Istanbul Gelisim Univ J Soc Sci 2026:13(2);879-888
DOI: 10.17336/igusbd.1682355

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

Copyright@Author(s) - Available online at dergipark.org.tr/en/pub/igusbd.
Content of this journal is Licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) International License.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu: Kuramsal, Boyutsal ve Ayırıcı Özellikler Açısından Bir Değerlendirme

Schizotypal Personality Disorder: An Evaluation in Terms of Theoretical, Dimensional and Differential Features

Furkan Onur EKEN

Öz

Araştırmada, şizotipal kişilik bozukluğunun kuramsal, boyutsal ve ayırıcı özellikler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Şizotipal kişilik bozukluğu köken olarak eskilere dayanmakla birlikte üzerinde kısıtlı sayıda çalışma yapılmış olan bir kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir. Bu bozukluk, sosyal ve kişilerarası yakın ilişkilerde problemler, sıra dışı inançlar ve büyüsel düşünceler, normalin dışında düşünce ve konuşma, algısal yaşantılar ve bedensel yanılsamalar, kuşkucu düşünceler, uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım, sıra dışı dışında davranışlar ve dış görünüm ile belirlidir. Nöropsikolojik, bilişsel, davranışçı ve psikodimamik bağlamda değerlendirilebilecek bir kişilik bozukluğu olmakla birlikte ayrıcı tanılar bağlamında şizofreni, borderline kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerle ortak ve ayrıcı özelliklerinin bulunduğu bilinmektedir. Tedavisinde psikoterapi ve psikofarmakolojik yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu ayrımın yapılmasının tedavi edici yaklaşımlar açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu üzerine yapılmış çalışmaların sayısının oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, psikoterapi ve psikofarmakolojik anlamda tedavisi üzerine çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler

Şizotipal kişilik, şizotipal kişilik bozukluğu, mizaç ve karakter, ayrıcı özellikler, kişilik bozuklukları

Dr. Öğr. Üyesi., İstanbul Beykent Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikolojik Bölümü, İstanbul, Türkiye.
onureken@beykent.edu.tr

Geliş/Received: 23.04.2025
Kabul/Accepted: 06.09.2025

Furkan Onur EKEN, "Schizotypal Personality Disorder: An Evaluation in Terms of Theoretical, Dimensional and Differential Features", Istanbul Gelisim University Journal of Social Sciences, 13 (2), 2026, pp. 879-888.

Abstract

The aim of the study was to examine schizotypal personality disorder in terms of theoretical, dimensional and differential features. Schizotypal personality disorder is a personality disorder that has a long history, but has been studied in a limited number of ways. This disorder is characterized by problems in social and interpersonal relationships, unusual beliefs and magical thoughts, abnormal thinking and speech, perceptual experiences and physical illusions, suspicious thoughts, inappropriate or restricted affect, unusual behaviors and appearance. Although it is a personality disorder that can be evaluated in neuropsychological, cognitive, behavioral and psychodynamic contexts, it is known that it has common and differential features with psychopathologies such as schizophrenia, borderline personality disorder, paranoid personality disorder and schizoid personality disorder in terms of differential diagnoses. Psychotherapy and psychopharmacological approaches are used in its treatment. It is thought that making this distinction is important in terms of therapeutic approaches. It has been observed that the number of studies on schizotypal personality disorder is quite limited. In this context, it can be said that studies on psychotherapy and psychopharmacological treatment are needed.

Keywords

Schizotypal personality disorder, schizotypal personality, temperament and character, distinctive features, personality disorders

Giriş

Şizotipal kişilik bozukluğunun kökeni incelendiğinde, erken dönemlerde Kraepelin'in çalışmalarında 'Egzantirik kişilik' tanımlaması ile kavramsal olarak yer aldığı bilinmektedir (Livesley, 2001; Kendler, 1985). İlerleyen dönemlerde birçok kuramcı şizotipik bireyler üzerinde çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Yapılan araştırmalar şizotipik bireylerin şizofreni ile oldukça benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymaktaydı. Bir bireyin psikoza/ şizofreniye eğilimli olduğunu gösteren gizli bir kişilik yapısını ifade eden 'Şizotipi' terimi (şizofrenik genotipten), psikozu olmamasına rağmen, şizofrenide gözlenen inanç ve algısal deneyimler gibi belirtilere benzer hafif semptomlar sergileyen bireyleri tanımlamak için kullanılmıştır (Rado, 1953). Ancak ilerleyen dönemlerde yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında farklı bir bozukluk olarak ele alınmıştır. Tanısal olarak ilk defa DSM III 'de bir tanı olarak kabul edilmiştir (Tarbox ve PogueGeile, 2011). Güncel olarak, DSM-5'de şizotipal kişilik bozukluğu adı altında incelenmektedir.

Klinik Görünüm ve Belirtiler

Şizotipal kişilik bozukluğu sosyal ve kişilerarası yakın ilişkilerde eksiklik ve yetersizlikler, alışılmışın dışında inançlar ve büyüsel düşünceler, olağan dışı düşünce ve konuşma, olağan dışı algısal yaşantılar ve bedensel yanılsamalar, kuşkuculuk, uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım, alışılagelmişin dışında davranışlar ve dış görünüm ile karakterizedir (Rosell vd., 2014; Francois ve Torrico, 2024). Yapılan bir çalışmada ABD'de şizotipal kişilik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık 4% olarak belirlenmiştir. Erkeklerdeki (4.2%) yaygınlığının kadınlardan (3.7%) daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (Pulay vd., 2009). DSM-5'e göre aşağıdakilerden beş tanesi ya da daha fazlasının bulunması ile kendisini göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013):

- Referans fikirleri (sanrısal olarak açıklanamaz).
- davranışlarıetkileyen olağandışı inançlar veya büyüsel düşünceler (gerçek dışı inançlar, geleceği görebilme, fal inancı, telepati veya altıncı his vb.).
- Olağandışı algısal deneyimler ve bedensel yanılsamalar
- Olağana aykırı düşünce ve konuşma yapıları (ayrıntılı, mecazi ya da basmakalıp).
- Şüphecilik veya şüpheci düşünceler
- Durumla uyumlu olmayan ya da sınırlı duygulanım
- Sıra dışı davranış ya da görünümü
- Birinci derecede yakınlar dışında yakın arkadaşı veya sırdaş bulunmaması
- Yakınlıkla azalmayan şüpheci korkular

