



# C Kümesi Kişilik Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapinin Etkililiği

## *Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Cluster C Personality Disorders*

Elif Ergin<sup>1</sup>, Özden Yalçınkaya Alkar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

### ÖZ

Bireylerin hayatlarını birçok açıdan etkilediği bilinen ve işlevsellikte bozulmalara neden olan kişilik bozukluklarının özelliklerinin iyi bilinmesi ve tedavi yolları hakkında bilgi sahibi olunması önemlidir. Bu yazıda C kümesi kişilik bozuklukları olarak kategorilendirilen çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile bu bozukluklarda bilişsel davranışçı terapi'nin (BDT) etkililiği hakkında yapılan çalışmaların incelenmesi amaçlanmıştır. İlk olarak kişilik bozukluklarının tanımlanması ve DSM'deki sınıflandırmanın yıllara göre değişimi açıklanmıştır. Daha sonra çalışma için C kümesi bozukluklarının ve BDT'nin seçilme nedenine değinilip C kümesi bozukluklarının ortak özellikleri gözden geçirilmiştir. Devamında bu üç bozukluk ayrı ayrı ele alınmıştır. Bozukluklar hem tanı kriterleri ve genel özellikleri hem de BDT ile ilgili yapılan çalışmalar çerçevesinde incelenmiştir. Son olarak yazının tartışma ve sonuç kısmında ise tarama sonucunda elde edilen bulgulardan bahsedilmiş ve alanyazındaki eksikliklerin giderilmesi, ayrıca yeni bakış açıları kazanılması için yapılabilecekler tartışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** C kümesi kişilik bozuklukları, BDT ve kişilik bozuklukları, çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu

### ABSTRACT

It is important to have knowledge about characteristics and treatment methods of personality disorders which affect people in many aspects and cause impairments in functionality. In this article, it is aimed to investigate Cluster C personality disorders (which includes avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorder) and studies conducted about the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in these disorders. Firstly, the definition of personality disorders and evolution of their classification in DSM over the years were explained. Later the reason of choosing Cluster C disorders and CBT for this article was mentioned. Then common characteristics of Cluster C personality disorders was reviewed. Afterwards these three disorders were discussed separately within the frame of their diagnosis criteria, their characteristics and researches conducted about CBT. Finally, in the discussion and conclusion section, findings obtained from these studies and suggestions for both making up the deficiency in the literature and gaining new perspectives were discussed.

**Keywords:** cluster C personality disorders, CBT and personality disorders, avoidant personality disorder, dependent personality disorder, obsessive compulsive personality disorder

### Giriş

Kişilik, Türk Dil Kurumu sözlüğünde ilk anlamı "Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü, şahsiyet" olarak verilen bir kavramdır. Millon ve arkadaşları (çev. 2019) tarafından bu kavram "psikolojik işlevselliğin hemen her alanında kendiliğinden ifade bulan, kökleri derinlere uzanan psikolojik niteliklerin karmaşık bir örüntüsü" olarak ele alınmıştır. Öte yandan kişilik bozuklukları, bireyin kültürünün beklentilerinden bariz şekilde sapmış, kalıcı, katı

ve sıkıntıya ya da işlevsel bozulmaya neden olan içsel deneyim ve davranış örüntüleri ile karakterize olmaktadır (American Psychiatric Association [APA] 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO 2021) sınıflandırma sistemi olan Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması'nda (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kısaca ICD-11) kişilik bozuklukları şu şekilde ele alınmıştır: "Kişilik bozuklukları, uzun süre devam eden benlikle ilgili kimlik, öz-değer gibi alanlardaki sorunlar ve/veya kişilerarası işlevsellikte bozulma ile karakterize olmaktadır. Bu sorunlar ve bozulmalar biliş, duygusal deneyimleme ve ifade ile

uyumsuz davranış örüntülerinde kendini gösterir. Ayrıca birçok kişisel ve sosyal durumda varlığını sürdürmektedir.

Daha önceki versiyonda (ICD-10, WHO 2010) DSM'e benzer şekilde kişilik bozuklukları sınıflandırması olan ICD'nin en güncel versiyonu olan 11. versiyonunda kişilik bozukluklarının kişilik işlevselliğindeki bozulmanın şiddetine göre değerlendirilmesi öne sürülmüştür (ICD-11, WHO 2021). Kişilik bozuklukları başlığı incelendiğinde hafif, orta ve şiddetli kişilik bozukluğu olarak alt başlıkların olduğu görülmektedir. Bunun yanında sınıflandırmada bireylerdeki bir veya daha fazla öne çıkan özellik alanının belirtilmesi için olanak sağlanmaktadır. Bunlar olumsuz duygulanım (negative affectivity), disinhibisyon, asosyalite (dissociality), mesafelilik (detachment) ve anankastik özelliklerdir. Ayrıca sınırdaki (borderline) örüntüsü de şiddet seviyesinin yanında belirtilebilecek başlıklar arasındadır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) tarihçesini incelediğimizde DSM-I'den (APA 1952) en güncel versiyon olan DSM-5'e (APA 2013) kadar kişilik bozukluklarını sınıflandırmak için birçok çaba gösterildiği anlaşılmaktadır. DSM-I'de kişilik bozukluklarının Kişilik Bozuklukları ve Geçici Durumsal Kişilik Bozukluğu olmak üzere iki ana başlık altında ele alındığı görülmektedir. Kişilik Bozuklukları başlığı da dört alt başlığa ayrılmaktadır: Kişilik Örüntüsü Rahatsızlığı (Personality Pattern Disturbance), Kişilik Özelliği Rahatsızlığı (Personality Trait Disturbance), Sosyopatik Kişilik Rahatsızlığı (Sociopathic Personality Disturbance) ile konuşma ve öğrenme bozuklukları gibi bozuklukları kapsayan Özel Semptom Reaksiyonu (Special Symptom Reaction). Bu kategorilerin içerikleri incelendiğinde DSM-5 tanı listesinde başka başlıklar halinde görülebilecek ya da listeden tamamen çıkarılmış olan birçok bozuklukla karşılaşılmaktadır. Örneğin, DSM-I'de (APA 1952) kişilik bozuklukları altında ele alınan ve "somnambulizm" olarak ifade edilen uyurgezerlik bozukluğunun DSM-5'te (APA 2013) parasomninin alt başlığı olan REM Uykusu Dışında Uykudan Uyanma Bozukluklarının bir türü olduğu ve "sleepwalking" olarak ifade edildiği görülmektedir.

Günümüzde uzmanların tanısal değerlendirmeler için başvurduğu DSM-5'in kişilik bozuklukları alt kategorilerinin DSM-I'den oldukça farklı olduğu görülmektedir. APA (2013) tarafından kişilik bozukluklarının tanımlayıcı özelliklerinin benzerliğine göre üç alt kümeye ayrıldığı bilinmektedir. A kümesindeki bozukluklardan birine sahip olan kişilerin genellikle acayip ve ayrıksı; B kümesindekilere sahip olanların genellikle dengesiz, dramatik ve duygusal; C kümesindekilere sahip olanların ise endişeli ve ürkek görüldükleri belirtilmektedir (APA 2013). Benzer özelliklerine göre yapılan bu gruplandırma akla bu bozukluklar için denenmiş olan tedavi yollarının etkililiğinin de benzer olup olmayacağı sorusunu getirmektedir.

