

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ TANISI: YENİ BULGULAR İLE TANIDA KULLANILAN ANKET VE ÖLÇEKLER

Ece Ağtaş Ertan*, Vesile Şentürk Cankorur**

* Araştırma Görevlisi Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZET

Kişilik bozukluğu biliş duygulanım, dürtü denetimi ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara sebep olan, süreklilik gösteren davranış örüntüleri olarak tanımlanabilir. Bu örüntülere tanı konulması ve tedavi süreci, kişinin kendisine ve çevreye yarattığı risklerin azaltılması yönünde önemli olduğu kadar zordur. Son yıllarda kişilik bozukluklarına yönelik genetik ve nörogörüntüleme çalışmaları yapılmasına rağmen henüz tanıda kullanılabilecek bir biyobelirteç mevcut değildir. Tanıda kullanılmak üzere kişilik bozuklukları ile ilişkili kuramlara dayalı olarak oluşturulmuş birçok görüşme ve ölçek bulunmaktadır. Fakat bu ölçek ve görüşmelerin çok azı dilimize çevrilmiş ve Türk hekimlerinin kullanımına sunulmuştur. Tanıda ve araştırmalarda kullanılmak üzere dünyada sıklıkla kullanılan ölçek ve görüşmelerin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının yapılmasına, Türk toplumunun özellikleri dikkate alınarak oluşturulabilecek yeni ölçeklere ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELEER: kişilik, kişilik bozuklukları, tanı, Türkçe, ölçek

DIAGNOSIS OF PERSONALITY DISORDERS: RECENT FINDINGS AND DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRES

ABSTRACT

Personality disorders can be defined as, sustained behavioral patterns that cause problems in affectivity, cognition, impulse control and interpersonal relationships. To reduce the risks that a person with personality disorder can cause for himself and his environment, diagnosing these disorders is crucial and also difficult in these circumstances. Although genetic and neuroimaging studies for personality disorders have been conducted recently, there is no diagnostic biomarker available yet. There are many questionnaires and interviews based on theories about personality disorders constituted for diagnosis. Still too little of these were translated to Turkish and served for Turkish clinicians. There is a need for Turkish adaptation, validity and reliability studies of these mostly used tools and development of new questionnaires suitable for Turkish society should be taken into consideration.

KEY WORDS: personality, personality disorders, diagnosis, Turkish, questionnaire

GİRİŞ

“Kişilik (personality)” sözcüğü kaynağını eski Yunan tiyatrolarında oyuncuların kullandığı maskelere verilen isim olan “Persona” dan almıştır. Zamanla bu terim bir kişiyi diğerlerinden ayıran, süreklilik gösteren tavır ve davranışların bütünü tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Aslan, 2008).

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilişsel değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyum, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme

biçimleri ve savunma düzenekleridir. Günümüzde kişilik, karakter ve huy (mizaç) olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Karakter, kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşama baş etme biçimi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır. Huy(mizaç) ise doğuştan gelen, daha biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir (Öztürk & Uluşahin, 2011).

Kişilik bozukluğunun tanımını yapmak oldukça güçtür. Psikiyatride tanı tartışmasına en çok yol açan alanın kişilik bozuklukları olduğu söylenebilir. Ruhsal bozuklukların dışında kalan ve uzun süreli uyum bozuklukları gösteren kişilerin her toplumda sık görüldüğü bilinmektedir. Kişilik bozukluklarını kişilik yapısından ayıran, özelliklerin ağırlık derecesidir. Kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesi için bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir. Benliğe yerleşmiş olan bu davranış örüntüleri uyum amacı ile esneklik göstermeden sürdürülür, toplum içinde, iş yaşamında belirgin bozukluğa yol açar. Kişilik bozukluklarının başlangıcı genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerine kadar uzanır (Öztürk & Uluşahin, 2011). Klinik pratikte kişilik bozukluğu tanısının konması ruh sağlığı hekimi için zorlu bir süreçtir. Kişilik bozukluğu tanısının çocukluktan bu yana gelen bir süreç olması, tanının temel elemanlarından birinin herhangi bir biyolojik veya diğer bağımsız belirleyicisi olmayan kişilerarası ilişkiler alanında bozulmalar olması kişilik bozukluklarının tanıyı zorlaştıran başlıca özellikleridir. Bir diğer zorluk ise, kişilik bozukluğu olan kişilerin başkalarının değil kendilerinin kişilerarası ilişkilerde sorun oluşturan taraf olduğunu fark etmekte ve yardım aramakta zorlanmasıdır. Bununla birlikte tanı koymada zorluğun en önemli sebeplerinden biri de sınıflandırma ve tanı yöntemlerindeki belirsizliktir. Tanı yöntemleri giderek daha karmaşık bir hal almakta, bu hastalıkların özellikleri ve sınıflandırılması giderek daha fazla uzmanlık gerektirir hale gelmektedir. Tanı yöntemlerinin çeşitliliğine rağmen hızlı ve güvenilir tanı araçlarının mevcut olmaması da tanıyı zorlaştırmaktadır.

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde bütün bu zorluklar mevcutken ve hem hasta hem hekim için daha fazla önem taşıyan diğer birçok hastalık varken, klinisyenin aklına hangi sebeplerle bu bozukluklara tanı koymaya çalıştığı sorusu gelebilir. Kişilik bozukluklarında tanının en önemli gerekçesi şudur: Kişilik durumu önemsenmediğinde, yanlış tedaviler uygulanabilir, kişilik bozukluğu olan kişilerin kendileri ve toplum için ortaya çıkarabileceği önemli riskler fark edilmeyebilir (Öztürk & Uluşahin, 2011). Komorbiditelerin beraberinde sık görüldüğünü bildiğimiz kişilik bozuklukları, psikiyatrik hastalıkların tekrarlamasındaki önemli sebeplerden biridir ve hastalıkların yeterince iyileşmemesinden sorumludur (Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006; Tyrer, 2015; Tyrer, Seivewright, & Johnson, 2004). Bütün bu nedenlerle kişilik bozukluklarının dikkate alınması, en uygun sınıflandırma sistemi ve tanı yönteminin belirlenmesi için mevcut araştırmaların sürmesi önemlidir. Bu yazıda kişilik bozukluklarının tanısında yeni gelişmelere değinilerek klinik uygulamada işlevsel olabilecek anket ve ölçeklere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Kişilik Bozukluğu Tanısı ve Epidemiyolojisi

Kişilik bozuklukları sık ve kroniktir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir araştırmaya göre herhangi bir kişilik bozukluğu için prevalans %6,1 olarak saptanmıştır. A, B ve C kümesi kişilik bozuklukları sırası ile %3,6, %1,5, %2,7 oranlarında bulunmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Kişilik bozukluğunun varlığı birinci eksen patolojiler için kötü prognoz işaretidir (Selçuk Aslan, 2008). Kişilik bozuklukları genel olarak düşük eğitim düzeyi olanlarda, yalnız yaşayanlarda, evliliklerinde zorluklar yaşayanlarda, işi olmayan kişilerde, ilaç bağımlılarında, tecavüz suçlularında, şiddet içeren ya da içermeyen suç işleyenlerde ve mahkumlarda daha sık olarak bildirilmiştir (Watson & Sinha, 1998). Bu durum kişilik bozukluklarının etyolojisinde çevresel faktörlerin önemini de ortaya koymaktadır. Çocukluk döneminde kötü muamele ve diğer travmatik deneyimlerin ve biyolojik unsurların kişilik bozukluklarının etyolojisinde rol oynadığı bildirilmektedir (New, Goodman, Triebwasser, & Siever, 2008).

Kişilik bozukluğu tanısının nasıl konulması gerektiği uzun süredir tartışılan bir konudur. Kişilik bozukluklarının resmi olarak sınıflandırılması ise Kurt Schneider'e kadar gerçekleşmemiştir.

Schneider, kendi klinik deneyiminden yola çıkarak 9 kişilik tipi tanımlamıştır (Tyler vd., 2004). Bu kişilik tipleri kimi değişikliklerle 1948'deki ICD-6'dan, 2013'te yayınlanan DSM-5'e kadar tüm sınıflandırmalarda yer almaktadır (Watson & Sinha, 1998).

