

Distimi-Çifte Depresyon-Majör Depresyon Tanılı Hastaların Kişilik Yapıları Açısından Karşılaştırılması[#]

Fahrettin ÜLKEROĞLU*, A. Ertan TEZCAN*, Murat KULOĞLU*, F. ÇULHA*,
Cafer KARABULUT*, Mustafa AY*, İsmet DOĞAN**

ÖZET

Bu çalışmada distimi-çifte depresyon-majör depresyon tanısı alan hastalarda, eşlik eden kişilik yapılarının araştırılması amaçlandı. Çalışma grubunu Ocak 1996-Mart 1997 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ne başvuran ve DSM-III-R tam ölçütlerine göre distimi, çifte depresyon, majör depresyon tanıları alan toplam 86 hasta oluşturuldu. Hastalara tedavilerinin başlangıcında sosyodemografik bilgi formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme ve Klinik Global İzlenim Ölçekleri uygulandı. Hastaların tedavi süreci içinde yapılan kontrollerinde tedaviye yanıt veren hastaların SCID-II Kişilik Bozuklukları Formu kullanılarak kişilik yapıları ve bozuklukları değerlendirildi. Her üç hasta grubunun kişilik örüntüleri çıkartılarak gruplar kendi aralarında karşılaştırıldı. Hastaların % 66.3'ünde kişilik bozukluğu saptandı. Bozukluk saptanan hastaların % 28.1'inde tek bir kişilik bozukluğu, % 71.9'unda çoğul kişilik bozukluğu vardı. Majör depresif epizod ve çifte depresyon tanısı alan hastalara göre, distimi tanısı alan hastalarda çok yüksek düzeyde (% 97) kişilik bozukluğu belirlendi. Distimi tanısı alan hastalarda birden fazla kişilik bozukluğunun aynı kişide birlikte görülme oranı % 84.4 olarak bulundu. Kişilik bozukluğu oranları çifte depresyonda % 75, majör depresyonda % 30.3 olarak bulundu. Distimi ile sırasıyla; borderline, narsistik ve paranoid kişilik bozuklukları arasında anlamlı ilişkili bulundu.

Anahtar kelimeler: Distimi, çifte depresyon, majör depresyon, kişilik

Düşünen Adam; 1999, 12 (3): 14-21

SUMMARY

In this study, we aimed to determine comorbid personality disorders in dysthymia-double depression-major depression disordered patients. The study group consisted of 86 patients who had informed to Fırat University Faculty of Medicine Psychiatry Department and diagnosed having dysthymia, double depression and major depression according to DSM-III-R between January 1996-March 1997. The patients were performed sociodemographic information form, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Clinical Global Impression Scale (CGI) at the onset of treatment. The personality structures and disorders obtained using Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II) were evaluated in process of treatment. Three patient groups were compared to in respect with personality structures. 66.3 % of patients had personality disorders. And of them, 28.1 % had single personality disorder and 71.9 % mixt type. Patients diagnosed as having dysthymia compared to patients diagnosed as having major depressive epizod and double depression had high proportion of personality disorder (97 %). 84.4 % of patients diagnosed as having dysthymia had more than single personality disorder. The rates of personality disorder were found in 75 % of double depression and 30.3 % of major depression. There was significant association between dysthymia an borderline, narcissictic and paranoid personality disorders respectively.

Key words: Dysthymia, double depression, major depression, personality

#33. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1997, Antalya'da sunulmuştur. *Fırat Üniversitesi Psikiyatri AB, **Fırat Üniversitesi İstatistik Bölümü

GİRİŞ

Kişilik özellikleri ve bozuklukları, depresyona eşlik ederek tablonun tanınmasını, tedavisini zorlaştıran ve prognozunu olumsuz yönde etkileyen bir unsur olarak kabul edilmekte, sık yinelenme ve gelişen dirençten sorumlu tutulmaktadır (1,2). Depresyonlu hastalarda kişilik bozukluğunun sık geliştiği, depresyonla kişilik bozukluğunun birlikteliği durumunda depresyonun belirgin şekilde erken yaşta ortaya çıktığı ve ilk hospitalizasyonun daha erken olduğu bildirilmiştir (3).

Kişilik bozukluğu, depresyon için hem bir risk faktörü hem de prognozun kötü olacağına bir ön habercisi olabilir (4). Depresyonda hastalığın başlamasında kişilik örüntüsünün rolü olduğu öne sürülmüş ve; emosyonel güçsüzlük, kişiler arası bağımlılıkta artma, aşırı düşünceli olma, içe dönüklük ve nörolitik gibi kişilik özelliklerinin etkili olduğu bildirilmiştir (5-7).

