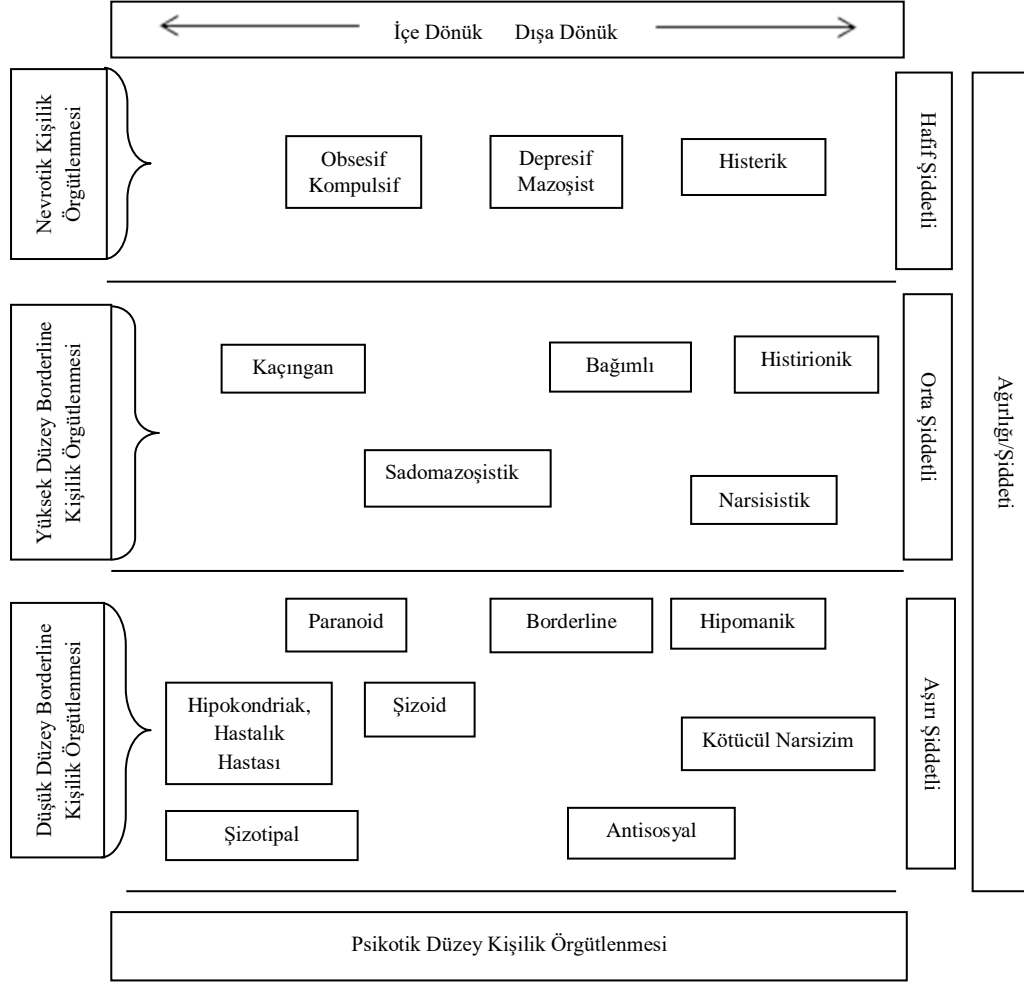
1. Birinci Aşama: Doğumdan birinci ay sonuna kadar normal otizm veya birincil farklılaşmamış aşama. Burada bakım veren haz dolu bir etkileşimin söz konusu olduğu henüz farklılaşmamış kendilik nesne tasarımının başladığı dönemdir.
2. İkinci Aşama: Bir ila altıncı-sekizinci ayları kapsayan normal simbiyoz veya birincil farklılaşmamış aşama. Bu dönemde çocuğun bakım verenle oluşan haz dolu etkileşimleri iyi kendilik ve nesne, olumsuz etkileşimleri ise kötü kendilik ve nesne temsili olarak şekillenir.
3. Üçüncü Aşama: Altı-sekiz ay ile onsekiz ay arası dönemi kapsayan dönem. Kendilik tasarımlarının nesne tasarımlarından farklılaştığı dönem. İyi ve kötü kendilik ve nesne imgelerini bütünleştirir.
4. Dördüncü Aşama: Onsekiz ile otuzaltıncı aylar arasındaki ödipal dönemini kapsar. Bu dönemde kendilik ve nesne tasarımlarını bütünleştirir. Bu bütünleştirme sonucunda daha ilkel olan bölme savunma mekanizması ortadan kalkar ve yerine biraz daha üst düzey savunma mekanizması olan bastırma savunma mekanizması devreye girer.

5. Beşinci Aşama: Ödipus evresinin bittiği ve sonrasındaki dönemi kapsar, Bu dönemde istikrarlı ve dayanıklı bir benliğin geliştiği dönemdir.

Bu süreçlerdeki aksamalar gelişimsel duraklama yaratarak kişilik bozukluklarının oluşmasına neden olmaktadır. Kernberg patolojik gelişimi borderline kişilik örgütlenme adı altında üç kademeye ayırmaktadır: Amansız cezalandırıcı bir üst benliğe sahip psikanalizden fayda görebilecek olan nevrotik kişilerin olduğu Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi katmanı, ödipal dönem öncesi patolojilere sahip borderline hastalardan oluşan ve değiştirilmiş psikanalizden fayda görebilecek Yüksek Düzey Borderline Kişilik Örgütlenmesi, ve düşük düzey patolojilere sahip arkaik savunmaları olan ağır kişilik bozuklukları olan ve tedavi olmaları güç olan kişilerin yer aldığı Düşük Düzey Borderline Kişilik Örgütlenmesi katmanı (Palombo ve ark., 2018). Şekil 2'den de anlaşılacağı üzere Kernberg narsisistik kişilik bozukluğunu yüksek düzey borderline örgütlenmede yer alan narsisistik ve düşük düzey borderline örgütlenmede yer alan kötücül narsizim olarak ikiye ayırmaktadır.

Borderline kişilik örgütlenmesi içerisinde olan kişilerin kimlik yapılarında parçalanmışlık, ilkel savunma düzeneklerinin kullanımı, gerçekliği değerlendirmede bozukluk olmasa da kırılgan olması, duygularını düzenlemede problemler yaşaması, saldırganlık ve cinsellikte problemler yaşaması, değerlerde tutarsızlık ve başka kişilerle kurduğu ilişkilerde bozukluklar gibi problemler görülmektedir (Yeomans, ve diğerleri, 2016).

Tablo 5. Kernberg'in borderline kişilik örgütlenmesi tablosu



(Yeomans, ve diğerleri, 2016)

Narsistik kişilik bozukluğu orta şiddetli yüksek düzey borderline kişilik örgütlenmesinde yer alırken, kötücül narsizim aşırı şiddetli düşük düzey borderline kişilik örgütlenmesinde yer alan bir patoloji olarak değerlendirilmektedir.

1. Narsistik Kişilik Örgütlenmesi: Orta şiddetli yüksek düzey borderline kişilik örgütlenmesi içerisinde dışa dönük bir kişilik olarak tanımlanmaktadır. Üst benliği daha çok cezalandırıcı niteliktedir ve bütünleşmemiştir. İyi ve kötü kendilik ve nesne imgelerini ayrıştırabilir. Kendiliği ve ötekini ayrıştırabilirken stres altında tekrar kaynaşma gösterebilir. Suçluluk hissetme kapasitesi düşüktür. Dürtüsel ve çelişkili davranışlar sergiler. Paranoid

eğilimleri artar ve içgüdesel davranışları ortaya çıkar. Savunma mekanizmaları aklileştirme, bastırma gibi daha yüksek düzeyli kişilik yapısının kullandığı savunmaların yanı sıra bölme, inkar, disosiyasyon, yansızma gibi daha düşük düzeyli kişilik örgütlenmesi savunmaları şeklinde de olmaktadır. Başkalarıyla derinlemesine ve kalıcı bağlar geliştirebilme potansiyeline sahip olmakla birlikte ikircikli ve çatışmalı ilişkiler kurmaktadır.

2. **Kötücül Narsisistik Kişilik Örgütlenmesi:** Aşırı şiddetli düşük düzey borderline kişilik örgütlenmesi içerisinde dışa dönük kişilik olarak tanımlanmaktadır. Üst benlik bütünleşmesi çok zayıftır, ilkel ve sadist ilişkileri yansıtır. Temel savunmaları daha ilkel düzeyde bölme, yansıtma, yansıtımlı özdeşim, ilkel idealizasyon ve develüasyon, inkar ve disosiyasyondur. Sadist ve sapkın libidinal arzuları vardır ve bunu nesne ile olan ilişkilerine yansıtır. Abartılı ve karışık kendilik ve nesne tasarımları söz konusudur. Anne babanın da içerisinde yer aldığı masturbasyon fantezileri görülebilmektedir. Kaygılarını içeride tutamama, dürtülerini kontrol edememe, aşk, iş ve yaratıcılık konusunda büyük zorluklar görülür. Kendilerine ilişkin sahte yansıtma yaparak öyleymiş gibi davranırlar. Cinsel sapkınlık ve madde bağımlılığı söz konusudur.

