



# **KLİNİK VE RUH SAĞLIĞI PSİKOLOJİK DANIŞMANLIĞI DERGİSİ**

TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA VE  
REHBERLİK DERNEĞİ





Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği  
Turkish Psychological Counseling and Guidance Association  
Genel Merkez / Central Office

ISSN: 2822-4582

**KLİNİK VE RUH SAĞLIĞI PSİKOLOJİK DANIŞMANLIĞI DERGİSİ**  
JOURNAL OF CLINICAL AND MENTAL HEALTH COUNSELING

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınıdır.  
Publication of Turkish Psychological Counseling and Guidance Association

**Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Adına Sahibi/Owner**  
Mesut Yıldırım

**Baş Editör/Editor-in-chief**

Prof. Dr. Ayşe Rezan Çeçen Eroğul

**Editörler / Editors**

Doç. Dr. Raşit Avcı

Doç. Dr. Tuğba Sarı

**Ulusal ve Uluslararası Akademik Danışmanlar Kurulu**  
**National and International Advisory Board**

- Dr. Ahmet Can, Governors State University, ABD  
Prof. Dr. Ali Eryılmaz, Yıldız Teknik Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Dr. Alim Kaya, Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC  
Prof. Dr. Bilge Uzun, Bahçeşehir Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Cecilia A. Essau, University Of Roehampton, İngiltere  
Prof. Dr. Christine Bhat, Ohio University, Athens ABD  
Prof. Dr. Erdinç Öztürk, İstanbul Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Firdevs Savi-Çakar, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Fulya Cenkseven-Önder, Çukurova Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Gernot Aich, University Of Education Schwaebisch Gmuend, Almanya  
Doç Dr. Nalan Kazaz, AAB Üniversitesi, Kosova  
Prof. Dr. Nergüz Bulut-Serin, Lefke Avrupa Üniversitesi, KKTC  
Doç. Dr. Nursel Topkaya, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Özgür Erdur-Baker, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Ragıp Özyürek, İstanbul Aydın Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Sharon Bowman, Ball State University, Muncie, Indiana-ABD  
Prof. Dr. Şenel Poyrazlı, Penn State Harrisburg, ABD  
Prof. Dr. Yaşar Özbay, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Türkiye

**Dil Editörü**

Arş. Gör. Dr. Senem Ezgi Vatandaşlar

**Teknik Düzenleme**

Arş. Gör. Alper Karababa

Arş. Gör. Halil Emre Kocalar

**Yayın İdare Merkezi Adres-Tel./Publication Management Center Address- Phone**

Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği  
Öncebeci Mah. Umut Sok. No.50/4 Kolej/ANKARA Tel: 0312 430 3674 Dergi

Web Sayfası/Journal Webpage

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/krspdder>

<b>Makaleler</b>	<b>Sayfa</b>
<b>An Investigation of the Homophobia Levels of University Students in terms of Stigma and Gender Roles</b> <i>Üniversite Öğrencilerinin Homofobi Düzeylerinin Damgalanma ve Cinsiyet Rollerini Açısından İncelenmesi</i> <b>Metehan Çelik, Serap Burçak Boran &amp; Hatice Hatipoğlu</b>	1-13
<b>Az Bilinen Bir Konu 'Şizotipal Kişilik Bozukluğu': Bir Gözden Geçirme</b> <i>A Lesser-Known Diagnosis 'Schizotypal Personality Disorder': A Review</i> <b>Umutcan Altunkaya &amp; Çiçek Hocaoğlu</b>	14-35

## ARAŞTIRMA


## Açık Erişim

## RESEARCH

## Open Access

## An Investigation of the Homophobia Levels of University Students in terms of Stigma and Gender Roles

Üniversite Öğrencilerinin Homofobi Düzeylerinin Damgalama ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Açısından İncelenmesi

Metehan Çelik, Serap Burçak Boran , Hatice Hatipoğlu

**Author Info****Metehan Çelik**

Assoc. Prof.

Çukurova University, Faculty of Education

[celmete@cu.edu.tr](mailto:celmete@cu.edu.tr)

**Serap Burçak Boran**

Msc., School Counselor

Ministry of National Education

[serapburcak28@gmail.com](mailto:serapburcak28@gmail.com)

**Hatice Hatipoğlu**

Msc., School Counselor

Ministry of National Education

[haticehatipoglu34@gmail.com](mailto:haticehatipoglu34@gmail.com)

**ABSTRACT**

This study aimed to examine the homophobia levels of university students in terms of stigma and gender roles. The study sample includes 174 women (72.5%) and 66 men (27.5%), totaling 240 students from the Psychological Counselling and Guidance Department of a state university in a big city. The data were collected through the Personal Information Form, Stigma Scale, Gender Roles Attitude Scale, and Hudson and Ricketts Homophobia Scale. In the analysis of the data, Pearson's product-moment correlation coefficient and multiple relational regression analysis were used. The findings suggested that university students who are male have a higher tendency to stigmatize others and homophobia levels and have a relatively traditional attitude than female students. It was found that homophobia level was positively correlated with stigma and sex but negatively correlated with gender roles. Accordingly, men, those with traditional gender roles, and those with high stigmatization tendencies have significantly higher homophobia levels. In addition, stigma and traditional gender roles have been found to predict homophobia in university students. However, the gender variable is not a significant predictor of homophobia.

**Article Info****Keywords**

Homophobia, stigma, gender roles, university student

**Anahtar Kelimeler**

Homofobi, damgalanma, cinsiyet rolleri, üniversite öğrencisi

**About Article**

**Submission:** 07/09/2023

**Revision:** 04/12/2023

**Acceptance:** 18/12/2023

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin homofobi düzeylerini damgalama, toplumsal cinsiyet rolleri ve cinsiyet açısından incelemektir. Araştırmanın örneklemini, bir büyük şehirde bulunan devlet üniversitesinin Psikolojik Danışma ve Rehberlik bölümünde öğrenim gören 174'ü kadın (%72.5) ve 66'sı erkek (%27.5) olmak üzere toplam 240 öğrenci oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Damgalama (Stigma) Ölçeği, Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği ile Hudson ve Ricketts Homofobi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği ile Çoklu İlişkisel Regresyon analizi kullanılmıştır. Bulgulara göre, biyolojik cinsiyeti erkek olan üniversite öğrencilerinin, kadın olanlara göre homofobi ile damgalama eğilimlerinin daha yüksek olduğu ve görece geleneksel tutuma sahip oldukları görülmüştür. Homofobi düzeyi, damgalama ve cinsiyet ile pozitif; toplumsal cinsiyet rolleri ile negatif yönde anlamlı olarak ilişkilidir. Buna göre erkekler, cinsiyet rolü geleneksel olanlar ve damgalama eğilimi yüksek olanların homofobi düzeyleri anlamlı derecede daha yüksektir. Additionally, stigma and traditional gender role predict homophobia in university students; It was determined that the gender variable did not predict the level of homophobia.

**For Citation:** Çelik, M., Boran, S. B. & Hatipoğlu, H. (2023). An investigation of the homophobia levels of university students in terms of stigma and gender roles. *The Journal of Clinical and Mental Health Counseling*, 3(2), 1-13.

**Ethical Declaration:** This study was approved by the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Çukurova University in the Field of Social Sciences and Humanities (23.02.2022/03).

## INTRODUCTION

LGBT (lesbian, gay, bisexual, and transgender) individuals are alienated in many societies, and they are stigmatized and humiliated due to their identity. It can be considered a crime against humanity when the majority of a society with a heterosexual identity acts intolerantly and displays homophobic reactions to identities that are different from theirs. Homophobia is a type of xenophobia, which is expressed as intense fear from individuals who are different from oneself or who do not conform to norms, and which is defined as phobia towards strangers. Xenophobia is the fear or hatred of individuals who are different from themselves in a way, and it is formed by the thought of believing that what is contrarian is dangerous (Sanberk, Çelik & Gök, 2016). The concept of homophobia, which was first introduced by the American psychotherapist George Weinberg in 1972, generally includes negative prejudices, feelings, attitudes, and behaviors towards people with different sexual orientations such as homosexuality (Herek, 2007; Madžarević & Soto-Sanfiel, 2018). It can also be described as a tendency that includes negative evaluations and hostile attitudes towards homosexuals. These negative evaluations may include cognitive (e.g., humiliating stereotyping), affective (e.g., loathing), and behavioral (e.g., staying away) tendencies (Sielert & Timmermans, 2011).

Considering the studies recently conducted on homophobia in our country, it was seen that male and female students have negative opinions about homosexual athletes in some parameters despite having positive thoughts about them (Saraç & Rahim, 2009), the representations of sexual orientations differ according to the participants' acquaintance levels with homosexual/bisexual/transgender people (Şah, 2011). High homophobia and low acquaintance levels are associated with more negative definitions (Şah, 2012), the opinions of male and female students differ towards homosexual male athletes but there is no difference in their opinions against homosexual female athletes (Saraç, 2013). Homophobia scores of university students differ significantly in terms of sex and gender role (Sanberk, Çelik & Gök, 2016), and the level of homophobia increases as the democratic attitude of their parents which the students perceive decreases (Emrem, 2017). Homophobia levels of school counselors and their attitudes towards homosexual people differ in terms of their level of acquaintance with homosexual people (Arık, 2017), there is a significant and negative relationship between the athlete identity levels of male athletes and their total attitude scores towards lesbians, gays and lesbians and gays (Saraç & Toprak, 2017) and the group guidance program applied to teachers reduces teachers' homophobia attitude scores for a long time (Ummak & Bilgin, 2017).

When the relationship between masculinity and internalized homophobia in homosexual men is examined conformity to masculine norms and threats to masculinity contingency were stronger predictors of internalized homophobia (Thepsourinthone, Dune, Liamputtong & Arora, 2020). In another study, it was found that the long-term effects of homophobic stigmatization in adolescence continue into adulthood (Bos, Carone, Rothblum, Koh & Gartrell, 2021). Homophobic attitudes and exposure to homophobic bullying are predictors of homophobic bullying (Orue & Calvete, 2018). Homophobia with masculine norms had a significant positive correlation (Nancy, 2022).

Stigma is the characterization of a person as defective or worthless by the society in which they live because they do not conform to the criteria of the society (Karagöl, Çalışkan & Beyazyüz, 2013). Despite being scientifically proven by studies that sexual orientation is not a medical disorder, homosexuals are still defined and stigmatized as sick or abnormal in societies, and efforts

to change their identities into heterosexuals continue. Even if people are enlightened, their prejudices about sexual identities do not change quickly, and the adoption of groundless information is faster (Bilgiç-Çelik & Hotun-Şahin, 2012). Homosexual individuals, one of the groups that are subjected to prejudice and discrimination, come up against many social and psychological problems such as alienation and stigma (Herek, 2007), being exposed to verbal and physical assault (Herek, 1989), and not being able to disclose their sexual orientation (Herek, 1995). Moreover, individuals grow up by internalizing the gender roles of the societies in which they grow. While this situation brings along the discrimination between men and women, it can also result in the learning of prejudices about different sexual identities.

Sex is the classification of an individual as male or female in terms of genetic, hormonal, and anatomical characteristics. Gender is the psychological and cultural side of biological sex. Attitudes, behaviors, and personality traits associated with the social role of male or female refer to gender roles (Shechner, 2010). Gender includes the status of women and men in society, the appropriate roles for them, their duties and responsibilities, their position, how society perceives the individual, and their expectations (Sancar et al., 2006). Gender roles are expressed independently of biological sex and role patterns constructed through femininity and masculinity in the socialization process (Dökmen, 2004; Seçgin & Tural, 2011). Violation of gender roles is seen as a violation of the roles defined for males and females. For this reason, sexual identities such as gay and lesbian are not welcomed because they do not conform to approved gender roles (Karaman, Alagöz & Fidan, 2022). However, sex is determined by nature while gender is determined by culture. Accordingly, contrary to biological sex, gender differences are formed by social structuring and it is possible to change it (Öngen & Aytaç, 2013).

When the related literature is reviewed, it is seen that there are significant relationships between homophobia and sex (Fisher et al., 2017; Hatibovic, Bobowik, Faundez & Sandoval, 2017; Mestvirishvili et al., 2017), sexism (Castromonte & Grijalva, 2017; Sakallı, 2002; Stark, 1991), gender role (Sanberk, Çelik & Gök, 2016) and negative attitudes (Şah, 2012; Güney, Kargı & Chorbacı Oruç, 2004). Studies that are carried out on homophobia in Turkey are very limited when compared to the ones conducted in the Western literature. Despite being the subject of more and more studies in recent years as the concept of homophobia needs to be investigated more scientifically, anti-homosexual attitudes are generally discussed from a psychological and sociological point of view in these studies. However, LGBT individuals encounter discriminatory behaviors and prejudices in all areas of life (Orta & Camgöz, 2018). In particular, examining the concept of homophobia, which is not sufficiently examined in the domestic literature, together with the variables of stigmatization and gender roles will fill an important vacancy by making an original contribution.

The primary purpose of this study is to investigate the homophobia levels of university students in terms of the levels of stigma and gender roles. In line with this purpose, the following subgoals have been set off;

1. Is there a significant difference between the female and male university students' scores of homophobia, stigma, and gender roles?
2. Do university students' levels of stigma, gender roles, and sex predict their homophobia levels significantly?

## METHODS

### Research Design

This study, which aims to investigate to what extent university students' scores of stigma and gender roles attitude and their sexualities predict their homophobia levels, is designed as a correlational study.

### Participants

The participants of the study consisted of 240 college students, 174 of whom were female (72.5%) and 66 of whom were male (27.5%), who were studying at the Department of Psychological Counseling and Guidance Department at a state university in a big city. The ages of the students in the study group ranged from 18 to 41 ( $\bar{X}=20.71$ ;  $sd=2.16$ ) and 59.6% of them stated that they lived and grew up in the city, 24.2% in the district, 3.3% in the town and 12.9% in the village. Of the participants, 65.8 % stated that they are acquainted with or know individuals having different sexual identities. 79.6% of these students indicated that they belong to a nuclear family, 18.3% belong to an extended family and 2.1% belong to another family type. It was understood from the declarations of the students that the fathers of 80.4% of the students were employed and the mothers of 84.6% of them were unemployed.

### Data Collection

**Personal Information Form** This form included questions regarding the participants' age, gender, family type, whether or not they have a homosexual, etc acquaintance, and whether their parents work or not.