DSM-5'e göre kişilik bozukluğu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Bu örüntü, biliş, duygulanım, kişilerarası işlevsellik, dürtü denetimi alanlarından en az iki tanesinde kendini gösterir. Süregiden bu örüntü, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye yol açar. Kalıcı ve uzun süreli olması, başlangıcının en azından ergenlik ve erken erişkinlik dönemine uzanması da kişilik bozukluğunun tanı kriterleri arasındadır. Bunların yanında; bu örüntünün başka bir ruhsal bozukluğun, sağlık durumunun ve maddenin etkilerine bağlı olmaması şartı aranmaktadır. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). ICD-10 ise kişilik bozukluğunu direkt olarak beyin hasarı ve hastalığın veya başka bir psikiyatrik hastalıktan kaynaklanmayacak şekilde; genellikle birden fazla işlev alanında görülen belirgin olarak uyumsuz davranışlar olarak tanımlamaktadır. Başlangıç yaşı, süresi, sorun alanları ve işlevsellikte bozulma DSM-5'e benzer şekilde tanımlanmıştır (WHO, 1992).

Kişilik bozukluklarına ilişkin tanı yöntemleri çok çeşitlidir, farklı kuramcıların görüşlerine, mevcut tanı ve sınıflandırma sistemlerine göre çok sayıda farklı yöntem geliştirilmiştir. Son dönemde artan genetik ve nörogörüntüleme çalışmaları kişilik bozukluklarının daha iyi anlaşılması ve gelecekte yeni tanı yöntemlerinin geliştirilebilmesi açısından önemlidir. Günümüzde kişilik bozukluklarına tanı konması için kullanılacak biyobelirteçler mevcut değildir, klinisyenin veya araştırmacının kullanım amacına ve yaklaşımına göre (kategorik/boyutsal) pek çok farklı ölçek ve görüşme arasında seçim yapması gerekebilmektedir. Kişilik bozukluklarını ICD ve DSM tanı sistemlerindeki kategorilere göre tanımlamak klinisyenler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tercih edilmektedir. Bununla birlikte kategorik sınıflandırmalar; eş tanı oranlarının yüksekliği, kategoriler arasında örtüşmelerin olması, ayırıcı geçerliliğin zayıf olması, yapay olarak üretilmiş olmaları, deneysel bilgilere dayanmamaları gibi noktalarda eleştirilmektedir. (Aslan, 2008; Haslam, 2003; Ball, 2001) Kategorik sistemin kısıtlılıklarına karşı boyutsal yaklaşım modelleri ortaya atılmıştır. (Aslan, 2008) Boyutsal yaklaşım ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirmeye çalışır, patolojiyi sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu boyutun farklı bir noktasına yerleştirir.(Özdemir, 2012) Bu modellerin klinik pratiğe yerleşmesinin eğitim gerektirmesi ve çok boyutlu tanı sürecinin zaman alması boyutsal değerlendirme ile ilgili eleştirilen noktalardır (Paris, 2013; Gøtzsche-Astrup, O., & Moskowitz, A., 2016.; Skodol vd., 2011)

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA GENETİK VE NÖROGÖRÜNTÜLEME BULGULARI

Son dönemde diğer hastalıklarda olduğu gibi, kişilik bozukluklarında da biyobelirteçler ve görüntülemeye yararlanılabileceği düşünülmektedir (Singh I, 2009). Bu alanda yapılan/yapılacak olan çalışmalar; klinik sınıflandırmayı düzenlemeye yardım edebilir, tanısal netliği artırabilir, yüksek riskli grupların tanınmasını sağlayabilir, araştırma ve tedavi konusunda ipuçları sunabilir (Paris, 2015). Bu yöntemlerin tanısal araçlar olarak kullanılması için henüz yeteri kadar kanıt bulunmamakla birlikte konu üzerinde yapılan çalışmalar ümit vericidir.

Genetik Bulgular:

Kişilik bozuklukları ile ilgili genetik çalışmalar esas olarak serotonerjik ve dopaminerjik sistemde yer alan enzim ve nörotransmitterleri kodlayan genleri hedeflemektedir. Genel olarak A ve B kümesi kişilik bozuklukları serotonin gen sistemi, C kümesinde yer alan kişilik bozuklukları dopaminerjik sistem ile daha fazla ilişkili bulunmuştur (Ma, Fan, Shen, & Wang, 2016).

Paranoid kişilik bozukluğu ile ilişkili yapılan genetik çalışmalarda, L tipi voltaj bağımlı sodyum kanalını kodlayan CACNA1C ve COMT geninin bazı allelleri paranoid fikirler ile ilişkili bulunmuştur (Roussos vd., 2013; Roussos, Giakoumaki, Georgakopoulos, Robakis, & Bitsios, 2011; Smyrnis vd., 2007). 5-HTTLPR geninde kısa allel genotipi ise MMPI ölçeğinde daha düşük paranoid skorlar ile ilişkili olarak tespit edilmiştir (Golimbet vd., 2003).

Şizotipal kişilik bozukluğu ve şizofreninin genetik yatkınlık olarak birbirine benzer olduğuyapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Tsuang, Stone, & Faraone, 1999).COMT geninin Met/Met allelini taşıyan kişilerde Şizotipal Kişilik Özelliği Anketi'nde dezorganizasyon ile ilgili skorların daha yüksek olduğu görülmüştür (Ma vd., 2007) fakat bu bulguyla çelişen çalışmaların da mevcut olduğu bilinmektedir (Minzenberg vd., 2006).

Borderline kişilik bozukluğu(BKB) hakkında en çok araştırma yapılan kişilik bozukluklarının başında gelmektedir. Yapılan araştırmalarda Triptofan hidroksilaz (TPH)'ın TPH-1 ve TPH-2 izotipleri özellikle bu bozukluğun suisidal davranış komponenti ile ilişkili bulunmuştur (Amad, Ramoz, Thomas, Jardri, & Gorwood, 2014). Serotonin taşıyıcı genlerin belirli bazı allellerini taşıyan kişilerin travma sonrası duygusal problemler geliştirme riskinin daha yüksek olduğu ve strese toleransının düşük olduğu belirtilmiştir (Sugden vd., 2010). Borderline kişilik bozukluğu tanısı konulan kişilerde sağlıklı kontrollerden farklı sayılarda MAO-A geni tekrar dizileri saptanmıştır (Ni vd., 2007). Dopamin D2 reseptör geninin (DRD2) bazı allellerinin de borderline kişilik özellikleri ile ilişkisi tespit edilmiştir (Sweitzer vd., 2012).Hipotalamo-pituiter-adrenal aksın BKB patogenezindeki önemine ilişkin çalışmalar mevcuttur. Rinne vd. (2002); çocukluğunda istismara uğrayan BKB hastalarında, CRH'a ACTH/kortizol yanıtının arttığını tespit etmiş, süreklilik gösteren çocuk istismarının CRH reseptör hassasiyetini arttırdığı düşünülmüştür (Gabbard, 2014). Diğer bir çalışmada kortikotropin salgılatıcı hormon ve FK506 bağlayıcı protein genlerinin polimorfik varyantlarının borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Martín-Blanco vd., 2016).

Antisosyal kişilik bozukluğu: 5HTTLPR geni ile MAO-A promoterin çeşitli sayılarda tekrar dizilerindeki S allelleri antisosyal davranışlar ile ilişkili bulunmuştur (Ficks & Waldman, 2014). MAO-A geninin X kromozomunda bulunmasının antisosyal kişilik bozukluğunun erkeklerde daha fazla olmasının nedeni olduğuna inanılmaktadır (Eme, 2013). SNAP-25 (sinaptozom ilişkili protein 25) proteinini kodlayan genin bazı varyantları erkek antisosyal kişilik bozukluğu hastalarında daha sık olarak saptanmıştır (Basoglu vd., 2011).

Diğer kişilik bozukluğu kategorileri ile ilgili daha az çalışma bulunmakla birlikte, çekingen kişilik bozukluğunda 5-HTTLPR ve DRD3 polimorfizmleri ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda DRD4 ve DRD3 geninde sağlıklı kişilere kıyasla tespit edilen değişiklikler bu bozukluklardaki genetik çalışmaların bulguları arasındadır (Joyce vd., 2003).

