

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY PROF.DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
12. Psikiyatri Kliniği
Başhekim: Doç. Dr. Erhan Kurt
Klinik Şefi: Uz. Dr. Latif Ruhşat Alpkan

**BİPOLAR I BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA
KİŞİLİK BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE BUNUN
KLİNİK ÖZELLİKLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Recep Emre TAN

PSİKİYATRİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Klinik Şefi Uz. Dr. Latif Ruhşat ALPKAN

İSTANBUL-2010

ÖNSÖZ

Asistanlığım döneminde çalışma fırsatı bulduğum değerli klinik şefim Dr. Latif Ruhşat Alpkan'a,

Klinik eski şef yardımcım Dr. Nezih Eradamlar'a,

Dostluğunu ve yardımlarını benden esirgemeyen, tez çalışmamda büyük katkısı olan Dr. Neşe Üstün'e,

Psikiyatrinin sadece nörobiyolojiden, inancın sadece kapitalden ibaret olmadığını gösteren ebedi uzmanım Dr. Erdoğan Özmen'e,

Rotasyonum döneminde birlikte çalışma fırsatı bulduğum Dr. Nihat Alpay, Dr. Bakı Arpacı, Dr. Defne Tamar Gürol ve Dr. Ahmet Türkçan'a,

Tezimin olgunlaşmasında emeği geçen tez jürim Dr. Latif Ruhşat Alpkan, Dr. İbrahim Ömer Saatcioğlu ve Dr. Murat Erkıran'a,

Asistanlığım sürecinde çalıştığım, bilgi ve tecrübelerini paylaşan tüm doktor, hemşire ve diğer sağlık personeline, ayrıca tüm 12. Psikiyatri servisi çalışanlarına,

Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde çalışma fırsatı bulduğum ve tezim için hasta almamda yardımları olan Hemş. Cavide Çakmak ve Hemş. Aysel Özer'e,

Asistanlığım sürecinde bana verdikleri destekler için arkadaşlarım İsmail, Murat, Ömer ve Erkan'a,

Uzmanlık tezim sırasında arkamda olan ve her daim olmasını istediğim aşkıma,

Oğulları olmaktan büyük gurur duyduğum, bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan babam, annem ve kardeşime,

Bu hastaneyi sevmemde ve ömrüm boyunca gönülden bağlı kalacak olmamda asıl unsur olan, bana dostluğu ve birlikteliği öğreten tüm asistan arkadaşlarıma ve hastalarıma,

Sonsuz teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TABLO LİSTESİ	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Bipolar I Bozukluk	4
2.1.1 Tanım	4
2.1.2 Bipolar Bozukluk Tarihsel Gelişimi	6
2.1.3 Bipolar Spektrum Kavramı	8
2.1.4 Biyokimyasal ve Genetik Mekanizmalar	10
2.1.5 Psikososyal ve Psikodinamik Etkenler	11
2.1.6 Bipolar Bozuklukta Klinik Görünüm	12
2.1.7 Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar	13
2.2 Kişilik Bozukluğu	14
2.2.1 Tanım	14
2.2.2 Kişilik Bozukluklarının Klinik Seyri	17
2.2.3 Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi	18
2.3 Bipolar Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu İlişkisi	21
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	25
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63

ÖZET

BİPOLAR I BOZUKLUĞU OLAN OLGULARDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI VE BUNUN KLİNİK ÖZELLİKLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Recep Emre Tan

Amaç: Son yıllarda kişilik bozukluklarının, bipolar bozukluk seyrine etkisine dair ilgi artmıştır. Bipolar I bozuklukta hangi kişilik bozukluklarının daha sık ve baskın olduğu sorusu hala tam olarak yanıtlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı bipolar I bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanı sıklığını saptamak ve kişilik bozukluğu varlığının bipolar I bozukluk klinik seyrine etki edip etmediğini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmamıza, Aralık 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde yapılandırılmış izlem formu ile izlenmekte olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu tanısıyla takip edilen ötimik dönemdeki 99 hasta dahil edilmiştir. Bu hastalar SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bipolar I bozukluğu olan hastaların %38,4'ünde en az bir kişilik bozukluğu tespit edildi. Hastalarda saptanan en sık kişilik bozuklukları sırası ile histriyonik, obsesif kompulsif ve borderline kişilik bozukluklarıydı. Hastalar kişilik bozuklukları için kümesel bazda değerlendirildiğinde B kümesi %25,3, C kümesi %19,3, A kümesi %14,2 oranında bulundu. Kişilik bozukluğu olan grubun, kişilik bozukluğu olmayan gruba göre daha fazla depresif atak geçirdiği ve daha fazla intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Kişilik bozukluğu olmayan grubun hastanede ortalama yatış gün sayısı, kişilik bozukluğu olan gruba göre daha fazlaydı. Herhangi bir kişilik bozukluğu olmayanların ortalama manik atak sayısı, birden fazla kişilik bozukluğu olanlardan yüksek bulundu. Depresif atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda atipik depresyon görülme oranı yüksek bulundu. Ayrıca birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde kullanım oranları, kişilik bozukluğu olmayan gruptan yüksek bulundu.

Sonuç: Çalışmamız kişilik bozukluğu ve bipolar I bozukluk birlikteliği hakkında önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı yaygındır ve bu birliktelik, bipolar I bozukluğun klinik seyri açısından önemlidir. Bipolar I bozuklukla kişilik bozukluğu birlikteliğini daha iyi anlayabilmek için geniş örneklem gruplarının seçildiği ve çok merkezli başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bipolar I bozukluk, Kişilik bozukluğu, Ek tanı

İletişim adresi: emretan23@mynet.com

ABSTRACT

The study of the relationship between the personality disorders common and its clinical characteristics by the cases with bipolar I disorders

Dr. Recep Emre Tan

Introduction: In the recent years there is more interest about the effect of personality disorders on the course of bipolar disorder. By the bipolar I disorder the question which of the personality disorders have been more frequently and dominant couldn't be answered clearly. The aim of this study is to determine the comorbidity frequency of the personality disorder on the patients with bipolar I disorder and to study if the existence of the personality disorder effects on the course of the bipolar I disorder.

Method: Ninety-nine patients were included in the study from the euthymic period who were followed with the diagnosis of bipolar I disorder based on the DSM-IV-TR diagnosis criteria, and who were followed with the structured following form in the Raşit Tahsin Mood Disorder Center of Bakirkoy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery between the dates of December 2009 - March 2010, were included into our study. These patients were evaluated with the SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV), Hamilton Depression Rating Scale and Young Mani Rating Scale.

Results: Thirty-eight percent of the patients with bipolar I disorder there were determined at least one personality disorder. The personality disorders which were mostly determined on the patients were respectively histrionic, obsessive compulsive and borderline personality disorders. When the patients were evaluated in the basis of groups for their personality disorders, the group B was found as 25,3 %, the group C as 19,3 %, the group A as 14,2 %. It was determined that the group with personality disorder has passed more depressive episodes and attempted more suicides than the group which hasn't got personality disorder. By the group without personality disorder was the number of day the hospitalization more than by the group with personality disorder. The average of the manic episode number on the patients without personality disorder was found higher than on the patients with more than one personality disorder. By the comparison of the depressive episode characteristics between the groups the rate of atypical depression on the patients with more than one personality disorder was found higher. Also the rates of using of alcohol and substances by the patients with more than one personality disorder was found higher than by the patients without personality disorder.

Conclusion: Our study produced significant results about the association of the personality disorder and of the bipolar I disorder. On the patients with bipolar I disorder are the comorbidity of personality disorder widespread and this association is important due to the course of the bipolar I disorder. To understand the association of the bipolar I disorder and the personality disorder better, other studies where wide sample groups were selected and more centered are needed.

Key words: Bipolar I disorder, Personality disorder, Comorbidity

Communication address: emretan23@mynet.com

TABLO LİSTESİ

Genel Bilgilerde Kullanılan Tablolar

Tablo 1: Klerman’a Göre Bipolar Bozukluk Alt Tiplerinin Sınıflandırılması	8
Tablo 2: Akiskal’a Göre Bipolar Bozukluk Spektrumu	9
Tablo 3: Bipolar Bozuklukta Ek Tanı Oranları	14
Tablo 4: DSM-IV-TR’ye Göre Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri	16
Tablo 5: DSM-IV-TR’ye Göre Kişilik Bozukluğu İçin Küme Dağılımı	18
Tablo 6: Kişilik Bozukluğu Yaygınlık Oranları	20
Tablo 7: Eksen I ve Eksen II Arasındaki Fenotipik Benzerlik	21

Bulgularda Kullanılan Tablolar

Tablo 1. Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri	28
Tablo 2. Hastaların Medeni Halleri ve Çalışma Durumları	29
Tablo 3. Hastaların Geçirmiş Oldukları Atak ve Klinik Seyir Özellikleri	30
Tablo 4. Hastalık Süre ve Atak Sayıları	31
Tablo 5. Hastaların Hamilton Depresyon ve Young Mani Skor Ortalamaları	31
Tablo 6. Hastalarda Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımı Özellikleri	32
Tablo 7. Hastalarda Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı	32
Tablo 8. Hastalarda Kişilik Bozukluğu Tiplerinin Dağılımı	33
Tablo 9. Kişilik Bozukluğu Çeşitlerinin Birlikte Görülme Oranları	33
Tablo 10. Kişilik Bozukluğu Kümelerinin Dağılımı	34
Tablo 11. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Hastalarda Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Hastalık Süre ve Atak Sayılarının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	36
Tablo 13. Hastalık Başlangıç Şekli ve Seyri İle İlgili Özelliklerin Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	37
Tablo 14. Depresif Atak Özelliklerinin Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	38
Tablo 15. Geçmişte İntihar Girişimi Varlığının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Karşılaştırılması	38

Tablo 16. Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	39
Tablo 17. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 18. Kullanılan Duygudurum Düzenleyicilerinin Dağılımı	40
Tablo 19. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Karşılaştırılması	40
Tablo 20. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Lityum Tedavisine Yanıtın Karşılaştırılması	41
Tablo 21. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Antipsikotik Kullanımının Karşılaştırılması	41
Tablo 22. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Antidepresan Kullanımının Karşılaştırılması	42
Tablo 23. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Geçmişte EKT Tedavisi Açısından karşılaştırılması	42
Tablo 24. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Kullanılan İlaç Sayısının Karşılaştırılması	42
Tablo 25. Hastalık Başlangıç Şekli, Seyri İle İlgili Özelliklerin Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	43
Tablo 26. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Grupların Hastane Yatış Süresi ve Atak Sayılarının Karşılaştırılması	44
Tablo 27. Depresif Atak Özelliklerinin Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	45
Tablo 28. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Geçmişte İntihar Girişimi Varlığının Karşılaştırılması	45
Tablo 29. Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımının Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması	46
Tablo 30. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 31. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Dağılımı	47
Tablo 32. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Karşılaştırılması	48
Tablo 33. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Lityum Tedavisine Yanıtın Karşılaştırılması	48
Tablo 34. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Antipsikotik Kullanımının Karşılaştırılması	49

Tablo 35. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Antidepresan Kullanımının Karşılaştırılması	49
Tablo 36. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Geçmişte EKT Tedavisi Açısından karşılaştırılması	50
Tablo 37. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Kullanılan İlaç Sayısının Karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar I bozukluk, tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle giden ve bu dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği, kronik seyirli bir duygulanım bozukluğunu tanımlar. Bipolar I bozukluğun genel popülasyonda yaygınlığı % 0,5 – 1,5 oranları arasında değişmektedir (1,2). Genetik, biyolojik ve psikososyal etiyoloji ile ilişkili yüksek mortalite oranı ve kayda değer sağlık bakım masrafları olan, tekrarlayan bir hastalıktır (2,3,4).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin başka bir Eksen I bozukluğa yakalanma riski artmıştır (5). Bipolar bozukluğa diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi, hastalığın doğal seyirindeki dönemlerin uzamasına, ötimik dönemin kısalmasına, daha erken yaşlarda hastalığın başlamasına, tedaviye yanıtın güçleşmesine ve intihar riskinin artmasına sebep olur (6,7,8). Bipolar bozukluğa eşlik eden en sık psikiyatrik hastalıklar; alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğudur. Bununla birlikte kişilik bozukluğu ek tanısı da bipolar hastalarda yaygındır (9). Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığını inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Obsesif kompulsif, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu bipolar hastalarda en sık saptanan kişilik bozukluklarıdır (10,11). Bir diğer çalışmada B kümesi ve C kümesinin A kümesi kişilik bozukluklarına göre bipolar hastalarda daha sık görüldüğü saptanmıştır (12). Türkiye’de yapılan iki çalışmada, remisyonda olan bipolar I hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı sırasıyla %62 ve %48 olarak saptanmıştır (13,14). Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı %9 - %89 arasında değişmektedir (9,15). Ek tanı sıklığında ki bu değişik oranlar, yapılan çalışmalardaki yöntem bilimsel ve kültürel farklılıklardan, ayrıca kişilik bozukluğu için kullanılan tanı sistemlerinin ayrı olmasından kaynaklanmaktadır.