Kişilik bozukluğu olan kişilere uygulanan terapiler psikoterapi tarihinin başlangıcından beri tartışılan bir konudur (Beck ve ark. 2004). Tedavi söz konusu olduğunda psikanalitik teori yöneliminin üzerinde yıllardır durulmaktadır (Lazare 1971, Kernberg 1985, Lucas 1992, Bornstein 2006). Bunun yanında

kişilik bozuklukları için bilişsel davranışçı terapistler tarafından da kavramsallaştırma geliştirildiği görülmektedir (Beck ve ark. 2004). Beck'e (2011) göre bireyler kendi düşüncelerini daha gerçekçi ve uyumlu bir şekilde değerlendirdiklerinde, duygudurumlarında ve davranışlarında gelişme görülmektedir. Bu noktadan hareketle Beck (2011) Bilişsel davranışçı terapide (BDT) terapist tarafından danışanın düşünce ve inanç sistemini etkileyecek bilişsel değişimi üretmek için çeşitli yollar arandığını ifade etmiştir. Bunun sonucunda duygusal ve davranışsal değişimlerin de sağlanacağını belirtmiştir (Beck 2011). Bu değişim için BDT'de kullanılan tekniklerden başlıcaları bilişsel kavramsallaştırma, somut hedefler koyma, yapılandırılmış seanslar, düşünce kayıt formunun doldurulması, otomatik düşüncelerin, bilişsel çarpıtmaların ve temel inançların farkına varma, kanıt ve karşıt kanıtlar bulma olarak sıralanmaktadır (Beck 2011). Kişilik bozuklukları semptomları ve bilişsel şemalar açısından davranışsal ve bilişsel tekniklerin etkisini vurgulayan terapistler sayesinde kişilik bozukluğu olan insanların tutum ve yaşantılarına yön veren şemalar ve temel inançlara açıklama getirilmiştir (Beck ve ark. 2004). Millon ve arkadaşları (2004) tarafından Beck ve arkadaşlarının oluşturduğu bu bilişsel terapi modelinin, her insanın hayata uyum sağlamak için yararlandığı, ancak kişilik patolojilerinde abartılı derecede görülen stratejiler ile kişilik bozuklukları arasında bir köprü oluşturduğu belirtilmiştir. Kişilik bozukluklarındaki hayatı çarpık algılama yönündeki eğilim, tam da bilişsel çarpıtmalar ve otomatik düşüncelere odaklanan bilişsel terapinin kişilik bozuklukları tedavisinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (Beck ve ark 2004, Millon ve ark. 2004).

Terapistle danışan arasında zaten kurulması zor olan uyumun özellikle şiddetli seviyede paranoid, sınırdaki veya narsisistik kişilik bozukluğu olan bireylerle kurulmasının daha da zor olacağı, çünkü sorunlu kişilerarası tutum ve davranışların danışan ve terapistin arasına girerek terapötik bağ kurmayı engelleyebileceği ifade edilmiştir (Bender 2005). Öte yandan Stone tarafından (Stone 1993, Bender 2005) C kümesi kişilik bozukluklarında görülen suçluluk hissetme, mevcut durumların sorumluluğunu içselleştirme gibi eğilimlerin terapist ve danışan arasında kurulacak anlaşmayı (alliance) kolaylaştırıcı etkisinin olacağından bahsedilmektedir. Bu bireylerin sorunları için sorumluluk almaya ve bu sorunları çözmek için terapistle kurulacak olan iletişime, A ve B kümesi kişilik bozukluklarına göre, daha istekli olacağı belirtilmiştir (Stone 1993, Bender 2005). Dolayısıyla Bender tarafından bu üç kişilik bozukluğu kümesi düşünüldüğünde çekingen (avoidant) kişilik bozukluğu (ÇKB), bağımlı (dependent) kişilik bozukluğu (BKB) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu (OKKB) içeren C kümesinin en tedavi edilebilir küme olduğu belirtilmiştir. Öte yandan bilindiği gibi BDT'nin etkisi kaygı bozuklukları (Hofmann ve ark. 2012), bulimiya nervoza (NICE 2004), uykusuzluk bozukluğu (Jungquist ve ark. 2010) gibi birçok bozukluk için kanıtlanmıştır. Bu nedenle bu yazıda C kümesi bozukluklarının detaylı şekilde ele alınması ve BDT'nin bu bozukluklardaki etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu inceleme yapılırken BDT ve bilişsel terapi (BT) bir arada dikkate alınacaktır.

Kişilik bozukluklarının karakteristik özelliklerinden olan başvuru uyumsuz (maladaptive) stratejiler ve işlevsel olmayan inançlar, bireyleri bilişsel hassaslıklarına (vulnerability) dokunacak hayat deneyimlerine açık hale getirirler (Beck ve ark. 2004). Beck ve arkadaşları (2004) tarafından bu bilişsel hassasiyetin, katı, aşırı ve kaçınılmaz inançlara dayandığı belirtilmiştir. Yine aynı araştırmacılar, işlevsel olmayan inançların, kişinin genetik yatkınlığı ile insanların veya travmatik olayların istenmeyen etkilerine maruz kalmanın etkileşimi sonucu oluştuğunu savunmaktadırlar.

ÇKB, BKB ve OKKB'nin yaygınlık oranlarının incelendiği bir çalışmada bu oranlar sırasıyla %2,4, %0,5 ve %7,9 olarak bulunmuş ve OKKB'nin genel popülasyonda en yaygın kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Grant ve ark. 2004). Ayrıca yine aynı çalışmada ÇKB ve BKB'nin daha çok kadınlarda görüldüğü, OKKB için ise böyle bir cinsiyet farkından bahsedilemeyeceği belirtilmiştir. Daha önceden yapılan ve 2053 kişinin katıldığı bir diğer çalışmada ise yaygınlığın ÇKB için %5, BKB için %1,5, OKKB için ise %2 olduğu bulunmuştur (Torgersen ve ark. 2001). Oranlar birbirinden oldukça farklı olsa da özellikle ÇKB ve OKKB'nin oranlarının azımsanmayacak derecede yüksek olduğu görülmektedir. Buradan da hareketle tanımda da belirtildiği gibi sıkıntıya yol açan ve katı bir şekilde süregiden bu kişilik bozukluklarının tedavisi ile ilgili çalışmalar yapılması oldukça önemli görülmektedir.

C kümesi kişilik bozuklarını anlamaya yönelik çalışmalardan biri Nordahl ve Stiles (2000) tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada C kümesi kişilik bozukluklarına sahip kişilerin Beck'in (Beck 1983, Nordahl ve Stiles 2000) depresyonun etiyojisi hakkında öne sürdüğü bilişsel-kişilik boyutları olan sosyotropi, otonomi ve işlevsel olmayan tutumlar gibi bilişsel boyutlardaki skorlarının kişilik bozukluğu olmayıp Eksen I bozukluklarına sahip kişiler ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Sosyotropi kavramı kişinin diğerleriyle olan ilişkilerine aşırı yatırım yapması (Beck 1983, Bieling ve ark. 2000, Sato ve McCann 2007) olarak tanımlanmış ve kavramın alt ölçekleri onaylanmama hakkındaki endişe, bağlanma ihtiyacı/ayrılma endişesi ve diğerlerini memnun etme olarak belirtilmiştir (Beck ve ark. 1983, Nordahl ve Stiles 2000). Çalışma sonucundaki bulgulardan C kümesinde yer alan bozukluklara sahip kişilerin otonomi açısından anlamlı bir fark göstermedikleri, ancak hem sosyotropi hem de işlevsel olmayan tutumlar ile ilgili ölçeklerde daha yüksek skorlar aldıkları görülmektedir. Bu bulgular sayesinde C kümesi kişilik bozukluğuna sahip bireylerin sosyal ilişkiler ile ilgili görüşleri hakkında fikir sahibi olunmaktadır. C kümesi kişilik bozukluklarında işlevsel olmayan tutumların kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları gibi bozuklukları kapsayan ve DSM-IV'e (APA 1994) göre Eksen I olarak adlandırılan bu bozukluklardan daha yüksek derecede görülmesi (Nordahl ve Stiles 2000), BDT'nin kişilik bozukluklarındaki etkililiği hakkında merak uyandırmaktadır.

Kişilik bozukluklarıyla ilgili alanyazın incelendiğinde özellikle kişilik bozukluklarının ayrıldığı kümelerle ilgili oldukça az çalışma olduğu görülmektedir. Kişilik bozukluklarının genel

itibariyle dahil edildikleri tablo bunların başka bozuklara komorbid bozukluklar olarak ele alındığı durumlardır (Farabaugh ve ark. 2005, Baljé ve ark. 2016, Nordahl ve ark. 2016). Kişilik bozukluğu kümeleri temel alınarak yapılan çalışmaların da bu eğilimde olduğu görülmektedir (Sato ve ark. 1994, Hardy ve ark. 1995, Farabaugh ve ark. 2005, Garno ve ark. 2005). Doğrudan C Kümesi kişilik bozukluklarında bilişsel terapi etkililiğini ele alan bir çalışma olarak sadece bilişsel terapi (BT) ve kısa süreli dinamik psikoterapinin (KSDP) karşılaştırıldığı çalışmaya (Svartberg ve ark. 2005) rastlanmıştır. Bu çalışmada bir veya daha fazla C kümesi kişilik bozukluğuna sahip olan 50 katılımcı 40 haftalık KSDP veya BT grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Çalışma sonucunda iki grup için de tedavi sırasında ve 2 yıllık takip süresi boyunca ortalama olarak anlamlı gelişme sağlandığı bulunmuştur. Tedaviden 2 yıl sonra KSDP grubundaki katılımcıların %54'ü, BT grubundaki katılımcıların %42'si semptomatik olarak iyileşme göstermiştir. Ayrıca kişilerarası problemler ve kişilik işlevselliği açısından değerlendirildiğinde katılımcıların tamamının %40'ında iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (Svartberg ve ark. 2005).

