


Kişilik Bozukluklarında ICD-11 ve DSM-5 Alternatif Modelin Karşılaştırmalı İncelenmesi

Comparative Examination of ICD-11 and DSM-5 Alternative Model in Personality Disorders

 Türkmen Töre¹

¹Girne Üniversitesi, Girne, KKTC

ÖZ

Kişilik bozuklukları tarih boyunca değişen tanılamalarla ve ekolden ekole değişen yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Günümüzün tanı kitapçıklarında güncellenen yaklaşımlar ve bilimsel gelişmeler ile kişilik bozuklukları için gelişen ve daha anlaşılır olabilen tanı kategorileri oluşturulmaktadır. Yeni modeller tanı, tedavi ve klinisyenler arası ortak dil için önemli bir kaynak olabilir. Hem ICD-11'de hem de DSM-5 III ana bölümünde daha önceki kişilik bozuklukları tanı yaklaşımının ötesinde yeni modelleri öne çıkarmıştır. Her iki modelde de kişilik işlevselliği değerlendirilerek kişilik bozukluğu incelenmektedir. Değerlendirmede önce işlevselliğin bozulmasının şiddet seviyesi, daha sonra, benlikte, kimlikte ve ikili ilişkilere yansımaları gibi özellikler incelenmektedir. DSM-5'te yer alan alternatif model kişilik bozuklukları bölümünde, kişilik bozukluklarında öne çıkan 5 temel özellik 25 alt özellik ve işlevselliğin değerlendirildiği bir içeriğe sahipken, ICD-11 kişilik bozukluğu modeli beş özellik ve sınırdaki örüntüsünü ve tanımlamasını içeren bir yaklaşımı ve işlevselliğin değerlendirildiği 4 boyutlu bir yapıyı içermektedir. İki modelin kişilikte öne çıkan kişilik özellikleri birbiriyle tamamen örtüşmemektedir. Örneğin, Psikotizm DSM-5 alternatif model kişilik bozukluklarında bir kişilik özelliği olarak kendine yer bulurken, ICD-11'de kişilik bozukluklarında bu özellik yer bulmamıştır. Sınırdaki örüntüsü DSM-5 alternatif model kişilik bozukluklarında bir özellik gibi isimlendirilmemektedir ancak ICD-11 sınırdaki örüntüsünü bir tür özellik olarak ele almaktadır. Bu durum iki kılavuz arasındaki önemli farklılıklardandır. Benzer şekilde işlevselliğin ve bozukluğun değerlendirildiği ölçütler birbirleriyle uyumlu ve paralel ilerlememektedir. Bu da iki farklı kılavuzun farklı şiddet seviyelerini eşik olarak kabul ettiği anlamını taşımaktadır. Ancak her iki modelinde kategorisel modeller yerine kişilik özelliklerin görülebildiği ve daha boylamsal süreçlerin içerdiği kişilik bozuklukları yaklaşımını kabul ettiği söylenebilir. Yeni modellerin birbirleriyle farklılıklar göstermesi, tanı ve tedavi bakımından ortak dilin gelişmesine engel gibi yorumlanabilir.

Anahtar sözcükler: Kişilik bozuklukları, kişilik, psikiyatrik tanı, ruhsal hastalıklar

ABSTRACT

Personality disorders tried to be explained by changing diagnoses and approaches varying from school to school throughout history. With the updated approaches and scientific developments in today's diagnostic booklets, developing and more understandable diagnostic categories for personality disorders are created. New models can be an important resource for diagnosis, treatment and common language among clinicians. Both ICD-11 and DSM-5 main part section III. have highlighted new models beyond the previous personality disorders diagnostic approach. In both models, personality disorders are examined according to severity levels and prominent personality features model. Moreover, personality disorder includes structures that take into account the course of basic personality traits such as self, identity and bilateral relations. While DSM-5 part III. Alternative model on personality disorders section has a content of 5 prominent features, 25 sub-features and functionality which are all for evaluating the disorder, the ICD-11 model includes an approach that includes five features and borderline pattern and definitions, and a 4-dimensional structure in which functionality is evaluated. Although both models include models of features that stand out in personality but not completely overlap with each other. For example, while Psychoticism finds its place as a personality trait in alternative model in section III of DSM-5, as it is not accepted in personality feature in ICD-11. In contrast, the borderline pattern is not named as a feature in DSM-5 in section III, but the ICD-11 treats the borderline pattern as a kind of feature. This is one of the important differences between the two guidelines. Similarly, the criteria by which functionality and impairment are evaluated are not compatible with each other and do not progress in parallel. This means that two different guidelines accept different severity levels as thresholds. However, it can be said that both models accept the personality disorders approach, which includes longitudinal processes in which personality traits can be seen instead of categorical models. The differences between the new models can be interpreted as an obstacle to the development of a common language in terms of diagnosis and treatment.

Keywords: Personality disorders, personality, psychiatric diagnosis, mental disorder

Giriş

Kişilik bozukluğu (KB), bireylerin katı ve işlev düşüren özellikleri olarak yorumlanan düşünmeye, ilişkilere ve yaşayış biçimleriyle bütünleşen ruhsal rahatsızlığa verilen tanılamadır (Sperry 2016). Kişilik bozukluğu olan bireyler, olayları, çevrelerini kendilerini ve insanları algılamakta kendilerine özgü tipik yansımalar ve filtrelemeler yaşamakta ve bu duruma bağlı olarak ikili ilişkilerinde, bireylerin kendileri ve çevreleriyle olan ilişkilerinde zorluk çekebilmektedirler (Carlson ve Oltmanns 2015). Bu bireyler tipik bir düşünme yapısına sahiptirler. Dahası, kişilik bozukluğu olan bireylerin diğer bilişsel alanlarında da belirli tiplerde işlev gösterme eğilimi ortaya çıkmaktadır. Duygulanım, tepki verme, davranışlar ve bellek gibi mekanizmalar dünyayı algılar ve yorumlarken çarpık içeriğe sahip olabilirler (Millon 2011). Kişilik bozuklukları sıklıkla genç yaşlarda veya erken yetişkinlikte belirginleşir veya ortaya çıkar. Tanımlanmış pek çok kişilik bozukluğu vardır ve bunlar ruhsal hastalık tanıları arasında yer alır (Smith ve ark. 2020). Kişilik bozukluklarının açıklayan bilimsel ilerlemelerle birlikte başarılı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Yapılan araştırmalarda kişilik bozukluklarının yaygınlığının fazla olması nedeniyle klinisyenlerin bu alana olan ilgileri ve çalışmaları da artmıştır (Huprich 2015, Waugh ve ark. 2017). Çalışmalarda kişilik bozukluklarının yaygınlıkları farklılık gösterebilmektedir. Yapılan birleştirilmiş çalışmalarda %12 (Volkert ve ark. 2018) %7,8 (Winsper ve ark. 2019) ve 4.4% - 21.5% (Quirk ve ark. 2016) civarında yaygınlık bulunmuştur. Ayaktan takibi yapılan psikiyatri hastalarında ise çok farklı sonuçlar elde edilse de bu vakaların yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu birincil tanısına veya eş tanısına rastlanmaktadır (Beckwith ve ark. 2014).

Tarih boyunca kişilik bozukluklarını tanımlarken ve açıklarken farklı yaklaşımlar ortaya sürülmüştür. Tarihin farklı dönemlerinde kişilik bozukluklarını teşhis etmek ve tanımlamak için kullanılan çeşitli sınıflandırma sistemleri, tasarlandıkları tarihsel dönemde mevcut olan bilgi, sosyal tutumlar ve bilimsel paradigmlar ile sınırlandırılmıştır (Beck ve ark. 2007, Öztürk ve Uluşahin 2016). Sigmund Freud ve meslektaşları, zihinsel bozuklukların tanımlayıcı kategorizasyonunun ötesine geçen ilk isimlerdendi. Freud psikanaliz kuramıyla birlikte kişilik yapısının nasıl oluştuğunu anlamaya çalışmıştı. Freud'un psikolojideki etkisi büyük olmakla beraber Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM'nin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) ilk sürümü de psikanalitik eğilimi bir yapıya sahip olarak yorumlanmıştır (Kotan ve ark. 2018). DSM-I ve DSM-II'nin içerdiği kişilik bozuklukları yaklaşımı yetersiz açıklamalar ve kriterlerin olmaması nedeniyle yetersiz olarak yorumlanmıştır ("DSM History" 2022). Kişilik bozukluklarında önemli bir değişiklik olarak kabul edilen tanı ölçütleri ise DSM modelinde ilk kez DSM-III versiyonunda yayımlanmıştır. DSM-III versiyonunda kişilik bozuklukları kategorisel modelde ele alınmıştır. Bu modelde her kişilik bozukluğu için tanı kriterleri oluşturulmuştur (Cierpiałkowska 2013). Tanı kriterleri klinisyen ve araştırmacılara ortak dil kullanabilmeleri, tanı ve tedavide kolaylaştırıcı bir etken sağladığı şeklinde yorumlanmıştır (Widiger 1993).

DSM-III'te kişilik bozuklukları 3 küme altında 11 farklı tanı kategorisi ile belirtilmiştir. Bunlar;

A Küme: Paranoid, Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları

B Küme: Antisosyal, Narsisistik, Histriyonik, Borderline Kişilik Bozuklukları

C Küme: Kaçınan, Bağımlı, Obsesif Kompulsif, Pasif Agresif Kişilik Bozukluklarıdır.