Akiskal ve ark. (8), özellikle geç başlangıçlı unipolar depresyonlu hastaların rijidite, obsesiflik gibi kişilik özelliklerinin belirginliğinden söz etmiştir. Depresyonla erken yaşta tanışan hastaların, yetişkin yaşta kronik bir hastalık seyri göstermeye ve kişilik bozuklukları geliştirmeye eğilimli oldukları bildirilmiştir (9). Erken başlangıçlı depresyon hastaları; avoidant, histrionik, narsisistik ve borderline kişilik bozuklukları açısından yüksek prevalansa sahiptirler. Bu hastalarda bağımlı, pasif agresif ve antisosyal kişilik bozuklukları da sık olarak saptanmıştır (9).

Depresyonla küme B kişilik bozuklukları arasında daha belirgin, küme C kişilik bozukluklarıyla daha ılımlı ilişki belirlenmiştir (10,11). Jackson ve ark. (12), unipolar duygulanım bozuklukların; borderline, bağımlı ve avoidant kişilik bozukluklarına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Pilkonis ve Frank (13), çekingen, obsesif-kompulsif, bağımlı, Zimmerman (14) ise, borderline ve histrionik, Widiger ve ark. (15), antisosyal, pasif-agresif ve narsisistik kişilik bozukluklarını depresif bozukluklarda sıklıkla saptadıklarını bildirmişlerdir.

Depresyonda kişilik bozuklukları oranı çeşitli çalışma sonuçlarına göre % 9.3 ile % 100 arasında değişmektedir (16). Majör depresyonlu hastaların % 18'

inde, distimli hastaların % 60'ında II. eksende kişilik bozukluğu bildirilmiştir (17).

Bu çalışmada, FÜTF Psikiyatri Kliniğine başvuran, DSM-III-R tanı kriterlerine göre, distimi, majör depresyon ve çifte depresyon tanısı alan hastalarda kişilik yapılarının araştırılması, tanı grupları arasında kişilik özellikleri ve bozuklukları açısından farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız, Ocak 1996-Mart 1997 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüştür. Araştırma süresince polikliniğine başvuran ve yatarak ya da ayaktan tedavi gören hastalardan araştırma ölçütlerine uyanlar ardışık olarak araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alma ölçütleri

1. DSM-III-R'ye (APA 1987) göre:
 - a) Majör depresyon (yineleyici/tek epizod)
 - b) Distimi (erken/geç başlangıçlı)
 - c) Çifte depresyon (başvurduğu anda distimi üzerine MDE eklenmiş olma) tanı ölçütlerini karşılama
2. 18 yaşından büyük olma

Araştırmadan dışlama ölçütleri

1. Hastada etyolojik olarak psikiyatrik belirti ya da bozukluklara neden olan ya da klinik belirti dağılımını etkileyen bedensel bir durum ya da hastalığın bulunması
2. Sosyokültürel düzey, eğitim ya da dil iletişimi nedeniyle tanısız nitelikli psikiyatrik görüşmenin yapılması ve sürdürülmesinde güçlük yaşanması
3. Öyküsünde hipomanik ya da manik epizodun bulunması
4. Son 15 gün içinde belirti örüntüsünü etkileyecek dozda ve sürede psikotrop ya da diğer tür ilaçların kullanılmış olması

Sonuçta DSM-III-R tanı ölçütlerine göre majör depresyon, distimi ve double (çifte) depresyon tanısı alan 86 hasta (27'si % 31.39) yatırılarak, 59'u (% 68.61) ayaktan tedavi gören çalışma grubunu oluşturmuştur. Her üç hasta grubunun kişilik örüntüleri çıkarılarak gruplar kendi aralarında tartışılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan araçlar

Sosyodemografik Bilgi Formu (SBF): Bu form, klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve araştırmanın amaçları gözönünde bulundurularak hazırlanmıştır. Formda "yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, bölgedeki durumu-yaşadığı yer, meslek, kendi algılamasına göre sosyo-ekonomik düzeyi, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailesel patoloji, şimdiki yakınmalarının ilk başlangıç tarihi ve ilk başlangıç yakınmaları, şimdiki yakınmaları, daha önce aldığı tanı ve tedaviler, hastalığın başlangıcında ve şimdiki yaşam olayları, hastalık döneminde hekim-dışı tedavi arama çabaları, kendi algılayışına göre hastalığının işlevselliğine yüzde olarak olumsuz etkisi, hastalığı konusunda kendi görüşleri, hasta yakınlarından alınan bilgiler" bulunmaktadır.

DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi (Structured clinical interview for DSM-III-R, SCID-I): SCID-I, 1983 yılında DSM-III'e yönelik olarak hazırlanan ve Spitzer tarafından tanımlanan birinci eksen tanısı koymaya yönelik bir yapılandırılmış görüşmedir. 1987 yılında ise DSM-III-R'nin oluşum sürecine uygun bazı düzenlemeler yapılmış ve yayınlanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda SCID-I Affektif Bozukluklar Modülü uygulanmıştır (18,19,20).

