

Yatarak Tedavi Gören Non-Psikotik Hastalarda Kişilik Bozuklukları[#]

Peykan G. GÖKALP*, Refhan BALKAN-SOLUKÇU*, Özlem TUNCAY*, Şenel T. KARADENİZ*, Ali N. BABAĞLU*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı hastaneye yatmış non-psikotik hasta grubundaki kişilik bozukluğu prevalansını saptamak, kişilik bozukluğunun hastaneye yatışlar üzerindeki etkisi ve yatış belirtilerini incelemek ve hasta grubunun aldığı I. eksen tanıları değerlendirmektir. Nevroz servisinde yatan 30 hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile tanımlanmış, kişilik bozukluğu ile belirti profillerinin incelenmesi SCID II ve SCL-90-R kullanılarak yapılmıştır. 30 kişilik örneklem grubunun 19'u kadın, 11'i erkek, yaş ortalaması 33.43 ± 7.99 idi. 21 hasta kişilik bozukluğu tanısı aldı. Bu 21 kişinin 6'sı A kümesinden, 13'ü B kümesinden, 7'si C kümesinden tanı almaktayken, 1'ine kendine zarar veren kişilik bozukluğu tanısı konuldu. 7 hasta farklı kümelerden, birden fazla kişilik bozukluğu tanısı aldı. Hasta grubunun özelliklerine bağlı olarak, SCL-90-R'nin alt ölçeklerinin ortalama değerlerinin birbirlerinden istatistiksel olarak farklı olmadığı görülmüştür. Klinisyenler, tanı koyarken I. eksen tanılarının yanı sıra II. eksen tanıları da dikkate almalı, kişilik bozuklukları tedaviye uyum ve prognoza etkileri açısından ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kişilik bozukluğu, non-psikotik hasta, hastaneye yatış, I. eksen bozukluğu

Düşünen Adam; 1999, 12 (2): 5-10

SUMMARY

The aim of this study is to determine the prevalence of personality disorders among a non-psychotic inpatient group and to investigate the role of personality disorders in hospitalization, symptom profile and axis I diagnoses. 30 inpatients were assessed for clinical and sociodemographic features by a semistructured questionnaire, then by SCID II and SCL-90-R to examine personality disorders and symptom profile. 19 of the patients were female, whereas 11 were male. The mean age was 33.43 ± 7.99 . Out of the sample of 30 patients, 21 patients were diagnosed as personality disorders. Among the 21, 6 had a cluster A, 13 had a cluster B, 7 had a cluster C, 1 had a self-defeating personality disorders; 7 patients had more than one diagnosis of personality disorders from different clusters. The SCL-90-R subscale mean scores were not statistically different from each other, mostly due to the characteristics of the inpatient sample. Clinicians should take axis II disorders into consideration while treating axis I disorders, due to the effect of personality disorders on treatment compliance, course and prognosis.

Key words: Personality disorders, non-psychotic patients, hospitalization, axis I disorder

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları özellikle son yirmi yıldır psiki-

yatrının klinik pratiğinde gitgide önem kazanan bir konu haline gelmiştir. Kişilik bozuklukları ile DSM 1. eksen tanıları arasındaki ilişki klinisyenler tarafın-

32. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde (GATA, Ankara) bildiri olarak sunulmuştur. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Nevroz Birimi

dan, tedaviye alınacak yanıtın önceden kestirilmesi, belirli psikiyatrik bozukluklara yönelik olası yatkınlıklar ve klinik görünümün ortaya çıkardığı ortak et-kiler açısından incelenmektedir (13,15,16,20).

Çeşitli kişilik bozukluklarıyla (C kümesi-anksiyöz ve korkak) anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluğu ve agorafobi) veya sınırda kişilik bozukluğuyla depresyon ve madde bağımlılığı arasındaki olası ortak bir etyolojik temel olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (4,9,11,17,18).

Standardize edilmiş bir görüşme formu olan SCID II; kişilik bozukluğu tanısı koyma ve tanının sınırlarını çizmede ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmek amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır (19). Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi gören, psikotik olmayan hasta grubundaki kişilik bozukluğunun prevalansını saptamak, iki grubu (kişilik bozukluğu tanısı alan ve almayan) sosyodemografik özellikler, 1. eksen tanıları ve belirti örüntüleri açısından değerlendirip, diğer çalışmalar ve literatürdeki bilgilerle tartışmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Örneklem

18 ve 50 yaşları arasındaki psikotik olmayan ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde açık bir serviste yatmakta olan 30 hasta, kişilik bozukluğu tanısı açısından incelenmiştir.

Bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni, organik akıl bozukluğu, zeka geriliği ve ciddi tıbbi bozukluk tanısı alanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirmeden geçmiş, sosyodemografik özellikleri, sosyal ve mesleki işlevsellikleri ve psikiyatrik öyküleri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bir soru formu ile değerlendirilmiştir.

SCL-90-R örneklemi oluşturan hastaneye yatışın ilk haftasında verilmiştir. SCL-90-R, 90 maddeden oluşan, belirtilerin sorgulandığı ve hastanın kendisini değerlendirmesine dayanan bir ölçektir (6). Ölçek, 9 belirti kümesinden oluşmaktadır, bunlar somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık (veya eleştiriye aşırı hassasiyet), depresyon, anksiyete,

hostilite, fobik anksiyete, paranoid fikirler ve psikotizmdir. Global Belirti Şiddeti Endeksi (GSI) psikopatolojinin değerlendirilmesinin bir ölçütü olarak kullanılmıştır.

Hastalar üçüncü haftada aynı araştırmacı tarafından SCID II ile değerlendirilmiştir. SCID II, DSM-III-R 2. eksenindeki 11 kişilik bozukluğu tanımlarını değerlendirmeye alan bir görüşme ölçeğidir (19). Türkçe'ye Soria ve ark. tarafından çevrilmiştir (18). SCID-II ile kişilik bozukluğu ölçütlerini dolduranlar, bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-III-R ölçütlerine göre kişilik bozukluğu tanısı açısından tekrar değerlendirilmişlerdir (3).

Veri analizi SPSS 6.0 programı ile yapılmış, istatistiksel değerlendirmede frekans dökümü, t testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Örneklemin özellikleri

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Nevroz Servisinde yatarak tedavi gören ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı onaylayan 30 non-psikotik hasta örneklemi oluşturmuştur. 19'u (% 63.3) kadın, 11'i (% 36.7) erkek olan grubun yaş ortalaması 33.43 ± 7.99 olarak bulunmuştur. 8'i (% 26.7) bekar, 17'si (% 56.6) evli, 5'i (% 16.7) boşanmış veya ayrı yaşamaktadır. 8'i (% 26.7) ilkokul mezunu, 15'i (% 50) orta öğrenim ve 7'si (% 23.3) yükseköğretim mezunudur.

Hastaların 9'u (% 30) ev hanımı, 9'u (% 30) memur, 7'si (% 23.4) serbest meslek sahibi, 3'ü (% 10) işçi ve 2'si (% 6.7) işsizdi. 19'u (% 63.3) köy veya küçük kentten göç etmiş, 11'i (% 36.7) doğumlarından bu yana büyük şehirde (İstanbul) oturmaktaydı (Tablo 1).

Kişilik bozukluğu (KB) tanısı alan grubun (n=21) yaş ortalaması 21.95 ± 5.54 , 14'ü (% 66.6) kadın ve 7'si (% 33.3) erkek olan bu grubun 4'ü (% 19.0) bekar, 13'ü (% 61.9) evli; 4'ü (% 19.0) boşanmış ya da ayrı yaşamaktaydı. KB olmayan grubun ise (n=9) yaş ortalaması 25.66 ± 6.74 idi. KB tanısı almayanların 5'i (% 55.5) kadın, 4'ü (% 44.4) erkekti. KB tanısı almayanlardan; 4'ü (% 44.4) bekar, 4'ü (% 44.4) evli ve 1'i (% 11.1) ayrı yaşamaktaydı. Medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik özellikleri

	Toplam (n=30)	Kişilik boz. (n=21)	Kişilik bozukluğu olmayan (n=21)
Yaş ortalaması	33.43±7.99	21.95±5.54	21.95±5.54
Kadın % (n)	63.3 (19)	66.6 (14)	66.6 (14)
Erkek % (n)	36.7 (11)	33.3 (7)	33.3 (7)
Evli	56.6 (17)	61.9 (13)	61.9 (13)
Bekar	26.7 (8)	19.0 (4)	19.0 (4)
Boşanmış/Ayrı	16.7 (8)	19.0 (4)	19.0 (4)
İlk	26.7 (15)	28.5 (6)	28.5 (6)
Orta	50 (15)	52.3 (11)	52.3 (11)
Yüksek	23.3 (7)	19.0 (4)	19.0 (4)