2.3.5. Kendilik Psikoloji Kurucusu Heinz Kohut'a Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu

1913 yılında Viyana'da dünyaya gelmiş olan Heinz Kohut, Freud'un yolundan ilerlerken Kendilik Psikolojisi olarak adlandırılan kendi kuramını geliştirmiştir. Narsizmi normal bir gelişim süreci olarak görürken gelişimsel dönemlerde ki duraklamalar nedeniyle bu gelişim sürecinde bozulmaların olması ile narsisistik kişilik bozukluklarının geliştiğini belirtmektedir. Narsisistik kişilik bozukluklarının altında ise psikotik bozukluklar olduğunu ifade etmektedir. Ebeveynler empatik yaklaşımları sayesinde çocuklar için gelişim süreçlerinde kendilik nesnesi işlevlerini yerine getirdiklerini ifade etmiştir. Kendilik, kişinin

deneyimlerinin içeriğini yansıtan zihnin işleyişini kapsayan yapı olarak tanımlamaktadır. Kendilik parçaları olarak büyüklenmeci (aynalayıcı kendilik nesnesi işlevleri), idealleştirilmiş ebeveyn imagosu (idealleştirici kendilik nesnesi işlevleri) ve öteki benlik (ikizlik kendilik nesnesi işlevleri) olarak üç kutuplu kendilikten bahsetmektedir. Sağlıklı bireyin tüm kendilik nesnesi işlevlerinin sağlıklı bir süreç izlediğini, kişilik bozukluğu olan kişilerde ise bu işlevlerdeki bozulmalar nedeniyle oluşan gelişimsel duraklamaya bağlı olarak narsisistik kişilik bozuklukların ortaya çıktığını belirtmektedir. Aşağıda sağlıklı gelişim ve sağlıklı gelişim süreçlerine ilişkin açıklama yer almaktadır;

1. Büyüklenmeci Kendilik (Aynalayıcı Kendilik nesnesi İşlevleri): Kişinin iç durumunu aynalayarak olumlama, beğenme, onaylama ve kabul etme gibi görevleri yerine getiren ve kendine saygı duyup değerli hissetme imkanı sağlayan ebeveyndir. Beğenilmek ve sevilme gibi deneyimler kişinin huzur duymasını ve özgüveninin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu işlev sağlıklı olmazsa kişi yetersizlik, değersizlik, eleştirilmişlik, suçluluk ve reddedilmiş hissederek ötekine karşı öfke duymaktadır.
2. İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu (İdealleştirici Kendilik nesnesi İşlevleri): Bu ebeveynin işlevlerinin gelişim süreçlerine etkisi;
 - Koruyuculuk işlevi olan ötekinin kuvvetine ve tümgüçlülüğüne inanarak yaşadığı güvenlik hissi sayesinde kendini güçlü ve etkin hissetmektedir. Bu inancın olmaması halinde güvensiz, kırılabilir ve belirsizlik içerisinde hissetmektedir.
 - Heyecan ve aşırı uyarılmanın düzenlenmesi işlevi sayesinde kendini kontrol etme, kendini düzenleme ve tutmayı başarmaktadır. Aksi halde kontrolden çıktığını hissetmektedir.
 - Canlılık verip ihtiyaç duyduğunda avunmasını sağlayan öteki tarafından sakinleştirilmek ve rahatlatılmak sayesinde istekli,

hevesli ve ölçülü olma kapasitesini geliştirmektedir. Aksi halde görmezden gelinerek ihmal edildiğini ve engellendiğini hissetmektedir.

- Kültür unsurlarının değerlerine uygun davranışları öğretmesi sayesinde kendisine ömrü boyunca yol gösterecek idealler, değerler sistemi geliştirerek önüne hedefler koymaktadır. Aksi halde uyumsuzluk ve kendini ait hissetmeme duyguları yaşamaktadır.

3. Öteki Benlik (İkizlik Kendilik Nesnesi İşlevleri): Daha çok akranları ile yaşadığı deneyimlerle oluşur. Ötekilerle ortak bağının olduğunu hissetmesi sayesinde diğer insanlarla akrabalık bağı kurabilmeyi ve insanlarla ilgili şeyleri yabancı görmemeyi deneyimler. Aksi halde uyumsuzluk ve yabancılık hissi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kişinin doğuştan gelen yeteneklerinin kendisine özgü olduğunu hissetmesi sayesinde sağlık hissini deneyimler. Aksi halde değerlerde, çıkarlarda, faaliyetlerde ayrılıklar yaşar, önemli ötekilerine karşı uzaklaşma ve karışık duygular yaşamaktadır.

Kohut, kendilik nesnelerinin işlevlerini kişinin kendilik duygusu ile sağlıklı bir biçimde bütünleştirmesini dönüştürerek içselleştirme olarak tanımlamaktadır. Kişinin sağlıklı bir biçimde dönüştürerek içselleştirebilmesi için uygun düzeyde engellemelerle karşılaşması gerekmektedir. Kişinin temel hırsları ve iddealleri arasında oluşan gerilimin optimal düzeyde kırılmalarla dengelenmesi gerekmektedir (Kohut, 2012). Bu engellemelerin uygun şekilde olabilmesi için çocuğun acil ihtiyaç duyduğunda bu engellemelerin kalkacağını bilmesi ve bakıcının müdahale olmaksızın çocuğun bu durumu tecrübe etmesine izin verecek şekilde müdahaleyi geciktirebilmesi gerekmektedir. Ancak bu nitelikleri barındıran sağlıklı şekilde engellemeler sayesinde sağlıklı kişilik gelişimi söz konusu olabilmektedir. Kişinin potansiyellerinin, yeteneklerinin ve becerilerini gerçekleştirmesine imkan tanıyan

hedefleri, amaçları ile tutkuları arasındaki tutarlı dengenin yarattığı kendine güven duygusuna ulaşmış olmasını sağlıklı bir kişilik yapısı olarak tanımlamaktadır. Bu süreç içerisinde kendiliknesnesi işlevlerini yerine getiren kişilerle ilgili yaşanacak problemler gelişimsel duraklamaya neden olarak narsisistik kişilik bozukluklarını ortaya çıkarmaktadır (Palombo ve diğerleri, 2018).

2.3.6. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsizim

Narsizmin diğer bir sınıflandırma şekli ise büyüklenmeci ve kırılgan narsizimdir. Büyüklenmeci narsizm kendini gösterme gayreti, hak görme, haset, ilgi çekme, aşırı talep edicilik, empati eksikliğine bağlı diğerlerinin ihtiyaçlarını fark edememe, yoğun öfke, sömürücülük, baskınlık, düşük seviyede kaygı düzeyi gibi özellikler gösterirken kırılgan narsizmde ise hissedilir alçak gönüllülük görüntüsü, eleştiriye karşı duyarlılık, yüksek düzeyli kaygı, çekingen yapı, yoğun stres yaşama, yakın ilişkilerde kendilikle ilgili büyüklenmeci beklentiler, sosyal yönden içedönüklük ve kaçınan özellikler gösteren kişiler olarak tanımlanmaktadır (Akhtar, & Thompson, 1982; Wink,1991). DSM daha çok büyüklenmeci narsizmi tanımlaması nedeniyle tartışmalara neden olmaktadır. Kuramcılarının narsizmi çoğunlukla birden fazla biçimlerde olduğuna dair tanımlamalarda buldukları görülmektedir ve bu tanımlamalar önceki bölümlerde detaylı bir şekilde incelenmiştir. Büyüklenmeci ve kırılgan narsizmin farklı yanları olmakla birlikte kibir, bencillik, empati yoksunluğu ve kişiler arası ilişkilerde problemler yaşama gibi ortak özellikler göstermektedir (Wink, 1991). Kırılgan narsizmde yoğun utanç duygusu, boşluk, çaresizlik, bedenselleştirme, kaygı bozuklukları ve depresyon daha çok görülmekteyken büyüklenmeci narsizmde depresyon ve kaygı bozukluklarının çok daha az görüldüğü belirtilmektedir (Rathvon, & Holmstrom, 1996).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırma evreni ve kullanılan örneklem hakkında bilgiler ile veri toplama araçları hakkında bilgilerle birlikte verilerin analizi ve yorumlamasına ilişkin bilgiler yer alacaktır.

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yetişkin Psikiyatri Klinik ve Polikliniğinde majör depresyon tanısı konulmuş veya başka bir sağlık birimi tarafından majör depresyon tanısı almış kişilerden oluşmaktadır. Çalışmada 17-60 yaş arası en az ilkokul mezunu olan ve şizofreni veya psikoz türü hastalığı olmayan 57 (%50,4)'si kadın, 56 (49,6)'sı erkek olmak üzere toplam 113 kişiden veriler toplanmıştır.

3.2. Verilerin Toplama Araçları

Verilerin toplandığı araçlar Sosyodemografik bilgi formu, beş faktör narsisizm ölçeği kısa formu, beck anksiyete ve beck depresyon envanterlerinden oluşmaktadır. Veriler Covid-19 salgını nedeniyle getirilen kısıtlamalar sonucunda poliklinik ve klinik çalışmalarının durdurulması nedeniyle ancak 28 tanesi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yetişkin Psikiyatri polikliniğine gelen kişilerle doldurulabilmişken diğerleri Google Formlar üzerinden online majör depresyon tanısı almış kişilere doldurtulmuştur.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacının geliştirilmiş olduğu on üç sorudan oluşan bu formda: hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, iş ve gelir durumu,

yaşanılan yer, kiminle büyüdüğü ve başka bir rahatsızlığının olup olmadığı gibi bilgiler toplanacak şekilde hazırlanmıştır (Ek 1).

3.2.2. Beş Faktör Narsisizm Ölçeği

Natalie Glover ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilen (Glover, Joshua, & Donald, 2012) Beş Faktör Narsisizm Ölçeği Kısa Formu Füsun Ekşi tarafından 2016 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 60 sorudan ve 5'li likert tipi olan ölçek onay arayıcılık, liderlik/otorite, güvensizlik, hak iddia etme, teşhircilik, sömürücülük, büyüklenme hayalleri, umursamazlık, empati eksikliği, manipülatiflik, hayranlık ihtiyacı, tepkisel öfke/öfke, utanç ve maceraperestlik olmak üzere 15 alt boyuttan oluşmaktadır ve hepsi birden DSM'de tarif edilen narsisistik kişilik bozukluğuna denk gelmektedir. Ölçek ayrıca kırılğan ve büyüklenmesi narsisizm olmak üzere iki farklı narsisizm boyutunu da ölçmektedir. Hayranlık ihtiyacı, tepkisel öfke/öfke ve utanç alt boyutlarının toplanması ile kırılğan narsisizm boyutu ölçülürken geri kalan diğer alt boyutların toplanması ile de büyüklenmecî narsisizm boyutu ölçülmektedir. 19., 27. ve 38. Sorular diğer sorulardan farklı olarak ters kodlanmaktadır. Alt bölümleri ölçen sorular ise şu şekilde dağılmaktadır;

- A. Onay Arayıcılık= 1, 16, 31, 46
- B. Kibir= 2, 17, 32, 47
- C. Liderlik/Otorite= 3, 18, 33, 48
- D. Güvensizlik= 4, 19t, 34, 49
- E. Hak İddia Etme= 5, 20, 35, 50
- F. Teşhircilik= 6, 21, 36, 51
- G. Sömürücülük= 7, 22, 37, 52
- H. Büyüklenme Hayalleri= 8, 23, 38t, 53
- İ. Umursamazlık= 9, 24, 39, 54
- J. Empati Eksikliği= 10, 25, 40, 55

- K. Manipülatiflik= 11, 26, 41, 56
- L. Hayranlık İhtiyacı= 12, 27t, 42, 57
- M. Tepkisel Öfke/Öfke= 13, 28, 43, 58
- N. Utanç= 14, 29, 44, 59
- O. Maceraperestlik=15, 30, 45, 60 (Ekşi, 2016), (Ek:2).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

1988 yılında Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Anksiyete ölçeği Ulusoy ve ark. 1998 tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçeğin 13 maddesi sübjektif kaygıyı, 8'i ise somatik semptomları değerlendirmektedir. Cevap şıkları 0 ile 3 arasında puanlandırılmakta ve ölçekten en fazla 63 puan alınmaktadır (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Ulusoy, Şahin & Erkmen, 1998; Aydemir & Köroğlu, 2006), (Ek:3).