Nörobiyolojik ve Nöropsikolojik Yaklaşım

Dickey vd., (1997) şizotipal kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin soyutlama ve zihinsel esneklik becerilerinde azalma olduğunu belirlemiştir. Ayrıca, şizotipal kişilik bozukluğunda bilişsel sınırlamalar, etkin sözlü öğrenmede eksiklikler (örneğin, sözlü talimatları anlama), zayıflamış planlama, muhakeme, organizasyon ve hedef formülasyonu gibi

yürütücü işlevlerde düşüş olduğunu belirtmektedir. Araştırmalarda, şizotipal kişilik bozukluğu tanısı almış bireylerde dikkat (Roitman vd., 1997), dikkati sürdürebilme (Gooding vd., 2006), yürütücü işlevler (Matsui, 2004), duyusal bilgileri işlemleme, görsel bellek ve sözel öğrenme (Mitropoulou vd., 2005), anlık ve gecikmeli geri çağırma (Mitropoulou vd., 2002) gibi işlevler açısından bozulmalar olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, şizotipal kişilik özellikleri ile yaratıcılık ve artmış sağ hemisfer aktivitesinin (Fisher, 2004) ilişkili olduğu bildiren bazı çalışmalar da bulunmaktadır.

Şizotipal kişilik bozuklukluğunda, dorseletaral prefrontal korteks (Seidman vd., 1994; Weinberger 1987; Weinberger vd., 1992), frontotemporal lob (Matsui, 2004) ve temporal lobun bazı farklı alanlarındaki disfonksiyonlarının etkili olabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır (Nestor vd.,1993). Bununla birlikte, birçok araştırmada beynin bazı bölgelerinde gri madde (Raine vd., 2002; Wang vd, 2014) ve beyaz madde anormalileri (Hazlett, 2011), striatumda dopaminerjik yanıtlarda artış (Ettinger, 2014) ile insula ve putamen arasında işlevsel bağlantılarda zayıflama ve omovanilik asit, beyin omirilik sıvısında ve seratonin metoboliti 5-HIAA düzeyinde düşüş tespit edilmiştir (Wang vd., 2014; Millon vd., 2019). Ayrıca, kalıtımsal etkenlerin de rol oynadığını gösteren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Torgersen vd., 2000)

Psikodinamik Yaklaşım

Şizotipal kişilik bozukluğunun, geçmiş dönemlerde psikodinamik literatürde yapılan araştırmalarda psikotik bozukluklar kapsamında incelenen bir durum olduğu görülmektedir. Geçmiş literatürde tanısal olarak şizofreniye kıyasla hezeyan ve halüsinasyonlar vb. gibi pozitif belirtiler açısından daha hafif bir tablo gösterdiği- ya da bu belirtilerin gözlenmediği- ve genel olarak garip ve tuhaf davranışlarla giden bir durum olarak tanımlanmaktadır. Şizotipal kişilik bozukluğu, diğer bozukluklara kıyasla yeni bir bozukluk olması ile birlikte psikodinamik literatürde (psikozdan ayrı olarak) yeni çalışılmaya başlanan bir bozukluktur (Perry vd., 2013).

Ego psikolojisi kuramı açısından değerlendirildiğinde, Federn (1943) psikoz yaşayan bireylerin genellikle hem zayıf iç (bilinçli ve bilinçsiz arasındaki ayrım) ve dış ego sınırlarına (benlik ile ötekinin ayrımı) sahip olduğunu ileri sürmüştür. Ego psikolojisi, bu bireylerin zayıf dış ego-sınırı problemleri yaşayan, genellikle başkalarıyla bütünleşme ihtiyacı duyan, gerçeklik algısı bozulan bireyler oldukları şeklinde bir görüşe sahiptir (Stone, 1985). Ayrıca, bu bozuklukta bütünleşik olmayan, güçsüz ve bilişsel olarak dağınık bir benlik yapısı görülmektedir. Ayrıca, zayıf bir ego ve zedelenmiş gerçeklik algısı ile duygusal dalgalanmalar yaşayan bireyler büyüsel düşünceler, alışıla gelmeyen düşünce ve davranışlar ya da kuruntular vb. gibi mikropsikotik olarak nitelendirilebilecek durum içerisindedir (Millon vd., 2019). Ayrıca, şizotipal kişilik yapısında, izolasyon, entellektülleştirme, bastırma, mantığa bürüme, değersizleştirme, eyleme koyma, pasif agresyon, bölme ve en sık olarak da yansıtma savunmalarının yaygın olarak kullanıldığı ve büyük oranda bunların immatür savunmalar olduğu belirtilmektedir (Perry vd., 2013).

Nesne ilişkileri kuramı açısından incelendiğinde, şizotipal kişilik bozukluğu çocukluk çağı travmatik deneyimleri ve olumsuz yaşantıları ile ilişkili görülmektedir. Ayrıca, işlevsel olarak bozuk ailelerde yetişen bireylerde de bu tanının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Afifi vd., 2011). Şizotipal bireylerin ilişkisel yakınlığın karışıklık yarattığına deneyimler yaşamış olmaları olasıdır; bu durum, bu bireylerin sosyal geri çekilme yaşamalarının nedenlerinden bir tanesi olarak da düşünülmektedir (Ridenour, 2016). Bununla birlikte, çocukluk döneminde kötü davranılan ve olumsuz davranışlara maruz kalan bireylerde de şizotipal özelliklerin fazla olduğu bilinmektedir (Berenbaum, 2008).