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Depresyon ölçekleri içinde en yaygın kullanılanı olup bir kez klinisyen tarafından tanı konulduktan sonra depresyonun şiddetini ölçmek ya da belirti örüntüsünü saptamak için kullanılan görüşmeciler tarafından doldurulan bir ölçektir. Hamilton tarafından 17 itemli olarak geliştirilen ölçeğe daha sonraki yıllarda bazı itemler eklenerek 21 ve 24 itemli ölçekler geliştirilmiştir. Bu çalışmada 17 itemli HDDÖ kullanılmıştır (21).

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ): Global değerlendirme ölçekleri arasında yaygın olarak kullanılan, kayıt için çok az zaman gerektiren basit bir araçtır. Kullanım için klinik yeterlilik gerektirir. Tanı ve tedaviye bağlı olmaksızın tüm hastalarda kullanılabilir.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID-II): SCID-II, Spitzer tarafından DSM-III için geliştirilmiş ve DSM-III-R ile birlikte gözden geçirilerek 1987 yılında yeniden düzenlenmiştir. İkinci eksen kişilik bozuklukları tanıları için kullanılmaktadır (22,23). Bu çalışmada SCID-II Görüşme Formu, kullanma ilkelerine uygun bir şekilde kullanılmış, bir itemin kodlanmasında özelliğin I. ekseninde bulunan bozukluktan bağımsız olarak uzun zamandır var olması aranmıştır.

Çalışmanın istatistiksel değerlendirme ve incelemesi SPSS Windows Release 6.0 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Grupların sayısal ve oransal bulgularının birbiri ile kıyaslanmasında Pearson'un Ki-kare testi, kişilik yapıları, tanımlar, HDDÖ ve KGİ puanları arasındaki ilişkilerin anlamlılığı; Pearson İlişki Katsayıları (Pearson Correlation Coefficients) ile incelenmiştir. Değişen tanıya göre HDDÖ ve KGİ ile ölçülen puanların yorumlanmasında tek yönlü varyans analizi, anlamlılık ve farklılığı yaratan grup ve özelliklerin belirlenmesinde ise Tukey-HSD testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan hastaların 37'sinde (% 66.27) kişilik bozukluğu saptandı. Bozukluk saptanan hastaların % 28.07'sinde (n=16) tek bir kişilik bozukluğu, % 71.93'ünde (n=41) birden fazla (çoğul, mikst) kişilik bozukluğu vardı. Distimi tanılı hastalarda, kişilik bozukluğu oranı % 97 idi ve bu grupta belirgin bir çoğunluğun birden fazla kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulundu (% 84.4). Majör depresyon grubunda kişilik bozukluğu görülme oranı % 30.3, çifte depresyon grubunda ise % 75 olarak saptandı.

Depresyon tanı grupları kişilik bozuklukları açısından karşılaştırıldığında, borderline kişilik bozukluğu % 54.5 görülme oranı ile distimi ile çok yüksek derecede anlamlı bulundu (p:0.0000). Narsisistik kişilik bozukluğu ise distimide % 36.4, çifte depresyonda % 35 oranında saptanmış olup her iki depresyon tanısıyla yüksek derecede ilişkiliydi (p:0.0005). Paranoid kişilik bozukluğu distimide % 36.4 görülme oranıyla anlamlılık gösteriyordu (p:0.0067) (Tablo 1).

Tablo 1. Distimi-majör depresyon-çifte depresyon tanı gruplarının kişilik bozuklukları açısından karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu	Distimi		Çifte depresyon		Majör depresyon		Ki-kare değeri	İlişkinin anlamlılığı
	s	%	s	%	s	%		
Paranoid	12	36.4	3	15.0	2	6.1	9.92680	0.0067*
Şizoid	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	-
Şizotipal	1	3.0	1	5.0	1	0.0	1.48763	0.4753
Histrionik	12	36.4	4	20.0	4	12.1	5.58803	0.0612
Narsisistik	12	36.4	7	35.0	-	0.0	15.19847	0.0005*
Borderline	18	54.5	3	15.0	1	3.0	24.53380	0.0000
Antisosyal	2	6.1	1	5.0	-	0.0	1.97705	0.3721
Kaçınan-çekingen	7	21.2	3	15.0	1	3.0	5.00395	0.0819
Bağımlı	7	21.2	1	5.0	5	15.2	2.55086	0.2793
Obsesif kompulsif	10	30.3	2	10.0	4	12.1	4.87613	0.0873
Self-defeating	1	3.0	-	0.0	2	6.1	1.39199	0.4986
Pasif agresif	1	3.0	-	0.0	3	9.1	2.63784	0.2674

* anlamlı = $p < 0.05$

Not: Kişilik bozukluğu sütunundaki yüzdeler, her hastalık grubunun kendi içindeki kişilik bozukluğu yüzdesidir.