3.2.4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

1978 yılında Aaron Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen Beck Depresyon Envanteri, Nesrin Hisli Şahin tarafından 1988 yılında "Beck Depresyon Ölçeği" olarak Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır. Ölçek depresyon hastalarında görülebilen bilişsel, somatik ve duygusal belirtileri ölçümlenmektedir. Cevap için 4'er şık ve 21 maddeden oluşan envanter 15 yaş üstü kişilere uygulanabilmektedir. Şıklar 0 ile 3 arasında puanlandırılmaktadır. Envanterden en fazla 63 puan alınmaktadır (Aydemir, & Köroğlu, 2006), (Ek:4).

4. BULGULAR

4.1. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren sürekli değişkenler için betimleyici istatistikler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uygunluk göstermeyenler için medyan (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için betimleyici istatistikler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alpha katsayısı ile belirlenmiştir. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman sıra korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t., Mann-whitney U., Kruskal-Wallis testleri ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler IBM SPSS v.25 programında yapılmıştır.

4.2. Bulgular

4.2.1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri ve karşılaştırmalar

Çalışmada 57 (%50,4) kadın 56 (49,6) erkek olmak üzere toplam 113 kişi yer almaktadır. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 6'de verilmiştir,

Tablo 6. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Değişken	Grup	f	%
Cinsiyetiniz	Kadın	57	%50,4
	Erkek	56	%49,6
Yaş		28 (17-60)	
Medeni Haliniz	Bekar	74	%65,5
	Boşanmış	7	%6,2
	Eşim vefat etti	1	%0,9
	Evli	31	%27,4
Varsa Çocuğunuzun Sayısı	0	13	%31,0
	1	11	%26,2
	2	7	%16,7
	3	11	%26,2
Eğitim Durumunuz	İlkokul mezunu	6	%5,3
	Lise mezunu	32	%28,3
	2 Yıllık Ön Lisans Mezunu	14	%12,4
	4 Yıllık Ön Lisans Mezunu	40	%35,4
	Ortaokul/İlköğretim Okulu Mezunu	6	%5,3
	Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	15	%13,3
İş Durumunuz	Çalışmıyorum/İşsizim	34	%30,1
	Devlet Memuruyum	13	%11,5
	Emekliyim	5	%4,4
	İşçi/Beyaz Yaka Olarak Çalışıyorum	13	%11,5
	İşçi/Mavi Yaka Olarak Çalışıyorum	6	%5,3
	Kendi İşyerim Var	5	%4,4
	Öğrenciyim	37	%32,7
	Aylık Geliriniz (Her türlü gelirin Aylık 10,001 TL ve üstü gelirim var toplamı)		4
	Aylık 1-2,000 TL arası gelirim var	21	%18,6
	Aylık 2,001-4,000 TL arası gelirim var	15	%13,3
	Aylık 4,001-6,000 TL arası gelirim var	18	%15,9
	Aylık 6,001-8,000 TL arası gelirim var	8	%7,1
	Aylık 8,001-10,000 TL arası gelirim var	7	%6,2
	Hiç Gelirim Yok	39	%34,5
	Sosyal Yardımla Geçiniyorum	1	%0,9
Yaşadığınız Yerleşim Yeri	Köy	5	%4,4
	İlçe	23	%20,4
	Şehir merkezi	85	%75,2
Kiminle Birlikte Büyüdünüz?	10 yasına kadar anne ve baba, sonra anne ve uvey babamla	2	%1,8
	13 yaşına kadar anneannem ve dedem ile büyüdüm,	1	%0,9
	9 yaşına kadar annem ve babam ile daha sonra 14 yaşına kadar anneannem ile sonrasında tekrar babamla	1	%0,9
	Akrabalarım büyüttü	1	%0,9
	Anne ve Babamla birlikte	94	%83,2
	Anne, baba, dede, babaanne, hala	1	%0,9
	Annemle birlikte, babam yoktu ya da babam 18 yaşımdan önce vefat etti	10	%8,8
	Annemle ve 5-18 yaş arası üvey babamla	1	%0,9
	Babamla birlikte, annem yoktu ya da annem 18 yaşımdan önce vefat etti	1	%0,9
	Kendi başıma	1	%0,9
Şu Anki Şikayetiniz Dışında Psikiyatrik Olarak Tedavi Gördüğünüz Başka Rahatsızlığınız Var Mı?	Yok	94	%83,2
	Var	19	%16,8
Fiziksel Olarak Tedavi Gördüğünüz Rahatsızlığınız Var Mı?	Yok	99	%87,6
	Var	14	%12,4

Beş faktör narsisizm, Beck anksiyete ölçekleri ve Beck depresyon envanterinin güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,933; 0,933; 0,906 olarak elde edilmiştir. Uygulanan ölçekler arasındaki ilişki Tablo 7’ de verilmiştir.

(NOT: İzleyen tablolarda Beş faktör narsisizm ölçeği “narsizm”, Beck anksiyete ölçeği “BAÖ”, Beck depresyon envanteri “BDE” olarak kısaltılmıştır.)

Tablo 7. Beş faktör narsisizm, Beck anksiyete ve Beck depresyon envanteri arasındaki ilişki

	Kırılgan narsizm		Büyükleme narsizm		BAÖ		BDE	
	r	P	r	p	r	p	r	p*
Narsizm	0,524	<0,001*	0,952	<0,001*	0,243	0,010*	0,240	0,011*
Kırılgan narsizm	-	-	0,288	0,002*	0,476	<0,001*	0,440	<0,001*
Büyükleme narsizm	-	-	-	-	0,114	0,230	0,097	0,308
BAÖ	-	-	-	-	-	-	0,652	<0,001*

*Fark $p < 0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

Beş faktör narsisizm ölçeği ile Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Beş faktör narsisizm ölçek puanı arttıkça Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanterinin toplam puanları da artmaktadır. Kırılgan narsizm alt ölçeği ile büyükleme narsizm alt ölçeği, Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Kırılgan narsizm alt ölçek puanı arttıkça diğer ölçeklerin toplam puanları da artmaktadır. İstatistiksel açıdan Büyükleme narsizm alt ölçeği ile Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Ayrıca Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır, Beck anksiyete ölçeğinin toplam puanı arttıkça Beck depresyon envanterinin toplam puanı da artmaktadır.

Ayrıca uygulanan ölçeklerle hastaların yaşları arasındaki ilişki araştırıldığında hastaların yaşları arttıkça Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanterinin toplam puanları azalmaktadır (sırasıyla $r = -0,328$, $p < 0,001$; $r = -0,247$, $p = 0,008$). İstatistiksel açıdan hastaların yaşı ile beş faktör narsizm ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r = -0,136$, $p = 0,151$).

Beş faktör narsisizm, kırılğan ve büyüklenmeci narsizm, Beck anksiyete ve Beck depresyon envanterlerinin demografik verilerle karşılaştırılması Tablo 8 - 17'de verilmiştir.

Tablo 8. Cinsiyete göre ölçeklerin karşılaştırılması

Ölçek	Kadın (n=57)	Erkek (n=56)	p*
BAE	24 (0-60)	19,5 (0-51)	0,131
BDE	23±12	23,6±13,2	0,782
Narsisizm	175,3±25,6	167,5±40,7	0,227
Kırılğan narsizm	42,8±8,4	37,7±11	0,008*
Büyüklenmeci narsizm	132,5±21,3	129,7±35	0,611

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Kadın ve erkekler arasında kırılğan narsizm alt ölçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kadınlarda kırılğan narsizm puanı daha yüksek çıkmıştır. Uygulanan diğer ölçeklerde cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 8).

Tablo 9. Medeni hale göre ölçeklerin karşılaştırılması

	Bekar (n=74)	Boşanmış (n=7)	Evli (n=31)	p*
BAÖ	23,5 (0-53)	18 (2-30)	14 (1-60)	0,044*
BDE	25,2±12,2	19±13,1	19,5±12,7	0,072
Narsisizm	175 (83-232)	166 (120-186)	169 (99-284)	0,359
Kırılğan narsizm	44 (16-57)	40 (30-47)	41 (16-56)	0,488
Büyüklenmeci narsizm	131,5 (67-199)	125 (90-146)	123 (82-228)	0,578

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

NOT: Tablo 4'te eşim vefat etti cevabını veren bir kişi olması nedeniyle karşılaştırmaya alınmadı.

İstatistiksel açıdan medeni durum ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı fark vardır. Bu fark bekar ve evli gruplarından kaynaklanmaktadır. Bekarların Beck anksiyete ölçeği puanları daha yüksek çıkmıştır. Uygulanan diğer ölçeklerde medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 9).

Tablo 10. Çocuk sayısına göre ölçeklerin karşılaştırılması

Çocuk Sayısı	0 (n=13)	1 (n=11)	2 (n=7)	3 (n=11)	p*
BAÖ	20 (1-53)	20 (1-60)	24 (4-30)	12 (1-52)	0,473
BDE	22,4±12,3	23±14	25,8±14,6	14,7±9,4	0,252
Narsizim	158 (83-232)	166 (99-219)	177 (152-244)	158 (106 -284)	0,541
Kırılgan narsizim	36,1± 11,3	41,9± 11,2	39,1± 6,5	40±8,5	0,560
Büyüklenmeci narsizim	116 (67-199)	119 (82-173)	146 (107-195)	122 (83-228)	0,351

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Uygulanan ölçeklerle çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 10).

Tablo 11. Eğitim durumuna göre ölçeklerin karşılaştırılması

	İlkokul mezunu (n=6)	Lise mezunu (n=32)	2 yıllık önlisans mezunu (n=14)	4 yıllık lisans mezunu (n=40)	Ortaokul mezunu (n=6)	Yüksek lisans/doktora (n=15)	p*
BAÖ	16,8±12,8	23,6±13,7	21,5±13,4	23±16,2	20,8±9,8	15±12,1	0,430
BDE	21,5 (10-48)	24,5 (0-45)	30 (4-45)	22,5 (1-52)	30 (11-38)	14 (2-33)	0,166
Narsizim	192,3±30,9	173,6±32,6	167,6±27,2	173±39,4	175,1±17,1	156,5±31,4	0,351
Kırılgan narsizim	44 (39-49)	41 (16-57)	43 (26-55)	43 (16-57)	45 (33-54)	35 (16-56)	0,626
Büyüklenmeci narsizim	148± 28,1	134,5± 30,1	126± 24,6	132,1± 31,8	132,1± 13,4	118,9± 23,9	0,342

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Uygulanan ölçeklerle eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 11).

