



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ICD-11 KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİNE YÖNELİK KLİNİSYEN DEĞERLENDİRMELERİ İLE ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

UZMANLIK TEZİ

DR. TUĞBA AYDIN SEYREK

DANIŞMAN

Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2022

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ICD-11 KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANI
ÖLÇÜTLERİNE YÖNELİK KLİNİSYEN
DEĞERLENDİRMELERİ İLE ÖZBİLDİRİM
ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. TUĞBA AYDIN SEYREK

DANIŞMAN

Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY

AYDIN-2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez sürecimde birlikte çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, tezimin bütün aşamalarında desteğini esirgemeyen, olumlu tavrıyla beni cesaretlendiren, meslek hayatıma önemli katkıları bulunan tez danışman hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a,

Anabilim Dalı Başkanımız olarak değerli bilgilerini, akademik ve klinik deneyimlerini bizlerden esirgemeyen, desteğini her zaman hissettiğim, eğitim ve meslek hayatıma önemli katkıları bulunan sayın hocam Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK' a,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli olan, uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde büyük emekleri olan hocalarım, Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR, Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY, Doç. Dr. Bilge DOĞAN, Doç. Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR'e,

Tez çalışmam sırasında her zaman destek olan başta Dr. T. Eda TOPALOĞLU olmak üzere, birlikte çalıştığım, beraber mutlu günler ve pandemi gibi zorlu süreçler geçirdiğimiz tüm asistan arkadaşlarıma, psikiyatri ekibinin diğer üyeleri olan hemşire, psikolog, sekreter, güvenlik görevlisi ve personel arkadaşlarıma,

Araştırmanın verilerinin toplanmasında yardımcı olan Psk. Tarık GANDUR'a

Bugüne kadar her daim yanımda olan, bana inanan, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen canım aileme,

Hayatımda olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, bana her zaman güç veren, bu zorlu süreç başta olmak üzere beni hep destekleyen sevgili eşim Burak SEYREK'e ve kıymetli ailesine,

En içten teşekkür ve saygılarımı sunarım...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KİŞİLİK	4
2.2. KİŞİLİK BOZUKLUĞU	5
2.2.1. Tanım	5
2.2.2. Tarihçe.....	5
2.2.2.1. On Sekizinci Yüzyıl Öncesi	5
2.2.2.2. On Sekizinci Yüzyıl ve Sonrası.....	5
2.2.3. Tanı.....	7
2.2.4. Epidemiyoloji	7
2.2.5. Komorbidite	9
2.2.6. Etiyoloji.....	9
2.2.6.1. Genetik Etkenler	9
2.2.6.2. Biyolojik Etkenler	10
2.2.6.2.1. Nörotransmitterler	10
2.2.6.2.1.1. Serotonin	10
2.2.6.2.1.2. Dopamin.....	11
2.2.6.2.1.3. Norepinefrin	11
2.2.6.2.1.4. Glutamat	11
2.2.6.2.1.5. Gama Aminobütirik Asit	12
2.2.6.2.2. Nörogörüntüleme Çalışmaları.....	12
2.2.6.3. Psikanalitik Yaklaşım	12
2.2.6.4. Bilişsel Yaklaşım.....	15
2.2.6.5. Nörobiyolojik Yaklaşım	15

2.2.7. Klinik Seyir	16
2.2.8. Sınıflama	17
2.3. ICD-11 KİŞİLİK BOZUKLUĞU BÖLÜMÜ	18
2.3.1. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Bölümünde Yapılan Değişiklikler	18
2.3.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Bölümünde Yapılan Değişikliklerin Nedenleri	19
2.3.3. ICD-11 Uyarınca Kişilik Bozukluğu Tanısı Koyma İşlemi	21
2.3.4. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Ölçütleri	21
2.3.4.1 Kişilik Zorluğu	22
2.3.4.2. Hafif Şiddette Kişilik Bozukluğu	22
2.3.4.3. Orta Şiddette Kişilik Bozukluğu	23
2.3.4.4. Ağır Şiddette Kişilik Bozukluğu	23
2.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Örneklem Büyüklüğü Hesabı	25
3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	26
3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	27
3.4. Çalışmanın Örneklemi ve Çalışma Deseni	27
3.5. Uygulanan Formlar ve Ölçekler	27
3.5.1. Olgu Rapor Formu	27
3.5.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Formu	28
3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0)	29
3.5.4. Kişilik Bozukluğu Şiddetinin Standardize Değerlendirmesi (SASPD)	30
3.6. İşlem Yolu	30
3.7. İstatistiksel Analiz	31
4. BULGULAR	34
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi	34
4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri ve Yaşam Davranışları Açısından İncelenmesi	35
4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından İncelenmesi	38
4.4. Klinisyenlerin ICD-11 KB Tanı Ölçütlerine İlişkin Puanlamalarının Güvenirliği	39
4.5. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu Tanıları	42
4.6. Kişilik Bozukluğu Tanı Gruplarının Ölçek Puanları	44
4.7. SASPD Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması	45

4.8. WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması	48
4.9. WHODDAS 12 Soruluk Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri	51
4.10. Özbildirim Ölçeklerinin KB Şiddetini Değerlendirmekteki Kullanışlılığı.....	53
5. TARTIŞMA.....	55
5.1. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı	55
5.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Ölçütlerine Yönelik Klinisyen Değerlendirmelerinin Güvenirliği	55
5.3.SASPD Puanlarının ICD-11 KB Tanısını Yordama Bağlamında Geçerlik ve Güvenirliği	56
5.4. WHODAS 2.0 Genel Yetiyitimi Puanlarının ICD-11 KB Tanısını Yordama Bağlamında Geçerlik ve Güvenirliği	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
ÖZET	61
SUMMARY	64
KAYNAKLAR.....	67
EKLER	77

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo I: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	34
Tablo II: Katılımcıların Yaşam Davranışları.....	35
Tablo III: Katılımcıların Klinik Özellikleri	36
Tablo IVa: Katılımcıların Takipli Oldukları Hastalık Tanıları	37
Tablo IVb: Katılımcıların Takipli Oldukları Hastalık Tanıları	37
Tablo Va: Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların İncelenmesi	37
Tablo Vb: Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların İncelenmesi	38
Tablo VI: Katılımcıların SASPD ve WHODAS Puanları	39
Tablo VII: Kişilik İşlevselliğine Yönelik Puanlamaların Güvenirliği.....	40
Tablo VIII: Kişilik Bozukluğunun Özgül Belirtilerine Yönelik Puanlamaların Güvenirliği...	41
Tablo IX: Kişilik Bozukluğunun Şiddetine Yönelik Puanlamaların Güvenirliği.....	41
Tablo X: ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanılarının Derecelendirenler Arası Güvenirliği.....	43
Tablo XI: ICD-11 Sınır Örüntü Tanılarının Derecelendirenler Arası Güvenirliği.....	43
Tablo XII: KB'si Olan ve Olmayanların SASPD ve WHODAS Özbildirim Formu Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo XIII: SASPD Ölçeğinin Kesme Puanı ile İncelenmesi	46
Tablo XIV: SASPD Ölçek Sorularının Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları	47
Tablo XV: WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçeği Genel Yetiyitimi Puanının Kesme Puanı ile Performansı	49
Tablo XVI: WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçek Sorularının Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları.....	50
Tablo XVII: WHODAS 12 Soruluk Özbildirim Formu Genel Yetiyitimi Puanının Kesme Puanı ile Performansı	52
Tablo XVIII: WHODAS 12 Soruluk Özbildirim Form Maddelerinin Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları	53
Tablo XIX: Klinisyen KB Şiddet Değerlendirmesi ile Özbildirim Ölçeklerinin Korelasyonu	54

Şekil 1: SASPD Ölçeği İçin Elde Edilen ROC Eğrisi.....	45
Şekil 2: WHODAS 36 Soruluk ÖB Formu İçin Elde Edilen ROC Eğrisi.....	48
Şekil 3: WHODAS 12 Soruluk ÖB Formu İçin Elde Edilen ROC Eğrisi.....	51



KISALTMALAR DİZİNİ

5 FM	: 5 Faktörlü Model
5 HIAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
5 HT	: Serotonin
ACC	: Anterior Singulat Korteks
AMPD	: Alternatif Model Kişilik Bozuklukları
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CIC	: Children in the Community City
CLPS	: Callobrative Longitudinal Personality Disorders Study
DA	: Dopamin
DI-FEN	: DI-Fenfluramin
DLPFC	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
DSM-I	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders First Edition
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition
DSM-5	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gama-AminoBütirik Asit
ICD	: International Classification of Diseases
ICD-6	: International Classification of Diseases 6 th revision
ICD-10	: International Classification of Diseases 10 th revision
ICD-11	: International Classification of Diseases 11 th revision
ICC	: Intraclass Correlation Coefficient
KB	: Kişilik Bozukluğu
KB-BTB	: Başka Türü Belirtilmemiş Kişilik Bozukluğu
LSPD	: Longitudinal Study of Personality

MSAD : McLean Study of Adult Development

NE : Norepinefrin

PDS-ICD-11 :Personality Disorder Severity ICD-11 Scale

PRL : Prolaktin

SASPD : Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder

OFC : Orbitofrontal Korteks

ÖB : Özbildirim

WHODAS 2.0 : World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0



EKLER DİZİNİ

Sayfa No

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	77
Ek 2. Olgu Rapor Formu	79
Ek 3. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Formu	83
Ek 4. WHODAS 36 maddelik Özbildirim Formu	86
Ek 5. WHODAS 36 Maddelik Vekil Formu	90
Ek 6. WHODAS 12 Maddelik Özbildirim Formu.....	95
Ek 7. Kişilik Bozukluğunun Şiddetini Standardize Değerlendirme (SASPD) Ölçeği	96



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilik, sürekli değişen iç ve dış çevreye benzersiz şekilde uyum sağlama özelliklerinin tümünü ifade eder. Kısaca uyum yetersizliği veya yetmezliği olarak tanımlanabilen Kişilik Bozukluğu (KB) yaygın ve görece kronik bir klinik sorundur. Kişilik bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluklar (madde kullanımı, intihar, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve anksiyete bozuklukları) için bir predispozan etkindir (1). Kişilik bozukluğu çok sayıda klinik tablonun tedavi yanıtını olumsuz etkiler. Dolayısıyla çeşitli yakınmalarla ruh sağlığı hizmeti almak üzere başvuran kişilerde tedavinin uygun biçimde planlanıp sürdürülebilmesi açısından kişilik bozukluğunun değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. revizyonunda (ICD-11) yer alan kişilik bozukluğu tanı ölçütleri önceki ICD sürümlerinde yer alan ölçütlere göre önemli yenilikler getirmektedir. Birincisi, ayrı ayrı KB tip tanıları yerine, genel KB tanısına öncelik vermektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, çeşitli yapılandırılmış görüşme araçlarıyla konan yaklaşık bir düzine kadar KB tip tanısının geçerliğini destekleyen sağlam kanıtlar elde edilememiştir (2). Bunun başlıca nedeni olarak, bir düzine KB tip tanısının bir hastaya konulup konulamayacağını ayrı ayrı değerlendirmenin, deneyimli klinisyenler için bile aşırı zor bir görev olması gösterilmektedir (3). ICD-11 ile birlikte her hastada öncelikle genel KB'ye yönelik klinik değerlendirme yapılmasının, tanısal geçerliği arttırabileceği umulmaktadır.

İkinci yenilik, genel KB için sadece tanı var/yok biçimindeki kategorik değerlendirme yerine şiddet/ağırlık değerlendirmesinin öne çıkarılmasıdır. Hastaların kişiliğinin sağlıklıdan ağır bozukluğa kadar uzanan beşli bir skala üzerinde değerlendirilmesinin, sadece KB olup olmadığının değerlendirilmesine göre, prognostik açıdan daha bilgi verici olacağı düşünülmektedir. ICD-11'de hafif, orta ve ağır şiddette kişilik bozukluğunu birbirinden ayırt etmeye yönelik tanımlamalara yer verilmiştir. Ayrıca eşik altı kişilik sorunlarını tanılamaya yönelik "kişilik zorluğu" kategorisi getirilmiştir. Eldeki çalışma verileri, KB için en değerli prognostik göstergenin tip değil de şiddet olduğunu

düşündürdüğünden, şiddet/ağırlık değerlendirmesi tedavinin planlanması ve rahatsızlığın seyrini öngörülmesi açısından önem taşımaktadır.

ICD-11 ile gelen üçüncü yenilik, genel KB tanısının önceden olduğu gibi bir dizi semptom yerine adaptif işlevselliğin değerlendirilmesine dayandırılmasıdır. Bu yeni yaklaşımın dayandığı mantık son derece basit ancak akla uygundur. Buna göre; kişilik bireyin girdiği ortamlara, ilişkilere, rollere adaptasyonunu sağlayan yetilerin toplamıdır. Sağlıklı kişilik yeterli adaptasyonla eş anlamlı iken, sağlıklı kişilik maladaptasyonla ve giderek adaptif yetmezlikle eş anlamlıdır. O halde kişiliğin ne ölçüde sağlıklı veya sağlıklı olduğunu değerlendirmenin en kestirme yolu, adaptasyona yönelik kişilik işlevlerinin ne ölçüde aksamadan yürüdüğünü değerlendirmekten geçmektedir.

Son olarak, ICD-11 ile KB tiplerinin/stillerinin ayrı ayrı değerlendirilmesinde de semptomlara dayanılması bırakılmakta, bunun yerine kişilik özelliklerine/huylara (trait) ağırlık verilmektedir. ICD-11’de tanımlanan beş huy alanı (olumsuz duygulanım, uzaklık, dissosyallık, disinhibisyon ve anankasti) kişilik alanında son elli yılda yapılagelen araştırmalardan elde edilen verilere dayanan Beş Faktörlü Model (5FM) ile büyük ölçüde tutarlılık göstermektedir. Daha önceki ICD sürümlerinde yer alan KB tip tanımlarının hiç birine ICD-11’de yer verilememiş, sadece “sınır/borderline örüntü” için tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Sonuç olarak, ICD-11’e göre KB tiplendirmesinde, tanı kategorileri yerine hastada hangi özellik/huyların ön planda olduğuna odaklanılması gerekecektir.

Bu çalışmanın birincil amacı, klinisyenler tarafından ICD-11 KB ölçütleri uyarınca gerçekleştirilen boyutsal değerlendirmenin güvenilirliğinin incelenmesidir. Bu amaca yönelik olarak; iki ayrı görüşmecinin klinik değerlendirme formları yardımıyla varacakları beş düzeyli kişilik patolojisi şiddet değerlendirmesi arasında şansa bağlı olanın ötesinde ne kadar uyuma olduğunun; sınıfiçi korelasyon katsayısı (ICC) yardımıyla belirlenmesi öngörülmüştür.

Çalışmanın ikincil amacı, katılımcıların kendilerindeki kişilik patolojisinin şiddetine ilişkin özdeğerlendirmelerinin, klinisyen değerlendirmelerine karşı geçerliğinin incelenmesidir. Bu amaca yönelik olarak, katılımcıların ICD-11 KB tanı ölçütleri göz önüne alınarak geliştirilmiş bir öz bildirim formundan aldıkları puanlar ile klinisyenlerden aldıkları

tanılar arasında şansa bağlı olanın ötesinde ne kadar uyuşma olduğunun ICC yardımıyla belirlenmesi öngörülmüştür. Bu inceleme, özbildirim formunun KB varlığını veya şiddetini taramak açısından ne denli kullanışlı olabileceğinin anlaşılması açısından önem taşımaktadır.

Çalışmanın üçüncü amacı, KB şiddetine ilişkin değerlendirmeler ile yetiyitimi değerlendirmeye yönelik değerlendirmeler arasındaki uyuşmanın incelenmesidir. Bu inceleme Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0) özbildirim formundan alınan genel yetiyitimi ve alan puanlarının KB tanısı veya şiddetine yönelik klinik değerlendirmeye ne ölçüde ışık tutacağıının anlaşılması açısından önem taşımaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KİŞİLİK

Nasıl bir insansınızdır? Kendinizi nasıl tanımlarsınız? Sizi diğerlerinden ayıran kişisel özellikleriniz nelerdir? Kişiliğinizin farkında olmadığınız yönleri var mıdır? Diğerleri de sizi, sizin kendinizi tanıdığınız şekilde mi tanıyor? Bu tür soruları sormak kolay, yanıtlamaksa çoğu zaman zordur. Ancak her biri doğrudan, insanlar olarak özümüzde ne olduğumuzla ilgilidir. Kişilik bizi biz yapan, diğerlerinden farklı kılan şeydir. Hatta başkalarından özellikle farklı kişiler için ‘kişilik sahibi’ veya ‘değişik bir karakter’ denir. Bazı kişiler ise ‘kişiliksizin teki’dir. Üzerimizdeki etkilerine göre kişilerin ‘iyi bir kişiliğe’ veya ‘kötü bir kişiliğe’ sahip olduğunu düşünürüz (4).

Kişilik ve kişilik bozuklukları tanısal sistemde önemli bir yer işgal etmekte ve bilimsel çalışmaların özel bir alanını oluşturmaktadır. Son 20-30 yıldır kişilik ve kişilik bozukluklarıyla ilgili çalışmalar psikiyatride önemli bir yere sahip olmuştur. Bu konu, yukarıdaki sorularda bahsedilen günlük dilde kullanılan kişiliğin tanımından çok daha spesifik ve karmaşıktır (4).

Kişilik (personality) kelimesi, Yunan tiyatrosunda eski aktörlerin kullandığı maskenin adı olan "Persona" dan türetilmiştir. Bir aktör tarafından takılan maske, aslında maskenin ardındaki bireyi karakterize eden başka özellikleri taşımaktadır. Zamanla bu terim, bir kişiyi diğerlerinden ayıran, süreklilik gösteren tavır ve davranışların bütününe temsil etmeye başlamıştır (5).

Allport kişiliği; “bireyin çevreye yapacağı uyumu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, bireyin kendi içindeki dinamik organizasyonları” olarak tanımlamıştır (6).

Kişilik, kişinin kendine özgü olan ve diğerlerinden ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler, kişinin iç ve dış dünyaya uyum sağlamak için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Kişinin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine dayanan bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yeteneği, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme şekilleri ve savunma düzenekleridir (7).

Kişilik, sıklıkla karakter ve mizaç terimleriyle karıştırılır. Karakter, bireyin dünyayı algılama, görüş ve yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanmaktadır. Karakter gelişiminde öğrenmenin ve toplumsal çevrenin önemli bir rolü vardır. Mizaç ise doğuştan gelir ve davranışların altındaki biyolojik potansiyeldir (7).

2.2. KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım

Kişilik bozukluğunun tam geçerli bir tanımını yapmak güçtür. Kişilik özelliklerinin katı, maladaptif olması ve işlevsellikte önemli ölçüde bozulmaya yol açması durumunda kişilik bozukluğundan söz edilir (8). Kişilik bozukluğu olan kişilerde bu kişilik özellikleri ego sintonik ve alloplastiktir (1).

Çoğu kişinin sorunla karşılaştığında birçok baş etme stratejisi vardır. Sorunu çözmek için bir davranış veya strateji işe yaramazsa, normal insanlar başka bir strateji denerler. Kişilik bozukluğu olan kişiler ise aynı stratejiyi küçük değişikliklerle tekrar ederler. Hiç uygun olmadığı durumlarda bile stratejiler katı şekilde uygulanır. Kişi kendisini değiştirmekten çok çevresini değiştirmeye çalışır. Çevresel koşullar tek bir kişiye göre ayarlanamadığında da kriz ortaya çıkar (4).

2.2.2. Tarihçe

2.2.2.1. On Sekizinci Yüzyıl Öncesi

Çok eski çağlardan günümüze kadar insan kişiliğini tanımlama ve sınıflandırma çabaları olmuştur. Sümerlere ait olan Gılgamış destanında cesaretli, kibirli ve asi yürekli kişiler tanımlanmıştır (9). Hipokrat vücut sıvılarının niteliğine ve niceliğine göre dört kişilik tanımlamıştır. Kara safralı kişilerin daha kaygılı ve depresif olduğunu, sarı safralı kişilerin daha irritable ve aktif olduklarını, aşırı balgamlı kişilerin ağırkanlı, duygusuz ve soğukkanlı olduklarını, kanlı kişilerin iyimser olduklarını tanımlamıştır (9,10). Bu kişilik ve hastalık sınıflandırması yüzyıllar boyunca genel kabul görmüştür.

2.2.2.2. On Sekizinci Yüzyıl ve Sonrası

Psikiyatri bir tıp bilimi olarak 18. yüzyılın sonlarına doğru şekillenmeye başlamıştır. 18. yüzyılda kişilik özelliklerini tanımlamanın çok popüler bir yolu frenolojiydi.

Frenoloji kişinin kafasının şeklinden onun kişiliğini ve suça yatkınlığını belirlenebileceğini ileri sürdü. Frenoloji modelleri, birçok kişilik özelliğinin kafatası üzerindeki yerini gösterdi. Frenoloji kavramı 19. yüzyılın ortalarında çekiciliğini kaybetmeye başladı. Bununla birlikte, serebral korteksin rolünü vurguladığı için psikiyatrinin gelişiminde önemli bir dönüm noktası olmuştur (11).

Psikiyatri tarihçilerinin çoğuna göre, Philippe Pinel (1745-1826), kişilik bozukluğunu psikiyatrik nozolojiye dahil eden ilk yazardır. Pinel sanrısız mani olarak adlandırılan bir kategori ortaya koymuştur. Pinel'in tasvirine göre "sanrısız" ifadesi, hastaların anlama, algılama, yargılama, hayal gücü, hafıza sorunlarına sahip olmadığı anlamına geliyordu. Sanrısız mani olan kişiler dürtüsel şiddet krizlerine, bazen de cinayete eğilimliydiler (11). Daha sonra 1837'de James C. Pritchard (1786-1848) "ahlaki delilik" (moral insanity) kavramı üzerinde durmuştur. Bu terim genellikle psikopatinin öncülü olarak kabul edilse de, Pritchard'ın tanımı ile antisosyal kişilik bozukluğu arasında çok az benzerlik vardır (6).

Kretschmer (1888-1964) de vücut tipleri ile kişiliğin ilgili olduğunu öne sürmüştür. Orta-kısa boylu, kilolu ya da kilo almaya meyilli kişileri piknik tip olarak tanımlamıştır. Bu kişileri rahatına düşkün, neşeli, dışa dönük olarak tanımlamıştır. Uzun boylu, kemikli, kaslı vücut yapısına sahip kişilerin atletik tip olduğunu ve bu kişilerin kendine güvenen, saldırgan, cüretkar kişiler olduğunu tanımlamıştır. Uzun ve ince vücut yapısına sahip olanların astenik tip olduğunu ve bu kişilerin içe dönük, kaçınan, hassas kişiler olduğunu tanımlamıştır (4,9). Sheldon (1898-1977), Kretschmer'in çalışmalarını devam ettirmiştir. 1942 yılında Kretschmer'in sınıflandırmasını üç primitif embriyonik tabakaya (endoderm, mezoderm ve ektoderm) göre düzenlemiştir (5). Kretschmer ve Sheldon aynı zamanda bu vücut tiplerinin ana ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturduğuna inanmışlardır (4,9).

Kurt Schneider (1887-1967), kendi klinik deneyiminden yola çıkarak on kişilik tipi tanımlamıştır. Schneider'in on psikopatik kişilik kategorisi şunlardı: hipertimik, depresif, dikkat arayan, anankastik, fanatik, labil, patlayıcı, şefkatsiz, zayıf iradeli ve astenik (10).

2.2.3. Tanı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının 5.baskısı (DSM-5) kişilik bozukluğunu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlamıştır. Bu örüntü, biliş, duygulanım, kişilerarası işlevsellik, dürtü denetimi alanlarından en az iki tanesinde kendini gösterir. Süregiden, esneklikten yoksun bu örüntü, çok değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar. 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 (12).

ICD-11 kişilik bozukluğunu; bireyin kendisi, diğerleri ve dünya hakkında nasıl düşündüğü ve deneyimlediği konusunda maladaptif biliş, duygusal deneyim, duygusal ifade ve davranış örüntüleriyle kendini gösteren, yaygın bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. Rahatsızlığa özgü davranış örüntüleri gelişimsel olarak uygun değil ve asıl olarak sosyal ve kültürel faktörlere bağlı değildir. Maladaptif örüntüler nispeten esnek değildir ve özellikle kişilerarası ilişkilerde belirgin olarak psikososyal işlevsellikte önemli sorunlara yol açar. Rahatsızlık, bir dizi kişisel ve sosyal durumda kendini gösterir, belirli ilişkiler veya durumlarla sınırlı değildir. Rahatsızlığa önemli işlevsellik alanlarında ciddi stres veya belirgin aksamalar eşlik etmektedir (13).

2.2.4. Epidemiyoloji

Tam kişilik değerlendirmesinin diğer ruhsal hastalıklara göre daha zor olması nedeniyle kişilik bozukluğunun epidemiyolojisi, diğer ruhsal bozukluklara kıyasla araştırmalarda daha az incelenmiştir (3). Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da gerçekleştirilen kesitsel, toplum temelli araştırmalar, kişilik bozukluğunun %4 ila %15 arasında prevalansı olduğunu bildirir (14,15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir araştırmada kişilik bozukluğu için prevalans %6,1 olarak saptanmıştır (16). Çalışmalar arasındaki yaygınlık farklılıkları çalışmaların görüşme yöntemlerine, örnekleme yöntemlerine, çalışma araçlarına ve zayıf tanı güvenilirliğine bağlanabilir (3). Birinci basamak hastalarının %25'inde

ve ayaktan psikiyatri hastalarının en az %50'sinde kişilik bozukluğu vardır (17,18). Ülkemizde yapılan 35 çalışmanın alındığı bir metaanaliz sonucunda, genel klinik popülasyonda KB yaygınlığı %51,7 (46,3 – 57,1) olarak kestirilmiştir.

Ruhsal bozukluklar arasında cinsiyet farklılıkları yaygındır. Kişilik bozukluğunun cinsiyet farklılıkları ile ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Kişilik bozuklukları ile ilgili olarak, Zimmerman ve Coryell (19) kişilik bozukluklarının erkeklerde daha sık olduğunu gözlemlemiştir. Ancak cinsiyetler arasındaki farklar çok azdı ve Torgersen ve ark.(14) cinsiyetler arasında herhangi bir farklılık gözlemlememiştir .

Genç erişkinlere, yaşlı erişkinlerden daha sık kişilik bozukluğu tanısı konulmaktadır. Örneğin, yatan psikiyatri hastalarında yapılan bir kesitsel çalışmada, genç yetişkinlerin %76'sına KB tanısı konmuşken, yaşlı yetişkinlerin sadece %55'ine benzer şekilde tanı konmuştur (20). Bu farkın nedenleri belirsizdir. Bazı araştırmacılar, kişilik bozukluğu belirtilerinin yaşla birlikte zayıfladığını öne sürmüşlerdir (20). Kişilik bozukluğu patolojisinin yaşla birlikte gerçekten azalması mümkün olsa da, görünen azalma için alternatif bir açıklama, patolojinin kendisini farklı şekilde sunması ve dolayısıyla yaşlı insanlar için tasarlanmamış tanı kriterleri tarafından tespit edilmemesidir (21). Örneğin, DSM-IV çekingen kişilik bozukluğunun tanı ölçütlerinde “Eleştirilme, onaylanmama ya da dışlanma korkuları nedeniyle, kişisel ilişki kurmayı gerektiren mesleki faaliyetlerden kaçınır” kriteri yer alır. Bu kriter, emekli olan kişiler için mevcut kişilik işleyişini değerlendirmek için yeterli değildir. Epidemiyolojik bir çalışmada, bu kriter önemli ölçüde çekingen KB'si olan genç yetişkinleri yakalar, ancak aynı miktarda çekingen KB'si olan yaşlı yetişkinleri yakalayamaz (22).

