

Kişilik İnançları ve DSM-5'e Göre Boyutsal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Kübra SEZER KATAR^{ID}, Ayşe GÖKÇEN GÜNDOĞMUŞ^{ID}, Sibel ÖRSEL^{ID}

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

Öz

DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) 2. Bölüm'de kişilik bozuklukları tanı kriterleri halen DSM-4-TR'de sunulduğu şekilde kategorik olarak sınıflanmaktadır. DSM-4'ten farklı olarak, DSM-5 Bölüm-3 "Araştırılması Gereken Alanlar" başlığında, boyutsal değerlendirmeye olanak sağlayan alternatif kişilik bozuklukları tanı kriterleri oluşturulmuştur. Bu kriterlere göre birey kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için kişilik işlevselliğinin yanında uyumsuz kişilik özelliklerinin de değerlendirilmesi gereklidir. Bu kişilik özelliklerinin klinik pratikte nozolojik açıdan faydalı olup olmadığı araştırılmalıdır. Ayrıca kökeni beş faktör kişilik kuramı olan bu boyutsal değerlendirmenin diğer kişilik kuramlarıyla ne düzeyde örtüştüğü araştırılmalıdır. Bu nedenle çalışmamızda bu değerlendirme sistemi ile kişilik bozukluklarının bilişsel kuramı arasındaki uyumun araştırılması amacıyla anksiyete bozukluğu ve/veya depresif bozukluk tanısı olan hastalar ile kontrol grubuna Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ), Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda UKÖE alt boyutları ve KİÖ inanç boyutları arasında birçok anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları DSM-5'te yer alan boyutsal alternatif tanı kriterlerinden biri olan kişilik özellik boyutları ile bilişsel kuramda yer alan kişilik inançları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Kişilik bozukluklarına fonksiyonel olmayan inançlar aracılığıyla tanı koymayı hedefleyen ve böylece terapötik hedefler koyabilen bilişsel kuram ile kişiliğin değerlendirilmesinde bilişlerin yanı sıra duygu ve davranışların da değerlendirilmesini içeren boyutsal değerlendirme arasındaki bağlantıların tespitinin ve araştırılmasının; bireylerin bu anlamda daha kapsamlı/ayrıntılı değerlendirilmesine ve ileride bu kavramları içeren entegre kişilik bozukluğu modelleri geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kişilik, kişilik değerlendirmesi, kişilik testleri, bilişsel davranışçı terapi

Abstract

Investigation of the Relationship Between Personality Beliefs and Dimensional Personality Traits According to DSM-5

In DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Section-2, criteria for diagnosis of personality disorders are still classified categorically as presented in DSM-4-TR. However, diagnostic criteria for "Alternative Model for Personality Disorders", which enables dimensional assessment for personality are developed in Section-3: Emerging Measures and Models. According to these criteria, a diagnosis of personality disorder requires evaluation of maladaptive personality traits together with personality functioning. Additional research is needed to assess the clinical utility of these criteria for improving the diagnostic nosology. In addition, it should be investigated to what extent this dimensional evaluation, which has its origins in the five-factor personality theory, overlaps with other personality theories. With this purpose, patients who are diagnosed with major depressive disorder and/or anxiety disorders and a control sample of volunteers were assessed with Personality Belief Questionnaire (PBQ), Personality Inventory of DSM-5 (PID-5), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). The analyses revealed that there are significant correlations between PID-5 subscales and personality belief dimensions. This study shows that maladaptive personality traits are significantly related to personality beliefs in cognitive model. Evaluating and determining associations between cognitive theory, which aims to diagnose personality disorders through dysfunctional beliefs and thus can set therapeutic goals, and DSM-5 alternative model of Personality Disorders (PID-5), which evaluates emotions and behaviors as well as cognitions in the assessment of personality, could provide a more comprehensive/detailed evaluation of individuals. These associations may also help to develop a more integrated personality disorder model.

Keywords: personality, personality assessment, personality tests, cognitive behavioral therapy

Yazışma / Correspondence:

Kübra SEZER KATAR, SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

E-posta: sezer.kubra91@gmail.com

Geliş / Received: 27 Nisan 2021

Kabul / Accepted: 17 Eylül 2021

Çevrimiçi yayım / Online published: 01 Ekim 2021

©2021 JCBPR, Available online at <http://www.jcbpr.org/>

Cite this article as: Sezer Katar, K., Gökçen Gündoğmuş, A., Örsel, S. (2022). Kişilik İnançları ve DSM-5'e Göre Boyutsal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. J Cogn Behav Psychother Res; 11(2),136-146. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.33135>

GİRİŞ

Kişilik kavramı eski dönemlerden bugüne birçok kuramcı tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA)'ne göre kişilik bozukluğu; “kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür, yaygındır ve esnekliği yoktur, ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açar” şeklinde tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5 geliştirilirken kişilik bozuklukları başlığında, mevcut kategorik değerlendirmeye bağlı yüksek komorbidite ve heterojenite nedeniyle kişilik bozukluklarının tanı ve sınıflandırması açısından farklı bir süreç başlamıştır (Krueger, Hopwood, Wright, & Markon, 2014). Mevcut kategorik sistemin kişilik patolojilerinin çekirdek özelliklerinden biri olan psikopatoloji şiddetini ölçmemesi, genel kişilik bozukluğu açısından işlevselliği düşük olan bireylerin birden fazla kişilik bozukluğu tanısı alma ihtimalini artıracığından klinik yararlılığın azalmasına sebep olmaktadır (Bender, Morey, & Skodol, 2011; Hopwood ve ark., 2011). Tanı kriterlerinin var ya da yok şeklinde değerlendirilmesi ve kategorik gruplar klinisyenler arasında ortak bir iletişim dili oluşturarak daha hızlı hareket etmeye yöneltse de normal ile hastalık arasında yapay bir ayırım oluşturmaktadır (Aslan, 2008; Trull & Durrett, 2005). Ayrıca hastalara çoğunlukla “kişilik bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan” tanısı konması mevcut sistemin kişilik bozukluğu hastalarını tanımlamakta yetersiz kaldığını göstermektedir (Verheul, Bartak, & Widiger, 2007). Mevcut tanı kriterleri ile bir kişi birden fazla kişilik bozukluğu tanısı alabilmekte, aynı kişilik bozukluğuna sahip kişiler ise farklı klinikler sergileyebilmektedir (Aslan, 2008; Widiger & Simonsen, 2005; Widiger & Trull, 2007). Oysa kişiliğin boyutsal değerlendirilmesinde bir kişi birbirinden farklı özellikleri farklı yoğunluklarda taşıyabilmekte ve boyutsal model komorbiditeyi açıklama ve psikopatoloji şiddetini ölçebilme açısından daha kullanışlı görülmektedir (Trull & Durrett, 2005). Kimi araştırmacılar boyutsal model ile daha bireyselleşmiş bir hasta profili çizilerek daha farklılaşmış ve özelleşmiş bir tedavi planı oluşturulabileceğini öne sürmüştür (Hopwood ve ark., 2018; Widiger & Simonsen, 2005). Boyutsal değerlendirmenin klinisyenler arası iletişimi ve kayıt tutmayı zorlaştırması, klinisyenler tarafından yeni tanıların kabul edilme ve yeni sistemde nasıl değerlendirme yapılacağını öğrenme süreci gibi dezavantajlar barındırması, kategorik ve boyutsal sistemin birleştirildiği değerlendirmenin daha avantajlı olabileceğini düşündürmektedir (Al-Dajani, Gralnick, & Bagby, 2016; First, 2005).

DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu kişiliğin iyi bilinen bir modeli olan beş faktör modelinin patolojik bir varyantını kullanarak kişilik bozukluklarını tanımlamayı önermiştir (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). Bu amaçla yapılan çalışmalar sonucu beş ana boyut altında toplanan 25 kişilik özelliği ortaya konmuş ve Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri'nde toplanmıştır (Krueger ve ark., 2012; Widiger & Simonsen, 2005). APA Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu DSM-5 kişilik bozukluğu kategorik tanı kriterlerine alternatif olarak çalışılması gereken alanlar bölümüne (Bölüm-3) boyutsal kişilik bozukluğu tanı kriterlerini koymuştur. Bu alternatif kriterlere göre, kişilik bozukluğu tanısı konabilmesi için kendilik (kimlik ve kendini yönlendirme) ve kişilerarası (empati ve yakınlık) işlevsellik alanlarında bozulma olması ve bu işlev kaybının bir ya da birden fazla patolojik kişilik özelliği (trait) ile bağlantı göstermesi gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Uyumsuz kişilik özellikleri olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon ve psikotizm olmak üzere beş ana boyutta gruplanmaktadır. Bu beş boyut, beş faktör kişilik modelinin uyumsuz olmayan varyantları olarak da tanımlanabilir (Thomas ve ark., 2013). DSM-5 alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterlerine göre kişilik işlevsellik ve özelliklerinde belli koşulların sağlanmasına göre antisosyal, borderline, kaçınan, narsisistik, obsesif-kompulsif ve şizotipal kişilik bozukluğu (KB) olmak üzere altı spesifik kişilik bozukluğu bulunmaktadır; bu tanı gruplarının koşulları sağlanmadığı halde kişide kişilik bozukluğu düşünülüyor ise “kişilik bozukluğu, özellik belirtilmiş” başlığı altında toplanmaktadır. Kişilerin kişilik bozukluğu olarak değerlendirilebilmeleri için, işlevsellik kriterinde orta ve üstü şiddette bir bozulma olması yanısıra belirli kişilik özellik kümelerinden puan almaları gerekmektedir. Antisosyal KB terslik/geçimsizlik, disinhibisyon; Kaçınan KB olumsuz duygulanım, uzak olma; Borderline KB olumsuz duygulanım, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon; Narsisistik KB terslik/geçimsizlik; Obsesif-Kompulsif KB olumsuz duygulanım, uzak olma ve katı mükemmeliyetçilik; Şizotipal KB ise psikotizm ve uzak olma alanlarından özelliklere sahip olmalıdır. DSM-5 ile tanımlanmış olan uyumsuz kişilik özelliklerinin kişilik bozukluklarını değerlendirmede kullanımı, DSM-4'te yer alan kategorik kişilik bozukluğu tanıları konusunda yaşanan ampirik problemleri daha kolay çözebilir; ayrıca klinik pratikte daha faydalı bir tanı sistemi gelişimine olanak sağlayabilir (Hopwood, Schade, Krueger, Wright, & Markon, 2013a).

Mevcut literatürde DSM-5'te tanımlanan kişilik özellikleri ile ilgili yapılan ilk araştırmalar göstermektedir ki bu özellikler DSM-4'te yer alan kişilik bozukluklarındaki güvenilir varyansı ve kişilerarası fonksiyon kaybını önemli ölçüde saptamaktadır (Hopwood, Thomas, Markon, & Wright, 2012). UKÖE geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; UKÖE alt boyutlarının, pasif-agresif kişilik bozukluğu dışında DSM-4 kişilik bozukluğu varyanslarını önemli ölçüde açıkladığı saptanmıştır (Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013). Yapılan birçok çalışma UKÖE ile ölçülen kişilik özelliklerinin DSM-4/DSM-5'de yer alan kişilik bozukluğu kategorilerinin belirtisi sayısını öngörebildiğini göstermiştir (Anderson, Snider, Sellbom, Krueger, & Hopwood, 2014; Bach, Anderson, & Simonsen, 2017; Bastiaens, Smits, De Hert, Vanwalleghem, & Claes, 2016).

DSM-4'ün kişilik bozuklukları için etkin bir klinik formülasyon sağlamadığı düşüncesi ile farklı bir klinik formülasyon ve tedavi hedefi oluşturmaya dönük girişimlerden birisi bilişsel kuram tarafından yapılmıştır (Millon, Millon, Meagher, Grossman, & Ramnath, 2012). Kişilik bozukluklarında sorunun kaynağına baktığımızda "şema" adı verilen inançlar karşımıza çıkar ve bu temel inançlar gelişim basamaklarında yaşadığımız tecrübeler ve biyolojik eğilimlerimizle ilgilidir (Beck, Davis, & Freeman, 2015). Bilişsel kurama göre işlevsel olmayan inançlar, kişilik bozukluğuna sahip bireylerde daha derinde yer alan şemalardan kaynaklanması sebebiyle daha katı ve kalıcı olma eğilimindedir. Bilişsel davranışçı kuram, kişiliği değerlendirirken bilgiyi işleme ve davranışları yönlendirmede şemaları öne çıkarmakta; boyutsal yaklaşımı kategorik yaklaşımın önüne koymaktadır (Taymur & Turkcapar, 2012). Bilişsel davranışçı kuram çerçevesinde kişiliği değerlendiren başlıca ölçeklerden biri olan Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ) ile işlevsel olmayan inançlar değerlendirilebilir; ayrıca bire bir eşleşme olmasa da, DSM-4'e göre tanımlanan kişilik bozuklukları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Fournier, DeRubeis, & Beck, 2012; Taymur & Turkcapar, 2012).