Tablo 12. İş durumuna göre ölçeklerin karşılaştırılması

	Çalışmıyorum İşsizim (n=34)	Devlet Memuruyum (n=13)	Emekliyim (n=5)	İşçi/Beyaz Yaka Olarak Çalışıyorum (n=13)	İşçi/Mavi Yaka Olarak Çalışıyorum (n=6)	Kendi İşyerim Var (n=5)	Öğrenciyim (n=37)	p*
BAÖ	24 (0-60)	11 (1-38)	4 (1-13)	22 (0-44)	30 (2-48)	8 (0-14)	26 (1-51)	0,001*
BDE	26,4± 13,1	14,2± 10,9	6,2± 4	23,3± 11,5	27± 12,6	20,4± 11,9	25,8±11	0,001*
Narsizim	171,7± 33,3	162,2± 51	152,8± 32,1	168,7± 19,9	167,8± 10,5	168,6± 44	179± 33,1	0,625
Kırılgan narsizim	43,5 (16-53)	35 (16-56)	34 (23-42)	46 (30-56)	44 (32-55)	36 (26-57)	44 (16-57)	0,081
Büyüklenmeci narsizim	131,6±27,7	127,9±40,4	119,4±24,6	123,3±17,3	124,6±7,1	130,8±35,8	137,2±30,5	0,697

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

İş durumu ile Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Beck anksiyete ölçeğinde farklılık Emekliyim- Çalışmıyorum/İşsizim ve Devlet Memuruyum- Öğrenciyim gruplarından

kaynaklanmaktadır. Emekliyim-Çalışmıyorum/İşsizim grubunda çalışmayanların Beck anksiyete ölçek puanı daha yüksek çıkmıştır. Devlet Memuruyum- Öğrenciyim grubunda ise öğrencilerin Beck anksiyete ölçek puanı daha yüksek çıkmıştır. Beck depresyon envanterindeyse farklılık Çalışmıyorum/İşsizim-Devlet Memuruyum, Çalışmıyorum/İşsizim-Emekliyim ve Emekliyim-Öğrenciyim gruplarından kaynaklanmaktadır. Çalışmıyorum/İşsizim- Devlet Memuruyum grubunda çalışmayanların ölçek puanı daha yüksektir. Çalışmıyorum/İşsizim- Emekliyim grubunda da çalışmayanların ölçek puanı daha yüksektir, Emekliyim-Öğrenciyim grubunda ise öğrencilerin ölçek puanı daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 13. Aylık gelir durumuna göre yapılan karşılaştırmalar

	Hiç Gelirim Yok (n=39)	Aylık 1-2.000 TL arası gelirim var (n=21)	Aylık 2.001-4.000 TL arası gelirim var (n=15)	Aylık 4.001-6.000 TL arası gelirim var (n=18)	Aylık 6.001-8.000 TL arası gelirim var (n=8)	Aylık 8.001-10.000 TL arası gelirim var (n=7)	Aylık 10.001 TL ve üstü gelirim var (n=4)	p*
BAÖ	29 (0-53)	25 (1-51)	21 (2-48)	13 (0-60)	21 (5-44)	12 (0-28)	7 (2-14)	0.013*
BDE	27 (0-49)	29 (5-52)	22 (4-40)	16.5 (1-38)	20.5 (4-42)	30 (4-31)	19.50 (8-34)	0.238
Narsizm	176 (83-232)	176 (103-244)	169 (150-215)	163.5 (129-208)	167 (102-284)	188 (99-207)	113.5 (96-214)	0.489
Kırılgan narsizm	45 (16-57)	42 (20-55)	44 (29-55)	35.5 (28-56)	41.5 (18-56)	36 (17-54)	28 (16-57)	0.645
Büyüklenmeci narsizm	135 (67-183)	136 (80-199)	128 (101-167)	125.5 (93-179)	126 (83-228)	146 (82-181)	90.50 (70-157)	0.445

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

İstatistiksel açıdan aylık gelir durumu ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı fark vardır. Uygulanan diğer ölçeklerle aylık gelir durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur (Tablo 13).

Tablo 14. Yaşanılan yere göre ölçeklerin karşılaştırılması

	Köy (n=5)	İlçe (n=23)	Şehir merkezi (n=85)	p*
BAÖ	35 (1-46)	26 (2-53)	20 (0-60)	0,037*
BDE	24 (14-34)	24 (4-44)	22 (0-52)	0,781
Narsizm	181 (181-219)	176 (96-232)	166 (83-284)	0,080
Kırılgan narsizm	46 (46-46)	40 (26-55)	42 (16-57)	0,309
Büyüklenmeci narsizm	135 (135-173)	136 (70-183)	128 (67-228)	0,133

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Yaşanılan yer ile Beck anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Uygulanan diğer ölçeklerle yaşanılan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 14).

Tablo 15. Birlikte büyüdüleri kişilere göre ölçeklerin karşılaştırılması

	Anne ve Babamla birlikte (n=94)	Annemle birlikte, babam yoktu ya da babam 18 yaşından önce vefat etti (n=10)	p*
BAÖ	21 (0-60)	17 (6-41)	0,708
BDE	21,5 (0-52)	30 (13-48)	0,053
Narsizm	171,1± 33,4	167,4± 45,6	0,747
Kırılgan narsizm	41 (16-57)	47 (16-54)	0,267
Büyüklenmeci narsizm	131,2± 28,1	126,1± 35,3	0,593

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. (NOT: Tablo 10'da Karşılaştırmaya birim sayısı yetersiz olduğu için diğer gruplar alınmamıştır.)

Uygulanan ölçeklerle birlikte büyüdüleri kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 15).

Tablo 16. Psikiyatrik olarak tedavi gördüğü başka hastalık durumuna göre karşılaştırmalar

	Var (n=19)	Yok (n=94)	p*
BAÖ	25 (2-46)	20 (0-60)	0,119
BDE	24 (11-45)	23,5 (0-52)	0,562
Narsizm	172,9± 29,7	171,2±35	0,840
Kırılgan narsizm	44 (26-53)	42 (16-57)	0,729
Büyüklenmeci narsizm	131,5± 28,1	131± 29,1	0,953

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Uygulanan ölçeklerle Psikiyatrik olarak tedavi gördüğü başka hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 16).

Tablo 17. Fiziksel olarak tedavi gördüğü başka hastalık durumuna göre karşılaştırmalar

	Var (n=14)	Yok (n=99)	p*
BAÖ	25,5 (1-52)	20 (0-60)	0,175
BDE	28,5 (10-40)	23 (0-52)	0,374
Narsizm	173,5 (129-231)	169 (83-284)	0,899
Kırılgan narsizm	42,5 (32-55)	42 (16-57)	0,675
Büyüklenmeci narsizm	134,5 (94-199)	130 (67-228)	0,965

*Fark p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Uygulanan ölçeklerle fiziksel olarak tedavi gördüğü başka hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 17).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırma 57'si kadın 56'sı erkek olmak üzere toplam 17-60 yaş arası (ortalama yaş 28'dir) şizofreni ve psikoz hastası olmayan 113 majör depresyon tanısı almış kişi üzerinden yapılmıştır. Bu kişilerin 74'ü bekar, 31'i evli ve 7'si de boşanmıştır. Çocuk sahibi olanların dağılım ise şu şekildedir; 13'ünün çocuğu yok iken 11 kişinin 1 çocuğu, 7 kişinin 2 çocuğu, 11 kişinin ise 3 çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların 6'sı ilkokul, 6'sı ortaokul, 32'si lise, 14'ü 2 yıllık ön lisans, 40'ı lisans, 15'i ise yüksek lisans veya doktora mezunudur. Katılımcıların 34'ü çalışmıyor veya işsiz, 13'ü devlet memuru, 5'i emekli, 13'ü beyaz yaka işçi, 6'sı mavi yaka işçi, 5'i kendisine ait işyerine sahip iken 37'si ise öğrencidir. Ekonomik açıdan bakıldığında aylık gelir olarak 1 kişi sosyal yardımla geçinirken 39 kişinin hiçbir geliri yoktur, 21 kişi 1-2,000TL arası aylık gelire, 15 kişi 2,001-4,000TL arası aylık gelire, 18 kişi 4,001-6,000TL arası aylık gelire, 8 kişi 6,001-8,000TL arası aylık gelire, 7 kişi 8,001-10,000TL arası aylık gelir, 4 kişi ise 10,001 ve üstü aylık gelir ile geçinmektedir. Bu kişilerin 5'i köyde, 23'ü ilçede yaşarken 85'i şehir merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların 94'ü anne ve babası ile birlikte, 10'u babası vefat ettiği için annesi ile diğer 9 kişi ise ayrı ayrı farklı koşullarda büyümüştür. Katılımcıların 19'u şizofreni veya psikoz dışında başka psikiyatrik bir hastalığa sahipken 94'ünün başka bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmamaktadır. 14 kişinin başka bir fiziksel rahatsızlık varken 99 kişinin her hangi bir fiziksel rahatsızlığı yoktur.

Majör depresyon biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan yaygın ve ruhsal hastalıklar içerisinde çok sık karşılaşılan çok yönlü bir sağlık sorunudur. Kişinin normal hayat akışını olumsuz yönde etkileyerek işlevselliğini bozan, ilerlediğinde de kişinin yaşamına son vermeye, yaşamsal işlevlerini yerine getirmemeye götürebilecek şekilde yaşamı tehdit etme riski taşıyan ruhsal bir hastalık olarak yaygın bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilişsel işlevlerde bozulma, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü, hafıza ve algı sorunları, cinsel

isteksizlik ve günlük yaşama ilişkin işlevlerde bozulmalarla kendisini ortaya koyan majör depresyonda intihar düşünceleri, takıntılar, suçluluk ve değersizlik duyguları da görülmektedir. Majör depresyon nörobiyolojik nedenlerle birlikte, yetiştirilme şekli, iş durumu, ekonomik koşullar, sosyal ve ekonomik kayıplar, göç, dışlanma, ayrımcılık gibi kültürel nedenlere bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kişilik yapısı da majör depresyon yaşanma durumunu etkilemektedir. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin depresyona yatkınlığı ifade edilmekteyken, narsisistik kişilik bozukluğu olan kişilerin daha az depresyona girdiği belirtilmektedir. Majör depresyon ile anksiyete arasında negatif duygudurum, ağlama, irritabilite, düşük aktivite, tepkilerde yavaşlama, düşük enerji düzeyi, uyku sorunları, çaresizlik, üzüntü, endişe ve kararsızlık gibi kesişen noktalar bulunmaktadır.