Tablo 2. Distimi öyküsü veren hasta grubu (distimi+çifte depresyon) ve distimi öyküsü olmayan (majör depresyon) hasta gruplarının kişilik bozukluğu açısından karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu	DÖVHG		MDHG		Ki kare değeri	İlişkinin Ki-kare anlamlılığı	Anlamlılığı yaratan grup
	s	%	s	%			
Paranoid	15	28.3	2	6.1	6.343	0.0118*	DÖVHG
Şizoid	-	0.0	-	0.0	-	-	-
Şizotipal	2	3.8	-	0.0	1.275	0.2588	-
Histrionik	16	30.2	4	12.1	3.719	0.04583*	DÖVHG
Narsisistik	19	35.8	-	0.0	15.185	0.0001*	DÖVHG
Borderline	21	39.6	1	3.0	14.304	0.0001*	DÖVHG
Antisosyal	3	5.7	-	0.0	1.935	0.1642	-
Kaçınan-çekingen	10	18.9	1	3.0	4.573	0.03248*	DÖVHG
Bağımlı	8	15.1	5	15.2	0.000	0.9942	-
Obsesif kompulsif	12	22.6	4	12.1	1.486	0.2227	-
Self-defeating	1	1.9	2	6.1	10052	0.3049	-
Pasif agresif	1	1.9	3	9.1	2.379	0.1229	-

DÖVHG: distimi öyküsü veren hasta grubu, MDHG: majör depresyon hasta grubu, *anlamlı= $p < 0.05$.

Geçmişe ait öykü araştırıldığında; 2 yıl ve daha fazla bir süre için ölçütleri tam karşılayan distimi öyküsü olan hasta grubuyla (distimi grubu+çifte depresyon grubu), distimi öyküsü olmayan majör depresif hasta grubu, hastalığın tanımı ve kişilik bozukluğunun görülüp görülmemesi arasındaki ilişki açısından karşılaştırıldılar.

En anlamlıdan, daha az anlamlıya göre;

1. Narsisistik (p:0.00010)
2. Borderline (p:0.00016)
3. Paranoid (p:0.1178)
4. Kaçınan, çekingen (p:0.03248)
5. Histrionik (p:0.04583) şeklinde 5 kişilik bozukluğunun distimi öyküsü olan hastalarda, majör depresyon hasta grubuna göre fazlaca ilişkili olduğu saptandı (Tablo 2).

Kişilik özellikleri açısından distimi öyküsü veren hasta grubu ile pür majör depresyonlu hasta grubu karşılaştırıldığında ise; tüm kişilik yapılarının kişilik özellikleri açısından anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 3).

Hastalardaki depresif tanı dağılımlarıyla; A, B, C grupları kişilik bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiş ve bulgular Tablo 4 ve 5'de özetlenmiştir.

Hastalardaki depresif tanı dağılımlarıyla; A, B, C grupları kişilik bozuklukları arasında;

1. A grubu kişilik bozukluğunun distimiyle anlamlı ilişki (p:0.00298),
2. Geçirilmiş distimi öyküsüne sahip olan hastalarda A grubu kişilik bozukluğu riskinin anlamlı düzeyde arttığı (p:0.0748),

Tablo 3. Distimi öyküsü olan ve olmayan grupların kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmaları

Kişilik bozukluğu	DÖVHG		MDHG		İlişkinin Ki-kare değeri	İlişkinin Ki-kare anlamlılığı
	s	%	s	%		
Paranoid	23	43.4	11	33.3	0.861	0.3533 (-)
Şizoid	2	3.8	-	0.0	1.274	0.2588 (-)
Şizotipal	11	20.8	4	12.1	1.052	0.3049 (-)
Histrionik	23	43.4	16	48.5	0.212	0.6448 (-)
Narsisistik	10	18.9	11	33.3	2.305	0.1289 (-)
Borderline	13	24.5	7	21.2	0.125	0.7233 (-)
Antisosyal	1	1.9	-	0.0	0.629	0.4274 (-)
Kaçınan-çekingen	16	30.2	9	27.3	0.083	0.7721 (-)
Bağımlı	9	17.0	10	30.3	2.096	0.1475 (-)
Obsesif kompulsif	33	62.3	15	45.5	0.230	0.1269 (-)
Self-defeating	6	11.3	1	3.0	1.869	0.1715 (-)
Pasif agresif	10	18.9	6	18.2	0.006	0.9366 (-)

MDHG: majör depresyon hasta grubu, DÖVHG: distimi öyküsü veren hasta grubu, *anlamli ilişki, $p < 0.05$.