Mevcut çalışmalar bilişsel kuram çerçevesinde yapılan kişilik bozuklukları değerlendirmelerinin DSM-5'te yer alan alternatif kişilik bozuklukları modeliyle entegre edilebileceğini düşündürmektedir (Hopwood ve ark., 2013a; Hopwood ve ark., 2013b; Thimm, Jordan, & Bach, 2016). Kişiliği genel olarak yorumlayan, bireysel farklılıkları kapsamayı hedefleyen özellik modellerinin, teorik çerçevede klinik formülasyonların geliştirilmesine ne derecede katkı sağladığı hakkında halen kısıtlı düzeyde veri bulunmaktadır (Hopwood ve ark., 2013a). Literatüre bakıldığında

UKÖE ile KİÖ arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların olduğu ancak bunların çoğunlukla klinik olmayan grupta gerçekleştirildiği ya da geçerlilik güvenilirlik çalışmaları kapsamında yapıldığı görülmektedir. Bununla birlikte kişiliğin DSM-5 boyutsal modeline göre değerlendirilmesinin kişilik değerlendirmesinde bir çatlak sağladığı ve işlevsiz inançların ise klinik müdahale için spesifik veriler sunduğu düşünülmektedir (Hopwood ve ark., 2013a).

Kişiliğin kategorik modellerde değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak odaklanılan duygusal ve davranışsal belirteçlerden ziyade, bunların altında yatan bilişleri müdahale edilebilecek bir alan olarak değerlendiren ve araştıran bilişsel kuram ile kişiliğin boyutsal değerlendirilmesini sağlayan DSM-5 boyutsal modeli kişilik özellikleri arasındaki ilişkilere dair elde edilecek verilerin daha kapsamlı bir vaka formülasyonu sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda DSM-5'e göre boyutsal olarak değerlendirilen kişilik özellikleri ile bilişsel kurama göre değerlendirilen kişilik inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve önceki çalışmalarda yapılmamış olması kısıtlılık olarak tanımlanan klinik popülasyonun da araştırmamıza dahil edilmesi hedeflenmiştir. Mevcut literatür verileri ışığında hipotezimiz UKÖE ve KİÖ boyutları arasında anlamlı ilişkiler saptanmasıdır.

YÖNTEM

Örneklem ve Prosedür

Çalışmaya S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran anksiyete bozukluğu (yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve diğer) ve/veya depresyon tanılı 200 hasta dâhil edilmiştir. Kontrol grubu ise psikiyatrik başvurusu-hastalık tanısı olmayan 93 bireyden oluşmaktadır. Bireyler 18–65 yaş arası, okuma yazması olan kişilerden seçilmiş; çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış, bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Bireylere çalışmaya katılmaları sebebiyle bir ücret ödenmemiştir. Bu çalışma, tez çalışmasından türetilmiştir. Çalışma için gerekli izin Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan alınmıştır (57/06 no'lu ve 17/12/2018 tarihli karar ile).

Bireyler öncelikle DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirilmiştir. Ardından kendilerine doldurmaları için Sosyodemografik Veri Formu, Beck

Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Kişilik İnanç Ölçeği (KIÖ), Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE) içeren bir batarya uygulanmıştır.

Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik Veri Formu (SDVF): SDVF'de çalışmaya katılan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri gibi kişisel bilgileri ve daha önce bir psikiyatri birimine başvurma ve ilaç kullanımı gibi bilgilerini içeren psikiyatrik öyküleri değerlendirilmektedir.

DSM-5 Tanılarını Koymak İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı (SCID-5-CV): DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), DSM-5 tanıları koymak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme kılavuzudur (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2016). DSM-5 tanı sınıflandırmasını bilen klinisyenler ya da ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanabilen bu kılavuzun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (Elbir ve ark., 2019).

Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri (UKÖE/PID-5): DSM-5 Bölüm-3'de yer alan alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterlerine göre uyumsuz kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla geliştirilen bu ölçek 4'lü Likert tipi hazırlanmış olup 220 maddeden oluşmaktadır (Krueger ve ark., 2012). Ölçek beş boyut (olumsuz duygulanım, uzak olma, disinhibisyon, terslik/geçimsizlik, psikotizm) altında 25 alt boyuta ilişkin bilgi vermektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişilik patolojisinin daha yoğun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır (Çökmüş ve ark., 2018; Kaçar, 2014). Krueger ve ark. ölçeğin her alt boyutunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,72 ile 0,96 arasında değiştiğini belirtmiştir. Yapılan Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasında tüm ölçek için Cronbach alfa değeri 0.972 olarak bulunmuştur (Kaçar, 2014). Ölçeğin alt boyutları açısından Cronbach alfa katsayısının 0.82 ile 0.95 arasında farklılaştığı görülmektedir (Kaçar, 2014). Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayıları kontrol grubunda 0.91 ila 0.98; hasta grubunda ise 0.88 ila 0.98 arasında farklılaştığı saptanmıştır.