Tablo 2. Örneklemin kişilik bozuklukları kümelerine göre dağılımı ve GSI puan ortalamaları

Küme	%	n=30	GSI
A kümesi	20	6	1.96
B kümesi	43.3	13	1.49
C kümesi	23.3	7	1.68
Birden fazla küme	23.3	7	-
Kişilik boz. tanısı yok	30	9	1.38

Hastalar eğitim durumları açısından incelendiğinde; KB olan grupta 6'sı (% 28.5) ilkokul, 11'i (% 52.3) orta-lise ve 4'ü (% 19.0) yüksekokul mezunuydu. KB tanısı olmayan grupta ise 2'si (% 22.2) ilkokul, 4'ü (% 44.4) orta-lise, 3'ü (% 33.3) yüksekokul mezunuydu (Tablo 2).

Kişilik bozukluğu sıklığı ve klinik özellikler

30 kişinin örnekleminin 21'i (% 70) kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Bunlardan 6'sı A kümesinden, 13'ü B kümesinden, 7'si ise C kümesinden tanı almış, 1'ine ise kendine zarar veren kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Bu sayıların toplamının 21'den fazla olması, 21 kişiden 7'si (% 23.3) farklı kümelere birden fazla kişilik bozukluğu tanısı almasından kaynaklanmıştır. KB tanısı almamış 9 kişi (% 30) kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini doldurmamış ya da eşikaltı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3).

Hastalar intihar girişimlerine göre değerlendirildiğinde; KB grubunda 12 kişi (% 57.1), tanı olmayanların 5'i (% 55.6) intihar girişiminde bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hastalar eşleriyle olan ilişkileri açısından ele alındığında; KB tanısı olmayan grupta iki kişi, ilişkilerinin çok kötü olduğunu, ayrı yaşadıklarını veya ayrılmak

Tablo 3. Örneklemdaki I. eksen tanı dağılımı

Tanı	%
Depresyon sendromları	50.0
Uyum bozuklukları	13.3
Anksiyete bozuklukları	10.0
Somatoform bozuklukları	10.0
Dürtü kontrol bozuklukları	10.0
Diğer	3.7
I. eksen tanısı yok	3.0

üzere olduklarını bildirmişler, aynı durum KB olan 21 kişiden 7'sinde tesbit edilmiştir. İki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Son 5 yıl süresindeki iş değişiklikleri açısından KB olmayan grup için ortalama değer 1.11±0.98 KB olanlarda ise 2.02±1.54 idi. İş değişikliğinin sayısı açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kişilik bozukluğu tanısı alanların ortalama hastanede kalış süreleri 23.92±10.57 gün; KB olmayan grubun ise 42.38±17.84 gün olarak bulunmuştur; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01).

Kişilik bozukluğunun üç kümesi ve kişilik bozukluğu olmayan grup SCL 90-R depresyon alt ölçeği puan ortalaması açısından değerlendirilmiştir; A kümesinde ortalama değer 1.66±0.72, B kümesinde 0.91±0.39, C kümesinde 1.57±0.61 ve kişilik bozukluğu olmayan grup için bu değer 0.87±0.36 bulunmuştur. Bu 4 grup arasında ANOVA ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0.17). T testi ile kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.066).

Anksiyete ölçeğinde A kümesinin ortalama değeri 1.50±0.63, B kümesinde 1.30±0.47, C kümesinde 1.87±0.73 ve kişilik bozukluğu olmayan grupta ise 1.00±0.38 bulunmuştur. Bu değışkende, hem kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar, hem de kişilik bozukluğu kümeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Kişilerarası ilişki altölçeğinin değerlendirilmesinde A kümesi için ortalama değer 1.33±0.42, B kümesi için 0.66±0.26, C kümesi için 0.71±0.28 ve KB olmayan grup için ise 0.62±0.34 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hostilite altölçeğinde A kümesinin ortalama değeri 1.00 ± 0.46 , B kümesinin 1.08 ± 0.32 , C kümesinin 0.57 ± 0.21 ve KB olmayan grupta 0.50 ± 0.26 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Genel belirti şiddeti endeksi (GSI) puanları açısından, A kümesi için ortalama değer 1.96 ± 0.77 , B kümesi için 1.49 ± 0.58 , C kümesi için 1.68 ± 0.68 ve KB olmayanların ortalama değerleri 1.38 ± 0.49 olarak bulunmuştur (Tablo 2). 3 kişilik bozukluğu kümesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı gibi, KB olanlar ve olmayanlar arasında da fark anlamlı değildir ($p=0.65$).