**The Stigma Scale.** The Stigma Scale was developed by Yaman and Güngör (2013) to measure stigma tendency. The scale consists of 22 items and 4 sub-dimensions of labeling, psychological well-being, discrimination alienation, and prejudice. The highest score that can be obtained from a 5-point Likert-type scale (1=I completely disagree, 5=I completely agree) is 110 and the lowest score is 22. Getting a score lower than 55 on the scale indicates that the participant has a low level of stigma tendency and a score higher than 55 indicates that the participant has a high level of stigma tendency. The scale item correlations varied between .31 and .52. The Cronbach Alpha reliability coefficient of the scale is 0.84, the Spearman-Brown correlation coefficient is 0.85, and the Guttman split-half value is 0.85.

**The Homophobia Scale of Hudson and Ricketts.** It was developed by Hudson and Ricketts (1980) to measure attitudes towards homosexual individuals. The scale has 25 items in its original form. However, the 24-item form which, was adapted into Turkish by Sakallı and Uğurlu (2001), was used in this particular research. Getting a high score on this 6-point Likert-type scale (1=I completely disagree, 6=I completely agree) shows that the participant has a high level of homophobia. 10 items in the scale are scored reversely (5, 6, 8, 10, 11, 13, 17, 18, 23 and 24). The internal consistency coefficient of the scale is .94.

**Gender Roles Attitude Scale.** The scale was developed by Zeyneloğlu and Terzioğlu (2011) to determine the university students' attitudes towards gender roles. The scale consists of 5 sub-dimensions of equalitarian, female, role in marriage, traditional and male gender roles. The scale is a 5-point Likert-type scale (1=I completely disagree, 5=I completely agree) with 38 items. The items about traditional attitudes are scored reversely. The lowest score, which is obtained from the

scale, shows that the participant has a traditional attitude towards gender roles, and the highest score, which is obtained from the scale, indicates that the participant has an equalitarian attitude. The scale item correlations varied between .39 and .92. Cronbach Alpha reliability coefficient of the scale is .92.

### Data Analysis

The research is designed as a correlational study. The data collection tools of the research are the Personal Information Form, The Stigma Scale, The Gender Roles Attitudes Scale, and The Homophobia Scale of Hudson and Rickett. The data of the research was analyzed by using the SPSS 22 program. First, skewness and kurtosis values were examined. In Table 1, kurtosis and skewness values between -1.5 and +1.5 indicate that the data are normally distributed (Tabachnick & Fidell, 2013).

**Table 1. Descriptive statistics of scale and subscales**

<i>Variables</i>	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>Standard Deviation</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Homophobia	240	74.15	26.61	.37	-.49
Stigma	240	41.68	9.14	.37	-.15
Gender roles	240	158.14	12.97	-.84	-.01
Sex (Dummy)	240	.28	.45	1.02	-.98

Therefore, following the t-test analysis, Pearson Product-Moment Correlation Analysis was conducted to investigate the probable relationships between the variables in addition to Multiple Regression Analysis, which was carried out to investigate whether the students' levels of stigma and gender role attitudes and their sexes predict the homophobia level. Sex was added to the regression analysis as the dummy variable, and its common effect was obtained in this way. The results of the multiple correlation test present that the stigma and gender tolerance values are .553 for stigma, .486 for gender roles, and .782 for the dummy variable. When Variance Inflation Factor (VIF) values are considered, it is seen that VIF values are 1.808 for stigma, 2.059 for gender roles, and 1.278 for the dummy variable. TO values are lower than .10 and VIF values are lower than 10 so the variables meet these assumptions. The results of the analysis show that the Durbin-Watson coefficient, which ranges between 1.5 and 2.5, is 1.989 in this study. This value is considered normal, and it was concluded that there was no autocorrelation. A value of .05 was taken as a criterion for the significance level of the findings.

## RESULTS

In this section, firstly, homophobia, stigmatization and gender roles attitude scores, which are the variables in the study, were analyzed in terms of sex. After the relationships between these variables had been analyzed, findings on whether university students' homophobia levels are predicted by stigma, gender role attitudes and sex were presented. Table 2 shows the results of the t-test conducted to determine whether the scores of the participant university students obtained from the Homophobia Scale of Hudson and Ricketts, Stigma Scale, and Gender Roles Attitude Scale differ by gender.



**Table 2. t-test results of the scores of homophobia, stigma, and gender role attitudes by sex**

<i>Variables</i>	<i>Sex</i>	<i>N</i>	$\bar{X}$	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Homophobia	Female	174	68.88	25.63	-5.247	.000
	Male	66	88.03	24.18		
Stigma	Female	174	39.82	8.59	-5.389	.000
	Male	66	46.56	8.81		
Gender Role Attitudes	Female	174	161.86	10.56	8.127	.000
	Male	66	148.35	13.68		

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

When Table 2 is considered, it is seen that the scores of homophobia ( $t = -5.25$ ,  $p < .05$ ), stigma ( $t = -5.39$ ,  $p < .05$ ) and gender roles attitude ( $t = 8.13$ ,  $p < .05$ ) differ significantly according to the sexuality. The mean scores of homophobia ( $\bar{X} = 88.03$ ) and stigmatization ( $\bar{X} = 46.56$ ) of male students are higher than the mean scores of homophobia ( $\bar{X} = 68.88$ ) and stigmatization ( $\bar{X} = 39.82$ ) of female students. When the mean scores of gender roles are analyzed, the mean scores of female students (161.86) are higher than the mean scores of male students (148.35). Accordingly, it is seen that male students have higher homophobia and stigmatization tendencies and have more traditional attitudes than female students.

The results of the Pearson correlation analysis which was conducted to investigate the relationships between the participants' scores of stigma, gender roles, and sexualities, and their scores of homophobia are presented in Table 3. When Table 3 is considered, it is seen that there are positively (linear) significant relationships between scores obtained from the Homophobia Scale of Hudson and Ricketts and the Stigma Scale. This finding shows that the scores obtained from the Homophobia Scale of Hudson and Ricketts go up in parallel with the ones obtained from the Stigma Scale. When Table 2 is considered again, it is seen that there are negatively (linear) significant relationships between scores obtained from the Homophobia Scale of Hudson and Ricketts and the Gender Roles Attitude Scale.

**Table 3. Mean, standard deviation, and correlation values for the study variables**

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Homophobia (1)	-			
Stigma (2)	** .61	-		
Gender Role Attitudes (3)	** -.57	** -.67	-	
Sex (Dummy) (4)	** .32	** .33	** -.47	-

\*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$

This finding shows that the scores obtained from the Gender Roles Attitude Scale go down as the scores obtained from the Homophobia Scale of Hudson and Ricketts go up. Finally, it is observed that there are positive (linear) relationships between the scores obtained from the

Homophobia Scale of Hudson and Ricketts and the variable of sex. Accordingly, homophobia is correlated with being a male.

When Table 3 is considered, it is seen that correlation values between the independent variables were at significant levels. The results of the Multiple Linear Regression Analysis, which was conducted to determine the predictive power of the scores obtained from the Stigma Scale and Gender Roles Attitude Scale on the scores obtained from the Homophobia Scale, are presented in Table 4.

**Table 4. Standard multiple regression analysis results of the prediction of homophobia**

<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>Standard Error</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Binary r</i>	<i>Partial r</i>
Constant	106.667	28.93	-	3.687	.000	-	-
Stigma	1.221	.193	.419	6.321	.000	.614	.381
Gender role attitudes	-.534	.145	-.260	-3.675	.000	-.569	-.233
Sex	3.715	3.317	.062	1.120	.264	.322	.073

$R = .65, R^2 = .43, R^2_{adjusted} = .42, F_{(3, 236)} = 58.303, p = .00$

When Table 3 is considered, the variables of stigma and gender role attitudes together give a high and significant relationship with the scores of homophobia ( $R^2 = 0.43, p < .01$ ). These two variables together explain approximately 42% of the total variance in homophobia. According to the standardized regression coefficient ( $\beta$ ), the relative importance of the predictor variables on homophobia are stigma and gender role attitudes. However, the variable of sex does not predict homophobia significantly ( $p = .264$ ).

## DISCUSSION

In this study, the findings about three variables of this study, primarily homophobia, stigma, and gender role attitudes, have been evaluated according to the sex of the participants. The result of the analysis has presented that university students who are biologically male have a higher tendency to stigmatize with homophobia than females and they also have a relatively more traditional attitude than female students. Bakır Ayğar, Gündoğdu & Ayğar (2015) investigated the attitudes of the students studying at the faculty of education towards homosexuals and they concluded that female students' attitudes were more positive and their homophobia levels were lower than male students. When stigmatization tendency is discussed, it stands out that males are similarly more stigmatizing than females (Güngör, 2013; Sevim, 2018). Mitrani-Akdaş (2008), and Sungur & Yalnız (1999) found in their studies that male participants in the studies had higher negative attitude scores towards both female and male homosexuals than female participants. This may be due to male participants' perception of LGBT identities as a threat to their identity, or it may be due to suppressed homosexuality. When the attitudes towards homosexual individuals are looked over, it has been seen that people generally have negative attitudes, thoughts, manners, and feelings towards homosexuals of the same sexuality, and it has been found that males have a much more negative approach to homosexuality and male homosexuality than women (Çabuk 2010; Çelik & Şahin 2012; Davies 2004; Sadıç & Beydağ, 2018).

In this particular study, male participants with higher levels of stigma and homophobia have a relatively more traditional attitude in terms of the relationship between sex and gender roles. Eslen-Ziya and Koç (2016) focused in their research on the experience of being a homosexual man in Turkey and they presented that males' lives and discourses about being a male are shaped by culture and are influenced by traditional gender roles. Kara (2019) conducted a study about the relationship between gender roles and homophobia and found that there are positive and significant relationships between traditional roles in groups with high homophobia levels. In another study, data shows that male participants were significantly more homophobic and sexist than female participants (Stark, 1991).

Stigmatization is quite a harmful experience for individuals and societies (Yaman & Güngör, 2013). In the social culture that consecrates heterosexism and accepts individuals who stay outside the heterosexual matrix as sexual minorities, discriminatory practices resulting from homophobia are increasing gradually and homosexuality is becoming a stigmatized category (Özcan Elçi, 2018; Göregenli & Karakuş, 2011). Therefore, we investigated the homophobia levels of university students in terms of stigmatization and gender roles in our study and we concluded that there was a positive and significant relationship between homophobia and stigmatization, as was expected. Metin Orta and Metin Camgöz (2018) dealt with 35 scientific articles on homophobia with a sample in Turkey, and they obtained a general result suggesting that attitudes towards homosexuals are negative in Turkey.

When the relationship between homophobia and gender roles attitude is a matter of fact, it is observed that there is a significantly negative relationship between them. Accordingly, the participants start to have traditional gender role attitudes as their level of homophobia goes up. Traditional gender role refers to the roles and responsibilities that are imposed by society on females and males (Zeyneloğlu, 2008). Spoden (1993) claims that homophobia is associated with the strict gender role stereotypes that society assigns to the sexes. Stark (1991) stated that traditional gender roles are associated with high levels of homophobia; Polimeni et al. (2000) expressed that males with high levels of homophobia have traditional gender roles; Sanberk, Çelik and Gök presented that homophobia scores of masculine individuals increased significantly; Hetzel (2011) concluded that there was a relationship between the traditional gender role and the concept of heterosexism, which rejects and stigmatizes non-heterosexual identities (Herek, 1990).

According to another finding obtained in this research, stigmatization predicted homophobia positively while gender roles predicted the attitude negatively. It was also found that the variable of sex was not a significant predictor. The existence of homophobia brings along stigmatization in societies the majority of which are heterosexual, and this was also concluded in the light of the studies that were conducted. In addition, it can be stated that gender predicts homophobia negatively and this is a positive change in terms of gender roles.

In other words, it can be mentioned that the adoption of androgenicity-based gender roles provides a reduction in the level of homophobia. However, when the studies conducted are investigated, it is seen that the homophobia levels of males are higher than females (Okutan & Büyükşahin-Sunal, 2011; Sanberk, Çelik & Gök, 2016; Kara, 2018; Madžarević & Soto-Sanfiel, 2018; Balcı, Durmuş & Timur, 2019); Yalçın, 2019). Tuna (2019) conducted a study and investigated psychological counselors' and psychologists' attitudes toward lesbian and gay individuals and the predictors of their attitudes. Similar to our study, it was concluded that there

was no significant difference between the attitudes of the participants in terms of sexuality. Therefore, this finding may be related to the fact that the samples of both studies consisted of psychological counselors or psychologists and the majority of the participants were female.

### **About Authors**

#### **Metehan ÇELİK**

Assoc. Prof.

Çukurova University

Department of Psychological Counseling and Guidance

[celmete@cu.edu.tr](mailto:celmete@cu.edu.tr)

#### **Serap Burçak BORAN**

Msc., School Counselor

Ministry of Education

[serapburcak28@gmail.com](mailto:serapburcak28@gmail.com)

#### **Hatice HATİPOĞLU**

Msc., School Counselor

Ministry of Education

[Haticehatipoglu34@gmail.com](mailto:Haticehatipoglu34@gmail.com)

### **Author Contributions**

The authors contributed equally to this article.

### **Conflict of Interest**

No conflict of interest has been declared by the authors.

### **Financial Support**

No financial support was received within the scope of the research.

### **Ethical Statement**

This study was approved by the Scientific Research and Publication Ethics Board of Çukurova University in the Field of Social and Human Sciences with the decision No. 03 on 23.02.2022.