Tablo 4. A, B, C grubu kişilik bozukluklarıyla, distimi-çifte depresyon ve majör depresyon tanı grupları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu grubu	DHG		DDHG		MDHG		İlişkinin Ki-kare değeri	İlişkinin Ki-kare anlamlılığı
	s	%	s	%	s	%		
A grubu kişilik bozukluğu	13*	39.4*	3	16.7	2	11.1	11.632	0.00298**
B grubu kişilik bozukluğu	25*	75.8*	12*	60.0*	4	12.1	28.372	0.00000**
C grubu kişilik bozukluğu	19*	57.6*	5	25.0	8	24.2	0.333	0.0086**

*anlamlilığı yaratan grup, **anlamli düzeyde ilişki= $p < 0.05$, DHG:distimi hasta grubu, DDHG: double depresyon hasta grubu, MDHG:majör depresyon hasta grubu.

Tablo 5. Yaşam boyu 2 yıl ve daha uzun süre distimi öyküsü veren hasta grubu ile majör depresyonlu (distimi öyküsü olmayan) hasta gruplarının A, B, C grubu kişilik bozukluklarıyla ilişkisinin karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu grubu	DÖVHG		MDHG		İlişkinin Ki-kare değeri	İlişkinin Ki-kare anlamlılığı
	s	%	s	%		
A grubu kişilik bozukluğu	16*	30.2*	2	6.1	7.15405	0.00748**
B grubu kişilik bozukluğu	37*	69.8*	4	12.1	27.13280	0.00000**
C grubu kişilik bozukluğu	24*	45.3*	8	24.2	3.85355	0.04964**

DÖVHG: distimi öyküsü veren hasta grubu, MDHG: majör depresyon hasta grubu, **anlamli düzeyde ilişki= $p < 0.05$, *anlamlilığı yaratan grup.

3. B grubu kişilik bozukluğu; distimide çok yüksek düzeyde, çifte depresyonda ise majör depresyona göre önemli düzeyde risk faktörü olduğu ($p:0.00000$),
4. B grubu kişilik bozukluğu ile yaşam boyu distimi öyküsüne sahip olma arasında çok yüksek düzeyde risk ilişkisi ($p:0.00000$),
5. C grubu kişilik bozukluğu; distimiyle ($p:0.0086$) ve majör depresyonla ($p:0.00535$) anlamli düzeyde ilişkili bulunduğu,
6. Geçirilmiş distimi öyküsü veren hasta gruplarında, majör depresyonlu hastalara göre daha fazla C grubu kişilik bozukluğu ($p:0.04964$) belirlenmiştir.

Hastalardaki belirlenen kişilik özellikleriyle, depresif tanı dağılımları arasındaki ilişki araştırıldığında, obsesif-kompulsif özelliklerin, çifte depresyonlu hasta grubunda % 85 gibi yüksek bir oranda anlamlılığı saptandı ($p:0.0108$). Diğer kişilik özellikleri ile depresyon grupları arasında belirgin ilişki gösterilemedi (Tablo 6).

Hastadaki HDDÖ ve KGI puanları arttıkça; bağımlı kişilik özelliklerinin görülme olasılığının arttığı ($p:0.037$ ve $p:0.010$), ancak borderline kişilik bozukluğunun görülme olasılığının belirgin derecede

Tablo 6. Distimi-majör depresyon-çifte depresyon tanı gruplarının kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu	DHG		DDHG		MDHG		İlişkinin Ki-kare değeri	İlişkinin Ki-kare anlamlılığı
	s	%	s	%	s	%		
Paranoid	12	36.4	11	55.0	11	33.3	2.67077	0.2631
Şizoid	2	6.1	-	0.0	-	0.0	3.28860	0.1932
Şizotipal	8	24.2	3	15.0	4	12.1	1.79145	0.4083
Histrionik	13	39.4	10	50.0	16	48.5	0.77770	0.6778
Narsisistik	7	21.2	3	15.0	11	33.3	2.56616	0.2772
Borderline	11	33.3	2	10.0	7	21.2	3.92410	0.1406
Antisosyal	1	3.0	-	0.0	-	0.0	1.62496	0.4438
Kaçıman-çekingen	11	33.3	5	25.0	9	27.3	0.50327	0.7775
Bağımlı	6	18.2	3	15.0	10	30.3	2.17022	0.3379
Obsesif kompulsif	16	48.5	17	85.0	15	45.5	9.06278	0.0108*
Self-defeating	5	15.2	1	5.0	1	3.0	3.58581	0.1665
Pasif agresif	7	21.2	3	15.0	6	18.2	0.32366	0.8506

DHG: distimi hasta grubu, DDHG: double depresyon hasta grubu, MDHG: majör depresyon hasta grubu, *anlamlı= $p<0.05$, %:yüzdeler her hasta grubunun kendi içinde saptanan kişilik özellikleri yüzdesidir.

azaldığı saptandı ($p:0.041$ ve $p:0.033$). Nitekim artan Hamilton puanları ile, azalan kişilik bozukluğu arasında güçlü bir ilişki göze çarpıyordu ($p:0.00023$). Depresyonlu hasta gruplarında, şizoid-şizotipal-antisosyal kişilik bozukluklarının aynı kişide birlikte görülmesi açısından belirgin bir ilişki gözlemlendi ($p:0.029$). Ayrıca; histrionik ve narsistik, antisosyal ve pasif-agresif kişilik özelliklerinin depresif hastalarda genel olarak birlikteliği söz konusuydu ($p:0.024$, $p:0.036$).