Bilişsel ve Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel yaklaşım açısından değerlendirildiğinde, bu bozuklukta bilişsel süreçler olağan şekilde işleyen mantıksal bir yöntemden ziyade daha çok içsel ve öznel bir şekilde çalışır. Ayrıca, bozukluğun şiddetine göre sözcüklerin çağrışımı, düzenlenmesi, bir konunun takip edilmesi, konuşma sürecinde mantıksallığın ve nedenselliğin sürdürülmesi ve düşüncelerin organize edilmesi gibi bilişsel işlevlerde sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Millon vd., 2019). Bununla birlikte, kendini, olayları ve çevreden alınan bilgileri algılama ve yorumlama süreçlerinde sorunlar görülmektedir (Akt. Dickey vd., 2005). Davranışçı açıdan, şizotipal özellikler temel olarak sosyal öğrenme kuramı ile edimsel ve klasik koşullanma süreçleri ile açıklanmaktadır. Davranışların bitişiklik yolu ile klasik koşullanması ve edimsel koşullanma yoluyla pekiştirilmesi ya da cezalandırılması sonucunda ortaya çıktığını savunulmaktadır (Bandura, 1977; Bandura, 2001; Aydın, 2000; Cüceloğlu, 2000). Bu bağlamda düşünüldüğünde, şizotipal düşünce ve davranış yapısının, erken dönemlerde ebeveynlerden modelleme, koşullanma ve pekiştirme yolu ile gelişim gösterebileceği düşünülebilir. Özellikle, büyüsel düşünce ve davranışların sosyal öğrenme ve pekiştirme yolu ile kazanılabileceği ya da artabileceği söylenebilir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunun Boyutsal Değerlendirmesi

Beş faktör kişilik kuramı, temel alınarak yapılan çalışmalarda şizotipal kişilik bozukluğu, nevotik özellikler (Morey vd., 2002: Coolidge vd., 1994; Trull, 2012; Morey 2000; Dyce ve O'Connor, 1998), açıklık (Coolidge vd., 1994; Morey vd., 2002; Dyce ve O'Connor, 1998; Morey, 2000; Ross vd., 2002) boyutları ile pozitif yönde ilişkili olduğu; geçimlilik (Coolidge vd., 1994; Dyce ve O'Connor, 1998), katılımcılık (Ross vd., 2002) ve sorumluluk (Costa ve McCrae, 1990) ve dışa dönüklük (Ross vd., 2002; Coolidge vd, 1994; Trull, 2012; Dyce ve O'Connor, 1998) negatif yönde ile ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde, farklı bir boyutsal çalışmada, şizofreni spektrumundaki kişilik bozuklulara yönelik geliştirilen bir ölçeme aracında büyülü düşünce, algısal sapmalar ve açıklık olarak tanımlanan farklı boyutlar görülmüştür (Camisa vd., 2005). Diğer bir araştırmada, şizotipal kişilik bozukluğunun nevrotiklik boyutunda kaygı ve utanç açısından yüksek; dışadönüklük boyutunda sıcaklık, topluluklara katılma motivasyonu, aktif olma, heyecan arayışı ve olumlu duygulanım açısından düşük; duyguları ifade etme ve eyleme dökme açısından düşük özellikler gösterdiğini belirlenmiştir (Widiger ve Mullins-Sweatt, 2009).

Mizaç ve karakter özellikleri açısından değerlendirildiğinde, şizotipal kişilik bozukluğu tanısı ve şizotipal kişilik özelliklerinin, düşük düzeyde kendini yönetme (Hori vd., 2012; Bora ve Veznedaroğlu, 2007; Daneluzzo vd., 2005; Bayon vd., 1996; Laidlaw vd., 2005) düşük iş birliği yapma (Hori vd., 2012; Bora ve Veznedaroğlu, 2007; Daneluzzo vd., 2005; Laidlaw vd., 2005; Bayon vd., 1996) yüksek düzeyde kendini aşma (Hori vd., 2012; Bayon vd., 1996; Laidlaw vd., 2005), yüksek düzeyde zarardan kaçınma (Hori vd., 2012; Bora ve Veznedaroğlu 2007; Bayon vd., 1996; Daneluzzo vd., 2005), düşük düzeyde ödül bağımlılığı (Hori vd., 2012; Bayon vd., 1996; Bora ve Veznedaroğlu, 2007), yüksek düzeyde yenilik arayışı (Daneluzzo vd., 2005; Hori vd., 2012) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda Ayırıcı Özellikler

Her kişilik yapısı sağlıklı düzeyden patolojik düzeye kadar bir yelpaze üzerinde ele alınabilmektedir (Sperry, 2005). Şizotipal kişilik yapısı ile şizotipal kişilik bozukl*uğu* arasındaki temel ayrım işlevsellikteki bozulma düzeyi ve belirtilerin şiddeti arasındaki farkta ortaya çıkmaktadır (Walter vd., 2016). Şizotipal kişilik yapısında temel özelikler; kendi duygu ve düşünceleri ile oldukça ilgili olma, diğerlerinin düşüncelerine ve tepkilerine karşı duyarlı olma, soyut ve spekülatif düşünme eğilimi, olağandışı, büyülü ve doğaüstü konulara karşı ilgili olma, orta düşüncelere çok katılmama, ilginç olma ve alışagelmedik bir yaşam tarzına sahip olma ve öz yönelimli, bağımsız ve yalnızca çok yakın dostları bulunma şeklinde sıralanabilirken (Sperry, 2005); Şizotipal kişilik bozukluğunda ise büyüsel düşünce, referans fikirleri, olağan dışı deneyimler ve inançlar, tuhaf ve içerisinde bulunulan bağlama uyumsuz düşünce, davranış ve görüşünüm ve sosyal izolasyon gibi daha patolojik yapıda örüntüler belirgindir (Sperry, 2005; Amerikan Psikiyatri Birliği ,2013). Bu sebeple, şizotipal kişilik özellikleri ne kadar öne öne çıkarsa ve daha belirgin hale gelirse klinik açıdan tanı o denli şizotipal kişilik bozukluğuna yaklaşmaktadır. Bu ayrımın klinik olarak yapılacak müdahaleler açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir (Walter vd., 2016).