Daha sonraki güncellenmiş versiyon olan DSM-IV'de de aynı şekilde 11 kişilik bozukluğuna yer verilmiştir. DSM-5'te DSM-IV'ten farklı olarak Pasif Agresif Kişilik Bozukluğuna yer verilmemiştir ve geriye kalan 10 kişilik bozukluğunun (KB) ise tümü DSM-5'in ilk bölümünde kişilik bozuklukları bölümünde yayınlanmıştır. Yapılan güncel çalışmalar ve öneriler nedeniyle ise bu tanı kategorisine ek olarak DSM-5'in III. kısmında alternatif bir kişilik bozuklukları modeli öne sürülmüştür (Tyrer ve ark. 2010, Kotan ve ark. 2018). Bu alternatif model ile kişilik bozukluklarında, kategorisel özellikler ve semptomların yer aldığı kriterler yerine zamana yayılan, boylamsal belirgin özellikler ve alt özelliklerden oluşan psikolojik kümelere yer almaktadır. DSM-5 bu bakımdan iki farklı kişilik bozukluğu modeline sahiptir. Bunlardan birincisi geleneksel anlamda 10 kişilik bozukluğu tiplmesi, tanı ve kriteryasını içeren bir model ile, diğeri bir temel kişilik bozukluğu tanısı altında, şiddetin ve özelliklerin belirtilebileceği yeni alternatif kişilik bozukluğu modelidir (Bastiaens ve ark. 2021). DSM-5'in yeni alternatif kişilik bozukluğu modeli 2019 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması Rehberi olan 'International Classification of Diseases 11. Edition (ICD-11)' versiyonundaki güncellenmiş tanı rehberindeki kişilik bozukluğu yaklaşımı ile benzer bir model olduğu söylenebilir (Bach ve First 2018, Krueger ve Hobbs 2020). ICD-11'den önce DSÖ tanı kılavuzlarında yayınlanan kişilik bozukluğu modellerinde DSM-IV gibi bir kategorizasyon modeli içermekteydi (WHO 2022). Ancak ICD-10 modelinde 9 farklı kişilik bozukluğu tanısı ve çok sayıda alt tanı grubu mevcut idi. Bu bakımdan ICD-10 tanı modeli de kafa karışıklığına neden olduğu için eleştirilmekteydi (Tyrer ve ark. 2019, Mulder 2021). DSM-IV'nin

ise benzer şekilde kişilik patolojilerini kategorisel olarak ele alması, kişiliğin zamana yayılan ve belirtilerin ölçütlere bağlanarak ele alınması uzmanlar tarafından boyutsal olmaması açısından eleştiriliyordu. Bu nedenlerle yeniden oluşturulmaya çalışılmış ICD-11 Kişilik Bozukluğu modeli ve DSM-5 Kişilik Bozukluğu Alternatif Modeli her iki tanı rehberinde yeni modellemelerde kişilik bozukluğu tanısı altında belirli tipik belirteçlere yer vermiş ve bunları kategori modelinden ötede, boyutsal sayılabilecek bir yapıda ele almıştır. İki kılavuzda kişilik örgütlenmelerini işlevsellik ve özellikleri bakımından iki açıdan değerlendirilmektedir. Zaman içerisinde değişebilen, ortaya çıkabilen veya şiddeti değişen özellikleri sadece alt belirteç olarak veya öne çıkan özellik olarak belirterek, bu modellerin daha kapsamlı ve boyutsal sayılabilecek tanılama sistemleri olduğu yorumu da yapılabilmektedir (Hopwood ve ark. 2012, Gitlin ve Miklowitz 2013). Bu amaçla, bu çalışmada DSM-5 alternatif kişilik bozukluğu modeli (DSM-5 AM) ile ICD-11 Kişilik bozukluğu modelinin karşılaştırılarak incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem

Bu çalışmada, ICD-11 kişilik bozuklukları modeli ile DSM-5'in III. Kısımında yer alan alternatif kişilik bozukluğu modeli incelenmiştir. Bu kapsamda, iki kılavuzun kişilik bozukluğunu nasıl ele aldığı, özellikler modelini nasıl açıkladığı ve şiddeti seviyeleri değerlendirilmiştir. Bu çalışma kapsamında olan DSM-5 alternatif model açıklamalarının, özellik ve ölçüt gibi değerlerinin değiştirilmeden orijinaline uygun olarak, Köroğlu tarafından editörlüğü yapılan Türkçe dilindeki DSM-5' terimlerine yer verilmiştir, yazar tarafından çevirme yapılmamıştır. ICD-11 modeli İngilizce yayınlanan dijital bir kılavuzdur (APA 2013, WHO 2022). Bu bakımdan orada yer alan ölçüt ve özelliklerin Türkçe orijinal çevirisi yapılmamıştır. ICD-11' için kullanılan terimlerin İngilizce orijinal basımdaki DSM-5'te ki ile aynı olması durumunda, aynı kelimeler kullanılması tercih edilmiştir. Özel bir durum var ise not şeklinde ilgili bölümde açıklanmıştır. Özellikler, ölçütler ve şiddet gibi değerler hem ICD-11 modelinde hem de DSM-5 modelindeki yaklaşımları içermektedir.

Modellerin İncelenmesi

ICD-11 Kişilik Bozuklukları Modeli (ICD-11 KB)

ICD-11 KB modeli, şiddetin (hafif, orta veya ağır KB) değerlendirilmesini ve olumsuz duygulanım, uzaklaşma, sınırsızlık, karşıtlık ve anankasti'yi içeren beş özellik alanının ayrı bir tanımını içermektedir. Bunlara ek olarak bir de 'borderline pattern' isminde, özelliklerin altında sınırda örüntüsü olarak bir kişilik durumu daha belirtilmiştir. ICD-11 özellikli alan tanımlayıcıları, KB tanısı konmuş kişilerin (zihinsel ve davranışsal bozukluklar bölümünde) veya kişilik zorluğunun karakteristik özelliklerini tanımlamak için kullanılabileceği şeklinde belirtilmiştir. Bununla birlikte, bir özellik alanı, ancak kişilik zorluğu veya bozukluğu teşhisi konan bireyin kişilik yapısında öne çıkarsa ve özellik alanının tanımladığı özelliklerin psikososyal işlevsellikteki bozulma ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar varsa kodlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Kişinin kişilik sorunlarıyla ilgili özelliklerini yakalamak için birden çok özellik alanı belirtilebileceği de yine bildirilmiştir (WHO 2022). ICD-11 sınıflandırması, uzmanların çeşitli kombinasyonlarda daha benzersiz tanı profilleri sunabilecekleri ve kişilik işleyişinin dinamiklerini tasvir edebilecekleri bir modelleme alanını öne çıkarmaktadır (Mulder 2021).

ICD-11'de kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için Tablo 1'deki açıklamadan yararlanılmaktadır (WHO 2022).

Tablo 1. ICD-11 kişilik bozukluğu tanımı ve tanı ölçütleri

Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozukluğu, benlik yönlerinin işleyişindeki (ör. Kimlik, benlik değeri, benlik görüşünün doğruluğu, benlik yönelimi) ve / veya kişilerarası işlev bozukluğunun (ör. Yakın ve karşılıklı tatmin edici gelişme ve sürdürme yeteneği) sorunları ile karakterizedir. İlişkiler, başkalarının bakış açılarını anlama ve ilişkilerdeki çatışmayı yönetme yeteneği) uzun bir süre boyunca devam etmiştir (örneğin, 2 yıl veya daha fazla). Rahatsızlık, uyumsuz (ör. Esnek olmayan veya kötü düzenlenmiş) biliş, duygusal deneyim, duygusal ifade ve davranış kalıplarında kendini gösterir ve bir dizi kişisel ve sosyal durumda ortaya çıkar (yani, belirli ilişkiler veya sosyal roller ile sınırlı değildir). Rahatsızlığı karakterize eden davranış örüntüleri gelişimsel olarak uygun değildir ve öncelikle sosyo-politik çatışma da dahil olmak üzere sosyal veya kültürel faktörlerle açıklanamaz. Rahatsızlık, kişisel, aile, sosyal, eğitim, mesleki veya diğer önemli faaliyet alanlarında önemli sıkıntı veya önemli bozulma ile ilişkilidir (ICD-11).