Bu yazıda benzerliklerine göre C kümesi kişilik bozuklukları olarak kategorilendirilen (APA 2013) çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) bu bozukluklardaki etkililiğinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Yazının bireylerin sosyal hayatla ilgili ciddi sorunlar yaşamamasına neden olan (Beck ve ark. 2004, APA 2013) kişilik bozukluklarında, daha önce de bahsedildiği gibi, birçok başka bozuklukta etkililiği kanıtlanan BDT'nin (Hofmann ve ark. 2012, NICE 2004, Jungquist ve ark. 2010) etkililiği ile ilgili çalışmaların incelenmesi ve alanyazındaki eksikliklerin ortaya konabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Yazının devamında Tablo 1'de temel inançları ve stratejileri verilen bu bozukluklar ayrı ayrı ele alınacak, bozukluklar hem özellikleri hem de BDT ile ilgili yapılan çalışmalar çerçevesinde incelenecektir.

## Çekingen Kişilik Bozukluğu

ÇKB, sosyal ketlenme (inhibition), yetersizlik hissi, olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı hassaslık özelliklerini içeren sürekli bir örüntünün görüldüğü bir kişilik bozukluğudur (APA 2013). Tanı konması için değerlendirmede DSM-5'te bahsedilen yedi kriterden en az dördünün olması gerektiği belirtilmiştir. Bu kriterler şunlardır: (i) eleştirilme, onaylanmama veya reddedilme korkusu nedeniyle kişilerarası ilişki içeren mesleki aktivitelerden kaçınma, (ii) Hoşlanıldığından emin olmadıkça insanlarla ilişki kurmaya isteksiz olma, (iii) alay edilme veya utandırılma korkusu nedeniyle yakın ilişkilerde geri çekilme, (iv) sosyal durumlarda eleştirilme veya reddedilme hakkında endişe duyma, (v) yetersizlik hisleri nedeniyle yeni kişilerarası

**Tablo 1. C Kümesi Kişilik Bozukluklarında Temel İnançlar ve Stratejiler (Beck ve ark.. 2004)**

Kişilik Bozukluğu	Temel İnanç	Strateji
Çekingen	Kırılabilirim	Kaçınma
Bağımlı	Acizim	Bağlanma
Obsesif Kompulsif	Hata yapmamalıyım	Mükemmeliyetçilik



ortamlarda çekingenlik gösterme, (vi) sosyal anlamda kendini beceriksiz, kişisel olarak sevimsiz veya diğerlerinden aşağıda görme, (vii) utanç verici olabileceği için kişisel riskler almada ya da yeni aktivitelere dahil olmada alışılmadık derecede isteksiz olma (APA 2013).

ÇKB'ye sahip bireylerin aslında diğer insanlarla yakın olmak ve hem entelektüel hem de mesleki anlamda potansiyellerine ulaşmak istedikleri ancak kırılmaktan, reddedilmekten ve başarısız olmaktan korktukları için bu yönde bir çaba göstermedikleri belirtilmiştir (Beck ve ark. 2004). Bu şekilde kaçınma stratejisini seçen bu kişiler sosyal anlamda kendi haklarında çarpıtılmış ve olumsuz bir bakışa sahip olup akademik ve mesleki anlamda da kendilerini yetersiz görme eğilimindedirler (Beck ve ark. 2004, Hofmann 2007). Daha önce de bahsedilen Nordahl ve Stiles (2000) tarafından yapılan çalışma da bunu destekler niteliktedir. Bu çalışmada ÇKB'nin işlevsel olmayan tutumların yanında sosyotropinin alt ölçeklerinden "onaylanmama hakkındaki endişe" ve "diğerlerini memnun etme" ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

ÇKB'nin gelişimi ve süreci ele alındığında çekingen davranışların genellikle bebeklik ya da çocuklukta utangaçlık, izolasyon, yeni insanlardan ya da durumlardan korkma ile başladığı belirtilmiştir (APA 2013). Çocukluktaki utangaçlık ÇKB için bir işaretçi olsa da çoğu kişide bu utangaçlığın büyüdükçe kaybolduğu ifade edilmiştir (APA 2013). ÇKB geliştiren insanlarda ise yeni insanlarla sosyal ilişkinin özellikle önemli olduğu ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde utangaçlığın ve kaçınanlığın gitgide arttığı vurgulanmıştır (APA 2013). Ayrıca Skodol ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışma sayesinde ÇKB'de işlevselliğin bozulması hakkında bilgi edinmek mümkündür. Çekingen, şizotipal, sınırdan ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile majör depresif bozukluğun neden olduğu işlevsellikteki bozulmayı karşılaştırma amacıyla yapılan bu çalışmada ele alınan kişilik bozukluklarının her birinin majör depresif bozukluktan daha fazla bozulmaya neden olduğu bulunmuştur (Skodol ve ark. 2002).

ÇKB'ye yönelik BDT ile ilgili yapılan çalışmalar kronolojik olarak incelendiğinde ilk olarak 1989 yılında Alden tarafından yapılan çalışma dikkat çekmektedir. Çalışmada 3 ayrı şekilde yapılandırılmış olan 10 seanslık davranışçı kısa süreli terapi ve kontrol grubu karşılaştırması yapılması amaçlanmıştır. Terapilerde odak noktaları aşamalı maruz bırakma, kişilerarası beceri eğitimi ve yakın ilişkiler şeklinde ayrı ayrı seçilmiş olsa da bu üç grup arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Bunun yanında genel anlamda bu yapılandırılmış terapilerin kontrol grubuna göre ÇKB'de gelişme sağladığı belirtilmiştir. Katılımcıların sosyal aktivitelerden daha fazla keyif aldıkları, içe çekilmelerinin ve sosyal kaygılarının azaldığı raporlandırılmıştır. Bu noktada bu üç uygulamanın farklı özelliklerindense ortak özelliklerine odaklanmanın anlamlı olacağı düşünülmektedir. Tüm gruplar için bilişsel terapinin bazı yönleri tedavi planına dahil edilmiştir. Kaçınma örüntüsü altında yatan korkuları tanımlama, kaygıya neden olan etkiler hakkındaki farkındalığın artırılması, dikkati korku ile ilişkili düşünceden davranışsal eyleme kaydırma bunlara

örnek verilebilir. Araştırmacı tarafından gelişmenin görülmesinin umut vaat edici olması yanında katılımcıların işlevselliklerinin yine de normatif seviyeye ulaşmadığı noktasına dikkat çekilmiştir. Bunun nedenlerinden ilki, müdahalelerin süresinin daha etkili bir değişim için yetersizliği olarak belirtilmiştir. İkinci neden olarak ise ÇKB olan kişilerin değişimleri ile ilgili belki de bir "üst limit"ten bahsedilmesi gerektiği öne sürülmüştür. Diğer bir deyişle, araştırmacı tarafından biyolojik bazı faktörlerin de rol oynadığı göz önünde bulundurularak terapilerden belki de tamamen fayda beklenmemesi gerektiği ifade edilmiştir. Ancak çalışmada bilişsel faktörlere odaklanmanın az olduğu, genel anlamda davranışçı müdahaleler yürütüldüğü ve bunun sadece on seanslık bir uygulama olduğu düşünüldüğünde bu tarz bir hipotez öne sürmek için çok erken olduğu akla gelmektedir. Bu şartların sağlandığı çalışmalarla ÇKB'nin tedavi edilebilirliği hakkında daha sağlıklı görüşlerin elde edilebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırmacının daha sonraki bir çalışmada ÇKB olan kişilerin kişilerarası problemler açısından birbirlerinden farklı profillere sahip oldukları ve bu farklılığın kişilerin davranışsal müdahalelere verdikleri tepkileri etkilediği sonucuna vardığı görülmektedir (Alden ve Capreol 1993). Bu çalışmada ÇKB olan 76 kişi katılımcı olarak seçilmiştir. Daha sonra aşamalı maruz bırakma, beceri eğitimi ve kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanmıştır. İki tedavi koşuluna da bilişsel terapi öğeleri dahil edilmiştir. Katılımcıların tamamının sosyal kaçınma ve girişken olamama (nonassertiveness) ile ilgili problemleri olduğu belirtilmiştir. Bu problemlere ek olarak güvensiz ve öfkeli davranışlarla ilgili problemleri olan kişilerin aşamalı maruz bırakmadan fayda görürken beceri eğitimden fayda görmedikleri belirtilmiştir. Diğer insanlar tarafından kontrol edilme ve zorlanma ile ilgili problemleri olan kişilerin ise iki prosedürden de fayda gördükleri, ancak yakın ilişki kurma odaklı beceri eğitiminden özellikle faydalandıkları belirtilmiştir. Araştırmacılar tarafından bilişsel davranışçı bir müdahale planlarken farklı tür problemleri kişilerarası davranışların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesinin gerekli olduğu öne sürülmüştür. Buradan da çıkarılabileceği gibi tedavi sürecini etkileyen birçok faktörün olduğu unutulmamalıdır.