Kişilik İnanç Ölçeği (KIÖ): KIÖ DSM-4'te yer alan dokuz kişilik bozukluğuna karşılık gelen şemaları saptamaktadır (Beck & Beck, 1991). Her kişilik bozukluğu için 14 soru olmak üzere toplamda 126 sorudan oluşan

bu ölçek puanlaması 0 ile 4 arasında yapılır ve 5'li Likert tarzındadır. Bu ölçek bilişsel bir profil çıkartma ve tedavide kullanılabilir. Türkçapar ve ark. tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmıştır (Türkçapar ve ark., 2007). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları 0.67 ile 0.90, test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise 0.65 ile 0.87 arasında değişmektedir. Yaptığımız analizlerde Cronbach katsayılarının kontrol grubunda 0.80 ile 0.92, hasta grubunda 0.80 ile 0.93 arasında değiştiği saptanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Ulusoy, Sahin, & Erkmen, 1998). Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Anksiyete şiddetini ölçmeyi amaçlayan bu test 21 maddeden oluşur ve 4'lü Likert tipindedir.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçek 21 maddeden oluşur (Beck & Ward, 1961). 4'lü Likert tipinde olan bu ölçeğin altı alt ölçeği bulunmaktadır. Hisli tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan bu ölçek depresyon düzeyini belirlemeyi amaçlar (Hisli, 1989).

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package For The Social Sciences) 22,0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiş; ayrıca kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), standart sapma (ss) istatistikleri verilmiştir. Çalışmada veriler Bağımsız gruplar T testi ve Pearson korelasyon ile analize tabi tutulmuş; p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Hasta ve kontrol grubunun ortalama yaş değerleri sırasıyla 37,40±12,68 ve 35,28±11,71 olup gruplar arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,203). Hem hasta hem kontrol grubunda kadın oranı daha yüksekti (sırasıyla %77,0, %58,1), cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmış olup ve klinik örneklemdaki kadın oranı daha yüksekti. Gruplar

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunda uyumsuz kişilik özellikleri, kişilik inançları, Beck depresyon ve Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları

	Kontrol		Hasta		t	p
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma		
KİÖ-çekingen	17,2	8	24,5	10,1	-6,692	0,000*
KİÖ-bağımlı	13,9	8,5	26	12,7	-9,617	0,000*
KİÖ-pasif agresif	20,4	9,5	28,5	11,4	-6,012	0,000*
KİÖ-obsesif-kompulsif	28,1	11,9	30,8	12,4	-1,760	0,079
KİÖ-antisosyal	15,2	8,8	19	10,5	-3,211	0,002*
KİÖ-narsisistik	13,6	9,3	17,4	11,4	-2,800	0,005*
KİÖ-histriyonik	13,9	8,3	18,8	10,6	-4,326	0,000*
KİÖ-şizoid	24,2	10,1	26,5	11,3	-1,685	0,093
KİÖ-paranoid	14,9	10,6	24,5	14,4	-6,447	0,000*
UKÖE-olumsuz duygulanım	56,8	18,3	79,5	22,4	-8,561	0,000*
UKÖE-uzak olma	38,7	15,8	60,9	19,6	-9,562	0,000*
UKÖE-terslik/geçimsizlik	33,3	15	37,7	17,1	-2,159	0,032*
UKÖE-disinhibisyon	51,9	14,2	60,5	16,8	-4,263	0,000*
UKÖE-psikotizm	21,8	15,5	35,4	18,8	-6,121	0,000*
Beck anksiyete ölçeği	7,5	8,7	22,6	14	-11,34	0,000*
Beck depresyon ölçeği	7	7,6	20,8	12,6	-11,66	0,000*

*p<0,05 **p<0,01 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; T testi

arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Kontrol grubunun çoğunluğu 13–16 yıl eğitim görmüş iken (%50,5) hasta grubunun çoğunluğu 9–12 yıl eğitim görmüştü (%32,0) ve gruplar arasında eğitim yılı süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların DSM-5'e göre aldıkları tanımlara bakıldığında hastaların %51,5'i majör depresyon, %53,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %11'i agorafobi, %15'i panik bozukluk, %5,5'i sosyal anksiyete bozukluğu tanısına sahipti. Ayrıca hasta ve kontrol grubu arasında depresyon (hasta grubu ortalaması $20,77\pm 12,51$; kontrol grubu ortalaması $6,96\pm 7,60$ $p=0,000$) ve anksiyete (hasta grubu ortalaması $22,55\pm 13,94$; kontrol grubu ortalaması $7,44\pm 8,64$ $p=0,000$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktaydı. Gruplar arasında şizoid ve obsesif-kompulsif kişilik inanç puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), geri kalan tüm kişilik inanç ve uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Hasta ve kontrol gruplarının kişilik inançları ve uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutlarının ortalama puan değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Kişilik İnanç Anketi ve Uyumsuz Kişilik Özellikleri Envanteri Arasındaki Korelasyonlar

Hasta ve kontrol grubunda uyumsuz kişilik özellikleri ve kişilik inanç puanları arasındaki korelasyon bulguları Tablo 2 ve 3'te verilmiştir.

Hasta grubunda kişilik inançlarının tümü uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=0,298-0,511$) ($p<0,01$). Çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid ve paranoid kişilik inançları alt boyutları ise ayrı ayrı tüm uyumsuz kişilik özellikleri alt boyutları ile r değeri 0,198 ila 0,497 arasında değişen düşük ve orta derecede anlamlı korelasyonlar göstermiştir ($p<0,01$) (Tablo 2).

Kontrol grubunda korelasyonlara bakıldığında şizoid ve obsesif-kompulsif boyutu dışında tüm kişilik inançları uyumsuz kişilik özellikleri toplam puanı ile anlamlı korelasyon göstermiştir ($r=0,207-0,426$) ($p<0,05$). Çekingen, bağımlı ve paranoid kişilik inançları tüm UKÖE alt boyutları anlamlı derecede korelasyon gösterirken ($r=0,221-0,433$) ($p<0,05$) obsesif-kompulsif kişilik inancı yalnızca disinhibisyon kişilik özelliği boyutuyla, narsisistik ve şizoid kişilik inancı yalnızca terslik/geçimsizlik kişilik özelliği boyutuyla anlamlı korelasyon göstermiştir (Tablo 3).