Kişilik Bozukluğu için Genel Tanı Gereksinimleri

Temel (Gerekli) Özellikler

- Kendilik durumlarında (örneğin, kimlik, kendilik değeri, kendine anlamada doğruluk, kendini yönetme) ve/veya kişilerarası işlevlerin (örneğin, yakın ve karşılıklı tatmini geliştirme ve sürdürme yeteneği; başkalarının bakış

<p>açılarını anlama ve ilişkilerdeki çatışmaları yönetme yeteneği) işleyişindeki sorunlarla karakterize kalıcı bir rahatsızlık.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahatsızlık uzun bir süre boyunca devam etmelidir (örneğin. 2 yıl veya daha uzun süre boyunca). • Bozukluk, biliş, duygusal deneyim, duygusal ifade ve uyumsuz davranış kalıplarında kendini gösterir (örneğin, esnek olmayan veya yetersiz düzenlenmiş). • Rahatsızlık, bir dizi kişisel ve sosyal durumda kendini gösterir; (yani, belirli ilişkiler veya sosyal rollerle sınırlı değildir), belirli koşullar altında tutarlı bir şekilde bu rahatsızlık hisleri kendini açığa çıkarır, bir kişinin bu hisleri uyandırmasına bağlı değildir. • Belirtiler, yoksunluk etkileri de dahil olmak üzere bir ilacın veya maddenin doğrudan etkilerinden kaynaklanmaz ve başka bir zihinsel bozukluk, Sinir Sistemi Hastalığı veya başka bir tıbbi durumla daha iyi açıklanamaz. • Bu bozukluk, önemli bir sıkıntı ya da kişisel, ailevi, toplumsal, eğitimsel, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulma ile ilişkilidir. • Kişilik bozukluğunu karakterize eden davranış kalıpları gelişimsel olarak uygunsuz (örneğin, ergenlik döneminde bağımsız bir benlik kurmayla ilgili sorunlar) veya öncelikle sosyo-politik çatışma dahil olmak üzere sosyal veya kültürel faktörlerle açıklanabiliyorsa, Kişilik Bozukluğu teşhisi konmamalıdır. <p>Benlik yönlerinin işleyişindeki bozuklukların derecesi ve yaygınlığı:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kişinin kimlik duygusunun istikrarlılığı ve tutarlılığı (örneğin, kimliğin veya benlik duygusunun ne ölçüde değişken ve tutarsız veya aşırı katı ve sabit olduğu). • Genel olarak olumlu ve istikrarlı bir öz-değer duygusu sürdürme yeteneği. • Kişinin kendi özelliklerine, güçlü yönlerine, limitlerine ilişkin görüşünün doğruluğu. • Kendi kendini yönetme kapasitesi (uygun hedefleri planlama, seçme ve uygulama yeteneği). <p>Çeşitli bağlamlarda ve ilişkilerde (örneğin romantik ilişkiler, okul/iş, ebeveyn-çocuk, aile, arkadaşlıklar, akran bağlamları) kişilerarası işlev bozukluğunun derecesi ve yaygınlığı:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Başkalarıyla ilişkilerde bulunmaya ilgi. • Başkalarının bakış açılarını anlama ve takdir etme yeteneği. • Yakın ve karşılıklı olarak tatmin edici ilişkiler geliştirme ve sürdürme yeteneği. • İlişkilerde çatışmayı yönetme becerisi. <p>Kişilik bozukluğunun duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerinin yaygınlığı, şiddeti ve kronikliği:</p> <p>Duygusal belirtiler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duygusal deneyim ve ifadenin kapsamı ve uygunluğu. • Duygusal olarak aşırı veya az tepki verme eğilimi. • Birey tarafından zor veya istenmeyen duyguları (örneğin öfke, üzüntü) tanıma ve kabul etme yeteneği. <p>Bilişsel belirtiler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durumsal ve kişilerarası değerlendirmelerin özellikle stres altındaki doğruluk durumu • Belirsizlik durumlarında uygun kararlar verebilme. • İnanç sistemlerinin uygun kararlılığı ve esnekliği. <p>Davranışsal belirtiler</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Dürtüleri kontrol etmede ve duruma ve sonuçların dikkate alınmasına dayalı olarak davranışı modüle etmede esneklik. • -Yoğun duygulara ve stresli koşullara davranışsal tepkilerin uygunluğu (örneğin, kendine zarar verme veya şiddet eğilimi (ICD 11, WHO 2022)).
--

ICD-11'de bu işlevsellik modeline göre, çeşitli alanlarda zorlanmalar yaşayan ve işlevselliği zayıflamış bireyi tanımlamak için şiddetin belirlenmesi amacıyla ek bir ölçekten yardım alınmaktadır. Tanıyı tamamlayan ve kişilik bozukluğunun şiddetinin/yoğunluğunu gösteren- dört dereceli bir ölçek bu durumda kullanılmaktadır. Kişilik bozukluğunun şiddetine ek olarak kişilik zorlanmasına da yer verilmiştir. Bu ölçek ICD-11'de şöyle tanımlanmıştır.

- -Kişilik zorlanması
- -Hafif kişilik bozukluğu
- -Orta derecede kişilik bozukluğu
- -Ağır kişilik bozukluğu
- -Kişilik bozukluğu, şiddet belirtilmemiş (WHO 2022)

Kişilik Bozukluğu tanımlaması şiddeti veya öne çıkan kişilik özellikleriyle belirtilmekte, gerekli ve uygunsuz birden fazla özellik ile tek bir şiddet göstergesi eklenmesi mümkündür. Kişilik Bozukluğunun şiddetinin sadece bir defa gösterilebilmesi bu bakımdan önemlidir. Çünkü aynı anda hem orta derecede hem de ağır kişilik bozukluğu tanısının konması uygun değildir. Buna ek olarak, aşağıda belirtilen öne çıkan modeller belirtilebilmekte ve ancak gerekiyorsa birden fazla da özellik tanımlanabilmektedir.

ICD-11 Öne Çıkan Kişilik Özellikleri veya Modelleri

Kişilik bozukluğunda veya kişilik zorlanmasında ‘Olumsuz Duygulanım’ (Negative Affectivity)

Olumsuz duygulanım alanının temel özelliği, çok çeşitli olumsuz duygular yaşama eğilimidir. Belirli bir kişide belirli bir zamanda bulunamayan, Olumsuz duygusal yaygın tezahürleri şunları içerir: durumla orantılı olmayan bir sıklık ve yoğunluk ile çok çeşitli olumsuz duygular yaşamak; duygusal değişkenlik ve zayıf duygu düzenleme becerisi; olumsuz tutumlar; düşük benlik saygısı ve özgüven; ve güvensizlik. Suçlu hissetme gibi durumlarda görülebilmektedir (WHO 2022).

Kişilik bozukluğunda veya kişilik zorlanmasında ‘Uzaklaşma’ (Detachment)

Soğukluk-Kopma-Kaçınma-Uzaklaşma özelliği kişilerarası mesafeyi (sosyal uzaklık-soğukluk) ve duygusal mesafeyi (duygusal soğukluk-uzaklık) sürdürme eğilimidir. Belirli bir zamanda belirli bir kişide bulunabilecek şu özellikleri içerir(hepsini içermek zorunda değildir): sosyal soğukluk (sosyal etkileşimlerden kaçınma, arkadaşlık eksikliği ve özel ilişkilerden kaçınma); ve duygusal soğukluk (çekingenlik, uzaklaşma ve sınırlı duygusal ifade ve deneyim) (WHO 2022). Not: Türkçede ‘detachment’ kelimesi Soğukluk/Kopma/Kaçınma/Uzaklaşma anlamlarına gelebilen bir yapıya sahiptir. İngilizce yazıtlarda ICD-11 ile DSM-5’in birebir aynı kelimeyi (detachment) kullanılması durumu dikkate alınarak bu metinde literatür ile uyumlu olması açısından ‘uzaklaşma’ kelimesinin kullanılması uygun görülmüştür.

Kişilik bozukluğunda veya kişilik zorlanmasında Karşıtlık (Dissociality)

ICD-11’de bu özelliğin ismi ‘Dissociality’ olarak geçmektedir. Bu özellik alanının temel özelliği hem benmerkezciliği hem de empati eksikliğini kapsayan başkalarının hak ve duygularını göz ardı etme durumlarını kapsamaktadır. Belirli bir zamanda hepsi belirli bir kişide bulunmayan yaygın özellik belirtileri şunlardır: benmerkezcilik (örneğin, yetki alma duygusu, başkalarının hayranlık beklentisi, olumlu ya da olumsuz dikkat arama davranışları, birinin kendi ihtiyaçları, arzuları ve rahatlığı, başkalarının ihtiyaçları değil); empati eksikliği (başka bir deyişle, eylemlerin rahatsızlıklarının başkalarına zarar verip vermediğine kayıtsızlık, başkalarına aldatici, manipülatif ve sömürücü olma, kaba ve fiziksel olarak agresif, başkalarının acılarına tepki olarak duygusuzluk ve hedeflerine ulaşmada acımasızlık gibi) (WHO 2022). Not: Türkçede bu terimin karşılığı yerine literatürde antisosyal, toplumdışılık, disiplinsizlik gibi terimlerle yer bulabilmektedir. DSM-5 (APA 2013) bu özellikleri içeren açıklamada Antagonizm terimini ve Türkçe çevirisinde Karşıtlık terimlerine denk gelen benzer bir özellik yapısını açıklamaktadır bu bakımdan terimin Türkçe karşılığı olarak Karşıtlık kelimesi bu çalışmada kullanılmıştır. Yapılan uluslararası diğer çalışmalarda da bu iki terimin birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir (Bach ve Bernstein 2019, McCabe ve Widiger 2020, Gutiérrez ve ark. 2021).

Kişilik bozukluğunda veya kişilik zorlanmasında Sınırsızlık (Disinhibition)

ICD-11’de bu özellik Disinhibition olarak isimlendirilmiştir. Bu özellik alanının temel özelliği, potansiyel olumsuz sonuçları dikkate almadan derhal dış veya iç uyaranlara (yani duyular, duygular, düşünceler) dayalı olarak döküntü gibi davranma eğilimidir. Belirli bir zamanda belirli bir kişide bulunmayan yaygın Sınırsızlık belirtileri şunları içerir: dürtüsellik; dikkat dağınıklığı; sorumsuzluk; dikkatsizlik; ve planlama eksikliği (WHO 2022) (ICD-11 orijinal Türkçe çevirisi olmaması nedeniyle çeviri yapılırken güncel yaklaşımlar göz önüne alınarak bu çalışmada Dezinhibisyon terimi yerine Sınırsızlık denmiştir). Sınırsızlık teriminin kullanılması nedeni orijinal İngilizce dilindeki DSM-5 III. Ana bölümdeki kişilik bozukluğu alternatif modelinde Disinhibition’ terimi Türkçe DSM-5 III. Ana bölüme ‘sınırsızlık’ olarak çevrildiği için aynı terimin kullanılması tercih edilmiştir. Bir diğer önemli nokta ise iki modeldeki disinhibition teriminin açıklama kısmı incelendiğinde benzer içeriğe sahip olmaları göze çarpmaktadır, bu da terimin sınırsızlık olarak tercih edilmesinde bir diğer dikkate değer yaklaşımdır. Klinisyenlerce ve akademisyenlerce ortak dil kullanımının önemli olduğu düşüncesi bu makalenin araştırma kapsamı içerisinde yer almaktadır (Bach ve Bernstein 2019, McCabe ve Widiger 2020, Gutiérrez ve ark. 2021).