Konu hakkındaki bir diğer çalışma 2006 yılında Emmelkamp ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ÇKB'deki etkililiklerini karşılaştırmak için BDT ve Kısa Süreli Dinamik Psikoterapi (KSDP) seçilmiştir. ÇKB'si olan kişiler 3 gruba ayrılmış ve bir gruba 20 haftalık seans boyunca BDT, bir gruba 20 haftalık seans boyunca KSDP uygulanmıştır. Üçüncü grup ise bekleme listesi kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda BDT'nin hem KSDP'den hem de bekleme listesinden daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçların çalışma bittikten sonra yapılan takip çalışmalarında da sürdüğü, tanısız değerlendirilmeler sonrasında BDT grubunda sadece %9'unun, KSDP grubunda ise %36'sının hala ÇKB tanısını koruduğu görülmektedir. Araştırmacılar tarafından ÇKB'nin tanısız anlamda süreğenliğinin oldukça yüksek olduğu (Shea ve ark. 2002) göz önünde bulundurulduğunda bu sonuçların öneminin daha iyi anlaşılacağı vurgulanmıştır.

Strauss ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise

OKKB veya ÇKB'si olan 30 yetişkine 52 hafta boyunca kişilik bozuklukları için BDT (Beck ve ark. 1990, akt. Strauss ve ark. 2006) uygulanmıştır. Terapi sonrasında katılımcılardan yalnızca %7'sinin SCID-II (Spitzer ve ark. 1990) değerlendirmesine göre OKKB veya ÇKB tanısına uyduğu bulunmuştur. ÇKB için Jacobson ve Truax'ın (1991) yöntemine göre hesaplanan semptom değişikliğinin klinik anlamlılığı %67 olarak raporlandırılmıştır. Ayrıca Cumming (2012) tarafından yine OKKB veya ÇKB'si olan katılımcılarla yapılan çalışmada 52 haftalık kişilik bozuklukları için BDT (Beck ve ark. 1990, akt. Cumming, 2012) uygulanmış ve terapi sonrasında katılımcıların yalnızca %6'sinin ÇKB veya OKKB tanı kriterini karşıladığı bulunmuştur.

Yine o yıllarda yapılan 2 çalışma komorbid olarak sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olan bireylerle yapılmıştır. İlk olarak Hyman ve Schneider (2004) tarafından yapılan bir vaka çalışmasında, SAB komorbiditesi olan biriyle 21 seans boyunca kişilik bozuklukları için BDT (Beck ve ark. 1990, akt. Hyman ve Schneider, 2004) ve davranışsal beceri eğitimleri ile çalışılmıştır. Çalışmada bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizi, modelleme, canlandırma, geribildirim, terapi sırasında hipotezleri test etme, karşıt kanıtlar bulma ve psikodrama gibi teknikler kullanılmıştır. Araştırma sonucunda semptomlarda klinik olarak anlamlı derecede azalma bulunmuştur. Ayrıca 2007 yılında Hofmann tarafından yapılan vaka çalışmasında, katılımcının komorbid SAB bulunmaktadır. Çalışmada sosyal bir nesne olarak (social object) kişinin çarpık öz-algısını değiştirmek için 27 seans uygulanmış ve seanslarda maruz bırakma, canlandırma ve davranışsal deney bilişsel davranışçı teknikleri kullanılmıştır. Bu müdahalede de bir yıl sonra yapılan takip çalışmasında da varlığını sürdüren dramatik bir gelişme sağlanmıştır.

## **Bağımlı Kişilik Bozukluğu**

BKB, boyun eğme davranışına, insanlardan kopamamaya ve ayrılma korkusuna neden olan, genellikle erken yetişkinlikte başlayan ve birçok bağlamda görülen aşırı ve sürekli şekilde ilgilenilmeye ihtiyaç duyma ile karakterize olmaktadır (APA 2013). Beck ve arkadaşları (2004) tarafından bağımlı kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin kendileriyle ilgili olan algılarının acizlik üzerine kurulu olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle bu bireyler acizliği telafi etmek için kendilerinden daha güçlü bir figüre bağlanma ihtiyacı duymakta ve ancak bu kişilerin onlara kurtuluş ve mutluluk getireceğini düşünmektedirler (Beck ve ark. 2004). DSM-5 (APA 2013) kriterleri ele alındığında verilen sekiz kriterin en az beşinin kişide bulunmasının tanı için yeterli olduğu görülmektedir. Kriterler, kendi başına karar vermede, fikir ayrılığını ifade etmede ve yeni bir işe başlamada veya bir şeyleri kendi kendine yapmada güçlük, hayattaki önemli alanlarda sorumluluk alma konusunda başkalarına ihtiyaç duyma, başkalarından ilgi ve destek görmek için aşırı çabalama, yalnızken rahatsız veya çaresiz hissetme, bir ilişki bittikten sonra acilen yeni bir ilişki arama, kendi başına bırakılma ile ilgili korkuyla aşırı derecede meşgul olma şeklinde sıralanmaktadır. BKB'ye sahip bireylerin hayatları hakkında basit olarak görülebilecek noktalarda bile karar verme noktasında eşlerine ya da ebeveynlerine

dayandıkları bilinmektedir (APA 2013).

BKB'si olan kişinin sevgi ve desteği kaybetme konusunda hassasiyet gösterdiği (Beck ve ark. 2004), BKB'nin aynı zamanda hem işlevsel olmayan tutumlar hem de sosyotropinin tüm alt ölçeklerindeki yüksek skorla ilişkili olduğu (Nordahl ve Stiles 2000) bilinmektedir. BKB'nin anlaşılmasında faydalı olacak 4 bileşen araştırmacılar tarafından açıklanmıştır (Pincus ve Wilson 2001, Bornstein 2005, 2007). Bunlardan ilki bilişsel bileşendir. Bireyin kendisiyle ilgili güçsüzlük ve etkisizlik, diğer insanlarla ilgili yetkinlik algısına sahip olması olarak açıklanmıştır. İkinci bileşen motivasyonel bileşendir, bireyin ilgi ve destek sağlayan ilişkiler kurmak ve sürdürmek için aşırı çaba göstermesi olarak ifade edilmiştir. Duygusal bileşende terkedilme ve reddedilme korkusu, otorite figürleri tarafından olumsuz değerlendirilme hakkındaki endişe gibi faktörler rol oynarken davranışsal bileşende ise korkulan bu ihtimalleri en aza indirme ve ilişkiyi sürdürme çabasını içeren davranış örüntüsü görüldüğü belirtilmiştir.

BKB'ye sahip kişiler davranışsal bileşende de bahsedilen ve ilişkiyi sürdürmeye yarayan ("relationship-facilitating" olarak ele alınan) davranışlarda bulunurlar, bu davranışlar yalvarma (supplication), kendini zorla kabul ettirme (ingratiation), örnek teşkil etme (exemplification), kendi reklamını yapma (self-promotion) ve gözdağı vermedir (intimidation) (Bornstein 2007). Belirtilen bu stratejiler ile ulaşılması hedeflenen amaçlar Bornstein (2007) tarafından sırasıyla şöyle ifade edilmiştir: çaresiz ve kırılğan görünme, minnettarlık oluşturma, başkalarının suçluluk hissinden faydalanma, kişisel değerini vurgulanması, diğerlerini korkutma ve kontrol etme.