## REFERENCES

- Arık, F. (2017). *Okul psikolojik danışmanlarının eşcinsellere yönelik tutumlarının ve homofobi düzeylerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bilgiç-Çelik, D., Hotun-Şahin, N. (2012). Cinsel yönelimler: Sağlık personelinin yaklaşımı. *III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi*, 18-20 Mayıs, İstanbul.
- Bos, H., Carone, N., Rothblum, E. D., Koh, A. & Gartrell, N. (2021). Long-term effects of homophobic stigmatization during adolescence on problem behavior in emerging adult offspring of lesbian parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 1114-1125. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01364-1>
- Castromonte, B. J. B. & Grijalva, H. M. N. (2017). Sexism and homophobia in Adolescents of a Public Educational Institution. *Propósitos y representaciones*, 5(2), 245-275. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6178628.pdf>
- Dökmen, Y. Z. (2004). *Toplumsal Cinsiyet Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. Sistem Yayıncılık.
- Emrem, Ç. (2017). *Üniversite öğrencilerinde homofobi düzeyi ile anne baba tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eslen-Ziya, H. & Koç, Y. (2016). Being a gay man in Turkey: Internalised sexual prejudice as a function of prevalent hegemonic masculinity perceptions. *Culture, health & sexuality*, 18(7), 799-811. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1133846>
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Giovanardi, G., Carone, N., ... & Maggi, M. (2017). Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 40, 263-273. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0552-3>
- Göregenli, M. & Karakuş, P. (2011). Türkiye'deki LGBT bireylerin günlük yaşamlarında maruz kaldığı heteroseksist ayrımcı tutum ve uygulamalar. Ali Erol (Ed.), *In Anti-homofobi Kitabı 3* (ss. 53-62). Ayrıntı Basımevi.
- Güney, N., Kargı, E. & Çorbacı-Oruç, A. (2004). Üniversite öğrencilerinin eşcinsellik konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Turkish Journal Of HIV/AIDS*, 7(4), 131-137. [http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/74/3\\_131-137.rtf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/74/3_131-137.rtf)
- Hatibovic, F., Bobowik, M., Faúndez, X. & Sandoval, J. (2017). Xenofobia y homofobia como efectos de la orientación política, religión y sexo mediados por clasismo y patriocentrismo en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 131-148.
- Herek, G. M. (1989). Hate crimes against lesbians and gay men: Issues for research and policy. *American Psychologist*, 44(6), 948. <https://psycnet.apa.org/record/1989-33289-001>
- Herek, G. M. (1990). The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of interpersonal violence*, 5(3), 316-333. <https://doi.org/10.1177/088626090005003006>

- Herek, G. M. (1995). Psychology heterosexism in the United States. A. R. D'Augelli & C. J. Patterson, (Ed.). In *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* içinde (321-340). Oxford University Press.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality research & social policy*, 1, 6-24. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1525/srsp.2004.1.2.6>
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63, 905–925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>.
- Hetzl, C. J. (2011). Exploring the relationship between public opinion and personal attitudes and behavior toward lesbians and gay men: Social conformity revisited. *Journal of Homosexuality*, 58(10), 1421-1441. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614910>
- Hudson, W. W. & Ricketts, W. A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of homosexuality*, 5(4), 357-372.
- Karagöl, A., Çalışkan, D. & Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Sted*, 22(3), 96-101. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/198317#page=20>
- Karaman, N., Alagöz, R. & Fidan, A. (2022). Gender roles, religion, and attitudes towards homosexuality and premarital sex in Turkey. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*, 52, 253-268. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1019296>
- Madzarević, G., and Soto-Sanfiel, M. T. (2018). Positive representation of gay characters in movies for reducing homophobia. *Sexuality & Culture*, 22, 909–930. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9502-x>
- Mestvirishvili, M., Zurabishvili, T., Iakobidze, T. & Mestvirishvili, N. (2017). Exploring homophobia in Tbilisi, Georgia. *Journal of Homosexuality*, 64(9), 1253-1282. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1244445>
- Orta, İ. M. & Camgöz, S. M. (2018). Türkiye'de yapılan homofobi çalışmalarına genel bir bakış. *DTCF Dergisi*, 58(1), 409-439. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2153733>
- Nancy, T. (2022). The association between masculine and feminine gender norms and homophobia (Unpublished Doctoral dissertation). Grand Canyon University. <https://search.proquest.com/openview/5546a47f8672c0059fd1e6e95c4e4e2a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Orue, I. & Calvete, E. (2018). Homophobic bullying in schools: The role of homophobic attitudes and exposure to homophobic aggression. *School Psychology Review*, 47(1), 95-105. <https://doi.org/10.17105/SPR-2017-0063.V47-1>
- Öngen, B. & Aytaç, S. (2013). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, 2013(48), 1-18. <https://dergipark.org.tr/en/pub/iusoskon/issue/9552/119306>
- Özcan Elçi, D. (2018). Ayrımcılık, nefret söylemi/suçları ve transfobi ile damgalanan kadınlar. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(55), 533-542. [https://www.academia.edu/download/56340358/trans\\_kadinlar.pdf](https://www.academia.edu/download/56340358/trans_kadinlar.pdf)

- Polimeni, A. M., Hardie, E. & Buzwell, S. (2000). Homophobia among Australian heterosexuals: The role of sex, gender role ideology, and gender role traits. *Current Research in Social Psychology*, 5(4), 47-62. [https://www.researchgate.net/profile/Simone-Buzwell/publication/11103168\\_Friendship\\_Closeness\\_Inventory\\_Development\\_and\\_Psychometric\\_Evaluation/links/5dd76472458515dc2f41fad6/Friendship-Closeness-Inventory-Development-and-Psychometric-Evaluation.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Simone-Buzwell/publication/11103168_Friendship_Closeness_Inventory_Development_and_Psychometric_Evaluation/links/5dd76472458515dc2f41fad6/Friendship-Closeness-Inventory-Development-and-Psychometric-Evaluation.pdf)
- Sakalli, N. (2002). The relationship between sexism and attitudes toward homosexuality in a sample of Turkish college students. *Journal of homosexuality*, 42(3), 53-64. [https://doi.org/10.1300/J082v42n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v42n03_04)
- Sakallı, N. & Uğurlu, O. (2001). Effects of social contact with homosexuals on heterosexual Turkish university students attitudes towards homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 53-62. [https://doi.org/10.1300/j082v42n01\\_03](https://doi.org/10.1300/j082v42n01_03)
- Sanberk, İ., Çelik, M. & Gök, M. (2016). Üniversite öğrencilerinin homofobi düzeylerinin cinsiyet ve cinsiyet rolleri açısından incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 4011-4019. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/4044>
- Sancar S., Acuner, S., Üstün İ. ve Bora, A. (2006). “Cinsiyet eşitsizliği bir kadın sorunu değil toplumun sorunudur”, UNDP-Kalkınma ve Demokratikleşme Projelerinde Cinsiyet Eşitliği Hedefinin Gözetilmesi Eğitimi, 2005-2006, UNDP, İstanbul.
- Saraç, L. (2013). Türk spor bilimleri öğrencilerinin sporda homofobiye ilişkin görüşlerinin cinsiyet farklılıkları açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(2), 364-376. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunefd/issue/7790/101888>
- Saraç, L., Rahim, Z.E. (2009). Sporda homofobi: Erkek ve kadın üniversite öğrencilerinin eşcinsel sporculara karşı tutumlarının karşılaştırılması. *Hacettepe Journal of Spor Sciences*, 20(3), 104-116. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/151296>
- Saraç, L., Toprak, N. (2017). Sporcu kimliği ve homofobi ilişkisinin sporcu üniversite öğrencisi adayları örnekleminde incelenmesi. *Spormetre*, 15(2), 79-84. [https://doi.org/10.1501/Sporm\\_0000000311](https://doi.org/10.1501/Sporm_0000000311)
- Stark, L.P. (1991). Traditional gender role beliefs and individual outcomes: An exploratory analysis. *Sex Roles*, 24, 639-650. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF00288419>
- Seçgin, F. ve Tural, A. (2011). Sınıf öğretmenliği bölümü öğretmen adaylarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 6(4), 2446-2458. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsaedu/issue/19818/212023>
- Shechner, T. (2010). Gender identity disorder: A literature review from a developmental perspective. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(2), 132-138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20733256/>
- Sielert, U. & Timmermanns, S. (2011). *Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Eine Sekundäranalyse vorhandener Untersuchungen.* <http://www.sielert.unikiel.de/Dokumente/Expertise%20Homosexuelle%20Jugendliche.pdf>
- Spoden, C. (1993). Geschlechtsspezifische Jungenarbeit als Antwort auf Frauen- und Schwulenfeindlichkeit. In *Senatsverwaltung für Jugend und Familie. Referat für*

*gleichgeschlechtliche Lebensweisen* (Hrsg.), *Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation*, 8, 101-123. Herausgeber.

Stark, L. P. (1991). Traditional gender role beliefs and individual outcomes: An exploratory analysis. *Sex Roles*, 24, 639-650.  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00288419.pdf>

Şah, U. (2011). Türkiye'deki gençlerin cinsel yönelimlere ilişkin sosyal temsilleri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 14(27), 88-99.  
<https://dergiler.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/79393>

Şah, U. (2012). Eşcinselliğe, biseksüelliğe ve transseksüelliğe ilişkin tanımlamaların homofobi ve LGBT bireylerle tanışıklık düzeyi ile ilişkisi. *Psikoloji Çalışmaları*, 32(2), 23-48.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12294/272>

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson.

Thepsourinthone, J., Dune, T., Liamputtong, P. & Arora, A. (2020). The relationship between masculinity and internalized homophobia amongst Australian gay men. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5475. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5475/pdf>

Ummak, E. & Bilgin, M. (2017). An experimental study regarding group guidance on dealing with homophobia. *Curr Res Educ*, 3(2), 35-50. <https://www.researchgate.net/profile/Esra-Ummak-2/publication/328430398>

Yaman, E. ve Güngör, H. (2013). Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.  
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/302428>

Zeyneloğlu, S. (2008). *Ankara'da hemşirelik öğrenimi görenüniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zeyneloğlu, S. & Terzioğlu, F. (2011). Development and psychometric properties gender roles attitude scale. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 40(40), 409-420.  
<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/87380>



## REVIEW

## Open Access

## DERLEME

## Açık Erişim

## Az Bilinen Bir Konu 'Şizotipal Kişilik bozukluğu': Bir Gözden Geçirme

*A Lesser-Known Diagnosis 'Schizotypal Personality Disorder': A Review*

Umutcan Altunkaya , Çiçek Hocaoğlu 

### Yazar Bilgileri

#### Umutcan ALTUNKAYA

Lisans Öğrencisi  
Kastamonu Üniversitesi İnsan ve  
Toplum Bilimleri Fakültesi  
Psikoloji Bölümü  
Kastamonu/Türkiye  
umutcan.altunkaya08@outlook.c  
om

#### Çiçek HOCAOĞLU

Prof. Dr.  
Recep Tayyip Erdoğan  
Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Ana Bilim Dalı  
Rize/Türkiye  
cicekh@gmail.com

### ÖZET

Şizofreni spektrum bozukluklarının bir alt tipi olan şizotipal kişilik bozukluğu, literatürde şizotipi olarak da bilinmektedir. Şüpheli düşünme, sosyal geri çekilme, kısıtlı duygulanım, eksantrik davranışlar ve konuşma ile tanımlanır. Bozukluğun nadir görüldüğü ve toplumun yaklaşık %3'ünü etkilediği düşünülmektedir. Çocukluk yaşantıları, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler şizotipal kişilik bozukluğunun gelişiminde önemli belirleyicilerdir. Belirli ayırt edici kriterler şizotipal kişilik bozukluğunu otizm ve şizofreniden ayırmaya yardımcı olabilir. Tanı kriterlerinin örtüşmesi nedeniyle bu bozukluğa otizm ve şizofreni gibi diğer durumlardan ayırt etmek zor olabilir ve bu da olası yanlış tanımlara yol açabilir. Bu nedenle, ayırıcı tanıların uygulanması bu vakaların önlenmesinde çok önemli hale gelmektedir. Nörogörüntüleme bulguları ayırıcı tanıda önemli bir rol oynayabilir. Frontal ve temporal bölgelerdeki dopamin salınımı ve büzüşme bu bozukluk hakkında fikir vermektedir. Şizotipal kişilik bozukluğunun tedavisi hem farmakoterapi hem de psikoterapiyi içerir. Farmakoterapi, ağırlıklı olarak bilişsel terapiye odaklanan psikoterapi sırasında ortaya çıkabilecek semptomları hafifletmek için uygulanır. Böylece amaç, bireyin işlevselliğini artırmak ve diğer şizotipal özellikleri en aza indirmektir. Bu derleme çalışmasının amacı şizotipal kişilik bozukluğu hakkında açıklayıcı bilgiler sunmaktır.

### Makale Bilgileri

#### Anahtar Kelimeler

Şizotipal Kişilik Bozukluğu  
(ŞTKB)  
Şizotipi  
Şizofreni Spektrum Bozukluğu

#### Keywords

Schizotypal Personality Disorder  
(SPD)  
Schizotypy  
Schizophrenia Spectrum  
Disorder

#### Article History

Geliş: 03/10/2023

Düzelme: 23/11/2023

Kabul: 15/12/2023

### ABSTRACT

Schizotypal personality disorder, a subtype of schizophrenia spectrum disorders, is also known as schizotypy in the literature. It is defined by suspicious thinking, social withdrawal, restricted affect, eccentric behaviors, and speech. The disorder is considered rare, affecting approximately 3% of the population. Childhood experiences, genetic predisposition, and environmental factors are significant determinants in the development of schizotypal personality disorder. Certain distinguishing criteria can help differentiate schizotypal personality disorder from autism and schizophrenia. It can be challenging to differentiate this disorder from other conditions like autism and schizophrenia due to overlapping diagnostic criteria, leading to possible misdiagnosis. Therefore, applying differential diagnoses becomes crucial in preventing these cases. Neuroimaging findings may play an important role in differential diagnosis. Dopamine release and shrinkage in the frontal and temporal regions provide insight into this disorder. The treatment of schizotypal personality disorder includes both pharmacotherapy and psychotherapy. Pharmacotherapy is administered to alleviate any symptoms that may manifest during psychotherapy, which is predominantly focused on cognitive therapy. Thus, the objective is to enhance the individual's functionality and minimize other schizotypal traits. The aim of this review study is to provide descriptive information about schizotypal personality disorder.

**Atf için:** Altunkaya, U. ve Hocaoğlu, Ç. (2023). Az bilinen bir konu "şizotipal kişilik bozukluğu": Bir gözden geçirme. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*, 3(2), 14-35.

**Etik Bildirim:** Bu çalışma bir derleme araştırması olduğu için etik kurul izni gerekmemektedir.

## GİRİŞ

Kişilik bozuklukları, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) üç kümeye ayrılarak sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2013). A kümesinde paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları yer almaktadır. A kümesi ekzantrik ve tuhaf özellikleri içermektedir. B kümesinde narsisistik, antisosyal, histrionik ve borderline kişilik bozuklukları yer almaktadır. B kümesi dengesiz ve dramatik özellikleri içermektedir. C kümesinde obsesif-kompulsif, bağımlı ve çekingen kişilik bozuklukları yer almaktadır. C kümesi endişeli ve kaygılı olma özelliklerini içermektedir (Arıca ve Gençler, 2018; Faraji ve Çaresiz, 2022). Literatürde şizofreni hakkında bahsedilirken şizotipal, şizotipi, psikoz, psikoz yatkınlığı gibi benzer kavramlar birbiri yerine kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞTKB), DSM-5'te şizofreni spektrum bozukluğu olarak kategorize edilmiştir. Şizofreni ile genetik, biyolojik belirteç olarak benzerlik göstermektedir. ŞTKB olan bireylerin birinci derece yakınlarında şizofreni spektrum bozuklukları için yüksek risk faktörü bulunmaktadır (Apthorp ve diğerleri, 2019). ŞTKB olan bireyler şizofreniye göre daha az şiddetli psikotik semptomlar yaşarlar. Ancak çalışma belleği, bilgi işleme, dikkat gibi durumlara bakıldığında şizofreni ile benzer düzeydedir. Bu yüzden de ŞTKB tanısı alan bireyleri incelemek şizofreninin patofizyolojisine ilişkin bilgi sağlayabilmektedir (Hazlett ve diğerleri, 2015; Zhu ve diğerleri, 2017).