Bir kişilik bozukluğunun varlığı, daha düşük evlilik oranları ve daha yüksek evlilik uyumsuzluğu ile ilişkilendirilebilir (23). Zimmerman ve Coryell'in araştırmasında(19), kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin bekar veya boşanmış olma olasılığı kişilik bozukluğu olmayan bireylere göre önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Kişilik bozukluğu olan kişilerde daha düşük eğitim düzeyi saptanmıştır. Kişilik bozukluğu ile eğitim düzeyi ters orantılıdır (16). Kişilik bozukluğu sıklığı yerleşim yerlerine göre değişir. Sanayileşmiş kentleşmiş toplum içinde sosyokültürel ekonomik düzeyi düşük toplum kesimlerinde daha sık gözlenir (7). Kişilik bozukluğu kentsel alanlarda kırsal alanlara göre daha yaygındır (3).

2.2.5. Komorbidite

Kişilik bozukluğu olan kişilerde psikiyatrik hastalık komorbiditesi sıktır. Yapılan bir çalışmada, KB tanısı alan bireylerin %63.3'ünün aynı zamanda Eksen I bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir (24). Lenzenweger de çalışmasında benzer sonuçlar bulmuştur. Özellikle B küme KB'lerde duygudurum bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu eştanı oranı yüksek bulunmuştur (25). Kişilik bozukluğunun varlığı diğer ruhsal bozuklukların seyri ve tedavisini olumsuz etkiler (3). Kategorik KB tanılama sistemine göre KB içi komorbidite çok yaygındır. Bir kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin çoğu, en az bir başka kişilik bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaktadır (26).

2.2.6. Etiyoloji

2.2.6.1. Genetik Etkenler

Kişilik bozukluklarının genetik araştırmaları nispeten nadirdir. Çoğu çalışmada kişilik bozukluğu olan kişilerin aile üyeleri değerlendirilmiştir. Bu yöntemin en büyük sınırlaması, bozuklukların ailesel kümelenmesinin hem genetik hem de çevresel nedenleri destekleyebilmesidir. Kişilik bozukluğu ile ilgili genetik çalışmalar, öncelikle serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerdeki nörotransmitterleri ve enzimleri kodlayan genleri hedef alır (27). Kişilik bozuklukları riskine aracılık eden genetik varyantlar büyük ölçüde bilinmemektedir. Aday genler arasında duygudurum düzenlemesinde, intihar eğiliminde, saldırganlıkta, dürtüsellikte, empati eksikliğinde ve kişilik bozukluklarının semptomatolojisinin diğer önemli alt alanlarında önemli rol oynayan serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi nörotransmitterleri düzenleyen genler bulunur (27).

Tüm davranış genetiği araştırmalarında olduğu gibi ikiz ve evlat edinme çalışmaları daha kesin veriler sağlar. Bu çalışmaların çoğu, DSM'ye göre kişilik bozukluklarından şizotipal, antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarını incelemiştir. Genetik etkilerle en güçlü şekilde bağlantılı kişilik bozukluğunun şizotipal kişilik bozukluğu olduğu gösterilmiştir (28).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 000 'den fazla ikiz üzerinde yapılan araştırmalarda kişilik bozukluğu eş hastalanma oranı monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere

göre birkaç kat daha fazla bulunmuştur. Bir çalışmada monozigot ikizlerin birbirlerinden ayrı ortamlarda büyüdüklerinde, beraber büyümüş gibi benzer kişilik özellikleri gösterdikleri belirlenmiştir (1).

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ebeveyni antisosyal davranış nedeniyle tutuklanmış kişinin, diğerlerine göre saldırgan davranış sorunları yaşama olasılığı dört kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, evlat edinen ebeveyni antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bir kişinin, biyolojik geçmişine bakılmaksızın, bozukluğu geliştirme olasılığı üç kattan fazladır (29).

2.2.6.2. Biyolojik Etkenler

2.2.6.2.1. Nörotransmitterler

2.2.6.2.1.1. Serotonin

Kişilik bozukluğu ile ilgili olarak en kapsamlı şekilde çalışılan nörotransmitter serotoninidir. 5-Hidroksiindolasetik asitin (5-HIAA), serotonin(5-HT) dönüşümünü yansıttığı düşünülmektedir. Beyin Omurilik Sıvısındaki (BOS) 5-HIAA, beyindeki 5-HIAA ile ilişkilidir ve bu nedenle, merkezi serotonerjik aktivitenin bir belirteci olarak kullanılmaktadır. BOS'taki düşük 5-HIAA dürtüsel davranışlarla ve intiharla ilişkilendirilmiştir (30). Coccaro ve arkadaşları (31), intihar girişimi öyküsü olan psikiyatri hastalarında DI-fenfluramin (DI-FEN) yüklemesine karşı prolaktin (PRL) yanıtının, intihar öyküsü olmayan psikiyatrik hastalara kıyasla azaldığını gözlemlediler. Kişilik bozukluğu olan 97 hastadan oluşan bir örneklemede intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme ve intihar davranışı ile 5-HT işleyişi arasındaki ilişki incelendi. Çalışmada intihar girişimi ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı olan hastalarda, kendine zarar vermeyen hastalara göre DI-FEN'e daha küt PRL yanıtı gözlemlendi (32). Kanıtlar, serotoninin, orbitofrontal korteks (OFC) ve Anterior singulat korteks (ACC) dahil olmak üzere prefrontal korteks alanlarındaki aktiviteyi modüle ettiğini göstermektedir. Kişilik bozukluğu olan bireylerin bazı semptomlarından bu beyin bölgelerindeki bozulmuş serotonerjik fonksiyon sorumludur (30). Serotoninin kesin rolü veya rolleri ne olursa olsun, etkilerini spesifik psikiyatrik tanılardan ziyade geniş davranış alanları üzerinde gösteriyor gibi görünmektedir.

2.2.6.2.1.2. Dopamin

Dopamin (DA), öğrenme, hafıza ve hareket dahil olmak üzere çeşitli işlevlerde yer alan bir katekolamin nörotransmitterdir (30). Dopamin en güçlü şekilde borderline kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu ve agresif davranış ile ilişkilendirilmiştir. Borderline kişilik bozukluğunda, DA işlev bozukluğu, duygusal düzensizlik, dürtüsellik ve bilişsel-algisal bozulma ile ilişkilendirilmiştir (33). Dopamin D2 reseptörü blokajı yoluyla etki gösteren antipsikotik ajanların bir çoğu depresyon, kaygı, öfke, paranoya, dürtüsellik ve kişilerarası duyarlılık dahil olmak üzere borderline kişilik bozukluğunun duygusal ve davranışsal boyutlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (33) . Bununla birlikte, bu ilaçların reseptör aktivitelerine ilişkin spesifik olmayan etkileri, etkilerinin mekanizmaları hakkında kesin sonuçlar çıkarmayı zorlaştırmaktadır. Serotonin ile karşılaştırıldığında, DA'nın insan saldırganlığındaki rolüne ilişkin kanıtlar sınırlıdır (30).

2.2.6.2.1.3. Norepinefrin

Norepinefrin (NE), bir organizmanın uyarılara tepkilerini modüle etmede rol oynar. Locus coeruleus ve çevresindeki beyin yapılarından NE salgınır (30). NE aktivitesi yeni uyarılara yönelirken, dikkati odaklarken, davranışsal tepkileri harekete geçirirken ve uyku-uyanıklık dönemleri arasında değişiklik gösterir. Ayrıca Hipotalamo - pitüiter - adrenal aksın bir parçası olarak stres tepkisinde yer almaktadır. Duygusal dengesizlik, intihar davranışı ve saldırganlık gibi davranışsal alanlarda NE'nin rolü öne sürülmüştür; ancak, bu hipotezler için ampirik destek şimdiye kadar hem sınırlı hem de karışık olmuştur (30).

2.2.6.2.1.4. Glutamat

Merkezi sinir sistemindeki birincil uyarıcı nörotransmitter olan glutamat, nörogelişim, öğrenme ve hafıza ile ilgilidir. Son yıllarda şizofreni, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklarda glutamatın oynadığı role artan bir ilgi vardır. Küçük ama gelişen bir literatür, glutamatın kişilik psikopatolojisindeki rolünü incelemiştir (30). Genel olarak glutamatın saldırgan davranışlarda kolaylaştırıcı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Kediler ve kemirgenler üzerinde yapılan araştırmalar, hipotalamusun uyarılmasının defansif agresif davranışa neden olduğunu ve saldırganlığın glutamat tarafından indüklendiğini ve bu bölgenin Gama-Aminobütirik Asit (GABA) ve serotonin tarafından inhibe edildiğini göstermektedir (34).

2.2.6.2.1.5. Gama Aminobütirik Asit

Glutamat, merkezi sinir sisteminde birincil uyarıcı nörotransmitter iken, GABA birincil inhibitör nörotransmitterdir. GABA reseptörleri frontal ve limbik korteks alanlarında yoğun olarak eksprese edilir. GABA ile dürtüsellik ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır (30). Klinik öncesi çalışmalar, agresif hayvanların beyindeki GABA ve glutamik asit dekarboksilaz düzeylerinin azaldığını göstermiştir. Lee ve arkadaşları (35) yaptıkları bir çalışmada KB'si olan hastalarda ve sağlıklı kontrollerde dürtüsellik ile BOS GABA seviyeleri arasında ters bir ilişki bulmuşlardır. Ancak intihar girişimi öyküsü olan bireylerde de GABA düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (35). GABAerjik etkileri artıran ilaçların saldırganlığı, intihar ve intihar girişimini azalttığı gösterilmiştir (30).

2.2.6.2.2. Nörogörüntüleme Çalışmaları

Yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrollere kıyasla borderline KB olanlarda OFC, Dorsolateral Prefrontal Korteks (DLPFC) ve ACC alanlarında hacim kaybı ve gri madde konsantrasyonlarında azalma gösterilmiştir (36). Gri madde azalması DLPFC için genelde sol tarafta ACC ve OFC içinse sağ tarafta olmaktadır(37). Bazı çalışmalarda, çocukluk çağı travma ve istismar öyküsü olan kişilerde hipokampal hacimde azalma saptanmıştır. Kişilik bozukluğu olan kişilerde çocukluk çağı travma öyküsü sıktır. DLPFC gelişimi sağlıklı hipokampal gelişime bağlıdır (38). DLPFC'de, OFC'de ve ACC'de azalan gri madde hacimleri artan dürtüsellik, sinirlilik ve saldırganlık ile ilişkilidir (39). Dürtüsellik aynı zamanda amigdala ve prefrontal korteks arasında daha zayıf ilişki olması ve daha yüksek amigdala reaktivitesi ile ilişkilidir (38).

2.2.6.3. Psikanalitik Yaklaşım

Yirminci yüzyılda kişiliği psikolojik açıdan da ele alan teoriler geliştirilmiştir. Kişiliği açıklayan klasik bakış açılarının içinde en zengin olanı psikanalitik görüştür (4). Psikanalitik görüş kişilik gelişimi üzerinde en çok duran yaklaşımlardan biridir. Psikanalitik yaklaşımın öncüsü Sigmund Freud (1856–1939)' tur. Freud ruhsal yapıyı bilinç, bilinç öncesi ve bilinçdışı olarak ayırmış ve topografik modeli oluşturmuştur. Her nevrotik çatışmanın altında unutulmuş çocukluk çağı travmalarının yattığını öne sürmüştür. Acı veren travmatik anılar bastırılır. Bildiğini unutmak için motive olan zihin, kendisini acı deneyimlere karşı

savunur (4). Freud daha sonra yapısal modeli geliştirmiştir. Yapısal modelde, zihnin id (alt benlik), ego (benlik) ve süperegö (üst benlik) yapılarından oluştuğunu öne sürmüştür (5).

İd, temel hayati içgüdüler ve kişiliğin iki egemen dürtüsü olan cinsellik ve saldırganlıktan oluşur. Yeni doğmuş bir bebeğin davranışlarının ardında içgüdüsel olarak doyuma anında ulaşma arzusu yatar. Freud buna haz ilkesi diyordu. İd kendi arzularını öne süren bir diktatör gibidir “istiyorum da istiyorum, hemen şimdi istiyorum” (4).

Kişiliğin ikinci parçası olan ego, doyuma ulaşamamanın yarattığı hayal kırıklığını hafifletmek ve organizmanın daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olmak amacıyla gelişir. Ego idin talepleri ile dış dünyanın kısıtlamaları arasında denge kurar. Ego rasyonel ve plancıdır; gerçeklik ilkesi doğrultusunda işlev gösterir. Ego risk-yarar ve yöntem-sonuç analizi gibi sofistike entelektüel faaliyetleri yürütür (4). Kişiliğin üçüncü parçası süperegö, bakım verenlerin sosyal değerlerinin içselleştirilmesi ile gelişir.

Egonun, iki taraftan gelen kısıtlamaları dengelemesi gerekir. Bir yandan doyum arzusuyla yanıp tutuşan id alttan bastırır, diğer yandan ise, koyduğu yasaklar ile bu doyuma doğrudan ulaşılmasına engel olan süperegö. Freud’a göre kişilik, bu üç komutanın birbirini yıpratma savaşıdır. Bu yaklaşım bireyin, kişiliğin çeşitli ihtiyaçları ve sınırları arasında her daim çatışma yaşayan bir varlık olduğuunu söyler (4).

İd, ego ve süperegönun işleyişi anksiyete ortaya çıkarır. Ego anksiyete ile başa çıkabilmek için savunma mekanizmalarını geliştirir. Herkes çeşitli savunma mekanizmaları kullanır; ancak kişilik bozukluğu olan kişiler belirli savunma mekanizmalarının alt kümelerini tercih eder. Kişinin savunma yapısı, içsel/dışsal kaynaklı anksiyete, stres ve değeriklik durumlarında kendisini nasıl koruduğu hakkında bilgi verir.

Freud’a göre yeni doğan bir bebek kişiliğini çeşitli aşamalardan geçerek geliştirir. Bu aşamalara psikoseksüel aşamalar adı verilir (40). Bu aşamaların dördü, cinsel doyum sağlayan eröjen bölgelerle ilişkilidir ve dönemin eröjen bölgesi ile adlandırılır. Bu dönemler; oral dönem, anal dönem, fallik dönem, latent dönem, genital dönemdir. Freud’a göre bir evrede fazlaca doyuma erişme veya mahrum kalma libidinal enerjinin saplanmasına yol açar.

Bir döneme saplanma sonraki gelişim dönemlerini etkiler ve yetişkinlikte çeşitli kişilik problemlerine sebep olur (4).

Psikanalitik yaklaşım içinde zamanla başka görüşler de ortaya çıkmıştır. Bu yeni düşünürler biyolojik içgüdüler yerine sosyal unsurlar ve kişiler arası ilişkilerin önemini vurgulamışlardır.

Freud'un arkadaşı ve takipçisi olan Jung (1875-1961), Freud'un seksüel psikoloji kuramına karşı çıkarak Freud'dan uzaklaşmıştır. Jung içe dönüklük ve dışa dönüklük kavramlarını kullanan ilk kişidir. Yaşama enerjisinin içe yada dışa dönük oluşuyla insanları içe dönük(introvert) ve dışa dönük (extravert) olarak tanımlamıştır. Jung daha sonra dünyada bu iki tipten daha farklı kişilik tiplerinin olduğunu öne sürmüştür. Kişinin dünyayı nasıl algıladığına ve anlamlandığına göre dört ana kişilik işlevi belirlemiştir: Duyum, sezgi, düşünme ve duygu. Bu işlevlere göre 8 tür içedönük ve dışadönük kişilik tipi tanımlamıştır (9).

Jung'un kişilik kuramı başta Eysenck (1916-1997) tarafından olmak üzere birçok kişilik teorisyeni tarafından değiştirilerek kullanılmıştır. Kişilikle ilgili değerlendirmelerin tipolojiden boyutsal özelliklere geçişinde zemin oluşturmuştur (9).

İlerleyen yıllarda kişilik ve kişilik gelişimi, nesne ilişkileri çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır. Kurama göre her içgüdünün bir amacı olduğu gibi nesnesi de vardır. Nesne; içgüdüsel arzuların doyurulmasına hizmet eden dış dünyadaki aracıdır. Bu kuram; ilk olarak dış dünyanın zihinsel temsiller veya içsel çalışan modeller aracılığıyla algılandığını belirtmiştir. İkinci olarak, bu modellerin içeriklerinin kişilerarası olduğunu; bakım verenlerle veya anlamlı diğerleri ile erken dönem boyunca kurulan ilişkiler ve deneyimlerle geliştiğini; öz farkındalık gelişiminden de önce oluştuğunu vurgulamıştır (4). Bu kurama göre, çocuğun anne ve babasıyla ya da ona bakım veren kişiyle olan ilişkisi daha sonraki yıllarda nasıl birisi olacağını etkileyecektir. Kernberg, bazıları DSM'den bazıları psikanalitik gelenekten alınmış çeşitli kişilikleri, üç yapısal örgütlenme düzeyine göre (psikotik, sınırda, nevrotik) sınıflandırmıştır (5).

2.2.6.4. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel kuramın psikopatoloji anlayışına göre ruhsal yaşamın temel düzenleyicisi bireyin düşünsel-bilişsel yanıdır. Her birey dış dünyadan gelen bilgileri ve gerçekliği farklı yollarla işler ve yorumlar (41). Dış dünya şemalar aracılığıyla yorumlanır. Şema denilen içsel zihinsel yapılar davranışı etkiler. Bu kurama göre, doğal (örn., genetik yatkınlık) ve çevresel faktörler (örn., başkalarının veya travmatik deneyimlerin etkilerine maruz kalma) şemalarımızı etkiler (9). Bilişsel kuram kişiliği ve kişilik bozukluğunun nasıl oluştuğunu da bu açıdan ele alır. Kişiliğin gelişimi, bireyin dünyaya ve olaylara nasıl baktığıyla ve geliştirdiği şemalarla ilişkilidir. Kişilik bozukluklarının gelişmesi ve sürdürülmesinde işlevsel olmayan bilişsel şemaların önemi büyüktür (9).

Beck, kişilik bozukluğunda bilişsel çarpıtmaların önemine vurgu yapmıştır. Bu bilişsel çarpıtmalar, kronik ve sistematik olup gerçekliğin yanlış yorumlanmasına yol açarlar (41). Nötr olaylara abartılı ve negatif anlamlar yüklenmesi ile kişilik bozukluklarının tipik işlevsel olmayan, katı davranışları ortaya çıkar (42).

2.2.6.5. Nörobiyolojik Yaklaşım

Kişilik bozukluklarının nörobiyolojik bir modelini geliştirmek için şimdiye kadarki en büyük girişim Cloninger'in yedi faktörlü kişilik modelidir. Cloninger'in modelinde kişilik yapısı mizaç ve karakter olarak iki temel bileşenden oluşur. Mizaç alışkanlıkları ve becerileri belirleyen temel duygusal uyaranlara otomatik tepkiler olarak tanımlanan kişiliğin duygusal özüdür. Mizacın biyolojik ve kalıtsal yanı baskındır. İnsanın yaşamı boyunca fazla değişmeden sürer. Karakter istemli niyetleri ve tutumları etkileyen öz-farkındalık kavramları olarak tanımlanan kişiliğin kavramsal özüdür (7). Mizaç her biri teorik olarak belirli nörotransmitter sistemlerine bağlı dört boyut içerir. Dopamin ile ilişkili yenilik arayışı, serotonin ve GABA ile ilişkili zarardan kaçınma, norepinefrin ve serotonin ile ilişkili ödül bağımlılığı, glutamat ve serotonin ile ilişkili sebat etme. Karakter kendini yönetme, işbirliği yapma, kendini aşma boyutlarından oluşur (43).

2.2.7. Klinik Seyir

Psikiyatri ve klinik psikolojide uzun yıllardır KB'nin değişmez ve alçı gibi katı olduğu düşünülüyordu. Çağdaş araştırmalar kişilik özelliklerinin yaşam boyunca sürekli olarak geliştiğini ve önceden inanıldığından daha esnek olduğunu göstermiştir. Kişilik bozukluğu olan bireylerde kişilik özellikleri, kişilik bozukluğu olmayanlara göre zamanla daha fazla değişme eğilimindedir (44).

Kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan boylamsal çalışmalardan ortaya çıkan genel tablo, KB özelliklerinin zamanla azalma eğiliminde olduğudur(45). Lenzenweger, Longitudinal Study of Personality (LSPD) (46) çalışmasından gelen verileri kullanarak çok yıllık bir süre boyunca kişilik patolojisinde klinik olarak anlamlı düşüşler olduğunu bildirdi. Benzer sonuçlar Children in the Community City (CIC)(47), McLean Study of Adult Development(MSAD)(48) ve Callobrative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS) (49) çalışmaları tarafından da rapor edildi. CIC, çeşitli KB'lerde zaman içinde KB semptomlarında %28-48 azalma bildirdi (47). CLPS çalışmasından elde edilen veriler, bir yıl sonra hastaların %66'sın ve iki yıllık takipte %57'sinin tanısal eşiklerin altına düştüğünü ortaya koydu (49,50). Bununla birlikte, bu sonuçların bir yıllık ve iki yıllık verilerle doğrudan karşılaştırılması zordur çünkü CLPS örneğinde başlangıçta kayıtlı 573 hasta sayısı takiplerde 499' a düşmüştür. Son olarak, MSAD çalışması borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin altı yıllık takipte yaklaşık %75'inin bozukluğun teşhisi için yeterli kriterleri karşılamadığını bulmuştur (48). Bu rakam 10 yıllık takipte %88'e yükselmiştir (51). Bununla birlikte MSAD çalışması ile ilgili önemli bir kısıtlama bordeline KB teşhisi için dokuz kriterden en az beşinin karşılanması gerekmesidir.

Kişilik bozukluğu olan insanlar, olmayanlara göre çok daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Benzer uluslararası veriler mevcut olmasa da, Birleşik Krallık'tan elde edilen veriler, doğumda beklenen yaşam süresinin genel nüfusa göre kadınlar için 19 yıl ve erkekler için 18 yıl daha kısa olduğunu göstermektedir. Artan mortalite, kısmen kişilik bozukluğu olan kişilerde artan intihar ve cinayet insidansı ile açıklanabilir. Bununla birlikte, kardiyovasküler ve solunum yolu hastalıklarından kaynaklanan artan mortalite, diğer faktörlerin de önemli olduğunu düşündürmektedir. Kişilik bozukluğunun temelinde yatan kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar, sağlık profesyonelleri ile olan ilişkileri etkileyerek

yanlış anlamalara, yanlış iletişime ve düşük kaliteli bakıma neden olabilir. Kişilik bozukluğu olan kişilerde sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının yüksek prevalansı ile yaşam tarzı faktörleri de mortalite için muhtemelen önemlidir (3).

2.2.8. Sınıflama

Kişilik bozukluğunun diğer ruhsal bozukluklarla komorbiditesi sıktır ve kişilik bozukluğunun varlığı genellikle seyri ve tedavi sonucunu olumsuz etkiler. Kişilik bozukluğu aynı zamanda erken ölüm ve intiharla da ilişkilidir. Bu nedenlerden dolayı klinik uygulamalarda kişilik bozukluğunun tanınması gerekir (3). Ruhsal bozuklukların en önemli iki sınıflandırması ICD ve DSM'dir.

ICD epidemiyoloji, sağlık yönetimi ve klinik amaçlar için uluslararası bir tanısal sınıflama sistemidir. ICD' nin getirdiği istatistiksel sınıflamada birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. ICD' nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktır. ICD, Amerika Birleşik Devletleri de dahil olmak üzere Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 194 Üye Devleti için zihinsel bozuklukların teşhisi için yetkili sınıflandırmadır. Amerika Birleşik Devletleri, DSÖ üyesi olarak, ICD' nin kodlama sistemini kullanmak zorundadır (52) .

DSÖ, 1948'de Uluslararası Hastalıkların, Yaralanmaların ve Ölüm Nedenlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması olarak yeniden adlandırılan Uluslararası Liste'nin altıncı baskısını üretme yetkisini kabul etti. ICD-6, zihinsel bozuklukların teşhisine ayrılmış özel ve büyük ölçüde genişletilmiş bir bölümü içeren ilk baskıydı (53).

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve istatistiksel El Kitabı'nın ilk basımı olan DSM-I 1952 yılında yayımlanmıştır (53). Kişilik bozukluklarını sınıflandırmada DSM kategorik ve hiyerarşik bir sınıflandırma tarzı kullanmıştır (9).

Kurt Schneider, kendi klinik deneyiminden yola çıkarak 10 kişilik tipi tanımlamıştır. 1948'deki ICD-6'dan, 2013'te yayınlanan DSM-5'e kadar tüm sınıflandırmalarda bu kişilik kategorileri kimi değişikliklerle yer almaktadır (53).

Psikiyatrideki iki ana sınıflandırma, DSM ve ICD, kişilik bozukluklarında boyutsal bir sisteme duyulan ihtiyacı kabul etmeye başladılar (3). DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozukluğu Çalışma Grubu, kişilik işleyişindeki bozuklukların değerlendirilmesiyle şiddet değerlendirmesini, KB tipinin de beş faktörlü modelden esinlenen huy alanları ve huy özelliklerine (trait domains, trait facets) dayalı ölçütlerle değerlendirilmesini ve kişilik bozukluğu kategorisini on kategoriden altı kategoriye indirgenmesini içeren hibrit bir model önermiştir (3). Amerikan Psikiyatri Birliği modelin henüz genel kullanıma hazır olmadığını hissetti. Sonuç olarak bu alternatif model, DSM-5'in Yeni Ortaya Çıkan Ölçme Dizgeleri ve Örnekleri (Bölüm III) başlıklı ayrı bir bölümüne yerleştirildi. Kişilik bozukluklarının DSM-IV sınıflandırması, yalnızca metinde yapılan değişikliklerle mevcut DSM-5 sınıflandırmasında korunmuştur (52).

2.3. ICD-11 KİŞİLİK BOZUKLUĞU BÖLÜMÜ

2.3.1. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Bölümünde Yapılan Değişiklikler

Kişilik bozuklukları sınıflandırmasının revizyonu için ICD-11 Çalışma Grubu, 2010 yılında DSM-5 önerisi kesinleşmeden önce kuruldu. Gruba Peter Tyrer başkanlık etti (54). ICD-11 kişilik bozukluğu sınıflandırmasında radikal değişiklikler önerilmiştir.

İlk değişiklik, ayrı ayrı KB tip tanıları yerine, genel KB tanısına öncelik vermektir. Kişilik bozukluğunun en iyi boyutsal olarak temsil edildiğine dair neredeyse evrensel kabul nedeniyle, genel KB için sadece tanı var/yok biçimindeki kategorik değerlendirme yerine şiddet/ağırlık değerlendirmesinin öne çıkarılmıştır. Hastaların kişiliğinin sağlıklıdan ağır bozukluğa kadar uzanan beşli bir skala üzerinde değerlendirilmesinin, sadece KB olup olmadığının değerlendirilmesine göre, prognostik açıdan daha bilgi verici olacağı düşünülmektedir (55). ICD-11'de hafif, orta ve ağır şiddette kişilik bozukluğunu birbirinden ayırt etmeye yönelik tanımlamalara yer verilmiştir. Ayrıca eşik altı kişilik sorunlarını tanılamaya yönelik “kişilik zorluğu” kategorisi getirilmiştir.

ICD-11 ile gelen diğer yenilik, genel KB tanısının önceden olduğu gibi bir dizi semptom yerine adaptif işlevselliğin değerlendirilmesine dayandırılmasıdır. Son olarak, ICD-11 ile KB tiplerinin/stillerinin ayrı ayrı değerlendirilmesinde de semptomlara dayanılması bırakılmakta, bunun yerine kişilik özelliklerine/huylara (trait) ağırlık verilmektedir. Bu huy

alanları kişiliğin ana yönlerinden hangisinin bireyde en belirgin olduğunu gösterir. Kabul edilmesi gereken önemli bir nokta, bunların kategoriler değil, kişilik işlev bozukluğunun altında yatan yapıya karşılık gelen bir dizi boyutu temsil ettiğidir (3).