Kişilik, her insanın kendine özgü olan, çocukluktan beri edinegeldiği davranış, alışkanlık ve tepki tarzlarının tümü olarak tanımlanabilir. Kalıtsal, yapısal ve çevresel

etmenlerin etkileşimi sonucu oluşur, tek ve özgündür (16). Kişilik bozukluğu yaygın ve kronik bir bozukluktur. Genel toplumdaki yaygınlığının %10 ile %20 arasında olduğu hesaplanmakta ve süresi on yıllarla ifade edilmektedir (17). Psikiyatri hastalarında Eksen I bozukluğu ile kişilik bozukluklarının birlikte bulunması Eksen I bozukluklarının süresi, yinelemesi ve sonlanımı açısından klinik olarak önemlidir (18). Kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı kullanılacak psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımları etkiler (19).

Yarı yapılandırılmış tanısal görüşmeleri kullanan klinik epidemiyolojik çalışmaların özeti; hastaların yaklaşık yarısında bir kişilik bozukluğu olduğu, bu yüzden bir grup olarak bu bozuklukların psikiyatrlar tarafından en sık olarak sağaltılan bozukluklar arasında olduğudur. Kişilik bozuklukları her hastada ele alınmalıdır. Çünkü var olmaları, hastaların esas yakınma olarak bildirdikleri Eksen I bozukluklarının gidişi ve tedavisini etkileyebilir (18).

Son yıllarda kişilik bozukluklarının, bipolar bozukluk seyrine etkisine dair ilgi artmıştır (12,20,21). Bu çalışmalarda kişilik bozuklukları tedaviye uyumsuzlukla, lityum tedavisine azalmış yanıtla, alkol ve madde kullanımında artışla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca rezidüel semptomları arttırdığı, işlevselliği azalttığı, erken yaşta hastalık başlamasına sebep olduğu, intihar düşünce ve davranışını arttırdığı bulunmuştur (7,14). Kişilik bozukluklarının, hastaların afektif bozukluklara karşı daha hassas olmalarına sebep olduğu öne sürülmüştür (13,22). A kümesi kişilik bozukluklarının kötü prognoz habercisi, B kümesi kişilik bozukluklarının intihar riskini artırdığı ve dirençli depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (23). Bu konuyla ilgili bazı çalışmalar yapılmasına karşın bipolar I bozuklukta hangi kişilik bozukluklarının daha sık olduğu ve bu bozuklukların bipolar I bozukluğun klinik seyrine nasıl etki ettiği sorusu hala tam olarak yanıtlanamamıştır.

Sonuç olarak bipolar I bozukluğu tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısının yaygın olduğunu ve bu birlikteliğin hastalığın seyrinde başlama yaşını erkene çektiğini, atakların sıklığını arttırdığını ve tipini etkilediğini, intihar sıklığını ve alkol madde kullanım sıklığını arttırdığını, çoklu ilaç kullanımına sebep olup lityum tedavisine yetersiz yanıt verdirdiğini öne sürmekteyiz.

Çalışmamızda DSM-IV'e göre bipolar I bozukluk tanısı almış hastalarda geçmişe yönelik atakların ve hastane yatışlarının incelenmesi, bu hastalara SCID-II uygulanarak kişilik bozukluklarının saptanması, kişilik bozukluğu ek tanısının, bipolar I bozukluğu olan hastalarda klinik değişkenler üzerine etkisinin ve ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Bipolar I Bozukluk

2.1.1 Tanım

Bipolar I bozukluk, tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle giden ve bu dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği, kronik seyirli bir duygulanım bozukluğunu tanımlar. Bipolar I bozukluğun genel popülasyonda yaygınlığı % 0,5 – 1,5 olarak belirtilmiştir (1). Bipolar I bozukluk genetik, biyolojik ve psikososyal etiyoloji ile ilişkili yüksek mortalite oranı ve kayda değer sağlık bakım masrafları olan, tekrarlayan bir hastalıktır (2,3,4).

DMS-IV'e göre manik dönem tanısı konması için en az bir hafta boyunca kabarmış, taşkın ya da irritabl duygudurumun bulunması gerekir. Manik dönemler benlik saygısında abartılı artma ya da grandiosite, uyku gereksiniminde azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, distraktibilite (dikkatin çelinebilirliğinde artma), amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma ile karakterizedir. Manik atağa psikotik belirtiler eşlik edebilir ve şiddetli olgularda çoğunlukla yatarak tedavi gerekir (24).

Depresif dönemlerin süresi, çoğunlukla daha uzun sürer ve şiddeti değişkendir. Kesitsel olarak bakıldığında, bipolar depresyon bipolar olmayan depresyona göre pek çok yönden farklılık gösterir. Bipolar depresyonlu hastalar, bipolar bozukluğu olmayan depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla psikomotor retardasyon gösterirler. Total uyku süresinde artma, intihar girişimi, sanrı ve varsanılar, birden kapanma türü depresyonlar, postpartum başlangıç, REM uykusunda bölünme, ataklar arası değişkenlik ve atak içinde duygudurum oynaklığı da bipolar depresyonda daha sıktır. . Öte yandan anksiyete, öfke dışavurumunda artma, bedensel yakınmalar, psikomotor ajitasyon, ağrıya duyarlılık ve kilo yitiminin de bipolar olmayan depresyonlarda daha sık görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (25).

DSM-IV-TR sınıflandırmasında bipolar bozukluklar başlığı altında bipolar I bozukluğu, bipolar II bozukluğu, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluklar yer almaktadır (24).

Fieve ve Dunner manik ve depresif dönemlerle karakterize olan bipolar I bozuklukla, hipomanik ve depresif dönemlerle karakterize olan bipolar II bozukluğu birbirinden ayırdılar (26).

DSM-IV TR hipomaniyi, dönemin belirgin yitime neden olacak ya da hastanede yatmayı gerektirecek kadar şiddetli olmaması ve psikotik özelliklerin bulunmaması şartıyla maniden; en az dört gün sürmesi, işlevsellikte net bir azalma, duygudurum değişikliği ve işlevsellikteki azalmanın başkalarınca da gözlenebilir olması şartıyla normal duygudurumdan ayırır (24).

Kraepelin birçok hastada depresif ve manik semptomların kompleks halde aynı anda (karma durumlar) veya hızlı değişen şeklinin olduğunu kaydetmiştir (27). Buna göre, manik dönemlerin yaklaşık %31’inde belirgin depresif semptomlar vardır. DSM-IV-TR’de karma dönem, hemen her gün hem manik atağın hem de major depresif atağın tanı ölçütlerinin karşılandığı en az bir hafta süren bir dönem olarak tanımlanır (28). Bütün bipolar bozukluğu olan hastaların % 40’a varan oranlarda hastalığın seyri sırasında en az bir kez karma dönem yaşadığı ifade edilmektedir (29,30).

DSM-IV TR, ayrıca bir yıl içinde dört veya daha fazla manik, hipomanik ya da depresif dönem geçiren hastaları hızlı döngülü olarak tanımlar. Bipolar hastaların yaklaşık %15’i hızlı döngülüdür ve bunların büyük bir çoğunluğu kadındır (31). Karma dönem gibi hızlı döngülülük de kötü prognozla ilişkilidir (32).

Çeşitli araştırmalarda bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının toplumda % 0,7 – 1,6 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Alt guruplara baktığımızda bu oranlar Bipolar I Bozukluk için %0,4-1,6, Bipolar II Bozukluk için %0.5, Siklotimik bozukluk için %0.4-1 olarak bildirilmiştir (33). Bazı çalışmalarda bu oranların çok fazla değişkenlik göstermesi kültürel farklılıkların ya da, hastalık tanımlama ve yöntemsel farklılıkların sonucu olabilir. Bipolar spektrum kavramı üzerinde tam bir uzlaşımın olmayışı da bu oransal farklılıklara yol açıyor olabilir. Düzenli tedavi gerektiren bipolar bozukluk, olguların büyük bir kısmında kişiye ve ailesine sosyal ve mesleki yükler getirmektedir (3,4).

Bipolar I bozukluğun prevalansı cinsiyet farkı gözetmeksizin kadın ve erkeklerde eşit dağılımdadır. İlk atak erkeklerde sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon şeklindedir (33). Puberte öncesi seyrek olan bipolar bozukluk, erkekte ortalama 18, kadında 20 yaşlarında başlamaktadır. Başlama yaşı 20’li yaşların ortaları gibi gözüксе de, ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşlarında olmaktadır (34).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda intihar girişimi ve intihar sonucu ölüm gözükmeğtedir. Hasta olarak geçirilen zaman, hastalığın şiddeti, yüksek komorbidite oranı ve psikososyal işlevsellikte azalma hastaların yaşam kalitesini ciddi biçimde etkilemektedir (35).

2.1.2 Bipolar Bozukluk Tarihsel Gelişimi

Yaklaşık 100.000 yıllık insanlık tarihinde, duygudurum bozuklukları ile ilgili sistematik araştırmalar 2500 yıl önceki Eski Yunan ve Roma devrinden başlar. Homeros Yunanca’da aşırı yükselme, gazap ve öfke anlamına gelen “mani” sözcüğünü ilk kez İlyada destanında, kendisine yapılan hile sonucu Briseis’ten ayrı kalan Aşil’in ruh halini anlatmak için kullanırken; Hipokrat M.Ö. 450 yılında “keder, uykusuzluk, iştahsızlık, umutsuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk” halindeki görünüm için “melankoli” (kara safra) deyimini ilk olarak kullanmıştır (36). Duygudurumun iki ucu - mani ve melankoli- arasındaki bağlantı hakkında tutarlı bir kuram oluşturan ilk kişi Kapadokyalı Aretaeus’dur. M.S birinci yüzyılda yaşadığı tahmin edilen Aretaeus. “Kara safranin mide ve diyaframa doğru yukarı çıktığı saptanırsa melankoli oluşur....Çılgın kimselerde zihin bazen öfkeye, bazen neşeye dönerken melankoliklerde sadece hüznün ve kedere gider.....Ateş olmadan görülen bir ruhsal hastalıktır ve kanımca melankoli, maninin başlangıcı ve bir parçasıdır” demiştir. (37)

M.S beşinci yüzyılda Caelius Aurelianus maniyi; arada iyileşmelerle giden geçici tip ve daimi olan süreğen tip olarak iki tipe ayırmıştır. Bazı hastaların kendilerini tanrı, ünlü biri veya dünyanın merkezi sandıklarını belirterek günümüzün manik psikozunu tariflemiştir (38).

