

# Karmaşık ve ağır kişilik bozukluklarının toplum ruh sağlığı servislerinde idaresi

Peter Tyrer<sup>a</sup> ve Roger Mulder<sup>b</sup>

## Derlemenin amacı

Ağır ve karmaşık kişilik bozukluklarının yaygınlığını ve toplum ruh sağlığı servislerinde ve benzer ortamlardaki özgül idaresini tanımlamak.

## Son bulgular

Literatürde çelişkili bulgular olsa da, mevcut kanıtlar ağırlıklı olarak daha karmaşık kişilik bozukluklarının (basit olanlardan çok) birçok psikiyatrik bozuklukta tedavi yanıtını bozduğunu ve tedavilerini güçleştirdiğini düşündürmektedir. Tedaviye yeterince uyum sağlamama bunun nedenlerinden biri olabilir.

## Özet

Giderek artan kanıtlar, daha karmaşık ve ağır kişilik bozukluklarının birçok psikiyatrik bozukluğun sonucuna olumsuz etkisi olduğunu düşündürmektedir. Ancak farmakoloji tedavilerinin, diğer girişimler kadar farmakolojik tedavilerin sonucunu olumsuz etkilemeyeceğini gösteren ve bu grupta özellikle seçilebileceğini düşündüren bazı göstergeler vardır. Ağır kişilik bozukluklarının toplum servislerinde erken tanınması ve etkilerinin önceden tahmin edilerek uyum sağlanması tedavi planlarını ve prognozu iyileştirebilecektir.

## Anahtar kelimeler

eş tanı, ruh sağlığı hizmetleri, kişilik bozukluğu, tedavi

## Purpose of review

To describe the prevalence and specific management of severe and complex personality disorders in community mental health services and similar settings.

## Recent findings

Conflicting reports exist in the literature but the consensus of evidence suggests that more complex personality disorder (more so than simple personality disorder) impairs response to treatment of most psychiatric disorders and complicates their management. Poor adherence to treatment may be one of the mechanisms underlying this.

## Summary

Increasing evidence now suggests that more complex and severe personality disorders have a negative impact on the outcome of most psychiatric disorders. Some indications, however, are there to show that pharmacological treatments may not handicap the outcome of pharmacological treatment as much as other types of intervention and may be selectively chosen in this group. Severe personality disorder needs to be identified early in community services as by anticipating and adjusting to its effects it is likely to improve treatment plans and prognosis.

## Keywords

comorbidity, mental health services, personality disorder, treatment

Current Opinion in Psychiatry TÜRKÇE BASKI  
Cilt 2, Sayı 3, 2006.

Current Opinion in Psychiatry TURKISH EDITION  
Vol 2, No 3, 2006.

Curr Opin Psychiatry 19:400-404. © 2006 Lippincott Williams & Wilkins.

<sup>a</sup>Department of Psychological Medicine, Imperial College, London, UK and <sup>b</sup>Department of Psychological Medicine, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, Christchurch, New Zealand

Yazışma adresi: Professor Peter Tyrer MD, FMedSci, Department of Psychological Medicine, Imperial College, St Dunstan's Road, London W6 8RP, UK Tel: +44 207 386 1237; e-mail: p.tyrer@imperial.ac.uk

Current Opinion in Psychiatry 2006, 19:400-404

## Kısaltmalar

- BKB** borderline kişilik bozukluğu  
**DSM-IV** Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı Dördüncü Baskı  
**EKT** Elektrokonvulzif terapi  
**ICD-10** Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması,

Onuncu Gözden Geçirme

**PCL-R** Hare Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi

© 2006 Lippincott Williams & Wilkins  
0951-7367

## Giriş

Ağır kişilik bozukluğu kavramı psikiyatrik sınıflandırmalarda kabul edilmemiş olsa da klinik uygulamada giderek daha fazla gerekli olmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar [1,2], toplumda kişilik bozuklukları yaygınlığının %5-13.5 arasında olduğunu göstermektedir ancak bunların küçük bir oranında (%10'un altında) ağır kişilik bozukluğu vardır. Ağır kişilik bozukluğu diye neye denildiğine ilişkin evrensel bir uzlaşma yoktur ancak artık yaygın olarak kabul edilen bir görüşe göre kişilik bozukluğu ağır olduğunda birçok farklı kategoriye ve genellikle çeşitli kişilik

