

16.89

კატეგორიალურიდან განზომილებით პარადიგმამდე: პიროვნული აშლილობების ალტერნატიული მოდელი

ქამუშაძე თამარ¹, მარწყვიშვილი ხათუნა², კვიციანი მარიამ³
ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
ილია ჭავჭავაძის გამზ. 118 0179 თბილისი, საქართველო^{1,2,3,4}

ანოტაცია

პიროვნული აშლილობები და მისი კლასიფიკაცია წარმოდგენს ერთ-ერთ ყველაზე საკამათო საკითხს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. მიუხედავად იმ დიდი პროგრესისა, რაც კლინიკურ შემთხვევებზე დაკვირვებებისა და ემპირიული კვლევების დახმარებით არსებობს, საბოლოო კონსენსუსი პიროვნული აშლილობების კლასიფიკაციის შესახებ, მიღწეული არ არის. ცენტრალური კითხვა მიემართება იმას, თუ რომელი მოდელია უპირატესი - განზომილებითი თუ კატეგორიალური. კატეგორიალური მოდელის შესახებ არსებულმა კრიტიკამ საფუძველი ჩაუყარა პიროვნული აშლილობების ალტერნატიული მოდელის შემუშავებას, რომელიც განზომილებით პარადიგმას ეყრდნობა და რომელშიც პიროვნული აშლილობები გართულებული პიროვნული ფუნქციონირებით და პათოლოგიური პიროვნული ნიშნებით ხასიათდება. ახალი მოდელის მიმართ ინტერესი მზარდია და არაერთი კვლევა ადასტურებს მის სარგებლიანობას კლინიკურ პრაქტიკაში.

საკვანძო სიტყვები: პიროვნული აშლილობა, ალტერნატიული მოდელი

კატეგორიალური პარადიგმა და მისი ნაკლოვანი მხარეები

პიროვნული აშლილობა არის აზროვნების, ქცევისა და ემოციების პატერნი, რომელიც განსხვავებულია კულტურით განპირობებული მოლოდინებისგან, იწვევს დისტრესს და პრობლემებს ფუნქციონირებაში და ხანგრძლივობით ხასიათდება (APA, 2013). მიუხედავად უამრავი კვლევისა და არსებული კლინიკური გამოცდილებისა, საბოლოო კონსენსუსი პიროვნული აშლილობების კლასიფიკაციის შესახებ, მიღწეული არ არის. ცენტრალური კითხვა მიემართება იმას, თუ რომელი მოდელია უპირატესი - განზომილებითი თუ კატეგორიალური.

ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), ტრადიციულად, იყენებს კატეგორიალურ პარადიგმას, რომელიც უფრო მეტად შეესაბამება სამედიცინო სფეროში არსებულ დაავადების მოდელს. 1980 წელს, DSM-ის მესამე გამოცემაში, გამოყოფილი იყო თერთმეტი პიროვნული აშლილობა, რომლებიც განთავსებული იყო მესამე ღერძზე. უფრო გვიანდელმა გამოცემებმა, აშლილობათა რაოდენობა ათამდე შეამცირა და შეიმუშავა კრიტერიუმების სისტემა, რომლის არსებობაც აუცილებელია თითოეული აშლილობის დიაგნოსტიკისათვის. DSM-IV ეყრდნობოდა ამგვარ კატეგორიალურ პარადიგმას და მოიცავდა აშლილობების სამ კლასტერს: A კლასტერი (უჩვეულო-ექსცენტრიული), B კლასტერი (დრამატულ-ემოციური) და C კლასტერი (მშფოთვარე-შიშით შეპყრობილი).