İbni Sina Tıbbın Kanunu isimli kitabında, melankoli kahkaha ve yerinde duramamadan ibaretse veya tartışmacılık ve saldırganlık ile birlikteyse, bu tabloya mani dendiğini belirtmiştir (37).

Depresyonun çoğu türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde, birincil olarak bir duygudurum bozukluğu olduğu fikrini öne süren ilk modern psikiyatrist Jean-Philippe Esquirol'dur (1840). Esquirol'un iki öğrencisi Jules Baillarger ve Jean-Pierre Falret bu klinik antiteye sırasıyla "folie a double forme-çift biçimli delilik" ve "folie circulaire-sirküler delilik" adını vermişlerdir. Paris'teki ünlü Bicetre hastanesi'nde çalışan Fransız Hekim Delasiauve (1856) psikiyatride melankoli yerine depresyon terimini ilk kullananlardan biri olmuştur (33).

1896'da Emil Kraepelin, manik-depresif psikozu dementia precox'dan ayıran ikili bir psikoz kavramı önermiştir, 1930'larda Bleuler, depresif ve manik sendromları "afektif bozukluklar" adı altında birleştirmiştir (39).

1957'de Leonard Kraepelin, manik depresif hastalığı klinik seyrine göre iki gruba ayırarak, manik ve depresif dönemlerle giden "bipolar bozukluk" ve sadece depresif ya da sadece manik dönemlerle giden "monopolar bozukluk" tanımlarını önermiştir. Bu terimler kullanıma girdikten sonra bipolar bozukluk tanımı içine sadece manik dönemlerle gidenler dahil edilirken, sadece depresif ataklarla giden hastalar "unipolar" olarak adlandırılmış ve bu şekilde kullanıma girmiştir (40).

1980'de DSM-III sınıflandırmasının kullanıma girmesiyle birlikte, "afektif bozukluklar" tanımı kabul edilmiş ve afektif bozukluklar içinde temel ayırım, bipolar bozukluk ile major depresyon arasında yapılmıştır.

DSM-IV (1994) sınıflandırmasında bipolar bozukluk; bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde dörde ayrılmıştır. DSM-IV antidepresan tedavinin yol açtığı manik nöbetleri "maddenin neden olduğu manik dönem" tanımı altında ayrıca ele alarak, bunları bipolar I bozukluğunun içine dahil etmemiştir. Öte yandan karma ve hipomanik dönemler için de ayrı ölçütler getirilmiştir.

2.1.3 Bipolar Spektrum Kavramı

1968 yılında psikiyatride ilk olarak şizofreni için ‘‘Spektrum’’ terimi kullanılmıştır (41). Bipolar/Unipolar ayrımının arada kalan pek çok afektif durumu tanımsız bıraktığının fark edilmesiyle birlikte bipolar bozukluğun, kaynağı Kraepelin’e dek uzanan, spektrum olarak değerlendirilmesi günümüzde yeniden gündeme gelmiştir (42,43). 1977 yılında Akiskal siklotimik-bipolar spektrumdan bahsetmiş ve 1981 yılında Klerman ‘‘mani spektrumu’’ kavramını önermiştir (41).1987’de son halini verdiği şekil, aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1: Klerman’a Göre Bipolar Bozukluk Alt Tiplerinin Sınıflandırılması

	Klinik görünümleri	DSM’deki karşılığı
Bipolar I	Mani ve depresyon	Bipolar bozukluk tip I
Bipolar II	Hipomani ve depresyon	Bipolar bozukluk tip II
Bipolar III	Siklotimik kişilik	Siklotimik bozukluk
Bipolar IV	Antidepresanların neden olduğu mani ya da hipomani	Madde kullanımına bağlı duygudurum bozuklukları
Bipolar V	Bipolar bozukluk aile öyküsü olan majör depresyon tabloları	Majör depresif bozukluk
Bipolar VI	Depresyon olmadan mani	Bipolar bozukluk tip I

*Kaynak 34’ten değiştirilerek alınmıştır.

Günümüzde ‘‘bipolar spektrum’’ kavramı iki bütünleyici anlayış için kullanılır:

1.Şiddet Spektrumu: Bipolar distimi, tekrarlayan kısa ve minör depresyonları kapsayacak şekilde psikotik veya psikotik olmayan major ve minör bipolar bozukluklar, siklotimik bozukluklar, hipomani ve en geniş kapsamda borderline bozukluklar ve siklotimik mizacı içerir.

2.Orantısız Duygudurum Spektrumu: Bozukluğun iki bileşeni mani ve depresyonu dikkate alır. Birinci seviye olan major duygudurum bozuklukları seviyesinde major depresyon, Bipolar II bozukluk, Bipolar I bozukluk, mani ve hafif depresyon

birlikteliği ve unipolar maniye içerir. İkinci seviye olan minör duygudurum bozuklukları seviyesinde ise hafif depresyon, minör bipolar bozukluk ve hipomaniyi içerir (41).

Goodwin ve Ghaemi bipolar bozukluk spektrumunun yaygınlığını %2-5 arasında olduğunu belirtmişlerdir (44). Daha geniş bir bakış açısıyla Akiskal bipolar spektrum için yaygınlık oranının %5-7 arasında olduğunu ifade etmiştir (45).

Bipolar spektrum bozuklukları üzerine yapılan çalışmaların ışığında, biraz da DSM sistemine eleştirel bir bakış getirerek, Akiskal ve Pinto 1999 yılında bipolar spektrum bozukluklarını aşağıdaki gibi sınıflandırmışlardır (46).

Tablo 2: Akiskal’a Göre Bipolar Bozukluk Spektrumu

Bipolar ½	Şizobipolar bozukluk
Bipolar I	Manik-depresif hastalık
Bipolar I ½	Uzamış hipomanilerle birlikte depresyon
Bipolar II	Spontan hipomanik ataklar ve depresyon
Bipolar II ½	Siklotimik mizaç zemininde depresyon
Bipolar III	Yineleyici depresyon ve antidepresan veya diğer tedavilerle ilişkili hipomani
Bipolar III ½	Psikostimulan ve/veya alkol kullanımı ile ilişkili duygudurum dalgalanmaları
Bipolar IV	Hipertimik mizaç zemininde depresyon

Bipolar bozukluğun sınırlarının genişletilmesi ve bütün afektif instabilite içeren durumların bipolar bozukluk tanısı altına alınması bipolar bozukluk tanısının ardındaki kavramın zayıflamasına yol açabilir (47,48). Ancak, günümüzde psikiyatristlerin sık bir şekilde bipolar bozukluk tanısına ve tedavi için ilaç kullanımına başvurması nedeniyle bipolar spektruma dahil olma ölçütlerinin tamamen sınırlandırılması zor gözükmektedir (43). Bipolar hastaların içinde ortak özellikleri taşıyanları alt guruplara ayırma hem teorik hem de pratikte önemlidir. Klinik olarak her bir alt gurubun ilaç yanıtı değişkenlik gösterebilir. Bipolar spektrum kavramı içerisindeki bu alt guruplara ayrılmanın, hastalığın etiyoloji ve patogenezinin anlaşılması açısından da ilerleme sağlayabileceği ileri sürülmektedir (34).

2.1.4 Biyokimyasal ve Genetik Mekanizmalar

Bipolar bozukluk patofizyolojisinde tümevarım metodu kullanılarak tedaviden yola çıkılmıştır. Rezerpinin beyin biyojenik aminlerinde tükenmeye neden olarak depresyon oluşturmaları, antidepresan ilaçların ise biyojenik aminlerinde aktivite artışı yaratması, mani tablosunu monoaminlerdeki artış ile ortaya çıkıdığı görüşünün ileri sürülmesine ve monoamin varsayımının oluşmasına neden olmuştur. İlk geliştirilenler, norepinefrin (NE), serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) ile ilgili varsayımlardır. Adrenerjik ve kolinerjik sistem arasındaki denge bozukluğu üzerinde de durulmuş ve kolinerjik yetersizliğin maninin ortaya çıkmasına sebep olabileceği öne sürülmüştür. Son yıllarda hücre içi habercilerin rolü üzerinde çalışmalar hız kazanmıştır. Bipolar bozuklukta bu haberci sistemlerden bazılarında bozukluk olabileceği düşünülmektedir. G proteini, cAMP ve fosfoinositid/protein kinaz C sinyal yolağı bu araştırmaların kapsamındadır (34,49).

Kindling (tutuşma) modeline göre; ilk manik ya da depresif atak stresli yaşam olayları ile tetiklenir ve sonraki ataklar da kişinin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler de hastalardaki duyarlılığı artırarak onları diğer stresör etkenlere yatkın hale getirir. Bu duyarlılaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık dönemlerinin kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. İşte bu durum hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklığın da artmasını açıklayabilir.

Bunların yanı sıra, duygudurum bozukluklarında nöroendokrin düzensizlikler olabileceği üzerinde de durulmaktadır. Duygudurum bozukluklarındaki en önemli nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve hipofiz bezidir. Bu hastalarda melatonin noktürnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofan verilmesiyle prolaktin salınımının azalması, FSH'nin azalması ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşmesi gibi başka nöroendokrin anormallikler de bildirilmiştir. TRH'ya TSH yanıtının azalması, LH salgısında düşme, vasopressin ve kalsitonin salgısındaki bozukluklar da görülmektedir (34,49).

Yapılan aile çalışmalarında bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında bipolar bozukluk riski %4-6, normal popülasyonda ise %0.4-1.6 oranında saptanmıştır. Bu sonuç bize hastalığın genetik yükü olduğunu düşündürmektedir. Her iki ebeveynde de bipolar bozukluk olması çocuğunda hastalanması riskini %75'lere

kadar çıkarmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda bipolar depresyonun unipolar depresyona göre daha fazla genetik yüklülüğe sahip olduğunu göstermiştir (50). İkiz ve evlat edinme çalışmaları etiyolojik temele genetik katkının çok yüksek olduğunu düşündürmektedir. Genetik çalışmalar ikiz ve aile çalışmaları ile yapılmaktadır. Monozigot ikizlerde %40-70 olan birlikte hastalanma oranı, dizigotlarda %10-20, birinci derece akrabalarda %5-10, ilişkisiz kişilerde %0.5-1.5 bulunmuştur.

Bu çalışmaların sonucu olarak duygudurum bozukluğu bulunan hastaların akrabalarında, aynı hastalığa sahip olma riskinin normale göre 3-5 kez daha fazla olduğunu söyleyebiliriz (49).