Bilişsel teorisyenler tarafından BKB'ye sebep olan faktörlerden birinin kendi kendini engelleyen (self-defeating) düşünce örüntüleri olduğu belirtilmiş ve bu örüntüler çaresizliği tetikleyen otomatik düşünceler ile kişinin kendini değersizleştiren (self-deprecating) olumsuz içsel ifadeleri olarak açıklanmıştır (Overholser ve Fine 1994, Bornstein 2007). BKB'nin etiolojisinde ve dinamiğinde göze çarpan üç bilişsel bozulmanın otomatik düşünceler, olumsuz öz-ifadeler (self-statement) ve olumsuz atıf yanlılığı olduğu görülmektedir (Bornstein 2005). Ayrıca davranışçı ve bilişsel modellere göre BKB'deki bağımlılığın hayatın erken yıllarında bakımverenle deneyimlenen etkileşimler sonucu öğrenildiği ve daha sonraki ilişkilere de bakıma ve duygusal ödüllere kavuşabilmek için genellendiği belirtilmektedir (Simonelli ve Parolin 2017).

BKB'de de görülen kişilerarası bağımlılık tedavilerinin zor ve yavaş bir süreç olduğu belirtilmiştir (Overholser ve Fine 1994). Problemlerin kronik doğası nedeniyle kısa süreli yaklaşımların etkisiz olacağını belirten araştırmacılar en az 12 ay boyunca düzenli seansların olduğu bir tedavi sürecinin gerekliliğinden bahsetmişlerdir. Süreç içinde terapinin yapısının danışanın daha özerk bir pozisyonda yer alacağı şekilde değişeceğini belirtmiş ve BKB için umut vaat ettiğini düşündükleri dört aşamalı BDT psikoterapi modelini geliştirmişlerdir. Modeldeki birinci aşama terapistin danışana ufak ama hızlı davranışsal değişimler yapabilmesi için aktif rehberlik ile yardım etmesini içermektedir.

İkinci aşama bilişsel teknikleri kullanarak danışanın benlik saygısını arttırmayı amaçlar. Üçüncü aşamada odak noktası danışanı özerkliğe teşvik etme amacıyla benlik imgesinin güçlendirilmesidir. Bu aşamada sorun çözme eğitimi, Sokratik yöntem ve öz-kontrol stratejileri kullanılmaktadır. Dördüncü ve son aşama, nüks önleme amacını taşır. Bu aşamada danışanın gelecekte de bağımlı şekilde davranma ihtimalinin azaltılması için çalışılır. Her aşamada bir sonraki aşamaya geçmeden önce kazanılması gereken çıktılar tanımlanır. Tedavi süreci, Overholser ve Fine (1994) tarafından zor ve yavaş olarak betimlense de Faith (2009) tarafından BKB olan kişiler için prognozun iyi olduğu ifade edilmiştir. Bunda danışanların halihazırda bulunan destek almak amacıyla başkalarına dayanma eğilimlerinin getirdiği, uyumlu bir ilişki (rapport) kurulması kolaylığının etkisinin olabileceği belirtilmiştir (Faith 2009). Bu eğilimin, terapistlerin sınırların net olmasını ve danışanın zamanla daha bağımsız olmasını sağladıkları sürece avantaja dönüştürebileceği vurgulanmıştır (Faith 2009). Ayrıca diğer kümelerdeki kişilik bozukluklarına göre tedaviyi zamanından önce sonlandırma ihtimalinin de BKB’de daha az olduğu belirtilmiştir (Disney 2013). BKB’si olan kişilerle çalışılırken ana amacın danışanın kendine güvenini, kendini ifade edebilmesini ve özerkliğini güvenli terapi ortamında geliştirip daha sonra bu özellikleri seans dışına da taşıyabilmesi olduğu ifade edilmiştir (Seligman ve Reichenberg 2007). Bilişsel terapinin BKB’de özellikle işe yarayabileceği, çünkü bilişsel yönelimli terapilerin kişilerin yargılanma korkularının yanında kendileri hakkındaki inançlarına da odaklanacağı belirtilmektedir (Borge ve ark. 2010).

BKB’de BDT ile ilgili yapılan çalışmalar araştırıldığında sayının oldukça yetersiz olduğu görülmekte ve bu konudaki çalışmaların artırılması gerektiği açıkça anlaşılmaktadır. Örneğin Web of Science’ta anahtar kelimelerin İngilizce olarak yazılması (“cognitive behavioral therapy” ve “dependent personality disorder”) ile İngilizce sonuçlarda tüm alanlar seçilerek yapılan tarama sonucunda yalnızca 2 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu iki çalışmadan birinde sağlık kaygısı olan, özellikle aynı zamanda kaygılı ve bağımlı özellikler taşıyan bireylerdeki kişilik bozukluklarının, BDT’den görülen faydayı, bilhassa uzun vadede, pekiştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Tyrrer ve ark. 2021). Görüldüğü gibi çalışmada bağımlı kişilik bozukluğunda BDT etkinliği incelenmemiştir; ancak yine de bağımlı özelliklerin BDT ile tedaviyi olumlu yönde etkiliyor olması mevcut çalışma açısından önemli görülmektedir. Diğer çalışma ise McClintock ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar tarafından uyumsuz kişilerarası bağımlılıkta Farkındalık Terapisi’nin etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonucunda çalışma bünyesinde geliştirilmiş olan Uyumsuz Kişilerarası Bağımlılık için Farkındalık Terapisi (Mindfulness Therapy for Maladaptive Interpersonal Dependency [MT-MID]) grubunda olan kişilerin kişilerarası bağımlılık açısından tüm değerlendirmelerde kontrol grubuna göre daha fazla gelişme gösterdiği bulunmuştur.

BKB ve BDT etkinliği ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Masroor ve Gul (2012) tarafından yapılan vaka çalışmasında şema odaklı BDT’nin BKB olan kişiler için etkili bir müdahale yöntemi olduğu belirtilmiştir. Bir diğer çalışma (Borge

ve ark. 2010) sosyal anksiyete bozukluğuna komorbid olarak ÇKB veya BKB olan kişilerle yapılmıştır. Çalışmada bir gruba bilişsel terapi, bir gruba ise kişilerarası terapi (interpersonal therapy, IPT) uygulanmıştır. İki tedavi türünün de ÇKB ve BKB boyutlarında düşüşü sağladığı, ancak BKB boyutunda bilişsel terapi ile daha fazla düşüş görüldüğü bulunmuştur. Ayrıca araştırmacılar aynı çalışmada bireylerdeki değişimi yordayan faktörleri incelemiş ve bilişsel faktörlerdeki değişimin iki kişilik bozukluğu için de değişimi yordadığı sonucuna ulaşmışlardır (Borge ve ark. 2010).

BDT’nin tek olarak kullanılmasındansa entegre bir yaklaşım tercih edilmesi gerektiğini savunan araştırmacılar da vardır. Örneğin Bornstein (2004) tarafından BKB’si olan bireylerin düşüncelerinin, davranışlarının ve duygusal tepkilerinin değiştirilebilmesi için bilişsel terapi ve varoluşçu terapinin entegre edilerek kullanılmasının yararlı bir strateji olacağı ifade edilmiştir. Bornstein (2004) hem bilişsel modelde hem de varoluşçu modelde, bağımlılıkla ilgili dinamiklerde çarpık benlik algısının rolünün vurgulandığını belirtmiştir. Araştırmacıya göre bilişsel terapistler bu çarpıklığı uyumsuz benlik şemalarıyla, varoluşçu terapistler otantik olmayan benlik ile açıklıyor olsalar da iki yaklaşım da bağımlı davranışı, bireyin kendini zayıf ve aciz olarak algılamasına dayandırmakta ve bağımlılıkla ilgili duygusal tepkileri bu çarpık benlik algısının bir sonucu olarak görmektedirler. Yine aynı araştırmacı tarafından entegre edilen yaklaşımların sağlayacağı birden fazla bakış açısı ile kavramsallaştırmanın, BKB’yi anlamada daha faydalı olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bağımlılıkla ilgili düşüncelere ve duygusal tepkilere odaklanıp bu alanlara müdahale etmenin geleneksel tedavi yöntemlerinin sağladığından daha kalıcı faydalar sağlayabildiği öne sürülmüştür (Bornstein 2004).

## Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

OKKB DSM-5’te düzen, mükemmeliyetçilik, zihinsel ve kişilerarası kontrol ile -esneklik, açıklık ve etkililik pahasına- aşırı derecede meşgul olma ile açıklanmaktadır (APA 2013). Tamı için en az dördünün karşılanması gerektiği sekiz kriter, yapılan aktivitenin asıl amacının silikleşeceği kadar kurallar, listeler, detaylar, programlar, organizasyon ve düzen ile meşgul olma; görevleri bitirmede güçlüğü neden olan mükemmeliyetçilik; işe ve verimliliğe boş zaman aktivitelerini ve arkadaşlıkları dışarıda bırakacak kadar aşırı derecede adanma; ahlak, etik ve değerler konusunda aşırı dikkatli, titiz ve katı olma; duygusal anlamı olmasa bile değersiz objeleri saklama eğilimi; kendisiyle tamamen aynı yolu izlemedikleri sürece görevleri devretme ya da başkalarıyla çalışmada isteksizlik; paranın ilerideki felaketler için saklanması gereken bir şey olarak görülmesi nedeniyle hem kendisine hem de diğerlerine karşı cimrilik; esnemezlilik ve inatçılık olarak sıralanmaktadır (APA 2013). OKKB’ye sahip kişiler için “kontrol” ve zorunluluk belirten “-meli/-malı” ifadeleri çok önemlidir (Beck ve ark. 2004).

OKKB olan kişilerin onaylanmama hakkında endişe yaşarken (Nordahl ve Stiles 2000) bir yandan da kendilerine uyguladıkları kuralları, kendileri için önemli olan diğer insanlara da uyguladıkları görülmektedir (Villemarette-Pittman ve ark. 2004). Tahmin



edileceği gibi bu kişilerarası sorunları arttırabilecek bir faktördür. Horney'in (1950, akt. Villemarette-Pittman ve ark. 2004) ifadesine göre kişilerarası çatışmaları arttıran bir diğer faktör OKKB olan kişilerin diğer insanların bakış açılarını anlamada ve duyguları ifade etmede yaşadıkları güçluktur. Bailey (1998, akt. Villemarette-Pittman ve ark. 2004) tarafından OKKB olan kişilerin sıcaklık ve sevecenlik duygularını göstermekte zorluk yaşadıkları bunun yanında öfke, hayal kırıklığı (frustration) ya da asabiyet gibi duygularını kolaylıkla ifade ettikleri belirtilmiştir. Solomonov ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise OKKB'nin kişilerarası ilişkiler açısından homojen bir grup olmadığı belirtilmiş ve iki grup OKKB'den bahsedilmiştir. İlk grup "agresif" alt tür olarak bahsedilen, kindar, benmerkezci ya da düşmanca baskın karakterli, öfke ve irritabilite göstermeye meyilli, kişilerarası çatışmaların sık görüldüğü gruptur. İkinci grup ise "memnun edici (pleasing)" olarak adlandırılan, boyun eğen ve sömürülmeye açık, aşırı arkadaş canlısı, diğerlerinin onaylamasına aşırı önem veren, yüksek öz-şüphe (self-doubt) ve düşük özgüven ile karakterize olan gruptur. Bu alt türler göz önüne alındığında öfke ifadesinin OKKB'nin agresif alt türünde görülebileceği ve görülebilecek olan öfke davranışının BKB'de tercih edilen davranış stratejilerinde de yer alan kendini kabul ettirmek için gözdağı verme ([intimidation], Bornstein 2007) türünde olmayacağı, bunun yerine narsisistik kişilik bozukluğunda sık görülen öfke davranışı (McCann ve Biaggio 1989) gibi daha çok aşırı özgüven kaynaklı olacağı düşünülmektedir. Ancak OKKB ve özgüven ilişkisi hakkında da alanyazında netlik olmadığı görülmektedir. Örneğin birbirleriyle paralel ilerleyen özgüven (self-confidence) ve özsaygı (self-esteem) kavramları ile ilgili birbirinden çok farklı bulgular elde edilmiştir. Raja ve Azzoni (2007) çalışmalarında düşük özgüveni obsesif kompulsif bir özellik olarak ele alırken Weertman ve arkadaşları (2008) tarafından OKKB'nin düşük özsaygı ile karakterize olmadığı belirtilmiştir. Buradaki farkın da Solomonov ve arkadaşları (2020) tarafından belirtilen OKKB'nin iki alt türünden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

OKKB'de BDT uygulaması için ilk yapılması gerekenin Pretzel ve Hampl (1994) tarafından duyguların bilişsel yapısının danışana öğretilmesi ve mevcut problemle ilgili terapötik hedefler konulması olduğu belirtilmiş; ancak hem danışanın hem de terapistin kabul edeceği hedefler konulmasının OKKB olan kişilerle çalışırken oldukça zor olduğu ifade edilmiştir. Yine aynı araştırmacılar tarafından danışanın terapistin sorun olarak gördüğü şeyleri sorun olarak görmeyebileceğinin göz önünde bulundurulması ve ilk aşamada iki tarafın da benimseyeceği hedeflerin konulması için çaba gösterilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Önem ve kolaylık kriterlerine göre sıralanan bu hedeflerden sonra problemle ilgili şemalar ve otomatik düşünceler belirlenmeli, danışana duygular ve davranışların deneyimlenen olaylara verilen anlama, bu olaylar hakkındaki düşüncelere ve algılara göre şekillendiği açıklanmalıdır (Pretzel ve Hampl 1994).

OKKB ve BDT ilişkisi incelendiğinde alanyazın bilgisinin bu ilişki için de oldukça zayıf olduğu görülse de Beck ve arkadaşları (2004) tarafından bilişsel terapinin OKKB tedavisi için etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca OKKB olan kişilerin OKKB'nin doğası gereği, yapılandırılmış ve problem odaklı yaklaşımları, değişim

aracı olarak terapötik sürece ya da aktarım ilişkisine odaklanan yaklaşımlara tercih edebileceklerine değinilmiştir (Beck ve ark. 2004).

Pretzel ve Hampl (1994) tarafından OKKB'nin de değişime dirençli olabileceği bilinse de istikrarlı ve iş birliği içindeki bir yaklaşımın önemli derecede gelişme sağlayacağı belirtilmiş ve OKKB hakkında BDT kavramsallaştırması yapılmıştır. Kontrol grubu olmadan yapılan bazı çalışmalarda da BDT'nin katılımcıların %80-90'ında OKKB kriterlerinde gelişme sağladığı bulunmuştur (Ng 2005, Strauss ve ark. 2006, Cummings ve ark. 2012).

Ng (2005) tarafından yapılan çalışmada ayakta tedavi gören, ilaç tedavisine karşı dirençli depresyonu ve OKKB'si olan 10 hastaya BDT uygulanmıştır. Yapılan ölçümler ile katılımcıların her birinin orta derece kaygı ve depresyonunun, aynı zamanda yüksek derecede umutsuzluk hissinin mevcut olduğu belirlenmiştir. Seanslarda Beck ve arkadaşları (2004) tarafından ortaya konan kişilik bozuklukları için bilişsel terapi temel alınmıştır. 18-35 seans arası uygulanan BDT sonucunda katılımcıların hem depresyon hem de kaygı seviyesinde anlamlı bir düşüş olduğu, ayrıca katılımcılardan 9'unun DSM-IV'e (APA 1994) göre OKKB tanısını artık karşılamadıkları bulunmuştur. Ayrıca çekingen kişilik bozukluğunda da ele alındığı gibi Strauss ve arkadaşları (2006) tarafından OKKB veya ÇKB olan katılımcılara BDT'nin uygulandığı bir çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada OKKB için semptom değişikliğinin klinik anlamlılığı (Jacobson ve Truax 1991) %83 olarak raporlanmıştır. Yine daha önce ele alınan Cummings ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da BDT'nin ÇKB ve OKKB'si olan kişiler için faydalı olduğu bulunmuştur.