1. eksen tanılarının örneklem içindeki dağılımı, depresyon sendromları % 50, uyum bozuklukları % 13.3, anksiyete bozuklukları % 10, somatizasyon bozuklukları % 10, dürtü kontrol bozuklukları % 10, diğer % 6.7, 1. eksen tanısı olmayan % 3.3 idi (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmanın en çarpıcı sonucu örneklemdeki yüksek kişilik bozuklukları prevalansı (% 70) ve 7 kişinin (% 23.3) birden fazla kişilik bozukluğu tanısı almasıdır. Diğer araştırmacılar ayaktan tedavi gören hasta grubunda prevalans oranının % 5 ile % 74 arasında değişmekte olduğunu, hastanede yatarak tedavi görenlerde ise oranın % 6.4 ile % 93 arasında olduğunu bildirmişlerdir (1,2,5,7,14,17).

Bu oranlar arasındaki büyük fark; seçilen örneklemdeki, kullanılan tanısal ölçütlerdeki, değerlendirme metodlarındaki, yardım arama davranışlarındaki ve ruh sağlığı hizmetlerine erişebilirlikteki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Birimimizde hastaneye yatırmadan önde gelen ölçütlerimiz; önceki tedaviye dirençli olma, ortaya çıkan kriz durumuyla başa çıkabilecek durumda olamama ve ayaktan değerlendirmelerle tanının netleşmemesidir. Hastalar; genellikle majör psikiyatrik bozukluklara ait belirtilerin ön planda olduğu durumlarda yardım aramaktadır.

Birçok çalışmada iki ya da daha fazla kişilik bozukluğu tanısı alanlar örneklemin yarısından fazla bu-

lunmuştur, çalışmamızda bu oran % 23.3'dür. SCID-II'de ele alınan tanı ölçütlerinde bazı benzer özelliklerin olması bir örtüsmeye neden olmakta ve aynı hastaya birden fazla kişilik bozukluğu tanısı konulmaktadır.

Bu çalışmada kişilik bozukluğu tanısı alanlar, genellikle ortaöğrenim görmüş genç kadınlardır. Bu özellikler aynı zamanda hastaneye yatan, psikiyatrik bozukluğu olmayan hasta popülasyonunu tanımlamaktadır. Diğer çalışmalardaki kişilik bozukluğu örneklemini genç erkeklerden oluşmaktadır, bu bulgu çalışmamızın sonuçlarıyla çelişmektedir (1,2).

Hastaneye yatışı gereken hasta grubumuzda bulunan B ve C kümelerinin yüksek prevalansı, başvuruya neden olan sosyal ve mesleki alandaki işlev kaybı, kendine zarar verici davranışlar, dürtüsel madde kötüye kullanımı ve gelip geçici algı bozukluklarının varlığı ile açıklanabilir. Bu bulgular Fabrega ve ark. (7) çalışmaları ile uyumludur. Bu çalışma, kişilik bozukluğu tanısı alan 2344 ayaktan izlenen hasta ile yürütülmüş ve en sık karşılaşılan tanı B kümesi kişilik bozukluğu olurken en az görülen A kümesi olmuştur.

B kümesi içinde sınırda kişilik bozukluğu, narsistik ve histriyonik kişilik bozukluğu çoğunluğu oluşturmaktayken, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan sadece bir kişi vardır. Bu, madde kötüye kullanımı ve adli psikiyatrik hastaların servisimizde tedavi görmüyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastanemizde bu tür hastaların tedavi gördükleri ayrı bölümler mevcuttur. Örneklemimizde yasalara karşı gelen sadece bir kişinin bulunması da büyük olasılıkla bu yüzdendir.