ICD-11’de tanımlanan beş huy alanı (olumsuz duygulanım, uzaklık, dissosyallık, disinhibisyon ve anankasti), DSM 5 Bölüm III’te yayınlanan Alternatif Modelin Kişilik Bozuklukları (AMPD) huy alanlarına (olumsuz duygulanım, uzaklık, antagonizma, disinhibisyon, psikotizm) benzer (55). DSM-5’in psikotizm alanı ve ICD-11’in anankasti alanı farklıdır. ICD-11 psikotizm özelliklerini KB’den ayrı olarak şizofreni spektrum bozukluklarında incelediği için psikotizm alanını dahil etmemiştir. Benzer şekilde, DSM-5 modelinde, Anankasti alanı, sırasıyla (düşük) disinhibisyon ve negatif duygulanım alanlarından gelen katı mükemmeliyetçilik ve sebat yönleriyle somutlaştırılır (55).

Bu huy alanları kişilik alanında son elli yılda yapılagelen araştırmalardan elde edilen verilere dayanan beş Faktörlü Model (5FM) ile büyük ölçüde tutarlılık göstermektedir. Daha önceki ICD sürümlerinde yer alan KB tip tanımlarının hiçbirine ICD-11’de yer verilmemiş, sadece “sınır/borderline örüntü” için tanı ölçütleri tanımlanmıştır. Borderline Örüntü Niteleyicisi, DSM-5 in Borderline Kişilik Bozukluğu ölçütlerinden uyarlanmıştır. Bu niteleyicinin, yerleşik teori ve tedavi kılavuzlarıyla uyumlu psikoterapötik tedaviyi seçmek için tanıdık bir gösterge olarak hizmet edebileceği öne sürülmüştür (55).

2.3.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Bölümünde Yapılan Değişikliklerin Nedenleri

Psikiyatrik hastalıkların tedavi eden klinisyenler ve pratisyen hekimler tarafından olduğundan daha az kodlandığı gözlenmiştir (56). Kişilik bozuklukları söz konusu olduğunda daha da az kodlandığı gözlenmiştir. Birleşik Krallık’ta yatan psikiyatri hastalarının yalnızca %8’ine resmi bir kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur (54). Yatan ve ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarının yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu mevcut olduğu düşünüldüğünde bu oran oldukça düşüktür (18). Kişilik bozukluğu kaydedildiğinde de hemen hemen hepsi borderline (ICD-10’da duygusal olarak dengesiz), antisosyal (ICD-10’da disosyal) ve başka türlü belirtilmemiş (KB-BTB) kişilik bozukluğu grubundan birine kodlandı (57).

Kişilik bozukluğunun olduğundan daha az kodlanmasının nedenlerinden biri damgalamadır. Birçok insan kişilik bozukluğunun değişmez, yaygın ve tedavi edilemez olduğunu düşünür (54). Bu da kişilik bozukluğu teriminden kaçınılmasına yol açar. Son yıllarda birçok klinisyen kişilik bozukluğu tanısı yerine karmaşık travma sonrası stres bozukluğu tanısını kullanmayı tercih etmektedir (58). Tanım açısından eski borderline kişilik bozukluğuna benzer, ancak elbette kullanılmadan önce bir travma öyküsü gerektirir (54). Kişilik bozukluğunu bir şiddet yelpazesi boyunca teşhis etmeye yönelik bir sistem, kişinin deneyimlediği kişilikle ilgili sorunlar düzeyinin daha ayrıntılı bir tanımını sağlayacaktır. Bu, insanların zaman içinde yaşayabileceği sorunların ciddiyetindeki değişikliklerin kabul edilmesini sağlar. Zaman içindeki varyasyonun bu kabulü, değişmezlik ve tedavi edilemezlik kavramını azaltmada da büyük ölçüde yardımcı olacaktır (3).

Diğer bir neden tanı sisteminin karmaşık yapısıdır. Tek bir zaman noktasında on kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinin gözden geçirilmesi ve diğer tanılardan ayrılması deneyimli bir klinisyen için bile zordur (3). Kişilik bozukluğunun gerçekten kategorik olduğunu veya 8–12 farklı KB tipi olduğunu destekleyen yeterli kanıt yoktur (59,60). ICD-11 grubu, tanıyı kolaylaştırmayı sürecin önemli bir yönü haline getirmeye çalıştı. Hem birinci hem de ikinci basamakta yoğun bir klinisyen için, bir kişilik bozukluğunun basit varlığı veya tercihen şiddet düzeyi, doğrulayıcı bilgilerle desteklenen kısa bir görüşmeden sonra kaydedilebilir. Bu, bir duygudurum veya psikotik bozukluk için değerlendirme sürecinden daha uzun sürmemelidir (61).

KB-BTB tanısı olan hastalarda resmi bir kişilik bozukluğu tanısı olan hastalardan daha şiddetli semptomlar vardır (62). Bu nedenle klinisyenler, karmaşık hastaları görürken birçok farklı kişilik bozukluğunu listelemekten kaçınmak için bir uzlaşma olarak KB-BTB'i seçiyor gibi görünmektedir. Bu aynı zamanda KB-BTB tanısının pratikte yaygın kullanımının kısmi bir açıklamasıdır (54).

Birden fazla KB tipine sahip olanların klinik seyrinin daha ağır olduğu gözlenmiştir. KB'nin seyri için KB tipinden ziyade şiddet daha önemlidir (63). Daha şiddetli kişilik bozukluğu olan kişilerin kendine zarar verme ve bunu daha sık yapma olasılığının daha yüksek olduğu, daha fazla düzensiz bağlanma sıklığına sahip oldukları, tedaviye daha az yanıt verdikleri, daha sık komorbid psikiyatrik hastalığa sahip oldukları ve sosyal işlev

bozukluğunun daha sık olduğu bulunmuştur (64–67). Aynı zamanda şiddet sınıflandırması, tedavi için uygun hasta seçimine izin verir (61).

2.3.3. ICD-11 Uyarınca Kişilik Bozukluğu Tanısı Koyma İşlemi

Önerilen ICD-11 sisteminde KB tanısında ilk adım, hastanın kişilik bozukluğunun genel tanımını karşılayıp karşılamadığının belirlenmesidir. Bu tanım, daha önceki kişilik bozukluğu tanılarından büyük ölçüde farklı değildir, ancak sınıflandırmada artık KB tip tanıları bulunmadığından, uygulayıcının, KB tip tanıları tarafından dikkati dağıtılmak yerine genel kişilik bozukluğunu değerlendirmekten başka seçeneği yoktur (3).

İkinci adım, kişilik bozukluğunun şiddetini belirlemektir. ICD-11 için, kişilik zorluğu adı verilen bir eşik altı bozukluk derecesi önerilmiştir. “Kişilik Zorluğu”, “Hafif Şiddette Kişilik Bozukluğu”, “Orta Şiddette Kişilik Bozukluğu” ve “Ağır Şiddette Kişilik Bozukluğu” olarak şiddetlendirilebilir (55). Yeni ICD-11 sınıflandırmasının avantajlarından biri, farklı kişilik bozukluğu tanılarının kafa karıştırıcı komorbiditesini ortadan kaldırmasıdır. Sonuç olarak, KB-BTB (mevcut tanı sistemlerinde çok yaygın, ancak yetersiz bir tanı) olan hastaların oranı önemli ölçüde azaltılması hedeflenmektedir (3).

KB huy alanları ile nitelenebilir. Bu huy alanları, kişiliğin ana yönlerinden hangisinin bireyde en belirgin olduğunu gösterir. Huy alanları doğası gereği patolojik değildir, daha çok altta yatan kişilik yapısının bir profilini temsil eder. Kişilik zorluğu ve kişilik bozukluğu olan bireylerde bozukluğun odağının nerede tezahür ettiğini gösterirler. Ağır bozuklukta, birkaç alan özelliğinin bozuklukla ilişkili olması muhtemeldir. Huy alanlarının genel bakımda veya düşük kaynak ortamlarında değil, esas olarak uzmanlık uygulamasında kullanılması beklenebilir (3).

2.3.4. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Ölçütleri

- Kendilik işlevselliğinin (kimlik duygusu, özdeğer, özgörü, kendini yönlendirme) çeşitli yanlarında ve/veya kişilerarası işlevsellikte (insanlarla ilişki kurmaya ilgi, bakış açılarını önemseme, samimi ve karşılıklı ilişkiler kurma, ilişkilerde çatışmaları yönetme) uzunca bir süredir (2 yıl veya daha uzun zamandır) devam eden sorunlar vardır.

- Rahatsızlık; biliş, duygusal yaşantı, duyguların ifadesindeki ve davranışlardaki maladaptif örüntülerle kendini belli etmektedir. Bu örüntüler çok çeşitli kişisel ve sosyal durumlarda ortaya serilmektedir.

- Rahatsızlığa özgü davranış örüntüleri gelişimsel olarak uygun değil ve asıl olarak sosyal ve kültürel faktörlere bağlı değildir.

- Rahatsızlığa önemli işlevsellik alanlarında (kişisel, ailesel, okul, çalışma vb) ciddi stres veya belirgin aksamlar eşlik etmektedir (68).

2.3.4.1 Kişilik Zorluğu

- Kişilik zorluğu, tedaviyi veya sağlık hizmetlerini etkileyebilecek, ancak kişilik bozukluğu tanısını hak edecek şiddet düzeyine yükselmeyen belirgin kişilik özelliklerini ifade eder.

- Kişilik zorluğu, bireyin kendini, başkalarını ve dünyayı deneyimleme ve düşünme biçiminde uzun süredir (en az 2 yıl) devam eden zorluklarla karakterize edilir.

- Kişilik bozukluklarının aksine, bu zorluklar bilişsel ve duygusal deneyim ve ifadede yalnızca aralıklı olarak (örneğin stres zamanlarında) veya düşük yoğunlukta kendini gösterir.

- Zorluklar, işlevsellikteki bazı problemlerle ilişkilidir, ancak bunlar sosyal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerde kayda değer bozulmaya neden olacak kadar şiddetli değildir ve belirli ilişkiler veya durumlarla sınırlı olabilir (68).

2.3.4.2. Hafif Şiddette Kişilik Bozukluğu

- Kişilik Bozukluğu genel tanı kriterleri karşılanır.

- Rahatsızlık, kişilik işleyişinin bazı alanlarını etkiler, ancak diğerlerini etkilemez (örneğin, kimlik veya özdeşinin istikrarı ve tutarlılığı ile ilgili sorunların yokluğunda kendi kendini yönlendirme ile ilgili sorunlar) ve bazı bağlamlarda belirgin olmayabilir.

- Birçok kişilerarası ilişkide ve/veya beklenen mesleki ve sosyal rollerin yerine getirilmesinde sorunlar vardır, ancak bazı ilişkiler sürdürülür ve/veya bazı roller yerine getirilir.

- Kişilik bozukluklarının spesifik belirtileri genellikle hafif şiddettedir.

- Hafif Şiddette Kişilik Bozukluğu tipik olarak kendine veya başkalarına önemli ölçüde zarar vermekle ilişkili değildir.
- Hayatın çoğu alanında psikososyal işlevsellikte hafif veya sınırlı birkaç alanda belirgin aksama olabilir (68).

2.3.4.3. Orta Şiddette Kişilik Bozukluğu

- Kişilik Bozukluğu genel tanı kriterleri karşılanır.
- Rahatsızlık, kişilik işlevselliğinin birden çok alanını etkiler (örneğin, kimlik duygusu, yakın ilişkiler kurma yeteneği, dürtüleri kontrol etme ve davranışı modüle etme yeteneğinin etkilenmesi). Bununla birlikte, kişilik işlevselliğinin bazı alanları nispeten daha az etkilenebilir.
- Kişilerarası ilişkilerin çoğunda belirgin sorunlar vardır ve beklenen sosyal ve mesleki rollerin performansı bir dereceye kadar tehlikeye girer. İlişkiler muhtemelen çatışma, kaçınma, geri çekilme veya aşırı bağımlılık (örneğin, sürdürülen az sayıda arkadaşlık, iş ilişkilerinde sürekli çatışma ve bunun sonucunda mesleki sorunlar, ciddi bozulma veya uygunsuz itaat ile karakterize romantik ilişkiler) ile karakterize edilir.
- Kişilik bozukluğunun spesifik belirtileri genellikle orta şiddettedir.
- Orta Şiddette Kişilik Bozukluğu bazen kendine veya başkalarına zarar verme ile ilişkilidir.
- Sınırlı alanlarda işlevsellik korunabilmesine rağmen, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalar vardır(68) .

2.3.4.4. Ağır Şiddette Kişilik Bozukluğu

- Kişilik Bozukluğu genel tanı kriterleri karşılanır.
- Kişiliğin işleyişinde ciddi sorunlar vardır (örneğin, kendilik duygusu o kadar kararsız olabilir ki, bireyler kim olduklarına dair bir duyguya sahip olmadıklarını bildirirler; özgürsü ya kendini aşağılama, ya büyülenme ya da fazlasıyla tuhaflık ile karakterize olabilir).
- Kişilerarası işlevsellikteki sorunlar, hemen hemen tüm ilişkileri ciddi şekilde etkiler. Beklenen sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneği ve istekliliği yoktur veya performansı ciddi şekilde tehlikeye girer.

- Kişilik bozukluğunun spesifik belirtileri şiddetlidir ve kişilik işleyişinin tüm alanlarını olmasa da çoğunu etkiler.
- Ağır Şiddette Kişilik Bozukluğu genellikle kendine veya başkalarına zarar verme ile ilişkilidir.
- Kişisel, aile, sosyal, eğitimsel, mesleki ve diğer önemli işlevsellik alanları dahil olmak üzere yaşamın hemen hemen tüm alanlarında ciddi bozulma ile ilişkilidir (68).

2.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Bu araştırma aşağıdaki hipotezlerin test edilmesine elveren verilerin derlenmesine uygunluk gösterecek biçimde tasarlanmıştır:

1. İki ayrı görüşmecinin klinik değerlendirme formları yardımıyla varacakları beş düzeyli kişilik patolojisi şiddet değerlendirmesi arasındaki uyuma yeterli düzeyde ($ICC \geq 0,60$) bulunacaktır.
2. Klinisyen şiddet değerlendirmeleri ile genel Kişilik Bozukluğunu değerlendirmeye yönelik öz bildirim ölçeklerinin puanları arasında yeterli düzeyde uyuma bulunacaktır. ($ICC \geq 0,60$)
3. Klinisyen şiddet değerlendirmeleri ile yetiyitimini değerlendirmeye yönelik WHODAS 2.0 puanları arasında yeterli düzeyde uyuma bulunacaktır. ($ICC \geq 0,60$)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Büyüklüğü Hesabı

Araştırmalarda örneklem büyüklüğü hesabı, hedeflenen güce veya hedeflenen parametre keskinliğine göre yapılmaktadır (69). Psikometrik çalışmalarda örneklem büyüklüğü hesabında, geçerlik ve/veya güvenirlik katsayısı olarak kullanılacak parametrenin ne ölçüde keskin, daha açık bir deyişle güven aralığının (GA) ne ölçüde dar olmasının hedeflendiği göz önüne alınmaktadır. Bu tür çalışmalarda klinisyenlerin sayısal veya ordinal derecelendirmeleri arasındaki şansa bağlı olanın ötesinde olan uyuşma düzeyini değerlendirmek amacıyla ICC (Intraclass Correlation, Sınıfıçi Korelasyon) katsayısından yararlanılmaktadır (70). DSM-5 alan çalışmalarında kullanıldığında ICC değerlerinin şu güvenirlik düzeylerine işaret ettiği kabul edilmiştir (71):

0,40'dan düşük ICC = kabul edilemez ölçüde düşük güvenirlik,

0,40-0,59 arası ICC = kabul edilebilir sınırlarda güvenirlik,

0,60-0,79 arası ICC = iyi düzeyde güvenirlik,

0,80 ve üstünde ICC = çok iyi düzeyde güvenirlik.

Bonett (72), bir araştırmada güvenirlik düzeyini belirlemekte ICC katsayısından yararlanılması planlandığında, minimum örneklem büyüklüğünün yaklaşık olarak hesaplanmasına yönelik aşağıdaki formülü önermiştir.

$$n = 8z_{\alpha/2}^2 \{ (1 - \tilde{\rho}_1)^2 (1 + (k - 1)\tilde{\rho}_1)^2 \} / \{ k(k - 1)w^2 \} + 1$$

Formülde;

n = örneklem büyüklüğü,

$z_{\alpha/2}^2$ = % 95 GA için, normal dağılımda en çok 0,05 / 2 = 0,025 olasılıkla gözlenmesi beklenen + ve - z değerinin karesi, yani $1,96^2 = 3,84$,

$\tilde{\rho}_1$ = Araştırmada bulunması beklenen ICC düzeyi,

K = Araştırmada her bir hastada kullanılacak olan değerlendirmeci sayısı

w = Araştırma sonucunda bulunması hedeflenen GA genişliği, diğer bir deyişle güvenilirlik katsayısının keskinliğidir.

Temel ve Erdoğan (73), aynı formülün daha açık yazılışını belirtmiştir.

$$m_{ICC} = 1 + \frac{8 Z_{1-\alpha/2}^2 (1 - \rho_{Plan})^2 [1 + (k-1)\rho_{Plan}]^2}{k(k-1)W_D^2}$$

Daha önce üniversitemizde yapılan bir çalışmada, DSM-5 alternatif model kişilik bozukluğu A tanı ölçütü bağlamında yapılan kişilik işlevselliği ölçütlerinin ordinal değerlendirmesinde, birbirinden bağımsız değerlendirme yapan klinisyenler arasındaki uyumayı gösteren ICC katsayıları 0,60 dolayında bulunmuştur (74). Bu çalışmada da, ICD-11 ölçütlerine göre yapılacak ordinal ve sayısal değerlendirmelerin güvenilirliğinin yakın düzeyde bulunması beklenmektedir. Elde edilecek bu düzeydeki bir ICC katsayısının % 95 güven aralığının 0,40 ile 0,80 arasında değişmesi, popülasyon parametresinin % 95 olasılıkla bu aralıkta bulunduğunu, dolayısıyla en azından kabul edilebilir düzeyde olduğunu düşündürecektir. Bu çalışma sonucunda elde edilecek ICC değerinin güven aralığının hedeflenen genişlik değeri $0,80 - 0,40 = 0,40$ olup, bu değer DSM-5 alan çalışmaları için hedeflenen 0,50 değerinin altındadır (75). Yani daha yüksek bir keskinliğe işaret etmektedir.

Çalışma hipotezinde yer alan güvenilirlik düzeyi (ICC=0,60), hedeflenen GA genişliği (w=0,40)), her hastayı değerlendirecek klinisyen sayısı (k=2) yukarıdaki formüle konularak yapılan hesaplamalar sonucunda, örneklem büyüklüğü 41 olarak hesaplanmıştır. Formları eksik doldurduğu için verileri değerlendirmeye alınmayabilecek katılımcı sayısının % 10 dolayında olacağı öngörülerek, çalışmanın $41+4=45$ katılımcıyla sürdürülmesinin yerinde olacağı sonucuna varılmıştır.

3.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. 18-65 yaş arası olmak
2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri polikliniği ve kliniğinde ayaktan ve/veya yatarak ruh sağlığı hizmeti almak veya Adnan Menderes Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans ve Doktora kapsamında üniversite personel ve yakınları ile yürütülen psikoterapi çalışmasına katılmış olmak

3. Okur-yazar olmak
4. Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmak.
5. Bilgilendirilmiş olur formunu ve ölçek sorularını okuyup anlamasına engel olacak nitelikte zeka sorununun, nörobilişsel bir hastalığının olmaması, araştırma sırasında psikotik bir tabloda olmaması

3.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Bilgilendirilmiş olur formunu ve ölçek sorularını okuyup anlamasına engel olacak nitelikte zeka sorununun veya nörobilişsel bir hastalığının olması, araştırma sırasında psikotik bir tabloda olması veya olduğunun anlaşılması
2. Klinik görüşmelerde işbirliğine girmemesi, kendisine verilen ölçekleri doldurmaması

3.4. Çalışmanın Örneklemi ve Çalışma Deseni

Tez projesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmasının (protokol no:2020/211) ardından, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniği ve kliniğinde ayaktan ve/veya yatarak ruh sağlığı hizmeti alan hastalar ve Klinik Psikoloji Yüksek Lisans ve Doktora programları kapsamında üniversite personel ve yakınları ile yürütülen psikoterapi çalışmasına katılan danışanlar çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Bilgilendirilmiş onam veren 48 gönüllü katılımcı araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

3.5.1. Olgu Rapor Formu

Gönüllü hastaların kimlik bilgilerine ek olarak şu bilgilerin girildiği bir formdur: Sosyodemografik bilgiler, yaşam davranışları, yaşam boyu psikiyatrik sorunlarına, tanı ve tedavilerine ilişkin bilgiler, okul/iş/aile/özel ilişkilerinde yaşadığı sorunlar, adli sorunlar ve cezalar.

3.5.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Formu

ICD-11’de yer alan Kişilik Bozukluğu tanı ölçütlerine göre hazırlanmış bir formdur. Formda kişilik bozukluğu tanısı için dört ölçüt tanımlanmıştır. Kişilik bozukluğundan bahsedebilmek için bu dört ölçütün de karşılanması gerekmektedir. Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

- A) Kendiliğin işlevselliğinin çeşitli yanlarında ve/veya kişilerarası işlevsellikte uzunca bir süredir (ör: 2 yıl veya daha uzun zamandır) devam eden sorunlar
- B) Rahatsızlık; biliş, duygusal yaşantı, duyguların ifadesi ve davranışlardaki maladaptif (ör: esnek olmayan veya ayarsız) örüntülerle kendini belli etmekte; bu örüntüler çok çeşitli kişisel ve sosyal durumlarda (yani sadece belirli ilişkiler veya sosyal rollerle sınırlı olmayarak) ortaya serilmekte
- C) Rahatsızlığa özgü davranış örüntüleri gelişimsel olarak uygun değil ve asıl olarak (sosyopolitik çatışmaları da içeren) sosyal veya kültürel faktörlere bağlı değil
- D) Rahatsızlığa önemli işlevsellik alanlarında (kişisel, ailesel, okul, çalışma v.b. yaşamı) ciddi stres veya belirgin aksamalar eşlik etmekte

Kişilik işlevselliğinin değerlendirilmesi kişiliğin adaptasyonu ile ilgili olup kendilik işlevselliği, kişilerarası işlevsellik incelendi. Kendilik işlevselliği kimlik duygusu, özdeğer, özgörü ve kendini yönlendirme bileşenleri ile incelendi. Kişilerarası işlevsellik için başka insanlarla ilişki kurmaya ilgi, başkalarının bakış açılarını önemseme, samimi ve karşılıklı ilişkiler kurabilme ve ilişkilerindeki çatışmaları yönetme incelendi. Kişilik bozukluğunun özgül belirtileri olan duygusal belirtiler, bilişsel belirtiler ve davranışsal belirtiler çeşitli maddeler ile incelendi. Kendilik işlevselliği, kişilerarası ilişkiler, duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerin puanlaması o alanda bulunan maddelerin puan toplamalarının alanda bulunan madde sayısına bölünmesi ile elde edildi.

Kişilik bozukluğu şiddet değerlendirmesi

- Etkilenen kişilik işlevselliği alanları
- Kendine ve/veya başkalarına zarar
- Kendisinden beklenen rollerdeki performansı

- Psikososyal işlevsellikte bozulma
- Kişilik bozukluğu özgül belirtileri

değerlendirilerek yapıldı. Katılımcıların kişiliği sağlıklıdan ağır bozukluğa kadar uzanan beşli bir skala üzerinde değerlendirildi. Ek olarak bir de sınır (borderline) örüntü incelendi. Sınır örüntü toplamda dokuz kriterden oluşmaktadır. Sınır örüntü için beş ve üzeri kriterin karşılanması gerekir.

3.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, genel popülasyonda ve klinik pratikte yetiyitiminin ölçülmesini sağlayan bir değerlendirme aracıdır. 36 ve 12 soruluk öz bildirim, görüşmecisi ve vekil formu bulunmaktadır. Bu araç, bireyin belli faaliyetleri yaparken ne kadar güçlük çektiğini saptamaya çalışmaktadır ve birçok kültürde ortak olan önemli faaliyetleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bu alanlar:

- Alan 1: Bilgi - Anlama ve iletişim kurma
- Alan 2: Hareket - Ayakta durmak, hareket etmek, dolaşmak
- Alan 3: Kendine bakma- Kişisel hijyen, giyinmek, yemek, yalnız kalmak
- Alan 4: İnsanlarla Geçinme - Diğer insanlarla etkileşim
- Alan 5: Yaşam etkinlikleri - Ev işleri, okul, iş
- Alan 6: Topluma katılma - Toplumsal faaliyetlere katılmak

Ölçeğin her maddesinde son 30 gün içinde işlevselliğin belirli alanlarında bireyin ne kadar zorluk çektiğinin beşli likert skalası üzerinde “hiç, biraz, oldukça, çok veya aşırı” şeklinde puanlanması gerekmektedir. Katılımcıların yanıtları 0-4 arasında (0=Hiç, 1= Biraz, 2= Oldukça, 3=Çok, 4=Aşırı) kodlanmış olarak analize sokuldu. Genel veya alan yetiyitimi puanları için, ortalama genel ve alan yetiyitimi puanları hesaplanmıştır. Ortalama alan puanı; ham alan puanını alandaki madde sayısına bölerek hesaplanır. Ortalama genel yeti yitimi puanı; genel ham puanın ölçümdeki madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Bu yöntemin avantajı, hesaba kaç madde katılırsa katılsın, hesaplanan yetiyitimi puanının 0 ile 4 arasında değişmesi, böylelikle puanların birbiriyle karşılaştırılması ve yorumlanmasının belirgin olarak kolaylaşmasıdır.

WHODAS Türkçe formlarının geçerlik çalışması verilerine göre, ölçek maddeleri üzerinde yapılan derecelendirmelerin ortalamasına dayanan genel yetiyitimi puanlarının kabaca 1,5 düzeyine yaklaşması ve üzerine çıkması psikopatolojiye eşlik eden işlevsellik kaybını göstermektedir (76).

3.5.4. Kişilik Bozukluğu Şiddetinin Standardize Değerlendirmesi (SASPD)

ICD-11 ölçütleri doğrultusunda genel KB şiddetinin klinik değerlendirmesine yardımcı olması amacıyla geliştirilmiş dokuz soruluk bir öz bildirim ölçeğidir (13). SASPD her bir soru için özel olarak kaleme alınmış dört ayrı cevap seçeneği içermektedir. Cevaplar 0 = yok, 1 = hafif, 2 = orta ve 3 = şiddetli olarak derecelendirilmiştir. Geliştirme çalışmasında, ölçek puanlarının test - tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuş (ICC=0,93, 95%GA [0,88-0,96]); ayrıca uygun kesme noktalarıyla birlikte kullanıldığında hafif veya orta şiddette KB tanısı alan denekleri tanı almayanlardan yeterli düzeyde ayırt edebildiği gözlenmiştir (sırasıyla AUC=0,86; %95 GA [0,79-0,93] ve AUC=0,84; %95 GA [0,75-0,92]). Ölçeği geliştiren ekipten Michael Crawford'dan alınan izinle ölçeğin çeviri çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri, her biri Adnan Menderes Üniversitesi klinik psikoloji lisansüstü programlarında öğrenci olan üç çevirmene kör olarak çevirtildi. Bu bağımsız çeviriler bir başka lisansüstü öğrenci tarafından derlendi. Derlenmiş çeviriler biri psikiyatri profesörü diğeri klinik psikiyatri profesörü olan uzmanlar ekibi tarafından gözden geçirilerek çeviriye son biçimi verildi.