Tablo 2: Hasta grubunda uyumsuz kişilik özellikleri puanları ile kişilik inanç puanlarının ilişkisi

		<i>Olumsuz Duygulanım</i>	<i>Uzak Olma</i>	<i>Terslik/ Geçimsizlik</i>	<i>Disinhibisyon</i>	<i>Psikotizm</i>	<i>UKÖE-Toplam Puan</i>
Çekingen	r	0,427**	0,410**	0,258**	0,276**	0,312**	0,395**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Bağımlı	r	0,497**	0,416**	0,296**	0,320**	0,358**	0,443**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Pasif agresif	r	0,454**	0,388**	0,283**	0,314**	0,350**	0,418**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Obsesif-kompulsif	r	0,438**	0,294**	0,266**	0,323**	0,297**	0,378**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Antisosyal	r	0,354**	0,279**	0,375**	0,296**	0,314**	0,372**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Narsisistik	r	0,319**	0,200**	0,365**	0,304**	0,285**	0,337**
	p	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000
Histriyonik	r	0,414**	0,295**	0,433**	0,391**	0,409**	0,445**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Şizoid	r	0,312**	0,318**	0,199**	0,252**	0,198**	0,298**
	p	0,000	0,000	0,005	0,000	0,005	0,000
Paranoid	r	0,484**	0,539**	0,339**	0,379**	0,453**	0,511**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*p<0,05 **p<0,01 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Pearson korelasyon

Tablo 3: Kontrol grubunda uyumsuz kişilik özellikleri puanları ile kişilik inanç puanlarının ilişkisi

		<i>Olumsuz duyulanım</i>	<i>Uzak olma</i>	<i>Terslik/ Geçimsizlik</i>	<i>Disinhibisyon</i>	<i>Psikotizm</i>	<i>UKÖE-Toplam Puan</i>
Çekingen	r	0,321**	0,386**	0,267**	0,330**	0,324**	0,388**
	p	0,002	0,000	0,010	0,001	0,002	0,000
Bağımlı	r	0,411**	0,324**	0,221*	0,253*	0,319**	0,369**
	p	0,000	0,002	0,033	0,014	0,002	0,000
Pasif Agresif	r	0,113	0,237*	0,230*	0,190	0,284**	0,247*
	p	0,282	0,022	0,027	0,069	0,006	0,017
Obsesif-kompulsif	r	0,071	0,054	0,144	0,227*	0,131	0,144
	p	0,500	0,604	0,169	0,029	0,212	0,168
Antisosyal	r	0,082	0,130	0,382**	0,290**	0,205*	0,250*
	p	0,432	0,216	0,000	0,005	0,048	0,016
Narsisistik	r	0,050	0,067	0,439**	0,153	0,193	0,207*
	p	0,634	0,523	0,000	0,142	0,064	0,046
Histriyonik	r	0,158	0,024	0,408**	0,276**	0,213*	0,251*
	p	0,130	0,819	0,000	0,007	0,040	0,015
Şizoid	r	0,008	0,199	0,232*	0,184	0,195	0,187
	p	0,942	0,056	0,025	0,078	0,061	0,073
Paranoid	r	0,300**	0,433**	0,316**	0,382**	0,373**	0,426**
	p	0,004	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000

*p<0,05 **p<0,01 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Pearson korelasyon

TARTIŞMA

Psikopatolojilerde bilişsel model ve kişilikte “özellik” modeli giderek daha fazla araştırılmasına karşın bu iki alanın ilişkilerine dair şaşırtıcı şekilde az çalışma vardır (McDermut, Pantoja, & Amrami, 2019). Kişilik bozukluğu olan hastaların geniş bir işlevsiz inanç yelpazesine sahip olma eğiliminde olduklarını öne sürülmüştür (Arntz, Dreesen, Schouten, & Weertman, 2004). Kişilik bozukluklarını değerlendirmede kişilik özelliklerinin çalışılması ise DSM-4’te yer alan kişilik bozukluklarını yeterince temsil etmeyi, kişilik bozukluğu tanısında sürekliliği kolaylaştırmayı ve klinik uygulama, araştırmalarda problemleri minimal düzeyde tutmayı amaçlamaktadır (Morey, Benson, & Skodol, 2016). Ayrıca son yıllarda kişilik bozukluğu tanısı konarken kullanılan tanı kriterlerinde daha çok duygusal ve davranışsal belirtilere odaklanılıyor olması eleştirilmekte ve bilişlerin önemi vurgulanarak bu konuda birçok çalışma yapılmaktadır. Çalışmamızda iki farklı boyutsal değerlendirme sistemi, DSM-5 boyutsal tanı sistemi kişilik özellikleri (trait) ile kişilik inançları arasındaki ilişki araştırılmış ve kişiliğin boyutsal değerlendirmesinde kullanılan kişilik özellikleri ile kişilik inançları arasında birçok bağlantı olduğuna dair hipotezimiz doğrulanmıştır.

Çalışmamızda örneklem özellikleri açısından bakıldığında kontrol ve hasta gruplarının eğitim yılı açısından farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuç örneklemin çoğunlukla yerleşim gösterdiği şehir kesimi ile ilişki olarak yorumlanabilirse de literatüre bakıldığında eğitim durumu ile kişilik özellikleri ilişkisine dair çelişkili sonuçlar olduğu; kişilik özelliklerinin de eğitim başarısını etkileyebileceği görülmüştür (Cuadrado, Salgado, & Moscoso, 2021).

Çalışmamızda UKÖE ve KIÖ ölçekleri arasındaki ilişki klinik ve klinik olmayan örnekleme çalışılmak istendiğinden öncelikle bu iki grup arasında bu ölçekler açısından fark olup olmadığına bakılmış ve beklendiği şekilde neredeyse tüm ölçek alt boyutlarında (KIÖ obsesif-kompulsif alt boyutu ve KIÖ şizoid alt boyutu hariç) klinik grubun kontrol grubuna göre literatüre benzer şekilde daha yüksek puan aldığı görülmüştür (Arntz ve ark., 2004). Bu durum psikopatoloji ve kişilik bozuklukları/özellikleri arasındaki ilişkileri kontrol grubuna göre klinik grupta daha fazla saptayan veriler göz önünde bulundurulduğunda ayrıca önemlidir (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). Gruplar arasında ölçek puanları açısından fark bulunmasının, klinik örnekleme bu iki farklı değerlendirme sistemi arasındaki ilişkileri araştırma çalışması bulunmaması nedeniyle elde ettiğimiz verilerin değerini artırdığı düşünülmektedir.