Psikiyatrik öyküde intihar girişimlerin bulunması; dürtüsellik ve depresyon lehine önemli ipuçlarıdır. KB olan ve olmayanlarda intihar girişimleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir. Hastaneye yatışlara neden olan bozukluklarının depresif bir kronik doğası intihar girişimlerindeki oranların benzerliğine neden olabileceği gibi, intihar riski yüksek hastaların genellikle kapalı psikiyatrik servislere yatarak tedavi görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Benzer durum evlilik uyumları için de söylenebilir.

Sık iş değiştirme açısından (5 yılda 5 işten fazla) gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Kişilik bozukluğunda mesleki işlevsellik; kişiler arasında yaşanan problemler, süregen dürtüsellik ve belirli 1. eksen bozukluklarına olan yakınlık nedeniyle bozulmaktadır.

Kişilik bozukluğu tanısı alanların hastanede yatış süreleri diğer gruptan belirgin olarak daha kısadır. Bu sonuç diğer çalışmalarla da uyumludur. Servis içi kurallara uyum göstermeyen hataların yatış süreleri ya tedavi ekibinin kararıyla ya da hastaların kendilerinin çıkmak istemesiyle kısa sürmektedir. SCL-90-R depresyon alt ölçeğinin ortalama puanları A ve C kümelerinde, B kümesine ve kişilik bozukluğu tanısı almayan gruba göre daha yüksektir. Depresyon C kümesindeki hastalarda sıkır, bağımlılık gereksinimlerinin karşılanmadığı durumlarda depresyon görülme ve günlük aktivite düzey ve enerjilerinde azalma, aşırı bedensel kaygılar, eleştiriye hassasiyet, güvensizlik duyguları klinik tabloyu oluşturmaktadır (15).

A kümesi kişilik bozukluklarında psikotik dekompanasyon diğer kümelere göre daha sıkır (4). Servisimizde akut psikotik hastalar yatırılmamaktadır. Bu durum, örnekleminizde A kümesinden sadece paranoid kişilik özelliklerine sahip olan bireylerin yerelmasına neden olmuş olabilir. Bu kişilik özelliklerine sahip olanlar hafif ve orta dereceli depresyon (uyum bozukluğu vb) ile karşılaştıklarında yardım aramaktadır. A kümesi kişilik bozukluğu saptananların depresyon puanlarının yüksek oluşu buna bağlı olabilir.

B kümesi ile depresyon arasındaki ilişki yaygın olarak ele alınmıştır (9). Çalışmamızda B kümesinin depresyon puanları beklendiği kadar yüksek bulunmamıştır. İntihar girişimleri genellikle depresif epizod sırasında görülmekte, intihar riski yüksek hastalar servisimize yatırılmamaktadır. Depresyon puanlarının düşük oluşu, örnekleminizde bu tür hastaların bulunmamasından dolayı ortaya çıkmış olabilir.

SCL-90R anksiyete altölçeğinin puanları C kümesinde en yüksek olarak bulunmuş, ardından A kümesi ve B kümesi gelmektedir. Bilindiği gibi, anksiyöz ve korkak küme olarak C grubu anksiyete belirtileri göstermeye daha yakındır.

Kişilerarası duyarlılık altölçeğinde A kümesindeki hastalar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da en yüksek puana sahiptir. Bu kümedeki kişiler, yoğun olarak kullandıkları yansıtma savunma düzeneğinden dolayı ikili ilişkilerde ciddi sorunlar yaşamaktadır. Bununla birlikte B kümesinin de bu altölçekte daha yüksek puan alması beklenirdi.

Hostilite puanları gruplar arasında şöyle sıralanmaktadır: A kümesi en yüksek, sonra sırasıyla, B, C kümeleri ve kişilik bozukluğu olmayan grup. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sıralama literatürdeki bulgularla paraleldir.

Global Belirti Şiddeti Endeksi puanlarının en yüksek olduğu küme A kümesinde olmuş, puanlar daha sonra C, B ve kişilik bozukluğu olmayan grup olarak sıralanmaktadır.

Kişilik bozukluğu örneklemelerinde karşılaşılan 1. eksen tanıların dağılımına ilişkin çalışmalarda duygudurum bozukluklarının (özellikle depresyon) en sık karşılaşılan bozukluk olduğu bildirilmiştir (2,4,21). Bu bulgu, çalışmamızın sonucu ile de uyumludur. Örnekleminizde depresyon sendromları % 50'lik prevalansla ilk sıradadır. Uyum bozuklukları ikinci sırada yer almaktadır (% 13.3). Anksiyete ve somatoform bozukluklar örneklemdaki üçüncü ve dördüncü büyük tanı gruplarını oluşturmaktadır.