Şizotipal kişilik bozukluğu ile *şizofreni* farklı eksenlerde yer alan bozukluklar olmalarına karşın, bu bozukluklar arasında farkın niteliksel olmaktan ziyade niceliksel olduğu düşünülmektedir. Ancak kişilik bozukluklarının yapısı gereği gençlik dönemlerine kadar uzanan davranışsal özelliklere(Millon vd., 2019) uzandığını bir ayırıcı özellik olarak gözden kaçırmamak gerekir. Bu nedenle, psikotik bozukluklar ve şizotipal kişilik bozukluğunun ayırıcı tanısında psikotik semptomlar başlamadan ya da remisyonda olduğu dönemlerde şizotipik davranışların bulunup bulunmadığı oldukça önemli bir değerlendirme kriteridir (Beck vd., 1990). Şizofrenide görülen garip ve tuhaf davranışlar ya da düşünceler şizotipal kişilik bozukluğuna kıyasla daha yüksek düzeydedir (Basu, 2017). Ayrıca, şizofreninde hezeyan ve halüsinasyonlar gibi psikotik deneyimler daha belirgin ve şiddetli yaşanırken, şizotipal kişilik bozlukluğunda daha hafif ve yüzeysel bir şekilde deneyimlenir (Beck vd., 1990). Bununla birlikte, şizofrenide zihinsel işlevlerde görülen bozulmalar şizotipal kişilik bozukluğuna göre daha ağır şekilde seyreder. Her ne kadar iki bozuklukta da muhakeme ve mantıklı düşünme becerisinde bozulmalar görülse de şizotipal kişilik bozukluğunda muhakeme ve mantıklı düşünme becerisi şizofreniye göre daha işlevsel seviyededir (Exner, 1986).

Borderline kişilik bozukluğunda daha çok dürtüsellik, kimlik sorunları, boşluk duygusu, duygu kontrolü problemleri, kişiler arası ilişkilerde oraya çıkan problemler ön plandayken şizotipal kişilik bozukluğu tanısında büyüsel düşünce, referans fikirleri, sosyal izolasyon, tuhaf ve garip düşünceler ve davranışlar ön plandadır (Exner, 1986). AyrıcbBorderline kişilik bozukluğunda manupilatif intihar davranışı, kendine zarar verme ve madde kullanımı gibi riskli davranışlar daha belirgindir. Sosyal izolasyon, büyüsel düşünce, paranoid ve şüpheci düşünceler, garip ve tuhaf iletişim ise şizotipal kişilik bozukluğunda daha belirgindir (McGlashan, 1987). Bununla birlikte, borderline kişlik bozukluğunda bazı olgularda psikoz benzeri belirtiler görülebilmektedir. Hezeyan ve halüsinasyon benzeri belirtiler şizotipal kişilik bozukluğunda borderline kişilik bozukluğuna oranla oldukça fazla görülmektedir. Ayrıca, şizotipal kişilik bozukluğunda gerçeklik

algısında yaşanan bozulma daha belirgindir (Exner, 1986). Şizotipal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu bağlamında görülen psikoz benzeri belirtilerin altta yatan farklı patolojileri de yansıtabilir (Kavoussi ve Siever, 1992). Bu nedenle ayırıcı tanıda psikoz benzeri belirtilerin alt yapısının araştırılması oldukça önemlidir.

Şizoid *kişilik bozukluğu* ve şizotipal kişilik bozukluklarının her ikisi de bir dizi sosyal etkileşim problemlerini içermektedir. Şizotipal kişilik bozukluğunda genellikle garip inançlar ve algısal deneyimler, büyüsel düşünce, tuhaf veya alışılmadık düşünce davranış ve görünüm ön plandayken, şizoid kişilik bozukluğunda ise mesafeli, kayıtsız ve donuk kişilik yapısı öne çıkmaktadır (Beck vd., 2004).

Paranoid kişilik bozukluğunun **şizotipal kişilik bozukluğunda görülen tuhaf algısal deneyimler gibi diğer A kümesi kişilik bozukluklarıyla semptom sunumunda tutarlı bir örtüşme vardır.** Şizotipal kişilik bozukluğu ve paranoid kişilik bozukluğunun her ikisi de şüphecilik, mesafelilik ve paranoid düşünce gibi kişilik yapıları gösterebilmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğunda ise büyülü düşünme, sıra dışı algılar, tuhaf düşünce ve konuşma gibi belirtilerin bulunduğu bilinmektedir (Jain ve Torrico, 2024; APA, 2013).

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda Direnç ve Tedavi Uyumu

Şizotipal kişilik bozukluğunda psikoterapi, çeşitli olası kişilerarası faktörler sebebiyle sınırlı düzeyde faydalı olabildiği düşünülmektedir. Paranoid belirtiler ve yakın kişiler arası ilişkiler kurma konusunda kısıtlı kapasite ve motivasyon terapötik ilişkinin oluşturulabilmesinin önünde bir engel olabilir. Diğer bir yandan, ilişki kurma kapasitesi ve motivasyonu olan bireylerde, psikoterapi sürecinin yoğunlaştığı ve ilerlediği dönemlerde farklı problemler ortaya çıkabilir. Terapi süreci ilerledikçe kendileri ve terapist arasındaki sınırların bulanıklaştığını hissedebilirler. Düşünce ve anlam sürecindeki sorunlar, bu bireylerin anlaşılmasını ve/veya psikoterapide ihtiyaç duyulan karmaşık duygusal ve psikolojik durumları ve kavramlar üzerinden iletişim kurulmasını güçleştirebilmektedir (Rosell vd., 2014). Psikoterapi sürecinde bu bireyler psikoterapiyi güç bulabilirler çünkü yaşadıkları durumun bir parçası olarak ilişkilerinde huzursuz olma eğilimindedirler (Sher, 2021). Bunun üzerinde, kişilik problemleri ve bağlanma biçimleri bağlamında değerlendirildiğinde, terapötik ilişki kurmak terapistler açısından daha zor bir hale gelebilir (Ridenour, 2016).

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda Komorbidite

Şizotipal kişilik bozukluğunun birçok farklı bozukluk ile komorbidite gösterdiği belirlenmiştir. Bipolar bozukluk (Mc Glashan, 1983), obsesif kompulsif belirtiler (Sobin vd., 2000; Perris vd., 2019), psikoz spektrumundaki bozukluklar (Fenton vd., 1989; Pulay vd., 2009), intihar (Gong vd.,2022), duygusal problemler (Beerenbaum vd., 2006), duygudurum bozuklukları ve kaygı bozuklukları ile şizoid kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi farklı bozukluklarla birlikte görülebileceği saptanmıştır (Pulay vd., 2009; Koenigsberg, 2003; Kendler vd., 2024).