## Tartışma

Bu yazıda çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunu kapsayan C kümesi kişilik bozukluklarının özellikleri ve kriterleri bağlamında incelenmesi, aynı zamanda bu bozukluklarda BDT'nin etkililiği ile ilgili yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmalar incelendiğinde BDT ile ilgili umut vadeden sonuçların olduğu (Ng 2005, Emmelkamp ve ark. 2006, Strauss ve ark. 2006, Borge ve ark. 2010, Cumming, 2012, Masroor ve Gul 2012) görülmekte ve ayrıca uygulamacıların kişilik bozuklukları müdahalesinde entegre yaklaşımlardan da yararlanabileceği (Bornstein 2004) anlaşılmaktadır. Ürkek ve endişeli (APA 2013) olarak kategorilendirilen bu grupta diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi sosyal hayatla ilgili ciddi sorunlar mevcuttur. Üç bozukluk için de kişinin hem kendisi hem de çevresindekiler hakkında çarpık düşünceleri ve işlevsel olmayan inançları olduğu belirtilmiştir (Nordahl ve Stiles 2000, Beck ve ark. 2004, APA 2013). BDT'nin C kümesi kişilik bozuklukları ile ilgili fayda sağlayacağı birçok nokta olacağı düşünülmektedir. Ancak en tedavi edilebilir küme (Bender 2005) olarak ele alındığı halde bu yöndeki çalışmaların oldukça yetersiz olduğu görülmüştür. Tanıdaki "kalıcı örüntü (APA 2013)" ifadesinin yarattığı umutsuzluğun, gelişme ya da tedavi için yapılabilecekler açısından diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi C kümesi kişilik bozukluklarını da ıssız bıraktığı düşünülmektedir. Ancak bilindiği gibi bu bozukluklar işlevsel anlamda birçok

bozulmaya yol açmakta, istenildiği halde sosyalleşemeyen ve içe çekilme yaşanan ÇKB; sömürülmeye açık hale getiren BKB; onlara göre yaşamak zorunda hissedilen kurallar nedeniyle çevredeki insanlarla sorunların yaşandığı OKKB (APA 2013) olan kişilerin de diğer bozukluklar kadar çaba gösterilmeyi hakkettiği düşünülmektedir. Daha az etki görülmesi, daha zor terapötik ilişki kurulması ve örüntülerin kalıcılığının her tanı alan kişi için hemen kabul edilmesinin bireyleri ufak da olsa görebilecekleri faydalardan mahrum bırakacağı, bunun yanında bu durumun bir grup insanın dışlanmasına neden olarak, mesleki ilkelerimizle uyumlu olmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle hem BDT'ye yönelik hem de alternatif diğer terapilerle ilgili kontrollü çalışmaların artırılmasının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde C kümesi bozukluklarının üçü için de BDT'nin etkililiğinin kanıtlandığı çalışmaların olduğu, sayıca az olsalar bile, görülmektedir (Ng 2005, Emmelkamp ve ark. 2006, Strauss ve ark. 2006, Borge ve ark. 2010, Cumming, 2012, Masroor ve Gul 2012). Bahsedildiği gibi özellikle kontrollü yapılan çalışmaların oldukça az olması ve çalışmalarda kişilik bozukluklarının genelde diğer bozuklukların yanında "ek" bir bozukluk olarak ele alınması nedeniyle konu hakkında sahip olunan bilgiler yetersiz kalmaktadır. Bu yazıda genel anlamda C kümesi kişilik bozukluklarının tek olarak ele alındığı araştırmalara odaklanılmak istenmiştir. Kaygı bozuklukları (%35, Sanderson ve ark. 1994), yeme bozuklukları (%27, Herzog ve ark. 1992), majör depresif bozukluk (Derleme çalışması sonucu belirtilen oran %20-%85) (Corruble ve ark. 1996), bipolar bozukluk (%45, Barbato ve Hafner 1998) gibi birçok bozuklukla kişilik bozukluklarının komorbid olarak görülme sıklığı oldukça yüksek olduğu bilinse de kişilik bozukluğunu odak noktası olarak alan çalışmaların, tedavilerin seyri ve sonuçları hakkında daha doğru fikirler edinilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Değinilmek istenen bir nokta tedavilerin gidişatını ya da sonucunu etkileyecek faktörlerden bahsedilen çalışmalardır. Enero ve arkadaşları (2013) tarafından BDT'ye olumlu tepki veren OKKB olan kişilerde tedavi öncesi sıkıntı (distress) seviyesinin diğerlerine göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Araştırmacılar tarafından bu bulguya göre sıkıntı seviyesi yüksek olan kişilerde tedavi planlamasının buna göre şekillendirilmesinin etkili sonuçlar doğuracağı belirtilmiştir. Bunun gibi C kümesi kişilik bozukluklarında tedavi seyrini ve sonucunu etkileyebilecek birçok faktör olabileceği, haklarında çalışmalar yapılarak tedavi planlamasında bu faktörlere göre karar almanın gerektiği düşünülmektedir. Cummings ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada da terapi bağlamında özsaygının (self-esteem) değişken oluşunun kişilik bozukluklarında değişimi ve gelişimi öngördüğü bulunmuştur. Bir diğer örnekte OKKB'deki iki alt tür gibi BKB'de görülen bağımlılığın da sevgi bağımlılığı (love dependency), sömürülmeye açık bağımlılık (exploitable dependency), boyun eğen bağımlılık (submissive dependency) olarak üçe ayrıldığı belirtilmektedir (Pincus ve Gurtman 1995). Kişilerarası ilişkilerdeki problemlerin kişilik bozukluklarında anahtar noktalardan biri olduğu göz önünde bulundurulduğunda (McLemore ve Brokaw 1987), bozukluğu olan kişilerin

çevreyle olan ilişki örüntülerinin doğasını etkileyecek bu tür alt türlerden haberdar olunması gerekmektedir. Çünkü kişilik bozukluğu tanısının homojen bir grup olarak ele alındığı ve tedavi hedeflerinin buna göre belirlendiği durumlarda ulaşılmak istenen noktanın, kişinin asıl zorluk yaşadığı ya da en azından en çok zorluk yaşadığı nokta olmayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle daha etkili terapiler için kişilik bozukluklarının alt türleriyle ilgili daha fazla çalışma yapılması ve bu alt türlerin DSM'de de ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

C kümesi bozuklukları ile ilgili ilgi çekici bir nokta bazı araştırmaların bu bozuklukların ortak özelliği olarak ifade edilen endişeli ve ürkek (anxious, fearful) olmanın koruyucu faktör olarak ele alınabileceği noktaları akla getirmesidir. Örneğin, Chioqueta ve Stiles (2004) tarafından yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu olan kişilerde intihar riski değerlendirmesi yapılmıştır. Bu çalışmada sadece BKB'nin A Kümesi (paranoid, şizoid, şizotipal) ve B Kümesi (antisosyal, sınırda, histriyonik, narsisistik) bozuklukları gibi intihar girişimleriyle ilişkili olduğu bulunmuş, diğer iki bozukluk olan ÇKB ve OKKB için böyle bir durumdan bahsedilemeyeceğine değinilmiştir. Özellikle ÇKB için işlevsellikteki bozulmanın hem bazı alanlarda OKKB'den hem de majör depresif bozuktan bile çok olduğu (Skodol ve ark. 2002) göz önünde bulundurulduğunda bulgu şaşırtıcı olarak görülebilmektedir. Bunun yanında Chioqueta ve Stiles (2004) tarafından yapılan istatistiksel değerlendirmeler ile BKB için de durumun diğer kişilik bozukluğu kümelerindeki gibi olmadığı bulunmuştur. Çalışmada A ve B kümesi bozuklukları komorbid depresif bozuktan bağımsız olarak da intihar girişimleri ile ilişkilendirilebilirken BKB olan kişiler için yaşam boyu komorbid depresif bozukluğun kontrol edildiği durumda BKB ve intihar girişimleri arasındaki ilişkinin anlamlılığını yitirdiği görülmektedir. Yine aynı araştırmacılar tarafından bu duruma C kümesinin karakterize özelliklerinin açıklama getirebileceği belirtilmiştir. Çalışmada ÇKB'de kişisel riskler almaktan kaçınmanın, BKB'de boyun eğici ve pasif eğilimin kendine zarar verme davranışlarında bulunma ihtimalini azaltmasının, OKKB'de ise kurallara ve prosedürlere gösterilen aşırı dikkatin bu kişileri intihar girişimlerine karşı daha az açık hale getirdiğinden bahsedilmektedir. Araştırmacılar bu bulgulardan A ve B kümesi kişilik bozuklukları için intihar riski değerlendirmesinin çok önemli olduğunu ama C kümesi için bu değerlendirmenin -eğer komorbid depresif bozukluk değerlendirmesi uygun şekilde yapıldıysa- diğer iki küme kadar mecburi olmadığını belirtmiştir (Chioqueta ve Stiles 2004).

## Sonuç

C kümesi kişilik bozukluklarını anlamaya yönelik çalışmalar alanyazında görece daha kolay bulunabilse de tedaviye yönelik, özellikle de BDT'ye yönelik çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Sosyal hayatla ilgili ciddi sorunlar yaşayan, kendileri ve diğerleri hakkında çarpık düşünceleri olan, işlevsel olmayan baş etme stratejileri ile hayatlarına devam etmeye çalışan (Beck ve ark. 2004, APA 2013) bu bireylerin yaşadıkları zorlukların herhangi bir bölümünde gösterecekleri ufak bir gelişmenin bile çok önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle



hem tedavi sürecini hem de sonucunu etkileyen faktörlerin, hangi terapi tekniğinin ya da yöneliminin daha etkili olduğunun araştırıldığı çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Yazıda da bahsedildiği gibi BDT ile ilgili umut vaat eden sonuçlar mevcuttur. Bu nedenle özellikle C kümesi kişilik bozuklukları ve BDT çalışmalarının alanyazına kazandırılmasının oldukça gerekli olduğu düşünülmektedir.