Şizotipal kişilik bozukluğunun incelenmesi klinik açıdan önem taşımaktadır. Çünkü ŞTKB üzerine yeterli çalışmalar yapılmamıştır. Bundan dolayı genel olarak az bilinmekte ve yanlış teşhis konulabilmektedir. ŞTKB, şizofreni spektrum bozukluğunun fenotipini temsil etmektedir. Bu yüzden de psikotik hastalıkların genetiği, patogenezi ve tedavisinin daha iyi anlaşılması sağlanabilir (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB'ye farmakolojik tedavi olarak bakıldığında ikinci nesil psikotiklerin düşük veya orta düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Çoğu çalışma risperidon üzerinde odaklanmıştır. Bilişsel ve aile psikoterapisi kullanılabilir terapiler arasında yer almaktadır (Cheli ve diğerleri, 2019).

Bu derleme çalışmasının amacı şizotipal kişilik bozukluğu hakkında açıklayıcı bilgiler ve literatürde yer alan bulguları sunmaktır. Bu bilgiler doğrultusunda mevcut yazına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

## TANIMI VE TARİHÇESİ

Kişilik kavramı davranışlarda, düşüncelerde ve duygularda devamlılığı olan bireydeki benzerlikleri ve farklılıkları içeren özellik olarak açıklanabilir (Çuvadar Baş, 2023). Kişilik bozuklukları bireyin bulunduğu kültür tarafından kabul gören davranışlarda meydana gelen değişimleri kapsar. Bireyde kültür normlarından sapma, uyumsuz davranış sergileme, düşünce ve algılama meydana gelen değişimi kapsayan ruhsal bir bozukluktur (Arıca ve Gençler, 2018). Popülasyona bakıldığında kişilik bozukluğunun görülme ihtimali %6 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Faraji ve Çaresiz, 2022). Kişilik bozuklukları ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde başlangıç gösterir. Zaman içinde bireyin kişiliği şekillenir. Kişilik bozukluğuna sahip bireyler işlevselliğini kaybeder. Toplum normlarına uyum sağlayamaz ve bir süre sonra toplum tarafından dışlanır (Arıca ve Gençler, 2018).

Şizotipi kavramı sürekliliği olan bir örüntüyü ifade eder; klinik durumu göstermez. Şizotipi; bilişsel-algisal, deorganize ve kişilerarası belirtiler görülen veya şizofreni belirtilerine göre açıklanan heterojen bir bozukluktur (Kirchner ve diğerleri, 2018). Yaygın kullanılan yaklaşıma göre şizofreni

semptomlarını yansıtmak üzere olan pozitif şizotipi, negatif şizotipi ve deorganize şizotipi olmak üzere birbiri ile olan etkileşimi kapsayan üçlü model ile açıklanır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi kavramının diğer anlamlarla gelen kullanımlarını durdurmak için tarihinin incelenmesi gerekmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018; Mısır ve Alptekin, 2020).

Şizofreni spektrum bozukluğunda yer alan şizotipi şizofreniye göre daha az şiddetli bir bozukluktur (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi kavramını ilk kez Sandor Rado (1953) tarafından eksantrik düşünce ve davranış, sosyal ilişkilerde zayıf olma, kuşkucu düşünceler gibi özellikleri içine alan “şizofreni benzeri fenotip” olarak kullanmıştır. Genetik yatkınlığın derecesine göre şizofreninin hafiften şiddetliye doğru süreklilik gösterdiğini belirtmektedir. Meehl (1962), şizotipi kavramının şizofreniye genetik olarak yatkınlık göstermesinden dolayı genetik kategorisine katmıştır.

Meehl’in (1962) teorik modeline göre şizotipinin premorbid bir durum olduğunu belirtmektedir. Şizotipi kavramı hem ŞTKB olan bireyleri hem de psikoza sahip bireyleri ifade etmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018). Meehl (1962) kendi modelinde psikoza sebep olan baskın şizogenin varlığında beyinde yer alan sinaptik kontrol mekanizmasının bozulduğunu belirtir. Bunun sonucunda nöronal birleşme bozukluğu olan hipokrazi oluşmakta ve bu durumda şizotaksi oluşmaktadır. Çevresel faktörler ve genetik faktörler şizotaksik bireylerde şizotipal kişilik bozukluğunu geliştirir. Şizotipinin temel klinik özellikleri dört tane olmakla beraber şunlardır: haz alamama, sosyal aksiyete, ambivalans, çağrışımında gevşeme. Daha sonra şizotaksi modelinde yapılan değişikliklerle negatif belirti ve nörolojik belirtilerin temelde yer aldığı fikri öne çıkmıştır (Mısır ve Alptekin, 2020).

Meehl (1962), nöronal bütünleşmede meydana gelen bir bozukluk sebebiyle şizotaksinın ortaya çıktığını belirtmiştir. Şizotaksi kavramı ile şizotipinin tanımlanmasına katkıda bulunmuştur (Baygın, 2020). Faraone ve diğerleri (2001) şizotaksinın ŞTKB veya şizofreni spektrum bozukluğuna ilerlemediğini öne sürmektedir. Lewandowski ve diğerleri (2006) şizotipik örüntü gösteren bireylerde formal düşünce bozukluğu ve kognitif bozukluk görüldüğünü öne sürmektedir. Şizofreni spektrum kavramı ilk kez Kety ve diğerleri (1968) tarafından tanımlanmış olup şizotipi kavramı şizofreni spektrum bozukluğu kategorisinde yer almaktadır. Şizofreni spektrum bozukluğunun prototipi olarak şizotipi kabul görmektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu, şizotipi, şizotaksi, şizoid kişilik bozukluğu, şizoaffektif bozukluk ve paranoid kişilik bozukluğu şizofreni spektrum bozuklukları arasında yer almaktadır (Baygın, 2020). Şizotaksi kavramı şizotipal kişilik bozukluğunun DSM-III’te yer almasını sağlamıştır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipi 1980 yılında DSM-III’te şizotipal kişilik bozukluğu olarak yer almıştır. DSM-III’te ŞTKB tanısı yer almaya başlamasından bu yana yeterli sayıda çalışma ve semptomlarının bilinirliğinin az olmasından sebep ŞTKB tanısı ve tedavisi zor olmaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018). ŞTKB asıl olarak şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarında görülen sınırdaki şizofreni kriterlerinden türetilmiştir. Şizotipal özellikler ve ŞTKB arasındaki ayrım klinik açıdan önem taşımaktadır (Baygın, 2020).

İlk defa Bleuler ve Kraepelin şizofreni hastalarının yakınlarında tam olarak şizofreni belirtilerinin görülmediğini fark etmiştir. Ancak yine de bu bireyler tuhaf davranışlar ve kişilikler sergiliyordu. Şizofreni yakınlarında ve popülasyonda tuhaf davranışlar, işlevsellik kaybı, düşünmede bozulma gibi şizofreniye benzeyen belirtilerin yaygın olarak görüldüğü bulunmuştur. Bunun üzerine yaptıkları araştırmalarda şizofreniye benzeyen belirtilerin daha yaygın düzeyde görüldüğü bulunmuştur.

Yaptıkları gözlemler sonucunda şizofreniye benzer belirtilerin şizofreniye dönüşmediğini ve sabit şekilde seyrettiği görülmüştür (Mısır ve Alptekin, 2020).

## EPİDEMİYOLOJİSİ

Kişilik bozuklukları ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlar ve zaman içinde sabitleşir (Çuvadar Baş, 2023). Genel popülasyona bakıldığında kişilik bozukluğunun görülme ihtimali %6 ile %10 arasında olduğu tahmin edilmekte ve erkeklerde daha sık görülmektedir (Faraji ve Çaresiz, 2022; Arıca ve Genç, 2018). ŞTKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1.3 ve %3.9 olduğu bilinmektedir (Köse, 2023). Erkeklerde sanrılar, kadınlarda ise varsanılar daha sık görülmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB yüksek komorbidite gösterebilmektedir. Yaşam boyu komorbidite prevalansına bakıldığında şizoid kişilik bozukluğu (%20), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), borderline kişilik bozukluğu (%36,7), bipolar bozukluk tip 1 (%22,1), bipolar bozukluk tip 2 (%14,2), obsesif kompulsif bozukluk (%13,5) ve majör depresif bozukluk (%6,6) en sık görülen komorbid durumlardır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipiye çoğunlukla depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği görülmektedir (Baygın, 2020). Lewandowski ve diğerleri (2006) yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre pozitif şizotipi depresyon ve anksiyete ile ilişkili, negatif şizotipinin ise şizofreni spektrum bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Walker ve diğerleri (2004) yaptığı bir çalışmada ergenlik döneminde şizotipi semptomları olan bireylerin şizofreniye dönme ihtimali %20 ile %40 arasında olduğu bulunmuştur. Erkeklerde negatif şizotipi, kadınlarda pozitif şizotipi daha çok görülmektedir (Zhang ve diğerleri, 2015).

## ETİYOLOJİ

Yapılan evlat edinme, aile ve ikiz çalışmalarında ŞTKB ile şizofreni arasında genetik yönden ilişki olduğu bulunmuştur (Deniz, 2017). İkiz çalışmaları orta düzeyde kalıtımsallığı öne sürmektedir (Zhang ve diğerleri, 2015). Yapılan ikiz çalışmaları sonucunda ŞTKB'nin hem genetik hem de çevresel faktörlerle ilişki olduğu bulunmuştur (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB'nin etiyopatogenik yollarla ilişkili üç farklı fenotipik sınıf olarak ortaya çıkabileceği bulunmuştur. ŞTKB sahibi birey gözlemlenebilen genetik katkı, tuhaf davranış örüntüsü, kısıtlı duygulanım ve yakın ilişkilerde azalma özellikleri fenotipik sınıfı ile ilgilidir. Büyüsel düşünce ve algıda bozulma ikinci sınıf olan genetik ve çevresel etkilerle ilgilidir. Yüksek düzey referans fikirleri, sosyal anksiyete, şüphencilik ve düşük düzey eksantrik davranış, konuşma, kısıtlı duygulanım üçüncü sınıf olan çevresel etkilerle ilişkili olup kalıtsallık sergilememiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'ye yönelik yapılan genetik çalışmaların amacı şizofreni ile ortak bir gene sahip olup olmadığını bulmaktır (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreni arasında yapılan çalışmalara göre genetik olarak benzerlik bulunmaktadır (Ertan ve Cankorur, 2017). ŞTKB etiyopatogenezine yönelik yapılan çalışmalar şizofreni ile benzerlik göstermesinden sonra şizofreni ile ilişkisi incelenmiştir. Şizofreni ile gösterdiği ailesel benzerlik sonucunda yapılan epidemiyolojik genetik ve nörolojik çalışmalar ŞTKB'nin bir şizofreni spektrum bozukluğu olduğuna yönelik geliştirilen hipotezi desteklemektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). Genetik benzerliğinden ötürü şizotipal kişilik özelliği, şizofreni hastası olan bireylerin birinci derece yakınlarında daha çok görülmekte ve genel popülasyona kıyasla daha yaygındır (Baygın, 2020).

ŞTKB, şizofreni ile genetik yakınlık gösterdiğinden dolayı ŞTKB olan bireylerin çok az bir bölümünde şizofreni ilerlemesi görülebilir. İncelenen iki çalışma sonucunda şizofreni olan annelerin çocuklarında %18 ile %48 oranında ŞTKB görülmektedir (Linscott ve Morton, 2018). ŞTKB yarı-boyutsal ve kategorik yaklaşım ile ele alındığında psikoz çerçevesinde yatkınlığının yanı sıra sınırı belli bir psikotik bozukluk olarak değerlendirilmekte ve yüksek kalıtlabilirliğe sahip kişilik bozukluğu olması bu duruma kanıt olarak gösterilebilmektedir. ŞTKB kalıtlabilirlik oranına bakıldığında %61 olarak bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020). Ülkemizde yapılan kohort çalışması sonucunda BDNF val-val polimorfizminin yüksek olduğu ve bu durumun şizotipinin psikozun altında yatan genetik bozukluğun belirteci olarak kullanılabilen ve şizotipinin pozitif ve negatif belirtileri ortak kromozomal bölgelerde anlamlı bağlantı göstermektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

Obstetrik komplikasyonlar ve hamilelik döneminde yaşanan viral enfeksiyonlar şizotipi riskini arttırmaktadır. Düşük doğum ağırlığı erişkinlik döneminde kadınlarda pozitif şizotipi için risk faktörüdür. Finlandiya'da yapılan kohort çalışmasında H3N2 influenza epidemisi sırasında hamileliğin 6. ayında yaşanan viral enfeksiyon sonucunda çocuklarda erişkin dönemde şizotipal ve şizofreni kişiliğinin görülme ihtimali yüksek olarak bulunmuştur (Machón ve diğerleri, 2002). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar ve bakım ihmalinin sonucunda bireyde şizotipi oluşabilmektedir. ŞTKB'de kaçınan bağlanmanın hem pozitif şizotipi hem de negatif şizotipi ile anksiyöz bağlanmanın ise pozitif şizotipi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İstismar gibi etkenler mezolimbik dopaminerjik hiperaktivasyona sebep olarak pozitif şizotipiye tetikleyebilir (Mısır ve Alptekin, 2020). Psikodinamik kurama yönelik bakıldığında oral dönemde yaşanan fiksasyon ve cezalandırılma korkusu paranoid düşünceler oluşumunda rol oynamaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020).