Kişilik bozukluğu veya kişilik zorlanmasında Anankasti

Anankasti özellik alanının temel özelliği, kişinin katı mükemmellik ve doğru ve yanlış standardına ve kişinin kendi ve başkalarının davranışlarını ve bu standartlara uygunluğu sağlamak için durumları kontrol etmeye odaklanmasıdır. Belirli bir zamanda hepsi belirli bir kişide bulunmayan anankastinin yaygın özellikleri şunları içerir: mükemmeliyetçilik (örneğin, sosyal kurallar, yükümlülükler ve doğru ve yanlış normları ile ilgili, detaylarda titizlik, katı, sistematik, günlük rutinler, hiper-çizelgeleme ve planlayıcılık, organizasyon, düzenlilik ve düzgünlüğe vurgu); ve duygusal ve davranışsal kısıtlama (örneğin, duygusal ifadelerde katı kontrol, inatçılık ve esneyememe, riskten kaçınma,perseverasyon ve kasıtlılık-tartışmacılık üzerinde katı kontrol) (WHO 2022).

Anankasti terimi uzun süredir klinik alanlarda kullanılan ancak günümüzde daha çok obsesif kompulsif kişilik yapılanmasına denk gelen bir anlamda kullanılan bir tanımlamadır. Obsesif kompulsif kişilik özellikleri tarihsel açıdan incelendiğinde ICD-11 anankasti kişilik özelliği ile benzerdir (Fineberg ve ark. 2014, Gecaite-Stonciene ve ark. 2021).

Sınırdaki Örüntüsü (Borderline Pattern)

Sınırdaki (Borderline) örüntü tanımlayıcısı, kişilik bozukluğu örüntüsü, aşağıdakilerin birçoğuyla belirtildiği gibi, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda yaygın bir istikrarsızlık örüntüsü ve belirgin dürtüsellik ile karakterize edilen bireylere için uygulanabilir: Gerçek ya da hayali terkten kaçınmak için çalınca çabalar; Kararsız ve yoğun kişilerarası ilişkiler örüntüsü; Belirgin ve sürekli olarak kararsız bir kendilik imajı veya benlik duygusuyla kendini gösteren kimlik bozukluğu; Potansiyel olarak kendine zarar verme davranışlarına yol açan, yüksek olumsuz etki durumlarında aceleci davranma eğilimi; Tekrarlayan kendine zarar verme atakları; Ruh halinin belirgin reaktivitesinden kaynaklanan duygusal dengesizlik; Kronik boşluk hissi; Uygunsuz yoğun öfke veya öfkeyi kontrol etmede zorluk; Yüksek duygusal uyarılma durumlarında geçici dissosiyatif semptomlar veya psikotik benzeri özellikler (WHO 2022).

Görüldüğü gibi ICD-11, kişilik bozukluğunu bir temel isim altında ve beş farklı özellik türüne göre sıralamış, sınır durum/sınırdaki ise ek olarak bir örüntü olarak tanımlamalarda belirtilmiştir. ICD-11'e göre bir kişinin kişilik bozukluğu tanısı alabilmesi için KB tanısı altında belirtilen durumun karşılanması, şiddeti belirtilmeli ve eğer belirtilen ek özellikler yer alıyorsa bu durumlarında tanıya eklenmesi gerektiği bildirilmiştir. Benzer şekilde, majör olarak herhangi bir kişilik özelliği belirtilebilir ve bunun şiddeti de eklenebilmektedir (Bach ve Bernstein 2019, McCabe ve Widiger 2020, Gutiérrez ve ark. 2021).

DSM-5 Kişilik Bozuklukları Alternatif Model (DSM-5 KB AM)

DSM-5 yapılan yeni çalışmalar ve güncellemeler ışığında iki farklı kişilik bozukluğu modeli ile yayınlanmıştır (APA 2013). Bunlardan ilki DSM-IV-Tr'nin devamı gibi görülen bir kategorizasyon modelinin devamı ve diğeri ise DSM-5 Kişilik Bozuklukları Alternatif Model'dir. Yeni DSM-5 KB AM, DSM-5 kitabının III. Ana bölümünün 3. kısmında yer almıştır. Yeni model güncel klinik uygulamalar ve bilgi birikimini korumak ve güncellemek adına ve yaklaşım eksikliklerini gidermek adına yeni bir kişilik bozuklukları modelidir (Krueger ve Hobbs 2020). Ancak bu model tamamıyla boyutsal veya kategorisel değildir. Bu model kişilik bozukluklarının şiddeti ve baskın özelliklere göre değerlendirme yapan bir yaklaşımı içerir (Esbec ve Echeburúa 2015, Clark ve ark. 2017). Dahası birden çok temel öne çıkan özelliği ve buna bağlı ortaya çıkan 25 alt özellik yapısı nedeniyle klinisyenlere ve araştırmacılara tanı yapmada hareket alanı vermektedir (Huprich ve ark. 2019). DSM-5 alternatif modelde, kişilik bozukluğu genel tanısı ve ek olarak 6 tipik ve geleneksel kişilik bozukluğu tanısı yer almaktadır. Bu altı tipik tanı, yeni alternatif modelin yaklaşımına göre açıklanan klinisyenlere kolaylık sağlama amacı güden hibrit olarak isimlendirilen bir içeriğe sahiptir. Bahse konu olarak verilen 6 kişilik bozukluğu tanısı antisosyal, kaçınan, narsistik, obsesif kompulsif, sınırdaki ve şizotipal kişilik bozukluklarıdır. Alternatif model ile yapılan asıl değişiklik ve yenilenme, tüm durumlarda kişilik bozukluklarının 2 temel durum yanında 5 özellik alanında değerlendirmesi ile ilgilidir. Bu değerlendirmede kimlik ve kişilerarası işlevsellik birinci ölçüt iken, beş alt özellik ise kendi içinde 25 alt başlıkta incelenebilecek çeşitli duygusal, davranışsal ve bilişsel özellikleri içeren ikincil ana ölçütü oluşturmaktadır (APA 2013). Bu ölçütler açıklamalarıyla birlikte yeni model içerisinde açıklanmıştır. Bahse konu olan ve tipik olarak sık görülen ve belirtilen altı öznel kişilik bozukluğunun tümü de hem kimlik hem de kişilerarası işlevsellik durumu ile açıklanmakta buna ek olarak bahse konu beş alt özellik olan; olumsuz duygulanım, uzaklaşma, karşıtlık, sınırsızlık ve psikotiklik ile değerlendirilmesi yer almaktadır (Bach ve ark. 2017, Bach ve First 2018, Gutiérrez ve ark. 2021).

DSM-5 Alternatif Model Kişilik Bozukluğu için Genel Tanı Kriterleri

- A. Kişilik işlevselliğinde (kendilik/kişilerarası) orta ya da daha ağır bozulma.
- B. Bir ya da birden çok sağlıklı olmayan kişilik özelliği.
- C. Kişilik işlevselliğindeki bozukluklar ve kişinin kişilik özelliklerinin dışavurumu çok değişik kişisel ve toplumsal durumlarda, oldukça değişmezlik ve yaygınlık göstermektedir.
- D. Kişilik işlevselliğinde bozukluklar ve kişilik özelliklerinin dışavurumu oldukça kalıcıdır ve başlangıcı en azından ergenlik ve erken yetişkinlik dönemine uzanır.
- E. Kişilik işlevselliğindeki bozukluklar ve kişilik özelliklerinin dışavurumu başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

F. Kişilik işlevselliğinde bozukluklar ve kişinin kişilik özelliklerinin dışavurumu, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

G. Kişilik işlevselliğindeki bozukluklar ve kişinin kişilik özelliklerinin dışavurumu kişinin gelişimsel evresi ya da toplumsal kültürel çevresi için olağan olarak kabul edilemez (APA 2013).

Bu modelde kişilik bozukluğu tanısı koyulabilmesi için iki durum gereklidir. Birincisi A tanı ölçütünde belirtilen şiddetin kimlik ve kişilerarası ilişkiler bağlamında ölçülmesi. İkincisi ise B tanı ölçütündeki sağlıklı olmayan, işlevsiz kişilik özelliklerinin varlığıdır. İkinci kriter, kişilik bozukluğunun ifade edilme biçimini, 25 spesifik özellikten herhangi bir veya daha fazlası veya bunların düzenlendiği beş geniş alan olarak işlevselleştirilme şeklini tanımlar. Bu beş özellik alanı; olumsuz duygulanım, uzaklaşma, karşıtlık, sınırsızlık ve psikotiklidir. A tanı ölçütünde kişilik işlevselliğinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Buradaki işlevsellik değerlendirilmesi, kendilik başlığı altında kendilik ve kendini yönlendirme olarak iki alt başlıkta değerlendirilirken; kişilerarası işlevsellik ise duygudaşlık ile yakınlık kurma alt başlıkları ile değerlendirilmektedir.