3.6. İşlem Yolu

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri polikliniği ve kliniğinde ayaktan ve/veya yatarak ruh sağlığı hizmeti alan veya Adnan Menderes Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans ve Doktora kapsamında üniversite personel ve yakınları ile yürütülen psikoterapi çalışmasına katılan hastalardan gönüllülük esasına göre katılmak isteyen 18-61 yaş arasında olan 48 hasta çalışmaya alındı. Katılımcıların klinik ve sosyodemografik verileri 15.03.2021-30.11.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Katılımcıların birinci klinik değerlendirmesi, ICD-11 Kişilik Bozukluğu tanı ölçütlerine göre hazırlanmış bir form üzerinde yapıldı. İkinci bir klinisyen, ilk görüşmenin ses

kayıtlarına dayanarak, başka bir klinik değerlendirme formu üzerinde değerlendirmesini yaptı. ICD-11 Kişilik Bozukluğu formunda kendilik işlevselliği puanı; kimlik duygusu, özdeğer, özgörü ve kendini yönlendirme maddelerinden alınan puanlar toplanıp madde sayısı olan dörde bölünerek hesaplanmıştır. Kişilerarası işlevsellik puanı; insanlarla ilişki kurmaya ilgi, başkalarının bakış açılarını önemseme, samimi ve karşılıklı ilişkiler kurma ve ilişkilerinde çatışmaları yönetme maddelerinden alınan puanlar toplanıp madde sayısı olan dörde bölünmesi hesaplanmıştır. Kişilik bozukluğunun özgül belirtileri olan duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerin puanları; madde puanlarının toplanıp madde sayısına bölünmesi ile elde edilmiştir. Duygusal ve bilişsel belirtiler üç madde ile, davranışsal belirtiler iki madde ile incelenmiştir.

Ayrıca her katılımcı SASPD (Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder) öz bildirim ölçeği üzerinde kendi kişilik işlevselliğini, WHODAS-36 öz bildirim formu üzerinde genel işlevselliğini derecelendirdi. Ayrıca yakını olan katılımcıların da yakınları tarafından WHODAS-36 vekil formu dolduruldu. Vekiller, işlevselliği değerlendirmek için uygulanan vekil ölçeğini doldurabilecek kadar hasta hakkında bilgi sahibi olan, aynı evde yaşayan yakınları (akraba, eş, arkadaş) arasından seçilmiştir.

3.7. İstatiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 21 programı kullanılarak gerçekleştirildi. Örneklemenin klinik ve sosyodemografik özelliklerini incelemek ve bildirmek için uygun betimleyici istatistik yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Kraemer ve arkadaşları (71) üç tür tanısal güvenirlik değerlendirmesi tanımlamışlardır.

1. Derecelendirmeci içi güvenirlik (intrarater reliability): Aynı klinisyenin aynı hastayı farklı zamanlarda iki veya daha fazla kez değerlendirmesi durumuna ilişkin olan güvenirliktir.

2. Derecelendirenler arası güvenirlik (interrater reliability): İki veya daha çok klinisyenin aynı hasta verisini (bir görüşmenin kaydı gibi) değerlendirmesi durumuna ilişkin olan güvenirliktir.

3. Tekrar test güvenilirliği (test-retest reliability): İki veya daha çok klinisyenin aynı hastaları, hastaların klinik durumlarının değişmesinin muhtemel olmadığı bir aralıkta bağımsız biçimde gözlemlmelerine dayalı güvenirliliktir.

Çalışmamızda ilk klinisyen hasta ile görüşerek ICD-11 KB Formunu doldurmuştur. Diğer klinisyen hasta görüşmesinin ses kaydı üzerinden ICD-11 KB formunu doldurmuştur. Bu yüzden çalışmamızda derecelendirenler arası güvenirlilik incelemesi koşulları sağlanmıştır.

Araştırma hipotezleriyle uyumlu olarak, her bir katılımcı için ICD-11 KB Formu üzerinde iki bağımsız değerlendirmeci tarafından yapılacak kişilik patolojisine yönelik ordinal derecelendirmelerin ve bunlardan elde edilecek sayısal puanların güvenirliliği ICC katsayısı yardımıyla incelenmiştir. ICC katsayısı hesaplanmasında “two way mixed” koşulu ve “consistency” seçilmiştir. Elde edilen katsayılar örneklem parametresi niteliğinde olduğundan, popülasyon parametrelerini kestirmeye yönelik olarak bu katsayılar %95 güven aralıklarıyla birlikte bildirilmiş ve yorumlanmıştır.

ICC değerlerinin ve % 95 güven aralığının yorumlanmasında DSM-5 alan çalışmaları için belirlenen standartlara bağlı kalınmıştır. DSM-5 alan çalışmalarında ICC değerlerinin şu güvenirlilik düzeylerine işaret ettiği kabul edilmiştir (71):

0,40'dan düşük ICC = kabul edilemez ölçüde düşük güvenirlilik,

0,40-0,59 arası ICC = kabul edilebilir sınırlarda güvenirlilik,

0,60-0,79 arası ICC = iyi düzeyde güvenirlilik,

0,80 ve üstünde ICC = çok iyi düzeyde güvenirlilik.

Klinisyenlerin genel tanı kriterlerine göre KB tanıları, şansa bağlı olanın ötesindeki uyuma düzeyini bildiren Kappa katsayısı ile hesaplanmıştır. Sınır örüntü için beş ve üzerinde puanı olanlar sınır örüntüsü olanlar olarak kategorize edilmiştir. İki klinisyen arasındaki sınır örüntü tanısı arasındaki uyuma kappa katsayısı ile hesaplanmıştır.

Kappa katsayısının ve % 95 güven aralığının yorumlanmasında da DSM-5 alan çalışmaları için belirlenen standartlara bağlı kalınmıştır. DSM-5 alan çalışmalarında kappa katsayısının şu güvenirlilik düzeylerine işaret ettiği kabul edilmiştir (77):

0,20' den düşük kappa	= kabul edilemez ölçüde düşük güvenilirlik,
0,20-0,39 arası kappa	= kabul edilebilir sınırlarda güvenilirlik,
0,40-0,59 arası kappa	= iyi düzeyde güvenilirlik,
0,60-0,79 arası kappa	= çok iyi düzeyde güvenilirlik,
0,80 ve üstünde kappa	= mükemmel düzeyde güvenilirlik.

Her iki klinisyenin de KB tanısı koyduğu kişiler KB olan grup olarak ve her iki klinisyenden de KB tanısı almayan kişiler KB olmayan grup olarak kabul edilmiştir. KB olan ve olmayan grup SASPD ve WHODAS ölçek puanlarının karşılaştırılmasında non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testinden yararlanılmış, gözlenen farkın istatistiksel büyüklüğünün yorumlanmasında Pearson r katsayısına dayanılmıştır. Klinisyenlerin tanı koymakta uyuşmadığı kişiler bu testlere dahil edilmemiştir.

SASPD ölçeğinin optimal kesme puanını belirlemek için ROC analizi yapılmıştır. Kesme puanı üzerinden testin duyarlılığı, özgüllüğü ve doğruluğu hesaplanmıştır.

Ordinal değişken niteliğindeki klinisyen puanlamaları ile kişilik işlevselliği veya genel psikososyal işlevsellik ölçek puanları arasındaki uyuşmayı incelemekte ICC, Spearman rho ve eta katsayılarından yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi

Çalışmaya yaşları 18-61 arasında değişen (ortalama = 36,7; ss = 11,06) 48 kişi katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	n	%	GEÇERLİ %
Cinsiyet	Kadın	41	85,4	85,4
	Erkek	7	14,6	14,6
Eğitim Durumu	İlkokul	8	16,7	17,0
	Ortaokul	6	12,5	12,8
	Lise	10	20,8	21,3
	Üniversite	23	47,9	48,9
	Eksik veri	1	2,1	-
Çalışma Durumu	Ücretli çalışıyor	13	27,1	28,3
	Öğrenci	7	14,6	15,2
	Ev hanımı/ev işleri	16	33,3	34,8
	Emekli	2	4,2	4,3
	İşsiz(sağlık nedenleriyle)	3	6,3	6,5
	İşsiz(diğer nedenlerle)	5	10,4	10,9
	Eksik veri	2	4,2	-
Medeni Durum	Bekar	13	27,0	27,7
	Evli	26	54,2	55,3
	Boşanmış/Dul/Ayrı	8	16,7	17,0
	Eksik veri	1	2,1	-
Hanede Yaşadığı Kişiler	Eş/çocuk(lar)	24	50,0	54,5
	Anne/baba/kardeş(ler)	14	29,2	31,8
	Yalnız	5	10,4	11,4
	Yurt/kurum	1	2,1	2,3
	Eksik veri	4	8,3	-
Doğduğu Çevre	Kırsal (Köy/İlçe)	17	35,4	39,5
	Kentsel (Şehir/Büyükşehir)	26	54,2	60,5
	Eksik veri	5	10,4	-
Yaşadığı Çevre	Kırsal (Köy/İlçe)	12	25,0	27,3
	Kentsel (Şehir/Büyükşehir)	32	66,7	72,7
	Eksik veri	4	8,3	-
Gelir Düzeyi	Asgari ücret altı	9	18,8	24,3
	Asgari ücret	16	33,3	43,2
	Asgari ücretin 2 katı	6	12,5	16,2
	Asgari ücretin 2 katından fazla	6	12,5	16,2
	Eksik veri	11	22,9	-

Tablo 1'deki veriler doğrultusunda, örnekleme kadınların çok daha yüksek oranda temsil edildiği söylenebilir. Katılımcıların yarıya yakını üniversite mezunudur. Eğitim düzeyine yıl olarak bakıldığında, katılımcıların eğitim süresi 5-21 yıl arasında değişmektedir

(Ort = 12,26; ss = 4,53). Örneklemin yarısından fazlası emekli, öğrenci, işsiz ve ev hanımıdır. Örneklemin yarıdan biraz fazlası evli kişilerden oluşmakta; yarısı eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Sahip olunan çocuk sayısı sıfır ile dört arasında değişmekte olup ortalaması 1,09 (ss = 1,06) olarak hesaplanmıştır. Gerek kentsel çevrede doğanlar gerekse kentsel çevrede yaşayanlar çoğunluktadır. Sosyodemografik bilgi formunda gelir düzeyi sorusunun anlaşılması güç olduğu için 11 kişi gelir düzeyi sorusunu doldurmamıştır. Bu 11 kişinin büyük çoğunluğunu ev hanımı, öğrenci gibi kişisel geliri olmayan kişiler oluşturmaktadır. Örneklemin üçte ikisi asgari ücret ve altında bir gelirle yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır.

4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri ve Yaşam Davranışları Açısından İncelenmesi

Katılımcıların sigara, alkol kullanımı, okul hayatında disiplin cezası öyküsü, adli olayı gibi yaşam davranışları ile ilgili veriler Tablo II’de özetlenmiştir.

Tablo II: Katılımcıların Yaşam Davranışları

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	n	%	GEÇERLİ %
Nikotin kullanımı	Hiç içmedim	14	29,2	29,8
	İçtim bıraktım	12	25,0	25,5
	Şu an içiyorum	21	43,8	44,7
	Eksik veri	1	2,1	-
Alkol kullanımı	Var	15	31,3	31,9
	Yok	32	66,7	68,1
	Eksik veri	1	2,1	-
Disiplin cezası öyküsü	Var	3	6,3	6,8
	Yok	41	85,4	93,2
	Eksik veri	4	8,3	-
İş yeri değişikliği (son 1 yılda)	Var	5	10,4	11,4
	Yok	39	81,3	88,6
	Eksik veri	4	8,3	-
Yer değişikliği (son 1 yılda)	Var	10	20,8	23,3
	Yok	33	68,8	76,7
	Eksik veri	5	10,4	-
Adli olayı	Var	5	10,4	11,1
	Yok	40	83,3	88,9
	Eksik veri	3	6,3	-

Katılımcıların yarıya yakını sigara kullanmaktadır. Okul hayatında disiplin cezası alan kişi sayısı üçtür. Çalışma hayatında son bir yılda iş yeri ile ilgili sorunlar, iş yerinin kapanması, başka yere atanma gibi sebeplerle iş yeri değişikliği yapan kişi sayısı beştir. Örneklemden 10 kişi son bir yılda ailevi problemler, işsizlik, hastalık, yeni ev alma ve başka

yere atanma nedeniyle yer değişikliği yapmıştır. Katılımcılardan beş kişinin şiddet, mukavemet ve cinsel istismar mağduru olma gibi nedenlerle adli süreci vardır.

Katılımcıların yaşam boyu psikiyatrik tedavi öyküsü, ilaç kullanımı, psikiyatrik tedavi amaçlı hastaneye yatış öyküsü, intihar davranışı ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü gibi klinik özellikleri tablo III'te sunulmuştur.

Tablo III: Katılımcıların Klinik Özellikleri

	KATEGORİ	n	%	GEÇERLİ %
Yaşam boyu psikiyatrik tedavi öyküsü	Var	36	75,0	76,6
	Yok	11	22,9	23,4
	Eksik veri	1	2,1	-
Şu an psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	45	93,8	95,7
	Yok	2	4,2	4,3
	Eksik veri	1	2,1	-
Hastaneye yatış öyküsü	Var	20	41,7	-
	Yok	28	58,3	-
İntihar öyküsü	Var	16	33,3	34,8
	Yok	30	62,5	65,2
	Eksik veri	2	4,2	-
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	15	31,3	32,6
	Yok	31	64,6	67,4
	Eksik veri	2	4,2	-

Katılımcıların dörtte üçü daha önce psikiyatrik tedavi almış, yarıya yakını hastaneye yatarak psikiyatrik tedavi almıştır. Katılımcıların hastaneye yatış sayısı 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalaması 1,04 (ss = 1,64) olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan 3 kişiden biri intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişimi olan kişilerin büyük çoğunluğu ilaç içerek intihar girişiminde bulunmuştur. Katılımcıların intihar girişimi sayısı 0 ile 15 arasında değişmekte olup ortalaması 1,33 (ss = 2,79) olarak bulunmuştur. Katılımcıların üçte birinin psikiyatrik hastalığı olan akrabası/akrabaları vardır.

Çalışmaya katılan kişilerin psikiyatrik tanılarına ilişkin bilgiler hastane otomasyon sisteminden elde edilmiş, 3 katılımcının tanı kodunun sisteme işlenmediği belirlenmiştir. Katılımcıların takipli oldukları hastalık tanıları tablo IVa ve IVb'de sunulmuştur. Tablo IVa'daki veriler toplam 32 katılımcının tek bir hastalık grubundan tanı aldığını, 13

katılımcının ise birden çok hastalık grubundan eştanı aldığını göstermektedir. Her bir hastalık grubundan tanı almış katılımcı sayısı Tablo IVb’de gösterilmiştir.

Tablo IVa: Katılımcıların Takipli Oldukları Hastalık Tanıları

DSM-5 Tanı Grubu	n	%	Geçerli %
Depresyon Bozuklukları	20	41,7	44,4
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	4	8,3	8,9
Anksiyete Bozuklukları	7	14,6	15,6
OKB ve İlişkili Bozukluklar	1	2,1	2,2
Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları	7	14,6	15,6
Anksiyete ve OKB	1	2,1	2,2
Depresyon ve OKB	3	6,2	6,7
Depresyon, Anksiyete ve OKB	1	2,1	2,2
Depresyon, Anksiyete ve Alkol kullanım Bozukluğu	1	2,1	2,2
Eksik veri	3	6,2	-

Tablo IVb: Katılımcıların Takipli Oldukları Hastalık Tanıları

DSM-5 Tanı Grubu	n	%
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar	4	8,3
Depresyon Bozuklukları	32	66,7
Anksiyete Bozuklukları	17	35,4
OKB ve İlişkili Bozukluklar	6	12,5
Alkol Kullanım Bozukluğu	1	2,1

Tablo IVb’deki verileri, çalışmanın katılımcıları arasında en yaygın psikiyatrik rahatsızlığın depresif bozukluklar olduğunu göstermektedir. Ardından anksiyete ve OKB grubundan tanıları gelmektedir. Çoklu tanı alan katılımcılar tabloda birden fazla tanı grubunda yer aldıkları için tabloda verilen tanı oranlarının toplamı %100’ün üzerine çıkmaktadır.

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımına ilişkin veriler Tablo Va ve Vb’de sunulmuştur.

Tablo Va: Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların İncelenmesi

Kullandığı ilaç grubu	n	%
Antidepresan	41	85,4
Duygudurum Dengeleyici	9	18,8
Antipsikotik	19	39,6
Anksiyolitik	10	20,8

Tablo Vb: Katılımcıların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların İncelenmesi

Kullandığı ilaç grubu	n	%	Geçerli %
Antidepresan	21	43,7	44,7
Duygudurum Dengeliyici	1	2,1	2,1
Antipsikotik	1	2,1	2,1
Antidepresan ve Duygudurum Dengeliyici	2	4,2	4,2
Antidepresan, Duygudurum Dengeliyici ve Antipsikotik	2	4,2	4,2
Antidepresan, Duygudurum Dengeliyici ,Antipsikotik ve Anksiyolitik	3	6,2	6,4
Antidepresan ve Antipsikotik	7	14,5	14,9
Antidepresan, Antipsikotik ve Anksiyolitik	4	8,3	8,5
Antidepresan ve Anksiyolitik	2	4,2	4,2
Duygudurum Dengeliyici ve Antipsikotik	1	2,1	2,1
Antipsikotik ve Anksiyolitik	1	2,1	2,1
İlaç kullanmayan	2	4,2	4,2
Eksik veri	1	2,1	-

Katılımcılardan 2 kişi hariç diğerleri psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı. Tablo Va'deki veriler, çeşitli gruplardan ilaçların katılımcılar arasında kullanılma sıklığını göstermektedir. Bir katılımcı birden çok grupta yer alabildiği için tabloda verilen oranlar % 100'ün üzerindedir. Tablodaki veriler katılımcıların büyük çoğunluğunun antidepresan grubundan ilaçlar kullandığını ortaya koymaktadır. İkinci sırada antipsikotik ilaçlar gelmektedir. Ardından anksiyolitikler ve duygudurum dengeleyiciler gelmektedir.

Çalışmaya katılan 24 kişi monoterapi ile, 21 kişi ise kombine farmakoterapi ile takipliydi. En çok tercih edilen monoterapi antidepresan ilaç olmakla birlikte, antidepresan ve antipsikotik kombinasyonu en çok tercih edilen kombine tedavi şekliydi. Katılımcıların ilaç kullanım süreleri 0-280 ay arasında değişmekle birlikte ortalaması 35,43 (ss = 65,86) olarak bulunmuştur.

4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları Açısından İncelenmesi

Çalışmanın katılımcılarından 4 kişi SASPD öz bildirim ölçeğini, 5 kişi WHODAS öz bildirim ölçeğini doldurmamıştır. Çalışmaya katılan 12 kişi öğrenci olmadığı veya bir işte

çalışmadığı için, WHODAS Yaşam Aktiviteleri Alanında, evdeki işlevselliği sorgulayan maddeleri yanıtlamışlar, işteki veya okuldaki işlevselliği sorgulayan maddeleri boş bırakmışlardır. Katılımcıların vekillerine ulaşamadığı için sadece 13 kişinin vekili WHODAS vekil formunu doldurmuştur. SASPD, WHODAS özbildirim ve vekil formu ile ilgili detaylar tablo VI'da sunulmuştur.

Tablo VI: Katılımcıların SASPD ve WHODAS Puanları

ÖLÇEK	PUAN TÜRÜ	ORTALAMA	STANDART SAPMA	PUAN ARALIĞI
SASPD (n = 44)	Toplam Puan	8,89	4,19	1-18
WHODAS Özbildirim Formu (n = 43)	Genel Yetiyitimi	1,38	0,89	0,06-3,4
	Biliş Alanı	1,28	0,97	0-3,5
	Hareket Alanı	1,05	1,06	0-3,4
	Kendine Bakma Alanı	0,81	0,91	0-3,0
	İnsanlarla Geçinme Alanı	1,17	1,02	0-3,8
	Yaşam Aktiviteleri Alanı	1,61	1,32	0-4,0
	Topluma Katılma Alanı	1,87	1,04	0-4,0
WHODAS Vekil Formu (n = 13)	Genel Yetiyitimi	0,81	0,72	0-2,2
	Biliş Alanı	0,58	0,58	0-1,5
	Hareket Alanı	0,74	0,87	0-2,2
	Kendine Bakma Alanı	0,36	0,46	0-1,5
	İnsanlarla Geçinme Alanı	0,63	0,86	0-2,5
	Yaşam Aktiviteleri Alanı	0,95	1,24	0-3,8
	Topluma Katılma Alanı	1,21	0,86	0-2,5

Tablo VI'daki veriler, katılımcıların WHODAS vekil formu puanlarının özbildirim puanlarından bütün alanlarda düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Hem bu nedenle hem de sadece 13 katılımcı için vekil formu doldurulmuş olması nedeniyle, vekil formu puanları daha ileri analizlere katılmamıştır.

4.4. Klinisyenlerin ICD-11 KB Tanı Ölçütlerine İlişkin Puanlamalarının Güvenirliği

Araştırmaya katılan olguların ICD-11 tanı ölçütleri uyarınca kişilik işlevlerini birbirinden bağımsız olarak değerlendiren iki klinisyen arasındaki uyuşmanın incelenmesinde ICC katsayısından yararlanılmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, her bir olgu ile bir klinisyen görüşmüş, diğer klinisyen bu görüşmenin ses kaydını dinleyerek puanlamalarını yapmıştır. İki klinisyenin puanlamaları birbirine kör olmakla birlikte tek bir görüşmeye dayandığı için,

burada inceleme konusu olan güvenilirlik türü derecelendirenler arası güvenirliliktir. ICC katsayısı, iki klinisyen tarafından olgulara verilen puanlarda gözlenen varyansın, değerlendirmeciler arasındaki farklılıklardan değil de değerlendirilenler arasındaki farklılıklardan kaynaklanan diliminin büyüklüğünü göstermektedir. Dolayısıyla ICC katsayısının büyümesi ve giderek 1'e yaklaşması, puanlarda değerlendirilmeciler arasındaki farklılıkların etkisinin sifıra yaklaşması, diğer bir deyişle değerlendirmelerin güvenirliliğinin yükselmesi anlamına gelmektedir. Tabloda yer alan ICC katsayıları, diğer bir deyişle nokta kestirimler, bu çalışmada yer alan iki klinisyenin değerlendirmelerinin güvenirliliğine ilişkin fikir vermektedir. Katsayıların % 95 güven aralıkları ise, popülasyon güvenirlilik katsayılarına ilişkin kestirimlerdir; daha açık bir deyişle popülasyon güvenirlilik katsayılarını %95 olasılıkla içeren aralığın alt ve üst sınırlarıdır.

Tablo VII: Kişilik İşlevselliğine Yönelik Puanlamaların Güvenirliliği

İŞLEVSELLİK ALANI	ICC	%95 GA
Kendilik işlevselliği	0,96	0,94 - 0,98
• Kimlik duygusu	0,82	0,71 - 0,90
• Özdeğer	0,90	0,82 - 0,94
• Özgörü	0,89	0,82 - 0,94
• Kendini yönlendirme	0,95	0,92 - 0,97
Kişilerarası işlevsellik	0,98	0,97 - 0,99
• İnsanlarla ilişki kurmaya ilgi	0,94	0,89 - 0,96
• Başkalarının bakış açılarını önemseme	0,92	0,86 - 0,95
• Samimi ve karşılıklı ilişkiler	0,97	0,95 - 0,98
• İlişkilerde çatışmaları yönetme	0,89	0,81 - 0,94

Tablo VII'deki veriler, gerek kendilik işlevselliği alanının dört bileşeninin gerekse kişilerarası işlevsellik alanının dört bileşenine ilişkin klinisyenler değerlendirmelerinin güvenirliliğinin yüksek düzeyde ($ICC > 0,80$) olduğunu göstermektedir. Beklendiği gibi, gerek kendilik gerekse kişilerarası işlevsellik alanına yönelik genel klinisyen değerlendirmelerinin güvenirliliği daha da yüksek düzeye çıkmaktadır.

ICD-11 genel KB ölçütleri uyarınca tanısal değerlendirmede işlevselliğin yanı sıra kişilik bozukluğunun özgül belirtilerinin puanlanması gerekmektedir. Araştırma formu üzerinde her bir belirti için 0 ile 4 arasında değişen seçeneklerden birini işaretlemek suretiyle yapılan klinisyen değerlendirmelerimin güvenirliliği Tablo VIII'de sunulmuştur.

Tablo VIII: Kişilik Bozukluğunun Özgül Belirtilerine Yönelik Puanlamaların Güvenirliği

BELİRTİ ALANI	ICC	%95 GA
Duygusal Belirtiler	0,92	0,86 - 0,95
• Duyguların uygunluğu ve aralığı	0,92	0,86 - 0,96
• Duyguca az veya aşırı tepki verme	0,87	0,78 - 0,92
• İstenmeyen duyguları tanıma, kabul etme	0,89	0,82 - 0,94
Bilişsel belirtiler	0,94	0,90 - 0,97
• Değerlendirmelerin doğruluğu	0,92	0,86 - 0,95
• Yerde kararlar verme	0,94	0,89 - 0,96
• İnanç sistemlerinde kararlılık, esneklik	0,91	0,85 - 0,95
Davranışsal belirtiler	0,96	0,93 - 0,98
• Dürtü denetimi, davranış ayarlaması	0,94	0,89 - 0,96
• Strese davranışsal tepkilerin uygunluğu	0,97	0,94 - 0,98

Tablo VIII'deki veriler duygusal, bilişsel ve davranışsal alandaki belirtilerin her birine yönelik klinisyen puanlarının güvenirliliğinin yüksek düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Belirti alanlarına ilişkin genel değerlendirmelerin güvenirliliği de aynı biçimde yüksek bulunmuştur.

Bir olguda kişilik bozukluğunun şiddetine karar verebilmek için; aksayan kişilik işlevselliği alanlarının sayısı ve aksamının derinliğini, kendine ve/veya başkalarına zarar verici davranışlarını, kendinden beklenen rollerdeki performansını, psikososyal işlevselliğindeki bozulmanın derecesini ve KB özgül belirtilerinin derecesini topluca göz önüne almak gerekmektedir. Klinisyenlerin KB şiddetine yönelik toplu puanlamalarının güvenirliliğine ilişkin veriler Tablo IX'da sunulmuştur.

Tablo IX: Kişilik Bozukluğunun Şiddetine Yönelik Puanlamaların Güvenirliği

	ICC	%95 GA
KB şiddet değerlendirmesi	0,99	0,988 - 0,996
• Etkilenen kişilik işlevselliği alanları	0,92	0,85 - 0,95
• Kendine ve/veya başkalarına zarar	0,96	0,93 - 0,98
• Kendinden beklenen rollerdeki performansı	0,92	0,86 - 0,95
• Psikososyal işlevsellikte bozulma	0,94	0,88 - 0,96
• KB özgül belirtileri	0,92	0,86 - 0,95

Tablo IX incelendiğinde kişilik bozukluğunun şiddetine yönelik puanlamaların güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Genel KB şiddet değerlendirmesinin derecelendirenler arası güvenilirliği ise çok yüksek düzeyde bulunmuştur.

ICD-11 KB formunun iç güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısından faydalanılmıştır. Araştırmacı tarafından yapılan KB değerlendirmesinde;

Kendilik işlevselliği için Cronbach alfa katsayısı 0,88 (%95 GA= 0,81-0,93),

Kişilerarası işlevsellik için Cronbach alfa katsayısı 0,91 (%95 GA=0,87-0,95),

Özgül belirtiler için Cronbach alfa katsayısı 0,98 (%95 GA= 0,97-0,99) olarak hesaplanmıştır.

Diğer klinisyen tarafından yapılan KB değerlendirmesinde;

Kendilik işlevselliği için Cronbach alfa katsayısı 0,87 (%95 GA= 0,80-0,92),

Kişilerarası işlevsellik için Cronbach alfa katsayısı 0,92 (%95 GA=0,87-0,95),

Özgül belirtiler için Cronbach alfa katsayısı 0,97 (%95 GA= 0,96-0,98) olarak hesaplanmıştır.