COMT Val158Met polimorfizmi en iyi incelenmiş şizotipi genidir. Met aleline göre Val aleli daha fazla enzimatik aktiviteyle ilişkisi olduğundan kendi kendine bildirilen şizotipi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Val alelinin pozitif, negatif ve deorganizasyon boyutları üzerindeki etkileri karışıktır. Kesin bir şey söylenememektedir. Birçok çalışmada Val158Met COMT polimorfizmi, ŞTKB ve şizofreni spektrumunda yer alan bozulmuş bilişsel işlevlere dahil edilmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

CACNA1C geninin varyantları şizofreni ve bipolar bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. rs10067373 CACNA1C'nin 'A' alelinin paranoid düşünce ile ilişki olduğu ve ŞTKB hastalarında yaygın olduğu bulunmuştur. Bu alel gen paranoya belirtileri ile ilişkilendirilmiştir. ZNF804A geninin pozitif şizotipal belirtiler ile ilişki olduğu, negatif belirtilerle ise ilişkili olmadığı bulunmuştur. Kişilerarası şizotipi faktörünün N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör işlevinde rol oynayan p250GAP geninin varyantlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Disrupted In Schizophrenia 1 (DISC1) geni sosyal anhedoni ile ilişkilidir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB nörolojik olarak incelendiğinde işlem belleğinde, dikkatte ve bilgiyi geri çağırma bozulma olduğu gözlemlenmiştir (Mısır ve Alptekin, 2020). Yüksek pozitif şizotipinin yaratıcılıkla ilişkili olduğu bulunmuştur (Nettle ve Clegg, 2006). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada pozitif şizotipi puanları yüksek olanların ironiyi anlama ve bilişsel empati puanları düşük olarak bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020). Şizofrenide gözlenen çalışma belleğindeki meydana gelen

bozukluğunun ŞTKB ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Thompson ve diğerleri, 2014). ŞTKB ve şizofreni spektrumunda çalışma belleğinde meydana gelen bozukluğun temeli özellikle fronto-kortikal bölgelerde hipodopaminerjik bir durumu ve dorsolateral prefrontal kortekste dopamin D1 reseptörlerinin yetersiz uyarılmasıdır (Rosell ve diğerleri, 2014). Literatürün büyük bir bölümü D1 reseptörünü dorsolateral prefrontal kortekse bağlı olan çalışma belleği işlevinin kilit modülatörü olarak göstermektedir. Şizofreni bulgularına benzer olarak daha yüksek prefrontal D1 reseptör mevcudiyeti ŞTKB için düşük çalışma belleği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Thompson ve diğerleri, 2014). D1 reseptörü yetersiz düzeyde uyarıldığında çalışma belleğinde bozulmanın gerçekleştiği gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014). Nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda, şizofreninin prefrontal kortekste dopamin D1 reseptöründe meydana gelen değişikliklerle ilişki olduğu bulunmuştur (Thompson ve diğerleri, 2014). Spesifik olarak bakıldığında ŞTKB olan bireylerde kaudat şekli anormalliklerindeki değişiklikler incelendiğinde kaudat hacimlerinin sağlıklı bireylere göre daha küçük olduğu ve hacimde meydana gelen azalmanın zayıf bilişsel performans ile ilişki olduğu bulunmuştur (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB’li hastalarda sağ kaudatın anormal morfolojisi bilişsel bozuk ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada ŞTKB olan bireylerde sol ventral korteks, superior frontal girus, intraparietal korteks, posterior inferior girusta çalışma belleğine yönelik aktivasyonun zayıfladığı gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada ise ŞTKB olan bireylerde çalışma belleği aktivasyonu sırasında sol posterior singulat girusun aktivasyonu ve superior temporal girus, insula ve orta frontal girusun deaktivasyonunun zayıfladığı gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014).

Bilişsel süreçlerde meydana gelen eksiklikler ŞTKB ve şizotipinin nörobiyolojik olarak önemli belirtisi olarak görülmektedir. Prefrontal bağımlı bilişsel süreçler (özellikle çalışma belleği) ŞTKB’ye yönelik bilişsel bozukluklar üzerine yapılan çalışmaların odak noktası olmaktadır. Klinik ortamda bulunan şizotipal hastaların en sık şikâyeti dikkat ve hafıza güçlükleridir. Bilişsel işlev bozukluğunun doğasını karakterize etmek ŞTKB hastalarının tedavisini kolaylaştırmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014).

Hazlet ve diğerlerinin (2008) yapmış olduğu çalışmada ŞTKB tanısı alan hastaların frontal lob hacmi belirtilerinin düzeyi korelasyon gösterecek şekilde değiştiği; orta temporal girus ve sol superior temporal girusta olmak üzere temporal lob volümünde azalma olduğu görülmüştür. Şizofreniden farklı olarak ise bu azalma zaman içinde artmamaktadır. ŞTKB hastalarında putamen hacminin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek putamen hacmi şizofreni hastalarında antipsikotik tedaviye daha iyi yanıt verdiği için putamen hacmi koruyucu faktör olarak gösterilebilir (Ertan ve Cankorur, 2017).

Şizofreni spektrum bozuklukları üzerine yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının sonucuna göre şizofreniye benzerliği ile amigdala ve hipokampusu kapsayan medial temporal lob striatum, pariyetal lob, frontal lob, kaudat nukleus ve talamus pulvinar nukleusunda hacimde küçülme görülmekle beraber limbik sistemde de değişikliklerin olduğu görülmüştür (Baygın, 2020). ŞTKB olan bireylerin nörogörüntüleme bulgularına bakıldığında sol hemisfer temporal lobda hacimde küçülme olduğu bulunmuş ve temporal lobda hacim küçülmesi şizofreni çalışmalarında gözlemlenen bulgularla benzer olup ancak sınırlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014). Sol superior temporal girusta boyut azalması her zaman görülme de bu durum dikkat çekmekte; fusiform ve orta temporal giruslarda küçülme görüldüğü ancak inferior temporal girusta küçülme görülmediği

bulunmuştur (Baygın, 2020). ŞTKB’de temporal lob hacminde küçülme şizofreniye kıyasla daha kısıtlı bir şekilde meydana gelmektedir. Temporal lob hacminde küçülme şizofrenide zaman içinde ilerlerken ŞTKB’de ilerlemeyip sabit olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar küçük temporal lob hacmi ile mantıksal bellekte meydana gelen zayıflamanın ŞTKB tanı kriteri ve bilişsel algısal belirtiler arasında korelasyon olduğunu göstermektedir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB frontal lob bulguları, şizofreni spektrumunda yer alan bilişsel ve çalışma belleği bozukluğu açısından ilgi çektiği görülmektedir. ŞTKB, şizofreniye göre daha dar kapsamlı olmasına rağmen temporal lobdaki benzer farklılıkların aksine ŞTKB’de frontal lob bulguları daha değişkendir (Rosell ve diğerleri, 2014). Şizotipal bozukluk ile ilgili yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları sonucunda temporal lob bölgelerinde özellikle de medial temporal yapılarda hacimde küçülme olduğu ve frontal lob bölgelerinin korunmuş olduğu bulunmuş ve ŞTKB olan bireylerle sağlıklı bireyler karşılaştırıldığında frontal ve temporal bölgelerde gri maddede azalma olduğu bulunmuştur (Takayanagi ve diğerleri, 2020). Brodmann alanındaki (BA)10 hacimde meydana gelen değişiklikler ŞTKB olan bireylerde artmış ve şizofreni olan bireylerde ise azalmış olduğu bulunmuştur. ŞTKB nöroleptik kullanmayan erkeklere yönelik yapılan bir çalışmada frontal lob ve kortikal gri madde hacminde küçülme görülmüştür (Rosell ve diğerleri, 2014).

Kuperberg ve diğerlerinin (2003) yaptığı nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda prefrontal ve temporal bölgelerde gerçekleşen kortikal incelmelerin şizofreni semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Takayanagi ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında frontal ve temporal bölgelerde yaygın kortikal incelme olduğunu bulmuştur. Şizotipal bozukluğu olan hastalarda ise sol fusiform ve parahipokampal giruslarda, sağ medial superior frontal girusta, sağ inferior frontal girusta ve sağ medial orbitofrontal kortekste kortikal kalınlığın önemli düzeyde azaldığını bulunmuştur. Şizotipal hastalarda görülen kortikal incelme şizofreni hastaları ile kıyaslandığında örtüşme göstermektedir. Şizofreni hastalarında sol precentral ve paracentral giruslarda şizotipal bozukluğu olan bireylere kıyasla daha ince korteks bulunduğu görülmüştür (Takayanagi ve diğerleri, 2020).

Takayanagi ve diğerlerinin (2020) yaptığı çalışmada şizotipal ve şizofreni hastalarında medial temporal ve frontal bölgelerde kortikal incelme bulmuştur. Buna benzer ortak kortikal değişiklikler psikoza karşı kırılganlık ile ilişkili olabilmektedir. Şizofreni hastalarında frontal ve temporal bölgelerde yaygın kortikal incelme görülmektedir. Sol precentral girusta kortikal kalınlığın azalması şizofreni hastalarını şizotipal bozukluğu olan hastalardan ayırmaktadır (Takayanagi ve diğerlerinin, 2020).

Nörogörüntüleme çalışmaları, psikososyal süreçlerin nöral katmanlarına derinlemesine bir bakış sunarak Şizotipal Kişilik Bozukluğu'nun (ŞTKB) nörobiyolojik temellerini anlamamıza katkı sağlamaktadır. Rosell ve diğerlerinin (2014) yaptığı çalışmada, ŞTKB'li bireylerin duygusal olarak sosyal uyaranlara maruz kaldıklarında amigdala tepki düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Amigdala, duygusal tepkilerin düzenlenmesinde kritik bir rol oynar ve bu bulgu, ŞTKB'li bireylerin sosyal etkileşimlere farklı bir nöral hassasiyetle yanıt verebileceğini göstermektedir. Bu nöral tepkilerin açıklanmasıyla, ŞTKB'li bireylerin sosyal ortamlardaki davranışlarının ve tepkilerinin, genel nüfusa kıyasla daha abartılı olma eğiliminde olduğu anlaşılabilir. Örneğin, sosyal durumlar karşısında aşırı duyarlılık veya alışılmadık düşünce desenleri, nöral aktivasyonun bu abartılı tepkilere

nasıl katkıda bulunduğunun anlaşılmasında yardımcı olabilir. Bu bağlamda, nörogörüntüleme çalışmaları, ŞTKB'li bireylerin sosyal etkileşimlerle başa çıkma süreçlerini ve duygusal düzenleme becerilerini anlamak için önemli bir araç sunmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'nin gelişiminde biyolojik faktörlerin önemli bir rol oynadığı bilinmekle birlikte, bu bozukluğun incelenmesinde hem biyolojik hem de psikososyal açıdan bir bütünlük sağlanmalıdır (Paris, 1993). Psikososyal faktörler, biyolojik etkenlerle etkileşime girerek ŞTKB'nin ortaya çıkmasında belirleyici bir rol oynar. Olumsuz yaşantılar, özellikle çocukluk döneminde yaşanan ihmal, istismar ve travmatik deneyimler, bireyin duygusal düzenlemesini etkileyerek ŞTKB semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlar (Walsh, 2017). Psikolojik risk faktörleri, bireyin ŞTKB'yi geliştirmesi üzerinde etkili olabilir. Ancak, bireyin kişilik yapısı ve direnç seviyesi, belirli psikososyal streslere karşı nasıl tepki vereceğini belirleyebilir. Bu durum, kişinin yaşadığı olumsuz çocukluk deneyimlerine rağmen, belirli psikolojik olaylara karşı direnç gösterebilme kapasitesini yansıtabilir (Paris, 1993). ŞTKB'ye yatkın bireyler genellikle sosyal etkileşimlerden kaçınma eğilimindedir. Sosyal beceri eksiklikleri ve normal davranış örüntülerinden uzak tepkiler gösterme eğilimleri, bu bireylerin sosyal ortamlara uyum sağlamasını zorlaştırır. Dolayısıyla, sosyal izolasyon ve geri çekilme, ŞTKB olan bireylerin tercih ettiği bir yaşam tarzı olabilmektedir (Walsh, 2017). Bu durum, bu bireylerin sosyal destek ağlarından yeterince faydalanamamalarına ve duygusal olarak izole olmalarına neden olabilir. Sosyal izolasyon, ŞTKB'li bireylerin yaşam kalitesini düşürebilir ve psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, ŞTKB ile başa çıkmada, hem biyolojik hem de psikososyal faktörleri dikkate alan bütüncül bir yaklaşımın önemli olduğu vurgulanmalıdır (Widiger, 2012). Boşanma ve düşük ekonomik durum risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB, stres faktörleri ve travmalarla sıkça ilişkilendirilir ve bu etkileşimin şizotipal semptomlar üzerindeki etkisi, genetik geçmişin bir belirleyeni olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarındaki kendi kendine bildirilen travmaların, şizotipal semptomlarla bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir (Rosell ve diğerleri, 2014). Bu bağlamda, stres ve travma gibi psikososyal etkenlerin, genetik yatkınlıkla birleşerek şizotipal semptomların ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Rosell ve diğerlerinin (2014) çalışması, şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarındaki yaşanan travmanın, şizotipal semptomlarla ilişkilendirilmesini vurgulayarak bu etkileşimi desteklemektedir. Bu bulgu, genetik faktörlerin, bireyin çevresel streslere karşı tepkisini modüle ederek şizotipal semptomların ortaya çıkışında rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, hem genetik hem de çevresel etkenlerin birlikte değerlendirilmesi, ŞTKB'nin anlaşılmasında önem taşımaktadır. Bireyin genetik yatkınlığı ve çevresel faktörlere maruziyeti, bu semptomların gelişiminde etkileşim içinde olabilir. Bu nedenle, bireyin yaşamındaki stres faktörleri ve travmaları değerlendirmek, hem tedavi planlaması hem de semptomların yönetimi açısından önemli bir yaklaşım olabilir (Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB'nin anlaşılmasında sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikososyal faktörlerle etkileşim içindeki karmaşık yapısını çözümlenmeye yönelik önemli bir adımı temsil etmektedir. Hem nörogörüntüleme çalışmaları hem de genetik ve çevresel etkenlerin incelenmesi, bu kişilik bozukluğunun kökenlerini anlamada ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli ipuçları sunmaktadır (Baygın, 2020).