Nörogörüntüleme Bulguları:

Kişilik bozukluklarına ilişkin nörogörüntüleme çalışmaları genel olarak, diğer psikiyatrik hastalıklara benzer şekilde frontal ve temporal loblar, bunun yanında limbik-paralimbik sistemler ile ilişkilidir (G. Ma vd., 2016).

Şizotipal Kişilik Bozukluğu tanısı konulan hastalarla yapılan çalışmalarda frontal lob hacminin semptomların ağırlığı ile korelasyon gösterecek şekilde değiştiği belirtilmektedir (Hazlett vd., 2008). Ayrıca şizotipal kişilik bozukluğunda özellikle sol superior temporal girus ve orta temporal girusta olmak üzere temporal lob volümünde azalma olduğu (Asami vd., 2013) fakat şizofreniden farklı olarak bu azalmanın zamanla artmadığı saptanmıştır (Takahashi vd., 2010, 2011).Bu hastalarda aynı zamanda putamen hacminin kontrollere göre daha yüksek olduğu görülmektedir, şizofreni hastalarında yüksek putamen hacminin antipsikotik tedaviye daha iyi yanıtla ilişkili olduğu bilinmektedir, bu da geniş putamen hacminin koruyucu bir faktör olabileceğini göstermektedir (Chemerinski vd., 2013; Mitelman vd., 2009).

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı konulan hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat kortekste hacim azalması bildirilmiştir (Krause-Utz, Winter, Niedtfeld, & Schmahl, 2014).Birçok çalışma BKB tanısı konulan kişilerde limbik sistemde amigdala ve hipokampus hacimlerinde azalma tespit etmiştir (Nunes, Borges, & Porto, 2009). Limbik sistemdeki bu değişiklikler duygudurum bozukluklarında olanlara benzerlik göstermektedir (Agius, Lee, Gardner, & Wotherspoon, 2012). BKB hastalarına standart yüz ifadeleri gösterildiğinde, sol amigdala aktivasyonunun sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olması dikkat çekmektedir (Gabbard, 2014).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu(ASKB): Bu hastalarla yapılan çalışmalarda en fazla saptanan nörogörüntüleme bulgusu prefrontal korteks hacim ve fonksiyonundaki azalmadır (Yang & Raine,

2009). Şiddet içeren davranışların özellikle medial inferior frontal ve lateral sensorimotor kortekslerde incelmeye bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Hem ASKB'da hem de yine şiddet içeren davranışlar gösterebilen şizofreni hastalarında sol sensörimotor alanda düşük aktivite dikkat çekmektedir (Narayan vd., 2007).

Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Bu hastalarda sol anterior insulada gri maddede azalma tespit edilmiş, bu azalmanın derecesi kişinin kendisinin tanımladığı duygusal empati ile korele bulunmuştur (Schulze vd., 2013).

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu tespit edilen kişilerde dorsolateral ve prefrontal korteks,sağ insula ve singulat loblarda gri maddede volüm azalması tespit edilmiştir (Reetz vd., 2008). C kümesinde yer alan kişilik bozukluklarında daha büyük striatal alan ve sağ prefrontal korteks kalınlığında artış tespit edilmiştir (Payer vd., 2015).

Bütün bu bulgular kişilik bozuklukları olan kişilerin genetik özellikler ve beyin yapısındaki farklılıklarına işaret etmektedir fakat sonuçları henüz genelleştirilebilir ve tanıda kullanılabilir olmaktan uzaktır. Kişilik bozuklukları tanısında klinik pratikte kullanılabilen bir biyobelirteç bulunmamaktadır, tanı konulması için birçok farklı yaklaşıma göre oluşturulmuş klinik görüşme ve mevcut ölçeklerden yararlanılmaktadır.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TANI ARAÇLARI: ANKET VE ÖLÇEKLER

Kişilik bozukluklarına tanı koymak için bu sınıflandırma sistemlerini destekleyecek birçok yöntem bulunmaktadır: Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler, öz bildirim ölçekleri, projektif testler ve klinisyenler tarafından klinik görüşme sırasında edinilen izlenimlerin değerlendirilmesi bunlardan başlıcalarıdır.(McDermut & Zimmerman, 2005)

Kişilik bozuklukları ile ilgili pek çok kuram, bu kuramlar ışığında geliştirilen pek çok yapılandırılmış-yarı yapılandırılmış görüşme ve ölçek bulunmasına rağmen bunların çok azı Türkçe'ye kazandırılmıştır. Klinik pratikte kullanılanlarının sayısı ise bir elin parmaklarını geçmemektedir. Bunların içinde Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik güvenilirlik çalışması ilk yapılmış olan ölçek, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'dir(1982). Bu envanter aynı zamanda ülkemizde kişilik bozukluklarının tanısında klinik pratikte en çok kullanılan ölçektir. DSM tanı sistemi ile birlikte sunulan yapılandırılmış klinik görüşmelerden ise DSM-3R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenilirliği tanımlanmış tek örnektir. Eysenck'in kişiliğin 3 boyutu ile ilgili kuramı, Kloninger'in 7 boyutlu psikobiyolojik kuramı, bilişsel kuram gibi kuramlara dayanarak oluşturulmuş, ülkemizde genellikle araştırma alanlarında kullanılan ölçekler de bulunmaktadır.

KULLANIM AMACINA GÖRE DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Kişilik bozukluklarının değerlendirilebilmesi için kullanılan yöntemler, görüşme, ölçek ve anketler çok sayıda ve çeşitlidir. Giderek karmaşık bir hal alan tanı kriterleri, sınıflandırmalar veya yöntemler arasından en uygun olanının hangisi olduğu uzmanlar arasında süregiden bir tartışmanın konusudur ancak klinisyen veya araştırmacının amacına en uygun yönteme karar vermesi de bir gerekliliktir. Tanı yöntemlerinin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından başlıca 2 kullanım alanı vardır, en sık kullanıldıkları alana göre tanı yöntemleri sınıflandığında:

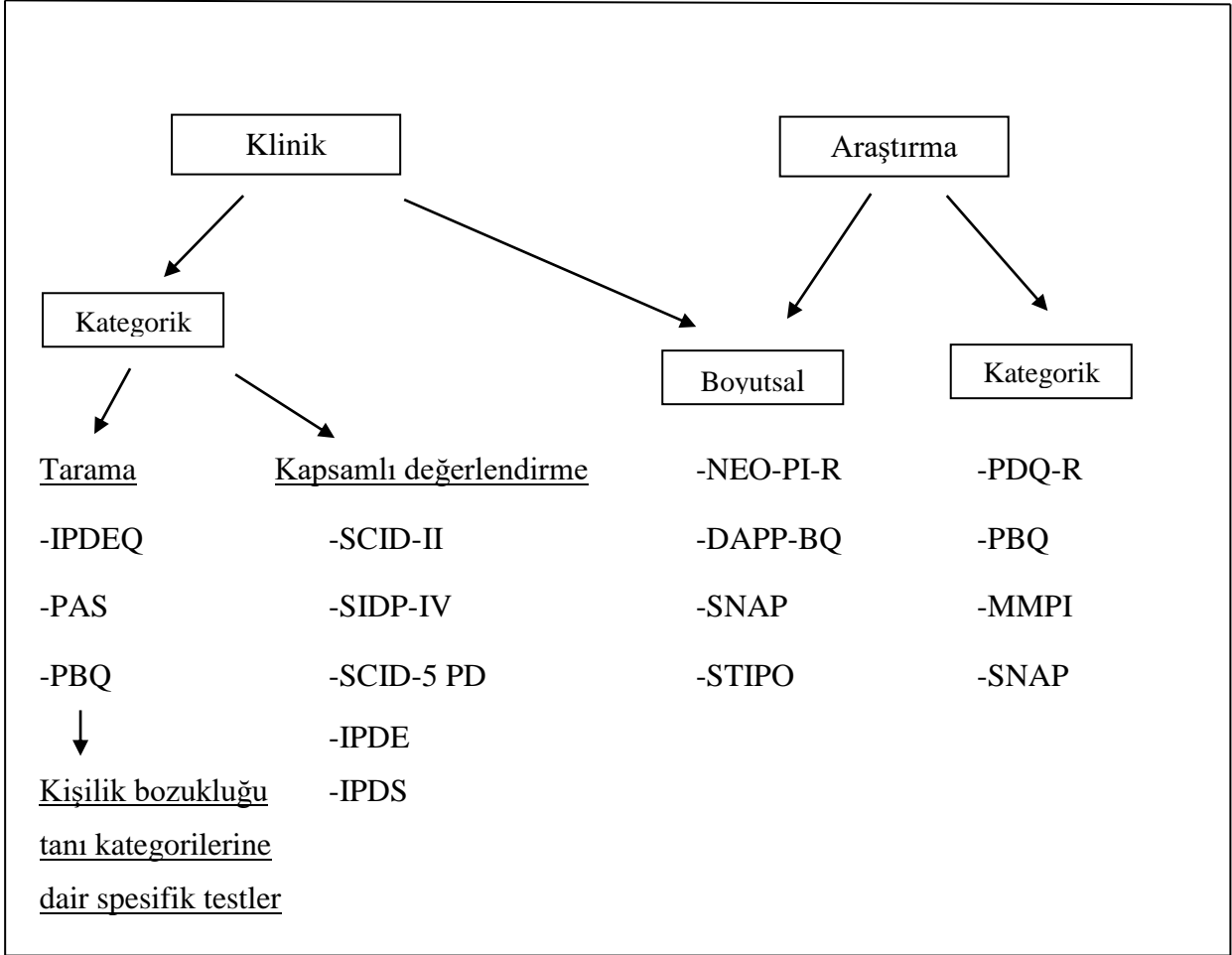
1. Klinik amaçlı kullanım:

Klinisyenler tarafından kategorik yaklaşım tercih ediliyor ise, ön taramada Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (IPDEQ), Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (PAS), Kişilik İnanç Ölçeği(PBQ) gibi genel değerlendirme araçları kullanıldıktan sonra her bir kategori için spesifik kişilik bozukluğu ölçekleri ile değerlendirme yapılabilmektedir. Daha ayrıntılı bir değerlendirme için ise DSM-III, IV veya DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (IPDE), Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (IPDS) gibi yapılandırılmış veya yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler tercih edilebilir.

2. Araştırma amaçlı kullanım:

Kategorik yaklaşım kullanarak sınıflandırma yapmak isteyen araştırmacı için; Kişilik Tanı Sorgulaması (PDQ-R) , Kişilik İnanç Ölçeği(PBQ), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI),Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi (SNAP) gibi ölçek ve anketler tercih edilebilir.

Boyutsal yaklaşım tercih ediliyor ise, Neo Kişilik Envanteri (NEO-PI-R), Kişilik Bozukluğunun Boyutsal Değerlendirmesi (DAPP-BQ), Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi (SNAP) gibi ölçekler veya Kişilik Organizasyonu için Yapılandırılmış Görüşme (STIPO) gibi boyutsal yaklaşım temel alınarak oluşturulmuş yapılandırılmış/yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler hem klinisyen hem araştırmacı tarafından kullanılabilen yöntemlerdir (Furnham, Milner, Akhtar, & De Fruyt, 2014).



Şekil 1: Kişilik bozukluklarında kullanım amacına göre değerlendirme araçları

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI TANISINDA KULLANILAN GÖRÜŞME, ANKET VE ÖLÇEKLER

Kişilik bozukluklarında tanısında kullanılabilen çok sayıda değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bu araçlar arasında dünyada ruh sağlığı profesyonelleri tarafından en çok kullanılan kapsamlı değerlendirme yöntemlerinden Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmamış olanlar listelenmiştir.

DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders; SCID-5 PD)

DSM-5'te yer alan 10 kişilik bozukluğunun kategorik değerlendirmesi için yapılandırılmış klinik bir görüşmedir. 2016'da kullanıma sunulmuştur, bu tür görüşmeler arasında en yenisidir. Kategorik değerlendirmenin yanında boyutsal değerlendirme için de bir puanlama sistemi içermektedir.

Klinisyenin değerlendirme süresini kısaltmak için, 106 soruluk bir öz bildirim anketi de içermektedir (First, Williams, Benjamin, & Spitzer, 2016).

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 2 Disorders; SCID-II)

DSM IV-TR Kişilik Bozuklukları tanı kategorilerine dayanılarak geliştirilmiştir (First, Gibbon, Spitzer, & Benjamin, 1997). Kişilik bozukluklarına yönelik 113 soru içermektedir. Yüzyüze görüşmeye dayanan bu testte, bilgi veren bir başka kişiden de yararlanılması önerilmektedir. Görüşmenin test-tekrar test değeri 0,68 ve görüşmeciler arası güvenilirlik değeri 0,71 olarak belirtilmiştir. Görüşme yaklaşık 1 saatte tamamlanır (First vd., 1997).

Kişilik Organizasyonu için Yapılandırılmış Görüşme (Structured Interview for Personality Organisation; STIPO)

Nesne ilişkileri yaklaşımının günümüzdeki en önemli temsilcilerinden olan Kernberg içselleştirilmiş nesne ilişkileri süreçlerini tanımlamış; nesne ilişkilerinin olgunlaşma derecesine, ego gücüne, anksiyete toleransına, savunma mekanizmalarının düzeyine ve süperego bütünleşmesine göre, nevrotik, sınırda ve psikotik kişilik örgütlenmesi ayırımı yapmıştır (Kernberg, 1967). STIPO; Kernberg'in kişilik organizasyonu teorisi temel alınarak oluşturulmuştur. Kişilik özelliklerinin ve fonksiyonlarının boyutsal olarak değerlendirilmesine dayanan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Kişilik Organizasyonu Envanteri (IPO) ile benzerlik göstermektedir. STIPO ile değerlendirilen kişilik boyutları: kimlik, nesne ilişkilerinin niteliği ve ilkel savunma mekanizmalarının kullanımınıdır. Görüşmeci tarafından uygulanır, her bir madde 0-2 (0: belirtilen özellik mevcut değil, 2: belirtilen özellik açıkça mevcut) arasında puanlanır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması mevcut değildir (Stern vd., 2010).

Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (International Personality Disorder Examination; IPDE)

Yarı yapılandırılmış 157 soruluk bir görüşmedir. DSM-III-R ve ICD-10'a göre düzenlenmiş sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular iş, kendilik, kişiler arası ilişkiler, duygulanım, gerçeği değerlendirme ve dürtü denetimi şeklinde 6 başlıkta incelenmektedir (Loranger, Hirschfeld, Sartorius, & Regier, 1991; Loranger, Janca, & Sartorius, 1997).

Iowa Kişilik Bozukluğu Taraması (The Iowa Personality Disorder Screen; IPDS)

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapısal Görüşme'ye (SIDP-R) dayanarak oluşturulmuştur. Yaklaşık olarak 5 dakikada tamamlanan, yapılandırılmış çok kısa bir görüşmedir. Genel kişilik bozukluklarına ait spesifik kriterleri sorgulayan 11 soru bulunmaktadır (Langbehn vd., 1999).

Standardize Kişilik Değerlendirmesi (Standardized Assessment of Personality; SAP)

Kısa, yarı yapılandırılmış, bilgi veren kişi temelinde oluşturulmuş ve 10-15 dakikada tamamlanan bir görüşmedir. Ölçek DSM-IV ve ICD-10 ile uyumludur (Mann, Jenkins, Cutting, & Cowen, 1981; Pilgrim, Mellers, Boothby, & Mann, 1993).

Shedler-Western Değerlendirme Prosedürü-200 (Shedler-Western Assessment Procedure- 200; SWAP-200)

DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterlerinin bir karması olarak, klinisyenlerin deneyimleri sonucunda oluşturulmuştur. Ölçeği geliştirme sürecinde savunma düzenekleri, baş etme yöntemleri ve kişilerarası ilişkilerdeki patolojiler 7 yıllık bir süreçte incelenmiş, yalnızca tanı koymak değil kişiliği tanımak amaçlanmıştır (Taymur & Turkcapar, 2012). Ölçekte kişilik özelliklerini tanımlayan 200 durum 8 kategoride değerlendirilmiştir. Ölçek için üretilen bilgisayar programı aracılığı ile DSM-4 kişilik bozukluğu tanıları otomatik olarak raporlanabilmektedir (Westen & Shedler, 2007).