TARTIŞMA

Yapılan çalışma sonuçlarında, depresif bozukluklarda yüksek oranda kişilik bozukluğunun varlığı (17,24-27) ve % 15-85 arası olanlar bildirilmiştir (17,28,29). Çalışmamızda hastaların % 66.3'ünde en az bir kişilik bozukluğu olduğunu saptadık. Bu oran literatürde bildirilen oranlarla uyumlu görünmektedir.

Bulgularımız; distimili hastalarda tüm kişilik bozukluklarının genelde daha fazla gözlemlendiğini (17), distiminin tüm kişilik bozukluklarıyla içiçe bir kişilik verdiğini (30) bildiren çalışma sonuçlarıyla tamamen uyum içindedir. Erken başlangıçlı distimilerde, geç başlangıçlılara göre daha fazla eksen II komorbidi-tesi gösterilmiştir (31,32).

Çalışmamızda erken ve geç başlangıçlılar arasında anlamlı bir farklılık yoktu, ancak hastalığın süregenliği ile kişilik bozukluğu ve distimi arasında anlamlı bir ilişki vardı. Distimili hasta grubunda en fazla sırasıyla; borderline, narsisistik, histrionik, paranoid,

obsesif-kompulsif, bağımlı, kaçınan-çekingen kişilik bozuklukları saptandı. Pepper ve ark. (17), distimili hastalarda en sık görülen eksen II tanılarını sıklık sırasıyla; borderline avoidant, histrionik, paranoid, self-defeating, bağımlı ve BTA kişilik bozuklukları şeklinde bildirmişlerdir.

DSM-III-R'da (33), distiminin özellikle borderline, histrionik, narsistik, avoidant, bağımlı kişilik bozukluğu olan bireylerde sık görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda narsistik kişilik özelliği distimi ile yüksek düzeyde ilişkili bulundu. Bu özellik; Pepper ve ark. genel olarak benzer bulunan sonuçlarıyla olan farklılığı oluşturuyordu. Paranoid kişilik bozukluğu ile distimi arasındaki saptadığımız anlamlı ilişki de; DSM-III-R ile olan tek farklılıktı. Borderline kişilik bozukluğu % 54.5 görülme oranı ile çok yüksek düzeyde distimi ile ilişkili bulundu.

Cold ve ark. (34), borderline kişilik bozukluklarının duygulanım bozukluklarına eğilimli olduklarını bildirmişlerdir. Bu bozukluğa kadınlarda sık rastlandığı, özellikle menarş döneminde başladığı ve yaşla birlikte progresif artış gösterdiği belirtilmiştir. Gunderson ve Phillips (35), borderline kişilik bozukluğu ve depresyon arasındaki nonspesifik bir ilişkinin varlığına dikkat çekmişlerdir. Akiskal (36), borderline kişilik bozuklukların çoğunluğunun yaşamları boyunca siklotimi ve distimiden diğer duygulanım bozukluklarına geçiş gösterdiklerini belirtmiştir.

Bulgularımız distimili hastalarda borderline kişilik bozukluğunun yüksek oranda olduğunu gösteren ça-

lışmalar (17,33,35,37,38) ile uyumlu, cinsiyet farklılığını saptayamadığımız için kadınlarda fazla görüldüğüne ilişkin çalışma ile uyumsuz bulunmuştur (34).

Distimiden sonra en fazla kişilik bozukluğu çifte depresyonlu hastalarda saptandı (% 75). Çifte depresyon; B kümesi kişilik bozukluğu ve obsesif-kompulsif kişilik özellikleriyle anlamlı düzeyde ilişkili bulundu. Bu bulgumuz, çifte depresyonlu hastalarda MDE'lu hastalara göre belirgin düzeyde daha fazla küme B ve küme C kişilik bozukluklarının görüldüğü şeklindeki sonuçlarla benzerdir (8,17,39,40). En az düzeyde kişilik bozukluğu sergileyen hasta grubu MDE'lu hastalardı (% 30.3).

Çifte depresyonlu hastalarda majör depresyonlu hastalara göre daha fazla B kümesi ve özellikle narsisistik kişilik bozukluğu saptandı. Bu sonuçlar; distimili ve çifte depresyonlu hastalarda MDE'lu hastalardan daha fazla borderline ve diğer kişilik bozukluklarının bulunduğunu bildiren çalışma sonuçlarıyla uyumlu (8,12,17,39,40). MDE'lu hastalarda distimili ve çifte depresyonlu hastalara göre daha fazla kişilik bozukluğu görüldüğünü bildiren çalışma sonuçlarıyla uyumsuzluk göstermektedir (38).