2.1.5 Psikososyal ve Psikodinamik Etkenler

Bipolar bozukluk için yapılan çalışmalar, kişide psikiyatrik bir bozukluğun ortaya çıkması için sadece genetik yatkınlığın yeterli olmadığını, çevresel uyaranların da hastalığın oluşmasında katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bu konuda iki hipotez öne sürülmüştür

Çift vuruş hipotezine göre; doğuştan var olan genetik özellikler, kişi için psikiyatrik bozukluk açısından risk yaratabilir veya ortaya çıkma ihtimallerini diğerlerine göre daha fazla arttırabilir. Tek başına genetik yatkınlık psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkması için yeterli değildir. Genomda bulunan bilginin ekspresyonunu etkiledikleri varsayılan ve bu nedenle hastalığın sadece latent bir olasılık olarak mı kalacağını, yoksa açık bir psikopatolojiye mi dönüşeceğini belirleyecek birkaç çevresel etkileşim vardır. Bunlar, kişinin öğrenilmiş başa çıkma kalıpları geliştirmesine neden olan ve bir araya geldiklerinde o kişinin kişiliğini veya bazı durumlarda kişilik bozukluğunu oluşturan, erken yaşam deneyimlerini içerir. Ayrıca, kişinin çevresiyle sosyal etkileşimi sonucu karşılaştığı, erişkin yaşam deneyimleri de söz konusudur ve bunlar arasında genellikle stres olarak tanımlanan, boşanma, sevilen bir kişinin ölümü, maddi ve tıbbi problemler de sayılmaktadır. Kişinin, stresörleri tamponlama ve başa çıkma becerisi, sosyal destek miktarına bağlı olabilir. Buna göre, bipolar bozukluk gibi ortaya çıkışı biyolojik olarak belirlenen hastalıklarda, o ruhsal hastalığın gelişmesi için sadece küçük stresörlerin yeterli olacağından bahsedilmektedir (51).

Duyarlılaşma hipotezi; çift vuruş hipotezine benzer olup, ilk atakların genellikle çevresel bir stres sonrası ortaya çıkması, ancak daha sonraki ataklarda böyle bir olayın eşlik etmesinin azalması gözlemine dayanır. Stresin, beyinde çeşitli biyokimyasal sistemlerde uzun süreli ya da nöronal kayıp şeklinde bozukluklar yaratarak psikososyal stresörlere duyarlılık yarattığı düşünülmektedir. Bu duyarlılığın, ilk atakların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynadığı ancak daha sonra bunun yerine, geçirilmiş bir atağın yarattığı bir duyarlılaşmanın geçtiği ve gidişin otonomik bir özerklik kazandığı öne sürülür (52).

Psikodinamik kuramların büyük bir kısmı, biyolojik yaklaşımlara benzer şekilde mani ile depresyonu bir süreklilik olarak ele almış ve ikisinin arasında bir bağlantı olduğu sonucuna varmıştır. Abraham manik atakların altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğunu, depresyona yol açan aşırı baskıcı süperegoya karşı bir başkaldırı yaşandığını söylemiştir. Klein da maninin depresyona karşı bir savunma olduğu görüşünde birleşse de bunun üst benliğin baskıcı ya da katı oluşu ile ilgili değil, depresif duruş adını verdiği iyi sevgi nesnesinin kaybı sonucu oluştuğunu söyler. Kişi kötü nesnenin kontrolü ve iyi nesnenin yeniden inşası için manik bir savunma kullanır (53).

2.1.6 Bipolar Bozuklukta Klinik Görünüm

Genellikle yirmili yaşlarda ve herhangi bir atakla başlayabilen bipolar bozuklukta, hastaların %20-30'unda ilk atak 21 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra ortaya çıkar. Ergenlik döneminden önce çocukluk çağında başlayan depresif atakların ilerideki yıllarda bipolar bozukluk riskini arttırdığı ileri sürülmüştür (54).

Erkek ve kadında eşit oranda görülen bipolar bozuklukta, erkeklerde ilk atak ve sık geçirilen atak şekli daha çok mani şeklinde görülürken, kadınlar daha sık depresif atak geçirirler. Ailesinde bipolar bozukluk olanlarda hastalığın ortaya çıkma riski artar, başlangıç yaşı daha erkendir ve prognoz kötüdür. Hastaların %28'inde mevsimsel özellik gözlenirken %66'sında başka bir Eksen I bozukluğu bulunmaktadır. Erken başlayan vakalar geç başlayanlara göre daha çok psikotik atak ve karma atak yaşarlar (34).

Bipolar I bozukluğu olan hastalarda mani, depresyon, karma ya da hipomani atakları gözlenebilir. DSM-IV atakların ya da bozukluğun alt özelliklerini saptamak için iki gurup belirleyici kullanılmaktadır:

Son atağın tipini belirlerken; şiddet derecesi için hafif, orta, ağır ama psikotik olmayan, ağır ve psikotik olan; psikotik bulguların tipine göre duygudurumla uyumlu ya da uyumsuz olan; düzelme derecesini belirlemek için kısmen düzelmiş ya da tam düzelmiş belirleyicileri kullanılır. Son atak major depresyonsa ve iki yılı aşkın süredir sürüyorsa kronik tanımı kullanılır. Depresyonun şekline göre katatonik, melankolik ya da atipik belirleyicileri kullanılabilir. Eğer son atak doğum yaptıktan sonraki dört hafta içinde oluşmuşsa postpartum başlangıçlı olarak tanımlanır.

Bipolar bozukluğun uzunlama seyrini belirlemek için; ataklar arası tam düzelme var ya da yok belirleyicisi, ataklar yılın belli dönemlerine rastlıyorsa mevsimsel özellik belirleyicisi, son bir yıl içinde tam düzelme döneminden sonra ya da bir diğer atak türüne geçiş şeklinde oluşan en az dört atak varsa hızlı döngülü belirleyicisi kullanılır (24).

Kronik ve ataklar halinde seyreden bipolar bozukluğu olan hastalardaki intihar oranı toplumdan 30 kat daha fazla olup, hastaların %25-50'si intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatlarını kaybetmektedirler (34).

Bipolar I bozukluğun üst sosyoekonomik grup ve düşük eğitim seviyesi olan grupta daha sık gözleendiği, ırklar arasında fark olmadığı vurgulanmaktadır (33).

Düzenli tedavi gerektiren bipolar bozukluk, olguların büyük bir kısmında kişiye ve ailesine sosyal ve mesleki yükler getirmektedir (3,4).

2.1.7 Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Bipolar bozukluğu olan bireylerde, bir ya da birden fazla Eksen I bozukluğa yakalanma riski artmıştır. Bipolar hastaların %66'sında başka bir Eksen I bozukluğu bulunmaktadır (5,34). Bipolar bozukluğa eşlik eden en sık psikiyatrik hastalıklar; sosyal anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı,

panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluklarıdır (9). Bazı ek tanımlar aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 3: Bipolar Bozuklukta Ek Tanı Oranları

Komorbidite oranı	Bipolar I	Bipolar II
Panik bozukluk	%20	%51
Agorafobi	%18,3	%28,6
Sosyal fobi	%18,5	%10,2
OKB	%21,7	%22,4
Yaygın anksiyete bozukluğu	%7,7	%2,1
Yeme bozukluğu	%1,6	%4,1
Madde kötüye kullanımı	%12,6	%16,3

*Kaynak 34'ten değiştirilerek alınmıştır.

Bipolar bozukluğa diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi, hastalığın doğal seyrindeki dönemlerin uzamasına, ötimik dönemin kısalmasına, daha erken yaşlarda hastalığın başlamasına, tedaviye yanıtın güçleşmesine ve intihar riskinin artmasına sebep olur (6,7,8).

2.2. Kişilik Bozukluğu

2.2.1 Tanım

Kişilik, bir insanın kendine özgü olan, onun yaşam biçimini oluşturan, bilinçli ya da bilinçdışı bütün düşünce ve davranış kalıplarını ortaya koyan psikolojik özellikleridir (55). Kalıtsal, yapısal ve çevresel etmenlerin etkileşimi sonucu oluşur, tek ve özgündür (16). Bir diğer deyişle bireyin, yaşama uyum sağlamak için geliştirmiş olduğu iç ve dış örüntülerinin bir toplamıdır. Hem kişinin genetik olarak aktardığı organik temeller, hem de yaşam deneyimleri tarafından belirlenmektedir. Kişinin bu özellikleri küçük yaşlardan itibaren kendini gösterir ve yaşam boyu ya hiç değişmeden ya da çok az değişerek devam eder (55). Fakat Gordon Alport'a göre kişilik; kişinin çevresine uyumunu belirleyen, psikofiziksel sistemlerinin dinamik organizasyonudur. Alport "dinamik organizasyon" tanımı ile kişiliğin sürekli olarak değişim ve gelişim içerisinde olan organize bir sistem (çok katlı bir birim) olduğunu vurgulamıştır (33). Rank ise kişiliği üç türe ayırmıştır: 1- Normal ya da ortalama kişi (grubun isteklerini kabul eden), 2- Yaratıcı kişi (kendi idealleri olan ve kendini bunlara göre yönlendiren), 3- Nörotik

kişi (kendi istediğini açıkça anlatmayan, bununla birlikte gruba da uyum sağlayamayan) (56).

Freud 1899’da ruhsal aygıtı ilişkin bilinç, bilinç öncesi ve bilinçdışı adını verdiği topografik modeli oluşturdu. İlerleyen yıllarda çalışmalarının da artmasıyla birlikte bu modeli ilerleterek yapısal kuramı oluşturdu. Bu kurama göre Freud kişiliği, yapısal olarak üç bölüme ayırmıştır. Bu üç bölüm id, ego ve süperegoyu içermektedir. İd, içinde en eski ve güçlü dürtülerimizin yerleştiği zihnin bilinçdışı parçasını oluşturur. İde, birincil süreç düşünme biçimi ve haz ilkesi egemendir. Ego, kişiliğin dış dünya ile karşılaşan ve etkileşen parçasıdır; id, süpereo ve dış dünyanın güçleri arasında aracılık yapar. Süpereo bize dış dünyanın buyruklarını ve yasaklarını gösteren bir ölçüde bilinçli, daha çok da bilinçdışı olan, kişiliğin sansürleyici gücüdür. Konuşma dilinde yaklaşık olarak “vicdan” kelimesine karşılık gelen süpereo bireyin ahlak anlayışından, törelerinden, değerlerinden ve değer yargılarından oluşmakta, büyük ölçüde ana babanın aşıladıklarından köken almaktadır (53).

Psikoterapi kuramlarında 'kişilik yapısı' sınırları olan bir 'ruhsal bütün', bir 'ruhsal birim' anlamına gelmektedir. Özgöl bir benlik ve üstbenlik, özgöl çatışmalar ve özgöl savunmalar uyumlu bir "ruhsal bütünü", yani "kişilik yapısı" nı oluşturmaktadır. Benliğin örgütleme yetisi (organizasyon) sayılan öğelerin beraberce ve uyum içinde yapılaşmasında, yani kişilik yapısının kazanılmasında önemli görevler üstlenmektedir. Bireşim (sentez) ve bütünleşme (entegrasyon) işlevleri benliğin örgütleme yetisinin tamamlayıcılarıdır. 'Kişilik yapısı' özgöl, işlevsel ve yapısal öğelerin bu yetiler aracılığıyla ve uyumu hedefleyerek oluşturdukları ruhsal bütündür. Değerkenlik ve karışıklığa karşın süreklilik ve kalıcılık kişilik yapısının özgöl nitelikleridir (55).