Tablo 2. DSM-5 Kişilik Bozuklukları Alternatif Modelde öne çıkan 5 kişilik özelliğinin 25 alt özellik dağılımı (APA 2013).

Olumsuz duygulanımsallık içeriği (Karşıtı: Duygusal Tutarlılık)
Duygusal değişkenlik Tedirginlik Ayrılma güvensizliği Sürdürme Uysallık Düşmanlı tutum Kısıtlı duygulanım (yokluğu) (Uzaklaşma kişilik özelliği ile ortak) Çökkünlük (Uzaklaşma kişilik özelliği ile ortak) Kuşkuculuk (Uzaklaşma kişilik özelliği ile ortak)
Uzaklaşma içeriği (Karşıtı: Dışa Dönüklük)
Kısıtlı duygulanım Geri çekilme Anhedoni Yakınlıktan kaçınma Çökkünlük Kuşkuculuk
Karşıtlık içeriği (Karşıtı: Uyumluluk)
Karşısındakiyle oynama Düzmecilik Büyükleme İlgi arayışı Düşmanlı tutum (Olumsuz kişilik özelliği ile ortak) Duygusuzluk
Sınırsızlık içeriği (Karşıtı: Duyarlılık)
Sorumsuzluk Dürtüsellik Tehlikeyi göze alma Katı yetkincilik(yokluğu) Dikkat dağınıklığı
Psikozdalık içeriği (Karşıtı: Gerçeği değerlendirme)
Olağandışı inançlar ve yaşantılar Uçukluk Bilişsel ve algısal ayarsızlık

Bozukluğun şiddeti ise bir derecelendirme ölçeği yolu ile değerlendirilmektedir. Bunlar; 0 sağlıklı, adaptif işlevsellik; 1 hafif bozulma; 2 orta bozulma; 3 ağır bozulma; 4 ileri derecede bozulma olarak sıralanmaktadır (APA 2013).

A tanı ölçütünü değerlendirirken ise bu iki başlık altında dört alana bakılmaktadır.

Kendilik:

1.Kimlik: Kendisi ve başkaları arasında açık sınırlarla kendini biricik olarak yaşantılama, benlik saygısında ve kendilik değerlendirmesinde değişmezlik; duygusal yaşantı aralığını düzenleyebilme yeterliği ve yetisi.

2.Kendini yönlendirme: Tutarlı ve anlamlı kısa erimli ve genel yaşam amaçlarına ulaşmaya çalışma; yapıcı ve toplum yanlısı içsel davranış ölçülerini kullanma; kendini üretken bir biçimde sunma yetisi.

Kişilerarası:

1.Duygudaşlık: Başkalarının yaşantılarını ve içsel nedenlerini kavrama ve değerlendirme değişik bakış açılarını hoş görme; kendi davranışlarını başkaları üzerindeki etkilerini anlama.

2.Yakınlık kurma: Başkalarıyla ilişki kurma derinliği ve süresi, yakın olma isteği ve yeterliği, kişilerarası karşılıklı saygı gösterme (APA 2013).

Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar bir kişilik bozukluğunu belirtmekte ve yetersizliğin şiddeti ise kişinin tipik bir kişilik bozukluğunun ya da daha fazla kişilik bozukluğunun varlığına dair ipucu vermektedir. Kişilik bozukluğu tanısı için en az orta düzeyde bozulma gerekir; bu eşik bilimsel kanıtlara dayalıdır ve uzmanın kişilik bozukluğu tanısını doğru ve etkin şekilde koyabilme becerilerini en üst seviyeye ulaştırma amacını hedeflemektedir. B tanı ölçütü ise patolojik özelliklerini beş yapının içinde açıklamaktadır. Bu beş yapı olumsuz duygulanım, uzaklaşma, karşıtlık, sınırsızlık ve psikotiklik olarak sıralanmıştır. Bu beş özellik 25 adet özel alt tipten oluşmaktadır. Tüm özelliklerin yeni alternatif modele bilimsel veriler ışığında değerlendirilerek konulduğu bildirilmiştir (Bach ve ark. 2017).

Tablo 2'de DSM-5 kişilik bozuklukları alternatif modelinde beş temel özelliğin alt özellikleri bakımından ayrımı yer almaktadır. Beş kişilik özelliği DSM-5 KB AM'de şöyle açıklanmaktadır.

Olumsuz duygulanım: Çok çeşitli olumsuz duyguların (örneğin, kaygı, depresyon, suçluluk/utanç, endişe, öfke) ve bunlar ile ilişkili davranışsal (örneğin, kendine zarar verme) ve kişilerarası (örneğin, bağımlılık) durumların olması,

Uzaklaşma: Hem kişilerarası etkileşimlerden (sıradan, günlük etkileşimlerden arkadaşlıklara ve yakın ilişkilere kadar değişen) geri çekilme hem de sınırlı duygusal deneyim, kısıtlı eğlenme ve ifade ile kendini gösterme ve toplumsal duygusal deneyimlerden kaçınma.

Karşıtlık: Abartılı bir öz-değer duygusu ve buna eşlik eden özel muamele beklentisi de dahil olmak üzere, bireyi diğer insanlarla anlaşmazlık içerisinde düşüren davranışlar, hem başkalarının ihtiyaç ve duygularının ayırt edememek ve karşıtlık duygularıyla ve kendi öz çıkarları için başkalarını kullanma,

Sınırsızlık: Geçmişteki deneyimleri hesaba katmadan veya gelecekte olabilecekleri hesaplamadan o sıradaki düşünce ve davranışlar ve dış uyaranlar ile dürtüsel davranışlar ve doyum sağlamayı erteleyememe durumu,

Psikotiklik: hem algı ve dissosiyasyon süreçleri gibi hem de düşünceler inançlar kapsayabilen, çok geniş aralıkta kültürel olarak uyumsuz, yadırgatıcı, sıra dışı ya da olağan dışı davranışlar ya da bilişlerin olması durumudur (APA 2013).

Tablo 3. ICD-11 KB ve DSM-5 KB AM şiddet ve özellik bakımından karşılaştırılması.	
ICD-11 KB	DSM-5 KB AM
<u>Kişilik Bozukluğunun Şiddeti</u>	<u>Kişilik İşlev Düzeyi</u>
-	Bozulma yok ya da çok az bozulma var -0-
Kişilik zorlanması	Hafif bozulma var -1-
Hafif kişilik bozukluğu	Orta derecede bozulma var -2-
Orta kişilik bozukluğu	Ağır bozulma var -3-
Ağır Kişilik Bozukluğu	İleri derecede bozulma var -4-
Şiddeti Belirtilmemiş	-
<u>ICD-11 Öznellik ölçütü</u>	<u>DSM 5 Alternatif Model, B kriteri</u>
Olumsuz duygulanım	Olumsuz duygulanım
Uzaklaşma	Uzaklaşma
Sınırsızlık	Sınırsızlık
Karşıtlık	Karşıtlık
Anankasti*	-
Sınırdaki Örüntüsü**	- Psikotizm***

*Anankasti, düşük *sınırsızlık ve olumsuz duygulanım* ile DSM-5 KB AM ile örtüşmektedir. Ancak DSM-5 KB AM' anankasti için ayrı bir özellik alanı tanımlamamıştır (Gecate-Stonciene ve ark. 2021).

**ICD-11 KB de belirtilen sınırdaki örüntüsü özelliği, DSM-5 KB AM'de psikotizm ile örtüşebilen özellikler içerebilen bir alanı da kapsamaktadır, ancak sınırdaki örüntüsü için DSM-5 KB AM'de tam karşılığa denk gelen bir alan tanımlanmamıştır. Ancak, sınırdaki kişilik bozukluğu alternatif model içerisinde ayrıyeten kendi alt özellikleriyle tanımlanmıştır.

***Psikotizm ise DSM-5 KB AM'de bir temel özellik olarak yer almıştır, ICD-11'de ise bu özelliğe yer verilmemiştir.

Tablo 3'de iki farklı modelin birbirine karşılık gelebilecek şiddet değerlendirme ölçütleri ile baskın kişilik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4. DSM-5 Kişilik Bozukluklarında yer alan 10 kişilik bozukluğunun diğer modellere göre incelenmesi		
DSM-5 KB	DSM-5 KB AM	ICD 11 Model
Paranoid	Uzaklaşma	Uzaklaşma
	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
	Karşıtlık	Karşıtlık
Şizotipal	Psikotizm	Şizotip Bozukluk*
	Uzaklaşma	Uzaklaşma
		Anankasti
Şizoid	Uzaklaşma	Uzaklaşma
	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
Sınırd(Borderline)	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
	Sınırsızlık	Sınırsızlık
	Psikotizm	Sınırd Örüntüsü
Narsistik	Karşıtlık	Karşıtlık
Histiryonik	Sınırsızlık	Sınırsızlık
	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
	Uzaklaşma (düşük)	Uzaklaşma (düşük)
	Karşıtlık	Karşıtlık
Antisosyal	Karşıtlık	Karşıtlık
	Sınırsızlık	Sınırsızlık
	Uzaklaşma	Uzaklaşma
	Olumsuz Duygulanım(düşük)	Olumsuz Duygulanım(düşük)
Kaçınan	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
	Uzaklaşma	Uzaklaşma
	Karşıtlık(düşük)	Karşıtlık(düşük)
Bağımlı	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım
	Karşıtlık(düşük)	Karşıtlık(düşük)
Obsesif Kompulsif	-	Anankasti
	Sınırsızlık(düşük)	Sınırsızlık(düşük)
	Uzaklaşma	Uzaklaşma
	Olumsuz Duygulanım	Olumsuz Duygulanım

*Şizotip Bozukluk ICD-11 tanı kılavuzuna göre Şizofreni ve Diğer Majör Psikotik Bozukluklar Spekturumunda değerlendirilmekte olan ancak daha önceleri bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırıldığı belirtilen bir tanıdır (Skodol ve ark. 2015, Bach ve ark. 2017, Bach ve First 2018, Oliveira ve ark. 2020).