Çifte depresyonda kişilik bozukluğunun MDE'lu hastalara göre fazla görülmesi anlamlı bulunmuştur. Çifte depresyonun tanımı gereği distimiyi de içermesi ve kronisitenin bu özelliğin yapılmasında etkili olduğunu düşündürmektedir. Bağımlı kişilik ve distimi arasında sürekli bir bağlantının varlığı özellikle vurgulanmaktadır. Distimili hastalarla yapılan çalışmalarda % 8-13 arasında bağımlı kişilik bozukluğu bildirilmiştir (38,41). Saptadığımız oran (% 21.2), bu oranlardan daha yüksekti.

Distimi öyküsüne sahip olma ile sırasıyla; narsisistik, borderline, paranoid, kaçınan-çekingen, histriyonik kişilik bozuklukları fazlaca ilişkiliydi. B kümesi kişilik bozuklukları; distimi ve yaşam boyu distimi öyküsüne sahip olma açısından yüksek düzeyde rist etmeni olarak saptandı. Bu bulgumuz, distimi ve distimi öyküsüyle B kümesi kişilik bozukluklarının önemli düzeyde ilişkili olduğunu bildiren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (12,17,34,42,43).

Distimili ve distimi öyküsüne sahip hastaların her üç küme kişilik bozukluğunun görülmesi açısından

MDE'lu hastalara belirgin üstünlüğü vardı. Bulgularımız, distimi tanısıyla kişilik karmaşasının yoğun ilişki içinde olduğunu göstermekteydi. Çalışma grubunu oluşturan hastalarda, şizoid-şizopital-antisosyal kişilik bozukluklarının aynı kişide birlikteliği sıklıkla belirlendi. Histriyonik ve narsisistik kişilik özelliklerinin genellikle birlikte görüldüğünü belirledik. Yapılan araştırmaların çoğunluğunda borderline ve histriyonik kişilik bozukluğunun yüksek oranda birlikteliği bildirilmiştir (37).

Aynı şekilde, çalışmamızda da antisosyal ve pasif-agresif kişilik özelliklerinin genellikle birlikteliği söz konusuydu. Sonuçlar, bu dört kişilik bozukluğunun aynı gruba ait olması ve borderline kişilik özellikleriyle semptom örtüşmesinin yaşanabileceği düşünüldüğünde anlamlı görünmektedir.

Depresyon şiddetinin düşmesiyle, borderline kişilik bozukluğunun görülme olasılığının belirgin şekilde arttığı gözlemlendi. Artan HDDÖ puanlarıyla kişilik bozukluklarının azalması arasında güçlü bir ilişki vardı. Bu sonuçları özetleyecek olursak; çalışma grubunu oluşturan hastalarda kronik eğilimli, orta hafif şiddetli depresyonun belirlendiği hastalarda kişilik bozukluklarının yoğunlaştığı görülmektedir. Böylece, yüksek kronisite gösteren distiminin, yüksek düzeyde kişilik bozukluğu ile birlikteliği iyice belirginleşmekte ve sonuçlar, distimide kişilik bozukluğu ve duygulanım bozukluğu şeklinde iki ayrı komponentin iç içe bulunduğu şeklindeki görüşlere destek vermektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda en yoğun kişilik bozukluğu oranları distimili hasta grubunda saptandı. Bunu double depresyonlu hasta grubu izlerken, en az kişilik bozukluğu majör depresif bozukluklu hasta grubunda gözlemlendi. Distimi ve A, B, C kümesi kişilik bozukluklarının her üçü arasındaki anlamlı ilişki düzeyi, MDE ve çifte depresyona göre çok daha yüksek bulundu. Distimili ve double depresyonlu hasta gruplarında, birden fazla kişilik bozukluğunun birliktelik oranı; MDE'lu hasta grubuna göre belirgin derecede yüksekti. Distimi sırasıyla; borderline, narsisistik ve paranoid kişilik bozukluklarıyla anlamlı ilişki içindeydi. Majör depresyon C, çifte depresyon B kümesi kişilik bozukluklarıyla daha fazla ilişki içindeydi.