bozukluğu kümelerini kapsar [3]. Ağırlık kavramı için gerekli olan bir başka bileşen de bir ya da daha fazla B kümesi kişilik bozukluğu olmasıdır. Küme modelinin birçok eksiği bulunsa da farklı kategoriler arasındaki örtüşmeyi azalttığından klinik uygulamada giderek daha fazla kullanılmaktadır. A kümesi tuhaf ve egzantrik grubu kapsar ve şizoid, şizotipal [Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması, Onuncu Gözden Geçirme (ICD-10) hariç] ve paranoid kişilik bozukluklarından oluşur. B Kümesi gösterişli ya da değişken grubu kapsar ve antisosyal, borderline, histriyonik, dürtüsel (sadece ICD-10'da) ve narsistik (sadece DSM'de) kişilik bozukluklarından oluşur. C kümesi ise anksiyeteli ve korkulu grubu kapsar ve bağımlı, anksiyeteli (ICD-10), çekingen (DSM-IV) ve obsesif kompulsif (ICD-10'da anankastik) kişilik bozukluklarından oluşur. Anankastik (obsesif kompulsif) grubun diğerlerinden bağımsız bir D kümesi olmasını sorgulama yönünde geçerli kuramsal nedenler vardır [4]. Bu şekilde küme tanı sistemi normal kişilik yapısına da uyarlanabilir.

Ancak, en şiddetli kişilik bozuklukları, belirgin antisosyal davranış ve şiddet ile ilişkili olanlardır ve şu anda en iyi Hare Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi (PCL-R) ile gösterilebilmektedir [5]. PCL-R üzerindeki skorlar psikopati tanımı için açık sınırlar koymuştur ancak yakın zamandaki kanıtlar bu skorların mutlak olmadığını ve kültürler arasında değiştiğini göstermiştir [6]. Bu konu en şiddetli kişilik bozukluğu olan hastaların tedavisi için yapılan tedavi programlarında özel öneme sahiptir; İngiliz hükümetinin şu anda DSPD (tehlikeli ve ağır kişilik bozukluğu) programı bulunmaktadır ve bu programda PCL-R'nin kesme puanları, bu bozuklukların tedavisinde cezaevi ve özel hastane sisteminde 350 özel yerin seçilmesini belirler. Kişilik bozukluğu değerlendirmesinin gelecekte psikiyatrik değerlendirmenin zorunlu bir bölümü olması ve tedavi seçeneklerinin, tercihinde kritik rol oynaması olasılığı giderek artmaktadır.

### **Kişilik bozuklukları ne kadar sıktır?**

Adli olmayan toplum ruh sağlığı hizmetlerinde tedavi edilen hastalar arasında kişilik bozukluklarının oranı yüksektir. Sıradan bir psikiyatri polikliniğinde neredeyse her üç hastanın birinde DSM-IV kişilik bozukluğu vardır [7\*] ve genel tıp uygulamalarına başvuran hastalarda oranlar bundan sadece biraz daha düşüktür

[8]. Özgül ruhsal bozukluklarda (1. Eksen) kişilik bozukluğu eştanılarını araştıran çalışmalar yüksek oranlar bulmuşlardır. Yakın zamanda elde edilen sonuçlar, eşlik eden tanının en fazla araştırıldığı grup olan depresyonlu hastaların [9] %40-50'sinde en az bir kişilik bozukluğu olduğunu göstermektedir. Alkol ve madde kötüye kullanımı olan hastalarda bu oran yine yüksektir. Bowden-Jones ve ark. [10], madde servisinde 216, alkol servisinde ise 64 hastayı rastlantısal olarak taramış ve kişilik bozukluğu sıklığını ilişkili servislerde sırasıyla %37 ve %53 olarak bulmuşlardır; kişilik bozukluğu olan her üç kişiden birinde karmaşık ya da ağır kişilik bozukluğu vardır. Anksiyete bozukluklarıyla ilgili yayımlanan araştırmaların çoğu panik bozukluğu hastaları hakkındadır [11]. Burada oranlar %35 ile 95 arasında değişmektedir. Sonraki rakam olasılıkla gerçekte olandan fazladır ancak en düşük rakam bile oldukça yüksek bir eştanı olduğuna işaret eder. Ağır kişilik bozukluğu söz konusu olduğunda oranlar olasılıkla tüm kişilik bozukluklarının %20'sinin altındadır.