Kişilik yapısında ki bozuklukların da majör depresyon hastalığını ortaya çıkaran bir durum olduğu düşünülerek yapılan bu çalışmada narsisistik kişilik bozukluğu ile majör depresyon arasında ki ilişki araştırılmıştır. Narsisizm bilim dünyasının ilgisini çekmeye devam eden bir konu olarak hakkında pek çok araştırmalar yapılmakta ve psikoterapi kuramcıları, psikologlar ile psikiyatristler tarafından anlaşılmaya ve incelenmeye devam edilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde narsisistik kişilik bozukluğu konusunda farklı yaklaşımların olduğu görülmektedir. DSM’de narsisistik kişilik bozukluğu tek tip olarak kabul edilmekte ve belirti düzeyinde ele alınarak oluş nedenleri ile ilgilenilmezken, kuramcılar tarafından gelişim nedenleri ile birlikte incelenmekte ve narsisistik kişilik bozukluğunun en az iki farklı boyutunun olduğu yönünde açıklamalar yapılmaktadır. Masterson narsisistik kendilik bozukluğunu teşhirci (büyüklenmeci), gizli değersizleştirici olarak üçe (Masterson, & Lieberman, 2012), Kernberg narsisistik ve kötücül narsisizm olarak ikiye (Yeomans ve ark, 2016), Kohut büyüklenmeci, idealleştirici ve ikizlik olarak üçe (Kohut, 2012), Akhar, Thompson ve Wink ise büyüklenmeci ve kırılğan olarak ikiye ayırmaktadır (Akhtar, & Thompson, 1982; Wink,1991). Farklı boyutlarının olması nedeniyle narsisistik kişilik bozukluğunun günlük yaşam içerisinde ki görünümleri, aile, iş ve çevre ilişkilerinde ki yansımaları ve sağlık durumlarına etkileri de farklı olmaktadır. Bu çalışma ile majör depresyon

ile DSM’de tanımlanan narsisistik kişilik bozukluğu ve diğer kuramcılar tarafından narsisistik kişilik bozukluklarının alt grubu olarak kabul edilen büyüklenmeci ve kırılğan narsizim arasında ki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Majör depresyon bozukluğuna çoğu zaman anksiyete bozukluklarının da eşlik etmesi nedeniyle anksiyete düzeyinin tespit edilmesi ve aralarında ki ilişkinin incelenmesi de uygun bulunmuştur.

İnceleme yapıldığında narsisistik özelliklerin açıkça gözlemlenebildiği ve daha çok büyüklenmecilikle karakterize olan büyüklenmeci narsistik kişilik bozukluğu ve daha mütevaziliğin eşlik ettiği, gizli büyüklenmecilik içeren kırılğan narsisistik kişilik bozukluğu şeklinde iki farklı boyutun kullanıldığı ve buna ilişkin ölçekler geliştirildiği görülmektedir. Narsisistik kişilik bozukluğu olan kişiler duygusal etkilenimleri daha azdır ve empati kurma güçlüğü yaşarlar. Sosyal hayatın içinde yer alabilirler, iş hayatlarında başarıya odaklanmaları nedeniyle diğer kişilik bozukluklarına göre aktif ve tutarlı iş yaşamları olabilmektedir. Her şeyi yapabilmeye muktedir hissederler ve diğer insanların takdirini, hayranlığını elde etmek için çok gayret sarf ederler. Kendilerini diğer insanlardan daha üstün ve nitelikli görürler ve bu nedenle ruhsal nitelikli sağlık problemleri yaşasalar bile bunu inkar etmeyi daha çok tercih ederler. Çatışma yaşadıkları kişileri aşağılarken, kendisini ve kendi uzantısı olarak kabul ettikleri kişileri yüceltme eğilimindedirler. Diğer insanlarla ilişkilerinde derinlik yoktur ve diğer kişileri kendisi için bir basamak olarak görme ve sömürme eğilimindedirler. Duygusal coşkuları çoğunlukla gerçekçi değildir ve duyguları olması gerektiği şekilde deneyimleyemezler. Görünümde ki iyilik hallerinin altında boşluk, anlamsızlık ve yüzeysellik söz konusudur. Yaşantıları jelatin kaplı bir dondurmayı jelatini üzerindeyken tatmak gibidir, bilgi sahibidir ancak duygu kısmı çoğunlukla yalıtılmıştır. Sahip oldukları çoğunlukla kendisi için yetersizdir ve sürekli daha fazlasını ister, sahip olduklarının ihtiyacını karşılayıp karşılamamasından daha çok markası ve parasal değerinin büyüklüğü ile ilgilenir. Başarısı, gücü ve bilgisi ne kadar çok olursa olsun sürekli yetersiz hissederler. Kişilerle kurduğu ilişkide ki başarısızlıkta kendi eksikliğine yönelik kısımları göremeyip genelde karşı tarafı değersizleştirerek suçlarlar. Sahte kişiliğiyle kendi için değil başkalarının gözünde hayran olunan kişi olmak ve bunu korumak için yaşarlar. Özellikle büyüklenmeci narsisistik kişilik bozukluğu olan kişilerin

depresyona daha az girdiklerine ilişkin yaklaşımlar bulunmaktadır. Yaptığımız bu çalışma da Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri ile birlikte kullanılan beş faktör narsisizm ölçeği DSM’te geçen narsisistik kişilik bozukluğunu ölçerken aynı zamanda büyüklenmeci ve kırılğan narsizmi de ayrı ayrı ölçme imkanı vermiştir. Yapılan çalışma sonucunda elde edilen bilgiler aşağıda değerlendirilmiştir.

5.1. Majör Depresyon Bozukluğunda Beş Faktör Narsisizm Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Arasındaki İlişki

Sperman sıra korelasyon katsayısı kullanılarak yapılmış olan istatistik çalışması sonucunda şu bulgulara ulaşılmıştır; Beş faktör narsisizm ölçeği puanı arttıkça Beck anksiyete ($r:0,243$, $p<0,010$) ve Beck depresyon envanteri ($r:0,240$, $p<0,011$) puanlarının da arttığı ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu durum narsisistik kişilik bozukluğu ile majör depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu ilişkinin büyüklenmeci narsizm ve kırılğan narsizm alt boyutları ile birlikte ayırt edilmesi ile bu ilişkinin niteliği daha netlik kazanmıştır. İstatistiksel açıdan kırılğan narsizm alt ölçeği ile büyüklenmeci narsizm alt ölçeği ($r:0,288$, $p<0,002$), Beck anksiyete ($r:0,476$, $p<0,001$) ve Beck depresyon envanteri ($r:0,440$, $p<0,001$) arasında anlamlı bir ilişki vardır ve kırılğan narsizm puanı arttıkça diğerlerinin puanı da artmaktadır. Büyüklenmeci narsizm alt ölçeği ile Beck anksiyete ($r:0,114$, $p<0,230$) ve Beck depresyon ölçeği ($r:0,097$, $p<0,308$) arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Beck anksiyete ölçeği ile Beck depresyon ölçeği ($r:0,652$, $p<0,001$) arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Beck anksiyete ölçeğinin puanı arttıkça Beck depresyon envanteri puanı da artmaktadır. Yapılmış olan bu tespit alanyazında ki majör depresyon bozukluğu ile kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları arasında ki ilişkiye dönük araştırmaların ve makalelerin sonuçlarının çoğunluğu ile benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışma da narsisistik kişilik bozukluğunun DSM-5 boyutunda ki tanımı ile kırılğan ve büyüklenmeci narsizm alt boyutları ile ele alınmış olması bu çalışmayı diğer çalışmalardan daha farklı kılmaktadır. Bu çalışma ile majör depresyon bozukluğu hastalarında ki majör depresyon bozukluğu ile anksiyete bozukluğu ve kırılğan narsizm arasında ilişki olduğu ancak büyüklenmeci narsizm ile majör depresyon bozukluğu ve anksiyete

bozukluğu arasında ilişki olmadığı, majör depresyon bozukluğu ile anksiyete bozukluğu arasında ise ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu tespitler majör depresyon bozukluğu yaşayan kişilerde anksiyete ve kırılğan narsizm durumunun da araştırılmasının yararlı olacağını ortaya koymaktadır.

5.2. Majör Depresyon Bozukluğunda Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beş Faktör Narsisizm, Kırılğan ve Büyüklenmeci Narsizm Ölçekleri ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkisi

5.2.1. Cinsiyete Göre Değerlendirme

Beck anksiyete ölçeğinde Mann-Whitney U testi, diğerlerinde ise bağımsız örneklem T testi kullanılarak yapılan değerlendirmede kadın ve erkekler arasında kırılğan narsizm alt öçeği bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (K: $42,8 \pm 8,4$, E: $37,7 \pm 11$, $p < 0,008$). Kadınlarda kırılğan narsizm puanı daha yüksek çıkmıştır. Diğer ölçekler ile cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bu sonuç kadınlarda kırılğan narsizm görölme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla kadınlarda erkeklere göre majör depresyon görölme sıklığının da yüksek olabileceğini söylemek mümkündür.

5.2.2. Yaşa Göre Değerlendirme

Sperman sıra korelasyon katsayısı testi kullanılarak yapılan değerlendirmede hastaların yaşları arttıka Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanterinin toplam puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (sırasıyla $r = -0,328$, $p < 0,001$; $r = -0,247$, $p = 0,008$). İstatistiksel açıdan hastaların yaşı ile beş faktör narsizm ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r = -0,136$, $p = 0,151$). Majör depresyon bozukluğu olan kişilerin yaşı arttıka anksiyete bozukluğu ve depresyon düzeylerinin daha azaldığı ancak narsizm ile yaş arasında ilişki olmadığı anlaşılmaktadır.

5.2.3. Medeni Hale Göre Değerlendirme

Beck depresyon envanterinde tek yönlü varyans analizi, diğerlerinde ise Kruskal Wallis istatistik testleri kullanılarak yapılan değerlendirilmede; İstatistiksel açıdan medeni durum ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark bekarlardan kaynaklanmaktadır. Bekarların anksiyete ölçeği diğerlerinden daha yüksek çıkmıştır (Bekar:23,5(0-53), Evli: 14(1-60), Boşanmış: 18(2-30), $p<0,044$). İstatistiksel açıdan diğer ölçeklerle medeni durum arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Bu sonuç bekarların anksiyete bozukluğu yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak da majör depresyon bozukluğu yaşama risklerinin de yüksek olacağı anlaşılmaktadır.

5.2.4. Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Değerlendirme

Beck depresyon envanteri ve kırılğan narsizme ait karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi, diğerlerinde ise Kruskal Wallis istatistik test yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirilmede; istatistiksel açıdan sahip olunan çocuk sayısı ile uygulanan ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$). Majör depresyon bozukluğu yaşayan kişilerde sahip olunan çocuk sayısı ile hastalıkları arasında doğrudan ilişki tespit edilmemiştir.