Tablo 4'te DSM-5'in ilk bölümünde yer alan ve sıklıkla araştırma konusu olan 10 tipik kişilik bozukluğunun yeni modellerdeki özellikler bakımından incelenmesi yer almaktadır. Bu tabloya ek olarak DSM-5 KB AM'de antisosyal, kaçınan, narsistik, obsesif kompulsif, sınırd ve şizotipal kişilik bozukluklarına yer verilmiştir. Yer verilen altı tipik bozukluk geleneksel DSM-5 kategorisel kriterleri ile değil, kimlik, kişilerarası işlevsellik ve alt özellikler bakımından değerlendirilmiştir. DSM-5'in ilk bölümünde yer alan kişilik bozuklukları kategorisel modelinde olan histiryonik, şizoid, bağımlı ve paranoid kişilik bozukluklarına ise DSM-5 KB AM' modelde yer verilmemiştir.

Tartışma

Kişilik bozukluklarını kategorik tanılama modeli, bir kişilik bozukluğunu var veya yok şeklinde belirtmekte olan ve DSM-III'ten itibaren kullanılan bir yöntem olarak görülmektedir. Kategorik ölçütler ve tanımlar belirli bir durumu karşıladığında ve ortaya çıktığında bir tanının olduğunu göstermekte idi (Tyrer ve ark. 2010, Kotan ve ark. 2018). DSM-5 III. Ana bölümde yayınlanan kişilik bozuklukları alternatif modeli ve ICD-11 kişilik bozukluğu modeli boyutsal yaklaşımı içeren yeni bir yaklaşım olarak yorumlanabilmektedir. Boyutsal yaklaşım, ayrı kişilik özelliklerinin birbirinden bağımsız olarak ve bireylerde farklı seviyelerde ortaya çıkabileceği bir anlayışı benimsemektedir (WHO 2022). Yani kategorik yaklaşım kişilik bozukluklarının tanı ile açıklarken, boyutsal yaklaşım öne çıkan kişilik özellikleri ve ek özellikleri olarak yorumlanabilmektedir. Kategorik yaklaşımda belirli sayıdaki kriterin karşılanması aranırken, boyutsal yaklaşımda davranışın farklı özellikleri ile ele alınarak değerlendirilebilmesine olanak sağlanmaktadır. Bu bakımdan boyutsal model birçok bakımdan kişilik bozukluklarını daha geniş bir yelpazede açıklayabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2016, Gutiérrez ve ark. 2021). Ancak kişilik bozukluklarının tanımlanmasında kategorik yaklaşımı önerenlerde mevcuttur. Öncelikle klinik odak noktasının seçilmesi ve uygun tedavi planının oluşturulmasında kolaylık sağladığı yanı sıra klinisyenler arası ortak dil için kolaylık olduğu bildirilmiştir (Trull ve Durrett 2005, Bach ve ark. 2016).

Bunun yanında kategorik yaklaşımı savunmayan görüşler de mevcuttur. Bu görüşlere göre boyutsal yaklaşımın kişilik bozukluklarının tanımlanmasında doğal bir sınıflandırma getirdiği, kategorik yaklaşımın ise yapay ayrımlar oluşturduğu şeklindedir (Gøtzsche-Astrup ve Moskowitz 2015, Bach, ve ark. 2017 Flory 2020). Boyutsal yaklaşımda her bir hasta için öznel durum değerlendirilmesi ve buna bağlı öznel tedavilerin ilerlemesi söz konusu olabilmektedir (Green 2015). Bu bakımdan geliştirilen yeni modellerin bazı ortak noktaları vardır. Yeni yaklaşımlar, on tipik kişilik bozukluğunun kategorisel ve kriterilerine göre sınıflandırılmasını içermemektedir. Kişilik bozukluğunu özellikleri bakımından değerlendirilen ve temelde bozulma düzeyi ve şiddeti ile değerlendirilmeye yönlendiren bir yaklaşım içermektedir. ICD-11 yaklaşımı, şiddet sınıflandırması da dahil olmak üzere kişilik işlev bozukluğunun evrensel özelliklerine dikkat çekerek bir kişilik bozukluğu teşhisinin yapısını ve sürecini içermektedir. DSM-5' alternatif modelde de benzer şekilde olmak üzere, ICD-11'in birbiriyle bir arada var olamayacak dört şiddet kategorisine göre değerlendirme içermektedir, yani, bir hasta hem hafif kişilik bozukluğuna hem de aynı ağır kişilik bozukluğuna sahip olamayacak şekilde bir düzenlenme söz konusudur. Ancak bu derecelendirmeler paralel ilerlememektedir. DSM-5 KB AM'de dört derecede kişilik bozukluğu şiddeti değerlendirilmektedir. ICD-11 ise bu durumu üç şiddet seviyesinde ele almaktadır, DSM-5 KB AM'de ağır bozulma ile ICD-11'de orta derecede bozukluk birbirlerine daha yakın durmaktadır. Çünkü şiddet değerlendirmeleri incelendiğinde DSM-5 KB AM'deki hafif bozulma, ICD-11 de kişilik zorlanmasına, DSM-5 KB AM'de orta derecede bozulma ICD-11'de hafif bozulmaya denk gelmektedir. Dahası, DSM-5 KB AM'ye göre bozukluk tanısı alabilmesi için orta, ağır veya ileri derecede kişilik bozulması tanımlanmasını karşılaması gerekmektedir, yani hafif kişilik bozulması DSM-5 KB AM'ye göre bozukluk tanısı için yeterli değildir. ICD-11 kılavuzuna göre aksine, hafif kişilik bozukluğu tanımlanmıştır. Her ne kadar iki kılavuzda şiddet düzeyini anlamada ortak bir dil olmasa da şiddet düzeyine göre oluşturulan bir sınıflandırma sistemi, bir kişilik bozukluğunu belirleme sürecini basitleştirme avantajına sahip olması şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu durum hem klinisyenin danışanla oluşacak ilişkisinde hem de kişinin yaşadığı zorluğu anlamada kolaylık sağlayabilen bir özellik olduğu söylenebilmektedir (Millon ve ark. 2010, Green 2015, Bach ve First 2018).

Her iki modelde de kimlik duygusu, kişinin kendini yönlendirmesi, diğerlerini anlaması ve diğerleri ile kurduğu ilişki kişilik bozukluğunda incelenmesi gereken ilk alanlar olarak gösterilmektedir. Bu dört alanda yaşanan veya görülen tipik belirtiler ve zorlanmalar kişilik görüntüsünde bir bozukluğun ilk belirtisi olarak yorumlanabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanan DSM-5 kişilik bozukluğunu alternatif model altında bu dört başlıkta değerlendirme sürecine başlatırken, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan ICD-11 rehberinde daha geniş açıklamalar ile yine bu dört alan işlenmektedir. Bu bakımdan iki kılavuzun kişiliği anlamada kimlik ve kişilerarası işlevselliğe odaklanması gibi ortak bir yaklaşım sergilediği söylenebilmektedir (Bach ve ark. 2017, Gamache ve ark. 2021). Hem, ICD-11 hem de DSM-5 KB AM sınıflandırması, araştırmacıların ve klinisyenlerin, çeşitli kombinasyonlarda daha net tanı profilleri sunmalarına olanak tanımaktadır. Yanı sıra, kişilik bozukluğu yaşayan bir bireyin, yaşadığı zorluğa ve betimleyicisi olan özelliğe göre tanımlanabilmesi kişiliğin dinamik yapısı gereği daha gerçekçi bir yaklaşım olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Bach ve First 2018, Pires vd. 2021). Ancak iki modelin birbiriyle uyumlu olmadığı noktalara da dikkat çekmekte yarar olabilir. Örneğin, anankasti ICD-11'de bir özellik olarak tanımlanırken, DSM-5 KB AM'de bu özelliğe yer verilmemektedir. ICD-11' sınırda örüntüsünü kişilik özelliklerinin devamı şeklinde tanımlanarak belirtilmiştir; DSM-5 KB AM'de ise sınırda örüntüsü ek olarak bir özellik gibi açıklanmamaktadır. Yanısıra, Borderline Kişilik Bozukluğu'nu baskın kişilik özelliklerinin tanımları ile açıklayan, kimlik ve kişilerarası işlevsellik ölçütlerini de içeren bir hibrit modellemeye de sahip olması DSM-5 KB AM'nin önemli bir farklılığı olarak yorumlanabilir. Sınırda örüntüsü ve sınırda kişilik bozukluğu hala çokça tartışılan bir konudur. Kimileri bu durum için nevroz ve psikoz arasındaki bir konumdan bahsederken kimileri bunun kategorisel bir kişilik bozukluğu olarak ele alınabileceğinden bahsetmektedir (Zanarini 2005, McCabe ve Widiger 2020, Krueger ve Hobbs 2020). DSM-5 KB AM'de kişilik bozukluklarında psikotik durumun değerlendirilmesi söz konusudur ancak ICD-11 bunun gibi durumları doğrudan psikotik bozukluklar ile ilişkilendirmekte ve psikotik durumlara kişilik bozuklukları arasında yer vermemektedir (Bach ve First 2018). ICD-11 kılavuzunu kullanarak kişilik değerlendirilirken psikoz veya psikoz benzeri bir durum-sembotom görülüyorsa, buna en yakın olarak ICD-11 sınırda örüntüsünden yararlanabilir. Çünkü sınırda örüntüsü içerisinde psikoz benzeri durumların yer aldığı bir bilgilendirme mevcuttur. Eğer psikoz görüntüsü daha belirgin ise ICD-11 kılavuzunu kullanarak bunun psikotik bozukluklar spektrumunda değerlendirilebileceği bilinmektedir (Bach 2018). Farklı olarak, DSM-5'in hem kategorisel kişilik bozuklukları modelinde hem de alternatif kişilik bozuklukları modelinde psikotik özelliklere yer verilmiştir (Örneğin, Psikotik kişilik özelliği ve Şizotipal Kişilik bozukluğu). Bu durumda psikotik özellikleri olan veya psikoz benzeri özellikler sergileyen bir birey için DSM-5 KB AM'de olası tanıya izin verilmektedir. DSM-5 KB AM'de psikotik durumun kişilik bozukluklarında öne çıkan bir özellik belirteciyle yer alması avantaj sağlamaktadır. DSM-5 KB AM' psikotik kişilik özelliğini açıklarken; kültürel olarak uyumsuz tuhaf, eksantrik veya olağandışı davranış ve bilişler sergileme, kişinin zihin okuma, telekinezi, düşünce-eylem kaynaşması,