Aşağıda şiddetli kişilik bozukluğu eştanısı ve hizmet sunumu ile ilgili anahtar sorular yer almaktadır: (a) Şiddetli kişilik bozukluğu eş tanısının varlığı sonucu etkiler mi? (b) Bu eş tanı için özgül tedavi ya da idare yöntemleri gerekiyorsa bunlar nelerdir?

### **Kişilik bozukluğu eş tanısının tedavi sonucuna etkileri**

Kişilik bozukluğu olan kişilerin tedavi yanıtının daha kötü olacağı uzun süreden beri düşünülmekteyse de, bu konuya değinen görece az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmaların çoğu depresyona odaklanmıştır. Kişilik bozukluğu eş tanısının depresyonda kötü sonuçla ilişkili olacağı düşüncesi sarsılmıştır [12,13]. İki yeni meta-analiz kişilik bozukluğu ile depresyonun sonucu arasındaki ilişkiye bakmış ve çelişkili sonuçlar vermiştir. Kool ve ark. [14\*\*], depresyon için ilaç tedavisi verilen randomize kontrollü çalışmaları (RKÇ) analiz etmiştir. Katı yöntemlerle yapılan bu gözden geçirmeye yalnızca yüksek kalitedeki RKÇ'ler dahil edildiği için örneklem büyüklüğü biraz küçük kalmış, toplam altı makale incelenmiştir. Ancak kişilik bozukluğu olanlarla olmayanlar arasında sonuç bakımından farklılıklar çok küçük olmuştur. Bunun tek istisnası olan remisyondaki küçük etki büyüklüğü, tip II bir hata nedeniyle ortaya çıkmamış olabilir. Yazarlar kişilik bozukluğu eş tanısının dep-

resyon tedavisini olumsuz etkilemediği sonucuna varmışlardır. Newton-Howes ve ark. [15\*\*], depresyon hastalarında kategorik bir kişilik bozukluğu değerlendirmesi yapılan tüm uzunlamasına çalışmaları (n= 32) dahil etmişlerdir. Kişilik bozukluğu olanlarda kötü bir sonuç olması için odds oranı olmayanlara göre 2.2 bulunmuştur ve yazarlar kombine depresyon ve kişilik bozukluğunun tek başına depresyon olmasından daha kötü bir sonuçla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır.

Bu çelişkili sonuçlar olasılıkla metodolojik farklılıklar yanında küçük bir etki büyüklüğünü de yansıtmaktadır. Kanıtlar kişilik bozukluğu olan hastaların randomize olmayan çalışmalarda ilaç alma olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir [13,16,17]. Bu önemli bir problemdir çünkü Newton-Howes ve ark.nın çalışmasında [15\*\*], kişilik bozukluğu olan ve olmayan depresif hastaların tedavi sonuçları arasında ilaçlar ve elektrokonvulzif tedavinin (EKT) az fark yarattığı bulunmuştur. Bu nedenle analizleri, sadece randomize kontrollü ilaç çalışmalarıyla sınırlamak, sonuç ölçümünde herhangi bir fark bulunma olasılığı daha düşük olan bir metodoloji ve tedavi seçilmesi anlamına gelebilir.

Kişilik bozukluğu eş tanısının diğer 1. eksen bozukluklarına etkisi daha da az netleşmiştir. Kişilik bozukluklarının anksiyete bozukluklarının tedavi sonucuna etkisini araştıran çalışmalar tutarlı sonuçlar vermemiştir. Bu sonuç da benzer şekilde eğer olumsuz bir etki varsa bile bunun küçük olduğunu yansıtmaya olabilir. Örneğin, Weertman ve ark. [18\*] tarafından yapılan büyük bir çalışmada, bir kişilik bozukluğu eş tanısı olmasının anksiyete bozukluğu olan hastaların tedavi sonucunu olumsuz etkilediğini ancak etki büyüklüğünün küçük olup varyansın ancak %1-7'sini açıkladığını bildirmiştir. Uzun dönemde bu etki daha büyük olabilir ve kişilik bozukluğuna bağlı olumsuz etkinin neredeyse tamamı sadece ağır kişilik bozukluğuyla sınırlıdır [19].