## TANISAL YAKLAŞIMLAR VE TANI ÖLÇÜTLERİ

ŞTKB prototipik bir şizofreni spektrum bozukluğu olarak kabul edilir ve şizofreni ile ortak olarak genetik risk, nöropsikolojik ve nöroanatomik gibi özellikleri taşımaktadır (Thompson ve diğerleri, 2014). Şizofreni incelendiğinde psikozun diğer yanlarını yansıttığından ve hasta olmayan bireylerin davranışsal ve bilişsel örüntülerini anlamaya fırsat tanıdığından şizotipi kavramı önem taşımaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB’li bireyler, düşüncelerini ve duygularını ifade etmede ve anlamada güçlük çeker. Yaşanılan olaylara karşı gösterilen duygusal tepkileri duygusal kapasiteleri sınırlı olduğu için normalin dışında ve mantıksız olabilir. Bu bireyler dışarıdan gözlemlendiğinde oldukça mesafeli, kaygılı, içine dönük ve sosyal ilişkilerinin düşük olduğu görülmektedir. ŞTKB’li bireyler diğer insanların kendilerine zarar vereceği düşüncesine yüksek düzeyde inanır. Bu nedenle kanıt aramaz ve düşüncelerine inanmaya devam eder. Genel olarak ŞTKB’li bireyler için tanımadıkları insanlarla ve bilmedikleri yerlerde olmak onlara zor gelmektedir. Bildikleri yerlerde ve tanıdıkları kişilerle olmak onlara daha iyi gelmektedir. Bu nedenle yeniliklere çok açık değildirlir (Farajı ve Çaresiz, 2022).

Şizotipal kişilik bozukluğu alınma düşünceleri, eksantrik davranışlar, paranoid düşünceler, kısıtlı duygudurum hali ve sosyal ilişkilerinin zayıf olması ile karakterize olan bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013). Şizotipal için literatüre bakıldığında iki (pozitif ve negatif), üç (pozitif, negatif ve deorganizasyon) ve dört (negatif, pozitif, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon) faktörlü model kullanılmaktadır. Bu modeller arasında en çok kullanılanı üç faktörlü modeldir (Köse, 2023). Üç faktörlü modele bakıldığında bilişsel-algısal şizotipi, alınma düşünceleri ve şüphencilik; kişilerarası şizotipi, sosyal ilişkilerde zayıflık, kısıtlı duygudurum ve yüksek düzeyde anksiyeteyi; deorganize şizotipi, eksantrik davranış ve konuşmayı kapsadığı görülmektedir (Ünver ve diğerleri, 2015).

Mısır ve Alptekin’in (2020) yapmış olduğu çalışmada negatif şizotipi, pozitif şizotipi, kişilerarası duyarlılık ve sosyal izolasyon boyutlarının yer aldığı dört faktörlü modelin şizotipal yapıyı daha iyi açıkladığını bulmuşlardır. Yapılan başka çalışmalarda ise bilişsel-algısal ve deorganizasyon boyutlarının etkili olduğu bulunmuştur (Köse, 2023). Paranoid kişilik bozukluğunda yer alan kuşkucu düşünceler, şizoid kişilik bozukluğunda yer alan sosyal çevreden uzaklaşma ile örtüşmesi, sosyal kaygının özgül olmaması gibi durumlar diğer kişilik bozukluklarında da görülmesinden dolayı bu faktörleri içine alan kişiler arası boyutun etkili olmadığı düşünülmektedir. ŞTKB için en yüksek özgül boyutun deorganizasyon boyutu olduğu bulunmuştur (Köse, 2023; Mısır ve Alptekin, 2020).

Psikolojide hiyerarşik taksonomi (HiTOP, The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) yaklaşımı yeni bir bakış açısı olduğundan boyutsal perspektif sunar. Bu yaklaşıma göre pozitif şizotipi boyutu normal kişilik yapısından ayrılmakta, negatif şizotipi boyutu ile normal kişilik yapısında yer alan düşük dışadönüklük ile aynı kategori içinde yer almaktadır. Böylece pozitif ve negatif semptomlar olarak iki ayrı boyutta inceleneceğini öne sürmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

ŞTKB ve şizotipinin kavramsallaştırılmasında Beş Faktör Modeli ve Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli benimsenmiştir. Beş Faktör Modeli’ne göre bakıldığında ŞTKB olan bireylerin bireysel farklılıkları deneyime açıklık, düşük dışadönüklük, yüksek nevrotilik ve düşük uyumluluk ile anlaşılabilir. Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli’ne göre bakıldığında ise ŞTKB psikotizm açısından üç yön ve kopukluk açısından üç yönden oluşmaktadır (Cheli ve diğerleri, 2023).

ŞTKB, bireyin yaşamındaki psikososyal etmenlerin ve sosyal etkileşimlerin kompleks bir yansımasıdır. Bu bozukluk, genetik yatkınlığın yanı sıra çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler ve kişisel zorluklar gibi psikososyal faktörlerle şekillenebilmektedir. Özellikle aile içi ihmal, istismar ve travmatik olaylar, bireyin duygusal düzenlemesini etkileyerek ŞTKB'nin gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Bu tür deneyimler, bireyin çevresiyle sağlıklı bir etkileşim kurma ve duygusal bağ kurma yeteneğini olumsuz etkilemektedir (Paris, 1993). Psikososyal risk faktörleri, ŞTKB gelişiminde etkili olabilmektedir ancak tek başına yeterli değildir. Sosyal izolasyon eğilimi gösteren bireyler, genellikle sosyal durumlarda alışılmadık davranışlar sergilerler. Bu durum, sosyal ilişkilerde zorlanmalarına ve toplum içinde uyumsuzluk yaşamalarına neden olabilir. Sosyal etkileşim becerilerindeki zayıflık, bireyin sosyal destek ağlarını etkin bir şekilde kullanmasını engelleyebilmekte ve bu durumda ŞTKB'li bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Walsh, 2017).

ŞTKB ve şizotipi değerlendirme için kullanılan bazı araçlar şunlardır:

1. Şizotipi için Yapılandırılmış Görüşme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Form (SIS-R), en kapsamlı araçtır.
2. Şizotipal Kişilik Ölçeği ve Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (UTBG), en çok kullanılan ölçeklerden bir tanesidir. 74 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Bilişsel-algisal şizotipi ( referans düşünceleri, grandiyöz düşünceler, şüpheli düşünceler), kişilerarası şizotipi (sosyal kaygı, kısıtlanmış duygulanım, yakın ilişkilerde azalma), deorganize şizotipi (eksantrik davranış ve konuşma) bu ölçeğin 3 faktörüdür.
3. Oxford-Liverpool Inventory of Feeling and Experiences (O-LIFE) ve Community Assesment pf Psychic Experiences (CAPE), şizotipi değerlendirme ve farklı kişilik boyutlarının olup olmadığını incelemeye kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020).

Şizotipal kişilik ölçeği, evet ya da hayır şeklinde cevaplanır. Toplam puan 0-74 arasında değişmektedir. Bilişsel-algisal şizotipi puanı şüphelilik, garip inanış-büyüsel düşünce, referans fikirleri, sıradışı algısal yaşantı alt boyutlarının puanları toplanarak hesaplanır. Kişilerarası şizotipi puanı yüksek sosyal anksiyete, kısıtlı duygulanım, şüphelilik ve yakın arkadaş yokluğu puanları ile hesaplanır. Deorganize şizotipi puanı eksantrik davranış ve konuşma puanlarının toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin 22 sorudan oluşan kısa formu da bulunmaktadır. Türkçe güvenilirlik çalışması Ayçiçeği ve diğerleri (2005) tarafından yapılmıştır (Baygın, 2020).

Bildirilen çocukluk çağı travmaları doğrusal bir şekilde ŞTKB ile önemli bir biçimde ilişkilendirilmiştir. Şiddetli cinsel istismar, ŞTKB grubunda yüksek bilişsel-algisal yük ile güçlü ilişki göstermektedir. Şiddetli duygusal ihmal, kişilerarası ilişki ile ilişkilendirilmiştir. Şiddetli travma bildiren ŞTKB olan bireylerde normale göre daha kötü bir şekilde bilişsel işlevsellik görülmektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019). Çocukluk çağı travmaları, ŞTKB'de yüksek bilişsel-algisal ve kişilerarası semptomlarla ve kötü bilişsel işlevsellikle ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları arasında cinsel ve duygusal istismar ŞTKB ile güçlü ilişki göstermektedir. Cinsel istismar bilişsel-algisal özellikler ile ilişki gösterirken, duygusal istismar kişilerarası semptomlar ile ilişki göstermektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019).

## KLİNİK ÖZELLİKLER

ŞTKB A kümesi kişilik bozuklukları içinde olup şizofreni kategorisi içindedir. ŞTKB, grandiyöz düşünceler, referans düşünceleri, eksantrik davranışlar, garip algısal yaşantılar gibi bilişsel çarpıklıklar ve normalin dışında davranışlar ile yakın ilişkilerde zayıflık şeklinde kendisini gösteren bir bozukluktur (APA, 2013). Kişilik bozuklukları için DSM-5 Alternatif Modeli “Araştırılması Gereken Alanlar” kapsamında üçüncü bölümde yer alır. Bu bölümde kişilik bozukluklarına yönelik boyutsal tanımlama yapılmış olmakla birlikte beş faktörlü kişilik kuramı çerçevesinde değerlendirilir (Mısır ve Alptekin, 2020). Yapılan farklı aile çalışmalarına göre ŞTKB şizofreni ile güçlü bir genetik bağa sahip olduğu bulunmuştur. ŞTKB’nin psikotik öge ağırlıklı mı yoksa psikoz temelli psikotik bir tablo mu olduğu hakkında diğer kişilik bozukluklarına göre bir uzlaşma yoktur (Mısır ve Alptekin, 2020).

ŞTKB DSM-5 tanı kriterleri DSM-IV-TR’ye göre değişikliğe uğramamıştır. Yer alan dokuz semptomdan beş tanesinin bireyde görülmesi bireye tanı koymak için yeterli olmaktadır (Rosell ve diğerleri, 2014; APA, 2000). ŞTKB, DSM-IV-TR’ de Eksen II bozuklukları kategorisinde yer almıştır (APA, 2000). DSM-5’te ise ŞTKB “Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar” başlığında yer almaktadır (APA, 2013).

Şizotipal kişilik bozukluğunun DSM-5’e (APA, 2013) göre kriterleri şu şekildedir:

- A. Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde duyulan ani rahatsızlık, yakın ilişki kurma becerisinden yoksun olma, bunun yanı sıra bilişsel/algısal çarpıtmalara ve sıra dışı davranışlara sahip olma ile beraber aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlasının bulunması.
  1. Alınma düşünceleri
  2. Kültürel değerlerle uyumsuz olan ve bireyin davranışları etkileyen, alışagelmşin dışında inançlara sahip olma ya da büyüsel düşünme.
  3. Olağan dışı algısal yaşantılar yaşama.
  4. Tuhaf düşüncelere sahip olma ya da konuşmalar yapma.
  5. Kuşkuculuk.
  6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanım.
  7. Alışagelmşin dışında davranışlar sergileme veya tuhaf görünme.
  8. Birinci derece akrabalarının dışında yakın arkadaşlarının ya da sırdaşlarının olmaması.
  9. Yakınlaşmayla azalmayan aşırı sosyal kaygı, olumsuz değerlendirileceğine ilişkin yoğun paranoid korkular.
- B. Yalnızca şizofreni, bipolar (iki uçlu) bir bozukluk, psikoz özellikli depresyon bozukluğu ya da otizm esnasında ortaya çıkmaz ve bir sağlık durumunun fizyolojik etkisiyle açıklanamaz.

DSM-5’ e (APA, 2013) göre ŞTKB incelendiğinde yer alan dokuz kriterden en az beş tanesinin bireyde gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu kriterler sağlandığında bireye ŞTKB tanısı konulabilir.

ŞTKB, Uluslararası Halk Sınıflandırması’nda (ICD) yıllardır farklılık göstermeden şizotipal bozukluk olarak yer almaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018). ŞTKB, ICD-10’da yer almadığından onun yerine şizotipal bozukluk olarak şizofreni spektrum bozukluğu kategorisinde değerlendirilmektedir. Şizotipal bozukluk zihinsel, algısal, davranış ve konuşma gruplarında yer alan

semptomların bireyde en az dördünün en az iki yıl süre ile gözükmesi gerekmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ICD-9 ve ICD-10’da şizofreni spektrum bozuklukları altında listelenmektedir. ICD-11’de şizofreni spektrum bozukluğu bölümünde yer almaktadır (Kirchner ve diğerleri, 2018).

Şizotipal kişilik bozukluğunun ICD-11’e (World Health Organization [WHO], 2022) göre kriterleri şu şekildedir:

- A. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk veya Sanrısız Bozukluğun tanı gerekliliklerini karşılamak için yeterli yoğunluk veya süreye sahip olmayan olağandışı konuşma, algı, inanç ve davranışların kalıcı bir örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki belirtilerden birkaçını içerir:
  1. Bireyin soğuk ve mesafeli görünmesine neden olacak şekilde daralmış duygulanım;
  2. Tuhaf, eksantrik, alışılmadık veya tuhaf olan ve kültürel veya alt kültürel normlarla tutarsız olan davranış veya görünüm;
  3. Başkalarıyla zayıf uyum ve sosyal geri çekilme eğilimi;
  4. Kişinin davranışlarını alt kültür normlarına uymayan şekillerde etkileyen, ancak bir sanrı için tanısız gerekliliklere ulaşmayan olağandışı inançlar veya büyüdü düşünce;
  5. Yoğun illüzyonlar, depersonalizasyon, derealizasyon veya işitsel ya da diğer halüsinasyonlar gibi olağandışı algısal çarpıtmalar;
  6. Şüphencilik veya paranoid fikirler;
  7. Belirsiz, dolaylı, mecazi, aşırı ayrıntılı veya kalıplaşmış düşünme, kaba tutarsızlık olmaksızın garip konuşmalarla kendini gösterir;
  8. Takıntının yabancı veya istenmeyen bir şey olduğu hissi olmaksızın, genellikle vücut dismorfik, cinsel veya agresif içerikli takıntılı geniş getirmeler.
- B. Kişi Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk veya Sanrısız Bozukluk için tanı gerekliliklerini hiçbir zaman karşılamamıştır. Yani, geçici sanrılar, halüsinasyonlar, resmi düşünce bozukluğu veya etki, pasiflik veya kontrol deneyimleri ortaya çıkabilir, ancak 1 aydan fazla sürmez.
- C. Belirtiler sürekli ya da dönemsel olarak en az 2 yıldır mevcut olmalıdır.
- D. Belirtiler kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında sıkıntıya veya bozulmaya neden olur.
- E. Belirtiler başka bir tıbbi durumun (örn. beyin tümörü) belirtisi değildir, bir maddenin veya ilacın merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine (örn. kortikosteroidler) bağlı değildir, yoksunluk etkileri (örn. alkolden) dahil değildir ve başka bir Zihinsel, Davranışsal veya Nörogelişimsel Bozukluk tarafından daha iyi açıklanamaz.