5.2.5. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirme

Beck anksiyete ölçeği, beş faktör narsisizm ölçeği ve büyüklenmeci narsizme ait karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi diğerlerinde ise Kruskal Wallis istatistik test yöntemi kullanılarak yapılan değerlendirilmede; Eğitim durumu ile uygulanan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Majör depresyon bozukluğu yaşayan kişilerin eğitim durumları ile hastalıkları arasında doğrudan ilişki tespit edilmemiştir.

5.2.6. İş Durumuna Göre Değerlendirme

Beck depresyon envanteri, Beş faktör narsisizm ölçeği ve Büyüklenmeci narsizme ait karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi, diğer karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapılan değerlendirilmede; İş durumu ile Beck anksiyete ölçeği ($p=0,001$) ve Beck depresyon envanteri ($p=0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Beck anksiyete ölçeğinde öğrenciyim 26(1-51) ve çalışmıyorum/İşsizim 24(0-60) gruplarının puanları diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır. Beck depresyon ölçeğinde ise öğrenciyim (25.8 ± 11) ve çalışmıyorum/İşsizim (26.4 ± 13.1) gruplarının puanları diğerlerine göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer ölçekler açısından fark bulunmamıştır. Öğrenci olmak, işsiz veya çalışmıyor olmak anksiyete ve majör depresyon bozuklukları açısından risk oluşturmaktadır.

5.2.7. Gelir Durumuna Göre Değerlendirme

Tüm karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapılan değerlendirilmede; istatistiksel açıdan sadece aylık gelir durumu ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,013$). Gelir düzeyi azaldıkça Beck anksiyete puanı artmaktadır. Majör depresyon bozukluğu olan kişilerin gelir düzeyi azaldıkça anksiyete düzeyi artmaktayken diğer ölçek puanlarında fark ortaya çıkmamıştır. Majör depresyon bozukluğu olan kişilerin gelir düzeyi ile narsizm arasında doğrudan bir ilişki bulunmamaktadır.

5.2.8. Yaşanılan Yere Göre Değerlendirme

Tüm karşılaştırmalarda Kruskal Wallis istatistik yöntemi kullanılarak yapılan değerlendirilmede; istatistiksel açıdan yaşanılan yer ile Beck anksiyete ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,037$). Köyde yaşıyor olmak Beck anksiyete puanını yükseltmektedir (Köy: 35(1-46), ilçe merkezi 26(2-53), şehir merkezi 20(0-60)). Diğer ölçeklerle yaşanılan yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

5.2.9. Birlikte Büyüdükleri Kişilere Göre Değerlendirme

Beş faktör narsisizm ölçeği ve Büyükleme narsizme ait karşılaştırmada tek yönlü varyans analizi, diğer karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi kullanılarak yapılan değerlendirmede; istatistiksel açıdan uygulanan ölçeklerle birlikte büyüdüğü kişiler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel açıdan majör depresyon bozukluğu olan kişilerin kiminle büyüdüğü ile ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5.2.10. Psikiyatrik Olarak Tedavi Gördükleri Başka Hastalık Durumuna Göre Değerlendirme

Beş faktör narsisizm ölçeği ve Büyükleme narsizme ait karşılaştırmada bağımsız örneklem t testi, diğer karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılan değerlendirmede; Araştırmaya katılan majör depresyon bozukluğu olan 113 kişiden 19'ünde şizofreni ve psikoz dışında eşlik eden başka bir psikiyatrik rahatsızlık varken 94'ün de ise eşlik eden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bulunmamaktadır. İstatistiksel açıdan majör depresyon bozukluğu yaşayan kişilerin başka bir rahatsızlığı olup olmaması ile ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

5.2.11. Fiziksel Olarak Tedavi Gördükleri Başka Hastalık Durumuna Göre Değerlendirme

Tüm karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılan değerlendirmede; Araştırmaya katılan majör depresyon bozukluğu olan 113 kişiden 14'ünde eşlik eden başka bir fiziksel rahatsızlık varken 99'ün de ise eşlik eden herhangi bir fiziksel rahatsızlık bulunmamaktadır. İstatistiksel açıdan majör depresyon bozukluğu yaşayan kişilerin fiziksel başka bir rahatsızlığı olup olmaması ile ölçekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Yapılmış olan bu çalışma sonucunda majör depresyon bozukluğu ile narsizim ve anksiyete bozukluğu arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak narsizim ile olan ilişki daha çok kırılğan narsizim alt boyutu ile ilişkilidir, büyüklenmeci narsizim alt boyutu ile majör depresyon arasında ilişki ortaya çıkmamıştır. Kırılğan narsizim puanı arttıkça büyüklenmeci narsizim, Beck anksiyete ölçeği ve Beck depresyon envanteri toplam puanlarının da arttığı tespit edilmiştir. Alan yazın taramasında majör depresyon bozukluğu olan kişilerde eşlik eden kişilik bozuklukları olup olmadığına ilişkin araştırmalar bulunmakla birlikte özellikle narsisizm ile arasında ki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarla karşılaşılmamıştır. Bu nedenle araştırmanın diğer araştırmalarla bu boyutuyla karşılaştırılması mümkün olmamıştır. Bu çerçevede yapılan bu araştırma ile ulaşılan sonuç, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında 2008 yılında 83 majör depresyon hastası üzerinde yapılan çalışma sonucunda % 43,3'ün de kişilik bozukluğu eşlik ettiği bulgusu ile örtüşmektedir (Aslan, & Yancar, 2008). Ayrıca majör depresyon bozukluğu ile anksiyete bozukluğu arasında ilişkinin varlığı tespit edilmiş olup bu tespit ABD'de Kessler ve ark. 1996 yılında yaptığı araştırma sonuçları ile de örtüşmektedir, o araştırmada majör depresyon bozukluğu bulunan kişilerin % 58'in de eş zamanlı olarak anksiyete bozukluğu öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Kullanılan ölçeklerin birbirleri olan ilişkisinin sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği yönünde değerlendirme yapıldığında da kırılğan narsizim alt ölçeği ile bir tek cinsiyet boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark çıkmıştır ve kadınların aldığı puan erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu yönüyle kırılğan narsizim özelliklerini taşıyan kadınların majör depresyon bozukluğu yaşama riskinin de yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Beck anksiyete ölçeği puanı ile medeni durum, iş durumu, gelir durumu ve yaşanılan yer arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Beck depresyon envanteri için ise iş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Bu tespitler doğrultusunda bakıldığında majör depresyon bozukluğu ile kırılğan narsizim arasında ilişki olduğu, medeni durum, iş durumu, gelir durumu ve yaşanılan yerin anksiyete üzerinde etkili olduğu, iş durumunun ise depresyon puanları üzerinde etki yaptığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak majör depresyon bozukluğu ile narsizim ve anksiyete bozukluğu arasında ilişki bulunduğundan sağlık birimlerinde majör depresyon bozukluğu tanısı

konulurken ve tedavi programı uygulanırken kişide kırılgan narsizm ve anksiyete durumunun da araştırılmasının uygun olacağı anlaşılmıştır.

6. KAYNAKLAR

- Akhtar, S. & Thompson, A. J. (1982). Narcissitic personality disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 139(1), 12-20.
- Akkaya, C. (2006). Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozulunun Tanı ve Sağıltımındaki Güçlükler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 139-146.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- Annagür, B. B. & Savaş, H. A. (2011). Depresyonda Ekhostalık, Ekhostalık Olarak Depresyon: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders*, 1(2), 87-94.
- Aslan, S. & Yancar, D. E. (2008). Yineleyici ve Tek Dönem Major Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Kişilik ve Affektif Mizaç Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 11, 61-71.
- Aydemir, Ö. & Köroğlu, E. (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. & Yeomans, Frank E.. (2012). *Borderline Kişiliğin Psikoterapisi Nesne İlişkilerine Odaklanmak* (M. Kamer, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü, 1-92 (Orjnal çalışma basım tarihi 2006).
- Demirarslan, P., Gökalp, P., Ögel, K. & Babağoğlu, A. (1999). Kronik Depresyon ve İyileşen Majör Depresyon Olgularında Kişilik Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 12(3), 5-13.
- Gabbard, G. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527-532.
- Glover, N., Joshua, M. D. & Donald, L. R. (2012). Five Factor Narcissism Inventory: A Five-Factor Measure Of Narcissistic Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, 94, 500-512.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2019). *Depresyonun Duygu Odaklı Terapisi* (M.F. Ateş & N.Lapsekili, Çev.) . İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü (Orjnal çalışma basım tarihi 2011).
- Hamilton, E. (1942). *Mythology: Timeless tales of gods and heroes*. Boston : MA: Little, Brown.
- Helvacı Ç., F. & Hocoğlu, Ç. (2016). Major Depresiz Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Comtemporary Medicine*, 6(1), 51-66.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dersigisi*, 22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.