Kişilik bozuklukları ruhsal bozukluklar içinde en karmaşık ve en az anlaşılabilmiş kategorilerden biridir. Kişilik bozukluklarının başlıca sınıflandırmaları Dünya Sağlık örgütünün ICD’si ve Amerikan Psikiyatri Derneği’nin DSM’sidir. ICD’nin 9. Baskısında bulunan kişilik bozukluğu sınıflandırması Schneider’in “Psikopatik Kişilikler” kitabına ve tanımladığı sosyal olarak farklı 10 kişilik yapısına dayanmaktadır. Bununla birlikte ICD’nin son baskısı olan ve 1987 yılında basılan ICD-10 DSM sistemine daha yakın bir tanımlama içermektedir. Önemli istisnai bir durum; ICD-10 şizotipal kişilik bozukluğunu Eksen-I’de, şizofrenik bozukluklar arasında sınıflandırırken DSM-IV-TR’nin bu bozukluğa Eksen II’de kişilik bozuklukları arasında

yer vermesidir (17). DSM-IV-TR'ye göre kişilik bozukluklarının tanı ölçütleri, davranışlar ya da iç yaşantılara bağlı örüntülerdir. Bu anlayışa göre belirli davranışların birlikteliği kişilik bozukluğunu oluşturmaktadır. Oysa kişilik bozukluğunda yalnızca davranışlar değil başka ruhsal öğeler de etkili olmaktadır. Ruhsal öğelerin uyum amaçlı beraberliğindeki dengesizlik, çatışmalardaki çözümsüzlük ve süperegonun yargılarındaki ölçüsüzlük kişilik yapılarındaki bozuklukların nedeni olarak belirtilmektedir (57). Psikoanalitik kurama göre yanlış ya da yetersiz ebeveyn tutumları, olumsuz çevresel etmenler kişinin belli bir psikoseksüel döneme saplanmasına ya da o dönemdeki bozukluğun diğer dönemlere de yansımaya neden olur. Davranışçı kuramlar ise kişiliğin gelişim sürecinde yanlış öğrenilmiş baş etme tekniklerinin kişilik bozukluğu gelişiminde temel neden olduğunu vurgular (55). Kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri tablo 4'te gösterilmiştir (24).

Tablo 4: DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozukluğu İçin Genel Tanı Ölçütleri

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde ya da daha fazlasında kendini belli eder:
1. Biliş (kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları) 2. Duygulanım (duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu) 3. Kişilerarası işlevsellik 4. Dürtü kontrolü
B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya yol açar.
D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.
E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.
F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.2.2 Kişilik Bozukluklarının Klinik Seyri

Kişilik bozuklukları başka psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesine zemin yaratır ve kendisine eşlik eden diğer hastalıkların da tanısını zorlaştırır. Kişilik bozukluklarının çoğunda gözlenen özellikler diğer ruhsal hastalıklarda da görülebilir. Kişilik bozukluğu tanısı ancak bu özellikler tipik olarak uzun dönemde görülürse ve başka bir ruhsal hastalık sırasında onunla sınırlı kalmaması durumunda konulabilir. Kişilik bozukluğu olan bireyler çevreleri tarafından uyumsuz, sıradışı ya da “kötü” kişiler olarak nitelendirilir. Bu bireylerin patolojik karakter hatları esneklik göstermez, sürekli ve yineleyicidir. Kişinin sergilediği patolojik hareket ve düşünceler, kişinin içinde bulunduğu kültürün beklentilerinden belirgin biçimde farklıdır. Ayrıca bu özellikler kişide ya sıkıntı yaratır ya da sosyal mesleki veya diğer önemli iş alanlarında bozulmaya yol açar (55,58).

Kişilik bozukluklarının büyük çoğunluğunda ego ve süperego işlevlerinde bozukluklar, benlik imgesi ve benlik saygısı sorunları ve geçmiş yaşantılardan köken alan iç çatışmaların canlandığı ve harekete geçtiği yargılama bozukluklarının olduğu görülmüştür. Kişilik bozukluğu olan kişilerde gelişimsel takılmalar ve olgunlaşmada yetersizlik söz konusudur. Nesne ilişkileri bozuktur. Bu kişiler, iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar; davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini göz önünde bulundurmamaktadırlar. Kişilik bozukluğu olan bireylerin içgöründen yoksun oldukları, strese dayanma eşiklerinin düşük olduğu, buna karşın yardım arayışında olmadıkları belirtilmektedir (19,55,59). Yardım arayışında olmamalarının sebebi; bizim patolojik olarak nitelendirdiğimiz kişilik özelliklerinin, hasta tarafından genellikle normal olarak algılanmasıdır. Hasta bunlardan şikâyetçi değildir, bir başka deyişle bu özellikler ego-sintoniktir. Diğer bir karakteristik unsur olarak, bu kişiler alloplastiktir, yani çatışmalarını başka insanları etkileyen eylemlerle dile getirirler, çevreyi kendilerine uydurmaya çalışır ve genellikle çevre ile sürtüşürler. Kişilik bozuklukları başka psikiyatrik sorunlar şeklinde de görülebilirler. Bunlar arasında intihar girişimleri, geçici psikotik ataklar, depresyon, anksiyete, öfke ya da saldırganlık, kıskançlık krizleri, alkol madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı ve evlilik-ilişki sorunları sayılabilir (57,59).

DSM-IV-TR kişilik bozukluklarını, her biri bazı özellikleri paylaşan üç kümeye ve on alt kategoriye ayırmıştır. Ek olarak da üzerinde daha fazla çalışılması gerekli iki

bozukluk (depresif ve pasif-agresif) için ölçütler mevcuttur. Ayrıca, herhangi özgül bir kişilik patolojisi için tanı ölçütlerini karşılamayan ve önemli klinik patolojisi olan bireyler için Başka Türlü Adlandırılmayan (BTA) kişilik bozukluğu tanı kategorisi vardır.

Tablo 5: DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozukluğu İçin Küme Dağılımı

Küme A	Paranoid, Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları
Küme B	Antisosyal, Borderline, Histriyonik ve Narsisistik Kişilik Bozuklukları
Küme C	Bağımlı, Çekingen ve Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozuklukları

Bu sınıflamaya göre özetle; A Kümesi garip, sıra dışı ve tuhaf özellikleri olan; B Kümesi dramatik, duygusal, heyecanlı ve dürtüsel özellikleri olan, C Kümesi anksiyöz ve endişeli özellikleri olan hastalardan oluşur

Psikiyatrik rahatsızlıkların çoğunda anormal düşünce ya da davranışlar, belli hastalık dönemleri ile sınırlı iken, kişilik bozukluklarında böyle bir sınırlama yoktur (55). Kişilik bozukluklarında çevresel ve iç dinamiklerin etkisiyle, zaman zaman bazı özellikleri ön plana geçse de patolojik özellikler çocukluktan itibaren vardır ve ömür boyu devam eder.

Mevcut farmakolojik tedaviler, kişilik bozukluğuna eşlik eden anksiyete, depresyon, agresiflik, dürtüsellik ve uyku bozuklukları gibi yan rahatsızlıklara çözüm imkanı verse de kişilik üzerinde değişiklik yapamazlar. Kişilik bozuklukları için önerilen asıl tedavi psikoterapidir. Maalesef bu terapiler de uzun, zahmetli ve sonuçları tartışmalıdır. Ayrıca kişilik özellikleri genellikle ego-sintonik olduğundan bu kişiler çoğunlukla tedavi için başvuramazlar (55). Kişilik gelişmesinde öğrenmenin önemi dikkate alındığında, özellikle davranışsal teknikler kullanılarak belli bir derecede psikoterapötik tedavi sağlama olasılığı vardır (17).

2.2.3 Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Kişilik bozukluğu (KB) yaygın ve kronik bir bozukluktur. Genel toplumdaki yaygınlığının %10 ile %20 arasında olduğu hesaplanmakta ve süresi on yıllarla ifade

edilmektedir (17). Genellikle geç ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde açığa çıkmakla birlikte çocukluk döneminde de bazı belirtileri görülebilmektedir (55).

Psikiyatrik hastalıklarda kişilik bozukluklarının sıklığı incelendiğinde, genel toplum ve klinik epidemiyolojik çalışmalar arasında büyük farklar çıkabilir. Hastalık oranlarının daha yüksek olduğu klinik ortamlardan yola çıkıp, toplumdaki yaygınlık oranlarını tahmin etmek uygun değildir. Yardım arama ek tanı ile ilintili olduğundan, ek tanı oranlarının klinik gruplarda daha yüksek olması beklenir (18). Psikiyatri hastalarında Eksen I bozukluğu ile kişilik bozukluklarının birlikte bulunması Eksen I bozukluklarının süresi, yinelemesi ve sonlanımı açısından klinik olarak önemlidir (18,60). Kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı Eksen I tanısına yönelik kullanılacak psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımları etkiler (19).

Özellikle şizofreni A kümesi kişilik bozukluklarıyla, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve bipolar bozukluk B kümesi kişilik bozukluklarıyla, depresyon, yeme bozukluğu ve nörotik bozukluklar C kümesi kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (61).

DSM sistemleri tarafından tanımlanan her hangi bir kişilik bozukluğu için ortalama yaygınlık oranı %10-19'dur. Yöntemlerdeki ve gereçlerdeki değişkenliğe karşın, bu veriler yaklaşık olarak her 10 kişiden 1'inde tanı konulabilir bir kişilik bozukluğu olduğunu gösterir (62).

Yarı yapılandırılmış tanısals görüşmeleri kullanan klinik epidemiyolojik çalışmaların zeti; hastaların yaklaşık yarısında bir kişilik bozukluğu olduğu, bu yüzden bir grup olarak bu bozuklukların psikiyatrlar tarafından en sık olarak sağaltılan bozukluklar arasında olduğudur. Kişilik bozuklukları her hastada ele alınmalıdır. Çünkü var olmaları, hastaların esas yakınma olarak bildirdikleri Eksen I bozukluklarının gidişi ve tedavisini etkileyebilir (18).

Kişilik bozukluklarının uzunlamasına alışması (Longitudinal Study of Personality Disorders, LSPD) 1990'larda başlamıştır. Bu alışma kişilik patolojisinin uzunlamasına çalışıldığı ilk çalışmadır (63). LSPD; klinik dışı bir kitlede, kişilik bozukluğu, kişilik ve mizacın uzun dönemli, ileriye dönük bir çalışmasıdır. Lenzenweger ve arkadaşları kişilik bozukluğu için %11,01'lik bir nokta yaygınlık

bildirmiştir (62). LSPD, Crawford, Coid ve arkadaşlarının SCID-II kullanarak yaptıkları özgül kişilik bozukluğu için yaygınlık oranları Tablo 5’te görülmektedir.

Tablo 6: Kişilik Bozukluğu Yaygınlık Oranları

	Lenzeweger ve ark. 1997	Crawford ve ark 2005	Coid ve ark. 2006
Gereç	IPDE	SCID-II	SCID-II
Sınıflandırma	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV
Yer	ABD	ABD	Büyük Krallık
Kişilik bozukluğu	%	%	%
A Kümesi	2.8	6.8	1.6
Paranoid	1.0	5.1	0.7
Şizoid	1.0	1.7	0.8
Şizotipal	1.6	1.1	0.6
B Kümesi	5.3	6.1	1.2
Antisosyal	0.6	1.2	0.6
Sınır	1.3	3.9	0.7
Histriyonik	2.9	0.9	-
Narsisistik	2.7	2.2	-
C Kümesi	2.6	10.6	2.6
Kaçıngan	1.0	6.0	0.8
Bağımlı	0.6	0.8	0.1
Obsesif-Kompulsif	1.3	4.7	1.9
Edilgen-saldırgan	1.6	-	-
Her hangi bir KB	11.01	15.7	10.1

*Kaynak 62’ değiştirilerek alınmıştır. Gereçler, kullanılan yapılandırılmış klinik görüşmeyi gösterir: Uluslar arası Kişilik Bozukluğu Baskısı (IPDE); DSM-IV Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (SCID-II). Tireler uygulanamaz olduğunu gösterir. Bildirilen tüm yaygınlıklar ağırlıklı yaygınlıktır. Kısaltmalar: DSM, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı; KB, kişilik bozukluğu.