Literatürde, çalışmamıza benzer şekilde UKÖE ve KIÖ ölçekleri kullanılarak yapılan ve DSM-5 için önerilen uyumsuz kişilik özelliklerinin, temel kişilik patolojisi altında yatan ve bilişsel modelde yer alan işlevsiz inançlardaki varyansı açıklayabilme derecesini değerlendirmek amacıyla sağlıklı örnekleme gerçekleştirilen bir çalışmada olumsuz duygulanım, bağımlı/kaçınan, obsesif-kompulsif, paranoid ve histriyonik inançlarla; uzak olma, çekingene, bağımlı/kaçınan ve paranoid inançlar dışında tümüyle; disinhibisyon, bağımlı/kaçınan, narsistik, obsesif-kompulsif, pasif-agresif ve histriyonik inançlarıyla; terslik/geçimsizlik, pasif-agresif, antisosyal ve bağımlı/kaçınan inançlar dışında tümüyle; psikotizm ise obsesif-kompulsif, pasif-agresif, paranoid ve şizoid inançlarla ilişkili saptanmıştır (Hopwood ve ark., 2013a). Özellik ve işlevsiz inançların beş ortak üst düzey faktör aracılığıyla entegre edilebileceğini gösteren bu çalışmada işlevsiz inançlarla uyumsuz özellikler arasındaki spesifik ilişkiler fazlaştıkça aralarında alt-boyut seviyesinde bir hiyerarşi olduğu; ayrıca alt-boyut seviyesinde saptanan bu ilişkilerin belirli kişilik inanç kümelerini tanımlamada faydalı olabileceği öne sürülmüştür (Hopwood ve ark., 2013a). Toplum örnekleminde yapılan bu çalışmada örneklem sayısının çalışmamızdaki kontrol grubundan yüksek oluşu, toplum örnekleminde psikopatolojinin ekarte edilmemiş olması, kullanılan farklı istatistik modeli ve UKÖE’nin hem boyut hem de alt boyutlarının incelenmesi gibi farklılıklar çalışmamız sonuçlarından farklı veriler elde edilmesini açıklayabilir.

Üniversite öğrencilerinde, beş faktör kişilik modeli, UKÖE ve DSM kategorik kişilik bozuklukları ile ilişkili kişilik inançları arasında ilişkiyi araştıran bir çalışmada olumsuz duygulanım nörotizizm ile pozitif, uzak olma dışadönüklük ile negatif, terslik/geçimsizlik uzlaşmacılık ile negatif ve disinhibisyon vicdanlılık ile negatif yönde kuvvetli korelasyonlar göstermiş; psikotizm ise açıklık ile ters yönde kuvvetli bir korelasyon gösterse de beş kişilik boyutunun tümüyle orta derece ilişki göstermiştir (Thimm ve ark., 2016). UKÖE ölçeğinin hem uzun hem kısa formu kullanılarak yapılan bu çalışmada UKÖE’nin beş faktör kişilik boyutlarıyla gösterdiği ilişkilerin doğrulanması yanında kişilik inançları ile UKÖE boyutları arasında çalışmamız hasta grubuna benzer şekilde tüm kişilik inanç boyutları ile UKÖE beş ana boyutu arasında korelasyon saptanmıştır (Thimm ve ark., 2016). Çalışmamızda kontrol grubunda şizoid ve obsesif-kompulsif kişilik inançları ile öngörülen UKÖE boyutları arasında ilişki saptanmaması örneklem büyüklüğünün görece az olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda DSM-5 Bölüm-3'de yer alan alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterlerini destekler nitelikte hasta grubunda çekingen kişilik inancı ile olumsuz duygulanım, uzak olma boyutları ve narsisistik kişilik inancı terslik/geçimsizlik boyutu; kontrol grubunda ise antisosyal kişilik inancı terslik/geçimsizlik, disinhibisyon boyutları ve narsisistik kişilik inancı terslik/geçimsizlik boyutu ile diğer uyumsuz kişilik özelliklerine göre daha yüksek korelasyonlar göstermiştir. Ayrıca özellikle anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanısına sahip hasta grubunda saptanan özellikli ilişkiler dışında birçok anlamlı ilişkinin saptanması psikopatoloji ile kişilik kavramı birlikteliğine ışık tutacak niteliktedir (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011; Ormel ve ark., 2013). Kotov ve ark.'nın yaptığı kapsamlı bir meta analizde klinik grupta kontrol grubuna göre kişilik özelliklerinin belirgin olması birçok çalışmaya rehberlik etmiş; başta nörotisizm olmak üzere psikopatoloji (özellikle majör depresyon ve alkol kullanım bozukluğu) ile kişilik özellikleri birlikteliğine dair çalışmalar olduğu saptanmıştır (Kotov, & Gamez, 2010). Çalışmamızda kontrol grubuna kıyasla hasta grubunda elde ettiğimiz anlamlı ilişkiler kişilik ve psikopatoloji literatüründe yer alan verilerle uyumludur. DSM-5 Bölüm-3'de yer alan alternatif kişilik bozukluğu tanı kriterlerine göre beklenen diğer ilişkilerin çalışmamızda saptanamamasında özellikle "kişilik özellikleri" yerine UKÖE boyutlarının kullanılmasının ve örneklemin yeterli büyüklükte olmamasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Beş faktör kişilik boyutları ile işlevsiz bilişler arasındaki ilişki konusunda gerçekleştirilen bir çalışmada işlevsiz inançların depresyon ve kaygı belirtileri gibi duygusal sonuçları ile kişilik özellikleri arasında aracı rolünün olduğu gösterilmesi aslında bu kavramlar arasında çok karmaşık doğada bir ilişkinin varlığına dair düşünceleri desteklemektedir (McDermut ve ark., 2019).

Literatüre baktığımızda "normal" kişilik özellikleri, kişilik bozukluğu ve psikopatoloji ilişkisinde paylaşılan noktaların aydınlatılması ve daha genel bir psikolojik sistem bireysel farklılıkların ve psikiyatrik nozolojinin anlaşılmasında önemlidir; örneğin farklı klinik bozuklukların aynı kişilik özellik boyutunda toplanması komorbiditeyi açıklamada yardımcı olabilir (Eaton ve ark., 2013; Hopwood ve ark., 2013b). Bununla birlikte, psikopatolojinin bazı yönleri kişilik hiyerarşisinin dışında kalabilir; pek çok uyumsuz davranış, çoğunlukla kişilikten bağımsız ve kısmen kişilik özellikleri tarafından kapsanan faktörlerin yol açtığı diatez ve stresin bir kombinasyonunu yansıtır (Hopwood ve ark., 2013b). Bir diğer deyişle kişilik özellikleri, çevresel

etkenlerin potansiyel sonuçları için bir temel sağlıyor olabilir. Çalışmamız sonucunda hasta ve kontrol grupları içinde saptanan korelasyonlar psikopatoloji-kişilik özellikleri ilişkisinin karmaşık doğasının bir yansıması olarak düşünülebilir.