4.5. Katılımcıların Kişilik Bozukluğu Tanıları

Her bir katılımcının KB tanı statüsünü ICD-11 tanı ölçütlerine göre birbirinden bağımsız olarak değerlendiren iki klinisyenin tanı kararlarını incelemeye yönelik veriler Tablo X'da özetlenmiştir. Klinisyen A (araştırmacı) tarafından 20 hastaya KB tanısı konurken, diğer klinisyen tarafından bu hastalardan 18'ine KB tanısı konulmuştur. Klinisyen A'dan KB tanısı almayan hiçbir hasta klinisyen B'den KB tanısı almamıştır. Böylelikle iki klinisyen 18 katılımcıda KB tanısının söz konusu olduğu, 28 katılımcıda ise KB tanısının söz konusu olmadığı konusunda uyuşmuştur. Klinisyenlerin görüş birliğinde olmadıkları olgu sayısı sadece 2'dir. Şansa bağlı olanın ötesindeki uyuşma düzeyini bildiren Kappa katsayısının 0,91

düzeyinde bulunması, klinisyenler arası uyuşmanın, diğer bir deyişle tanı güvenilirliğinin mükemmel düzeyde olduğunu düşündürmektedir. “Bootstrapping” yöntemiyle elde edilen kappa güven aralığının alt sınırının 0,77 düzeyinde bulunması, genel olarak klinisyenlerin tek bir görüşmeye dayanan genel KB tanılarının güvenilirliğinin en kötü durumda bile mükemmel yakın olacağını düşündürmektedir.

Tablo X: ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanılarının Derecelendirenler Arası Güvenirliği

Genel KB Tanısı	Klinisyen A		Kappa	%95 GA
	KB +	KB -		
Klinisyen B				
KB +	18	0	0.91	0.77 - 1.00
KB -	2	28		

Sınır örüntü için klinisyen tanılarının sıklığına ilişkin veriler tablo XI’de sunulmuştur. Tablo XI incelendiğinde Klinisyen A tarafından sınır örüntü tanısı konan 10 olgudan 8’ine Klinisyen B tarafından aynı tanının konduğu bulunmuştur. Klinisyenlerin görüş birliğinde olmadıkları katılımcı sayısı sadece 2 olup 0,86 olarak hesaplanan kappa katsayısı aralarındaki uyuşmanın mükemmel düzeyde olduğunu göstermekte; kappa güven aralığının alt sınırı ise genel olarak klinisyen değerlendirmelerini güvenilirliğinin en azından çok iyi düzeyde olacağını düşündürmektedir.

Tablo XI: ICD-11 Sınır Örüntü Tanılarının Derecelendirenler Arası Güvenirliği

		Klinisyen A		Kappa	%95 GA
		Sınır Örüntü+	Sınır Örüntü-		
Klinisyen B	Sınır Örüntü+	8	0	0.86	0.63 - 1.00
	Sınır Örüntü-	2	38		

4.6. Kişilik Bozukluğu Tanı Gruplarının Ölçek Puanları

İki klinisyenin de KB tanısı koyduğu 18 olgudan oluşan KB(+) grup ile klinisyenlerin ikisinden de KB tanısı almayan 28 olgudan oluşan KB(-) grubun ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik veriler Tablo XII’de özetlenmiştir.

Tablo XII: KB’si Olan ve Olmayanların SASPD ve WHODAS Özbildirim Formu Puanlarının Karşılaştırılması

PUAN TÜRÜ	KB (+) (n = 17-18)			KB (-) (n = 24)			Mann-Whitney U			
	ORT	MED	SS	ORT	MED	SS	u	z	p	R
SASPD										
• Toplam Puan	11,89	13,5	3,88	6,71	6,50	3,04	70,0	-3,726	<0,001	0,58
WHODAS										
• Genel Yetiştirimi	2,13	1,94	0,85	0,86	0,82	0,49	37,5	-4,407	<0,001	0,69
• Biliş	1,96	1,83	0,99	0,82	0,67	0,66	72,0	-3,502	<0,001	0,55
• Hareket	1,85	1,80	1,05	0,51	0,20	0,69	59,5	-3,860	<0,001	0,60
• Kendine Bakma	1,41	1,00	0,91	0,43	0,00	0,69	62,0	-3,831	<0,001	0,60
• İnsanlarla Geçinme	1,98	2,20	1,04	0,61	0,60	0,56	54,0	-3,975	<0,001	0,62
• Yaşam Aktiviteleri	2,42	2,88	1,42	1,10	1,00	0,95	97,0	-2,838	0,005	0,44
• Topluma Katılma	2,61	2,63	0,85	1,33	1,19	0,85	60,0	-3,817	<0,001	0,60

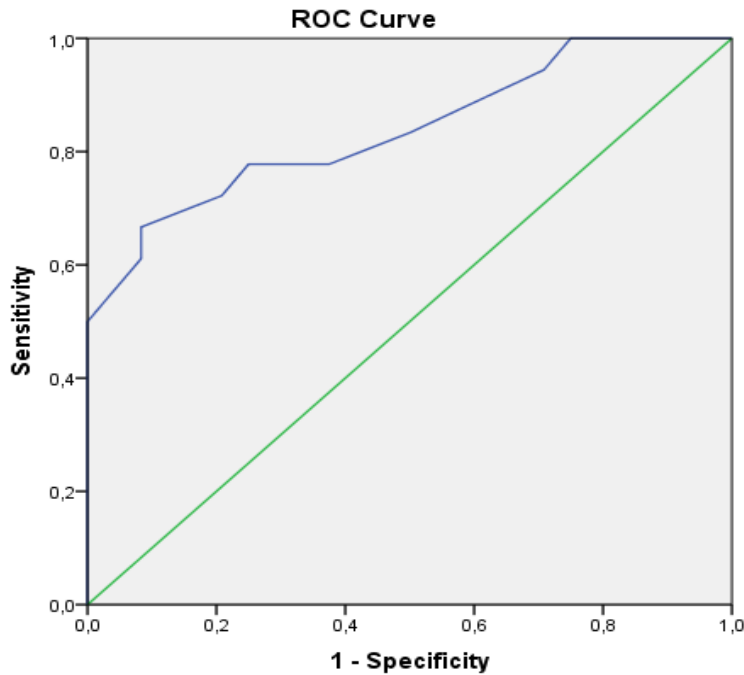
Kişilik bozukluğu olan gruptan 1 kişi WHODAS özbildirim formunu, KB olmayan gruptan 4 kişi SASPD ve WHODAS özbildirim formlarını doldurmamıştır. Kişilik bozukluğu olan ve olmayan grup SASPD toplam puanları ve WHODAS özbildirim ölçek puanları açısından incelenmiştir. Kişilik bozukluğu olan grup 17-18 kişi olduğu için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Etki boyu (R) = $Z / \sqrt{N}$ formülü ile hesaplanmıştır (78).

Tablo XII’ye göre kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında SASPD toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kişilik bozukluğu olan grubun daha yüksek SASPD puanına sahip olduğu gözlenmiştir. Kişilik bozukluğu olanların WHODAS özbildirim formundan biliş, hareket, kendine bakma, insanlarla geçinme, topluma katılma alanlarında ve genel yetiştiriminde KB’si olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur ($p<0,001$). En düşük farklılık WHODAS yaşam

aktiviteleri alanında bulunmuştur ($p=0,005$). r değerinin 0,1 olması küçük boy etki, 0,3 olması orta boy ve 0,5 olması büyük boy etki olarak değerlendirilir (79). SASPD toplam puanı, WHODAS genel yetiyitimi, biliş, hareket, kendine bakma, insanlarla geçinme ve topluma katılma alanlarındaki farkın büyük boyda olduğu, yaşam aktivitelerindeki farkın orta boyda olduğu bulunmuştur.

4.7. SASPD Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması

SASPD ölçeğinin optimal kesme noktasını belirlemek amacıyla ROC analizinden yararlanılmış, uygun kesme noktasının kullanılması durumunda ölçeğin duyarlılık, özgüllük ve doğruluğunun ne düzeye ulaştığı hesaplanmıştır. Duyarlılık (sensitivity), iki klinisyenin de KB tanısı koyduğu olgulardan ne kadarının kesme noktasının üstünde puan aldığını, yani test tarafından “yakalandığını” gösteren bir orandır. Özgüllük (specificity) ise, iki klinisyenin de KB olmadığını düşündüğü kişilerin yüzde kaçının kesme noktasının altında puan aldığını, yani test tarafından “normal” bulunduğunu gösteren bir orandır. Doğruluk (accuracy) ise, gerçek pozitif ve gerçek negatiflerin toplamının araştırmaya katılan toplam denek sayısına bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. Testin doğru sınıflandırdığı deneklerin oranını bize vermektedir.



Şekil 1: SASPD Ölçeği İçin Elde Edilen ROC Eğrisi

ROC analizi sonucunda elde edilen ROC eğrisi şekil 1’de gösterilmiştir. ROC analizi SASPD ölçeği için optimal kesme puanının 8,5 olduğunu önermektedir. SASPD ölçeğinin toplam puanının kesirli olma ihtimali olmadığı için kesme puanı 9 olarak kabul edilmiştir. Diğer bir deyişle ölçekten alınan 9 ve üstü puanlar KB varlığı yönünde; 8 ve altı puanlar ise KB yokluğu yönünde yorumlanmalıdır. Eğrinin altında kalan alanın anlamlı bulunması (AUC = 0,838 [%95 GA = 0,711-0,965]), ölçek puanıyla şansa bağlanamayacak derecede yüksek oranda doğru ayırıştırma yapılabildiğini düşündürmektedir. SASPD toplam puanının bu kesme puanı ile gösterdiği performansa ilişkin veriler Tablo XIII’te sunulmuştur.

Tablo XIII: SASPD Ölçeğinin Kesme Puanı ile İncelenmesi

SASPD Toplam Ölçek Puanı	KB (+) (n=18)	KB (-) (n=24)	Kappa	%95 GA
8 puan ve altı	4	18		
9 puan ve üzeri	14	6	0,52	0,26 - 0,76

SASPD ölçeği için kesme puanı 9 olarak kabul edildiğinde, klinisyen ölçeklerine göre KB olan 4 kişinin 9 puan altında kaldığı, KB olmayan gruptan 6 kişinin 9 puan ve üzerinde puan aldığı bulunmuştur. Bu kesme puanı ile ölçeğin duyarlılığı %78, özgüllüğü %75, doğruluğu %76 olarak hesaplanmıştır. SASPD ölçeğinden 9 puan ve üzeri alan kişiler öz bildirim ölçeğine göre KB kabul edilip, klinisyen tanıları ile uyuşmalarına bakıldığında kappa 0,52 olarak bulunmuştur. Kappa güven aralığı alt sınırının 0,20 düzeyinin altına düşmemesine bakarak, SASPD puanının genel kullanımda KB tanısını taramaya yönelik geçerliğinin en azından kabul edilebilir sınırlarda olacağı söylenebilir.

SASPD ölçeği toplam puanlarının güvenilirliği Cronbach alfa iç süreklilik katsayısı ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları (corrected item-total correlation) yardımıyla incelenmiştir. SASPD ölçeğinin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa değeri 0,65 (%95 GA = 0,46-0,79) olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfanın 0,90 düzeyine yaklaşması veya aşması klinik amaçlı bireysel değerlendirmeler için yeterli güvenilirliğe, 0,80’ler düzeyinde bulunması araştırmalarda örneklem puanlarının hesaplanması için yeterli güvenilirliğe 0,70’lerde olması

yeterli olmasa da kabul edilebilir sınırlarda güvenilirliğe işaret etmektedir (80). Bu standartlar göz önüne alındığında çalışmamızda SASPD Türkçe çevirisi için hesaplanan Cronbach alfa değerinin kabul edilebilir sınırların altında güvenilirliğe işaret ettiği söylenebilir. Bu sorunun kaynaklarını belirlemek amacıyla düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelenmiştir (tablo XIV).

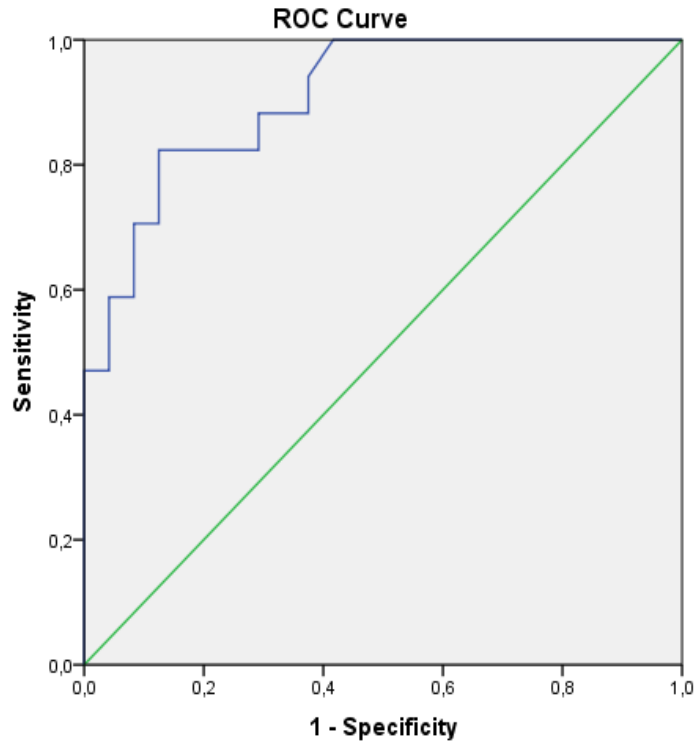
Tablo XIV: SASPD Ölçek Sorularının Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları

SASPD Ölçek Soruları	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları	Madde silindiğinde Cronbach Alfa
1-Başkalarıyla birlikte olma	0,33	0,62
2-Başka insanlara güvenme	0,35	0,61
3-Arkadaşlıklar	0,36	0,61
4-Sinirlerine hakim olma	0,42	0,59
5-Aklına eseni yapma	0,36	0,61
6-Endişelenme	0,52	0,57
7-Düzenli olma	0,17	0,65
8-Başka insanları umursama	0,17	0,65
9-Kendine yetme	0,21	0,64

Ölçek maddelerinin tek tek değerlendirilmesinde kullanılan madde-toplam korelasyonlarının 0,30 düzeyine yaklaşması veya aşması, ilgili maddenin ölçek puanına istenen düzeyde katkı yaptığıнын göstergesi olarak yorumlanmaktadır (80). Tablo XIV incelendiğinde başkalarıyla birlikte olma, başka insanlara güvenme, arkadaşlıklar, sinirlerine hakim olma, aklına eseni yapma ve endişelenme maddelerinin madde-toplam korelasyonları 0,30' dan yüksek bulunmuştur. En yüksek düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu altıncı soru olan endişelenmede gözlenmiştir. Düzenli olma, başka insanları umursama ve kendine yetme sorularında düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu 0,30'un altında bulunmuştur. Bu veriler, SASPD'nin son üç maddesinin ülkemizde yeterince iyi çalışmadığını ve toplam puana uygun biçimde katkıda bulunmadığını düşündürmektedir.

4.8. WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması

Tablo XII'ye göre klinisyen tanılarına göre KB olan ve olmayan gruplar arasında en büyük fark WHODAS Özbildirim (ÖB) formunun genel yetiyitimi puanında bulunmuştur ($r = 0,69$, $p < 0,001$). Bu yüzden WHODAS özbildirim formunun da KB tanısını yordayıp yordamadığı incelenmiştir. ROC analizi ile optimal kesme noktası belirlenmiştir. Bu kesme noktası ile ölçeğin duyarlılığı, özgüllüğü ve doğruluğu hesaplanmıştır. ROC analizi sonucunda elde edilen ROC eğrisi şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2: WHODAS 36 Soruluk ÖB Formu İçin Elde Edilen ROC Eğrisi

ROC analizi sonucunda WHODAS özbildirim ölçeğinin ortalama genel yetiyitimi puanı için kesme puanı 1,30 olarak bulunmuştur. Eğrinin altında kalan alanın anlamlı bulunması ($AUC = 0,908$ [%95 GA = 0,821-0,995]), ölçek puanıyla şansa bağlanamayacak derecede yüksek oranda doğru ayrıştırma yapılabildiğini düşündürmektedir. WHODAS özbildirim ölçeğinin genel yetiyitiminin bu kesme puanı ile gösterdiği performansa ilişkin veriler Tablo XV'te sunulmuştur.

Tablo XV: WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçeği Genel Yetiyitimi Puanının Kesme Puanı ile Performansı

WHODAS Özbildirim Genel Yetiyitimi Puanı	KB+ (n=17)	KB- (n=24)	Kappa	%95 GA
1,30 puan altı	3	21		
1,30 puan ve üzeri	14	3	0,70	0,46 - 0,90

Tablo XV incelendiğinde klinisyen tanılarına göre KB olan gruptan 3 kişinin 1,30 puanın altında puan aldığı, KB olmayan gruptan 3 kişinin ise 1,30 puan ve üzeri puan aldığı bulunmuştur. Bu kesme puanı ile ölçeğin duyarlılığı %82, özgüllüğü %88, doğruluğu %85 olarak hesaplanmıştır. WHODAS özbildirim ölçeğinin ortalama genel yetiyitimi ile klinisyen tanıları arasındaki uyuşmalarına bakıldığında kappa 0,70 olarak bulunmuştur (**p<0,001**). Kappa güven aralığı alt sınırının 0,46 düzeyinde olmasına bakarak, WHODAS özbildirim ölçeğinin genel yetiyitimi puanının genel kullanımda KB tanısını taramaya yönelik geçerliğinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Örnekleme 20 kişinin WHODAS 36 soruluk özbildirim ölçeklerinde eksiklikler olduğu için iç tutarlılık analizinde toplam 28 kişinin verileri incelenmiştir. WHODAS özbildirim ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa iç süreklilik katsayısı ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları (corrected item-total correlation) yardımıyla incelenmiştir. WHODAS özbildirim ölçeğinin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa değeri 0,97 (%95 GA = 0,96-0,99) olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfanın 0,90 düzeyine yaklaşması veya aşması klinik amaçlı bireysel değerlendirmeler için yeterli güvenilirliğe işaret etmektedir. WHODAS özbildirim ölçeği için düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları tablo XVI’da gösterilmiştir.

Tablo XVI incelendiğinde ölçekteki tüm maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyonları 0,30’un üzerinde olduğu gözlenmiştir. En yüksek düzeltilmiş madde-toplam korelasyonuna sahip sorular evin içinde dolaşma ve her günlük iş veya okul hayatını sürdürme sorularıdır (0,89). Sağlık sorunlarıyla uğraşmaya zaman harcama ve sağlık sorunlarından duygusal yönden etkilenme en düşük düzeltilmiş madde-toplam korelasyonuna sahip

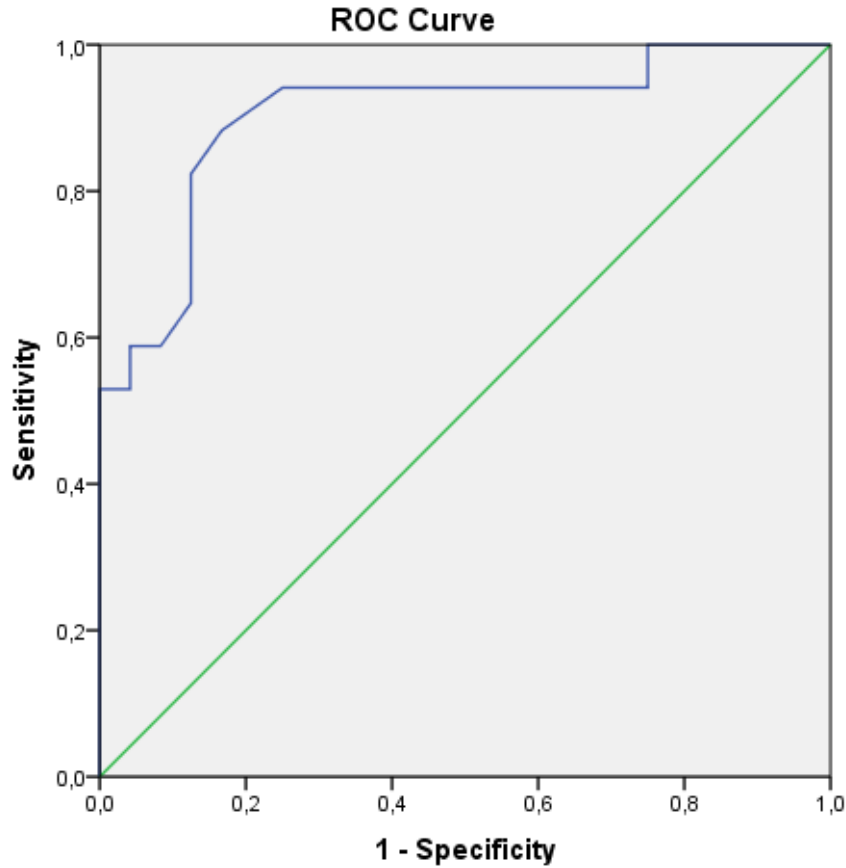
sorulardır (0,34-0,35). Ölçekten soruların çıkartılmasıyla Cronbach alfa değerinin yine 0,97 civarında olduğu gözlenmiştir.

Tablo XVI: WHODAS 36 Soruluk Özbildirim Ölçek Sorularının Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları

WHODAS Özbildirim Ölçeği Maddeleri	Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları
1. Dikkatini yaptığı şey üzerinde 10 dakika toplama	0,68
2. Yapılması gereken önemli işleri hatırlama	0,67
3. Gündelik sorunları irdeleme ve çözme	0,84
4. Yeni bir şeyi öğrenme	0,64
5. İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	0,79
6. Karşılıklı bir konuşmayı başlatma ve sürdürme	0,61
7. Uzun süre ayakta durma	0,74
8. Oturduğu yerden ayağa kalkma	0,81
9. Evin içinde dolaşma	0,89
10. Evden dışarı çıkma	0,81
11. Uzun mesafe yürütme	0,59
12. Banyo yapma	0,83
13. Giyinme	0,80
14. Yemek yeme	0,65
15. Kendi başına birkaç gün geçirme	0,51
16. Tanımadığı insanlarla anlaşma	0,64
17. Arkadaşlıklarını sürdürme	0,60
18. Yakın insanlarla geçinme	0,53
19. Yeni arkadaşlıklar kurma	0,53
20. Cinsel hayatı sürdürme	0,52
21. Ev ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme	0,83
22. Evdeki en önemli görevleri gerektiği kadar iyi yapma	0,83
23. Evdeki işlerin tamamını eksiksiz yerine getirme	0,88
24. Evdeki işleri gerektiği kadar hızlı yapıp bitirme	0,85
25. Her günkü iş veya okul hayatını sürdürme	0,89
26. İş veya okuldaki en önemli görevleri iyi yapma	0,88
27. İşlerin tamamını eksiksiz yerine getirme	0,84
28. İşleri/ödevleri hızlı yapıp bitirme	0,78
29. Toplu aktivitelere herkes kadar katılma	0,74
30. Çevredeki kısıtlayıcı koşullar yüzünden sorun yaşama	0,56
31. Başı dik yaşamakta sorun yaşama	0,79
32. Sağlık sorunlarıyla uğraşmaya zaman harcama	0,34
33. Sağlık sorunlarından duygusal yönden etkilenme	0,35
34. Sağlık sorunlarından parasal açıdan etkilenme	0,55
35. Sağlık sorunları yüzünden ailenin sorun yaşaması	0,72
36. Rahatlamak/eğlenmek için kendi başına bir şeyler yapma	0,69

4.9. WHODAS 12 Soruluk Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

WHODAS 36 soruluk ÖB Formunun genel yetiyitimi puanı ile KB tanıları arasında iyi düzeyde bir uyuma bulunması nedeniyle hızlı kullanım açısından WHODAS 12 soruluk ÖB formu için de benzer sonuçlar alınıp alınmayacağı incelendi. WHODAS 12 soruluk özbildirim formundaki tüm sorular WHODAS 36 soruluk özbildirim formunda mevcuttur. Bu 12 sorunun ortalaması alınarak WHODAS 12 soruluk ÖB formu için genel yetiyitimi puanı hesaplanmıştır. Daha sonra optimal kesme puanını hesaplamak için ROC analizi yapılmıştır.



Şekil 3: WHODAS 12 Soruluk ÖB Formu İçin Elde Edilen ROC Eğrisi

Şekil 3'te WHODAS 12 soruluk Özbildirim ölçeğinin ROC eğrisi gösterilmiştir. Eğrinin altında kalan alanın anlamlı bulunması ($AUC = 0,904$ [%95 GA = 0,804-1,000]), ölçek puanıyla şansa bağlanamayacak derecede yüksek oranda doğru ayırıştırma yapılabildiğini düşündürmektedir. ROC analizi sonucunda ölçeğin optimal kesme puanı 1,04

olarak hesaplanmıştır. WHODAS 12 soruluk öz bildirim ölçeğinin genel yetiyitimi puanının bu kesme puanı ile gösterdiği performansa ilişkin veriler Tablo XVII’de sunulmuştur.

Tablo XVII: WHODAS 12 Soruluk Öz bildirim Formu Genel Yetiyitimi Puanının Kesme Puanı ile Performansı

WHODAS Öz bildirim Genel Yetiyitimi Ortalama Puanı	KB+ (n=17)	KB- (n=24)	Kappa	%95 GA
1,04 puan altı	2	20		
1,04 puan ve üzeri	15	4	0,70	0,46-0,90

WHODAS 12 soruluk öz bildirim ölçeği 1,04 kesme puanı ile incelendiğinde; klinisyen tanılarına göre KB olan gruptan 2 kişi kesme puanından düşük, KB olmayan gruptan 4 kişi ise kesme puanından yüksek puan almıştır. Bu kesme puanı ile ölçeğin duyarlılığı %88, özgüllüğü %83, doğruluğu %85 olarak hesaplanmıştır. Klinisyen tanıları ile aralarındaki uyuma incelendiğinde kappa katsayısı 0,70 olarak hesaplanmıştır (**p<0,001**). Kappa güven aralığı alt sınırının 0,46 düzeyinde olmasına bakarak, WHODAS 12 soruluk öz bildirim ölçeğinin ortalama genel yetiyitimi puanının genel kullanımda KB tanısını taramaya yönelik geçerliğinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

WHODAS 12 soruluk ÖB ölçeğinin iç tutarlılığı incelemesinde 15 kişinin verilerinde eksiklik olduğu için 33 kişinin verileri incelenmiştir. İç tutarlılık analizi sonucunda Cronbach alfa katsayısı 0,91 (%95 GA = 0,86-0,95) olarak bulunmuştur (**p<0,001**). Cronbach alfanın 0,90 düzeyine yaklaşması veya aşması klinik amaçlı bireysel değerlendirmeler için yeterli güvenilirliğe işaret etmektedir. WHODAS 12 soruluk ÖB formu için düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları tablo XVIII’de gösterilmiştir. Tablo XVIII incelendiğinde tüm soruların düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0,30 düzeyinde ve yüksek olarak bulunmuştur. En yüksek düzeltilmiş madde-toplam korelasyonuna sahip madde onuncu soru olan her günlük iş veya okul hayatını sürdürme maddesidir (0,80). Sağlık sorunlarından

duygusal yönden etkilenme maddesinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu 0,30 olarak hesaplanmıştır.

Tablo XVIII: WHODAS 12 Soruluk Özbildirim Form Maddelerinin Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları

WHODAS 12 Soruluk Özbildirim Ölçeği Maddeleri	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonları	Madde silindiğinde Cronbach Alfa
1. Dikkatini yaptığı şey üzerinde 10 dakika toplama	0,58	0,91
2. Yeni bir şeyi öğrenme	0,69	0,91
3. Uzun süre ayakta durma	0,72	0,90
4. Uzun mesafe yürüme	0,66	0,91
5. Banyo yapma	0,73	0,90
6. Giyinme	0,76	0,90
7. Tanımadığı insanlarla anlaşma	0,68	0,91
8. Arkadaşlıklarını sürdürme	0,66	0,91
9. Ev ile ilgili yükümlülükleri yerine getirme	0,71	0,90
10. Her günkü iş veya okul hayatını sürdürme	0,80	0,90
11. Toplu aktivitelere herkes kadar katılma	0,70	0,91
12. Sağlık sorunlarından duygusal yönden etkilenme	0,30	0,93

4.10. Özbildirim Ölçeklerinin KB Şiddetini Değerlendirmekteki Kullanışlılığı

SASPD toplam puanı ve WHODAS özbildirim formundan elde edilen genel yetiyimi puanının KB şiddetini belirlemekte ne ölçüde işlevsel olabileceğini belirlemek amacıyla, ölçek puanları ile klinisyen şiddet değerlendirmeleri arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Klinisyen değerlendirmeleri ordinal değişken niteliğinde olduğundan, bu hesaplamalarda ICC, Spearman rho ve eta katsayılarından yararlanılmış, sonuçlar tablo XIX’da sunulmuştur.