halüsinasyon benzeri deneyimler de dahil olmak üzere olağandışı gerçeklik deneyimleri gibi olağandışı yeteneklere sahip olduğuna dair inanç, garip, olağandışı veya tuhaf davranış, görünüm ve/veya konuşma; garip ve öngörülemeyen düşüncelere sahip olmak; olağandışı veya uygunsuz şeyler söyleme, duyarsızlaşma, derealizasyon ve dissosiyatif deneyimler dahil olmak üzere tuhaf veya olağandışı düşünce süreçleri ve deneyimleri; karma uyku-uyanıklık durumu deneyimleri; düşünce-kontrol deneyimlerini içeren geniş bir psikoz deneyim ve semptom kümesine yer vermektedir. Bu durum sıklıkla psikoz benzeri durumların varlığı veya psikozun ön belirtisi olup olmama gibi durumlar açısından bilim insanları tartışma konusu yapılmaktadır. Bazı çalışmalarda şizotipal kişiliğin şizofreni spektrumunda değerlendirilmesinin avantajlarından bahsetmektedir (Barrantes-Vidal ve ark. 2015, Cicero ve ark. 2019). Ancak gerçeklikten tam kopma olmayan veya kültürel açıdan uyumsuz davranışlar, telekinezi gibi garip sayılabilecek veya bazı eksantrik davranışların sergilenmesinin kişilik düzeyinde değerlendirilebilmesi de klinik açıdan uygun olacağını söyleyen başka araştırmalarda mevcuttur (Balaratnasingam ve Janca 2015, Schultze-Lutter ve ark. 2019). Örneğin, şizotipal kişilik bozukluğu benzer şekilde DSM-5'in alternatif modelinde kimlik kişilerarası işlevsellik ve 25 alt özellik bakımından değerlendirilerek tekrardan açıklanmış, yeni ve hibrit bir tanı yaklaşımı ile öne sürülmüştür. Bu yeni yaklaşım DSM-5'de diğer beş tipik kişilik bozukluğu içinde benzer şekilde yapılmıştır. Bu altı tipik kişilik bozukluğu hem kategorisel olarak değerlendirilebilecek hem de yapılan çalışmalar bakımından tipik özellikleri ve tanı kriterleri olarak yorumlanabilecek hibrit yaklaşımla öne sürülmüştür. Bunun gibi kategoriler, 1980 yılında yayınlanan DSM-III'ten itibaren araştırmaları yapılan ve klinisyenlerce ortak dil olarak kabul edilebilecek bir yapıya sahiptir. Eski tanıların yeni modelde yeniden yorumlanırken en yaygın görünen semptomları göz önüne alınmıştır. Yani herhangi bir tanının tek bir tip ve kriteri olmadığı açıktır. Zira, yeni modellere duyulan ihtiyaç tanı kriterlerinin birçok kişi için uygun düşmemesi ve aynı anda birden fazla kişilik bozukluğu tanısının kişilere konması nedeniyle olduğu bilinmektedir (Bender ve ark. 2014, Oldham 2015, Bach ve First 2018). Yeni modellerde de hiç şüphesiz birçok kişi birden fazla özellik ile tanımlanabilir, ancak bu durum iki veya daha fazla tanı konması yerine, farklı özellikler ve DSM-5 KB AM'de ek olarak belirtilen alt başlıklar ile belirtilen belgilerinin konmasında kolaylaştırıcı etken olacaktır. İşbu şekilde bir kişinin kişilik bozukluğunu tanımlarken çok fazla kelime ve tanımlamadan söz edilmesi gerekebileceğinden bu durumun daha da karışık bir hal alabileceği bazı araştırmacılarca öne sürülmüştür (Öztürk ve Uluşahin 2016, Hopwood ve ark. 2019). Birden fazla kişilik bozukluğu tanısı verilebilecek bir olguya yeni modellerde teker teker yaşadığı zorlukları ve duygulanım süreçlerini eklemek belki de bireyin sahip olduğu bozukluğun görüntüsünü netleştirirken, dikkati semptomların fazlalığı ile yorabileceği belirtilmiştir (Green 2015, Oldham 2015).

DSM-5 KB AM'de verilen 25 alt özelliğin tümü içerik ve anlam bakımından kılavuz içerisinde açıklanmıştır ancak ICD-11'de bu durum mevcut değildir. Dahası, ICD-11'de ve DSM-5 KB AM'de kimlik ve kişilerarası işlevsellik örüntüleri benzer şekilde açıklanırken; ICD-11'de ek olarak bilişsel duygusal ve davranışsal yönden kişilik işlevselliğini değerlendirme mevcuttur. Özellikler bakımından incelendiğinde, DSM-5 KB AM'nin bahse konu öne çıkan özellik ve örüntüler ile ne kast ettiğini anlamının daha kolay olduğu söylenebilir. Ancak ICD-11'de açık uçlu bırakılan özelliklerin klinisyenin anlayışı ve yorumuna kaldığı görülmektedir. DSM-5 KB AM ve ICD-11 kişilik modellerinin şiddet temelli olması ve bazı temel kişilik özelliklerinin ortak isimlendirmeye sahip olması önemli bir ortaklığı sergiledikleri biçiminde yorumlanabilir. Hem DSM-5 KB AM'de belirtilen 5 temel özelliğinin ve altındaki 25 alt başlığın ve hem de ICD-11'de belirtilen 6 özellik ve açıklamaları klinisyenlere ve araştırmacılara tanımlamada hareket alanı sağlamakta olduğu söylenebilir (Bach ve ark. 2017, Bach ve First 2018, Huprich ve ark. 2019, Gamache ve ark. 2021).

ICD-11'in sınır örüntüsü için kişilik boyutunda farklı bir yaklaşım sergilemesi, DSM-5 KB AM'de ise bu durumun kişilik bozukluğu olarak hibrit sistemde ele alınması ve tek başına bir özellik olarak yorumlamaması iki kılavuz arasındaki önemli farklılıklardandır. DSM-5 KB AM'de psikozun özellik boyutunda tanınması ve ICD-11'de psikotik durumların şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar kapsamında ele alınması, kişiliği anlamadaki ciddi ayrılıklardan gibi görünmektedir. İlaveten, psikozun kişilik boyutunda görülüp görülemeyeceği konusu, çok uzun yıllardır tartışılan bir konu olmaktadır (Shmukler 2021). Bir başka konu olan DSM-5 KB AM'nin 6 tipik kişilik bozukluğuna alternatif modelinde de yer vermesi, klasikleşmiş ve uzun süredir kullanımda olan tanı kategorilerini anlamada yardımcı bir dil üstlenmesi bakımından araştırmacılarca incelenmektedir (Sevecke ve ark. 2014, Morey ve ark. 2015). Alternatif modelde 6 tipik kişilik bozukluğu, kimlik duygusu, kişilerarası işlevsellik gibi durumlar yanı sıra öne çıkan kişilik özellikleri bakımından incelenerek yer bulmuştur. Bu bakımdan DSM-5'in tipik altı tipik kişilik bozukluğunu yeni alternatif düzlemde incelediği hibrit sisteminin avantajlı yanı olduğu şeklinde bir yorumda yapılabilmektedir (Huprich ve ark. 2019, Gamache ve ark. 2021). Genel olarak incelendiğinde iki kılavuzun ortak yanlarının olması, ve kişiliği anlamada yeni yaklaşımların geliştirilmesi tanıyı ve tedaviyi kolaylaştırabileceği ve klinisyenler arasında iletişimi kuvvetlendirebileceği şeklinde yorumlanabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2016, Hopwood ve ark. 2019).