UKÖE ve KİÖ ilişkisini araştıran çalışmaların çoğunlukla geçerlik güvenirlik çalışmaları olması ve klinik olmayan örneklemlerde yapılmış olması bizim çalışmamızı farklı kılmaktadır. Bununla birlikte çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmamızın örneklem sayısı yüksek olsa da kişilik alanında yapılan çalışmalarda örneklem sayısının yüksekliği alt boyut düzeyinde daha ayrıntılı analizler yapılabilmesini sağlaması açısından önemlidir. Çalışmamızda da bu nedenle UKÖE'nin alt boyutlarında analiz yapılamamış ve sadece UKÖE ile KİÖ arasındaki korelasyon değerlendirilebilmiştir. Hasta grubunda kadın sayısının erkeklerden fazla oluşu kısıtlılıklar arasındadır. Ayrıca çalışmamızın tek merkezde yürütülmesi ve kesitsel nitelikte olması kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Katılımcılar tarafından doldurulan ölçeklerin öz-bildirim şeklinde olması yanlılık yaratabilir.

Çalışmamızda hasta grubunda ilaç tedavisi ya da psikoterapinin kişilik özellikleri ile ilişkisine değinilmemiş; ayrıca boyutsal kişilik bozukluğu A tanı kriterinde yer alan kişilik işlevselliği değerlendirilmemiştir. İlerleyen çalışmalarda kişilik özellikleri ile psikopatoloji arasında önemli bir ilişim gösteren veriler de göz önüne alındığında bu alanda daha ayrıntılı ve farklı dizaynlara sahip çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir. (Hopwood ve ark., 2013b).

SONUÇ

Çalışmamız kısıtlılıklarına rağmen kişilik alanında boyutsal değerlendirme yapmaya olanak sağlayan iki farklı değerlendirme sistemini, bilişsel kuram çerçevesinden kişilik inançları ile uyumsuz kişilik özelliklerini hem klinik hem de kontrol örnekleminde değerlendirerek aralarında birçok anlamlı ilişki saptamıştır. Çalışma verilerimiz çerçevesinde kişilik bozukluklarını boyutsal olarak değerlendiren UKÖE ve KİÖ arasında saptanan yakın ilişkiler klinik olarak daha yararlı ve uygulanabilir bir kişilik patolojisi modeli oluşmasında literatürdeki verilere katkıları nedeniyle önemli bir potansiyele sahiptir. Gelecekte UKÖE'nin yalnızca beş ana boyutu (olumsuz duygulanım, uzak olma, terslik/geçimsizlik, disinhibisyon, psikotizm) ile değil; bu beş ana başlık altında toplanmış 25 kişilik özelliği ile kişilik inançları arasında muhtemel ilişkiyi saptayacak daha büyük örneklem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Etik Kurul Onayı: Çalışma, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay tarihi ve sayısı: 17/12/2018/57/06).

Hasta Onamı: Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Ethics Committee of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital (date and number of approval: 17/12/2018/57/06).

Informed Consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62–81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC. http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Research*, 216(3), 363–372. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.007>
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the personality disorder belief questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215–1225. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.004>
- Aslan, S. (2008). Kişilik, huy ve psikopatoloji. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*, 2(1-2), 7–18. <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=7777&tammetinvar=yes>
- Bach, B., Anderson, J., & Simonsen, E. (2017). Continuity between interview-rated personality disorders and self-reported DSM-5 traits in a Danish psychiatric sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 261. <https://doi.org/10.1037/per0000171>
- Bastiaens, T., Smits, D., De Hert, M., Vanwalleghem, D., & Claes, L. (2016). DSM-5 section III personality traits and section II personality disorders in a Flemish community sample. *Psychiatry Research*, 238, 290–298. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.056>
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The personality belief questionnaire. Unpublished assessment instrument*. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. 3rd ed. Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., & Ward, C. H. (1961). Dreams of depressed patients. Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry*, 5, 462–467. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710170040004>
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Cuadrado, D., Salgado, J. F., & Moscoso, S. (2021). Personality, intelligence, and counterproductive academic behaviors: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 120(2), 504–537. <https://doi.org/10.1037/pspp0000285>
- Çökmüş, F. P., Yüzeren, S., Aydın, O., Aydın, P. Ü., Öztekin, S., Akdeniz, F., ... Aydemir, O. (2018). Reliability and validity of Turkish form of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) adult version. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 48(Suppl), S482.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., ... Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 86. <https://doi.org/10.1037/a0029598>
- Elbir, M., Alp Topbaş, Ö., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., ... Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(1). <https://doi.org/10.5080/u23431>
- First, M. B. (2005). Clinical utility: a prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560–564. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.560>
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-CV: structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version*. American Psychiatric Association Publishing. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689–708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., & Beck, A. T. (2012). Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 42(4), 795. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001711>
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *Journal of Psychology*, 7(23), 3–13. <https://www.psiolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpd1300443319890000m000366.pdf>
- Hopwood, C., Thomas, K., Markon, K., & Wright, A. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 424–432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., ... Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82–86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>

- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders, 25*(3), 305–320. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>
- Hopwood, C. J., Schade, N., Krueger, R. F., Wright, A. G., & Markon, K. E. (2013a). Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(2), 162–172. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9332-3>
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Schade, N., Markon, K. E., & Morey, L. C. (2013b). DSM-5 pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. *Assessment, 20*(3), 269–285. <https://doi.org/10.1177/1073191113486286>
- Kaçar, S. (2014). *Uyumsuz kişilik özellikleri envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/1749/Servlet%20KA%C3%87AR_tez_10049217.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 269. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G., & Markon, K. E. (2014). DSM-5 and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(3), 245–261. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12073>
- McDermut, W., Pantoja, G., & Amrami, Y. (2019). Dysfunctional beliefs and personality traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37*(4), 338–357. <https://doi.org/10.1007/s10942-019-00315-5>
- Millon, T., Grossman, S. D., Millon, C., Meagher, S. E., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons. <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/personality.disorders.millon.pdf>
- Morey, L., Benson, K., & Skodol, A. (2016). Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine, 46*(3), 647–655. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002226>
- Ormel, J., Jorionimus, B., Kotov, R., Riese, H., Bos, E., Hankin, B., ... Oldehinkel, A. (2013). Neuroticism and psychopathology: meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review, 33*, 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.08.009>
- Taymur, I., & Türkçapar, M. (2012). Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar, 4*(2), 154–177. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/115082>
- Thimm, J. C., Jordan, S., & Bach, B. (2016). The Personality Inventory for DSM-5 Short Form (PID-5-SF): psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology, 4*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0169-5>
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment, 20*(3), 308–311. <https://doi.org/10.1177/1073191112457589>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review Clinical Psychology, 1*, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Türkçapar, M. H., Örsel, S., Uğurlu, M., Sargın, E., Turhan, M., Akkoyunlu, S., ... Karakaş, G. (2007). Kişilik İnanç Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri, 10*, 177–191. https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_10_4_177_191.pdf
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmén, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 12*(2), 163–172. https://www.researchgate.net/profile/Nesrin-Hisli-Sahin/publication/233792003_Turkish-Version_of_the_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_Properties/links/0912f50b89f36c598c000000/Turkish-Version-of-the-Beck-Anxiety-Inventory-Psychometric-Properties.pdf
- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders, 21*(4), 359–370. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.359>
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.2.71>

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

INTRODUCTION

The growing body of research on personality and personality disorders points to the problems and shortcomings of present diagnosis system of DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Main problems of categorical classification of personality disorders are heterogeneity and comorbidity within different categories (Trull & Durrett, 2005). Although categorical diagnosis system allows to communicate easily among the clinicians and researchers, present personality disorder diagnoses are grouped categorically and coded as either present or absent, which create artificial cut-offs (Aslan, 2008; Trull & Durrett, 2005). Also, categorical system doesn't evaluate the severity of personality disorder which is an important aspect of the pathology (Bender, Morey, & Skodol, 2011).

DSM-5 preserves the ten personality disorder categories which were defined previously in DSM-4-TR in Section-2 (Diagnostic Criteria and Codes) for formal diagnosis (American Psychiatric Association, 2013). Additionally, it also presents an Alternative Model for Personality Disorder (AMPD) in Section-3 (Emerging Measures and Models). The AMPD is a hybrid model which includes both the functionality and the maladaptive traits of the personality. DSM-5 Personality and Personality Disorder Work Group initially identified 37 maladaptive traits, but after further research, 25 trait scales that delineate five higher-order domains were described (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). These five domains reflect the subscales of the Five-Factor Model (FFM) of normative personality (Thomas et al., 2013).

The cognitive model of the personality disorder is one of the important personality models (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2004). The cognitive model of the personality disorder emphasizes the "schemas" and affirms that dysfunctional information processing leads to negative emotional outcomes and ineffective behavioral strategies (Beck, Davis, & Freeman, 2015). "Personality Belief Questionnaire" is a 126-item self-report questionnaire intended to assess dysfunctional beliefs associated with 9 personality disorders. Although an increasing number of studies are being published about personality pathology in cognitive models and in trait models, there is still a lack of research which investigates the relationships between these two main personality models. Further research can make it possible to use these two models in combination for a more comprehensive evaluation of personality pathologies (McDermut, Pantoja, & Amrami, 2019). In this direction, our aim is to assess the relationship between dysfunctional personality beliefs of cognitive model and maladaptive personality traits of AMPD.

METHODS**Participants, Data Collection Tools, and Statistical Analyses**

The study was conducted with 200 patients who are diagnosed with major depressive disorder and/or anxiety disorders and a control sample of 93 volunteers. Participants were assessed with Personality Belief Questionnaire (PBQ), Personality Inventory of DSM-5 (PID-

5), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI). Descriptive analysis, Pearson correlation and Student's T test were performed with SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) 22.0. For all analyses, a *p* value below 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

The clinical sample had a mean age of 37,60 ± 12,68 and the control sample had a mean age of 35,28 ± 11,71. Both clinical and control samples were dominantly female (77%, 58,1% respectively). There was a significant difference between groups about their education levels (32% of the clinical sample had an education time between 9-12 years; 50,5% of the control sample had an education time between 13-16 years). The analysis revealed that there are significant correlations between maladaptive personality traits and dysfunctional personality beliefs in both groups. In the clinical sample, personality belief subscales (passive aggressive, obsessive-compulsive, antisocial, narcissistic, histrionic, paranoid, dependent, schizoid and avoidant) are found to be significantly correlated with all maladaptive personality domains (negative affectivity, detachment, antagonism, disinhibition and psychoticism) and PID-5 total score ($r=0,198-0,511$) ($p<0,05$). In the control sample, all PBQ subscales are found to be positively correlated with PID-5 total score ($r=0,207-0,426$) ($p<0,05$), except schizoid and obsessive-compulsive subscales. Obsessive-compulsive subscale positively correlated with disinhibition and schizoid subscale positively correlated with antagonism domains of PID-5 (respectively $r=0,227$, $r=0,232$) ($p<0,05$).

DISCUSSION

Our results shows that there is a significant relationship between PBQ and PID-5 domains in both samples. Each of the personality beliefs showed significant correlation with PID-5 total score and PID-5 domains, except schizoid and obsessive-compulsive beliefs in control sample. Our results concur with the previous literature (Hopwood, Schade, Krueger, Wright, & Markon, 2013; Hopwood, Wright, et al., 2013; McDermut et al., 2019). Overall, our research demonstrates that there are associations between two main personality models at a level that should be heeded, and suggests that these specific relationships can be formulated at lower domains of PID-5 (Hopwood, Schade, et al., 2013).

This study has some limitations. Our study had a cross-sectional nature, performed with self-reported measurement tools in a relatively small sample. Also, we conducted our study in one center. Despite these limitations, we want to emphasize that this research is the first study that examines the relationship between cognitive model and trait model in both clinical and control samples. Future research should address more specific connections between these models with bigger samples and informant-reported measures.

Keywords: personality, personality assessment, personality tests, cognitive behavioral