DSM-ის კატეგორიალური პარადიგმა, მასში შემავალი კრიტერიუმებით ფართოდ გამოიყენებოდა კვლევაში. თუმცა, რამდენიმე პრობლემამ იჩინა თავი. ერთი მხრივ, დიაგნოსტიკისათვის საჭირო ზოგიერთი კრიტერიუმი არ იყო სტაბილურად გამოხატული. კატეგორიალური მიდგომა კი გულისხმობს აშლილობის არსებობას ან არ არსებობას და ნაკლებად ითვალისწინებს სიმპტომის გამოვლენის გრადაციებს. მეორე მხრივ, პარადიგმა გულისხმობს ექსტრემალურ ჰეტეროგენურობას დიაგნოზებს შორის. მაგალითად, არსებობს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის დამახასიათებელი 9 კრიტერიუმიდან 5 კრიტერიუმის გამოვლენის 256 სხვადასხვა ვარიანტი და შესაძლოა ორ პაციენტს ჰქონდეს ერთი და იგივე დიაგნოზი, მაგრამ მხოლოდ ერთი საერთო კრიტერიუმი (Skodol, 2014).

რადგან DSM-IV-ის მიერ წარმოდგენილი ტრადიციული კატეგორიალური პარადიგმა პიროვნული აშლილობებისთვის გახდა კრიტიკის ობიექტი (Clark, 2007; Livesley, 2010; Widiger & Trull, 2007), დადგა პიროვნული პათოლოგიის მოდელის ალტერნატიული ვარიანტის შემუშავების საკითხი (Bastiaens et al., 2015).

ალტერნატიული მოდელი

DSM-5-ის პიროვნული აშლილობების ალტერნატიულ მოდელში (პაამ), რომელიც წარმოდგენილია მესამე ნაწილში - განვითარებადი მოდელები და საზომები (Emerging Measures and Models), პიროვნული აშლილობები ხასიათდება გართულებული პიროვნული ფუნქციონირებით (კრიტერიუმი A) და პათოლოგიური პიროვნული ნიშნებით (კრიტერიუმი B). პიროვნული ფუნქციონირება მოიაზრებს მდგრადი სელფის არსებობას (ცხადი, კოჰერენტული იდენტობა და თვით-მიმართულების ქონა) და ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს (მოწიფულობა და ემპათია, ორმხრივად დამაჯილდოებელი ინტიმური ურთიერთობები).

პათოლოგიური პიროვნული ნიშნების ახლებური მოდელის სტანდარტიზირების ერთ ვარიანტს წარმოადგენდა DSM-IV პიროვნული აშლილობების ნიშნების სისტემის ჩანაცვლება ისეთი სტრუქტურირებული მოდელით, როგორცაა პიროვნული ნიშნების ხუთ ფაქტორიანი მოდელი (Costa & Widiger, 2002). მოგვიანებით, პათოლოგიური პიროვნების ემპირიული სტრუქტურის შესახებ არსებული ლიტერატურის მიხედვით გამოიყო ოთხი ძირითადი ფაქტორი (Widiger & Simonsen, 2005): ნეგატიური ემოციურობა, ინტროვერსია, ანტაგონიზმი და განმუხრუჭება (Krueger et al., 2011). ლიტერატურაში, რომელიც მიზნად ისახავდა პიროვნების ხუთფაქტორიანი მოდელის DSM-IV-ით განსაზღვრული პიროვნული აშლილობებთან დაკავშირების მეტა-ანალიზს, გამოიკვეთა შემდეგი: ინტროვერსია (ხუთ ფაქტორიანი მოდელის ექსტრავერსიის არ არსებობა), ანტაგონიზმი (ხუთ ფაქტორიანი მოდელის თანხმობისადმი მზაობის არ არსებობა), იმპულსურობა (ხუთ ფაქტორიანი მოდელის კეთილსინდისიერების არ არსებობა) და ნეგატიური აფექტი (5 ფაქტორიანი მოდელის ნევროტიზმი) (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012).

საბოლოოდ, შეიქმნა ხუთფაქტორიანი მოდელი, რომელიც არაკლინიკური ხუთფაქტორიანი მოდელის მსგავსია და შედგება კრიუგერის მიერ შემუშავებული მაღალი დონის ფაქტორებისაგან (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012). პათოლოგიური პიროვნული ნიშნები ერთიანდება ხუთ ძირითად განზომილებაში: ნეგატიური აფექტი, განცალკევება, ანტაგონიზმი, განმუხრუჭება და ფსიქოტიზმი.