Kişilik bozukluğu eş tanısının alkol ve madde kötüye kullanımı olan hastaların tedavisindeki etkisi de olumsuz gibi durmaktadır. Ravndal ve ark. [20\*\*], serviste yatan hastalardan bir ya da daha fazla kişilik bozukluğu olanların tedaviyi tamamlama şansının sadece 0.4 olduğunu bulmuştur ve Westermeyer ve Thuras [21], antisosyal kişilik bozukluğu olan madde

kullanım bozukluğu hastalarının daha yüksek düzeylerde tedavi aldığını ve madde ile ilişkili daha fazla problemi olduğunu bildirmiştir; Havens ve Strathdee [22] ise daha düşük tedavi yanıtı bulmuştur.

Swartz ve ark. [23], bipolar I bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan hastaların duygudurum dengelenmesine erişme olasılığının daha düşük olduğunu, atipik duygudurum dengeleyici ilaçları daha fazla kullandığını ve tedaviden düşme oranlarının daha fazla olduğunu bulmuştur. Bowden-Jones ve ark. [10] da şiddetli kişilik bozukluğu tanımını, tanısını ve toplum ruh sağlığı hizmetleri üzerindeki yansımalarını incelemiştir. Kişilik bozukluğu tanısının çok pejoratif olması nedeniyle, diğer kanıtlar patolojinin pratik uygulamada önemli bir etkisi olduğunu gösterse bile, problemler çok şiddetli olmadığı sürece tanı koymaktan anlaşılabilir bir kaçınma durumu olduğunu ileri sürmüşlerdir.

şizofreni hastalarının kişilik durumları ve bunun hangi ölçüde tedaviyi etkilediği uzun süredir tartışılmaktadır. Birçok potansiyel prodromal faktörden biri olarak kişilik bozukluğu ilk epizod şizofreni sürecinde incelendiğinde, veri tabanı olasılıkla belirgin olarak artacaktır [24]. Problemlerden biri, şizotipal kişilik bozukluğu hakkındadır. Bu bozukluk Dünya Sağlık Örgütü dahil birçokları tarafından bir şizofreni varyantı sayılsa da DSM-IV'te halen bir kişilik bozukluğudur. şizofreniyle (ilişkili bozukluklar dahil) şizotipal ve şizofreni spektrumu bozuklukları arasındaki farklar görece küçüktür ve asıl olarak sosyal işlev düzeyindeki farklar ile sınırlıdır [25] ve gelecekteki çalışmalarda şizotipal bozuklukları bu ilişkinin dışına çıkarmak akıllıca olabilir.

### **Eş tanılı durumlarda şiddetli kişilik bozukluklarının özgöl idaresi**

Psikiyatrik bozuklukları ve kişilik bozuklukları olan hastaların bu tür bir eş tanısı olmayan hastalardan farklı ya da ilave tedavilere ihtiyacı olabileceğini düşünmek mantıklıdır. Belirgin psikopati varlığının şiddetli kişilik bozukluklarının tedavisini bozacağı (özellikle de psikososyal müdahalelerin) uzun süredir iddia edilmektedir fakat yeni bir vaka gözden geçirmesinde [26] bu iddia için kanıtın çok az olduğu çünkü incelenen 24 çalışmanın hiçbirinin bu soruyu yanıtlayabilecek dizaynda yapılmadığı bulunmuştur. Kişilik bozukluğu olan hastaların daha fazla tedavi

aldığını gösteren çok sayıda kanıt vardır ancak bu yalnızca talebin bir ürünü olabilir. Bagge ve ark. [27], eşlik eden birinci eksen bozukluğu ya da cinsiyetten bağımsız olarak borderline kişilik özellikleri olan genç hastaların, olmayanlardan daha fazla ilaç kullandığını bulmuştur ve birinci basamakta Moran ve ark. [28], kişilik bozukluğu tanısı olanlara psikotrop ilaç reçete edilmesinin oranının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Zanarini ve ark. [29] indeks hastane başvurularından 5-6 yıl sonra bile BKB hastalarının %50'sinden fazlasının iki ya da daha fazla ilaç aldıklarını bildirmişlerdir.