Çoğu Eksen I bozukluk Eksen II’deki görünümüleri veya onların daha az şiddetli değişkenlerini göstermektedir (17). Süreğen kişilik özelliklerini yansıtan belirtilerle, geçici eksen I durumlarını yansıtan belirtiler arasındaki durumsal-kişilik özellikleri ayırt

etmek güç olabilmektedir. Gerçekten bireyin emosyonel durumundaki geçici değişkenler, uzun süreli kişilik özelliklerinin klinik değerlendirilmesini ve kendilik testlerini etkileyebilmektedir. Böyle durumsal etkilere olan hassasiyet bazı kişilik bozukluklarının kategorik ölçümleri için açıklanmıştır. Olgulara şu anda olanı değil genel davranışlarını, hislerini ve tutumlarını açıklamaları tekrarlayıcı şekilde hatırlatılarak durumsal etkiler dışlanamamasına karşın azaltılabilmektedir (17). Eksen I ve Eksen II bozukluklar arasındaki ortak belirtiler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Eksen I ve Eksen II arasındaki Fenotipik Benzerlik

Eksen I Bozukluklar: Major değişken	Eksen II Bozukluklar: Minör değişkenler	Ortak Belirtiler
Şizofreni spektrumu	Şizoid KB Şizotipal KB	Negatif ve pozitif
Sanrısız bozukluk	Paranoid KB	Şüphencilik
Major depresyon	Depresif KB Sınır KB	Depresif duyguduruma yatkınlık, kendine zarar verme
Siklotimi, bipolar bozukluk, mani	Narsistik KB Histriyonik KB Antisosyal KB	Duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik
Obsesif kompulsif bozukluk	Obsesif KB	Hipokondriasis, esneyememe
Sosyal fobi	Çekingen KB	Utangaçlık, çekingen davranış
Agorofobili panik bozukluk	Bağımlı KB	Bağımlılık

*Kaynak 58’den değiştirilerek alınmıştır. KB:Kişilik Bozukluğu

2.3.Bipolar Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu İlişkisi

Bipolar bozukluğu olan bireylerde, bir ya da birden fazla Eksen I bozukluğa yakalanma riski artmakla birlikte, kişilik bozukluğunun kendisi de Eksen I bozukluklara zemin hazırlayabilir (5,19). Bipolar bozukluğa eşlik eden en sık psikiyatrik hastalıklar; sosyal anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluklarıdır (9).

Bipolar bozukluğa diğerk psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi, hastalığın doğal seyrindeki dönemlerin uzamasına, ötimik dönemin kısalmasına, daha erken yaşlarda hastalığın başlamasına, tedaviye yanıtın güçleşmesine, intihar riskinin artmasına sebep olur (6,7,8).

Bipolar I bozukluğut tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğut ek tanısının yaygın olduğı ve bu birlikteliğın hastalığın seyrinde başlama yaşını erkene çektiğı, hastanede yatış sıklığını attırıp süresini uzattığı, atakların sıklığını arttırdığı ve tipini etkilediğı ileri sürölmüşür. Ayrıca psikotik özellikleri, intihar sıklığını ve alkol madde kullanım sıklığını arttırdığını, çoklu ilaç kullanımına sebep olup lityum tedavisine yetersiz yanıt verdirdiğıne dair çeşitli çalışmalar mevcuttur (10-15)

Bipolar bozukluğut olan hastalarda kişilik bozukluğut yaygınlığını inceleyen çalışmalarda obsesif kompulsif, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğut bipolar hastalarda en sık saptanan kişilik bozuklukları olarak bulunmuştur (10,11). Buna benzer bir diğerk çalışmada B kümesi ve C kümesinin, A kümesi kişilik bozukluklarına göre bipolar hastalarda daha sık göröldüğü saptanmıştır (12). Türkiye’de yapılan iki çalışmada, remisyonda olan bipolar I hastalarda kişilik bozukluğut ek tanısı sırasıyla %62 ve %48 olarak saptanmıştır (13,14). Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde bipolar bozukluğut olan hastalarda kişilik bozukluğut ek tanısı birlikteliğı %9 - %89 arasında değışmektedir (9,14,15).

Ek tanı sıklığında ki bu değışik oranlar, yapılan çalışmalardaki yöntem bilimsel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca Brieger uzun yıllardır afektif bozukluğut sahip kişilerin, kişilik bozukluğutna da sahip olup olmadığına dair tanısalk karmaşıklığut vurgu yapmıştır. Çünkü DSM sınıflandırmasına göre kişilik bozukluklarındaki bazı semptomların, afektif bozukluğut bağı dalgalanmalar şeklinde algılanabileceğini, bu nedenle afektif bozukluk süresinin uzun olmasının, kişilik bozukluğutunun sıklığını yanıltıcı olarak azaltabileceğini belirtmiştir (11).

Eksen I bozukluğut belirtileri iyileştiğinde kişilik patolojisinin düzeyi genellikle azalır (64). Akut alevlenme içerisindeki hasta kişilik bozukluğut açısından değerkendirildiğinde yalancı pozitiflik sorunu ile karşılaşılabilirdiğinden, bazı araştırmacılar kişilik bozukluğutunu Eksen I belirtileri düzeldikten sonra değerkendirmeyi tercih ederler. Fakat Eksen I belirtilerinde iyileşmeyi gerektiren bir çalışma, orantısız bir

şekilde, kişilik bozuklukları olan hastaları dışarıda bırakır; böylece, kişilik bozukluğu yaygınlığını yapay olarak azaltır (65).

Kay ve arkadaşlarının 2002 yılında 52 bipolar bozukluğa sahip hasta üzerinden yaptıkları çalışmada, hastaların %38'inde en az bir kişilik bozukluğu saptanmıştır (20). Bu birlikteliğin daha fazla sayıda ilaç kullanımına ve son altı ay içinde daha az sürede düzenli olarak bir işte çalışmaya neden olduğunu belirtilmiştir. Barguerro ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları 40 hastalık bir çalışmada ise %75 oranında kişilik bozukluğu birlikteliği saptanmıştır (66). Bu çalışmada kişilik bozukluğu ek tanısı olan hastaların ek tanısı olmayan bipolar bozukluk hastalarına göre, daha erken hastalık başlama yaşı, daha çok depresif atak ve daha çok alkol veya madde kullanım oranlarına sahip olduklarını belirtmiştir.

Bipolar I ve bipolar II bozukluk arasında kişilik bozukluğu sıklığı açısından fark saptanamamıştır. Bipolar II bozukluğunun da en az bipolar I bozukluğu kadar atak sıklığına, semptom şiddetine ve intihar riskinde artışa neden olduğu belirtilmiştir (67).

Eski çalışmalara baktığımızda unipolar depresyon ve kişilik bozukluğu hakkında pek çok çalışma olmasına rağmen bipolar bozukluk ve kişilik bozukluğu ile ilgili pek fazla literatüre ulaşılamamaktadır (68,69). Fakat son yıllarda kişilik bozukluklarının, bipolar bozukluk seyrine etkisine dair ilgi ve araştırmalar artmıştır (12,20,21). Bu çalışmalarda kişilik bozuklukları tedaviye uyumsuzlukla, lityum tedavisine azalmış yanıtla, alkol ve madde kullanımında artışla, rezidüel semptomlarda artışla, işlevsellikte azalma, erken yaşta hastalık başlaması ve intihar düşünce ve davranışında artmayla ilişkili bulunmuştur (7,14). Kişilik bozukluklarının, hastaların afektif bozukluklara karşı daha hassas olmalarına sebep olduğu öne sürülmüştür (13,22). Bieling A kümesi kişilik bozukluklarının kötü prognoz habercisi olduğunu iddia etmiş (23), diğer bazı çalışmalarda da B kümesi kişilik bozukluklarının intihar riskini artırdığı ve dirençli depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Depresyonu olan hastalarda herhangi bir kişilik bozukluğu ek tanısının yaygınlık oranı %30-80 arasında değişir (70). Çekingen, borderline ya da histriyonik kişilik bozukluğu gibi bazı kişilik bozukluklarına sahip kişiler önemsenmeme ve engellemelere karşı ileri derecede hassas olabilirler ve kolayca disforik ya da çökkün durumlara girebilirler. Böylece kişilik bozukluğu bir bireyi depresyona yatkın hale getirebilir (71).

Süreğen depresyonlu bir kişiyle karşılaşıldığında kişilik bozukluğunun mu depresyona yol açtığı yoksa depresyonun mu kişilik bozukluğuna yol açtığı sorusunu yanıtlamak oldukça zordur (72). Kişilik bozukluğu türlerinde depresyona yatkınlık durumları ve her bir kişilik bozukluğu türünün depresyonla ilişkisi kısmen de olsa kendine özgüdür (71). Dolayısıyla depresyon farklı kişilik türlerinde kendini farklı şekillerde gösterebilir. Depresyon kişilik bozukluklarına ikincil olarak oluşabileceği gibi, depresyonun etiyolojisindeki diğer sebeplerden de oluşabilir. Depresyona en sık kaçınan, obsesif kompulsif, borderline ve paranoid kişilik bozukluğu tanıları eşlik etmektedir (73). Yapılan bu çalışmalarda süreğen depresyonla yüksek oranlarda kişilik bozukluğu birlikteliği bildirilmiştir. Bununla birlikte özellikle uzun süren depresyon dönemleri kötümserlik ve bağımlılık gibi kişilik üzerine kalıcı özelliklerin eklenmesine neden olabilir (70,72).

Sonuç olarak bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı yaygındır ve bu birliktelik, bipolar bozukluklarının süresi, yinelemesi, klinik seyri ve sonlanımı açısından klinik olarak önemlidir (18). Ayrıca psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımları da etkiler (19).

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

Çalışmamıza, Aralık 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde (RTDDM) 2003 yılından itibaren yapılandırılmış izlem formu ile izlenmekte olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu tanısıyla takip edilen 121 hasta ardışık olarak alınmıştır. Kişilik bozukluğu tespitinde kullanılacak olan SCID-II formunun daha sağlıklı sonuç vermesi için en az son bir ay içinde klinik olarak remisyonda olmayan hastalar çalışmadan çıkartılmıştır. Remisyon kriterleri Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden 7 puanın, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden 5 puanın altında almaktır (9). Sonuç olarak çalışma 99 kişilik örneklem üzerinde yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bipolar I bozukluğu olan hastalara, sosyodemografik veri formu ve SCID-II görüşme çizelgesi uygulandı. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre en az bir kişilik bozukluğuna sahip 38 hasta tespit edildi. Kişilik bozukluğu ek tanısı olanlar ile kişilik bozukluğu ek tanısı olmayan hastalar, sosyodemografik özellikler ve hastalık klinik seyir özellikleri bakımından karşılaştırıldı. Ayrıca birden fazla kişilik bozukluğu ek tanısı olan hastalar, kişilik bozukluğu olmayanlara göre, sosyodemografik ve hastalık klinik seyir özellikleri bakımından karşılaştırıldı.