- Işık, E. & Uzbay, T. (2009). *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*. İstanbul: Asimetrik Paralel, 131-203.
- Karaaziz, M. & Atak, E. İ. (2013). Narsisizm ve Nersisizmle İlgili Araştırmalar Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Nesne*, 1(2), 44-59.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM III R Major depressive disorderin the general population: results form the USA National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry*, 30, 17-30.
- Kohut, H. (2012). *Psikanaliz Nasıl Sağaltır* (F. B. Helvacıoğlu Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları (Orjinal çalışma basım tarihi 1984).
- Köroğlu, E. (2011). *Psikiyatri Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 61-77.
- Köroğlu, E., & Bayraktar, S. (2011). *Kişilik Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lelord, F. & Andre, C. (2018). *Zor Kişiliklerle Yaşamak* (R. Madenci, Çev.). İletişim Yayınları, İstanbul, 179-199 (Orijinal çalışma basım tarihi 1996).
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (2012). *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu* (A.N. Babaoğlu, Çev.). İstanbul: Metis, 63-151. (Orijinal çalışma basım tarihi 1975)
- Masterson, J. F. (2008). *Kişilik Bozuklukları* (B. T. Bozkurt & T. V. Soylu Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık (Orijinal çalışma basım tarihi 2007).
- Masterson, J.F. & Lieberman, A.R. (2012). *Terapistler İçin Kişilik Bozuklukları Rehberi* (M. Benveniste, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 32 (Orijinal çalışma basım tarihi 2004).
- Masterson, J. F. & Klein, R. (2013). *Kendilik Bozukluklarının Tedavisinde Yeni Ufuklar Masterson Yaklaşımı* (M. Yönten & N. Gazioğlu, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 35 (Orijinal çalışma basım tarihi 1995).
- Masterson, J. F. (2013). *Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları* (H. Şentürk, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık, 13-174 (Orijinal çalışma basım tarihi 2005).
- Masterson, J. F. (2014). *Narsisistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları Bir Bütüncül Gelişimsel Yaklaşım* (M. Macit, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları (Orijinal çalışma basım tarihi 1976) .
- Özakkaş, T. (2011). *Bütüncül Psikoterapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özakkaş, T. (2012). *Masterson Yaklaşımına Genel Bakış Psikanalitik Psikoterapi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü, 1-72.
- Özakkaş, T., Çorak, A., Tuncer, M. & Sezgin, B. (2013). *Borderline Narsisist ve Şizoid Kişilikler, 10.BPT Mart 2012 Ders Notları*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 121.
- Özakkaş, T. (2013). *Ayrışma ve Bireyleşme Süreçleri Paylaşılmış Paranoya 10. BPT Ocak 2012 Ders Notları*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınlar, 104.
- Palombo, J. & Bendicsen, H. K. & Koch, B. J. (2018). *Psikanalitik Gelişim Teorileri Rehber* (F. B. Helvacıoğlu Çev.). İstanbul, s:1-54: Psikoterapi Enstitüsü (Orijinal çalışma basım tarihi 2009).
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2013). *Psikoterapi Sistemleri* (M. Arık, M. Benveniste, Ö. Kaya, M. Baba, R. Çelenk, L. Gaşgil & M. Akçay Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Araştırma Sağlık Org. ve Dan. Ltd. Şti (Orijinal çalışma basım tarihi 2010).
- Rathvon, N., & Holmstrom, R. W. (1996). An MMPI-2 portrait of narcissism. *Journal of Personality Assesment*, 66, 1-19. doi:10.1207/s15327752jpa6601_1.

- Şirvanlı Ö. D. & Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve Depresif Bozukluklarda Örtüşen ve Ayrışan Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.
- Ulusoy, M., Şahin H. N. & Erkmen, H. (1998 - 2). Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, An International Quarterly*, 163-172.
- Ülkeroğlu, F., Tezcan, A. & Kuloğlu, M. & Çulha, F. & Karabulut, C. & Ay, M. & Doğan, İ. (1999). Distimi - çifte depresyon - major depresyon tanılı hastaların kişilik yapıları açısından karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 12(3), 14-21.
- whisman, M. A. (2010). *Depresyonun Uyarlamalı Bilişsel Terapisi* (M. Macit & M. Adal, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık, 26-30 (Orijinal çalışma basım tarihi 2008).
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 590-597.
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G. & Günel, B. (2003). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Panik Bozuklukta Depresyon ve Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 28-34.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2016). *Borderline Kişilik Bozukluğu İçin Aktarım Odaklı Psikoterapi Klinik Bir Rehber* (M. Kamer, Çev.). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü, 1-33. (Orijinal çalışma basım tarihi 2015)
- Depression and Other Common Mental Disorders. (2020, 05 Mayıs). Erişim Adresi: World Health Organization: <https://www.who.int/publications-detail/depression-global-health-estimates>
- Mental health. (2020, 05 Mayıs). Erişim Adresi: World Health Organization: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/

7. EKLER

EK 1

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1- Yaşınız :.....

2- Cinsiyetiniz : - Kadın () - Erkek ()

3- Medeni Haliniz :
- Bekar () - Evli () -Boşanmış () -Eşim Vefat Etti ()

4- Varsa çocuğunuzun Sayısı :.....

5- Eğitim durumunuz:

- Hiç Okula Gitmedim ()
- Okur Yazar ()
- İlkokul Mezunu ()
- Ortaokul/İlköğretim Okulu Mezunu ()
- Lise Mezunu ()
- 2 Yıllık Ön Lisans Mezunu ()
- 4 Yıllık Lisans Mezunu ()
- Yüksek Lisans/Doktora Mezunu ()

6- İş durumunuz? :

- Çalışmıyorum/işsizim ()
- Öğrenciyim ()
- İşçi/Mavi Yaka Olarak Çalışıyorum ()
- İşçi/Beyaz Yaka Olarak Çalışıyorum ()
- Devlet Memuruyum ()
- Kendi İşyerim Var ()
- Çiftçiyim ()
- Emekliyim ()

7- Aylık geliriniz ne kadar (Her türlü gelirlerin toplamı)?:

- Hiç Gelirim Yok ()
- Sosyal Yardımla Geçiniyorum ()
- Aylık 1-2,000TL arası gelirim var ()
- Aylık 2,001-4,000TL arası gelirim var ()
- Aylık 4,001-6,000TL arası gelirim var ()
- Aylık 6,001-8,000TL arası gelirim var ()
- Aylık 8,001-10,000TL arası gelirim var ()
- Aylık 10,001 ve üstü gelirim var ()

8- Yaşadığınız yerleşim yeri hangisidir?:

- Köy ()
- İlçe ()
- Şehir Merkezi ()

9- Kiminle birlikte büyüdünüz?

- Annemle ve babamla birlikte ()
- Annemle birlikte, babam yoktu ya da babam 18 yaşından önce vefat etti ()
- Babamla birlikte, annem yoktu ya da annem 18 yaşından önce vefat etti ()
- Akrabalarım büyüttü ()
- Devlet kurumlarında büyüdüm ()
- Diğer(belirtiniz)

.....

-

10- Şu anki şikayetiniz dışında psikiyatrik olarak tedavi gördüğünüz başka rahatsızlığınız var mı?: Var () Yok ()

11- Varsa rahatsızlığınız nedir yazınız?:

.....

12- Fiziksel olarak tedavi gördüğünüz rahatsızlığınız var mı?:

Var () Yok ()

13- Varsa rahatsızlığınız nedir yazınız?:

.....

Beş Faktör Narsisizm Ölçeği-Kısa Form

Değerli Katılımcı, Bu ölçek 60 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 1 ile 5 arası puanlanmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanız. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Aşırı hırslı biriyimdir.	①	②	③	④	⑤
2. Başkaları çok övündüğümü söylerler ama söylediğim her şey doğrudur.	①	②	③	④	⑤
3. Liderlik yapmak benim için kolaydır.	①	②	③	④	⑤
4. Birileri bana iyilik yaptığında, acaba benden ne istiyorlar diye merak ederim.	①	②	③	④	⑤
5. Özel muamele görmeyi hak ediyorum.	①	②	③	④	⑤
6. Başkalarını eğlendirmekten büyük zevk alırım.	①	②	③	④	⑤
7. İlerlemek için insanlardan yararlanmak iyi bir şeydir.	①	②	③	④	⑤
8. Sıklıkla ünlü olmak ile ilgili hayaller kurarım.	①	②	③	④	⑤
9. İnsanlar beni yargıladığında, bunu hiç umursamam.	①	②	③	④	⑤
10. Başkalarının ihtiyaçlarını konusunda kaygılanmam	①	②	③	④	⑤
11. İnsanları manipüle etmede /kullanmada oldukça iyiyimdir.	①	②	③	④	⑤
12. Kendimden emin olmak için sık sık başkalarının iltifatlarına ihtiyacın varmış gibi hissederim.	①	②	③	④	⑤
13. Eleştirilmekten, o kadar nefret ederim ki, olduğunda öfkemi kontrol edemem.	①	②	③	④	⑤
14. Bir şeyde başarısız olduğumu fark ettiğimde kendimi küçük düşmüş hissederim.	①	②	③	④	⑤
15. Heyecan duymak için neredeyse her şeyi deneyebilirim.	①	②	③	④	⑤
16. Başarılı olmak için inanılmaz bir motivasyonuna sahibim.	①	②	③	④	⑤

17. Sadece kendi ayarımdaki insanlarla ilişki kurarım.	①	②	③	④	⑤
18. Otorite pozisyonu alma konusunda kendimi rahat hissederim.	①	②	③	④	⑤
19. Diğer insanların bana karşı dürüst olacaklarına inanırım.	①	②	③	④	⑤
20. Kuralların başkaları için geçerli olduğu kadar benim için geçerli olduğunu düşünmüyorum.	①	②	③	④	⑤
21. Başkaları tarafından fark edilmekten hoşlanırım.	①	②	③	④	⑤
22. Kendi ilerlemem için insanları birer araç olarak kullanırım.	①	②	③	④	⑤
23. Sık sık çok başarılı ve güçlü olacağıma dair hayaller kurarım.	①	②	③	④	⑤
24. Başkalarının benim hakkımda ne düşündüğü gerçekten umursamam.	①	②	③	④	⑤
25. Başkalarının dertlerini genelde fazla ilgi göstermem.	①	②	③	④	⑤
26. İnsanları bir şeyler yaptırmak için yönlendirebilirim.	①	②	③	④	⑤
27. Benlik duygum istikrarlıdır.	①	②	③	④	⑤
28. Doğru muamele görmediğimde aşırı öfkelendiğim zamanlar olmuştur.	①	②	③	④	⑤
29. Başkalarının önünde küçük düşürüldüğümde berbat hissederim.	①	②	③	④	⑤
30. Gözü pek biriyimdir.	①	②	③	④	⑤
31. Büyük biri olmayı arzularım.	①	②	③	④	⑤
32. Benden daha aşağı kişilerle takılarak zamanımı boşa harcamam.	①	②	③	④	⑤
33. İnsanlar genellikle benim liderliğimi ve otoritemi takip ederler.	①	②	③	④	⑤
34. İnsanlara güvenme konusunda temkinliyimdir	①	②	③	④	⑤
35. Adaletsiz gibi gözükebilir ancak ihtimam, imtiyaz ve ödül gibi ayrıcalıkları hak ediyorum.	①	②	③	④	⑤
36. Bir parti ya da toplantıda en popüler kişi olmaktan hoşlanırım.	①	②	③	④	⑤
37. Başarıya ulaşmak için bazen diğer insanları kullanmanız gerekir.	①	②	③	④	⑤
38. Başarıyla tanınmış biri olmayı nadiren hayal ederim.	①	②	③	④	⑤