Önemli olan soru, kişilik bozukluğu eş tanısı konulduğunda, yeterli değerlendirme ve tedavi ayarlamasının hastalar için daha iyi bir sonuca yol açıp açmayacağıdır. Etki büyüklüğü olasılıkla küçük olduğundan bunu ölçecek bir klinik çalışma çok büyük olmak zorundadır. Yine de yaygın olarak değinilen bu klinik sorunun kanıta dayalı bir yanıtı yoktur [30].

Ne var ki kişilik bozukluğu eş tanısı olan hastalarda tedavi seçimini etkileyecek farklı etkiler olduğuna dair bazı ipuçları mevcuttur. Newton-Howes ve ark. nın [15\*\*] meta-analizinde depresyonda farklı tedaviler, sonuç ölçümlerinde anlamlı farklılıklar yaratmamış olsa da, kişilik bozukluklarında EKT ve ilaçların en az, psikoterapinin ise en fazla negatif etki gösterme eğilimi vardı. Bu durum kişilik bozukluğu olan depresif hastalarda ilaçlardan psikoterapiye geçme ya da psikoterapi eklemenin ters etki yapacağını, aksine psikoterapiye yanıt vermeyenlere ilaç eklemenin yararlı olacağını düşündürmektedir. Eğer bu doğruysa, uzun süredir kişilik bozukluklarının tedavisinde psikoterapinin ön planda olduğunu kabul eden klinik görüşe karşı çıkmaktadır.

Ayrıca şiddetli kişilik bozukluğunun standart psikolojik tedavileri komplike ettiğini düşündüren önemli kanıtlar vardır ve buna önceden hazırlıklı olunmalıdır. Bu nedenle sık görülen psikiyatrik bozukluklara eşlik eden kişilik bozukluğunun da olması durumunda, popüler kendine yardım yaklaşımlarını önermek akılcı olmayacaktır çünkü bu yaklaşımların bu grupta dramatik olarak etkisiz oldukları gösterilmiştir [19] ancak psikoeğitim yaklaşımlarının daha olumlu bir etkisi olduğu söylenebilir [31]. Kişilik patolojisinin tek bir küme içinde yoğunlaştığı durumlarda aktarım ve bağlanma kuramını içeren psikoterapi stratejilerini uygulamak olasılıkla faydalıdır [32\*], birkaç küme-

yi içeren ağır kişilik bozukluğu tedavisi sırasında ilave problemler üstesinden gelemeyecek kadar fazla olabilir.

Eşlik eden B kümesi kişilik bozukluğu olması ilaç yanıtını, trisikliklerde seçici serotonin geri alım inhibitörlerinden (SSGI) daha fazla olmak üzere, bozabilir [33]. Bu sorun özellikle bu toplulukta çok yaygın olan çoklu ilaç kullanımı bakımından önemlidir [29]. Yeni bir çalışmada da eşlik eden BKB'si olan depresif hastaların EKT'ye daha kötü yanıt vereceği [34] gösterilmiştir ki bu genel olarak kişilik bozukluğu hakkındaki bilgilerle çelişmektedir [15\*\*].

Toplum tedavi ekipleri ağır kişilik bozukluklarıyla uğraşırken sorun yaşamaya devam edecektir. Bu bozukluk genellikle yavaş tanımlanmaktadır. Örneğin ilaç ve alkol kullananlardan oluşan rastgele bir örnekleme pratisyen hekimlerce kişilik bozukluğu olduğu belirlenen tüm hastalarda formel kişilik bozukluğu tanısı mevcuttur ancak birçok hasta tanınamamıştır ki sonuçta özgüllük %100, duyarlılık ise yalnızca %20 olmuştur [10]. Kişilik bozukluğu olduğu pratisyen hekimler tarafından tespit edilemeyip görüşmede anlaşılan %80 hastanın daha agresif olduğu, ilişki kurmanın daha zor olduğu ve tedaviye ve bir bakım planına uyma olasılıklarının daha düşük olduğu toplum takımları tarafından açıkça belirtilmiştir. Tedavi uyumunun kişilik bozukluğu eş tanısı olanlarda daha düşük olduğu bir başka çalışmada da gösterilmiştir [35]. Bu nedenle kişilik bozukluğunun negatif etkileri, yeterli tedavi uyumunun elde edilememesinin bir sonucu olabilir. Özellikle de ağır olmak üzere kişilik bozukluğu olanların büyük bir çoğunluğu tedavi istemezler; bu tip R (tedaviye dirençli) bireyler, tedavi arayışı olan (S tipi kişilik) bireylerden üç kat fazladır [36]. Bu nedenle bu kişilerin başka (tedavi edilebilir) durumların tedavisine uyum göstermeyip hatta sabote etmeleri şaşırtıcı değildir. Kişilik bozukluğu olanlarda en önemli gibi duran sonuçlar sosyal uyum ve sosyal işlevsellik ile ilgili olanlardır [37] ve bunlar doğrudan tedavi dışındaki yollarla sağlanabilir. Örneğin fiziksel ve sosyal ortamı sistematik olarak ayarlayarak kişilik bozukluğu özelliklerinin daha az olmasını sağlamak (nidoterapi) [38], altta yatan bozukluğa herhangi bir etki yapmadan, uyumu arttırabilir.