Uyumlu ve Uyumlu Olmayan Kişilik Yönleri Listesi (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality; SNAP):

375 sorudan oluşan boyutsal değerlendirmeye dayalı bir ölçektir. Costa ve McCrae, nörotisizm, dışadönüklük, yaşantıya açıklık, vicdanlılık, uzlaşmacılık şeklinde kişiliği 5 boyutlu bir model olarak ele almışlardır (Taymur & Turkcapar, 2012). Bu ölçek, DSM-IV kişilik bozukluğu kategorilerinin boyutsal eşdeğerlerini ölçmektedir. 15 alt ölçekten oluşmuştur, bunlardan 12'si

uyumsuz özellikler, diğer 3 tanesi pozitif mizaç, negatif mizaç ve disinhibisyon ile ilişkilidir (Clark, Simms, Wu, & Casillas, 2014).

Kişilik Bozukluğunun Boyutsal Değerlendirmesi (Dimensional Assessment of Personality Pathology- Basic Questionnaire; DAPP-BQ):

Kişilik bozukluklarının boyutsal değerlendirmesine dayanmaktadır. Boyutsal değerlendirmeye göre kişilik özellikleri bir süreklilik halindedir, "var ya da yok" şeklinde sınıflanmaz, boyutsal yaklaşım kişinin uyumuna yönelik değerlendirmede bulunur (Taymur & Turkcapar, 2012). Beşli likert tipi 290 sorudan oluşmaktadır. Yaklaşık 45 dakikada tamamlanmaktadır (Livesley & Jackson, 2009).

Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Personality Assessment Schedule; PAS) , Hızlı Kişilik Değerlendirme Çizelgesi (Rapid Personality Assessment Schedule; PAS-R):

24 kişilik boyutu hakkında değerlendirmede bulunan PAS ölçeği Tyrer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu kişilik boyutları, DSM-IV ve ICD-10'dan yararlanılarak ulaşılan sosyal bozulmanın derecesine dayanmaktadır (Tyrer & Alexander, 1979). Yaklaşık 1 saatte tamamlanan bu ölçeğin kısa formu olan PAS-R yaklaşık 10 dakikada tamamlanabilmektedir (Van Horn, Manley, Leddy, Cicchetti, & Tyrer, 2000).

Millon Çok Yönlü Klinik Envanteri (Millon Clinical Multiaxial Inventory; MCMI):

Doğru-yanlış şeklinde işaretlenen 175 sorudan oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. MCMI-3 DSM-IV için düzenlenmiş olan formudur. Genel kişilik yapısının organizasyonu, rahat-sıkıntılı, aktif-pasif, kendi-diğeri şeklinde üç polaritede değerlendirilmiştir (Taymur & Turkcapar, 2012). 14 alt ölçekten 11 tanesi orta şiddette kişilik bozuklukları için, 3 tanesi şiddetli kişilik patolojisi için düzenlenmiştir. Klinik pratikte kullanımı yaygındır (Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2009).

Kişilik Tanı Sorgulaması-4 (Personality Diagnostic Questionnaire; PDQ-4):

Hyer (1994) tarafından oluşturulmuştur. DSM-IV'te yer alan 10 kişilik bozukluğu tanı kategorisine dayanarak değerlendirmenin yapıldığı 99 sorudan oluşan bir ölçektir (Hyler, 1994). Yüksek sensitivitesi ve düşük spesifitesi nedeniyle özellikle tarama aracı olarak uygun olduğu belirtilmiştir (Abdin vd., 2011).

Coolidge Eksen-2 Envanteri (The Coolidge Axis-2 Inventory; CATI)

225 sorudan oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. 13 DSM-III-R Kişilik Bozuklukları tanısı ile 3 eksen 1 patolojisi (anksiyete, depresyon, beyin disfonksiyonu) ölçülmektedir.(Coolidge, 1993) CATI ölçeklerinin beş faktör modelinde eşdeğerleri bulunabilmektedir, bu da ölçeğin boyutsal yapısını göstermektedir. CATI'nin 70 sorudan oluşan kısa bir formu da mevcuttur (Watson & Sinha, 2007).

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI TANISINDA TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ YAPILMIŞ GÖRÜŞME, ANKET VE ÖLÇEKLER

Kişilik bozukluğu tanısında klinik veya araştırma amacıyla dünyada kullanılan görüşme, anket ve ölçeklerin bazılarının Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Interview for DSM-III-R Personality Disorders; SCID-II), Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), Neo Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory-Revised, NEO-PI-R), Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI), Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş-Kısaltılmış (Eysenck Personality Questionnaire: Revised-Abbreviated ; EPQ-RA), Kişilik İnanç Anketi (Personality Belief Questionnaire; PBQ) ve Young Şema Anketi (Young Schema Questionnaire) bu anket ve ölçekler arasındadır.

DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

DSM-III-R Kişilik bozuklukları 12 tanı kategorisi dikkate alınarak kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla Spitzer ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiş bir yapılandırılmış klinik görüşmedir. Kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz bildirim formu içermektedir (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990). DSM-III-R

SCID-II'nin orijinal uygulaması, hastanın kişilik bozuklukları ile ilgili bu formu kendisinin doldurmasının ardından, bu formda olumlu olarak doldurulmuş olan soruların veya hekimin hastada varlığından kuşkulandığı soruların sorulması şeklindedir. Çekingen kişilik bozukluğu ile başlayıp sırasıyla bağımlı, obsesif-kompulsif, pasif-agresif, "self-defeating"(kendi kendini baltalayıcı), paranoid, şizoid, histriyonik, narsisistik, sınır ve antisosyal kişilik bozukluklarının her ölçütünü sorgular (Polatöz, Kuğu, Doğan, & Akyüz, 2011). Görüşmenin dilimize çeviri çalışması ve geçerlilik güvenilirliği ise 1994 yılında Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Coşkunol, Bağdiken, Sorias, & Saygılı, 1994).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Hathaway ve Mckinley tarafından (1940) rutin değerlendirmede kullanılmak üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme aracıdır. MMPI geliştirilirken hastanın kişilik özelliklerini ve topluma uyum becerilerini tek bir testle ölçebilmek hedeflenmiştir (Savasir, 1981). Klinik pratikte ve araştırmalarda çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Kişinin kendisinin "doğru", "yanlış" "bilmiyorum" biçiminde yanıtladığı 566 sorudan oluşan objektif bir kişilik değerlendirme testidir. Yalan, uyum, savunma-inkar olmak üzere 3 geçerlilik ölçeği ve 10 klinik alt testi bulunmaktadır. Klinik alt testler: Hipokondri, depresyon, histeri, psikopatik sapma, masküinite-feminite, paranoya, psikasten, şizofreni, hipomani, sosyal içe dönüklük testleridir. MMPI; Işık Savaşır tarafından Türkçeye çevrilmiş (Savasir, 1981), Neşe Erol tarafından geçerliliği test edilmiştir. Testin güvenilirlik değeri 0,51 ile 0.89 arasındadır (Erol, 1982).

NEO Kişilik Envanteri

Eysenck'in temellerini attığı dışadönüklük ile nörotizm şeklindeki kişilik boyutları Costa ve McCrae tarafından genişletilmiş, yaşantıya açıklık, uzlaşmacılık ve vicdanlılık faktörleri eklenmiştir. Bu beş faktörün ayrıntılı değerlendirilmesi sonucunda her bir özellekle ilgili altı yönün belirlendiği NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R) ölçeği geliştirilmiştir. 240 soruluk bir envanterdir. Sorulara "kesinlikle katılıyorum" dan "kesinlikle katılmıyorum"a doğru 5 farklı cevap seçeneği bulunmaktadır. Bu envanterin kişinin kendisinin doldurduğu form (form S) ve gözlemci izlem formu (form R) versiyonları bulunmaktadır (Costa Jr, Terracciano, & McCrae, 2001; Roepke, McAdams, Lindamer, Patterson, & Jeste, 2001). Bu envanterin uzun formunun geçerlik güvenilirlik çalışması Gülgöz (2002) tarafından yapılmıştır (Gülgöz, 2002).