თითოეული ფაქტორი მოიცავს პიროვნულ ნიშნებს, რაც საერთო ჯამში, გვაძლევს 25 პიროვნულ ნიშანს.

თითოეული ფაქტორი შედგება 3-დან 6-მდე სპეციფიკური პიროვნული ნიშნისაგან (მაგ. ანჰედონია შედის განცალკევების, ხოლო ექსცენტრიულობა ფსიქოტიზმის ფაქტორში). თუ ნიშანი, საშუალოდ ან საშუალოზე მეტადაა გამოვლენილი პიროვნებაში, პიროვნება ითვლება ამ ნიშნის მატარებლად. გართულებული ფუნქციონირებისა და პათოლოგიური ნიშნების არსებობს შემთხვევაში, კლინიცისტს ექმნება ზოგადი წარმოდგენა პიროვნული აშლილობის მახასიათებლებისა და სიმწვავის შესახებ (Skodol, Morey, Bender & Oldham, 2015).

ემპირიული დასაბუთება და კლინიკური გამოყენება

სპეციფიკური პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი, რომელიც შესაძლოა დაისვას ალტერნატიული მოდელის თანახმად, მოიცავს ანტისოციალურ, ამრიდებლურ, მოსაზღვრე, ნარცისულ, ობსესიურ-კომპულსიურ და შიზოტიპურ პიროვნულ აშლილობებს. მაშინ, როდესაც არ არსებობს საკმარისი ემპირიული მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ პიროვნული აშლილობები ნამდვილად კატეგორიალურია (Trull & Durrett, 2005) ან რომ 8-12 სხვადასხვა აშლილობა არსებობს (Eaton et al., 2011), ახლადგამოჩენილმა ალტერნატიულმა მოდელმა, რომელიც ხაზს უსვამს გართულებულ ფუნქციონირებას და პიროვნულ ნიშნებს, ჰპოვა როგორც ემპირიული დასაბუთება, ისე კლინიკური გამოყენება (Bender, 2013; Bernstein, Iscan & Maser, 2007; Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

პაამ-ის კრიტერიუმებსა და ტრადიციულ მოდელს შორის მსგავსება/განსხვავებების შესახებ არაერთი კვლევა ჩატარდა. შედეგები უმეტესად მიუთითებს, რომ ახალი მოდელი არამარტო იმეორებს ტრადიციული მოდელის მიერ ამოღებულ ინფორმაციას, არამედ ავსებს ტრადიციული ნოზოლოგიის გარკვეულ შეზღუდვებს (Few et al., 2013; Morey, Bender & Skodol, 2013).

კვლევები ადასტურებს პაამ-ის კლინიკური გამოყენების სარგებლიანობასაც. არსებობს მტკიცებულება, რომ პაამ სანდოდ წინასწარმეტყველებს ყველა პიროვნული აშლილობის კატეგორიას, რომელთაგან თითოეული უკავშირდება სპეციფიკურ პროფილს. მაგალითად, Hopwood et al. (2012) აღმოაჩინეს, რომ პაამ ნიშნები ხსნიან ექვსი პიროვნული აშლილობის (შიზოტიპური, ანტისოციალური, მოსაზღვრე, ნარცისული, ამრიდებელი და ობსესიურ-კომპულსური) ვარიანტების 38%-დან 56%-მდე. კლინიცისტების შეფასებათა მიხედვით (Few et al. 2013), პაამ ნიშნები ხსნიან DSM-IV-ს პიროვნული აშლილობების კონსტრუქტების 33-69%-ს (Pocnet, Antonietti, Handschin, Massoudi & Rossier, 2018). ანტაგონიზმის სპეციფიკური ნიშნების არსებობამ, რომელიც არ იყო დაკავშირებული ნარცისული პიროვნული აშლილობის ტრადიციულ ნოზოლოგიაში, ახსნა მონაცემთა ვარიანტების დამატებით 12% (Rodriguez-Seijas, Ruggero, Eaton & Krueger, 2019).