## Borderline kişilik bozukluğu ve

## İntihar davranışı

Kişilik bozukluğu ile psikiyatrik morbidite artışının arasındaki en tutarlı ilişki, özellikle de BKB hastalarında intihar davranışı çevresindedir. Darke ve ark.nın örnekleminde [39], BKB eroin azaltılmasına minimal etki yapmış ancak intihar girişimi olasılığını neredeyse dört kat arttırmıştır. Garo ve ark. da [40], B kümesi kişilik bozukluklarının bipolar bozuklukta sık olduğu ve artmış intihar riskine bağımsız katkı yaptığı sonucuna varmışlardır. İntihar düşüncesi olan borderline hastaların özgül tedavisi bu nedenle oldukça önemli bir klinik ödevdir. Carrer ve ark. [41\*\*], kendini zehirleme sonrasında taburculuk sırasında, majör depresyonu ve aynı düzeyde intihar düşüncesi olan hastalara göre, BKB olan hastaların hekimler tarafından daha fazla yatılı tedaviye yönlendirildiğini bildirmiştir. Bland ve Rossen [42], BKB hastalarıyla çalışan hemşirelere onları eğitmek, değerleştirmek ve desteklemek için süpervizyon verilmesini savunmaktadır ancak bu yaklaşımların hiçbiri sistematik olarak incelenmemiştir. Tyrer ve ark. [43], BKB'de yineleyici kendine zarar verme davranışı için kısa bilişsel terapinin, başka hastalardan daha az tatmin edici sonuçlar getirdiğini bildirmiştir [43] ancak McQuillan ve ark. [44], natüralistik bir çalışmada diyalektik davranışçı terapinin (DDT) üç haftalık yoğun bir versiyonunun bir yaşam krizinde olan BKB hastalarında olağan tedaviden daha etkili olduğunu bildirmiştir.

## şiddet ve uzun süreli sonuç

Bu makale karmaşık ve ağır kişilik bozukluklarıyla ilgilenmiştir ancak atıfta bulunulan çalışmaların çoğunda şiddet bildirilmemiştir. Bu durum çelişkili bulguları açıklayan bir faktör olabilir çünkü şu an kişilik bozukluğu tanısı için geçerli olan eşik değerler olasılıkla çok düşüktür. Ağır kişilik bozukluğu eş tanısı, tedavi sonucunu daha tutarlı olarak etkileyebilir. Seivewright ve ark. [45] başlangıçtaki kişilik bozukluğu şiddetinin, kötü sonucu öngörmede tek tek kişilik bozukluğu kategorilerinden daha büyük değer taşıdığını ve basit kişilik bozukluğunun önemli bir engel oluşturmadığını bulmuştur. Bu soruya tatmin edici bir yanıt bulunabilmesi için gelecekteki çalışmalara şiddet ölçütünün dahil edilmesi önemlidir [3]. Patansiyel olarak karıştırıcı ikinci bir konu takip süresidir. Atıfta bulunulan çalışmaların çoğu kısa

dönem tedavi sonucu bildirmektedir. Bu durum kişilik bozukluklarının tanımları gereği daha kalıcı etkileri olması gerçeğine zıttır. Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların uzun dönem sonuç ölçümlerinde kişilik bozukluğu eş tanısının olumsuz etkisi olabilir ve buna olasılıkla relaps yatkınlığını ve eş tanılı başka bozuklukları arttırarak neden olurlar [46]. Örneğin Mulder ve ark. [47\*], tümel olarak kişilik bozukluklarının 6. haftada sonuca bir etkisinin olmadığını ancak çekingen kişilik bozukluğu eş tanısı ve yüksek zarardan kaçınma puanlarının 6. ayda sonucu en iyi öngören faktörlerden biri (halen küçük olmakla birlikte) olduğunu bildirmiştir.