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda Tedavi

Karmaşık bir yapıya sahip psikolojik bozuklukların tedavisinde yalnızca psikoterapiden ziyade psikofarmakolojik müdahaleler, yatışlar vb. farklı yöntemlerin birlikte kullanımı öne çıkmaktadır. Psikoterapinin şizotipal kişilik bozukluğu olan bireyleri destekleyebileceğine ve yardımcı olabileceğine dair kanıtlar ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (Nielsen vd., 2023; Cheli, 2023; Moeller vd.,2021). Yapılan araştırmalarda bazı antipsikotiklerin de (Koenigsberg, 2003; Kumar vd., 2008; Keshavan, 2004) etkili olduğu belirlenmiştir. Bilişsel ve davranışçı açıdan kullanılabilecek yöntemler (Wang, 2023) olduğu gibi psikodinamik model açısından McWilliams (2010), psikoterapistin bireylerin kaygısını azaltmaya yardımcı olabileceğine vurgu yapmaktadır. Bireyin, kişilik bozukluğu belirtilerine ve eşlik eden savunmaların altında yatan duygusal deneyimleri kabul etmesi ve tolere etme kapasitesi, bireyi yaşadığı duygusal deneyimi yönlendiren çeşitli fantezilerden ve duygulardan psikolojik olarak uzaklaşmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple böyle bir yaklaşım psikotik kaygıyı azaltmaya yardımcı olarak bireyi daha düşünceli bir duruş sergilemeye yöneltmektedir (Ridenour, 2016). Genel bir yaklaşım olarak, tedavi sürecinde farmakoloji ve psikoterapinin birlikte kullanımı önerilmektedir (Kirchner, 2018; Ryan vd., 2013). Her ne kadar şizotipal kişilik bozukluğunun tedavisi açısından umut vadeden çalışmalar olsa da kalıcı tedavi açısından yeni müdahalelere ve araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Şizotipal Kişilik Bozukluğunda Bireysel ve Kültürel Farklılıklar

Klinik değerlendirme sürecinde şizotipal kişilik bozukluğu açısından bakıldığında, tanı kriterlerini araştırırken kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması önemlidir. DSM-5'e göre, ölümden sonraki yaşam, dillerde konuşma, vudu, şamanizm, zihin okuma, altıncı his, nazar, sağlık ve hastalıkla ilgili büyüsel düşünceler ve diğer kültürel bağlamda

ele alınabilecek inançlar, bilişsel ve algısal çarpıtmaları değerlendirirken mutlaka dikkate alınması gerekmektedir (Francois ve Torrico, 2024; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Literatürde bulunan birçok çalışma şizotipal özelliklerin farklı demografik değişkenlere göre değişebileceğini göstermektedir. Fonseca vd., (2018) ve Reynolds vd., (2000) şizotipal özelliklerin cinsiyete, yaşa ve ülkeye göre değişim gösterebileceğini belirlemiştir. Bu araştırmada, kadın katılımcılar pozitif belirtiler açısından erkeklerden daha yüksek puan alırken, erkekler düzensizlik boyutunda kadınlara göre daha yüksek puanlar almıştır. Yaşa göre ise pozitif şizotipal özelliklerin azalma eğilimde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte şizotipal özelliklerin epidemiyolojik ifadelerinin ülkeye göre değiştiği saptanmıştır. Şizotipal özelliklerin din, sosyoekonomik durum ve kültürel olarak genellenebilirliği açısından konusunda kısıtlı sayıda çalışma olduğu bildirilmektedir (Reynolds vd., 2000).

Sonuç ve Öneriler

Şizotipal kişilik bozukluğu, bilişsel, davranışçı, psikodinamik ve n**öropsikolojik temelleri olan önemli** bir psikolojik bozukluktur. Bu bozukluğun, klinik olarak diğer bozukluklardan ayrılabilmesinin, tanı ve tedavi yaklaşımlarının detaylı bir şekilde incelenmesinin klinik çalışmalar açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, literatürde şizotipal kişilik bozukluğu üzerine yapılmış çalışmaların sayısının oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu bağlamda, **şizotipal bireylerin deneyimlerini değerlendiren** nitel çalışmaların ve bu bozukluğun diğer psikopatolojilerle bağlantısını inceleyen nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir. Spesifik olarak, **şizotipal kişilik bozukluğu görece** psikofarmakolojik bağlamda çalışılmış olmasına karşın psikoterapi açısından çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, **şizotipal kişilik bozukluğu**nda farklı terapötik yaklaşımların etkisinin incelendiği araştırmalar planlanabilir. Bunun yanı sıra, şizotipal kişilik bozukluğunun etiyolojisi, komorbid bozuklukların incelenmesi, terapötik ve psikofarmakolojik anlamda tedavisi üzerine çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Kaynaklar

AFIFI, T. O., MATHER, A., BOMAN, J., FLEISHER, W., ENNS, M. W., MACMILLAN, H., & SAREEN, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research, 45(6),* 814–822. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.11.008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

AYDIN, C. H. (2000). Öğrenme ve öğretme kuramlarının eğitim iletişimine katkısı. *Kurgu*, *17*(1), 176-190.

BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

BANDURA, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perpective. *Annual Review of Psychology,* s.1-26. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1.

BASU, S. (2017). Differential diagnosis of schizophrenia & co-morbid psychiatric conditions in schizophrenia and their management*. The Singapore Physician, 39*(1).

BAYON, C., HILL, K., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R., & CLONINGER, C. R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: Relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of Psychiatric Research, 30(5),* 341–352. doi:10.1016/0022-3956(96)00024-6

BECK, A. T., FREEMAN, E., & ASSOCIATES (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. London: The Guilford Press.

BERENBAUM, H., BODEN, M. T., BAKER, J. P., DIZEN, M., THOMPSON, R. J., & ABRAMOWITZ, A. (2006). Emotional correlates of the different dimensions of schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(2), 359–368. doi:10.1037/0021-843x.115.2.359.

BERENBAUM, H., THOMPSON, R. J., MILANAK, M. E., BODEN, M. T., & BREDEMEIER, K. (2008). Psychological trauma and schizotypal personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117(3),* 502–519. doi:10.1037/0021-843x.117.3.502.

BORA, E., & VEZNEDAROĞLU, B. (2007). Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: The relationship between schizotypal features and personality*. European Psychiatry, 22(1), 27–31.* doi:10.1016/j.eurpsy.2006.07.002.

CAMISA, K.M., BOCKBRADER, M.A, LYSAKER, P, RAE L.L, BRENNER, C.A., ET AL. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res. 133*,23–33. doi: 10.1016/j.psychres.2004.09.002.