იმის მიუხედავად, რომ პათოლოგიური პიროვნული ნიშნები სპეციფიკური თეორიული საფუძვლის გარეშე შემუშავდა, კვლევების საკმაო რაოდენობა ხაზს უსვამს მის მჭიდრო კავშირს ნორმატიულ პიროვნულ კონსტრუქტებთან (DeYoung, Carey, Krueger & Ross, 2016; Sleep, Hyatt, Lamkin, Maples-Keller & Miller, 2018; Thimm, Jordan & Bach, 2016; Wright, Pahlen & Krueger, 2017). ნეგატიური აფექტი, განცალკევება,

ანტაგონიზმი, განმუხრუჭება და ფსიქოტიზმი, წარმოადგენენ ნორმატიული პიროვნული ნიშნების (ნეიროტიზმი, ექსტრავერსია, თანხმობისადმი მზაობა, კეთილსინდისიერება და გამოცდილებისადმი ღიაობა) ექსტრემალურ პოლუსებს.

რამდენიმე კვლევამ აჩვენა კავშირები დიდი ხუთეულის მოდელსა და პირ. აშლილობების ალტერნატიული მოდელის განზომილებებს შორის (Thomas et al., 2012; Widiger & Costa, 2002; Wright & Simms, 2014), რომელთა მიხედვითაც ეს განზომილებები განიხილება დიდი ხუთეულის და შესაბამისად, ნორმალური პიროვნების არაადაპტურ ვარიანტად. მაგალითად, Gore და Widiger (2013) სტრუქტურული გათანაბრების მოდელის ანალიზის საფუძველზე გამოააშკარავეს ხუთფაქტორიანი სტრუქტურა, სადაც NEO-PI-R და პაამ-ის განზომილებები, იტვირთებოდა ლატენტურ ფაქტორებზე. კერძოდ, კეთილგანწყობა უარყოფითად და ანტაგონიზმი დადებითად იტვირთებოდა პირველ ფაქტორზე; ნეიროტიზმი და ნეგატიური აფექტი დადებითად იტვირთებოდნენ მეორე ფაქტორზე; ექსტრავერსია დადებითად და განცალკევება უარყოფითად იტვირთებოდა მესამე ფაქტორზე; კეთილსინდისიერება დადებითად და განმუხრუჭება უარყოფითად იტვირთებოდა მეოთხე ფაქტორზე; გამოცდილებისადმი ღიაობა და ფსიქოტიზმი დადებითად იტვირთებოდა მეხუთე განზომილებაზე. ეს სტრუქტურა ამართლებს კავშირს ნორმალურ და პათოლოგიურ განზომილებებს შორის. თუმცა გამონაკლისს წარმოადგენს კავშირი ფსიქოტიზმსა და გამოცდილებისადმი ღიაობას შორის. დიდ ხუთეულსა და პირ. აშლილობებს შორის ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა (O'Connor, 2005; Saulsman & Page, 2004) აჩვენა სუსტი კორელაციები ღიაობასა და შიზოტიპური პიროვნებისათვის დამახასიათებელ კოგნიტურ-აღქმით პათოლოგიებს შორის. სხვა კვლევა აჩვენებს, რომ როდესაც ღიაობის დებულებები ჩანაცვლებულია უფრო ადაპტური ვარიანტებით, ჩნდება კავშირები შიზოტიპურ პიროვნების საზომ ინსტრუმენტებთან (Edmundson et al., 2011; Haigler & Widiger, 2001).