ŞTKB, DSM-5 ve ICD-11’e göre bakıldığında semptomlar olarak benzerlik gösterdiği görülmektedir (Kirchner ve diğerleri, 2018; Mısır ve Alptekin, 2020). Sonuç olarak ŞTKB, referans düşünceleri, büyüdü düşünme ve şüphencilik gibi pozitif belirtiler; anhedoni ve sosyal ilgi eksikliği gibi negatif belirtiler ve düzensiz düşünme ve davranma gibi deorganize belirtileri kapsayan ruhsal bir bozukluktur (Cheli ve diğerleri, 2019; Baygın, 2020; Köse, 2023). ŞTKB’nin klinik ve işlevsel olarak kısıtlayıcı bir durum olduğu açık olmasına rağmen işlevsellikteki bozulma ve fenomenolojik olarak benzer diğer kişilik bozuklukları ile ilişkisi tam olarak açıklanmamıştır (Rosell ve diğerleri, 2014). ŞTKB, belirgin ve sürekli psikoz semptomları olmaksızın eksantrik davranışlar ve hafif şizofrenik özellikler ile karakterize edilmektedir (Takayanagi ve diğerleri, 2020). ŞTKB ve şizofreni arasında genetik, nörobiyolojik ve etiyolojik benzerliklerin olduğunu belirten kanıtlar bulunmaktadır. Şizotipal bozukluğun şizofreni spektrumu içinde yer alan prototip bir bozukluk olarak düşünülmesi ŞTKB’nin tam gelişmesini

engellemek, erken teşhisi ve tedavisi için önemli ipuçları sağlayabilir (Thompson ve diğerleri, 2014). ŞTKB'nin kalıtilabilirlik tahmini genel olarak %50 ile %80 arasında olduğu düşünülmektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019).

## AYIRICI TANI

Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve ŞTKB arasında benzer ölçütler olduğundan dolayı tanı koymada zorluklar yaşanabilmektedir (WHO, 2023). ŞTKB'de yer alan kısıtlı duygudurum, sosyal ilişkilerde zayıf olma, iletişimde yetersizlik gibi durumlar OSB'de görüldüğünden bu iki bozukluk arasında karışıklıklar yaşanabilmekte ve diğer bozukluklarda olduğu gibi bu iki bozukluk arasında da ayırıcı tanı mevcuttur (Ünver ve diğerleri, 2015). OSB'de yer alan iletişim yetersizliği ŞTKB ölçütleri arasında bulunmamakta; aynı şekilde ŞTKB'de yer alan paranoid düşünceler, eksantrik davranışlar ve sosyal anksiyete OSB'de yer almamaktadır. ŞTKB olan bireyler OSB'de olduğu gibi kısıtlı, tekrarlayan ve kalıplaşmış davranış, ilgi alanı veya faaliyet kalıpları sergilemezler (WHO, 2023).

ŞTKB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile komorbidite gösterdiğinde Eksen II bozuklukları arasında yer almakla beraber klinik açıdan önem taşımaktadır. OKB tanısı alan bireylerde şizotipal kişilik özelliklerinin görülme düzeyi daha yüksektir. Bu iki bozukluğun birlikte görülme sıklığı %5 ile %50 arasında olduğu bildirilmiştir (Perris ve diğerleri, 2019). Şizotipide yer alan büyüsel düşünce, OKB'de yer alan kaygıyı azaltmak için yapılan ritüellerle benzerlik göstermektedir. OKB hastalarında ŞTKB görülme sıklığı %1 olarak bulunmuştur (Köse, 2023). Yaygınlığı düşük olmakla beraber OKB hastalarının yarısında şizotipal özellikler gözlemlenmiştir. ŞTKB ve OKB tanı kriterlerinde bazı benzerlikler bulunmaktadır. Her iki bozuklukta büyüsel düşünce hakimdir (Perris ve diğerleri, 2014). Yapılan nöropsikolojik çalışmalarda OKB-ŞTKB komorbiditesinin ayrı bir alt tip olabileceğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. OKB'li bireylerde orbitofrontal lobda bozulma olduğu bulunmuş, OKB-ŞTKB komorbid hastalarda ise orbitofrontal ve dorsolateral prefrontal kortekste patoloji olduğu bulunmuştur. ŞTKB, OKB ile güçlü bir ilişki sergilemektedir (Köse, 2023; Perris ve diğerleri, 2019; Rosell ve diğerleri, 2014).

ŞTKB şizofreni ile bazı semptomlar açısından benzerlik gösterebilmektedir (Deniz, 2017). ŞTKB, şizofreni ile karşılaştırıldığında ŞTKB için ayırt edici özellikler olarak bakıldığında ŞTKB olan bireyler daha az işlev bozukluğuna sahip olduğu, başka birinden yardım almadan yaşaması ve çalışması ve antipsikotik ilaçları kullanmadan semptomları yönetebildiği görülmüştür (Takayanagi ve diğerleri, 2020). ŞTKB ve şizofreniye genel olarak bakıldığında nörodavranışsal, nörofizyolojik ve nörogörüntüleme açısından benzer türde anormallikler gösterdiği bulunmuştur (Apthorp ve diğerleri, 2019). Şizofreni hastalarında görülen sol precentral ve paracentral giruslardaki kortikal incelleme şizotipal bozukluğu olan hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Takanayagi ve diğerleri, 2020). Bozulmuş biliş, şizofreni ve ŞTKB gibi spektrum bozukluklarının ayırt edici özelliği olarak kabul edilir. Bozulmuş biliş hastaların %75 ile %85'inde görülmektedir. Diğer belirtilerden önce ortaya çıkmaya başlar ve kalıcıdır. Psikotik semptomlar tedavi edildikten sonra da bozulmuş biliş kalmaktadır. Şizotipal kişilik bozukluğu tanısı alan bireyler, şizofreni hastalarıyla benzer bilişsel eksiklikler sergilemektedir. Bu eksiklikler, sözel ve uzamsal epizodik bellek, uyanıklık, dikkat, soyut muhakeme, tanıma belleği, bilişsel engelleme, sözel akıcılık ve sözel ile uzamsal çalışma belleği gibi alanlarda gözlenmektedir. Daha da önemlisi, bilişsel çalışmalar, şizotipal kişilik bozukluğunun

antipsikotik ilaç tedavisi ile ilişkilendirilen bilişsel zorlukları giderme potansiyeline sahip olduğunu ve bu bozukluğun bilişsel eksikliklerinin daha yaygın olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni spektrumundaki bilişsel iyileştirmeyi araştırmak için yeni müdahalelerin test edilmesi için bir fırsat sunabilir (McClure ve diğerleri, 2019). ŞTKB ve diğer şizofreni spektrum bozuklukları arasındaki ayırıcı tanı sınıflandırmada yer alan ölçütlere göre yapılmaktadır. Şizofreni sınırında yer alan vakalarda psikotik belirtileri zayıf ise değerlendirilmede zorluk yaşanabilmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020). ŞTKB’de uzun süren ve şiddetli psikotik semptomların olmaması, nörobilişsel yıkım ile karakterize olmaması şizofreni ile arasında ayırıcı özelliğidir (McClure ve diğerleri, 2019). Paranoid kişilik bozukluğunda grandiyöz düşünceler ön safta olmamakla beraber ŞTKB’den algısal, bilişsel ve deorganizasyon boyutları ile ayrılmaktadır. Yapılan bir çalışmada ŞTKB olan bireylerin iki yıl içinde %40’ının psikotik bozukluk tanısı aldığı bulunmuştur (Mısır ve Alptekin, 2020).

### TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

ŞTKB’ye yönelik kanıtlanmış kesin bir tedavi bulunmamaktadır. Tedavide, psikofarmakolojik tedaviler ve psikoterapi kullanılır (Tuna ve Öncül-Demir, 2022). Tedavi genellikle bireyde görülen belirtileri azaltmada ve sosyal işlevselliğini geri kazandırmaya yöneliktir. Psikoterapi olarak bireysel terapi, grup terapisi ve sosyal beceri eğitimleri kullanılmaktadır (Mısır ve Alptekin, 2020). Nordentoft ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmaya göre sosyal beceri eğitiminin ŞTKB’nin başka bir psikotik bozukluğa dönüşmesini yavaşlattığı sonucu bulunmuştur. Psikofarmakolojik çalışmalarda ise risperidon ve olanzapin ilaçlarının etkili olduğu görülmüştür. ŞTKB’ye komorbidite olarak OKB ve depresif semptomlar görüldüğünden antidepresanların bu semptomlar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Nordentoft ve diğerleri, 2006). ŞTKB ile sadece Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu’nun Kişilik Bozukluklarının Biyolojik Tedavisi kılavuzunda tavsiyeler bulunur. Antidepresanlar için yeterli kanıt bulunmadığı, antipsikotikler için ise klinik çalışmalardan ve uzman görüşlerinden temel kanıtlara yönelik tavsiyelerin yer aldığı bilinmektedir (Mısır ve Alptekin, 2020).

Üstbiliş, bireyin kendisi ve başkaları hakkında oluşturduğu bütün fikirleri kapsayan süreci ifade etmektedir. Bu fikirler bireyin normal yaşantısında yaşadığı psikososyal zorluklara verilen tepkileri yönlendirmede kullanılır. Üstbilişsel yansıtma ve içgörü terapisi, psikotik bozukluğu olan bireyler için geliştirilmekle beraber bireyin yaşadığı psikiyatrik zorluklara ilişkin bireyin algısını geliştirmesine ve doğru bir şekilde karar almasını sağlamaktadır (Cheli ve diğerleri, 2019). Üstbilişin hem kişilik bozukluklarında (Semenari ve diğerleri, 2014) hem de psikozda (Lysaker ve diğerleri, 2021) belirtiler ve kişilerarası sorunlarla ilişki olduğu ve kişilik bozukluklarının şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluk tanısı alan bireylerde psikososyal işlevselliği ve psikopatolojinin şiddetini öngördüğü bulunmuştur (Carcione ve diğerleri, 2019). Psikozda odaklanan Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi ve kişilik bozuklukları için kullanılan Üstbilişsel Kişilerarası Terapi belirli yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Üstbilişsel Yansıtma ve İçgörü Terapisi danışanın tek bir seansta yapabildiği üstbilişe müdahaleyi hedefler. Danışan kişinin kendisini ve başkalarını anlamasını amaçlayan bütünleştirici bir iyileşme odaklı terapidir (Cheli ve diğerleri, 2023). Üstbilişsel kişilerarası terapi ise uyumsuz kişilerarası şemanın farkına varmayı, değiştirmeyi ve sağlıklı bakış açısı kazandırmayı amaçlayan bir terapidir. Yapılan çalışmalar sonucunda bu iki yaklaşımın üstbilişi artırma üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Carcione ve diğerleri, 2019). Üstbiliş odaklı

müdahalenin ve Şefkat Odaklı Terapi'nin ŞTKB olan bireyler üzerinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Şefkat Odaklı Terapi, biyo-psiko-sosyal psikoterapötik bir yaklaşımdır. Bu terapi kişinin kendi sorunu ile baş edebilmeyi, kendisine ve başkalarına yönelik şefkatli olmayı teşvik etmektedir (Cheli ve diğerleri, 2023).

Psikotik bozukluklar için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT<sub>p</sub>), kapsamlı bir ampirik temele sahiptir ve pozitif ve negatif belirti, psikoz, şizotipi gibi birçok psikiyatrik bozukluklarda başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (Nowak ve diğerleri, 2016). Birleşik Krallık'taki araştırmacılar bu terapi yöntemini şizofreni hastalarına uygulamış ve pozitif ve negatif semptomlarda azalma olduğunu gözlemlemişlerdir (Zimmermann ve diğerleri, 2005). Tedavide ilk olarak antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. Antipsikotik kullanan hastaların yaklaşık %30'unun tedaviden memnun olduğu görülmüştür (Lieberman ve diğerleri, 2005). 1980'li yıllardan önce tedavide sadece antipsikotik ilaçlar kullanılarak hastalıklar tıbbi olarak ele alınmaktadır. 1980'li yıllardan sonra BDT<sub>p</sub> yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Yaygınlık kazanmasındaki önemli bir faktör ise antipsikotik ilaçların sadece biyolojik olarak ele alması ve psikolojik etmenleri göz ardı etmesidir. BDT<sub>p</sub> yaygınlaştıktan sonra tedavilerde sadece antipsikotikler değil psikoterapi ve farmakoterapi beraber kullanılmaktadır. (Kart ve diğerleri, 2021).

ŞTKB olan bireyler için BDT<sub>p</sub>, terapistin kullanacağı ifadelerin büyük bir önem taşıdığı bir terapi yöntemidir. Terapistin, hastanın psikotik semptomlarını doğru bir şekilde anlaması ve değerlendirmesi, terapötik ilişkinin niteliğine bağlıdır. Yanlış bir ifade veya anlam hataları, hastanın psikotik semptomlarını belirlemeyi daha da zorlaştırabilir. Bu nedenle, terapistin terapötik ilişkiyi güçlendirmek adına empati ve samimiyet gibi duyguları etkili bir şekilde kullanması kritik bir öneme sahiptir. Terapistin bu duygusal bağlamı oluşturması, hastanın psikotik yaşantılarını paylaşma konusunda daha rahat hissetmesine olanak tanır (Kart ve diğerleri, 2021).

BDT<sub>p</sub> sürecinde, terapistin dikkat etmesi gereken bir diğer önemli husus, hastanın psikotik yaşantılarını değersizleştirmemek ve herhangi bir yanlış ifadenin terapötik ilişkiyi olumsuz etkileyebileceğidir. Seçilen sözcüklerin dikkatlice seçilmesi, hastanın direnç göstermesini engelleyebilir ve sanrısız inanışlarına daha da bağlanmasını önleyebilir. Bu nedenle, terapistin dil kullanımına özel bir hassasiyet göstermesi gerekmektedir (Kart ve diğerleri, 2021).