## Sonuç

Kısmen çelişkili bir literatürden yola çıkılarak karmaşık ve ağır kişilik bozukluklarının çoğunun ruhsal bozukluğun sonucuna olumsuz etkisi olduğu söylenebilir ancak bu etki kişilik bozukluğunun şiddeti düşük olduğunda ve tedavi girişimi farmakolojik olduğunda çok daha az belirgindir. Bu kişilik bozuklukları genellikle ihmal edilir çünkü değerlendirilmeleri genellikle zordur ve tedavileri kolay değildir ancak asıl psikiyatrik durumlara etkileri belirgindir ve en azından hekimler bunların konvansiyonel tedavi ortamına getireceği olumsuz etkinin farkında olmalıdır. Bu olumsuz etkinin düzeneği henüz bilinmemekle birlikte birinci eksen ruhsal bozuklukların tedavisine uyumun bozulması, kişilik bozukluğu olanlarda relaps olasılığının yüksek olması ve kişilik bozukluğu morbiditesinin getirdiği engeli içerebilir. Kişilik problemleri tanınmadığında oluşacak en büyük sorun aslında kişilik bileşenlerine dikkat edilmesi gereken hastaların 'kronik' ya da 'tedaviye dirençli' kabul edilerek yeni tedaviler vermek için sürekli çaba gösterilmesidir.

## Kaynaklar ve okunması önerilenler

Özellikle ilgi çekici olduğu düşünölen araştırmalar;

- özel ilgi uyandıran
  - \*\* önemli ve ilgi uyandıran
- olarak işaretlenmiştir.

- 1 Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:590-596.
- 2 Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. Br J Psychiatry 2002; 180: 536-542.

- 3 Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1593-1597.
- 4 Tyrer P, Coombs N, Ibrahim F, *et al.* Critical developments in the assessment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006; suppl. 49 (in press).
- 5 Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multihealth Systems; 1991.
- 6 Cooke D, Michie C, Hart SD, Clark D. Assessing psychopathy in the UK: concerns about cross-cultural generalisability. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 335-341.
- 7 Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1911-1918.
- \* Genel tıpta kişilik bozukluğu yaygınlığının yüksek olduğunu bulan faydalı, yeni bir gözden geçirme.
- 8 Moran P, Jenkins R, Tylee A, *et al.* The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:52-57.
- 9 Mulder RT. Depression and personality disorder. *Curr Psychiatr Rep* 2004; 6:51-57.
- 10 Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, *et al.* Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction* 2004; 99:1306-1314.
- 11 Ozkan M, Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Compr Psychiatry* 2005; 46:20-26.
- 12 Brieger P, Ehrt U, Bloeink R, Marneros A. Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 304-309.
- 13 Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 2002; 159:359-371.
- 14 Kool S, Schoevers RA, de Maat S, *et al.* Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2005; 88:269-278.
- \*\* Yazarların, hastaların daha iyi tedavi almalarını randomize çalışmaya girmiş olmalarıyla açıkladığı yeni bir gözden geçirme. Ağır kişilik bozukluğu olanların bu çalışmalardan çıkarılmış olma olasılıkları da vardır. Bu çalışma kişilik bozukluğu tedavisinde ilaç tedavisinin psikoterapiden daha etkili olabileceği görüşünü de destekliyor.
- 15 Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006; 188:13-20.
- \*\* Kişilik bozukluğu ve depresyon tanımlamalarını tatmin edici bir şekilde yapan tüm çalışmaların dahil edildiği daha geniş bir sistematik gözden geçirme. Bu yazı 34 çalışmayı içeriyor ve bir 'funnel plot' yayımlama yanlılığı olmadığını gösteriyor.
- 16 Black D, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A. The importance of axis II in patients with major depression. A controlled study. *J Affect Disord* 1988; 14:115-122.
- 17 Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM. Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* 1981; 138:1601-1604.
- 18 Weertman A, Arntz A, Schouten E, Dressen L. Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73:936-944.
- \* Kişilik bozukluklarının sonuç üzerindeki olası ve gerçek etkilerini ortaya koyan iyi bir yazı.
- 19 Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, *et al.* The Nottingham Study of Neurotic Disorder: effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years. *Br J Psychiatry* 1993; 162:219-226.
- 20 Ravndal E, Vaglum P, Lauritsen G. Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: a prospective study from 13 different units. *Eur Addict Res* 2005; 11:180-185.
- \*\* Kişilik bozukluğu olan sorunlu madde kullanıcılarında karşılaşılan pratik sorunlara ilişkin iyi bir yazı.
- 21 Westermeyer J, Thuras P. Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005; 31:93-110.
- 22 Havens JR, Strathdee SA. Antisocial personality disorder and opioid treatment outcomes: a review. *Addict Disord Their Treat* 2005; 4:85-97.
- 23 Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E, *et al.* Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and comorbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord* 2005; 7:192-197.
- 24 Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR, *et al.* Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Br J Psychiatry* 2005; 187:s33-s44.
- 25 Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, *et al.* Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res* 2005; 133:23-33.
- 26 D'Silva K, Duggan C, McCarthy L. Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *J Personal Disord* 2004; 18:163-177.
- 27 Bagge CL, Stepp SD, Trull TJ. Borderline personality disorder features and utilization of treatment over two years. *J Personal Disord* 2005; 19:420-439.
- 28 Moran P, Rendu A, Jenkins R, *et al.* The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med* 2001; 31:1447-1454.
- 29 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, *et al.* Comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108-2114.
- 30 Sampson M, McCubbin R, Tyrer P, editors. *Personality disorder and community mental health teams: a practitioner's guide*. Chichester: Wiley; 2006.
- 31 Bajaj P, Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18:27-31.
- 32 Bradley R, Heim AK, Westen D. Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *Br J Psychiatry* 2005; 186:342-349.
- \* Kişilik bozuklukları ile psikodinamik tedavinin bağlantıla-