მოდელის თავდაპირველმა გამოჩენამ, გააჩინა გარკვეული ეჭვები კრიტიკოსების თვალში. ერთ-ერთი კრიტიკა მდგომარეობდა იმაში, რომ მოდელი ზედმეტად კომპლექსურია და პრაქტიკოსების მხრიდან არ იქნება გამოყენებული (Skodol, Bender & Gunderson, 2014). ამის საპირისპიროდ უნდა ითქვას, რომ კვლევების მიხედვით, ისეთი კლინიცისტები, რომელთაც არ ჰქონდათ საკმარისი ინფორმაცია ახალი მოდელის შესახებ, საკმაოდ კარგად ახერხებდნენ მოდელზე დაყრდნობით დასკვნების გამოტანას პიროვნული აშლილობის ხარისხის შესახებ (Skodol et al., 2015; Regier et al., 2013; Zimmermann et al., 2013). გარდა ამისა, ყველა პირ. აშლილობის დიაგნოზის დასაფარად საჭირო კრიტერიუმების რაოდენობა, ტრადიციულ მოდელთან შედარებით, შემცირდა 43%-ით (Oldham, 2015). ალტ. მოდელის სასარგებლოდ უნდა ითქვას ისიც, რომ პათოლოგიური ნიშნების წარმოდგენილი ფაქტორული სტრუქტურა გამეორდა სხვადასხვა შერჩევასა (Krueger & Markon, 2014) და კულტურაში (Rossi & De Weerd, 2013).

პაამ შეიქმნა პირ. აშლილობების დიაგნოსტიკის სისტემის გამარტივებისა და მისთვის ემპირიული დასაბუთების მოპოვების მიზნით და უნდა ითქვას, რომ წარმატებით ასრულებს დაკისრებულ მისიას. იგი წარმოადგენს პირ. აშლილობის დიაგნოსტიკის უფრო მოქნილ მიდგომას, რომლის მიხედვითაც მარტივდება მკურნალობისა და ინტერვენციის დაგეგმვა. მაშინ, როდესაც ტრადიციული ნოზოლოგია არ იძლევა სპეციფიურ ინფორმაციას პათოლოგიის შესახებ, პაამ აღწერს კონკრეტულ მახასიათებლებს თითოეული აშლილობისათვის. ამგვარად, ამარტივებს შემთხვევის ანალიზს და ჩარევის გზების დასახვის პროცესს (Rodriguez-Seijas et al., 2019).

პირ. აშლილობების დიაგნოსტიკა მოცემული მოდელის მიხედვით, იძლევა პათოლოგიის კარგ სურათს, რაც შესაძლოა გამოყენებული იქნას კლინიკურ პრაქტიკაში და გაამარტივოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესი. გარდა ამისა, ლიტერატურა მიუთითებს, რომ პაამ-ით მიღებული ინფორმაცია შესაძლოა სასარგებლო იყოს სხვა ფსიქ. აშლილობების კონცეპტუალიზაციისათვის. საერთო ჯამში, ინტერესი პაამ-ს მიმართ მზარდია. კლინიკური დაკვირვება და სამომავლო კვლევები იქნება წინ გადადგმული ნაბიჯი მისი ემპირიული და კლინიკური გამოყენების საბოლოო ვალიდაციისათვის.

სტატია მომზადებულია შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ დაფინანსებული სტრუქტურირებული სადოქტორო პროგრამის „კოზიტიური ფსიქოლოგია-ემპირიული კვლევები“ ფარგლებში [DP2016_16].

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... De Hert, M. (2015). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment*, 23(1), 42–51. doi:10.1177/1073191115575069.
2. Bender, D. S. (2013). An Ecumenical Approach to Conceptualizing and Studying the Core of Personality Psychopathology: A Commentary on Hopwood et al. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 311–319. doi:10.1521/pedi.2013.27.3.311.
3. Bernstein, D. P., Iscan, C., & Maser, J. (2007). Opinions of Personality Disorder Experts Regarding The DSM-IV Personality Disorders Classification System. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536–551. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.536.
4. Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of PD: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227–257. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>.
5. Costa P. T. & Widiger T.A. (eds). (2002). *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
6. DeYoung, C. G., Carey, B. E., Krueger, R. F., & Ross, S. R. (2016). Ten aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM–5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 113–123. doi:10.1037/per0000170.
7. Edmundson, M., Lynam, D. R., Miller, J. D., Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2011). A fivefactor measure of schizotypal personality traits. *Assessment*, 18, 321–334. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191111408228>.
8. Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 816–821. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032822>.
9. Haigler, E. D., & Widiger, T. A. (2001). Experimental manipulation of NEO-PI-R items. *Journal of Personality Assessment*, 77, 339–358. http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA7702_14.
10. Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 424–432. <http://dx.doi.org/10.1348/000712600161808>.

11. Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 1057–1069. doi:10.1037/a0034878.
12. 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*, 1879–1890. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002674>.
13. Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., ... Livesley, W. J. (2011). Deriving an Empirical Structure of Personality Pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 170–191. doi:10.1521/pedi.2011.25.2.170
14. Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477–501. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>.
15. Livesley, W. J. (2010). Confusion and incoherence in the classification of personality disorder: Commentary on the preliminary proposals for DMS-5. *Psychological Injury and Law, 3*, 304–313. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.3.401>.
16. Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the Proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Severity Indicator for Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(9), 729–735. doi:10.1097/nmd.0b013e3182a20ea8.
17. O'Connor, B. P. (2005). A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 323–345. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20017>.
18. Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry, 14*(2), 234–236. doi:10.1002/wps.20232.
19. Pocnet, C., Antonietti, J.-P., Handschin, P., Massoudi, K., & Rossier, J. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences, 121*, 11–18. doi:10.1016/j.paid.2017.09.005.
20. Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 170*(1), 59–70. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12070999.
21. Rodriguez-Seijas, C., Ruggero, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2019). The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders and Clinical Treatment: a Review. *Current Treatment Options in Psychiatry*. doi:10.1007/s40501-019-00187-7.
22. Rossi, G., & De Weerd, M. (2013). Towards DSM5: Dimensional assessment of personality disorders with the structured clinical interview for the five-factor model (SIFFM). In L. F. Carvalho, & R. Primi (Eds.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: Implicações teóricas e práticas [Personality disorders perspectives in psychology: Theoretical and practical implications]* (pp. 203–228). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
23. Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*, 1055–1085. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001>.
24. Skodol, A. E. (2014). Personality Disorder Classification: Stuck in Neutral, How to Move Forward? *Current Psychiatry Reports, 16*(10). doi:10.1007/s11920-014-0480-x.

25. Skodol A. E, Bender D. S. & Gunderson J. G. (eds). (2014). *Personality disorders, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry* (pp. 851–894) (6th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
26. Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. *American Journal of Psychiatry, 172*(7), 606–613. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14101220.
27. Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Maples-Keller, J. L., & Miller, J. D. (2018). Examining the relations among the DSM–5 alternative model of personality, the five-factor model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(4), 379–384. doi:10.1037/per0000240.
28. 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). doi:10.1186/s40359-016-0169-5.
29. Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2012). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and fivefactor model trait domains. *Assessment, 20*, 308–311. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191112457589>.
30. Trull, T. J., & Durett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355–380. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>.
31. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet, 385*(9969), 717–726. doi:10.1016/s0140-6736(14)61995-4.
32. Widiger, T. A., & Costa, P. T., Jr. (2002). Five-factor model personality disorder research. In P. T. Costa Jr., & T. A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 59–87). Washington, DC: American Psychological Association.
33. Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*, 1120–1130. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>.
34. Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorders. *American Psychologist, 62*, 71–83. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>.
35. Wright, Z. E., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2017). Genetic and environmental influences on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM–5) maladaptive personality traits and their connections with normative personality traits. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 416–428. doi:10.1037/abn0000260.
36. Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and the NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, research, and Treatment, 5*, 43–54. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000037>.
37. Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2013). Assessing DSM–5 Level of Personality Functioning From Videotaped Clinical Interviews: A Pilot Study With Untrained and Clinically Inexperienced Students. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 397–409. doi:10.1080/00223891.2013.852563.