Bu çalışma, psikoz tanısı almayan hastaların yattığı bir serviste yürütülmüş ve böyle bir örneklemdaki kişilik bozukluğu prevalansının, kişilik bozukluklarının belirti profili ve tedavi uyumuna etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Yatarak tedavi uyumunun kişilik bozukluğu tanısı ile bozulduğu, bu nedenle servis düzenlenmesinin bu özellikler düşünülerek oluşturulması önemlidir.

Örnekleme grubundaki sayının azlığı, belirli değişkenlerde sonucun istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının nedeni olabilir. Bu, ayaktan tedavi gören daha büyük bir örnekleme çalışılarak giderilebilir. Psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve adli psikiyatrik vakalar gibi, farklı kişilik bozukluklarını kamufle eden grupların çalışmamızda bulunmamasından dolayı örnekleminizde sadece belirli kişilik bozuklukları ele alınmıştır.

Klinisyenler, hastalarının eksen I bozukluklarının şiddetini; toplumsal, mesleki ve ailevi işlevselliklerini değerlendirdikleri sırada kişinin hem premorbid hem de başvuru sırasındaki kişilik patolojisini de gözönünde bulundurmalıdır. Kişilik bozukluklarının yatarak veya poliklinikte ayaktan tedavi görmekte olan hasta gruplarındaki sıklığı, bu değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. Bu konuda daha kapsamlı ve veriler psikiyatrik hasta grubunun yaygın olarak taranması ve izleme çalışmaları ile elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Alnaes R, Torgersen S: DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 78:348-55, 1988a.
2. Alnaes R, Torgersen S: The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatr Scand* 78:485-92, 1988b.
3. American Psychiatric Association. DSM-III-R diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Revised. Washington DC, American Psychiatric Press, 1987.
4. Benjamin J, Silk KR, Lohr NE ve ark: The relationship between borderline personality disorder and anxiety disorder. *American J Orthopsych* 3:461-67, 1991.
5. de Giralomo G, Reich JH: Personality disorders. WHO, Geneva, 1993.
6. Derogatis LR, Cleary PA: Factorial invariance Across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90-R. *Br J Social and Clinical Psychol* 16:347-56, 1977.
7. Fabrega H, Ulrich R, Pilkonis P ve ark: Personality disorders diagnosed at intake at a public psychiatric facility. *Hosp and Comm Psychiatr* 2:159-62, 1993.
8. Flich SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, et al: DSM-II-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J Affective Disorders* 27:71-79, 1993.
9. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, et al: Comorbidity of borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45:348-52, 1988.
10. Goodman G, Hull JW, Clarkin JF, et al: Comorbid mood disorders as modifiers of treatment response among in patients with borderline personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 10:616-22, 1998.
11. Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148:967-75, 1991.
12. Karamustafaloğlu KO, Maner F, Karamustafaloğlu NB ve ark: Distimi ve kişilik bozuklukları. *Düşünen Adam* 1-2-3:20-23, 1992.
13. Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, et al: The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2462 patients. *Am J Psychiatry* 2:207-12, 1985.
14. Lyons MJ, Tyrer P, Gunderson J, et al: Heuristic models of comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *J Pers Disorders* Fall 3:260-69, 1997.
15. Overholser JC, Kabakoff R, Norman WH: The assessment of personality characteristics in depressed and dependent psychiatric inpatients. *J Personality Assessment* 1:40-50, 1989.
16. Reich JH, Green AI: Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv and Ment Dis* 179:74-82, 1991.
17. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, et al: Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psych Res* 51:167-74, 1993.
18. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, et al: (1990) DSM-II-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu SCID kullanma kılavuzu. Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir.
19. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, et al: (1990) Manual for the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders. Washington DC, American Psychiatric Press.
20. Tyrer P, Cases P, Goll J: Relationship between neurosis and personality disorders. *Br J Psychiatr* 142:404-8, 1983.
21. Zanarini MC, Frankeburg FR, Dubo FD, et al: Axis I comorbidity of personality disorders. *Am J Psychiatry* 12:1733-39, 1998.