CHELI, S., CAVALLETTI, V., LYSAKER, P. H., DIMAGGIO, G., PETROCCHI, N., CHIARELLO, F., ... & GOLDZWEIG, G. (2023). A pilot randomized controlled trial comparing a novel compassion and metacognition approach for schizotypal personality disorder with

a combination of cognitive therapy and psychopharmacological treatment. *BMC psychiatry*, *23*(1), 113.doi: 10.1186/s12888-023-04610-5.

COOLIDGE, F. L., BECKER, L. A., DIRITO, D. C., DURHAM, R. L., KINLAW, M. M., & PHILBRICK, P. B. (1994). On the relationship of the Five-Factor Personality Model to personality Disorders: Four reservations. *Psychological Reports, 75(1), 11–21.* doi:10.2466/pr0.1994.75.1.11

COSTA, P. T., & MCCRAE, R. R. (1990). Personality Disorders and The Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders, 4(4), 362–371.* doi:10.1521/pedi.1990.4.4.362.

CÜCELOĞLU D. (2000), İnsan ve davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi.

DANELUZZO, E., STRATTA, P., & ROSSI, A. (2005). The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Comprehensive Psychiatry, 46(1), 50–55.* doi:10.1016/j.comppsych.2004.07.010.

DICKEY, C. C., MCCARLEY, R. W., NIZNIKIEWICZ, M. A., VOGLMAIER, M. M., SEIDMAN, L. J., KIM, S., & SHENTON, M. E. (2005). *Clinical, cognitive, and social characteristics of a sample of neuroleptic-naive persons with schizotypal personality disorder. Schizophrenia Research, 78(2-3), 297–308.* doi:10.1016/j.schres.2005.05.016

DICKEY, C. C., SHENTON, M. E., VOLGMAIER, M., HIRAYASU, Y., NIZNIRKEWICZ, M., SEIDMAN, L., ... & SOLLINGER, J. (1997). Morphologic and cognitive indicators of schizotypal personality disorder. In *Bıologıcal Psychıatry*. *41*, 25-25.

DYCE, J. A., & O'CONNOR, B. P. (1998). Personality disorders and the Five-Factor Model: A Test of Facet-Level Predictions. *Journal of Personality Disorders, 12(1), 31–45.* doi:10.1521/pedi.1998.12.1.31.

ETTINGER, U., MEYHÖFER, I., STEFFENS, M., WAGNER, M., & KOUTSOULERIS, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: A review of the overlap with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 5.* doi:10.3389/fpsyt.2014.00018.

EXNER, J. E. (1986). Some rorschach data comparing schizophrenics with borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Personality Assessment, 50(3), 455–471.* doi:10.1207/s15327752jpa5003_14 .

FEDERN, P. (1943). Psychoanalysis of psychoses. *The Psychiatric Quarterly, 17*(2), 246–257. doi:10.1007/bf01561595.

FENTON, W. S., & MCGLASHAN, T. H. (1989). Risk of schizophrenia in character disordered patients. *The American journal of psychiatry*, *146*(10), 1280-1284. doi:10.1176/ajp.146.10.1280.

FISHER, J. E., MOHANTY, A., HERRINGTON, J. D., KOVEN, N. S., MILLER, G. A., & HELLER, W. (2004). Neuropsychological evidence for dimensional schizotypy: Implications for creativity and psychopathology. *Journal of Research in Personality, 38(1),* 24–31. doi:10.1016/j.jrp.2003.09.014.

FONSECA-PEDRERO, E., CHAN, R. C., DEBBANÉ, M., CICERO, D., ZHANG, L. C., BRENNER, C., ... & ORTUÑO-SIERRA, J. (2018). Comparisons of schizotypal traits across 12 countries: Results from the International Consortium for Schizotypy Research. Schizophrenia research, 199, 128-134. doi: 10.1016/j.schres.2018.03.021.

FRANCOIS, Z., & TORRICO, T. J. (2024). Schizotypal Personality Disorder. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

GONG, J., HE, Y., WANG, S., & LIU, J. (2022). Emotion regulation and depressive symptoms mediate the association between schizotypal personality traits and suicidality in Chinese college students. *Archives of Suicide Research*, *26*(2), 614-625. doi: 10.1080/13811118.2020.1818655.

GOODING, D. C., MATTS, C. W., & ROLLMANN, E. A. (2006). Sustained attention deficits in relation to psychometrically identified schizotypy: Evaluating a potential endophenotypic marker. *Schizophrenia Research, 82*(1), 27–37. doi:10.1016/j.schres.2005.11.015.

HAZLETT, E. A., GOLDSTEIN, K. E., & KOLAITIS, J. C. (2011). A review of structural MRI and diffusion tensor ımaging in schizotypal personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*(1), 70–78. doi:10.1007/s11920-011-0241-z .

HORI, H., TERAISHI, T., SASAYAMA, D., MATSUO, J., KAWAMOTO, Y., KINOSHITA, Y., & KUNUGI, H. (2012). Relationships between season of birth, schizotypy, temperament, character and neurocognition in a non-clinical population. *Psychiatry Research, 195*(1-2), 69–75. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.028.

JAIN, L., & TORRICO, T. J. (2024). Paranoid Personality Disorder. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

KAVOUSSI, R. J., & SIEVER, L. J. (1992). Overlap between borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *33*(1), 7-12. doi: 10.1016/0010-440x(92)90072-x.

KENDLER, K. S., OHLSSON, H., SUNDQUIST, J., & SUNDQUIST, K. (2024). The genetic epidemiology of schizotypal personality disorder. *Psychological Medicine*, *54*(9), 2144-2151. doi: 10.1017/S0033291724000230.

KESHAVAN, M. (2004). Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research, 71*(1), 97–101. doi:10.1016/j.schres.2003.12.008.

KIRCHNER, S. K., ROEH, A., NOLDEN, J., & HASAN, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ schizophrenia*, *4*(1), 20.doi: 10.1038/s41537-018-0062-8.

KOENIGSBERG, H. W., REYNOLDS, D., GOODMAN, M., NEW, A. S., MITROPOULOU, V., Trestman, R. L., ... & SIEVER, L. J. (2003). Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(6), 628-634. doi: 10.4088/jcp.v64n0602.

KUMAR, A., PINJARKAR, R., ANAND, N., MANJULA, M., & MATH, S. B. (2008). Aripiprazole in schizotypal personality disorder: A case report. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *10*(6), 481. doi: 10.4088/pcc.v10n0612a.