KAYNAKLAR

1. Ünal S: Dirençli depresyonda tanı ve değerlendirme. Bekaroğlu M (ed). Depresyon III. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı. Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği, Trabzon 135-44, 1995.
2. Ögel K: Depresyonda yinelenme ve nedenleri. Psikiyatri Bülteni 3:115-18, 1995.
3. Fava M, Alpert JE, Borus JS, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF: Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. Am J Psychiatry 153:1308-12, 1996.
4. Hirschfeld RMA, Klerman GL, Lavori P, Keller MB, Griffith P, Caryell W. Premorbid personality assessments of first onset of major depression. Arch Gen Psychiatr 46:345-50, 1989.
5. Öztürk DM: Ruh sağlığı ve bozuklukları. 4. baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 205-89, 1992.
6. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Heun R: Personality traits in subjects at risk for unipolar major depression: a family study perspective. J Affect Dis 24:153-64, 1992.
7. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon F: Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression. Fact or artifact? Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34:579-90, 1995.
8. Akiskal HS, Hirschfeld RMA, Yerevanian BJ: The relationship of personality to affective disorders: a critical review. Arch Gen Psychiatry 40:801-10, 1983.
9. Fava M, Bouffides E, Pava J, Mc Carthy MK, Steingard RJ, Rosenbaum JF: Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. Psychother Psychosom 62:160-67, 1994.
10. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnick L: Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry 152:571-78, 1995.
11. Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J: Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients. Acta Psychiatr Scand 83:206-13, 1991.
12. Pilkonis PA, Frank E: Personality pathology in recurrent depression: nature, prevalence and relationship to treatment response. Am J Psychiatry 145:435-41, 1991.
13. Widiger TA, Trull TJ, Hurt SW, Clarkin J, Frances A: A multidimensional scaling of the DSM-III personality disorders. Arch Gen Psychiatry 44:557-63, 1987.
14. Zimmerman M: Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. Arch Gen Psychiatry 51:225-45, 1994.
15. Fyer M, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J: Comorbidity of borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 45:348-52, 1988.
16. Hirschfeld RMA: Major depression, dysthymia and depressive personality disorder. Br J Psychiatry 165(Suppl 26):23-30, 1994.
17. Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Quimette PC, Lizardi H: DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. Am J Psychiatry 152:239-47, 1995.
18. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured clinical interview for DSM-III-R. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987.
19. Elbi H, Mete L, Nifirne Z, Sorias S, Saygılı R: SCID güvenilirlik çalışmaları. İzmir XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Yayınlar Kitabı 1:181-83, 1990.
20. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, et al: DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi türkçe versiyonu. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990.
21. Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23:56-62, 1960.
22. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, et al: Manual for the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Revised (DSM-III-R). Washington DC: American Psychiatric Association, 1987.
24. Markowitz JC, Moran ME, Kocsis JH, Frances AJ: Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. J Affect Dis 24:63-71, 1992.
25. Akiskal HS, King D, Rosenthal TL: Chronic depressions. Part I: Clinical and familial characteristics in 137 probands. J Affect Dis 3:297-15, 1981.
26. Klein DN, Taylor EB, Harding K, Dickstein S: Double depression and episodic major depression: demographic, clinical, familial, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. Am J Psychiatry 145:1226-31, 1988.
27. Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K: Primary early-onset dysthymia: comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. J Abnorm Psychol 97:387-98, 1988.
28. Markowitz JC, Moran ME, Kocsis JH, Frances AJ: Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. J Affect Dis 24:63-71, 1992.
29. Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 21462 patients. Am J Psychiatry 142:207-12, 1985.
30. Klein DN, Riso LP: Psychiatric disorders: Problems of boundaries and comorbidity. In: Basic issues in psychopathology. Costello CG (ed). Newyork, Guilford Press, 1993.
31. Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L: Epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity and treatment. Am J Psychiatry 145:815-19, 1988.
32. Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K: The early-late onset distinction in DSM-III-R dysthymia. J Affect Dis 14:25-33, 1988.
33. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition. Revised (DSM-III-R). Washington DC, American Psychiatric Association 1997. Çeviren: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989.
34. Perry JC: Depression in borderline personality disorder: life time prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. Am J Psychiatry 142:15-21, 1985.
35. Gunderson JG, Phillips KA, Triebwasser J, Hirschfeld RMA: The diagnostic interview for depressive personality. Am J Psychiatry 151:1300-4, 1994.
36. Akiskal HS: Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am J Psychiatry 140:11-20, 1983.
37. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M: Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. Am J Psychiatry 149:213-20, 1992.
38. Zimmerman M, Coryell W: DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Arch Gen Psychiatry 46:682-89, 1989.
39. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK, Schwartz JE, Anderson RL, Duimette PC, Lizardi M, et al: Family study of early-onset dysthymia. Arch Gen Psychiatry 52:487-96, 1995.
40. Kocsis JH, Frances AJ: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. Am J Psychiatry 144:1534-42, 1987.
41. Cold JW: An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? Br J Psychiatry 162:641-50, 1993.
42. Keller MB: Course, outcome and impact on the community. Acta Psychiatr Scand 89(Suppl 383):24-34, 1994.
43. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 7ed, Baltimore, Williams&Wilkins, 555-72, 1994.