Mizaç ve Karakter Envanteri

Cloninger 'in psikobiyojik modeli temel alınarak geliştirilen bir ölçektir. Bu modele göre genetik olarak birbirinden bağımsız, sosyokültürel etkiler açısından değişmez olan 4 farklı mizaç boyutu bulunmaktadır; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme boyutlarıdır. Bununla birlikte yetişkinlikte olgunlaşan kişisel ve sosyal etkinliği etkileyen; kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma şeklinde 3 farklı karakter boyutu da bulunmaktadır. Cloninger ve arkadaşları (1994) bu psikobiyojik kişilik kuramına dayalı olarak, kişiliğin 7 boyutunu ölçen Mizaç ve Karakter Envanteri'ni (Temperament and Character Inventory:TCI) geliştirmişlerdir. Bu envanter; doğru-yanlış olarak doldurulan 240 sorudan oluşmaktadır (Cloninger, 2000; Cloninger, Przybeck, Svrakic, & Wetzel, 1994). 17 yaş ve üzeri kişilere uygulanabilen bir öz değerlendirme anketidir. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından 2004'te yapılmıştır (Köse vd., 2004). Türkçe versiyonda ölçekler; düşük değerler alan ödül bağımlılığı ve sebat etme hariç kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermektedir. Düşük iç tutarlılık değerlerinin sebebi, bu boyutların madde sayılarının az oluşu ve çeviri sorunları olabilir. Köse ve arkadaşları (2004) ile Arkar ve arkadaşlarının (2005) çalışmaları Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerinin hem klinik uygulamada hem araştırmalarda kişiliği değerlendirmek için uygun bir araç olduğunu göstermektedir (Arkar vd., 2005).

Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş-Kısaltılmış

Eysenck kişilik teorisini ilk geliştirdiğinde nörotizm-stabilite ve dışadönüklük-içedönüklük boyutlarını içermekte iken daha sonra psikotizm boyutu da eklenmiştir. Bu teoriye göre geliştirilen Eysenck Kişilik Anketi 90 sorudan oluşan bir ölçektir, bu 3 boyut ile yalan alt boyutunu içermektedir. Eysenck'in teorisi temel alınarak geliştirilen ölçekler kişilik değerlendirmesinde geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olmakla birlikte uzun ölçekler olmaları nedeniyle araştırmalarda birtakım sorunlara

sebeptir. Kısa kişilik ölçeklerine gereksinim duyulmuş ve 48 sorudan oluşan Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketi geliştirilmiştir. Francis ve arkadaşları (1992) tarafından bu ölçek her boyutun 6 soruyla değerlendirildiği 4 boyutlu, 24 soruluk bir kişilik ölçeği şeklinde tekrar düzenlenmiştir (Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş-Kısaltılmış). Sorulara evet(1)-hayır(0) şeklinde cevap verilmesi istenen ölçek yaklaşık olarak 15 dakika gibi kısa bir sürede tamamlanmaktadır (Eysenck & Eysenck, 1975; Francis, Brown, & Philipchalk, 1992; Karancı, Dirik, & Yorulmaz, 2007). Karancı ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Karancı vd., 2007).

Kişilik İnanç Anketi

Beck ve arkadaşları tarafından ortaya atılan bilişsel kurama göre kişiliğin oluşumunda biyolojik etkenlerin varlığının yanında psikososyal etkenlerle şekillenen karakter boyutu da önemlidir. Bilişsel kuram kişilik bozukluklarının oluşumunda rol alan etkenler içerisinde kişinin işlevsel olmayan inançlarının rolünü vurgular. Bu kurama göre kişilik bozukluklarının her biri kendine özgü işlevsel olmayan inançlara sahiptir. Beck ve arkadaşları tarafından 1991'de bu kurama dayanarak geliştirilen Kişilik İnanç Anketi; kişilik bozuklukları için geliştirilen özel inanç ve varsayımlardan oluşmuş şemalar içermektedir (Beck & Beck, 1991). Bu şemalar çekingen, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid ve paranoid olmak üzere DSM-IV'teki 9 adet kişilik bozukluğuna denktir. 126 madde içermektedir, 9 alanın her biri için 14 sorudan oluşmuştur. Kişinin soruları 0-4 arası puanladığı (0:hiç inanmıyorum, 4: tamamiyle inanıyorum) bir öz değerlendirme anketidir. Kişilik İnanç Anketi klinikte; bilişsel bir profil çıkarmak ve tedavide kullanılacak işlevsel olmayan inançları tanımlamakta kullanılabilir. Kişilik İnanç Anketi'nin orjinal formunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçapar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iyi derecede içsel tutarlılık (0,67-0,99) ve test-tekrar test güvenilirliği elde edilmiştir (Türkçapar vd., 2007).

Young Şema Anketi

Şemalar, Jeffrey Young tarafından, anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli, yaygın, kapsamlı bilişsel örüntüler olarak tanımlanmıştır. Şemalar; genellikle çocukluk veya ergenlik dönemleri boyunca gelişmektedir ve çocuğun içinde yaşadığı yakın çevresine uyumu için işlevseldirler. Fakat bu şemalar katı ve değişime dirençli olmaları nedeniyle yaşamın ilerleyici dönemlerinde uyum bozucu hale gelebilmektedirler. Young ve arkadaşları, kişilik bozukluklarını boyutsal bir yaklaşımla değerlendirmek amacıyla Young Şema Anketi'ni (2003) tasarlamışlardır. Young Şema Anketi 205 maddeden oluşan öz bildirim anketidir (Lyddon, 1992). Ölçeğin 90 maddeden oluşan kısa formu da mevcuttur. Türkçe formuna ilişkin değerlendirmeler Soygüt ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmış ve ölçeğin güvenilir olduğu bildirilmiştir (Soygüt, Karaosmanoğlu, & Çakır, 2009).

TARTIŞMA

Kişilik bozukluklarının tanımı, tanısı ve sınıflandırılması psikiyatrinin en tartışmalı konularından biridir. Pek çok farklı görüşün yer aldığı bu bozukluklarda erken tanı, komorbiditelerin kontrol altına alınması, kişinin kendisine ve başkalarına zarar vermesinin engellenmesi açısından önemlidir. Yazında kişilik bozuklukları tanısında günümüzde sıklıkla kullanılan yöntemler ve yeni bulgular gözden geçirilmiş, tanı yöntemlerine değinilmiştir. Günümüzde hala klinisyenlerin kişilik bozukluklarına tanı koyması için en ideal yaklaşım net değildir. Geçmişten bu yana tanısı için üzerinde uzlaşılamayan pek çok tanı aracının tasarlandığı kişilik bozuklukları DSM-5 tanı sistemindeki yenilikler ile birlikte son dönemde daha fazla araştırmacının üzerinde çalıştığı bir konu haline gelmiştir. Kişilik bozuklukları tanısında uzun süredir süren kategorik/boyutsal yaklaşım tartışması son dönemde DSM-5 kişilik bozuklukları kategorisinde de kendine yer bulmuştur. DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde hybrid bir model önermiştir. Hem kategorik hem boyutsal yaklaşımı içeren bu model, DSM-5 Kişilik Bozuklukları içinde Yeni Geliştirilen Ölçek ve Modeller başlığı altında 3. kısımda yerini almıştır (Morey, Benson, Busch, & Skodol, 2015).

Kişilik bozukluklarının tanısında sınıflamalar ve ölçeklerin yanında, bu bozuklukların nörobiyolojik yönlerinin aydınlatılması amacıyla genetik ve nörogörüntüleme çalışmaları yapılmaktadır. Genetik metodolojideki sınırlılıklar, bu tür çalışmaların yüksek miktarda zaman ve para gerektirmesi gibi kısıtlayıcı bazı faktörler nedeniyle bu araştırmalar kısıtlı sayıdadır. Özellikle bugüne kadar üzerinde daha az araştırma yapılan paranoid, şizoid, histriyonik, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarının araştırmacılar tarafından daha çok çalışılmasına ihtiyaç vardır (G. Ma vd., 2016).