**Yazarların Katkıları:** Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

**Authors Contributions:** The authors attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

## Kaynaklar

- Alden L (1989) Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 57:756-764.
- Alden LE, Capreol MJ (1993) Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behav Ther*, 24:357-376.
- APA (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First edition (DSM-I). Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition (DSM-5). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Balje A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P (2016) Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17:487.
- Barbato N, Hafner RJ (1998) Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 32:276-280.
- Beck AT, Davis DD, Freeman A (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd ed. New York, NY, Guilford Press.
- Beck JS (2011) *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2nd ed. New York, NY, Guilford Press.
- Bender DS (2005) The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract*, 11:73-87.
- Bieling PJ, Beck AT, Brown GK (2000) The sociotropy-autonomy scale: Structure and implications. *Cognit Ther Res*, 24:763-780.
- Borge FM, Hoffart A, Sexton H, Martinsen E, Gude T, Hedley LM et al. (2010) Pre treatment predictors and in treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorder traits among patients with social phobia. *Clin Psychol Psychother*, 17:87-99.
- Bornstein RF (2004) Integrating cognitive and existential treatment strategies in psychotherapy with dependent patients. *J Contemp Psychother*, 34:293-309.
- Bornstein RF (2006) A Freudian construct lost and reclaimed: The psychodynamics of personality pathology. *Psychoanal Psychol*, 23:339-353.
- Bornstein RF (2007) Dependent personality disorder: Effective time-limited therapy. *Curr Psychiatr*, 6:37-45.
- Bornstein RF (2005) *The Dependent Patient: A Practitioner's Guide*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Chioqueta AP, Stiles TC (2004) Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*, 25:128-133.
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *J Affect Disord*, 37:157-170.
- Cummings JA, Hayes AM, Cardaciotto L, Newman CF (2012) The dynamics of self-esteem in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: An adaptive role of self-esteem variability? *Cognit Ther Res*, 36:272-281.
- Deltito JA, Stam M (1989) Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder. *Compr Psychiatry*, 30:498-504.
- Disney KL (2013) Dependent personality disorder: A critical review. *Clin Psychol Rev*, 33:1184-1196.
- Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, van Apeldoorn FJ (2006) Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*, 189:60-64.
- Enero C, Soler A, Ramos I, Cardona S, Guillamat R, Valles V (2013) Distress level and treatment outcome in obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). *Eur Psychiatry*, 28:1.
- Faith C (2009) Dependent personality disorder: A review of etiology and treatment. *The Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1:66-75.
- Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D, Sklarsky K, Petersen T, Alpert J (2005) Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Compr Psychiatry*, 46:266-271.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA (2005) Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry*, 66:339-345.
- Grant BE, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ et al. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 65:948-958.
- Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB, Rees A, Reynolds S (1995) Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Consult Clin Psychol*, 63:997-1004.
- Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR (1992) The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry*, 53:147-152.
- Hofmann SG (2007) Treating avoidant personality disorder: The case of Paul. *J Cogn Psychother*, 21:346-352.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A (2012) The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36:427-440.
- Hyman SM, Schneider BA (2004) The short-term treatment of a long-term interpersonal avoidance. *Clin Case Stud*, 3:313-332.
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, 59:12-19.
- Jungquist CR, O'Brien C, Matteson-Rusby S, Smith MT, Pigeon WR, Xia et al. (2010) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep Med*, 11:302-309.
- Kernberg OF (1985) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Oxford, Rowman & Littlefield.
- Lazare A (1971) The hysterical character in psychoanalytic theory. *Arch Gen Psychiatry*, 25:131-137.

- Lucas R (1992) The psychotic personality: A psychoanalytic theory and its application in clinical practice. *Psychoanal Psychother*, 6:73-79.
- Masroor U, Gul S (2012) Schema focused CBT intervention of dependent personality disorder: A case study. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 11:43-57.
- McCann J, Biaggio MK (1989) Narcissistic personality features and self-reported anger. *Psychol Rep*, 64:55-58.
- McClintock AS, Anderson T, Cranston S (2015) Mindfulness therapy for maladaptive interpersonal dependency: a preliminary randomized controlled trial. *Behav Ther*, 46:856-868.
- McLemore CW, Brokaw DW (1987) Personality disorders as dysfunctional interpersonal behavior. *J Pers Disord*, 1:270-285.
- Millon T, Grossman SD, Millon CM, Meagher SE, Ramnath R (2004) *Personality Disorders in Modern Life*, 2nd ed. New Jersey, Wiley.
- Millon T, Grossman SD, Millon CM, Meagher SE, Ramnath R (2019) *Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları (Çevirmen EO Gezmiş)*. İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Ng RM (2005) Cognitive therapy for obsessive-compulsive personality disorder—a pilot study in Hong Kong Chinese patients. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 15:50-54.
- NICE (National Collaborating Centre For Mental Health) (2004) *Eating Disorders: Core Interventions In The Treatment And Management Of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, And Related Eating Disorders*. Leicester (UK), British Psychological Society, 2004..
- Nordahl HM, Stiles TC (2000) The specificity of cognitive personality dimensions in cluster C personality disorders. *Behav Cogn Psychother*, 28:235-246.
- Nordahl HM, Vogel PA, Morken G, Stiles TC, Sandvik P, Wells A (2016) Paroxetine, cognitive therapy or their combination in the treatment of social anxiety disorder with and without avoidant personality disorder: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 85:346-356.
- Overholser JC, Fine MA (1994) Cognitive-behavioral treatment of excessive interpersonal dependency: A four-stage psychotherapy model. *J Cogn Psychother*, 8:55-70.
- Pincus AL, Gurtman MB (1995) The three faces of interpersonal dependency: Structural analyses of self-report dependency measures. *J Pers Soc Psychol*, 69:744-758.
- Pincus AL, Wilson KR (2001) Interpersonal variability in dependent personality. *J Pers*, 69:223-251.
- Raja M, Azzoni A (2007) The impact of obsessive-compulsive personality disorder on the suicidal risk of patients with mood disorders. *Psychopathology*, 40:184-190.
- Sanderson WC., Wetzler S, Beck AT, Betz F (1994) Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 51:167-174.
- Sato T, McCann D (2007) Sociotropy—autonomy and interpersonal problems. *Depress Anxiety*, 24:153-162.
- Sato T, Sakado K, Sato S, Morikawa T (1994) Cluster a personality disorder: a marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Res*, 53:153-159.
- Seligman L, Reichenberg LW (2007) *Selecting Effective Treatments: A Comprehensive, Systematic Guide To Treating Mental Disorders*, 3rd ed. San Francisco, CA, Wiley.
- Shea MT, Stout R, Gunderson J, Morey LC, Grilo CM, McGlashan T et al. (2002) Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry*, 159:2036-2041.
- Simonelli A, Parolin M (2017) Dependent personality disorder. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (Ed. V Zeigler-Hill, TK Shackelford). Cham, Springer.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS et al. (2002) Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159:276-283.
- Solomonov N, Kuprian N, Zilcha-Mano S, Muran JC, Barber JP (2020) Comparing the interpersonal profiles of obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder: are there homogeneous profiles or interpersonal subtypes? *Personal Disord*, 11:348-356..
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbons M, First MB (1990) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R—Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP et al. (2006) Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 74:337-345.
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2005) Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Focus*, 161:407-416.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58:590-596.
- Türk Dil Kurumu (2021) *Kişilik*. <https://sozluk.gov.tr/> (Accessed 4.09.2021).
- Tyrer P, Wang D, Tyrer H, Crawford M, Loebenberg G, Cooper S et al. (2021) Influence of apparently negative personality characteristics on the long term outcome of health anxiety: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Personal Ment Health*, 15:72-86.
- Villemarette-Pittman NR, Stanford MS, Greve KW, Houston RJ, Mathias CW (2004) Obsessive—compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *J Psychol*, 138:5-22.
- Weertman A, Arntz A, de Jong PJ, Rinck M (2008) Implicit self- and other-associations in obsessive-compulsive personality disorder traits. *Cogn Emot*, 22:1253-1275.
- WHO (2010) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2021) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th Revision (ICD-11)*. Geneva, World Health Organization.