LAIDLAW, T. M., DWIVEDI, P., NAITO, A., & GRUZELIER, J. H. (2005). Low self-directedness (TCI), mood, schizotypy and hypnotic susceptibility. *Personality and Individual Differences, 39*(2), 469–480. doi:10.1016/j.paid.2005.01.025

LIVESLEY, W. J., & LARSTONE, R. (Eds.). (2018). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Publications.

MATSUI, M., SUMIYOSHI, T., KATO, K., YONEYAMA, E., & KURACHI, M. (2004). Neuropsychological profile in patients with schizotypal personality disorder or schizophrenia. *Psychological Reports, 94*(2), 387–397. doi:10.2466/pr0.94.2.387-397

MCGLASHAN, T. H. (1983). The borderline syndrome: II. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder?. *Archives of General Psychiatry, 40*(12), 1319-1323. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790110061011.

MCGLASHAN, T. H. (1987). Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 44(2), 143.* doi:10.1001/archpsyc.1987.01800140045007

MCWILLIAMS, N. (2010). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.

MILLON, T., GROSMAN, S., MILLON C., MEAGHER, S., VE RAMNATH R. (2019). *Modern yaşamda kişilik bozuklukları.* Ankara: İş Bankası Kültür Yayınları.

MITROPOULOU, V., HARVEY, P. D., MALDARI, L. A., MORIARTY, P. J., NEW, A. S., SILVERMAN, J. M., & SIEVER, L. J. (2002). Neuropsychological performance in schizotypal personality disorder: evidence regarding diagnostic specificity. *Biological Psychiatry, 52(12), 1175–1182.* doi:10.1016/s0006-3223(02)01426-9.

MITROPOULOU, V., HARVEY, P. D., ZEGARELLI, G., NEW, A. S., SILVERMAN, J. M., & SIEVER, L. J. (2005). Neuropsychological performance in schizotypal personality disorder: Importance of working memory. *American Journal of Psychiatry, 162(10), 1896–1903.*

MOELLER, S. B., KVIST, V., JANSEN, J. E., & WATKINS, E. R. (2021). Clinical case of a schizotypal personality disorder: rumination-focused CBT for anger rumination. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *51*(4), 311-321. https://doi.org/10.1007/s10879-021-09501-y.

MOREY, L. C., GUNDERSON, J. G., QUIGLEY, B. D., SHEA, M., SKODOL, A. E., MCGLASHAN, T. H., ET al. (2002). The representation of borderline, avoidant, obsessive-compulsive, and schizotypal personality disorders by the five-factor model. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 215-234. doi: 10.1521/pedi.16.3.215.22541.

MOREY, L. C., GUNDERSON, J., QUIGLEY, B. D., & LYONS, M. (2000). Dimensions and Categories: The “Big Five” Factors and the DSM Personality Disorders. *Assessment, 7*(3), 203–216. doi:10.1177/107319110000700301.

NESTOR P.G., SHENTON M.E., MCCARLEY R.W., HAIMSON J., SMITH R.S., O’DONNELL B., KIMBLE M., KIKINIS R, JOLESZ F.A. (1993): Neuropsychological correlates of MRI temporal lobe abnormalities in schizophrenia. *Am J Psychiatry 150*(12):1849- 1855. doi: 10.1176/ajp.150.12.1849.

NIELSEN, K. D., HOVMAND, O. R., JØRGENSEN, M. S., MEISNER, M., & ARNFRED, S. M. (2023). Psychotherapy for patients with schizotypal personality disorder: A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, *30*(6), 1264-1278. doi: 10.1002/cpp.2901.

PERRIS, F., FABRAZZO, M., DE SANTIS, V., LUCIANO, M., SAMPOGNA, G., FIORILLO, A., & CATAPANO, F. (2019). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder: clinical response and treatment resistance to pharmacotherapy in a 3-year follow-up naturalistic study. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 386. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00386.

PERRY, J. C., PRESNIAK, M. D., & OLSON, T. R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, *76*(1), 32-52. doi: 10.1521/psyc.2013.76.1.32.

PULAY, A. J., STINSON, F. S., DAWSON, D. A., GOLDSTEIN, R. B., CHOU, S. P., HUANG, B., ... & GRANT, B. F. (2009). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, *11*(2), 53-67. doi: 10.4088/pcc.08m00679.

RADO, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry, 110(6), 406–416.* doi:10.1176/ajp.110.6.406.

RAINE, A., LENCZ, T., YARALIAN, P., BIHRLE, S., LACASSE, L., VENTURA, J., COLLETTI, P., (2002). Prefrontal structural and functional deficits in schizotypal personality disorder. *Schizophr. Bull. 28*, 501–513. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006957.

REYNOLDS, C. A., RAINE, A., MELLINGEN, K., VENABLES, P. H., & MEDNICK, S. A. (2000). Three-Factor Model of Schizotypal Personality: Invariance Across Culture, Gender, Religious Affiliation, Family Adversity, and Psychopathology. *Schizophrenia Bulletin, 26*(3), 603–618. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033481.

RIDENOUR, J. M. (2016). Psychodynamic model and treatment of schizotypal personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 33*(1), 129–146. https://doi.org/10.1037/a0035531.

ROITMAN, S. E., CORNBLATT, B. A., BERGMAN, A., OBUCHOWSKI, M., MITROPOULOU, V., KEEFE, R. S., ... & SIEVER, L. J. (1997). Attentional functioning in schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(5), 655-660. doi: 10.1176/ajp.154.5.655.

ROSELL, D. R., FUTTERMAN, S. E., MCMASTER, A., & SIEVER, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, *16*, 1-12. doi: 10.1007/s11920-014-0452-1.

ROSS, S. R., LUTZ, C. J., & BAILLEY, S. E. (2002). Positive and negative symptoms of schizotypy and the five-factor model: A domain and facet level analysis. *Journal of Personality Assessment*, *79*(1), 53-72. doi: 10.1207/S15327752JPA7901_04.

RYAN, A., MACDONALD, A., & WALKER, E. (2013). The treatment of adolescents with schizotypal personality disorder and related conditions: A practice-oriented review of the literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*(4), 408. https://doi.org/10.1037/h0101721.