Yapılan genetik araştırmalarda; diğer psikiyatrik hastalıklarda da sıklıkla saptanan serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerde değişikliklerin bu bozukluklarda da mevcut olması dikkat çekmektedir. Farklı gruplarda yer alan ancak ortak genetik özellikleri olan kişilik bozukluklarının aydınlatılması, sınıflandırma ile ilişkili tartışmalara farklı bir bakış açısı sunacaktır. Kişilik bozuklukları ile ilişkili nörogörüntüleme çalışmaları ile bu bozuklukların bazı beyin bölgelerinde benzer yapısal ve fonksiyonel değişiklikler gösterdiği gözlenmiştir. Paranoid kişilik bozukluğunda amigdala, şizotipal kişilik bozukluğunda temporal lob ve singulum, narsistik ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda frontoparalimbik bölgelerde değişiklikler izlenmiştir. Genetik ve nörogörüntüleme bulgularının ilerleyen dönemde kişilik bozukluklarına tanı koymada kesinliği arttıracığı ve erken tanıya faydalı olacağı düşünülmektedir (G. Ma vd., 2016). Fakat bu bozukluklarla ilgili biyobelirteç belirleme çalışmaları elde edilen çok miktarda bilgiye rağmen tanısız alanda henüz fayda sağlayamamakta, tanı klinik görüşme ve ölçeklerle konmaktadır.

Kişilik bozukluklarının tanısında kullanılan ölçekler ve görüşmeler alan içinde farklı kuramcıların görüşleri ve farklı tanı ve sınıflandırma sistemlerine göre düzenlenmiştir. Yazında tüm kişilik bozukluğu kategorilerini içeren kapsamlı ölçek ve görüşmelere değinilmeye çalışılmış, kişilik bozukluklarının tanı kategorilerine ilişkin ayrı ayrı geliştirilen ölçeklere yer verilememiştir, bu bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Kişilik bozukluklarına ilişkin çok çeşitli tanı yöntemleri arasından klinisyenin veya araştırmacının kullanım amacına ve yaklaşımına göre (kategorik/boyutsal) pek çok farklı ölçek ve görüşme arasında seçim yapması gerekebilmektedir. Kategorik ve boyutsal yaklaşımların her ikisi de farklı alanlarda kısıtlılıkları nedeniyle eleştirilmektedir. Kısıtlılıklarına rağmen ICD ve DSM tanı sistemlerindeki kategorilere göre kişilik bozukluklarını tanımlamak klinisyenler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tercih edilmektedir. Fakat özellikle DSM-V Kişilik Bozuklukları alanındaki alternatif model klinisyen ve araştırmacıların boyutsal değerlendirmelere olan ilgisini arttırmıştır (Morey vd., 2015).

Boyutsal yaklaşıma olan ilgi ve bu yönde olan araştırmalarda önümüzdeki günlerde beklenen artış dikkate alınarak ülkemizde boyutsal yaklaşımı temel alan ölçeklerin geçerlik güvenilirlik çalışmalarının yapılması uygun olacaktır. Bunlardan özellikle yarı yapılandırılmış bir görüşme olan STIPO ile öz değerlendirme anketi olan DAPP-BQ, SNAP gibi ölçeklerin adaptasyon çalışmalarının yapılması ulusal tıp literatürüne katkı sağlayacaktır. Kategorik yaklaşımı kullanan ve kullanımı yaygın olan MCMI-3 ölçeğinin, yapılandırılmış görüşmelerden ise DSM-IV ve DSM-5'e dayalı görüşmelerin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının yapılması da öneriler arasındadır.

Kişilik özellikleri denildiğinde doğuştan getirdiğimiz özellikler ile kişinin yaşamı ve içinde yaşadığı toplumun şekillendirdiği özellikler birlikte değerlendirilmelidir. Kişiliğin pek çok evrensel yönü olsa da kültürel yönleri de yadsınamaz, tanıda kullanılan ölçek ve değerlendirmelerin kültüre uygunluğu bu nedenle önemlidir. Kişilik bozukluğu tanısı için kullanılacak Türkçe ölçek ve değerlendirmeler hem klinik pratikte hem de araştırmalarda fayda sağlayacaktır. Dünyada sık kullanılan, tanıya yardımcı ölçeklerin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasının yanı sıra, mevcut değerlendirmelerin eksiklerini tamamlayabilecek kişilik bozuklukları tanısında yararlı ve kapsamlı yeni ölçek ve değerlendirmeler geliştirilmesine de ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

Abdin, E., Koh, K. G. W. W., Subramaniam, M., Guo, M.-E., Leo, T., Teo, C., ... Chong, S. A. (2011). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--4 (PDQ-4++) among Mentally Ill Prison

- Inmates in Singapore. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 834.
- Agius, M., Lee, J., Gardner, J., & Wotherspoon, D. (2012). Bipolar II disorder and borderline personality disorder—co-morbidity or spectrum. *Psychiatr Danub*, 24(Suppl 1), S197–S201.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6–19.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*.
- Arkar, H., Sorias, O., Tunca, Z., Şafak, C., Alkın, T., Akdede, B. B., & Cimilli, C. (2005). Mizaç ve karakter envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 190–204.
- Asami, T., Whitford, T. J., Bouix, S., Dickey, C. C., Niznikiewicz, M., Shenton, M. E., ... McCarley, R. W. (2013). Globally and locally reduced MRI gray matter volumes in neuroleptic-naïve men with schizotypal personality disorder: association with negative symptoms. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 361–372.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*, 2(1–2), 7–18.
- Ball, S. A. (2001). Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: Introduction to special section. *Journal of Personality*, 69(2), 147-153.
- Basoglu, C., Oner, O., Ates, A., Algul, A., Bez, Y., Cetin, M., ... Munir, K. M. (2011). Synaptosomal-associated protein 25 gene polymorphisms and antisocial personality disorder: Association with temperament and psychopathy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 341–347.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). The personality belief questionnaire. *Unpublished Assessment Instrument. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research*.
- Chemerinski, E., Byne, W., Kolaitis, J. C., Glanton, C. F., Canfield, E. L., Newmark, R. E., ... Siever, L. J. (2013). Larger putamen size in antipsychotic-naïve individuals with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 143(1), 158–164.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., & Casillas, A. (2014). Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality—2 nd Edition (SNAP-2): Manual for Administration, Scoring, and Interpretation. *University of Notre Dame*.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.
- Coolidge, F. L. (1993). The Coolidge Axis II Inventory: Manual. *Clermont, FL: Synergistic Office Solutions*.
- Costa Jr, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 322.
- Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S., & Saygılı, R. (1994). SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(32), 26–29.
- Eme, R. (2013). MAOA and male antisocial behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 395–398.
- Erol, N. (1982). Ülkemizdeki psikiyatrik hastalarda MMPI'nin geçerlik çalışması. *Psikoloji Dergisi*, 14, 15–23.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior*

and adult). Hodder and Stoughton.

- Ficks, C. A., & Waldman, I. D. (2014). Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behavior Genetics*, 44(5), 427–444.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Pub.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- Francis, L. J., Brown, L. B., & Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 443–449.
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., & De Fruyt, F. (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology*, 5(14), 1646.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Golimbet, V. E., Alifimova, M. V., Shcherbatikh, T., Kaleda, V. G., Abramova, L. I., & Rogaev, E. I. (2003). Serotonin transporter gene polymorphism and schizoid personality traits in patients with psychosis and psychiatrically well subjects. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 4(1), 25–29.
- Gøtzsche-Astrup, O., & Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119-127.
- Gülgöz, S. (2002). *Five-Factor Model and NEO-PI-R in Turkey, in The Five-Factor Model Across Cultures*, Ed. R.R. McCrae ve J. Allik. *International and Cultural Psychology*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1-23.
- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704.
- Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Haznedar, M. M., Newmark, R., Goldstein, K. E., Zelmanova, Y., ... Lo, J. N. (2008). Cortical gray and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 101(1), 111–123.
- Hyer, S. E. (1994). *Personality diagnostic questionnaire-4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Joyce, P. R., Rogers, G. R., Miller, A. L., Mulder, R. T., Luty, S. E., & Kennedy, M. A. (2003). Polymorphisms of DRD4 and DRD3 and risk of avoidant and obsessive personality traits and disorders. *Psychiatry Research*, 119(1), 1–10.
- Karanci, A. N., Dirik, G., & Yorulmaz, O. (2007). Reliability and validity studies of turkish translation of eysenck personality questionnaire revised-abbreviated. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(3), 1–8.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685.
- Köse, S., Sayar, K., Ak, I., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kirpınar, I., ... Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14(3).
- Krause-Utz, A., Winter, D., Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2014). The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 16(3), 438.
- Langbehn, D. R., Pfohl, B. M., Reynolds, S., Clark, L. A., Battaglia, M., Bellodi, L., ... Links, P. (1999). The Iowa Personality Disorder Screen: Development and preliminary validation of a brief