Çalışma için İstanbul 6 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 9 Aralık 2009 tarihinde 33 protokol no'lu, 7/6 karar no'lu etik kurul izni alınmıştır.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- 1- 18-65 yaş arasında olan,
- 2- Bilgilendirilmiş olur veren,
- 3- DSM-IV tanı kriterlerine göre bipolar I duygudurum bozukluğu tanısı konulan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Dışlama Ölçütleri:

- 1- Mental kapasitenin uygun olmaması ve eğitim süresinin 5 yılın altında olması,
- 2- Son altı ay içerisinde DSM-IV tanı kriterlerine göre alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı ölçütlerini dolduruyor olmak,
- 3- Nörolojik bozukluk ya da merkezi sinir sistemi işlevlerini etkileme olasılığı olan herhangi bir kronik tıbbi hastalığa sahip olmak,
- 4- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olmak,
- 5- Değerlendirme sırasında hastalığın atak dönemi içinde olmak,
- 6- Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nde 5'ten yüksek puan almak,
- 7- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde 7'den yüksek puan almak,

Araştırmada Kullanılan Gereçler:

a. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerini, psikiyatrik özgeçmişlerini ve soy geçmişlerini, hastalıklarının geçmiş atak türlerini ve sıklıklarını, ataklardaki varsanı ve sanrı türlerini, hastalığın başlangıç yaşını, hastalık süresini, varsa intihar girişimlerini, varsa yatış sayılarını, yatış sürelerini ve tedavi şekilleriyle ilgili soruları içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgi formudur.

b. Hasta İzlem Dosyası: Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde takip edilen hastalar, Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma biriminden Özerdem ve Yazıcı tarafından ülkemizdeki duygudurum merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bulunan Sistematize Kayıt İzleme Programı Türkiye (SKIP-Türk) formu temelinde oluşturulmuş ve geniş bir değerlendirme içeren hasta takip dosyası ile izlenmektedir (74). Bu dosyaların içinden hastaların sosyodemografik verileri, birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküleri, güncel tedavileri, başvuru anında tespit edilen bulgu ve belirtileri, yaşam çizelgesi, SCID-I'e göre eksen tanıları, hastalık seyrine ait özellikleri, mani, hipomani, depresyon ve karma dönemlerine ait bilgileri çalışmamızda kullanılmak üzere alınmıştır.

c. **SCID-II;** DSM-IV'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu (Structured Clinical Interview for DSM-IV): Eksen II kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi içindir. Bunlardan 10 adedi DSM-IV kişilik bozuklukları bölümünde yer almaktadır. Bu değerlendirmede DSM-IV'te belirtilen on kişilik bozukluğu (DSM-IV'ün ekinde, daha ileri araştırmanın gerekli olduğu bozukluklar olarak geçen, depresif ve pasif agresif kişilik bozuklukları hariç tutuldu) ve başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu (BTA KB) kategorisine odaklanmıştır. BTA KB'yi kullanım sırasında, literatürü dikkate alarak, iki veya daha fazla kişilik bozukluğunun DSM-IV tanı eşik değerlerinin bir kriter altına düşenler olarak tanımladık (18).

d. **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HDDÖ):** Depresyonun değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'dir (75,76). Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek ve şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Hamilton (1960) tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 itemden oluşur. Her item için 0–4 arası puan verilir. En yüksek puan 53'tür. Ülkemiz için güvenirlik ve geçerlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (77,78).

e. **Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):** Young ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. Manik belirtilerin şiddetini ölçmeye yöneliktir (79). Klinik araştırmalarda en yaygın olarak kullanılan ölçek YMDÖ'dir. Bu ölçek 11 itemden oluşur ve her bir item beş şiddet derecesi ile değerlendirilir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin ülkemiz için güvenirlik ve geçerlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (80).

İstatistiksel Yöntem:

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 18.0 for Windows programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra nicel ölçümlerin değerlendirilmesinde Student t test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü düzende ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi, Fisher's exact test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Aralık 2009- Mart 2010 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde (RTDDM) bipolar bozukluk tanısı ile takip edilen 54 kadın, 45 erkek olmak üzere toplam 99 hasta alınmıştır.

A-Sosyodemografik Özellikler

1.Yaş, Cinsiyet Dağılımı ve Eğitim Düzeyleri

Çalışmaya alınan 54 kadın, 45 erkek hastanın yaş ortalaması 33,71 saptandı. Eğitim durumları incelendiğinde 37 hasta lise mezunu, 31 hasta üniversite mezunu, 18 hasta ilkokul mezunu 13 hasta ortaokul mezunuydu. Hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi dağılımları tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Özellikleri

		Min-Max	Ort ± S.S.
Yaş		19-58	33,71 ± 8,77
		N	%
Cinsiyet	Kadın	54	54,5
	Erkek	45	45,5
Eğitim	İlkokul mezunu	18	18,2
	Ortaokul mezunu	13	13,1
	Lise mezunu	37	37,4
	Üniversite mezunu	31	31,3

2. Medeni Hal ve Çalışma Durumları

Çalışmaya alınan hastaların 47'si bekar, 35'i evliydi. Hastaların 39 tanesi çocuk sahibiydi. Çalışma durumları incelendiğinde hastaların 40 tanesi düzenli bir işte çalışıyor iken 33 hasta çalışmıyordu. Hastaların 11 tanesi ev hanımı, 9 tanesi öğrenci, 6 tanesi emekliydi. Son altı ayda 54 hasta düzenli olarak çalışmıştı. Hastaların medeni halleri ve çalışma durumları tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Medeni Halleri ve Çalışma Durumları

		Min-Max	Ort $\pm$ S.S.
Medeni Durum	Evli	35	35,4
	Bekar	47	47,5
	Boşanmış	14	14,1
	Dul	3	3,0
Çocuk	Var	39	39,4
	Yok	60	60,6
Meslek	Çalışmıyor	33	33,3
	Düzenli Çalışan	40	40,4
	Ev hanımı	11	11,1
	Öğrenci	9	9,1
	Emekli	6	6,1
Son 6 Ayda Çalışma	Var	54	54,5
	Yok	45	45,5

B- Bipolar I Hastalık Özellikleri

1. Atak ve Klinik Seyir Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların ilk atak tipine bakıldığında en sık olarak mani (%49,5) ve depresyon (%41,4) saptandı. Hastaların %4'ünde kronik gidişat, %2'sinde hızlı döngülülük, %19'unda mevsimsel özellik bulundu. Depresif dönemler sorgulandığında %12'sine melankolik, %15'inde atipik depresyon öyküsü saptandı.

Hastaların %36'sı en az bir tane karma atak geçirmişti. Hastaların %49,5'inde psikotik atak öyküsü vardı, bunların %39,4'ü duygudurumla uyumlu %10,1' duygudurumla uyumsuzdu. Çalışmaya alınan hastaların %18,2'sinde intihar girişimi saptandı. Hastaların atak ve klinik seyir özellikleri tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Hastaların Geçirmiş Oldukları Atak ve Klinik Seyir Özellikleri

		N	%
İlk Atak Tipi	Mani	49	49,5
	Depresyon	41	41,4
	Karma	6	6,1
	Hipomani	3	3,0
Kronik Gidişat	Var	4	4,0
	Yok	95	96,0
Hızlı Döngü	Var	2	2,0
	Yok	97	98,0
Antidepresanla Manik Shift	Var	19	19,2
	Yok	80	80,8
Karma Atak	Var	36	36,4
	Yok	63	63,6
Postpartum Başlangıç	Var	2	2,0
	Yok	97	98,0
Melankoli	Var	12	12,1
	Yok	87	87,9
Atipik Depresyon	Var	15	15,2
	Yok	84	84,8
Mevsimsel Özellik	Var	19	19,2
	Yok	80	80,8
Psikotik Özellik	Duygudurum Uyumlu	39	39,4
	Duygudurum Uyumsuz	10	10,1
	Yok	50	50,5
İntihar Girişimi	Var	18	18,2
	Yok	81	81,8
EKT Tedavisi	Almış	37	37,4
	Almamış	62	62,6

2. Hastalık Süreleri ve Atak Sayıları

Çalışmaya alınan hastaların ortalama hastalık süreleri 10,97/yıl idi. Hastalık başlangıç yaşı ortalama 22,73 bulunurken ilk tedavi yaşı 23,86 saptandı. Hastaların toplam atak sayısı ortalama 8,19 iken atak süreleri 31,33 bulundu. Hastaların yılda ortalama 1,16 atak geçirdikleri saptandı. Hastaların hastanede yatış sayıları incelendiğinde, ortalama yatış sayısı 2,08 saptandı. Hastalık süre ve atak sayıları tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastalık Süre ve Atak Sayıları

	Min-Max	Ort ± S.S.
Hastalık başlangıç yaşı	13-44	22,73 ± 6,92
Hastalık süresi	1-33	10,97 ± 6,68
İlk tedavi yaşı	13-51	23,86 ± 7,41
Hastanede yatış sayısı	0-10	2,08 ± 2,11
Toplam atak sayısı	2-25	8,19 ± 5,06
Yıllık ortalama atak sayısı	0,1-6	1,16 ± 1,50
Ortalama atak süresi	10-100	31,33 ± 18,41

3. Hamilton Depresyon ve Young Mani Derecelendirme Puanları

Çalışmaya alınan hastaların Hamilton Depresyon ve Young Mani Derecelendirme Ölçek puan ortalamaları tablo 5'te özetlenmiştir. Ortalama HDDÖ puanı 0,59 iken, YMDÖ puanı 0,14 saptandı.

Tablo 5. Hastaların Hamilton Depresyon ve Young Mani Skor Ortalamaları

	Min-Max	Ort ± S.S.
HAM-D	0-3	0,59 ± 0,99
Young Mani	0-2	0,14 ± 0,42

C-Hastaların Adli Sorun ve Alkol Madde Kullanım Özellikleri

Hastalardaki adli sorun, alkol ve madde kullanımı tablo 6’da gösterilmiştir. Hastaların 11’inde alkol kullanımı, 3’ünde madde kullanımı ve 2’sinde adli sorun tespit edildi.

Tablo 6. Hastalarda Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımı Özellikleri

		N	%
Adli Sorun	Var	2	2,0
	Yok	97	98,0
Alkol Kullanımı	Var	11	11,1
	Yok	87	87,9
Madde Kullanımı	Var	3	3,0
	Yok	96	97,0

D-Kişilik Bozukluğu Bulguları

1.Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı ve Dağılımı

Kişilik bozukluğu yaygınlığı incelendiğinde, çalışmaya alınan hastaların 61’inde (%61,6) kişilik bozukluğu bulunmazken, 38 (%38,4) hastada en az bir kişilik bozukluğu tespit edildi. Hastalardaki kişilik bozukluğu yaygınlığı tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7.Hastalarda Kişilik Bozukluğu Yaygınlığı

	n (%)
KİŞİLİK BOZUKLUĞU YOK	61 (61,6)
HERHAGİ BİR KİŞİLİK BOZUKLUĞU VAR	38 (38,4)

Hastalarda en fazla bulunan kişilik bozukluğu %18 ile Histriyonik kişilik bozukluğuydu. Bundan sonra saptanan en sık kişilik bozuklukları sırayla Borderline (%16), Obsesif Kompulsif (%16) ve Paranoid (%8) kişilik bozukluklarıydı. Bağımlı, Çekingen ve Şizoid kişilik bozukluğu %3 oranında bulundu. Şizotipal %2, Narsisistik

kişilik bozukluğu % 1 oranında saptandı. Antisosyal kişilik bozukluğu saptanmadı. Hastaların kişilik bozukluğu tiplerinin dağılımı tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Hastalarda Kişilik Bozukluğu Tiplerinin Dağılımı

	n (%)
Paranoid Kişilik Bozukluğu	8 (8)
Şizoid Kişilik Bozukluğu	3 (3)
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	2 (2)
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	0 (0)
Borderline Kişilik Bozukluğu	16 (16)
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	1 (1)
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	18 (18)
Çekingen Kişilik Bozukluğu	3 (3)
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	3 (3)
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	16 (16)

2.Kişilik Bozukluğu Çeşitlerinin Birlikte Görülme Oranları

Hastalarda kişilik bozukluğu çeşitlerinin görülme oranları tablo 9’da özetlenmiştir. En sık yüzdeyi %21,2 ile iki çeşit kişilik bozukluğu (KB) olanlar oluşturuyor iken üç çeşit KB olanlar %6,1 oranında saptandı. Hastalar arasında sadece bir tane KB olanların oranı %11,1 saptandı.