Hipotezimizle ilişkili olarak klinisyen KB şiddet değerlendirmeleri ile SASPD toplam puanları ve WHODAS özbildirim formunun genel yetiyitimi puanı arasındaki uyuma önce ICC katsayısı ile incelenmiştir. Klinisyen şiddet değerlendirmeleri ile WHODAS genel yetiyitimi puanı arasında ICC 0,60’tan yüksek olarak bulunmuştur. SASPD toplam puanı ile

klinisyen şiddet değerlendirmeleri incelendiğinde ICC 0,35 civarında bulunmuştur. Bu durum iki farklı testi incelerken testlerin puan aralıkları uyumsuz olduğunda ICC değerinin düşük bulunması ile açıklanabilir (81). Bu yüzden iki farklı testin korelasyonu için Spearman rho ve eta katsayısından da faydalanılmıştır. Tablo XIX’da yer alan Spearman rho ve eta korelasyon katsayılarının tamamı 0,50’den büyüktür. Bu katsayıları Cohen’in (79) Pearson r için verdiği standartlar çerçevesinde yorumlanacak olursa; klinisyenlerin ayrı ayrı veya birlikte analize sokulan puanlamaları ile özbildirim ölçeklerinin toplam puanları arasında yüksek düzeyde (>0,50) korelasyon olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar her iki ölçeğin puanlarının KB şiddetine ilişkin bir fikir de verebileceği anlamına gelmektedir.

Tablo XIX: Klinisyen KB Şiddet Değerlendirmesi ile Öz bildirim Ölçeklerinin Korelasyonu

	SASPD Toplam Puanı			
Klinisyen Değerlendirmeleri	Rho (%95 GA)	η (%95 GA)	η²	ICC (%95 GA)
Klinisyen A	0,61(0,36-0,76)**	0,65(0,49-0,81)	0,42	0,35(0,06-0,58)
Klinisyen B	0,58(0,35-0,76)**	0,62(0,46-0,79)	0,38	0,34(0,05-0,58)
Klinisyen A ve B(ortalaması)	0,59(0,36-0,77)**	0,67(0,50-0,82)	0,45	0,35(0,06-0,59)
	WHODAS Genel Yetiştirimi Puanı			
	Rho (%95 GA)	η (%95 GA)	η²	ICC (%95 GA)
Klinisyen A	0,70(0,54-0,81)**	0,68(0,56-0,83)	0,46	0,63(0,41-0,78)
Klinisyen B	0,68(0,49-0,80)**	0,69(0,55-0,84)	0,48	0,60(0,38-0,77)
Klinisyen A ve B(ortalaması)	0,69(0,52-0,81)**	0,71(0,59-0,85)	0,50	0,62(0,39-0,77)

**=p<0,001

5. TARTIŞMA

5.1. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanısının Sıklığı

Çalışmamızda her iki klinisyen tarafından da kişilik bozukluğu tanısı alan katılımcı sayısı 18 olduğuna göre, tanı sıklığı %37,5 düzeyinde bulunmuştur. ICD-11'in geliştirilmesine yönelik bir öncü çalışmada, önerilen yeni tanı ölçütleri ile genel kişilik bozukluğunun tanı sıklığı %40 dolayında bildirilmiştir (82). Bir başka çalışmada uzmanların koydukları ICD-11 KB tanı sıklığı %62,7 bildirilmiştir (13). Bunlar rassal olarak seçilmiş örneklemeler olmayıp elverişlilik temelinde seçilmiş klinik örneklemeler olduğu için, tanı sıklığına ilişkin verilerin farklılık göstermesi beklenir bir durumdur.

5.2. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Ölçütlerine Yönelik Klinisyen Değerlendirmelerinin Güvenirliği

Kişilik bozukluğunun şiddetini değerlendirmeye yönelik ICD-11 ölçütlerinin güvenirliliği ilk kez Kore'de gerçekleştirilen bir alan çalışmasında incelenmiştir (83). Bu çalışmaya katılan klinisyenler önce kıdemli bir araştırmacı tarafından vaka öyküleri kullanılarak eğitilmişler, belli bir beceri düzeyine geldikten sonra gerçek hastaları birlikte değerlendirmeye başlamışlardır. Değerlendirmeler ortak girilen görüşmelere veya görüşme kayıtlarına dayandığı için söz konusu çalışmada derecelendirenler arası güvenirliliğin incelendiği söylenebilir. Toplam 16 hastayla yapılan görüşme verilerine dayanan güvenirlilik katsayıları kişilik bozukluğu tanısı için 0,97 düzeyinde, kişilik bozukluğu şiddet değerlendirmesi için de 0,975 düzeyinde hesaplanmıştır. Bilgilerimize göre konu ile ilgili literatürde klinisyen değerlendirmelerinin güvenirliliğini inceleyen başka bir çalışma bulunmamaktadır.

Bir başka çalışmanın ayaktan veya yatarak tedavi gören katılımcıları, katılımcılarından her biri KB tanı ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış iki klinisyen tarafından bağımsız olarak değerlendirilmiştir (13). Değerlendirmeciler; SCID-II görüşme kayıtları, sosyal işlevselliklik puanları ve riskli yaşam olaylarını göz önüne alarak ICD-11 ölçütlerine göre KB şiddetine ilişkin kararlarını vermişlerdir. Bu yolla elde edilen tanısal şiddet

değerlendirmeleri arasında şansa bağlı olanın ötesindeki uyuma yeterli düzeyde bulunmuştur (ağırlıklı $kappa = 0,50$).

Bizim çalışmamıza katılan iki klinisyen de bir diğerrinin yaptığı görüşmenin ses kayıtlarına dayanarak ICD-11 değerlendirmelerini gerçekleştirmişlerdir. Ancak Kore çalışmasından farklı olarak, bu çalışmada akademisyenler arasında uyumu arttırmaya yönelik ön alıştırmalar yapılmamıştır. Buna rağmen klinisyen değerlendirmeleri arasındaki uyum; kişilik bozukluğu tanısı için 0,91 düzeyinde, kişilik bozukluğu şiddeti için 0,99 düzeyinde, sınır örüntü için 0,86 düzeyinde bulunmuştur. Bu sonuca dayanarak, çalışmamızda kullanılan formu veya bir benzerini kullanan klinisyenlerin, önceden bu konuda ciddi bir eğitim geçmemiş olsalar dahi ICD-11 kişilik bozukluğuna yönelik güvenilir değerlendirmeler yapabileceklerini düşündürmektedir.

5.3. SASPD Puanlarının ICD-11 KB Tanısını Yordama Bağlamında Geçerlik ve Güvenirliği

ICD-11 ölçütleri doğrultusunda kişilik patolojisini şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen öz bildirim ölçeklerinin ilki SASPD'dir (13). Daha yakın zamanlarda geliştirilmiş bir diğerr ölçek olan PDS-ICD-11 (ICD-11 Kişilik Bozukluğunun Şiddeti) ölçek puanlarının SASPD puanları ile yüksek düzeyde ($r = 0,61$) korelasyon gösterdiği belirlenmiştir (84). Hem işlevsellik bozukluğu hem patolojik huy özelliklerini değerlendirmeye yönelik daha kapsamlı bir ölçek geliştirmeye yönelik çalışmalar da sürmektedir (85). Yapılan bir çalışmada, SASPD puanlarının daha çok dışlaştırma ve saldırganlık özelliklerini, yani kişiler arası sorunları yansıttığını düşündüren bulgular elde edilmiştir (86).

Yeni Zelanda ve İngiltere'den katılımcılarla gerçekleştirilen SASPD geliştirme çalışmasında uygulanan ROC analizinde ölçeğin toplam puanının ayırt edici performansı yeterli düzeyde bulunmuş ($AUC = 0,87$; 95% GA [0,78 - 0,95]); uygun kesme noktası (8 ve üstü) uygulandığında, uzmanlardan KB tanısı (referans tanı) alan ve almayan denekleri %79 doğrulukla ayırt edebildiği bildirilmiştir (13). Bizim çalışmamızda iki klinisyenin görüş birliği içinde olduğu 46 olguya ilişkin kararlar referans tanı olarak ROC analizine sokulmuştur. Analiz sonucunda toplam puanın performansının benzer düzeyde olduğu ($AUC = 0,84$, %95 GA [0,71 - 0,97]) ancak optimal kesme noktasının 8 yerine 9 ve üstü olduğu belirlenmiş, bu

kesme kullanıldığında testin tanısal doğruluk düzeyinin %76 olduğu bulunmuştur. Her iki çalışmada kestirilen AUC güven aralıklarının büyük oranda örtüşmesi, SASPD toplam puanının ayırt ediciliğinin Zellanda-İngiliz klinik popülasyonu ile Türk klinik popülasyonu arasında farklılık göstermediğini düşündürmektedir.

Bir özbildirim ölçeği olduğu için SASPD'nin güvenilirliği asıl olarak iç tutarlık katsayısı yardımıyla incelenmektedir. SASPD orjinal İngilizce formu için bildirilen alfa katsayısı 0,76 düzeyindedir (13). Ölçeğin klinik örneklemdeki güvenirliliği Almanya'da ($\omega = 0.74$) ve İspanya'da ($\alpha = 0,73$) kabul edilebilir sınırlarda bulunmuştur (87,88). İspanyol çalışmasında ölçeğin 5. ve 9. maddelerinin toplam puana yeterince katkıda bulunmadığı (düzeltilmiş $r_{m-t} < 0,30$) belirlenmiştir (88). Bizim çalışmamızda gözlenen güvenirlilik katsayısının ($\alpha = 0,65$) kabul edilebilir sınırların altında güvenirliliğe işaret ettiği söylenebilir (80). Hesaplanan madde-toplam korelasyon katsayıları, ölçeğin son üç sorusunun toplam puana uygun biçimde katkıda bulunmadığını göstermektedir. Bu üç sorunun beklendiği gibi işlememesine bağlı olarak güvenirliliğin düşük bulunması, SASPD'nin ülkemizde klinik ve araştırma amaçlı olarak kullanım için önerilmesinin önünde bir engel oluşturmaktadır.

Çalışmamızda SASPD puanlarının KB tanısı alanlar ile almayanları ayırtmak konusundaki performansı kabul edilebilir düzeylerde bulunmuştur. Toplam puan optimal kesme noktası ile birlikte kullanıldığında, klinisyenlerden genel KB tanısı alan ve almayan olguları % 76 doğrulukla ayırt edebilmektedir. Ne var ki, SASPD toplam puanının güvenirliliğinin düşük olması, ölçümün yeterince keskin veya dakik yapılamadığı anlamına gelmekte, bu da puanın kullanışlılığını ciddi biçimde sınırlamaktadır.

5.4. WHODAS 2.0 Genel Yeti Yitimi Puanlarının ICD-11 KB Tanısını Yordama Bağlamında Geçerlik ve Güvenirliliği

ICD-11 kişilik bozukluğu tanı ölçütleri arasında sosyal işlevsellikte bozulma da yer almaktadır. Dolayısıyla, KB tanısını yordamak konusunda sosyal işlevsellikteki bozulmayı ölçen özbildirim ölçeklerinin ne ölçüde kullanışlı olabileceğinin irdelenmesi önemli görülmektedir. Bu konudaki ilk önemli yayın ICD-11 kişilik bozuklukları ölçütlerini geliştirmekle görevli grubun başkanı tarafından kaleme alınmıştır (89). Geniş ölçekli üç uzunlamasına çalışmanın verilerinin yeniden analizine dayalı bu makalede, sosyal işlevsellik üzerinde kişilik bozukluğunun olumsuz etkisinin önemli olduğu belirlenmiştir. Olgularda

yakınlarda ortaya çıkmış bir mental veya fiziksel rahatsızlığın söz konusu olması durumunda sosyal işlev kaybının yüzde 20-40 kadarı bu patolojiler tarafından açıklanmakta, kalanı ise kişilik işlevlerindeki aksama tarafından açıklanmaktadır. Eğer son zamanlarda yaşanan mental veya fiziksel rahatsızlık yok ise sosyal işlevlerde aksama kişilik bozukluğuyla güçlü bir ilişki göstermektedir. Bu veriler sosyal işlevsellikte aksamayı ölçen araçların, ICD-11 genel kişilik bozukluğu tanısını yordamak açısından ne ölçüde kullanışlı olabileceğinin incelenmesi gereğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda, hem ICD-11 hem de DSM-5'te işlevselliğin çeşitli alanlarındaki aksamanın değerlendirilmesinde kullanılması önerilen WHODAS 2.0 özbildirim formundan elde edilen puanların yordayıcı performansı incelenmiştir. Çalışmada kullanılan 36 soruluk WHODAS formundan genel yetiyitimi puanına ek olarak altı alan puanı elde edilmektedir. Ön analiz sonuçlarına göre bu puanlar arasında ayırt ediciliği en yüksek olanın genel yetiyitimi olması nedeniyle, ileri analizlerde sadece bu WHODAS puanının uygun kesme noktası ile psikometrik özellikleri incelenmiştir. Genel yetiyitimi puanı ROC analizi tarafından önerilen 1.30 optimal kesme noktası ile kullanıldığında, KB tanısı olan veya olmayan denekleri %85 doğruluk, %82 duyarlık ve %88 özgüllük ile sınıflandırmaktadır. Ayrıca genel yetiyitimi puanının iç tutarlılığı çok yüksek (Cronbach alfa = 0.97; %95 GA = 0.96-0.99) ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonlarının tamamı 0.30 seviyesinin üzerinde bulunmuştur. Bu bulguların yanı sıra popülasyon geçerlik kestirimleri (kappa = 0.70; %95 GA = 0.46-0.90), 36 maddelik WHODAS uzun özbildirim formundan elde edilen genel yetiyitimi puanlarının uygun kesme ile birlikte ICD-11 KB tanı statüsünü yordamak için hem klinik hem de araştırma amaçlı kullanıma uygun geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu düşündürmektedir.

Ayrıca çalışmamızda daha hızlı kullanım açısından 12 soruluk WHODAS özbildirim formunun KB tanısını yordamadaki geçerliliği incelenmiştir. ROC analizi tarafından önerilen 1.04 optimal kesme noktası ile kullanıldığında, KB tanısı olan ve olmayanları uzun forma benzer şekilde %85 doğruluk, %88 duyarlılık ve %83 özgüllük ile sınıflandırmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı çok yüksek (Cronbach alfa = 0.91, %95 GA = 0.86-0.95) ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0.30 ve üzerinde bulunmuştur. Popülasyon geçerlik kestirimleri (kappa = 0.70; %95 GA = 0.46-0.90) WHODAS 36 soruluk uzun formu ile benzer bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda WHODAS 12 soruluk özbildirim formundan elde edilen genel yetiyitimi puanının uygun kesme puanı ile birlikte ICD-11 KB tanı statüsünü

yordamak için hem klinik hem de araştırma amaçlı kullanıma uygun, geçerli ve hızlı bir araç olduğunu düşündürmektedir.

İlk bakışta genel olarak işlev kaybına işaret eden WHODAS puanlarının genel KB tanısını bu kadar iyi yordaması şaşırtıcı görünebilir. Tanılarüstü yaklaşımla gerçekleştirilen bir çalışmanın bulguları bu açıdan ışıktutucu niteliktedir (90). Çalışmada iki ayrı veri kümesinde üç genel faktör arasındaki korelasyon düzeyleri incelenmiştir. Bunlardan genel kişilik bozukluğu (g-KB) faktörü ile hem genel psikopatoloji (p) faktörü arasında (0,92) hem de genel kişilik faktörü (GKF) arasında (-0,90 ve -0,82) çok yüksek düzeyde korelasyonlar gözlenmiştir. Bu üç faktör arasındaki ortak noktanın ne olduğu sorusuna cevap arayan yazarlar, nedenlerine bakılmaksızın kişinin işlevlerinde gözlenen aksama veya kaybın bu ortak nokta olduğu sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla genel yetiyitimi puanlarının her türlü psikopatoloji ve kişilik patolojisiyle birlikte yükselmesinde şaşırtıcı bir yan yoktur. Çalışmamızın bütün katılımcılarının takip altında psikiyatri hastaları olduğu düşünüldüğünde, genel yetiyitimi puanlarının katılımcılar arasında KB tanısı olan ve olmayanları birbirinden bu kadar iyi ayırıştırabilmesi dikkat çekicidir. Bu bulgu, ortaya çıkan psikopatolojik tabloya bağlı gibi görünen işlev kaybının önemli bir bölümünün altta yatan kişilik bozukluğundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya sağlık örgütü bülten üye devletlerin 2022 yılıyla birlikte ICD-10 kullanmayı bırakarak ICD-11'e geçmelerini beklemektedir (91). Bu durum ICD-11 kişilik bozukluğu tanılama sistemine hızlı biçimde alışmayı gerektirmektedir. Bu açıdan bakıldığında ICD-11 kişilik bozukluğu tanılama ölçütlerinin bir araştırma formu yardımıyla klinisyenler tarafından ne ölçüde güvenilir biçimde değerlendirildiğinin ve bu amaçla kullanılan özbildirim ölçeklerinden birinin değerlendirmeye ne ölçüde yardımcı olduğunun incelenmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın sonuçları klinisyen değerlendirmelerinin güvenilir olduğunu desteklemektedir. Bununla birlikte söz konusu çalışmada, aralarındaki uyumaya bakılan iki klinisyenin değerlendirmeleri, birinin yaptığı görüşmenin ses kayıtlarının diğeri tarafından dinlenmesine dayanmaktadır. Dolayısıyla bu desenle elde edilen güvenilirlik katsayıları gerçek yaşam ortamında birbirinden tümüyle bağımsız olarak değerlendirme yapan klinisyenler arasındaki uyumayı göstermekten ziyade, bir bakıma laboratuvar ortamındaki uyumayı göstermektedir. Bu kısıtlılık, çalışmada elde edilen çok yüksek güvenilirlik katsayılarına ihtiyatla yaklaşılmasını gerektirse de, ülkemizde ICD-11 kişilik bozukluğu ölçütlerinin bu çalışmada kullanılabilecek benzer formlar yardımıyla güvenilir biçimde değerlendirilebileceği yönünde önemli bir destek sağlamaktadır.

ICD-11 KB tanısı doğrultusunda geliştirilen SASPD özbildirim ölçeğinin KB tanısı alanlar ile almayanları ayırtmak konusundaki performansı kabul edilebilir düzeylerde bulunsa da ölçeğin güvenilirliği düşük bulunmuştur. Bu yüzden SASPD ülkemizde klinik ve araştırma amaçlı olarak kullanım için önerilememektedir.

Çalışmamızda WHODAS kısa ve uzun özbildirim formlarından elde edilen genel yetiyitimi puanlarının ICD-11 KB tanısını yordama gücü yeterli düzeyde, güvenilirliği ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Sonuçlarımız doğrultusunda WHODAS kısa ve uzun özbildirim formlarının ICD-11 KB tanısını yordamak amacıyla hem klinik hem de araştırma amaçlı kullanılabilecek nitelikte, doğru ve hassas ölçüm yapabilen araçlar olduğu söylenebilir.

ÖZET

ULUSLARARASI HASTALIK SINIFLANDIRMASININ 11. REVİZYONU (ICD-11) KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİNE YÖNELİK KLİNİSYEN DEĞERLENDİRMELERİ İLE ÖZBİLDİRİM ÖLÇEKLERİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Amaç ve hipotez: Bu çalışmada, ICD-11 kişilik bozukluğu (KB) tanı ölçütlerine yönelik klinisyen değerlendirmelerinin güvenirliğinin ve iki öz bildirim ölçeğinin klinisyenlerin tanısallık değerlendirmelerine karşı geçerliğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın hipotezleri; ICD-11 tanı ölçütlerine göre hazırlanmış KB formu üzerinden katılımcıları değerlendiren klinisyenlerin arasındaki uyuma yeterli düzeyde (κ veya ICC $\geq 0,60$) olacaktır. Klinisyenlerin KB tanı ve şiddetine ilişkin değerlendirmeleri ile SASPD ve WHODAS ölçek puanları arasında yeterli düzeyde uyuma olacaktır.

Yöntem: Araştırma verilerinin toplanması Mart 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya yaşları 18-61 arasında değişen toplam 48 gönüllü hasta alınmıştır. Katılımcılar olgu rapor formu üzerinde sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgi vermenin yanı sıra, SASPD (Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder) ve WHODAS-36 öz bildirim ölçeklerini doldurmuştur. Bu öz bildirimlerden habersiz bir klinisyen, her bir katılımcı ile tanısallık görüşme yaparak değerlendirmelerini ICD-11 Kişilik Bozukluğu tanı ölçütlerine göre hazırlanmış bir araştırma formu üzerinde kodlamıştır. İkinci bir klinisyen ilk görüşmenin ses kayıtlarına dayanarak ulaştığı tanısallık kararlarını başka bir ICD-11 KB formu üzerinde belirtmiştir. Klinisyenlerin genel KB tanıları arasındaki uyuma κ katsayısı ile, boyutsal değerlendirmeleri arasındaki uyuma sınıfıçi korelasyon katsayısı – ICC ile incelenmiştir. Öz bildirim ölçek puanları ile klinisyenlerin KB şiddet değerlendirmeleri ile arasındaki uyumun incelenmesinde Spearman rho ve eta korelasyon katsayılarından, ölçeklerin uygun kesme noktasının belirlenmesinde ROC analizinden yararlanılmıştır. Öz bildirim ölçeklerinin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 olarak kabul edildiği için, popülasyon parametrelerinin kestirilmesinde, elde edilen örneklem parametrelerinin %95 güven aralıkları göz önüne alınmıştır.

Bulgular: Klinisyenler örneklemin % 37,5'inde genel KB tanısı olduğu, %58,3'ünde olmadığı konusunda uzlaşmış; % 4,2'sinin tanısal statüsü konusunda uzlaşmamıştır. Hesaplanan güvenilirlik katsayısı kappa katsayısı 0,91(%95 GA = 0,77-1,00) klinisyenlerin tanısal yargıları arasında şansa bağlı olanın ötesindeki uyuşmanın çok yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Görüşme formu üzerinde iki klinisyen tarafından bağımsız olarak kodlanan kişilik işlevselliği, KB özgül belirtileri ve sosyal işlevselliğe yönelik boyutsal değerlendirmelerin tümünün güvenilirliği yüksek düzeyde bulunmuştur (ICC > 0,80). Her iki klinisyenin KB şiddetine yönelik toplu değerlendirmeleri ile SASPD toplam puanı arasındaki korelasyonlar 0,60 dolayında, WHODAS genel yetiyitimi puanı arasındaki korelasyonlar 0,70 dolayında hesaplanmıştır. Buna paralel olarak, her iki klinisyenden KB tanısı alan 18 hastanın öz bildirim ölçeklerinden aldıkları puanların tümü KB tanısı olmayan 28 hastanın puanlarından anlamlı ölçüde ($p \leq 0,005$) yüksek bulunmuştur. İki grup arasında WHODAS puanları açısından en büyük farkın genel yetiyitimi puanında gözlenmesi nedeniyle, SASPD puanı yanı sıra bu puanın kesme noktasındaki performansının incelenmesine gerek duyulmuştur. ROC analizi SASPD için uygun kesme puanını 9 olarak önermiş, bu kesme puanı ile ölçeğin duyarlılığının %78, özgüllüğünün %75, tanısal doğruluğunun %76 olduğu belirlenmiştir. Gerek bu değerler gerekse kestirilen popülasyon kappa değerleri (kappa = 0,52; %95 GA= 0,26-0,76) ölçeğin geçerliğinin en azından kabul edilebilir sınırlarda olduğunu düşündürmüştür. Bununla birlikte SASPD ölçeğinin güvenilirliğinin kabul edilebilir sınırların altında (alfa = 0,65; %95 GA= 0,46-0,79) olduğu belirlenmiş, güvenilirlik sorununun kaynağında, toplam puanla 0,30 düzeyinin altında korelasyon gösteren üç maddenin yattığı belirlenmiştir. Bunlar; düzenli olma, başka insanları umursama ve kendine yetme ile ilgili maddelerdir. ROC analizi WHODAS öz bildirim ölçeği genel yetiyitimi puanı için uygun kesme puanını 1,30 olarak önermiş, bu kesme noktası ile ölçeğin duyarlılığı %82, özgüllüğü %88, doğruluğu %85 olarak hesaplanmıştır. Gerek bu değerler gerekse kestirilen popülasyon kappa değerleri (kappa = 0,70; %95 GA= 0,46-0,90) ölçeğin geçerliğinin yeterliden mükemmele uzanan bir aralıkta olduğunu düşündürmüştür. WHODAS genel yetiyitimi puanının iç tutarlığı çok yüksek düzeyde (Cronbach alfa = 0,97; %95 GA= 0,96 - 0,99) hesaplanmış; tüm soruların düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0,30'un üzerinde bulunmuştur. Bu veriler genel yetiyitimi puanının ICD-11 KB tanısını yordamak açısından geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu düşündürmektedir. Bekleneceği gibi, 36 soruluk uzun formdan seçilen 12 madde ile oluşturulan kısa WHODAS formundan elde edilen puan da

benzer psikometrik özellikleri sergilemektedir. WHODAS kısa form puanının Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 (%95 GA= 0,86 - 0,95); kesme noktası olan 1,04 ile birlikte kullanıldığında kappa geçerlik katsayısı 0,70 (%95 GA= 0,46- 0,90), duyarlılığı %88, özgüllüğü %83, doğruluğu %85 düzeyindedir.

Sonuç: Bulgularımız, ICD-11 ölçütlerine göre hazırlanmış KB tanılama formunu kullanılarak gerçekleştirilen hem kategorik hem de boyutsal değerlendirmelerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. SASPD puanlarının KB tanısı ve şiddetini yordamaya yönelik geçerliği kabul edilebilir sınırlarda, ancak güvenilirliği kabul edilebilir sınırların altında bulunmuştur. Bu yüzden ölçeğin tarama amaçlı kullanımı önerilememektedir. Öte yandan, 36 soruluk WHODAS öz bildirim ölçeği genel yetiyitimi puanlarının KB tanısı ve şiddetini yordamaya yönelik geçerliği yeterli düzeyde, güvenilirliği yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu psikometrik verilerin ışığında, WHODAS kısa veya uzun formlarından elde edilen genel yetiyitimi puanlarının klinik ve araştırma amaçlı olarak KB tanısını tarama amacıyla kullanıma uygun olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kişilik, Kişilik bozukluğu, Uluslararası hastalık sınıflandırması

İletişim Adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Merkez/Aydın, Tel: 0256 444 12 56- 3512.

SUMMARY

THE VALIDITY AND RELIABILITY OF CLINICIANS' RATINGS AND SELF-REPORT SCALE SCORES IN EVALUATING ICD-11 (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES - 11TH EDITION) DIAGNOSTIC CRITERIA FOR GENERAL PERSONALITY DISORDER

Purpose and hypothesis: The present study aimed to investigate the inter-rater reliability of the clinicians' diagnostic ratings concerning the ICD-11 criteria set for general personality disorder (PD), and to explore the validity of two self-report scales against clinicians' evaluations. We tested the research hypotheses that good levels of chance-corrected agreement (κ or ICC ≥ 0.60) are to be found between criteria ratings by a pair of clinicians and between their ratings and the SASPD and WHODAS scores.

Methods: The data were collected between March 2021 and November 2021. The sample consisted of 48 volunteering in- or out-patients ranging in age between 18-61 years. Each participant was administered the SASPD (Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder) and 36-item WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Scale) and was interviewed and rated concerning the ICD-11 criteria for general PD by a clinician using a form designed for this study. Each participant was also rated by a second clinician listening to the audio-recorded interview. The agreement level between two clinicians in terms of dimensional ratings and categorical diagnoses were estimated by means of intraclass correlation coefficient (ICC) or kappa, respectively. Spearman rho and eta correlation coefficients were used to analyze the agreement between self-report scale scores and clinicians' severity ratings, and ROC analysis was employed to search for the optimal cut-off scores to be used to predict clinicians' categorical PD diagnoses. The internal consistency of the self-report scales was investigated through Cronbach's alpha coefficient and corrected item-total correlations. Since the Type-1 error rate was accepted as 0,05, the 95% confidence intervals of the obtained sample parameters were taken into account in estimating the population parameters.