- rı üzerine ilginç bir tartışma.
- 33 Mulder RT, Joyce PR, Luty SE. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 259-276.
- 34 Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA, *et al.* Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2073-2080.
- 35 Herbeck DM, Fitek DJ, Svikis DS, *et al.* Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict* 2005; 14:195-207.
- 36 Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment-rejecting and treatment-seeking personality disorders: Type R and Type S. *J Personal Disord* 2003; 17:265-270.
- 37 Tyrer P, Nur U, Crawford M, *et al.* The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatr* 2005;51:265-275.
- 38 Tyrer P, Sensky T, Mitchard S. The principles of nido-therapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychother Psychosom* 2003; 72:350-356.
- 39 Darke S, Ross J, Williamson A, Teesson M. The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction* 2005; 100:1121-1130.
- 40 Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:339-345.
- 41 Carter GL, Lewin TJ, Stoney C, *et al.* Clinical management for hospital-treated deliberate self-poisoning: comparisons between patients with major depression and borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:266-273.
- \*\* Borderline kişilik bozukluğu tanısının klinik uygulama üzerine etkisini gösteriyor. Yatılı tedavinin değeri en iyi olasılıkla diğer idare şekillerinden küçük bir avantaj sağlıyorsa da hekimler muhtemelen tekrarlamaya korkusu sebebiyle bu seyri daha sık takip ediyorlar.
- 42 Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26:507-517.
- 43 Tyrer P, Tom B, Byford S, *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 Personal Disord* 2004; 18:102-116.
- 44 McQuillan A, Nicastro R, Guenot F, *et al.* Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatr Serv* 2005; 56:193-197.
- 45 Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:104-109.
- 46 Khan AA, Jacobson KC, Gardner CO, *et al.* Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 2005; 186:190-196.
- \*\* Bu makale aslında bir kişilik değişkeni olan nörotisizm yüksek olduğunda sık görülen ruhsal bozuklukların da yüksek olduğunu net bir şekilde gösteriyor. Yüksek düzeyde eş tanılı durumlarda kötü bir sonuç olduğuna dair yeterince kanıt bulunsa da burada kişiliğin etkisi olduğuna dair kanıtlar öncül düzeydedir.
- 47 Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA, *et al.* Six months of treatment for depression: outcome and predictors of course of illness. *Am J Psychiatry* 2006; 163:95-100.