Sonuç

Kişilik bozukluklarını tanımlamada değişen yaklaşımların, bilimsel çalışmalar ışığında incelenerek ortak bir dil geliştirilmesi bir ihtiyaçtır. DSM-5 KB AM'nin ve ICD-11'in benzer yaklaşımsal özellikler göstermesi önemli bir konudur. Kriter özelliklerinin yerini zaman içerisinde değişebilen çok çeşitli özellikler ile ele alan yapılar, insan yaşantısının değişkenliği açısından incelendiğinde önemlidir (Öztürk ve Uluşahin 2016, Hopwood ve ark. 2019). Çünkü insanın kişiliği çeşitli alanlarda farklı görünebilecek aynı kümeye ait özellikleri içerebilir. Bu bakımdan incelendiğinde özelliklere göre incelenen kişilik yapısı, insanı anlamada, tanı ve tedavide kolaylaştırıcı bir yaklaşım sergilemektedir (Bach ve First 2018, Huprich ve ark. 2019, Gamache ve ark. 2021).

Bu çalışmada 25 alt özelliğin detaylı incelemesine ve ICD-11'deki kişilik şiddetlerinin değerlendirilmesinin karşılaştırılmasına yer verilmemiştir, bu bakımdan bu alanda yapılacak çalışmalar gereklidir. Dahası, bu iki yeni modele göre tanı almış bireylerin özellik ve şiddet bakımından incelenmesi ve karşılaştırılması alan için anlamlı olabilir. Türkçe kaynaklarda bu konu üzerinde yeterli çalışma olmaması ve 2022 yılında tamamen kullanıma girmiş olan ICD-11'in (kişilik bozukluğu yaklaşımının) ise bu araştırma vasıtası ile incelenmesi alana anlamlı bir katkı sağlama potansiyeli taşımaktadır. Bu alanda yapılacak çok fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Kaynaklar

- APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2022) DSM History. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>. (Accessed 10.02.2022)
- Bach B, Bernstein D (2019) Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Curr Opin Psychiatry*, 32:38-49.
- Bach B, First M (2018) Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18:351.
- Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF (2015) Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *J Psychiatr Pract*, 21:3-25.
- Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E (2017) ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: Finding a common ground. *Aust N Z J Psychiatry*, 52:425-434.
- Balaratnasingam S, Janca A (2015) Normal personality, personality disorder and psychosis. *Curr Opin Psychiatry*, 28:30-34.
- Barrantes-Vidal N, Grant P, Kwapił T (2015) The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*, 41:408-416.
- Bastiaens T, Wilderjans T, Bogaerts A, Lowyck B, Luyckx K, De Hert M et al. (2021) Model-based PID-5 domain clusters and levels of impairment in self and interpersonal functioning. *Pers Individ Dif*, 171, 110477.
- Beck A, Freeman A, Davis D (2007) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, Guilford Press.
- Beckwith H, Moran P, Reilly J (2014) Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personal Ment Health*, 8:91-101.
- Bender D, Skodol A, Oldham J (2014) *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Carlson E, Oltmanns T (2015) The role of metaperception in personality disorders: do people with personality problems know how others experience their personality?. *J Pers Disord*, 29:449-467.
- Cicero D, Jonas K, Li K, Perlman G, Kotov R (2019) Common taxonomy of traits and symptoms: linking schizophrenia symptoms, schizotypy, and normal personality. *Schizophr Bull*, 45:1336-1348.
- Cierpiałkowska L (2013) Personality disorders in DSM classifications. *Current Issues In Personality Psychology*, 1:1-10.
- Clark L, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow W, Reed G (2017) Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) *Psychol Sci Public Interest*, 18:72-145.
- Crocq M (2013) Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, 15:147-153.
- Esbec E, Echeburúa E (2015) The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Esp Psiquiatr*, 43:177-186.
- Fineberg N, Reghunandan S, Kolli S, Atmaca M (2014) Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Braz J Psychiatry*, 36:40-50.
- Flory J (2020) Categorical assessment of personality disorders: considerations of reliability and validity. In *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* (Eds CW Lejuez, KL Gratz):356-364. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Gamache D, Savard C, Leclerc P, Payant M, Berthelot N, Côté A et al. (2021) A proposed classification of ICD-11 severity degrees of personality pathology using the Self and Interpersonal Functioning Scale. *Front Psychiatry*, 12:628057.

- Gecaite-Stonciene J, Lochner C, Marincowitz C, Fineberg N, Stein D (2021) Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder in the ICD-11: A scoping review. *Front Psychiatry*, 12:646030.
- Gitlin M, Miklowitz D (2013) Psychiatric diagnosis in ICD-11: Lessons learned (or not) from the mood disorders section in DSM-5. *Aust N Z J Psychiatry*, 48:89-90.
- Gøtzsche-Astrup O, Moskowitz A (2015) Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Aust N Z J Psychiatry*, 50:119-127.
- Green J (2015) A paradigm shift: from a categorical to dimensional diagnostic model of personality disorder, (Doctoral thesis) Portland, Portland State University.
- Gutiérrez F, Peri J, Gárriz M, Vall G, Arqué E, Ruiz L et al. (2021) Integration of the ICD-11 and DSM-5 dimensional systems for personality disorders into a unified taxonomy with non-overlapping traits. *Front Psychiatry*, 12: 591934.
- Hopwood C, Thomas K, Markon K, Wright A, Krueger R (2012) DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *J Abnorm Psychol*, 121:424-432.
- Hopwood, C, Mulay A, Waugh M (2019) *The DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders*. New York, Routledge.
- Huprich S (2015) Introduction: Personality disorders into the 21st century. In *Personality Disorders: Toward Theoretical and Empirical Integration In Diagnosis and Assessment* (Ed S Huprich):3-19. Washington DC, American Psychological Association.
- Huprich S, Jowers C, Nelson S (2019) Comparing DSM-5-Hybrid, SWAP, and PDM prototype models of personality disorders: Convergent and divergent findings. *Personal Disord*, 10:376-382.
- Kotan V, Kotan Z, Özçürümeç Bilgili G (2018) Diagnostic classification systems based on psychoanalytical principles. *Noro Psikiyatrs Ars*, 55:91-97.
- Krueger R, Hobbs K (2020) An overview of the DSM-5 alternative model of personality disorders. *Psychopathology*, 53:126-132.
- McCabe G, Widiger T (2020) A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychol Assess*, 32:72-84.
- McWilliams N (2019) *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process* 3rd edition. New York, Guilford Press. .
- Millon T (2011) *Disorders of Personality*, 3rd edition. Hoboken, NJ, Wiley.
- Millon T, Krueger R, Simonsen E (2010) *Contemporary Directions in Psychopathology*. New York, Guilford Press.
- Morey L, Benson K, Skodol A (2015) Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychol Med*, 46:647-655.
- Mulder R (2021) ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Front Psychiatry*, 12:655548.
- Oldham J (2015) The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry*, 14:234-236.
- Oliveira S, Oliveira T, Bandeira D, Krueger R (2020) Personality Types and Personality Traits in DSM-5: Do They Really Match?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36: doi:10.1590/0102.3772e36nspe15.
- Öztürk O, Uluşahin A (2016) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, Nobel Kitabevi.
- Pires R, Henriques-Calado J, Sousa Ferreira A, Bach B, Paulino M, Gama Marques J et al. (2021) The utility of ICD-11 and DSM-5 traits for differentiating patients with personality disorders from other clinical groups. *Front Psychiatry*, 12:633882.
- Quirk S, Berk M, Chanan A, Koivumaa-Honkanen H, Brennan-Olsen S, Pasco J, Williams L (2016) Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personal Disord*, 7:136-146.
- Rafaeli E, Bernstein D, Young J (2011) *Schema Therapy*. Hove, Routledge.
- Schultze-Lutter F, Nenadic I, Grant P (2019) Psychosis and schizophrenia-spectrum personality disorders require early detection on different symptom dimensions. *Front Psychiatry*, 10:476.
- Sevecke K, Schmeck K, Krischer M (2014) Das dimensional-kategoriale Hybridmodell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 aus jugendpsychiatrischer Perspektive. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42:279-283.
- Shmukler A (2021) The Evolution of Approaches to Schizophrenia Diagnostics: from Kraepelin to ICD-11. *Consortium Psychiatricum*, 2:65-70.
- Skodol A, Morey L, Bender D, Oldham J (2015) The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *Am J Psychiatry*, 172:606-613.
- Smith M, Jarnecke A, South S (2020) Pathological personality, relationship satisfaction, and intimate partner aggression: Analyses using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, alternative model of personality disorder traits. *Personality Disorders: theory, Research, And Treatment. Personal Disord*, 11:398-408.
- Sperry L (2016) *Handbook of Diagnosis and Treatment Of DSM-5 Personality Disorders*. New York, Routledge.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58:590.
- Trull T, Durrett C (2005) Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*, 1:355-380.
- Tyrer P, Mulder R, Crawford M, Newton-Howes G, Simonsen E, Ndeti D et al. (2010) Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry*, 9:56-60.

- Tyrer P, Mulder R, Kim Y, Crawford M (2019) The development of the ICD-11 classification of personality disorders: an amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol*, 15:481-502.
- Volkert J, Gablonski T, Rabung S (2018) Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 213:709-715.
- Waugh M, Hopwood C, Krueger R, Morey L, Pincus A, Wright A (2017) Psychological assessment with the DSM-5 alternative model for personality disorders: tradition and innovation. *Prof Psychol Res Pr*, 48:79-89.
- WHO (2022) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). <https://www.who.int/>.
- Widiger TA (1993) The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: a critique and an alternative. *Psychol Inq*, 4:75-90.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A, Marwaha S, Chanen A, Singh S et al. (2019) The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 216:69-78.
- Zanarini M (2005) *Borderline Personality Disorder*. Hoboken, Informa Healthcare.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.