Findings: The clinicians agreed on the presence of a PD diagnosis in 37.5% and on the absence of a diagnosis in 58.3% of the sample, while disagreed on the 4.2%. The calculated kappa coefficient of 0.91 (95% CI = 0.77-1.00) indicates a high level of agreement beyond chance between the clinicians' diagnostic judgments. Likewise, the inter-rater reliability of the

clinicians' dimensional ratings involving personality functioning, PD-specific symptoms, and social functionality was very good (i.e., ICC > 0.80). The correlations of the clinicians' individual and combined ratings of PD severity with SASPD total score and the WHODAS general disability score were around 0.60 and 0.70, respectively. Accordingly, the self-report scale scores of 18 patients with a consensus PD diagnosis were significantly ($p \leq 0.005$) higher than those of the 28 patients without. Among the various scores obtained from WHODAS, the general disability score was associated with the largest difference between the two groups. Hence, we explored the performance of this score and the SASPD total score with optimal cut-offs. ROC analysis suggested the optimal cut-off point of 9 for SASPD scores maximizing the diagnostic accuracy to 76% with 78% sensitivity and 75% specificity. These values and the population validity estimates (kappa = 0.52; 95% CI = 0.26-0.76) suggested that the validity of the scale was within acceptable limits. The reliability of the SASPD, however, was unacceptably low, particularly for clinical use (alpha = 0.65; 95% CI = 0.46-0.79), mostly due to low item-total correlations (i.e., ≤ 0.30) observed for the final three items involving orderliness, caring for other people, and self-sufficiency. Conversely, the WHODAS-36 general disability score used with an optimal cut-off score of 1.30 as suggested by ROC analysis classified subjects with or without PD diagnosis with an accuracy of 85%, a sensitivity of 82%, and a specificity of 88%. Furthermore, the internal consistency of the general disability score was very high (Cronbach's alpha = 0.97; 95% CI = 0.96 - 0.99), and the entire corrected item-total correlations were over 0.30 level. These findings as well as the population validity estimates (kappa = 0.70; 95% CI = 0.46-0.90) suggested that the cut-off applied general disability score obtained from 36-item WHODAS is a valid and reliable tool to predict clinical PD diagnosis. As expected, the general disability score as a composite of 12 items of the WHODAS short form has similar psychometric properties when used with a cut-off score of 1.04. Briefly, the WHODAS-12 scores are associated with a Cronbach's alpha of 0.91 (95% CI = 0.86 - 0.95), kappa of 0.70 (95% CI = 0.46-0.90), sensitivity of 0.88, specificity of 0.83, and accuracy of 0.85.

Conclusion: Our findings reveal high inter-rater reliability of diagnostic evaluations involving dimensional and categorical ratings of the ICD-11 criteria for general PD on a form designed for this study. The validity of the SASPD scores in predicting the PD diagnosis and severity was within acceptable limits, though the reliability was not. Therefore, use of this instrument to screen personality pathology can hardly be recommended. On the other hand,

the general disability scores yielded either by short or long WHODAS self-report forms emerge as valid and highly reliable measures of ICD-11 defined PD. Therefore, data from the current psychometric study strongly support the use of WHODAS self-report forms to predict PD diagnosis for clinical and/or research purposes in Turkey.

Keywords: Personality, Personality disorders, International classification of diseases

Address: Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Merkez/Aydın, phone: 0256 444 12 56- 3512.



KAYNAKLAR

1. Cloninger R, Svrakic D. Personality Disorders. In: Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, Baltimore, New York: Wolters Kluwer; 2017. p. 5431–556.
2. Bach B, Sellbom M, Skjernov M, Simonsen E. ICD-11 and DSM-5 personality trait domains capture categorical personality disorders: Finding a common ground. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(5):425–34.
3. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Lancet. 2015;385:717–26.
4. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality disorders: classical foundations. In: Personality disorders in modern life. 2nd ed. New Jersey: John Wiley & sons; 2004. p. 1–35.
5. Millon T, Meagher S, Grossman S. Theoretical perspectives. In: Livesley WJ, editor. Handbook of personality disorders Theory, research, and treatment. 1st ed. New York: Guildford Press; 2001. p. 39–60.
6. Livesley WJ. Conceptual and taxonomic issues. In: Livesley WJ, editor. Handbook of personality disorders Theory, research, and treatment. 1st ed. New York: Guildford Press; 2001. p. 3–39.
7. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 14th ed. Ankara: Bayt; 2016. 421–443 p.
8. Kay J, Tasman A. Personality disorders. In: Russel D, editor. Essentials of psychiatry. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2006. p. 785–810.
9. Taymur I, Turkcapar M. Personality: Description, Classification and Evaluation. Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry. 2012;4(2):154–77.
10. Tyrer P, Coombs N, Ibrahimi F, Mathilakath A, Bajaj P, Ranger M, et al. Critical developments in the assessment of personality disorder. Br J Psychiatry. 2007;190(S49):51–9.

11. Crocq M-A. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15(2):147–53.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.
13. Olajide K, Munjiza J, Moran P, O’Connell L, Newton-Howes G, Bassett P, et al. Development and psychometric properties of the standardized assessment of severity of personality disorder (SASPD). *J Pers Disord*. 2018;32(1):44–56.
14. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590–6.
15. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188(MAY):423–31.
16. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):46–53.
17. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(1):52–7.
18. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*. 2014;8(2):91–101.
19. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Nonpatient Sample: Demographic Correlates and Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(8):682–9.
20. Kenan MM, Kendjelic EM, Molinari VA, Williams W, Nomis M, Kunik ME. Age-related differences in the frequency of personality disorders among inpatient veterans. *Int J Geriatr Psychiatry - Wiley Online Libr*. 2000;15(9):831–7.
21. Agronin ME, Maletta G. Personality Disorders in Late Life: Understanding and Overcoming the Gap in Research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2000;8(1):4–18.

22. Balsis S, Gleason MEJ, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging*. 2007;22(1):171–85.
23. Mattia J, Zimmerman M. Epidemiology. In: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders Theory, reseachr, and treatment*. 1st ed. New York: Guildford Press; 2001. p. 107–24.
24. Morgan TA, Zimmerman M. Epidemiology of personality disorders. In: Livesley WJ, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders theory, research, and treatment*. 2nd ed. New York London: Guilford Press; 2018. p. 173–97.
25. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553–64.
26. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:735–43.
27. Ma G, Fan H, Shen C, Wang W. Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neurosci Bull* 2016. 2016 Apr 1;32(3):286–306.
28. Nigg JT, Goldsmith HH. Genetics of Personality Disorders: Perspectives From Personality and Psychopathology Research. *Psychol Bull*. 1994;115(3):346–80.
29. Cloninger R. Genetics. In: Gabbard G, Paris J, Shea T, Widiger TA, editors. *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders*. 1st ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 143–55.
30. Fanning JR, Coccaro EF. Neurotransmitter Function in Personality Disorder. In: Livesley WJ, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders : theory, research, and treatment*. 2nd ed. New York London: Guildford Press; 2018. p. 251–71.
31. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, et al. Serotonergic Studies in Patients With Affective and Personality Disorders: Correlates With Suicidal and Impulsive Aggressive Behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(7):587–99.

32. New AS, Trestman RL, Mitropoulou V, Benishay DS, Coccaro E, Silverman J, et al. Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry Res.* 1997;69(1):17–26.
33. Friedel RO. Dopamine Dysfunction in Borderline Personality Disorder: A Hypothesis. *Neuropsychopharmacology.* 2004;29(6):1029–39.
34. Haller J. The neurobiology of abnormal manifestations of aggression—A review of hypothalamic mechanisms in cats, rodents, and humans. *Brain Res Bull.* 2013;93:97–109.
35. Lee R, Petty F, Coccaro EF. Cerebrospinal fluid GABA concentration: Relationship with impulsivity and history of suicidal behavior, but not aggression, in human subjects. *J Psychiatr Res.* 2009;43(4):353–9.
36. Soloff PH. Emotional regulation and emotional processing. In: Livesley WJ, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders : theory, research, and treatment.* 2nd ed. New York London: Guildford Press; p. 712.
37. Yalçın Ö, Erdoğan A. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri -Neurobiological, Psychosocial and Enviromental Causes of Violence and Agression. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry.* 2013;5(4):388–419.
38. Maden Ö. Antisosyal kişilik bozukluğunun etiyolojisi: Kalıtsal yatkınlık, nörobiyolojik ve çevresel ruhsal açıklamalar. *Türkiye Psikiyatr Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Derg.* 2020;10(4):253–65.
39. Hazlett EA, New AS, Newmark R, Haznedar MM, Lo JN, Speiser LJ, et al. Reduced Anterior and Posterior Cingulate Gray Matter in Borderline Personality Disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;58(8):614–23.
40. Oldham J. Personality disorder: recent history and future directions. In: Gabbard G, Paris J, Shea T, Widiger TA, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders.* 1st ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 3–17.

41. Pretzer J, Beck A. A cognitive theory of personality disorders. In: Lenzenweger M, Clarkin C, editors. *Major theories of personality disorder*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2005. p. 43–113.
42. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive therapy of personality disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004.
43. Heim A, Westen D. Theories of personality and personality disorders. In: Gabbard G, Paris J, Shea T, Widiger TA, editors. *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders*. 1st ed. Washington, London: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 17–35.
44. Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet*. 2015;385:727–34.
45. Lenzenweger MF, Wright AGC. Understanding stability and change in the personality disorders: methodological and substantive issues underpinning interpretive challenges and the road ahead. In: Livesley WJ, Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders : theory, research, and treatment*. 2nd ed. New York London: Guildford Press; 2018. p. 197–215.
46. Lenzenweger MF. The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *J Pers Disord*. 2006;20(6):645–70.
47. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4):265–75.
48. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-Year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):274–83.
49. Shea MT, Stout R, Gunderson J, Morey LC, Grilo CM, McGlashan T, et al. Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2036–41.

50. Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, Pagano ME, Yen S, Zanarini MC, et al. Two-Year Stability and Change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive–Compulsive Personality Disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):767–75.
51. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):827–32.
52. Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: the personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess*. 2018;30(2):154–69.
53. Widiger TA. Official classification system. In: Livesley WJ, editor. *Handbook of personality disorders : theory, research, and treatment*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2001. p. 60–84.
54. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019;15:481–502.
55. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1–14.
56. Lillis S, Mellso G, Dutu G. General practitioners’ views on the major psychiatric classification systems. *N Z Med J*. 2008;121:30–7.
57. Mulder RT. ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Front Psychiatry*. 2021;12:1–5.
58. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1–15.
59. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:355–80.

60. Eaton NR, Krueger RF, South SC, Simms LJ, Clark LA. Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychol Med*. 2011;41(6):1151–63.
61. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, Blashfield R, Farnam A, Fossati A, et al. The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personal Ment Health*. 2011;5(4):246–59.
62. Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and Construct Validity of Personality Disorder not Otherwise Specified (PDNOS). *J Pers Disord*. 2007;21(4):359–70.
63. Crawford MJ, Koldobsky N, Mulder R, Tyrer P. Classifying personality disorder according to severity. *J Pers Disord*. 2011;25(3):321–30.
64. Tyrer P, Tom B, Byford S, Schmidt U, Jones V, Davidson K, et al. Differential Effects of Manual Assisted Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Recurrent Deliberate Self-harm and Personality Disturbance: the Popmact Study. *J Pers Disord*. 2005;18(1):82–96.
65. Beeney JE, Wright AGC, Stepp SD, Hallquist MN, Lazarus SA, Beeney JRS, et al. Disorganized Attachment and Personality Functioning in Adults: A Latent Class Analysis. *Personal Disord*. 2017;8(3):206–16.
66. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2013;203(3):221–7.
67. Conway CC, Hammen C, Brennan PA. Optimizing Prediction of Psychosocial and Clinical Outcomes With a Transdiagnostic Model of Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016;30(4):545–66.
68. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2021 Dec 22]. p. 173–6. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
69. Dattalo P. Determining Sample Size: Balancing Power, Precision, and Practicality. Oxford University Press; 2008.

70. Fleiss JL, Cohen J. The Equivalence of Weighted Kappa and the Intraclass Correlation Coefficient as Measures of Reliability. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1973;33(3):613–9.
71. Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, Narrow WE, Regier D. DSM-5: How reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry*. 2012;169(1):13–5.
72. Bonett DG. Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Stat Med*. 2002;21(9):1331–5.
73. Temel G, Erdogan S. Determining the sample size in agreement studies. *Marmara Med J*. 2017;30(2):101–12.
74. Dereboy F, Dereboy Ç, Eskin M. Validation of the DSM–5 Alternative Model Personality Disorder Diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD Validity and Reliability of the Personality Functioning Ratings. *J Pers Assess*. 2018;100(6):603–11.
75. Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, Kuramoto J, Kupfer DJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):43–58.
76. Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. *Türk Psikiyatr Derg*. 2018;29(4):248–57.
77. Clarke DE, Narrow WE, Darrel Regier MA, Janet Kuramoto MS, David Kupfer MJ, Kuhl EA, et al. DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part I: Study Design, Sampling Strategy, Implementation, and Analytic Approaches. *Am J Psychiatry*. 2013;170:43–58.
78. Cevahir E. SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi. 1st ed. Çatar ÖR, editor. İstanbul: Kibele yayınları; 2020. 39–43 p.
79. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1988.

80. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3rd ed. Vaicunan J, Belser JR, editors. McGraw-Hili, Inc. New York: McGraw-Hill Inc; 1994.
81. Cicchetti D V. Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychol Assess*. 1994;6(4):284–90.
82. Tyrer P, Crawford M, Sanatinia R, Tyrer H, Cooper S, Muller-Pollard C, et al. Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personal Ment Health*. 2014;8(4):254–63.
83. Kim YR, Blashfield R, Tyrer P, Hwang ST, Lee HS. Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. *Personal Ment Health*. 2014 Feb 1;8(1):67–78.
84. Bach B, Brown TA, Mulder RT, Newton-Howes G, Simonsen E, Sellbom M. Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personal Ment Health*. 2021;15(3):223–36.
85. Clark LA, Corona-Espinosa A, Khoo S, Kotelnikova Y, Levin-Aspenson HF, Serapio-García G, et al. Preliminary Scales for ICD-11 Personality Disorder: Self and Interpersonal Dysfunction Plus Five Personality Disorder Trait Domains. *Front Psychol*. 2021 Jul 12;12(668724).
86. Bach B, Anderson JL. Patient-Reported ICD-11 Personality Disorder Severity And DSM-5 Level Of Personality Functioning. *J Pers Disord*. 2020;34(2):231–49.
87. Rek K, Thielman I, Henkel M, Crawford M, Piccirilli L, Graff A, et al. A psychometric evaluation of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD) in non-clinical and clinical German samples. *Psychol Assess*. 2020;32:984–90.
88. Gutierrez F, Aluja A, Ruiz J, Garcia LF, Garriz M, Gutierrez-Zotes A, et al. Personality Disorders in the ICD-11: Spanish Validation of the PiCD and the SASPD in a Mixed Community and Clinical Sample. *Assessment*. 2021;28(3):759–72.

89. Tyrer P, Yang M, Tyrer H, Crawford M. Is social function a good proxy measure of personality disorder? *Personal Ment Health*. 2021 Nov 1;15(4):261–72.
90. Oltmanns JR, Smith GT, Oltmanns TF, Widiger TA. General Factors of Psychopathology, Personality, and Personality Disorder: Across Domain Comparisons. *Clin Psychol Sci*. 2018 Jul 1;6(4):581–9.
91. Bach B, Simonsen S. How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Jan 1;34(1):54–63.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 19/10/2020-E.54873



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.10.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 10 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR 10

Protokol No : 2020/211
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY'un " **ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütlerine Yönelik Klinisyen Değerlendirmeleri ile Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-47734
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.06.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 30' nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

KARAR 30

Protokol No: 2020/211

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY
Ruh Sağlığı ve Hastalıklar AD

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 15.10.2020 tarihinde onay verilen; Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İbrahim Ferhan DEREBOY'un " ICD-11 Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütlerine Yönelik Klinisyen Değerlendirmeleri ile Özbildirim Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirliği" başlıklı klinik araştırmasının 27.05.2021 tarihli *Önemli Değişiklik Formu* ve ekleri görüşülmüştür.

Önemli Değişiklik Formunda; COVID 19 salgını nedeniyle gönüllü temininde zorlanıldığını Klinik Yüksek Lisans ve Doktora programları kapsamında görülen terapi danışanlarının araştırmaya dahil edilerek çevrimiçi görüşme ile verilerin toplanacağı ve WHODAS-36 ölçeğinin çıkartıldığı bildirilmiştir.

Konu hakkında bilgi edinilmiş olup, çalışmanın bu haliyle yapılması uygun bulunmuştur.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Ek 2. Olgu Rapor Formu

1) Adı-soyadı:.....

2) Yaşı:.....

3) Medeni hali

1. Hiç evlenmemiş

2. Şu anda Evli

3. Ayrı

4. Boşanmış

5. Dul

6. Aynı evde yaşıyor

4) Çocuk sayısı:

5) Toplam öğretim Yılı....

6) Okul başarısı

1. Pekiyi

2. İyi

3. Orta

4. Kötü

5. Devamsız

7) a) Okul hayatında disiplin cezası öyküsü 1.Var 2.Yok

b) Sayısı

c) Nedeni.....

8) Çalışma durumu:

1. Ücretli çalışıyor
2. Kendi işinin sahibi, işletme sahibi yada çiftçi
3. Ücret karşılığı olmayan çalışma hayır ve gönül işleri gibi
4. Öğrenci
5. Ev hanımı/ev işleri
6. Emekli
7. İşsiz(sağlık nedenleriyle)
8. İşsiz(diğer nedenlerle)
9. Diğer

9) a) Son 1 yılda iş yeri değışikliğı 1.Var 2.Yok

b) Sayısı

c) Nedeni....

10) Gelir düzeyi

1. Asgari ücret altı
2. Asgari ücret
3. Asgari ücretin 2 katı
4. Asgari ücretin 2 katından fazla

11) Doğduğı yer:

1. Köy
2. İlçe
3. Şehir
4. Büyük Şehir

12) Yaşadığı yer:

1. Köy
2. İlçe
3. Şehir
4. Büyük Şehir

13) Yaşadığı kişiler: (son 10 yıl ve çoğunlukla):

1. Eş/çocuklar
2. Anne/baba/kardeşler
3. Arkadaşlar
4. Yalnız
5. Yurt/kurum
6. Diğer

14) a) Son 1 yılda yerleşim yeri değişikliği : 1)Var 2)Yok

b) Sayısı.....

c) Nedeni.....

15) Nikotin kullanım öyküsü:

a) Yaşam boyu: 1.Şu anda ve daha önce sigara içmedim

2. Şu anda sigara içmiyorum ama daha önce içiyordum

3. Şu anda sigara içiyorum

b) Şu anda var: Sigara..... (paket/yıl)

16) a) Alkol kullanımı: 1. Var

2. Yok

b) Var ise açıklayınız:

17) a) Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok

b) Var ise açıklayınız:

18) a) Yaşam boyu psikiyatrik tanı: 1. Var 2. Yok

b) Var ise açıklayınız:.....

19) Yaşam boyu psikiyatrik tedavi almış olma 1. Evet 2. Hayır

20) a) Şu anda tedavi alıyor: 1. Evet 2. Hayır

b) Tedavi alıyorsa ne kadar süredir tedavi almakta:

c) İlaçlar:

21) Hastaneye yatış sayısı:

22) a) İntihar girişimi: 1. Var 2. Yok

b) Sayısı:

c) Yaşı:.....

d) Türü:

23) a) Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. Var 2. Yok

b) Varsa kimde ve hastalığın adı:

24) a) Adli olayı : 1. Var 2.Yok

b) Sayısı.....

c) Türü.....

Ek 3. ICD-11 Kişilik Bozukluğu Formu

Değerlendirilenin Adı Soyadı	Form/Dosya No

Değerlendirmecinin Adı Soyadı	Değerlendirme Tarihi

Kişilik işlevselliği seçenekleri
☐ Aksama yok ☐ Eşik altı aksama ☐ Hafif aksama ☒ Orta aksama ☐ Ağır aksama

Tanı ölçütü değerlendirme seçenekleri
☐ Eşik altı / Ölçüt karşılanmıyor ☐ Belirgin/ Ölçüt kesin karşılanıyor

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİNİN DEĞERLENDİRMESİ (Özgül KB Belirtileri)						
KENDİLİK İŞLEVSELLİĞİ		0	1	2	3	4
1	Kimlik duygusu	0	1	2	3	4
2	Özdeğer	0	1	2	3	4
3	Özgörü	0	1	2	3	4
4	Kendini yönlendirme	0	1	2	3	4
KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK		0	1	2	3	4
1	İnsanlarla ilişki kurmaya ilgi	0	1	2	3	4
2	Başkalarının bakış açılarını önemseme	0	1	2	3	4
3	Samimi ve karşılıklı ilişkiler	0	1	2	3	4
4	İlişkilerde çatışmaları yönetme	0	1	2	3	4
DUYGUSAL BELİRTİLER		0	1	2	3	4
1	Duyguların uygunluğu ve aralığı	0	1	2	3	4
2	Duyguca az veya aşırı tepki verme	0	1	2	3	4
3	İstenmeyen duyguları tanıma, kabul etme	0	1	2	3	4
BİLİŞSEL BELİRTİLER		0	1	2	3	4
1	Değerlendirmelerin doğruluğu	0	1	2	3	4
2	Yerinde kararlar verme	0	1	2	3	4
3	İnanç sistemlerinde kararlılık, esneklik	0	1	2	3	4
DAVRANIŞSAL BELİRTİLER		0	1	2	3	4
1	Dürtü denetimi, davranış ayarlaması	0	1	2	3	4
2	Strese davranışsal tepkilerin uygunluğu	0	1	2	3	4

KB AĞIRLIK DEĞERLENDİRMESİ	0	1	2	3	4
1 KB genel tanı ölçütleri	0	1	2	3	4
2 Etkilenen yanlar	0	1	2	3	4
3 Kendine ve/veya başkalarına zarar	0	1	2	3	4
4 Kendinden beklenen rollerdeki performansı	0	1	2	3	4
5 Psikososyal işlevsellikte bozulma	0	1	2	3	4
6 KB özgül belirtileri	0	1	2	3	4

ICD-11 GENEL KB TANI ÖLÇÜTLERİ		
A	Kendiliğin işlevselliğinin çeşitli yanlarında ve/veya kişilerarası işlevsellikte uzunca bir süredir (ör: 2 yıl veya daha uzun zamandır) devam eden sorunlar	0 1
B	Rahatsızlık; biliş, duygusal yaşantı, duygularını ifade ve davranışlardaki maladaptif (ör: esnek olmayan veya ayarsız) örüntülerle kendini belli etmekte; bu örüntüler çok çeşitli kişisel ve sosyal durumlarda (yani sadece belirli ilişkiler veya sosyal rollerle sınırlı olmayarak) ortaya serilmekte	0 1
C	Rahatsızlığa özgü davranış örüntüleri gelişimsel olarak uygun değil ve asıl olarak (sosyopolitik çatışmaları da içeren) sosyal veya kültürel faktörlere bağlı değil	0 1
D	Rahatsızlığa önemli işlevsellik alanlarında (kişisel, ailesel, okul, çalışma v.b. yaşamı) ciddi stres veya belirgin aksamalar eşlik etmekte	0 1

SINIR ÖRÜNTÜ TANI ÖLÇÜTLERİ		
1	Gerçek ya da hayali bir terk ediliş sahnesini önlemek için telaşlı çabalar	0 1
2	Yoğun yaşanan ama inişli çıkışlı kişilerarası ilişkiler	0 1
3	Özimgesi ve kendilik duygusunun inatçı ve belirgin kararsızlığıyla tanımlı kimlik bocalaması	0 1
4	Olumsuz duyguların baskın olduğu hallerde aceleyle, aklına estiği gibi davranma ve kendine zararı dokunabilecek davranışlar gösterme eğilimi	0 1
5	Tekrarlayan kendine zarar verme atakları/dönemleri	0 1
6	Duygudurumdaki belirgin tepkiselliğe bağlı olan duygusal dengesizlik	0 1
7	Kronik boşluk duyguları	0 1
8	Hakim olmakta zorlandığı / uygunsuz, şiddetli öfke	0 1
9	Güçlü duygular hissettiği anlarda ortaya çıkan geçici disosiyatif veya psikotik benzeri semptomlar	0 1