BDT<sub>p</sub>'nin asıl amacı, ŞTKB'li hastayı tamamen iyileştirmek değil, yaşadığı semptomları ortadan kaldırmak veya en aza indirmektir. Bu bağlamda, antipsikotik ilaçlara direnç gösteren hastalarda, BDT<sub>p</sub>'nin etkili bir alternatif olabileceği unutulmamalıdır. İlaç kullanılmayan veya kullanılmayan durumlarda, psikoterapinin etkili bir seçenek olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yaklaşım, bireyin yaşadığı psikotik semptomların yönetilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynayabilir (Kart ve diğerleri, 2021).

Tedavi ve destek süreçlerinde, bireyin sosyal becerilerini geliştirmeye yönelik psikososyal müdahaleler ve terapiler önemli bir rol oynayabilir. Sosyal beceri eğitimi, duygusal düzenleme becerilerini güçlendirme ve bireyin toplumsal entegrasyonunu artırma amacı taşıyan terapötik yaklaşımlar, ŞTKB'li bireyin yaşamında olumlu değişikliklere katkıda bulunabilir. Psikososyal bakış açısıyla, bireyin çevresiyle etkileşimini güçlendirmek ve sosyal destek ağlarını oluşturmak, ŞTKB ile başa çıkma sürecinde kilit öneme sahiptir (Walsh, 2017).

## SONUÇ

ŞTKB olan bireyler kuşkucu düşüncelere ve olağandışı anlamlar barındıran referans fikirlerine sahiptirler. Altıncı his, telepati gibi batıl inançlara inanabilirler. ŞTKB olan bireyler tanımadıkları insanlarla yakın ilişki kurmada zorlanır. Bunun yerine birinci derece tanıdık akrabalarıyla ilişki kurmak onlara daha kolay gelir (Arıca ve Genç, 2018). Bu nedenle ŞTKB olan bireyler genel olarak insanlardan uzak yaşamaya çalışırlar. Çünkü diğer bireylerin kendilerine zarar vereceği benzeri düşünceleri vardır. Yukarıdaki başlıklarda değinildiği üzere bireyde şizotipal özelliklerin görülmesinin sebebi öncelikle genlerle alakalı olabilmektedir. Birinci derece akrabalarında şizofreni spektrum bozukluğu varsa bireyde tam şizofreni olmasa da benzer özellikler görülebilmektedir. Beyin üzerindeki dopamin yolunun incelenmesi önemli rol oynamaktadır. Dopamin salınımının az olmasından kaynaklı bireyde şizotipal özellikler görülebilmektedir. Bunların yanı sıra nörolojik olarak beyinde bazı bölgelerin hacimlerinin küçülmesi gereken durumlarda ayırıcı tanı olabilmektedir. ŞTKB ele alınırken biyopsikososyal yaklaşım ile incelenmesi de faydalı olabilir. Sadece biyolojik olarak düşünmek yerine psikososyal faktörlerin de incelenmesi ŞTKB'yi anlamada etkili olabilir. Biyopsikososyal yaklaşım ile ele alınırken risk faktörü ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi tedavi aşamasında fayda sağlayacaktır. ŞTKB'nin prevalansına bakıldığında yaklaşık %0.7 ile %5 arasında olduğu bilinmektedir. Az görülmesinin sebebi bozukluğun nadir olması ve diğer bozukluklar ile karıştırılmasından kaynaklanabilmektedir. OSB, OKB, şizofreni ve diğer kişilik bozuklukları ile karıştırılabilir. Bu yüzden de yanlış tanı konulabilmektedir. Bu durumun önüne geçilebilmesi için ayırıcı tanıların iyi bilinmesi ve daha çok araştırmaların yapılması gerekmektedir. DSM-5 ve ICD-11 kriterlerine göre bakıldığında ŞTKB benzerlik görülmekte, farklılık görülmemektedir. Bireyde ŞTKB olup olmadığını anlamak için SIS-R gibi ölçme araçları kullanılmaktadır. ŞTKB'nin tedavisi için psikoterapiler önem taşımaktadır. Terapide komorbid bir durum olmaması için veya diğer bazı belirtileri azaltmak için farmakoterapide uygulanmaktadır. Terapist bu bozukluğa sahip birey ile kurduğu terapötik ilişkiye dikkat etmelidir. Yapılabilecek en küçük bir hata (örneğin yanlış kelime seçimi) terapötik ilişkiyi olumsuz etkilemekte ve birey tedaviye karşı direnç gösterebilmektedir. Bu yüzden terapist ŞTKB olan bireye dikkatlice yaklaşmalıdır. Çünkü bireyin paranoid düşünceleri olduğundan birey çekingen davranabilmektedir. Bu bağlamda terapistin dürüst yaklaşması önem taşımaktadır. Terapist bu bozukluğa sahip hastaların her şeyi anlatmasına izin vermeli ve anlatım esnasında sözünü bölmemelidir.

Sonuç olarak ŞTKB detaylı bir şekilde incelenmelidir. Popülasyonun düşük bir kısmında görüldüğü için çalışılması zor bir bozukluktur. Bireyde gösterdiği semptomların incelenmesi önem taşır. Semptomlar bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Günümüzde birçok araştırmacının şizofreni spektrum bozukluğuna ilgisi olduğu söylenebilir. Bu çerçevede benzer bozukluklarında incelenmesi şizotipal kişilik bozukluğunun da anlaşılmasında fayda sağlayacaktır. Yeni çalışmalar yapılarak literatürün genişletilmesi bu bozukluğun anlaşılması açısından önem taşıyabilir.



## **Yazarlar Hakkında**

### **Umutcan ALTUNKAYA**

Kastamonu Üniversitesi

İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü Lisans Öğrencisi

### **Çiçek HOCAOĞLU**

Prof. Dr.

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı

## **Yazar Katkıları**

Yazarlar bu makaleye eşit oranda katkı sağlamıştır.

## **Çıkar Çatışması**

Yazarlar tarafından çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiştir.

## **Destek**

Finansal destek alınmamıştır.

## **Etik Bildirim**

Bu çalışma literatür çalışması ile gerçekleştirilmiş olup insan katılımcılardan ya da hayvanlardan veri toplanmamıştır. Etik onay alınması gerekmemektedir.

## KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. Baskı). American psychiatric association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. Baskı). American psychiatric association.
- Arıca, S. ve Gençer, Z., M. (2018). Kişilik Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 9(3), 213-219.
- Apthorp, D., Bolbecker, A. R., Bartolomeo, L. A., O'Donnell, B. F., ve Hetrick, W. P. (2019). Postural sway abnormalities in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 45(3), 512-521. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby141>
- Ayçiçeği, A., Dinn, W. M., ve Harris, C. L. (2005). Validation of Turkish and English versions of the schizotypal personality questionnaire-B. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(1), 34-43. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.1.34>
- Baygın, C. (2020), *Agorafobisi olan ve olmayan panik bozukluk hastalarının çocukluk çağı travması ile şizotipal kişilik özellikleri yönünden karşılaştırılması* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi.
- Carcione, A., Riccardi, I., Bilotta, E., Leone, L., Pedone, R., Conti, L., ... ve Semerari, A. (2019). Metacognition as a predictor of improvements in personality disorders. *Frontiers in psychology*, 10, 170. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00170>
- Cheli, S., Cavalletti, V., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Petrocchi, N., Chiarello, F., ... ve 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. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04610-5>
- Cheli, S., Lysaker, P. H., ve Dimaggio, G. (2019). Metacognitively oriented psychotherapy for schizotypal personality disorder: A two-case series. *Personality and mental health*, 13(3), 155-167. <https://doi.org/10.1002/pmh.1447>
- Çaresiz, D., ve Faraji, H. (2022). Covid-19 Pandemi Döneminin Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerdeki Olası Etkilerine Dair Bir Değerlendirme. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 264-284. <https://doi.org/10.47525/ulasbid.1053922>
- Çuvadar Baş, Y. (2023). Hastane Öncesi Psikiyatrik Aciller . *Hastane Öncesi Dergisi* , 8(1), 129-136. <https://doi.org/10.54409/hod.1228744>
- Deniz, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenilirliği ve cezai sorumluluk. *Adli Tıp Bülteni*, 22(2), 124-129. <https://doi.org/10.17986/blm.2017228029>
- Ertan, E. A., ve Cankorur, V. Ş. (2017). Kişilik bozukluklarının tanısı: yeni bulgular ile tanıma kullanılan anket ve ölçekler. *Kriz Dergisi*, 25(1). [https://doi.org/10.1501/Kriz\\_0000000354](https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000354)

- Faraone, S. V., Green, A. I., Seidman, L. J., ve Tsuang, M. T. (2001). "Schizotaxia": clinical implications and new directions for research. *Schizophrenia bulletin*, 27(1), 1-18. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006849>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., ve Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 69(2), 121-127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Haznedar, M. M., Newmark, R., Goldstein, K. E., Zelmanova, Y., ... ve Siever, L. J. (2008). Cortical gray and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients. *Schizophrenia research*, 101(1-3), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.12.472>
- Hazlett, E. A., Rothstein, E. G., Ferreira, R., Silverman, J. M., Siever, L. J., ve Olincy, A. (2015). Sensory gating disturbances in the spectrum: Similarities and differences in schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 283-290. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.020>
- Kart, A., Özdel, K., ve Türkçapar, M. H. (2021). Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı terapi. *Nöropsikiatri Arşivi*, 58, 61-65. <https://doi.org/10.29399/npa.27418>
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., ve Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 345-362. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(68\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0022-3956(68)90026-5)
- Kirchner, S. K., Roeh, A., Nolden, J., ve Hasan, A. (2018). Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ schizophrenia*, 4(1), 20. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8>
- Köse, H. (2023). *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda hastalık şiddetinin psikotik semptomlar, şizotipal kişilik özellikleri, dissosiyasyon, ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kuperberg, G. R., Broome, M. R., McGuire, P. K., David, A. S., Eddy, M., Ozawa, F., ... ve Fischl, B. (2003). Regionally localized thinning of the cerebral cortex in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 878-888. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.878>
- Lewandowski, K. E., Barrantes-Vidal, N., Nelson-Gray, R. O., Clancy, C., Kepley, H. O., ve Kwapil, T. R. (2006). Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia research*, 83(2-3), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.11.024>
- Linscott, R. J., ve Morton, S. E. (2018). The latent taxonicity of schizotypy in biological siblings of probands with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 922-932. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx143>
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., ... ve Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England journal of medicine*, 353(12), 1209-1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>

- Lysaker, P. H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K. A., Huling, K., ... ve Lysaker, J. T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs?. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03338-4>
- Meehl P. E. (1962) Schizotaxia, Schizotypy, Schizophrenia, *American Psychologist*, 17,827-838.
- McClure, M. M., Graff, F., Triebwasser, J., Perez-Rodriguez, M., Rosell, D. R., Koenigsberg, H., ... ve New, A. S. (2019). Guanfacine augmentation of a combined intervention of computerized cognitive remediation therapy and social skills training for schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 176(4), 307-314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030349>
- Machón, R. A., Huttunen, M. O., Mednick, S. A., Sinivuo, J., Tanskanen, A., Watson, J. B., ... ve Pyhälä, R. (2002). Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. *Schizophrenia research*, 54(1-2), 7-16. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00346-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00346-2)
- Mısır, E., ve Alptekin, K. (2020). Şizotipi kavramı ve şizotipal kişilik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 364-374. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.27576>
- Nettle, D., ve Clegg, H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 273(1586), 611-615. <https://doi.org/10.1098/rspb.2005.3349>
- Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Melau, M., Christensen, T. Ø., ... ve Jeppesen, P. (2006). Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophrenia Research*, 83(1), 29-40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.01.002>
- Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P., ve Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0912-8>
- Paris, J. (1993). Personality disorders: A biopsychosocial model. *Journal of personality disorders*, 7(3), 255-264. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.3.255>
- Perris, F., Fabrazzo, M., De Santis, V., Luciano, M., Sampogna, G., Fiorillo, A., ve 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. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00386>
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110(6), 406-416. <https://doi.org/10.1176/ajp.110.6.406>
- Rosell, D. R., Futterman, S. E., McMaster, A., ve Siever, L. J. (2014). Schizotypal personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>

- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Buccione, I., Carcione, A., Dimaggio, G., ... ve Pedone, R. (2014). Metacognitive dysfunctions in personality disorders: Correlations with disorder severity and personality styles. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 751-766. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.137>
- Takayanagi, Y., Sasabayashi, D., Takahashi, T., Furuichi, A., Kido, M., Nishikawa, Y., ... ve Suzuki, M. (2020). Reduced cortical thickness in schizophrenia and schizotypal disorder. *Schizophrenia bulletin*, 46(2), 387-394. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz051>
- Thompson, J. L., Rosell, D. R., Slifstein, M., Girgis, R. R., Xu, X., Ehrlich, Y., ... ve Siever, L. J. (2014). Prefrontal dopamine D1 receptors and working memory in schizotypal personality disorder: a PET study with [11 C] NNC112. *Psychopharmacology*, 231, 4231-4240. <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3566-6>
- Tuna, E. ve Öncül-Demir, Ö. (Ed.). (2022). *DSM-5'e göre anormal psikoloji*. (2. Baskı). Nobel Yayın.
- Ünver, B., Öner, Ö., ve Yurtbaşı, P. (2015). Şizotipal kişilik bozukluğu ile otizm spektrum bozukluklarının ayırıcı tanısı: Bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(1), 65-70.
- Velikonja, T., Velthorst, E., McClure, M. M., Rutter, S., Calabrese, W. R., Rosell, D., ... ve Perez-Rodriguez, M. M. (2019). Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 50-64. <https://doi.org/10.1111/acps.13032>
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., ve Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 401-430. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141950>
- Walsh, J. (2017). Schizotypal personality disorder: A clinical social work perspective. *Journal of Social Work Practice*, 31(1), 67-78. <https://doi.org/10.1080/02650533.2015.1132686>
- Widiger, T. A. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press, USA.
- World Health Organization. (2022). International classification of diseases: eleventh revision (ICD-11).
- World Health Organization. (2023). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f18178000> adresinden 28 Eylül 2023 tarihinde alınmıştır.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., ve Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 77(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.018>
- Zhang, T., Li, H., Tang, Y., Li, H., Zheng, L., Guo, Q., ... ve Xiao, Z. (2015). Screening schizotypal personality disorder for detection of clinical high risk of psychosis in Chinese mental health services. *Psychiatry research*, 228(3), 664-670. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.049>

Zhu, Y., Tang, Y., Zhang, T., Li, H., Tang, Y., Li, C., ... ve Wang, J. (2017). Reduced functional connectivity between bilateral precuneus and contralateral parahippocampus in schizotypal personality disorder. *BMC psychiatry*, 17, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1146-5>