39. Başkalarının eleştirilerine karşı oldukça kayıtsızımdır.	①	②	③	④	⑤
40. Sempati duygum zayıftır	①	②	③	④	⑤
41. Eninde sonunda benim dediğim olur.	①	②	③	④	⑤
42. Hayatta yeterince başarıya ulaşip ulaşamayacağım hakkında kendimi oldukça güvensiz hissederim.	①	②	③	④	⑤
43. Hak ettiğim şeyi alamamak beni gerçekten çok öfkelenendirir.	①	②	③	④	⑤
44. İnsanlar beni yargıladığında utanırım.	①	②	③	④	⑤
45. Heyecan verici bir şey yapmak için yaralanmayı göze alabilirim.	①	②	③	④	⑤
46. Başarılı olmaya motiveyimdir.	①	②	③	④	⑤
47. Üstün bir insanım.	①	②	③	④	⑤
48. Çoğu durumda sorumluluk almaya eğilimliyimdir.	①	②	③	④	⑤
49. Sık sık diğerlerinin bana gerçeğin tamamını söylemediğini düşünürüm.	①	②	③	④	⑤
50. Özel muamele görmeyi hak ettiğime inanırım.	①	②	③	④	⑤
51. İnsanları eğlendirmeye bayılırım.	①	②	③	④	⑤
52. Kendi hedeflerime ulaşmada diğerlerini kullanmaya istekliyimdir	①	②	③	④	⑤
53. Bir gün benim adımları insanların çoğunun bileceğine inanıyorum.	①	②	③	④	⑤
54. Başkalarının benim hakkımdaki görüşlerini çok az umurumdadır	①	②	③	④	⑤
55. Başkalarının acıları beni üzmez.	①	②	③	④	⑤
56. İnsanlara istediklerimi yaptırmam kolaydır.	①	②	③	④	⑤
57. Keşke başkalarının benim hakkımdaki düşüncelerini bu kadar umurumda olmasaydı	①	②	③	④	⑤
58. İnsanlar bana saygısızlık ettiğinde tepem atar.	①	②	③	④	⑤
59. Başkalarının önünde bir hata yaparsam kendimi aptal gibi hissederim.	①	②	③	④	⑤
60. Riskli ya da tehlikeli şeyler yapmaktan hoşlanırım.	①	②	③	④	⑤

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzey de Beni pek etkile medi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi Düzeyde Dayanmakt a çok zorlandım
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	②	③	④
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	②	③	④
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	②	③	④
4	Gevşeyememe	①	②	③	④
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	②	③	④
6	Başdönmesi veya sersemlik	①	②	③	④
7	Kalp çarpıntısı	①	②	③	④
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	①	②	③	④
9	Dehşete kapılma	①	②	③	④
10	Sinirlilik	①	②	③	④
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	②	③	④
12	Ellerde titreme	①	②	③	④
13	Titreklik	①	②	③	④
14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	②	③	④
15	Nefes almada güçlük	①	②	③	④
16	Ölüm korkusu	①	②	③	④
17	Korkuya kapılma	①	②	③	④
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	②	③	④

19	Baygınlık	①	②	③
20	Yüzün kızarması	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	②	③

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size enuygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) a. Gelecekte umutsuz değilim
b. Gelecek konusunda umutsuzum
c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
- 7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum

- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c. Şimdilerde her an ağlıyorum
d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
- 11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
- 12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d. Artık hiç karar veremiyorum
- 14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum
c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d. Artık hiç çalışmıyorum
- 16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

- 18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil
b. İştahım eskisi kadar iyi değil
c. Şimdilerde iştahım epey kötü
d. Artık hiç iştahım yok

- 19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir Şey düşünemiyorum

- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir Şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/44
Konu : Etik Kurul kararı

29 / 01 / 2020

Sayın Prof.Dr.Cengiz AKKAYA
Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurduğunuz ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz "Majör depresyon ile narsistik kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması" başlıklı araştırmanız ile ilgili kurulumuzun 22 Ocak 2020 tarih, 2020-1/38 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
Kurul Başkanı

EKLER:
1-Karar (1 adet)
2-BGO formu (1 adet)
3-Anket, ölçek

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresyon ile Narsisistik Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Araştırılması
------------------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat. I Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Cengiz Akkaya			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Murat Haşçelik			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD (Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi)			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması			
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması			
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	24.01.2020 / 8 ay			
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	100			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	07.01.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	07.01.2020	Türkçe
	ANKET FORMU (Sosyodemografik bilgi formu, Beş faktör narsisizm ölçeği-Kısa form, Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon envanteri soru formu)	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 07.01.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 07.01.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 07.01.2020
	İKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih: 07.01.2020
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (20.01.2020), sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresyon ile Narsisistik Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Araştırılması
------------------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020-1/38	Tarih: 22 Ocak 2020
------------------------	----------------------------	----------------------------

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildi.

1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna,

2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına,

3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurumumuza iletilmesine,

4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
----------------------	---

BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
-----------------------------------	---------------------------------

ÜYELER									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.M.Serap YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alparslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Pinar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Başka bir toplantıda
Doç.Dr.Kağan HUYSAI Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selen MİHAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com>

Beck Depresyon Envanteri

1 mesaj

Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
Alıcı: mhaliscelik@gmail.com

6 Şubat 2020 23:31

Merhaba Murat Bey,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisıyla gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

3 eklenti

 BECK DEPRESYON ENVANTERİ PDF.pdf
110K Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine bir Çalışma.pdf
4114K Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerli.pdf
6391K



Murat HALIŞCELİK <mhaliscelik@gmail.com>

Beck Anksiyete Ölçeği

1 mesaj

Gülşen T. <gulsenturk@yahoo.com>

6 Şubat 2020 23:34

Alıcı: mhaliscelik@gmail.com

Merhaba,

Beck Anksiyete Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyile gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli

3 eklenti

 BAÖ Puanlama Formu.pdf
73K

 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İZ2010.pdf
100K

 Turkish version of the Beck Anxiety Inventory psychometric properties.pdf
499K

Re: Beş faktör narsisizm ölçeği kısa formu

1 mesaj

Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com>

30 Aralık 2019 15:08

Alıcı: Füsun Ekşi <eksifusun@gmail.com>

Teşekkür ederim çok sağolun

29 Ara 2019 Paz 20:54 tarihinde Füsun Ekşi <eksifusun@gmail.com> şunu yazdı:

Wordunu gönderdim Murat bey
Makale ingilizce

27 Ara 2019 Cum 12:37 tarihinde Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com> şunu yazdı:

Nezaketiniz için çok teşekkür ederim. Puanlama için bilgiye ulaşamadım, bir de Türkçe makaleniz yok galiba. İngilizce metnini buldum, eğer Türkçesi yoksa bunu kullanacağım.

27 Ara 2019 Cum 09:23 tarihinde Füsun Ekşi <eksifusun@gmail.com> şunu yazdı:

Merhaba Murat bey
Memnuniyetle kullanabilirsin.
<https://oad.halileksi.net/olcek/bes-faktor-narsisizm-olcegi-kisa-form>
Web adresinde ölçeğe ait her türlü bilgi ve uygulama formu var..

27 Ara 2019 Cum 08:35 tarihinde Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com> şunu yazdı:

20 Ara 2019 Cum 14:10 tarihinde Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com> şunu yazdı:

20 Ara 2019 Cum 13:46 tarihinde Murat HALIŞÇELİK <mhaliscelik@gmail.com> şunu yazdı:

Merhaba Füsun hocam, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yetişkin Psikiyatrisinde Prof. Dr. Cengiz Akkaya danışmanlığında yaptığım klinik psikoloji yüksek lisansı bitirme tezimde Türkçeye uyarlama çalışmasını yaptığınız Beş Faktör Narsisizm Ölçeği Kısa Formunu izinizle kullanmak istiyorum. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik makalesi ile puanlamasına ihtiyaç duymaktayım. Göstereceğiniz ilgi için şimdiden teşekkür eder saygılarımı sunarım.
Murat HALIŞÇELİK
0543 5564293

8. TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında tez danışmanım değerli Prof. Dr. Cengiz Akkaya'ya hocama desteklerinden, yol göstericiliğinden ve anlayışlı yaklaşımlarından dolayı çok teşekkür ederim. Kendisinden 4 yıl boyunca aldığım bütüncül psikoterapi eğitimi sayesinde benim bu alanda derinleşmeme engin bilgileri ile çok büyük katkıları olan psikiyatrist Uzm. Dr. Tahir Özakkaş'a, istatistiki analizlerde bana destek olan Biyoistatistikçi Dr. Fatma Ezgi Can'a ve ölçeklerin uygulanması sırasında yardımlarını esirgemeyen psikoloji 4. Sınıf öğrencisi Öznur Baştürk'e bu çalışmada ki katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca tüm tez çalışma sürem boyunca bana sonuna kadar destek olan ve anlayışlarını esirgemeyen eşim Aziziye Halisçelik'e, kızlarım Doğa ve Duru Halisçelik'e şükranlarımı sunarım.

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Murat Halışçelik
Doğum Tarihi ve Yeri: 26.07.1967 Ankara
E Mail : mhaliscelik@gmail.com
Adresi : Nilüfer/Bursa

Eğitim Durumu

Lisans : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Y.O.
Yüksek Lisans : TODAİE Kamu Yönetimi

Yabancı Dil

İngilizce : Orta
Almanca : Zayıf

Diğer Eğitimler ve Workshoplar

- Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesinde Adalet Meslek Yüksek Okulunda ön lisans bitirdim.
- Milli eğitim bakanlığından onaylı BETED'den aldığım 460 saatlik Aile Danışmanlığı eğitimini,
- Psikoterapi Enstitüsünden toplam 1080 saat süren Bütüncül Psikoterapi Eğitimini (Uz. Dr. Tahir Özakkaş),
- Psikoterapi Enstitüsünden Hipnoz (120 saat) ve Masterson yaklaşımı (120 saat) eğitimlerini bitirdim.
- CİTEB'ten cinsel terapi (100 saat) eğitimi aldım,
- Dr. Haluk Alan'dan Hipnotik Yeniden İşleme (HYT) terapisi birinci (20 saat) ve ikinci (20 saat) seviye,
- Uzm. Dr. Timur Harzadin'den bütüncül terapi yaklaşımı ile gelişim psikolojisi terapi yöntemi eğitimi (160 saat) aldım.
- Prof. Dr. Vamık Volkan'ın narsisistik ve borderline kişilik bozukluklarında nesne ilişkileri (27 saat),
- Dr. Joseph D. Lihtenberg'in güdülenme sistemleri kapsamında kendilik psikolojisinde teknikler (5 saat),
- Dr. Spiros Orfanos'ın ilişkisel psikanaliz konulu atölye çalışmalarına katıldım (5 saat).

İş Deneyimi

1992 yılında başladığım devlet memurluğundan 2020 yılında emekli oldum. Yaklaşık 10 yıldır sahibi olduğum Bursa'da bulunan Uludağ Aile Psikolojik Danışma Merkezin'de emeklilik sonrası tam zamanlı olmak üzere Aile Danışmanı ve bireysel danışman olarak çalışmaktayım ve yarı zamanlı olarak da psikoterapi enstitüsünde ders vermekteyim.