MENDERES KİŞİLİK DEĞERLENDİRME FORMLARI

ICD-11

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİ	0 SAĞLIKLI KİŞİLİK	1 KİŞİLİK ZORLUĞU	2 HAFİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3 ORTA KİŞİLİK BOZUKLUĞU	4 AĞIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU
Kendilik İşlevselliği	Genel olarak yeterli	Birkaç alanda belirgin olmayan aksama	Bazı alan ve bağlamlarda belirgin, bazılarında belirsiz aksama	Çoğu alanda belirgin aksama	Hemen her alanda ciddi aksama
1. Kimlik Duygusu	Kararlı, tutarlı ve esnek. Çeşitli roller ve ruh halleri arasındaki ortak paydayı görebiliyor	Çeşitli roller ve ruh halleri arasındaki ortak paydayı görmek veya hissetmekte zaman zorlanmakta	Kendilik duygusu oldukça çelişkili ve başkalarının kendisi hakkındaki izlenimleriyle uyumsuz	Kendilik duygusu kriz durumlarında tutarsız/dağınık olabilmekte	Kendilik duygusu gerçekçi değil, fazlasıyla kararsız veya sınırlı bir kaç ortam dışında hiç bir ortama girmeyecek kadar katı
2. Özdeğer	Özdeğer duygusu olumlu, genel olarak kararlı ve gerçekçi	Özdeğer duygusu arada düşebiliyor ve kendini aşırı eleştirel değerlendirebiliyor	Özdeğeri dışardan gelen değerlendirmelere çok açık, eleştiri karşısında açılan yaraları zor iyileşmekte	Olumlu özdeğerin sürdürülmesinde belirgin güçlük veya abartılı yüksekte özdeğer	Özdeğerini düzenlemekte fazlasıyla zorlanmakta, kafası karışmakta, gerçeklikten kopmakta
3. Özgörü	Kendine has özellikleri, güçlü ve zayıf yanlarını gerçekçi biçimde değerlendirebilmekte	Arada bir zayıf veya güçlü yanlarını abartılı biçimde değerlendirebilmekte	Özgörsü dışardan gelen değerlendirmelerden çok etkilenmekte; bu yüzden eleştiriye katlanamıyor veya dikkate almıyor	Özellikle kriz anlarında özgörsünde belirgin çarpıtmalar ortaya çıkabilmekte	Özgörsünde ya kendini aşağılama, ya büyülenme, ya da fazlasıyla tuhaf söz konusu; olmayan güçler veya kusurları kendinde görmekte
4. Kendini Yönlendirme	Kendisi için uygun, ulaşılabilir hedefleri önüne koymakta, zorluklardan yılmadan hedeflerine doğru yürümekte.	Amaçlarına ulaşmaya yönelik etkinlikleri ya aşırı, ya biraz ket vurulmuş ya da amaçları konusunda çelişki yaşamakta	Kendine uygun hedefler belirleme ve ulaşmaya çabalamada yetisinde yer belirgin aksama; ufak tersliklerle bile başa çıkmakta zorlanma	Terslikler karşısında kolayca karamsarlığa kapılıp pes edebilmekte veya ulaşma şansı olmayan aşırı iddialı hedefleri kovalamakta	Kendine gerçekçi, ulaşabileceği hedefler belirlemeyi, onların peşinden koşmayı ve hedeflerine ulaşmayı hemen hiç beceremiyor
Kişilerarası İşlevsellik	Genel olarak yeterli düzeyde	Başkalarını ve dışarıyı yaşantılamaya ve düşünmeye biçiminde kimi zorluklar	Aksamalar olsa da, bazı ilişkilerini sürdürebilmekte	Çoğu ilişkisinde belirgin sorunlar yaşamakta	Neredeyse tüm ilişkilerine yansıyan ciddi aksamalar
1. İnsanlarla ilişki kurmakla ilgilenme	İçten gelen, dozunda, ortama uyulanabilen ilgi	Belirli ilişkiler veya durumlarda, ilgisinde azalma veya artma	Bazı kişilerle veya bazı ortamlarda ilgisinde belirgin azalma veya artma	Değişken ve kararsız: Bazen kaçınma ve içine kapanma, bazen de aşırı bağımlılık eğilimi öne çıkmakta	İlgisi ya çok az ya da kaotik, gerçek dışı beklentilere veya kaygılara göre değişmekte
2. Başkalarının bakış açılarını anlama ve önemseme yetisi	Yeterli düzeyde gelişmiş; çatışmalı durumlarda bile karşısındaki kişiyle empati yapabilmekte	Özellikle kriz anlarında veya çatışmalı ortamlarda empati yetisi büzülmekte	Bu işlevinde belirgin aksama/sınırlılık	Bu işlevinde büyük oranda aksama / sınırlılık	Bu alanda ağır bir yetiyitimi söz konusu.
3. Yakın ve karşılıklı, doyum verici ilişkiler kurup sürdürme yetisi	Samimi, dürüst ve tarafların eşit olduğu karşılıklı (simetrik) ilişkiler kurabilmekte	Tek taraflı, asimetrik veya hesaplı ilişkiler kurma yönünde bir eğilimi var, gerçekten samimi ilişkiler kurma yetisinde hafif bir aksama.	Empati yetisindeki sınırlılık, yakın ve karşılıklı doyum verici ilişkiler kurmasını belirgin biçimde zorlaştırmakta	Empati yetisindeki sınırlılık, yakın ve karşılıklı ilişkiler kurmasına büyük oranda engel olmaktadır. Çok az dostluğunu sürdürebilmekte.	Empati yetisinin neredeyse hiç olmaması yüzünden, sürdürüldüğü tek tük ilişkisi karşılıklıktan yoksun, aşırı ölçüde tek taraflı, siğ ve kararsız.
4. İlişkilerde ortaya çıkan çatışmaları yönetme yetisi	Çatışmalı durumlarda karşısındakini dinlemeye ve anlamaya çalışması, çatışmalı durumların hepsini olmasa da çoğunu uzlaşma yoluyla çözülmesine izin vermektedir.	Çatışmalı durumlarda karşısındakini bakış açısını anlama ve önemseme yetisinin büzülmesi, uzlaşma aramasını zaman zora sokabilmekte.	İlişkilerinde bağımlılık ve çatışmadan kaçınma eğilimi öne çıkmakta. Çatışmaya girmemek için karşısındakine boyun eğmeyi ve bedeline katlanmayı yeğleyebilmekte.	İlişkilerinde şunlardan biri öne çıkmakta: Çatışma, kaçınma, içine kapanma veya aşırı bağımlılık. Çalışma yaşamında sürekli çatışmalar ve buna bağlı sorunlarla boğuşmakta. Gönül ilişkilerini ya ciddi küslük ve ayrılıklarla ya da aşırı ölçüde boyun eğerek sürdürmekte.	Aile ilişkileri çok kısıtlı veya çatışmalı. Tek yanlı bakış açısı nedeniyle çatışmaları yönetme yetisi gelişmemiş veya körelmiş. Çatışma durumlarında sıklıkla şiddete başvurmakta, düşmanlık göstermekte, zarar vermeye veya karşısındakini yıldırıya çalışmakta

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİNDEKİ BOZUKLUĞUN ÖZGÜL BELİRTİLERİ	0	1 KİŞİLİK ZORLUĞU	2 HAFİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3 ORTA KİŞİLİK BOZUKLUĞU	4 AĞIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU
Duygusal Belirtiler 1. Duygusal yaşantı ve ifadenin uygunluğu ve aralığı/ranjı 2. Duyguca kısıtlı veya aşırı tepki verme eğilimi 3. İstenmeyen duyguları (öfke ve keder gibi) tanıma ve kabullenme yetisi	Yok	Kişilik işlevselliğindeki ufak aksamalar duygusal yaşantıda ve ifadede sadece dönem (ör: stres zamanlarında) veya düşük yoğunlukta su yüzüne çıkmakta	Duygusal yelpazede hafif daralma, kimi duygularını kabullenmekte hafif zorluk söz konusu; bazı ortam ve bağlamlarda uygunsuz (kısıtlı veya aşırı) duygular yaşayabilmekte	Duygusal yelpazedeki daralma ve kimi duygularını kabullenmekteki zorluğu belirgin; duygusal ifadeleri çoğu ortamda uygunsuz (kısıtlı veya aşırı) olabilmekte	Kendinde görmek istemediği duygularını kabullenmekte aşırı ölçüde zorlanmakta (ör: öfke, keder, utanç, korku gibi duygularını ya tanıyamamakta ya da inkar etmekte)
Bilişsel Belirtiler 1. Durumsal ve kişilerarası değerlendirmelerin doğruluğu (özellikle stres altında iken) 2. Belirsizlik durumunda uygun kararlar verme yetisi 3. İnanç sistemlerinin kararlılığı ve uygun esnekliği	Yok	Kişilik işlevselliğindeki ufak aksamalar bilişsel alanda sadece dönem (örneğin stres zamanlarında) veya düşük yoğunlukta su yüzüne çıkmakta	Stres altında olduğunda, duruma veya kişilerarası konumlara/rollere ilişkin değerlendirmelerinde hafif çarpıtmalar olabilmekte. Ancak bu çarpıtmalar gerçeği değerlendirme yetisini bozacak kadar ağır olmamakta	Stres altında, durumu veya kişilerarası konumları/rolleri değerlendirmesinde belirgin çarpıtmalar görülmekte. Hafif disosiyatif haller veya psikotik benzeri kuruntular/algılar (ör: paranoid fikirler) ortaya çıkabilmekte	Stres altında, durumu veya kişilerarası konumları/rolleri değerlendirmesinde ciddi/abartılı çarpıtmalar görülmekte. Sık disosiyatif haller veya psikotik benzeri kuruntular /algılar (ör: ciddi /şiddetli paranoid reaksiyonlar) ortaya çıkabilmekte
Davranışsal Belirtiler 1. Dürtüleri kontrol ve davranışları ayarlamada esneklik 2. Yoğun duygular ve stresli durumlar karşısında davranışsal tepkilerin uygunluğu (ör: kendine zarar verme ve şiddete yatkınlık)	Yok	Davranışlarını ayarlamasında sadece stres altındayken hafif ve geçici aksamalar ortaya çıkmakta; kendine veya çevreye zarar boyutuna hemen hiç bir zaman varmamakta	Dürtü kontrolü ve davranışlarını ayarlamasında stres altındayken irili ufaklı aksamalar ortaya çıkmakta; bunlar çok ender olarak kendine veya çevreye zarar boyutuna varabilmekte	Dürtü kontrolü ve davranışlarını ayarlamasında stres altındayken belirgin aksamalar ortaya çıkmakta; bunlar sık kendine veya çevreye zarar boyutuna varabilmekte	Dürtü kontrolü ve davranışlarını ayarlamasında stres altındayken ağır aksamalar ortaya çıkmakta; bunlar hemen her zaman kendine veya çevreye zarar boyutuna varabilmekte

AĞIRLIK DEĞERLENDİRMESİ	0	1 KİŞİLİK ZORLUĞU	2 HAFİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3 ORTA KİŞİLİK BOZUKLUĞU	4 AĞIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU
KB Genel Tanı Ölçütleri	Karşılanmaz	Hepsi karşılanmaz	Tümü karşılanır	Tümü karşılanır	Tümü karşılanır
Etkilenen kişilik işlevselliği alanları	Yok	Birkaç alanda ve bağlamda hafif aksama	Bazı alan ve bağlamlarda belirgin, bazılarında hafif/belirsiz aksama	Çoğu alanda belirgin, birkaç alanda hafif/belirsiz aksama	Hemen her alanda belirgin/şiddetli aksama
Kendine ve/veya başkalarına zarar	Hiç	Hemen hiç	Ender	Bazen	Sık olarak
Kendisinden beklenen rollerdeki performansı	Genel olarak yeterli	Hafif ancak tedaviyi veya sağlık hizmetlerini etkileyebilecek düzeyde aksama	Çoğu rolde hafif aksama veya sınırlı bir kaç rolde belirgin aksama	Kendisinden beklenen mesleki ve sosyal rollerin çoğunda belirgin aksama	Kendisinden beklenen sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yetisi ve isteği ya ağır biçimde aksamış ya da hepten ortadan kalkmış
Psikososyal işlevsellikte bozulma	Yok	Sosyal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerde belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar şiddetli değil	Hayatın çoğu alanında hafif veya sınırlı birkaç alanda/bağlamda belirgin aksama	Hayatın çoğu alanında belirgin aksama, sınırlı birkaç alanda işlevsellik korunmuş olabilir	Kişisel, ailesel, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanları dahil olmak üzere hayatın hemen her alanında şiddetli aksamalar
KB özgül Belirtileri	Yok	Genellikle belli belirsiz, eşik altı	Genellikle hafif şiddette	Genellikle orta şiddette	Özgül belirtiler şiddetli ve kişilik işlevsellik alanlarının tümünü olmasa bile çoğunu etkilemekte

Ek 4. WHODAS 36 maddelik Özbildirim Formu



WHODAS 2.0

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 2.0

36 Maddelik Özbildirim Formu

Bu ankette; sağlık durumunuz nedeniyle yaşadığınız zorluklar hakkında sorular sorulmaktadır. Sağlık durumu ile şunlar kastedilmektedir: Hastalıklar, diğer kısa ya da uzun süreli sağlık sorunları, yaralanmalar, zihinsel ya da duygusal problemler, alkol ya da uyuşturucu ile ilgili sorunlar.

Son 30 günü göz önüne alarak aşağıdaki günlük işleri yaparken ne kadar zorluk yaşadığınıza ilişkin bu sorulara cevap verin. Lütfen her soru için sadece bir yanıt seçeneğini işaretleyin.

Son 30 günde, aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandınız?						
Anlama ve İletişim Kurma						
D1.1	<u>Dikkatinizi yaptığınız şey üzerinde 10 dakika boyunca toplamak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D1.2	Yapmanız gereken <u>önemli işleri hatırlamak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D1.3	Günlük <u>sorunları irdelemek ve çözmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D1.4	<u>Yeni bir şeyi öğrenmek, sözelimi daha önce gitmediğiniz bir yere nasıl gideceğinizi öğrenmek ?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D1.5	İnsanların söylediklerini <u>genel olarak anlamak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D1.6	Karşılıklı bir <u>konuşmayı başlatmak ve sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
Hareket Etme						
D2.1	<u>Uzun süre, sözelimi 30 dakika boyunca, ayakta durmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D2.2	Oturduğunuz yerden <u>ayağa kalkmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D2.3	<u>Evinizin içinde dolaşmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D2.4	<u>Evden dışarı çıkmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D2.5	<u>Uzun mesafe, sözelimi 1 kilometre, yürümek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Son 30 günde, aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandınız?						
Kendine Bakma						
D3.1	Banyo yapmak?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D3.2	Giyinmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D3.3	Yemek yemek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D3.4	Kendi başınıza birkaç gün geçirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
İnsanlarla Geçinme						
D4.1	Tanımadığınız insanlarla anlaşmak?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D4.2	Arkadaşlıklarınızı sürdürmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D4.3	Yakın ilişkide olduğunuz insanlarla geçinmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D4.4	Yeni arkadaşlıklar kurmak?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D4.5	Cinsel hayatınızı sürdürmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
Yaşam Aktiviteleri						
D5.1	Ev ile ilgili yükümlülüklerinizi yerine getirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.2	Evdeki en önemli görevlerinizi gerektiği kadar iyi yapmak?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.3	Evdeki işlerin tamamını eksiksiz yerine getirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.4	Evdeki işlerinizi gerektiği kadar hızlı yapıp bitirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Çalışıyorsanız (ücretli, ücretsiz, kendi işinde) veya okula gidiyorsanız D5.5-D5.8 arasındaki sorulara cevap verin, yoksa D6.1' e atlayın.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 günde, aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandınız?						
D5.5	Her günkü iş veya okul hayatınızı sürdürmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.6	İş veya okuldaki en önemli görevlerinizi gerektiği kadar iyi yapmak?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.7	Yapmanız gereken işlerin tamamını eksiksiz yerine getirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
D5.8	İşlerinizi/ödevlerinizi gerektiği kadar hızlı yapıp bitirmek?	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım

Topluma Katılma						
Son 30 gün içinde:						
D6.1	Toplu aktivitelere, söz gelimi düğünlere, eğlencelere, dini faaliyetlere veya başka aktivitelere, herkesin yapabildiği kadar katılmakta ne kadar sorun yaşadınız?	Hiç sorun yaşamadım	Biraz sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım	Çok Sorun yaşadım	Aşırı sorun yaşadım veya Yapamadım
D6.2	Çevrenizdeki engeller veya kısıtlayıcı koşullar yüzünden ne kadar sorun yaşadınız?	Hiç sorun yaşamadım	Biraz sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım	Çok Sorun yaşadım	Aşırı sorun yaşadım veya Yapamadım
D6.3	Diğer insanların rahatsızlığınız ile ilgili tutum ve davranışları yüzünden, kendinizle gurur duyarak ve başınızı önünüze eğmeden yaşamakta ne kadar sorun yaşadınız?	Hiç sorun yaşamadım	Biraz sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım	Çok Sorun yaşadım	Aşırı sorun yaşadım veya Yapamadım
D6.4	Sağlık durumunuzla ve yol açtığı sorunlarla uğraşmaya ne kadar zaman harcadınız?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.5	Sağlık durumunuz sizi duygusal anlamda ne kadar etkiledi?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.6	Sağlık sorunlarınız sizin ya da ailenizin parasal kaynakları üzerinde ne kadar yük oluşturdu?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı

D6.7	Sizin sağlık sorunlarınız yüzünden <u>aileniz</u> ne kadar sorun yaşadı?	Hiç sorun yaşamadı	Biraz sorun yaşadı	Oldukça sorun yaşadı	Çok Sorun yaşadı	Aşırı sorun yaşadı
D6.8	<u>Rahatlamak ya da eğlenmek için kendi başınıza</u> bir şeyler yapmak konusunda ne kadar sorun yaşadınız?	Hiç sorun yaşamadım	Biraz sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım	Çok Sorun yaşadım	Aşırı sorun yaşadım veya Yapamadım

H1	Genel olarak, geçtiğimiz 30 günün <u>kaçında</u> bu zorlukları çektiniz?	Gün sayısını yazın ____
H2	Geçtiğimiz 30 günün ne kadarında herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle olağan faaliyetlerinizi <u>hiç yapamadınız</u> ?	Gün sayısını yazın ____
H3	Geçtiğimiz 30 gün, hiçbir iş yapamadığınız günlerin dışında, herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle kaç gün her zamanki işlerinizden <u>daha azını</u> yapmak durumunda kaldınız?	Gün sayısını yazın ____

Ek 5. WHODAS 36 Maddelik Vekil Formu



WHODAS 2.0

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 2.0

36 Maddelik Vekil Formu

Bu ankette; arkadaşı, akrabası ya da bakıcısı olarak adına cevap verdiğiniz kişinin sağlık durumu nedeniyle yaşadığı zorluklar hakkında sorular sorulmaktadır. Sağlık durumu ile şunlar kastedilmektedir: Hastalıklar, diğer kısa ya da uzun süreli sağlık sorunları, yaralanmalar, zihinsel ya da duygusal problemler, alkol ya da uyuşturucu ile ilgili sorunlar.

Arkadaşınız, akrabanız ya da baktığınız kişinin aşağıdaki günlük işleri yaparken ne kadar zorluk yaşadığına ilişkin soruları son 30 günü göz önüne alarak hatırladığınız kadarıyla cevaplayınız.

H4a	Ben bu kişinin..... (birini seçiniz)	1 =	eşi	5 =	diğer akrabası
		2 =	ebeveyni	6 =	arkadaşı
		3 =	oğlu ya da kızı	7 =	profesyonel bakıcısı
		4 =	kardeşi	8 =	diğer (belirtiniz) _____

^a H1–H3 soruları anketin sonunda yer almaktadır.

(Not: Sorulardaki 'yakın' terimi ile "arkadaş", "akraba" ya da "bakım verilen kişi" kastedilmektedir.) Her bir soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz.)

Lütfen bir sonraki sayfadan devam ediniz...



Son 30 günde, yakınınız aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandı?

Anlama ve İletişim Kurma

D1.1	Dikkatini yaptığı şey üzerinde <u>10 dakika boyunca toplamak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D1.2	Yapması gereken <u>önemli işleri</u> hatırlamak?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D1.3	Gündelik <u>sorunları irdelemek ve</u> <u>çözmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D1.4	Yeni bir şeyi <u>öğrenmek</u> , sözelimi daha önce gitmediği bir yere nasıl gideceğini öğrenmek ?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D1.5	İnsanların söylediklerini <u>genel olarak</u> <u>anlamak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D1.6	Karşılıklı bir <u>konuşmayı başlatmak ve</u> <u>sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı

Hareket Etme

D2.1	<u>Uzun süre</u> , sözelimi 30 dakika boyunca, <u>ayakta durmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D2.2	Oturduğu yerden <u>ayağa kalkmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D2.3	<u>Evini içinde dolaşmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D2.4	<u>Evden dışarı çıkmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D2.5	<u>Uzun mesafe</u> , sözelimi <u>1 kilometre</u> , <u>yürümek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı



Son 30 günde, yakınınız sağlık durumu nedeniyle aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandı?						
Kendine Bakma						
D3.1	<u>Banyo yapmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D3.2	<u>Giymek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D3.3	<u>Yemek yemek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D3.4	<u>Kendi başına birkaç gün geçirmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
İnsanlarla Geçinme						
D4.1	<u>Tanımadığı insanlarla anlaşmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D4.2	<u>Arkadaşlıklarını sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D4.3	<u>Yakın ilişkide olduğu insanlarla geçinmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D4.4	<u>Yeni arkadaşlıklar kurmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D4.5	<u>Cinsel hayatını sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
Yaşam Aktiviteleri						
D5.1	<u>Ev ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.2	<u>Evdeki en önemli görevlerini gerektiği kadar iyi yapmak?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.3	<u>Evdeki işlerin tamamını eksiksiz yerine getirmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.4	<u>Evdeki işlerini gerektiği kadar hızlı yapıp bitirmek?</u>	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı

Eğer yakınınız çalışıyorsa (ücretli, ücretsiz, kendi işinde) veya okula gidiyorsa D5.5-D5.8 arasındaki sorulara cevap verin, yoksa D6.1' e atlayın.



WHODAS 2.0

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 2.0

36

Vekil

Son 30 günde, yakınınız sağlık durumu nedeniyle aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandı?						
D5.5	Her günkü iş veya okul hayatını sürdürmek?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.6	İş veya okuldaki en önemli görevlerini gerektiği kadar iyi yapmak?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.7	Yapması gereken işlerin tamamını eksiksiz yerine getirmek?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı
D5.8	İşlerini/ödevlerini gerektiği kadar hızlı yapıp bitirmek?	Hiç zorlanmadı	Biraz zorlandı	Oldukça zorlandı	Çok zorlandı	Aşırı zorlandı veya Yapamadı

Topluma Katılma						
D6.1	Yakınınız toplu aktivitelere, söz gelimi düğünlere, eğlencelere, dini faaliyetlere veya başka aktivitelere, herkesin yapabildiği kadar katılmakta ne kadar sorun yaşadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı veya Yapamadı
D6.2	Yakınınız çevresindeki engeller veya kısıtlayıcı koşullar yüzünden ne kadar sorun yaşadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.3	Yakınınız diğer insanların rahatsızlığı ile ilgili tutum ve davranışları yüzünden, kendisiyle gurur duyarak ve başını önüne eğmeden yaşamakta ne kadar sorun yaşadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı veya Yapamadı
D6.4	Yakınınız sağlık durumuyla ve yol açtığı sorunlarla uğraşmaya ne kadar zaman harcadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.5	Sağlık durumu yakınınızı duygusal anlamda ne kadar etkiledi?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.6	Yakınınızın sağlık sorunları kendisinin ya da ailesinin parasal kaynakları üzerinde ne kadar yük oluşturdu?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.7	Yakınınızın sağlık sorunları yüzünden ailesi ne kadar sorun yaşadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı
D6.8	Yakınınız rahatlamak ya da eğlenmek için kendi başına bir şeyler yapmak konusunda ne kadar sorun yaşadı?	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Aşırı veya Yapamadı



WHODAS 2.0

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 2.0

36

Vekil

H1	Genel olarak, geçtiğimiz 30 günün <u>kaçında</u> bu zorlukları <u>çekt</u> i?	Gün sayısını yazın ____
H2	Geçtiğimiz 30 günün ne kadarında herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle olağan faaliyetlerini <u>hiç yapamadı</u> ?	Gün sayısını yazın ____
H3	Geçtiğimiz 30 gün, hiçbir iş yapamadığı günlerin dışında, herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle kaç gün her zamanki işlerinden <u>daha azını</u> yapmak durumunda kaldı?	Gün sayısını yazın ____

Anketimiz burada sona ermektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ek 6. WHODAS 12 Maddelik Özbildirim Formu



WHODAS 2.0
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ
DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ 2.0

12
Özbildirim

12 Maddelik Özbildirim Formu

Bu ankette; sağlık durumunuz nedeniyle yaşadığınız zorluklar hakkında sorular sorulmaktadır. Sağlık durumu ile şunlar kastedilmektedir: Hastalıklar, diğer kısa ya da uzun süreli sağlık sorunları, yaralanmalar, zihinsel ya da duygusal problemler, alkol ya da uyuşturucu ile ilgili sorunlar.

Son 30 günü göz önüne alarak aşağıdaki günlük işleri yaparken ne kadar zorluk yaşadığınıza ilişkin bu sorulara cevap verin. Lütfen her soru için sadece bir yanıt seçeneğini işaretleyin.

Son 30 günde, aşağıdakileri yapmakta ne kadar zorlandınız?						
S1	<u>Uzun süre, sözgelimi 30 dakika boyunca, ayakta durmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S2	<u>Ev ile ilgili yükümlülüklerinizi yerine getirmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S3	<u>Yeni bir şeyi öğrenmek, sözgelimi daha önce gitmediğiniz bir yere nasıl gideceğinizi öğrenmek ?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S4	<u>Toplu aktivitelere, söz gelimi düşünce, eğlencelere, dini faaliyetlere veya başka aktivitelere, herkesin yapabildiği kadar katılmakta ne kadar sorun yaşadınız ?</u>	Hiç sorun yaşamadım	Biraz sorun yaşadım	Oldukça sorun yaşadım	Çok Sorun yaşadım	Aşırı sorun yaşadım veya Yapamadım
S5	<u>Sağlık durumunuz sizi duygusal anlamda ne kadar etkiledi?</u>	Hiç etkilemedi	Biraz etkiledi	Oldukça etkiledi	Çok etkiledi	Aşırı etkiledi
S6	<u>Dikkatinizi yaptığınız şey üzerinde 10 dakika boyunca toplamak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S7	<u>Uzun mesafe, sözgelimi 1 kilometre, yürümek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S8	<u>Banyo yapmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S9	<u>Giyinmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S10	<u>Tanımadığınız insanlarla anlaşmak?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S11	<u>Arkadaşlıklarınızı sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım
S12	<u>Her günlük iş veya okul hayatınızı sürdürmek?</u>	Hiç zorlanmadım	Biraz zorlandım	Oldukça zorlandım	Çok zorlandım	Aşırı zorlandım veya Yapamadım

SASPD

KİŞİLİK BOZUKLUĞU ŞİDDETİNİN STANDARDİZE DEĞERLENDİRMESİ

Bu soru formu, kişinin hayatının dokuz alanıyla ilgili dokuz madde içermektedir. Lütfen her bir alan için verilen dört ifadeden hangisinin **genel anlamda** sizi en iyi şekilde tarif ettiğini belirtiniz. Son günler veya haftalardan ziyade, genel olarak işlerin sizin için nasıl gittiğini öğrenmek istiyoruz. Kendinizin veya hayatınızın her bir yönü için, lütfen genel olarak nasıl olduğunuzu en iyi açıklayan **TEK BİR** kutucuğu işaretleyin.

1. Başkalarıyla birlikte olma

- ☐ Başkalarıyla olmaktan keyif alırım.
- ☐ Bazen başkalarıyla olmak bana zor gelir.
- ☐ Genel olarak, başkalarıyla birlikte olmak hoşuma gitmez.
- ☐ Başka insanlarla birlikte olmaktan hiç hoşlanmam ve elimden geldiğince uzak dururum.

2. Başka insanlara güvenme

- ☐ Başkalarına güvenmek zor gelmez.
- ☐ Başkalarına güvenmek kimi zaman zor gelir.
- ☐ Güvenebildiğim çok az insan vardır.
- ☐ Hiç kimseye güvenmem ve bu güvensizlik pek çok şeyi yapmaktan beni alıkoyar.

3. Arkadaşlıklar

- ☐ Arkadaşlık kurmakta ve sürdürmekte zorluk çekmem.
- ☐ Arkadaşlık kurmakta ve sürdürmekte zorlanırım.
- ☐ Çok az arkadaşım vardır.
- ☐ Hiç arkadaşım yoktur.

4. Sinirlerine hakim olma

- ☐ Sinirlerime hakim olamadığım durumlar enderdir.
- ☐ Sinirlerime hakim olamadığım anları başkalarına göre biraz daha sık yaşarım.
- ☐ Sinirlerime hakim olamayıp zor duruma düştüğüm anlar sıkça olur.
- ☐ Sinirlerime hakim olamayıp kendime veya başkalarına zarar verdiğim anlar sıkça olur.

5. Aklına eseni yapma

- ☐ Aklıma estiği gibi davrandığım hiç olmaz veya çok ender olur.
- ☐ Arada sırada aklıma estiği gibi davrandığım olur.
- ☐ Aklıma estiği gibi davranıp yanlış işler yaptığım ve başımı belaya soktuğum olur.
- ☐ Aklıma estiği gibi davranıp kendime veya başkalarına zarar verdiğim olmuştur.

6. Endişelenme

- ☐ Genel olarak endişeli birisi değilimdir.
- ☐ Başkalarını endişelendirmeyen şeyler için endişelendiğim bazen olur.
- ☐ Genellikle endişeli biriyimdir.
- ☐ Sürekli endişe içinde olmam, beni yapmam gereken şeyleri yapmaktan alıkoymakta.

7. Düzenli olma

- ☐ Biraz düzensizlik benim için sorun olmaz
- ☐ Düzensizlikten hoşlanmam.
- ☐ Her şeyi düzenli tutmaya çalışmam yüzünden bir çok şeyi gerektiği gibi yapamıyorum.
- ☐ Her şeyi düzenli tutmaya çalışmam yüzünden başka hiç bir şey yapamıyorum.

8. Başka insanları umursama

- ☐ Başka insanların nasıl hissettiği umurumdadır.
- ☐ Yaptıklarımın başka insanları etkileyip etkilemediğini çok umursamam.
- ☐ Yaptıklarımın diğer insanların hislerini incitmesi umurumda olmaz.
- ☐ Beni tanıyan insanlar merhametsiz ya da taş yürekli olduğumu söyler.

9. Kendine yetme

- ☐ Yapmam gereken şeyleri genellikle kendi başıma yapıp bitiririm.
- ☐ Bir şeylerle uğraşırken, başka insanlardan yardım almak hoşuma gider.
- ☐ Bir şeylerle uğraşırken genellikle başka insanların yardımına ihtiyaç duyarım
- ☐ Kendi başıma hiçbir şey yapamam.