- screening interview. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 75.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. (2009). Manual for the dimensional assessment of personality pathology—basic questionnaire. *Port Huron, MI: Sigma*.
- Loranger, A. W., Hirschfeld, R. M. A., Sartorius, N., & Regier, D. A. (1991). The WHO/ADAMHA international pilot study of personality disorders: background and purpose. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 296.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge University Press.
- Lyddon, W. J. (1992). Cognitive Therapy for Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6(2), 149–151.
- Ma, G., Fan, H., Shen, C., & Wang, W. (2016). Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience Bulletin*, 32(3), 286–306. <https://doi.org/10.1007/s12264-016-0027-8>
- Ma, X., Sun, J., Yao, J., Wang, Q., Hu, X., Deng, W., ... Collier, D. A. (2007). A quantitative association study between schizotypal traits and COMT, PRODH and BDNF genes in a healthy Chinese population. *Psychiatry Research*, 153(1), 7–15.
- Mann, A. H., Jenkins, R., Cutting, J. C., & Cowen, P. J. (1981). The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. *Psychological Medicine*, 11(4), 839–847.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M. J., Vega, D., Calvo, N., ... Salazar, J. (2016). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 307–316.
- McDermut, W., & Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*, 89–101.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (2009). *MCCI-III Manual*. Minneapolis, MN: Pearson Education. *Inc. Google Scholar*.
- Minzenberg, M. J., Xu, K., Mitropoulou, V., Harvey, P. D., Finch, T., Flory, J. D., ... Siever, L. J. (2006). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype variation is associated with prefrontal-dependent task performance in schizotypal personality disorder patients and comparison groups. *Psychiatric Genetics*, 16(3), 117–124.
- Mitelman, S. A., Canfield, E. L., Chu, K.-W., Brickman, A. M., Shihabuddin, L., Hazlett, E. A., & Buchsbaum, M. S. (2009). Poor outcome in chronic schizophrenia is associated with progressive loss of volume of the putamen. *Schizophrenia Research*, 113(2), 241–245.
- Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality Disorders in DSM-5: Emerging Research on the Alternative Model. *Current Psychiatry Reports*, 17(4). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0558-0>
- Narayan, V. M., Narr, K. L., Kumari, V., Woods, R. P., Thompson, P. M., Toga, A. W., & Sharma, T. (2007). Regional cortical thinning in subjects with violent antisocial personality disorder or schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1418–1427.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., & Siever, L. J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatric Clinics*, 31(3), 441–461.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 13–20.
- Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMMain, S., & Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric Genetics*, 17(3), 153–157.

- Nunes, P. M., Borges, K. T., & Porto, C. R. (2009). Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 333.
- Organization, W. H. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Vol. 1). World Health Organization.
- Özdemir, O. (2012). Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3).
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Paris, J. (2013). Anatomy of a debacle: Commentary on “Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5”.
- Paris, J. (2015). Clinical implications of biological factors in personality disorders. *Can Psychol*, (56(2)), 263–266.
- Payer, D. E., Park, M. T. M., Kish, S. J., Kolla, N. J., Lerch, J. P., Boileau, I., & Chakravarty, M. M. (2015). Personality disorder symptomatology is associated with anomalies in striatal and prefrontal morphology. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 472.
- Pilgrim, J. A., Mellers, J. D., Boothby, H. A., & Mann, A. H. (1993). Inter-rater and temporal reliability of the Standardized Assessment of Personality and the influence of informant characteristics. *Psychological Medicine*, 23(3), 779–786.
- Polatöz, Ö., Kuğu, N., Doğan, O., & Akyüz, G. (2011). Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(1), 13–23.
- Reetz, K., Lencer, R., Steinlechner, S., Gaser, C., Hagenah, J., Büchel, C., ... Siebner, H. R. (2008). Limbic and frontal cortical degeneration is associated with psychiatric symptoms in PINK1 mutation carriers. *Biological Psychiatry*, 64(3), 241–247.
- Roepke, S., McAdams, L. A., Lindamer, L. A., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2001). Personality profiles among normal aged individuals as measured by the NEO-PI-R. *Aging & Mental Health*, 5(2), 159–164.
- Roussos, P., Giakoumaki, S. G., Georgakopoulos, A., Robakis, N. K., & Bitsios, P. (2011). The CACNA1C and ANK3 risk alleles impact on affective personality traits and startle reactivity but not on cognition or gating in healthy males. *Bipolar Disorders*, 13(3), 250–259.
- Roussos, P., McClure, M. M., Hazlett, E. A., New, A. S., Siever, L. J., Bitsios, P., & Giakoumaki, S. G. (2013). CACNA1C as a risk factor for schizotypal personality disorder and schizotypy in healthy individuals. *Psychiatry Research*, 206(1), 122.
- Savasir, I. (1981). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı. *Sevinc Matbaası, Ankara*.
- Schulze, L., Dziobek, I., Vater, A., Heekeren, H. R., Bajbouj, M., Renneberg, B., ... Roepke, S. (2013). Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1363–1369.
- Selçuk Aslan. (2008). Kişilik, Huy ve Psikopatoloji. *RHCP*, 2(1–2), 7–19.
- Singh I, R. N. (2009). Biomarkers in psychiatry. *Nature*, (460 (7252)), 202–207.
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., ... & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1), 4.
- Smyrnis, N., Avramopoulos, D., Evdokimidis, I., Stefanis, C. N., Tsekou, H., & Stefanis, N. C. (2007). Effect of schizotypy on cognitive performance and its tuning by COMT val158 met genotype variations in a large population of young men. *Biological Psychiatry*, 61(7), 845–853.

- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1).
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35–44.
- Sugden, K., Arseneault, L., Harrington, H., Moffitt, T. E., Williams, B., & Caspi, A. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(8), 830–840.
- Sweitzer, M. M., Halder, I., Flory, J. D., Craig, A. E., Gianaros, P. J., Ferrell, R. E., & Manuck, S. B. (2012). Polymorphic variation in the dopamine D4 receptor predicts delay discounting as a function of childhood socioeconomic status: evidence for differential susceptibility. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(5), 499–508.
- Takahashi, T., Suzuki, M., Zhou, S.-Y., Tanino, R., Nakamura, K., Kawasaki, Y., ... Kurachi, M. (2010). A follow-up MRI study of the superior temporal subregions in schizotypal disorder and first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 119(1), 65–74.
- Takahashi, T., Zhou, S.-Y., Nakamura, K., Tanino, R., Furuichi, A., Kido, M., ... Kurachi, M. (2011). A follow-up MRI study of the fusiform gyrus and middle and inferior temporal gyri in schizophrenia spectrum. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(8), 1957–1964.
- Taymur, I., & Turkcapar, M. (2012). Personality: Description, Classification and Evaluation. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 154. <https://doi.org/10.5455/cap.20120410>
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (1999). Schizophrenia: a review of genetic studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(4), 185–207.
- Türkçapar, M. H., Örsel, S., Uğurlu, M., Sargın, E., Turhan, M., Akkoyunlu, S., ... Karakaş, G. (2007). Kişilik inanç ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 10, 177–191.
- Tyrer, P. (2015). Personality dysfunction is the cause of recurrent non-cognitive mental disorder: A testable hypothesis. *Personality and Mental Health*, 9(1), 1–7.
- Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2), 163–167.
- Tyrer, P., Seivewright, H., & Johnson, T. (2004). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 34(8), 1385–1394.
- Van Horn, E., Manley, C., Leddy, D., Cicchetti, D., & Tyrer, P. (2000). Problems in developing an instrument for the rapid assessment of personality status. *European Psychiatry*, 15, 29–33.
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 54(6), 773–780.
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (2007). A normative study of the Coolidge axis-II inventory, short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 437–441.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 810.
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial,

violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 81–88.