SEIDMAN, L. J., YURGELUN-TODD, D., KREMEN, W. S., WOODS, B. T., GOLDSTEIN, J. M., FARAONE, S. V., & TSUANG, M. T. (1994). Relationship of prefrontal and temporal lobe MRI measures to neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Biological psychiatry*, *35*(4), 235-246. doi: 10.1016/0006-3223(94)91254-8.

SHER, L. (2021). Schizotypal personality disorder and suicide: problems and perspectives. *Acta Neuropsychiatrica, 33*(5), 280–282. doi:10.1017/neu.2021.19.

SOBIN, C., BLUNDELL, M. L., WEILLER, F., GAVIGAN, C., HAIMAN, C., & KARAYIORGOU, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of psychiatric research*, *34*(1), 15-24. doi: 10.1016/s0022-3956(99)00023-0.

SPERRY, L. (2005). *Handbook of Diagnosis and Treatment of DSM-IV-TR Personality Disorders: Assessment, Case Conceptualization, and Treatment*. New York: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203427088.

STONE, M. (1985). Schizotypal personality: Psychotherapeutic aspects. *Schizophrenia Bulletin, 11*(4), 576–589. doi:10.1093/schbul/11.4.576.

SVRAKIC, D. M. (1993). *Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. Archives of General Psychiatry, 50*(12), 991. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240075009.

TARBOX, S. I., & POGUE-GEILE, M. F. (2011). A multivariate perspective on schizotypy and familial association with schizophrenia: A review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1169–1182. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.002.

TORGERSEN, S., LYGREN, S., ØIEN, P. A., SKRE, I., ONSTAD, S., EDVARDSEN, J., … KRINGLEN, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*(6), 416–425. doi:10.1053/comp.2000.16560.

TRULL, T. J. (2012). The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *Journal of Personality, 80*(6), 1697–1720. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00771.x.

VOGLMAIER, M. M., SEIDMAN, L. J., SALISBURY, D., & MCCARLEY, R. W. (1997). Neuropsychological dysfunction in schizotypal personality disorder: A profile analysis. *Biological Psychiatry, 4*1(5), 530–540. doi:10.1016/s0006-3223(96)00056-x.

WALTER, E. E., FERNANDEZ, F., SNELLING, M. & BARKUS, E. (2016). Genetic consideration of schizotypal traits: a review. *Front. Psychol*. 7, 1769. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01769.

WANG, Y., YAN, C., YIN, D. -Z., FAN, M. -X., CHEUNG, E. F. C., PANTELIS, C., & CHAN, R. C. K. (2014). Neurobiological Changes of Schizotypy: Evidence From Both Volume-Based Morphometric Analysis and Resting-State Functional Connectivity. *Schizophrenia Bulletin, 41*(2), 444–454. doi:10.1093/schbul/sbu178.

WANG, Z. (2023). An overview of schizotypal personality disorder: Etiology treatment. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, *13*, 39-45. https://doi.org/10.54254/2753-7048/13/20230847.

WEINBERGER D.R., BERMAN K.F., SUDDATH R., TORREY E. F. (1992). Evidence of dysfunction of a prefrontal-limbic network in schizophrenia A magnetic resonance imaging and regional cerebral blood flow study of discordant monozygotic twins. *Am J Psychiatry 149*,890-897. doi: 10.1176/ajp.149.7.890.

WEINBERGER, D.R. (1987): Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry 44*:660-670. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800190080012.

WIDIGER, T. A., & MULLINS-SWEATT, S. N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology, 5(1), 197–220.* doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542.

Summary

The aim of the study is to evaluate schizotypal personality disorder in terms of theoretical, dimensional and distinctive features. Schizotypal personality disorder has an old origin. Although it was considered similar to psychotic disorders in early studies, it was later evaluated as a different disorder. When the studies in the literature are evaluated, it is seen that it is a personality disorder that has been studied in a limited number of ways compared to other personality disorders. This disorder is characterized by problems in social and interpersonal close relationships, unusual beliefs and magical thoughts, abnormal thinking and speech, perceptual experiences and physical illusions, skeptical thoughts, inappropriate or restricted emotions, unusual behaviors and appearance. From a neuropsychological perspective, it is known that there are problems in executive functions such as planning and reasoning, etc. in schizotypal personality disorder, and problems in information processing, memory and learning processes. Many studies have reported that there may be gray matter and white matter anomalies along with brain regions such as the temporal lobe and prefrontal cortex. Psychodynamically, it has been associated with problems at ego boundaries, a scattered ego structure and different defense mechanisms. In terms of object relations, growing up in families with traumatic experiences and negative experiences at the age and functionally dysfunctional are considered as risk factors. When evaluated from a cognitive perspective, problems are seen in cognitive functions such as associating and organizing words, following a subject, maintaining logic and causality in the conversation process and organizing thoughts. In addition, problems may arise in information processing processes, in perceiving and interpreting oneself, events and information received from the environment. From a behaviorist perspective, it can be said that behaviors emerge as a result of classical conditioning through contiguity and reinforcement or punishment through operant conditioning. It can be thought that schizotypal thought and behavior structure and magical thoughts may also develop through modeling, conditioning and reinforcement from parents in the early stages. When evaluated in terms of differential diagnosis, it is a personality disorder that can be evaluated in neuropsychological, cognitive, behavioral and psychodynamic contexts, and it is known that it has common and distinctive features with psychopathologies such as schizophrenia, borderline personality disorder, paranoid personality disorder, and schizoid personality disorder in terms of differential diagnoses. It is thought that making this distinction is important in terms of therapeutic approaches. In schizophrenia, strange and odd behaviors or thoughts, psychotic experiences such as delusions and hallucinations are experienced more clearly and severely than in schizotypal personality disorder. While impulsivity, identity problems, feelings of emptiness, emotional control problems, and problems in interpersonal relationships are more prominent in borderline personality disorder, magical thinking, social isolation, strange and odd thoughts and behaviors are prominent in schizotypal personality disorder diagnosis. In schizoid personality disorder, unlike the features mentioned above, distant, indifferent and dull features are prominent. Psychotherapy and psychopharmacological approaches are used in its treatment. It is thought that making this distinction is important in terms of therapeutic approaches. It has been observed that the number of studies on schizotypal personality disorder is quite limited. In this context, it can be said that studies on psychotherapy and psychopharmacological treatment are needed.