Tablo 9. Kişilik Bozukluğu Çeşitlerinin Birlikte Görülme Oranları

KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANI SAYISI	n (%)
1 Çeşit Kişilik Bozukluğu	11 (11,1)
2 Çeşit Kişilik Bozukluğu	21 (21,2)
3 Çeşit Kişilik Bozukluğu	6 (6,1)

3. Kişilik Bozukluğunun Kümesel Bazda Dağılımı

Kişilik bozukluğu küme dağılımı tablo 10’da özetlenmiş olup, sadece B kümesi (%10,1) ve B+C kümesi (%10,1) kişilik bozuklukları olan hastalar en fazla olanlardı. A, B ve C kümesinin üçüne de sahip hasta saptanmadı

Tablo 10. Kişilik Bozukluğu Kümelerinin Dağılımı

	n (%)
Sadece A Kümesi	4 (4,0)
Sadece B Kümesi	10 (10,1)
Sadece C Kümesi	4 (4,0)
A ve B Kümesi	5 (5,1)
A ve C Kümesi	5 (5,1)
B ve C Kümesi	10 (10,1)
A, B ve C Kümesi	0 (0)
Toplam A Kümesi	14(14,2)
Toplam B Kümesi	25(25,3)
Toplam C Kümesi	19(19,3)

E-Hastalık Özelliklerinin En Az Bir Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

1. Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

En az bir kişilik bozukluğu olan (n=38) ve kişilik bozukluğu olmayan (n=61) hastaların sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılması tablo 11’de gösterilmiş olup gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Hastalarda Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok N=61	Kişilik Bozukluğu Var N=38	İstatistik Yöntem	p
Yaş, Ort. $\pm$ S.S.	33,84 $\pm$ 8,47	33,50 $\pm$ 9,33	t= 0,184	>0,05
Cinsiyet			$\chi^2= 0,013$	>0,05
Erkek, sayı (%)	28 (45,9)	17 (44,7)		
Kadın, sayı (%)	33 (54,1)	21 (55,3)		
Eğitim Durumu			$\chi^2= 4,122$	>0,05
İlkokul, sayı (%)	11 (18,0)	7 (18,4)		
Ortaokul, sayı (%)	5 (8,2)	8 (21,1)		
Lise, sayı (%)	26 (42,6)	11 (28,9)		
Yüksek Okul, sayı (%)	19 (31,1)	12 (31,6)		
Medeni Durum			$\chi^2= 2,033$	>0,05
Evli, sayı (%)	21 (34,4)	14 (36,8)		
Meslek			$\chi^2= 2,621$	>0,05
Çalışmıyor, sayı (%)	23 (37,7)	10 (26,3)		
Çalışıyor, sayı (%)	38 (62,3)	28 (73,7)		
Son Altı Ayda Meslek			$\chi^2= 0,514$	>0,05
Yok, sayı (%)	26 (42,6)	19 (50,0)		
Var, sayı (%)	35 (57,4)	19 (50,0)		

χ^2 : Ki Kare Test; t: Student T Test

2.Hastalık Süresi ve Atak Sayılarının Karşılaştırılması

Grupların hastalık özellikleri açısından karşılaştırılması tablo 12’de gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olmayan hastaların ortalama yatış süreleri kişilik bozukluğu olan hastalardan anlamlı derecede yüksek tespit edildi (t=2,697 p<0,05). Kişilik bozukluğu olan hastalarda depresif atak sayısı, kişilik bozukluğu olmayan

hastalardan anlamlı derecede yüksek tespit edildi ($t=2,768$ $p<0,05$). Hastalık özellikleri ile ilgili diğer değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$)

Tablo 12. Hastalık Süre ve Atak Sayılarının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Kişilik Bozukluğu Yok N=61	Kişilik Bozukluğu Var N=38	t	p
		Ortalama $\pm$ S.S.	Ortalama $\pm$ S.S		
Hastalık Başlangıç Yaşı		23,02 $\pm$ 7,13	22,26 $\pm$ 6,65	0,524	>0,05
İlk Tedavi Yaşı		24,02 $\pm$ 7,60	23,61 $\pm$ 7,19	0,267	>0,05
Toplam Yatış Sayısı		2,38 $\pm$ 2,11	1,61 $\pm$ 2,06	1,783	>0,05
Ortalama Yatış Süresi		20,25 $\pm$ 11,05	13,13 $\pm$ 13,71	2,697	<0,05
Toplam Atak Sayısı		7,59 $\pm$ 4,75	9,16 $\pm$ 5,45	1,506	>0,05
Yıllık Ortalama Atak Sayısı		0,92 $\pm$ 0,90	0,96 $\pm$ 0,61	0,263	>0,05
Manik Atak Sayısı		2,92 $\pm$ 2,17	2,32 $\pm$ 2,67	1,227	>0,05
Karma Atak Sayısı		0,49 $\pm$ 0,84	1,08 $\pm$ 1,80	1,878	>0,05
Hipomanik Atak Sayısı		1,79 $\pm$ 1,63	2,18 $\pm$ 2,25	1,015	>0,05
Depresif Atak Sayısı		2,31 $\pm$ 2,02	3,55 $\pm$ 2,37	2,768	<0,05
Psikotik Atak Sayısı		1,26 $\pm$ 1,49	1,0 $\pm$ 1,52	0,843	>0,05

t: Student T Test

S.S: Standart sapma

3.Hastalık Başlangıcı ve Klinik Seyrin Karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında hastalık başlangıç şekli ve seyir ile ilgili değişkenler tablo 13'te gösterilmiş olup gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kişilik bozukluğu olan grupta kronik gidişat ($\chi^2= 2,363$

$p>0,05$) karma atak sayısı ($\chi^2=1,869$ $p>0,05$) ve mevsimsel özellik ($\chi^2= 3,785$ $p>0,05$) daha fazla olmakla birlikte anlamlı değildi. İlk atak tipi incelendiğinde, kişilik bozukluğu olan grupta karma atak şeklinde başlama daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2= 2,907$ $p>0,05$). Kişilik bozukluğu olanlarda atak başlangıcında tetikleyici yaşam olayı olması %42,1 kişilik bozukluğu olmayanlarda %34,4 oranındaydı ($\chi^2= 0,590$ $p>0,05$)

Tablo 13. Hastalık Başlangıç Şekli ve Seyri İle İlgili Özelliklerin Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
İlk Atak Tipi			2,907	>0,05
Mani	33 (54,1)	16 (42,1)		>0,05
Depresyon	24 (39,3)	17 (44,7)		
Karma	2 (3,3)	4 (10,5)		
Hipomani	2 (3,3)	1 (2,6)		
Kronik Gidişat*	1 (1,6)	3 (7,9)	2,363	>0,05
Hızlı Döngü*	2 (3,3)	0 (0)	1,272	>0,05
Antidepresan ile Manik Shift	12 (19,7)	7 (18,4)	0,024	>0,05
Karma Atak	19 (31,1)	17 (44,7)	1,869	>0,05
Ortaya Çıkışta Yaşam Olayı	21 (34,4)	16 (42,1)	0,590	>0,05
Psikotik Özellik	32 (52,5)	17 (44,7)	0,559	>0,05
Mevsimsel Özellik	8 (13,1)	11 (38,4)	3,785	>0,05

χ^2 : Ki Kare Test *Fisher's Exact Test Kullanıldı

4. Depresif Atak Özelliklerinin Karşılaştırılması

Grupların depresif atak özelliklerinin karşılaştırılması tablo 14'te gösterilmiş olup, kişilik bozukluğu olan grupta melankolik özellik %15,8 atipik depresyon %23,7 oranında saptandı. Kişilik bozukluğu olan grupta melankolik özellik ($\chi^2=0,779$) ve atipik depresyon ($\chi^2=3,493$) daha fazla olmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo14. Depresif Atak Özelliklerinin Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
Melankoli	6 (9,8)	6 (15,8)	0,779	>0,05
Atipik Depresyon	6 (9,8)	9 (23,7)	3,493	>0,05

χ^2 : Ki-Kare test

5. İntihar Girişim Sıklığının Karşılaştırılması

Gruplar arasında geçmişte intihar girişiminde bulunma durumları tablo 15'de gösterilmiş olup, kişilik bozukluğu olan grupta intihar girişiminde bulunmuş olan hasta oranı %31,6 saptandı. Bu oran anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2=7,441$ $p<0,05$).

Tablo 15. Geçmişte İntihar Girişimi Varlığının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
Geçmişte İntihar Girişimi	6 (9,8)	12 (31,6)	7,441	<0,05

χ^2 : Ki-Kare test

6. Adli Sorun ve Alkol madde Kullanımının Karşılaştırılması

Gruplar arasında geçmişte adli sorun yaşamış olma ve alkol madde kullanımı açısından karşılaştırılması tablo 16'da gösterilmiştir. Kişilik Bozukluğu olan grupta alkol ($\chi^2=3,532$ $p>0,05$) ve madde kullanımı ($\chi^2=4,966$ $p>0,05$) daha fazla olmakla birlikte istatistiksel farklılık saptanılmadı.

Tablo 16. Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımının Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	<i>p</i>
Adli sorun*	1 (1,6)	1 (%2,6)	0,116	>0,05
Alkol Kullanımı	4 (6,6)	7 (18,9)	3,532	>0,05
Madde Kullanımı*	0 (0)	3 (7,9)	4,966	>0,05

χ^2 : Ki-Kare test *Fisher's Exact test

7. Aile Öykülerinin Karşılaştırılması

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ve suicid girişimi sıklığı tablo 17'de gösterilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	<i>P</i>
Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	18 (29,5)	11 (%28,9)	0,004	>0,05
İkinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	14 (23,0)	12 (31,6)	0,900	>0,05
Ailede İntiharGirişimi	4 (6,6)	3 (7,9)	0,064	>0,05

χ^2 : Ki Kare Test

8.Hastaların Almış Oldukları Tedavi Çeşitlerinin Karşılaştırılması

Hastaların kullandıkları duygudurum düzenleyicilerinin dağılımı tablo 18’de özetlenmiştir. Tüm hastalarda monoterapide en fazla kullanılan duygudurum düzenleyici lityum (%53), kombine tedavide lityum ve valproik asit (%19) kombinasyonuydu. Kişilik Bozukluğu olan grupta sadece Li kullananların oranı %57,9 iken sadece valproik asit kullanım oranı %7,9 idi.

Tablo 18. Kullanılan Duygudurum Düzenleyicilerinin Dağılımı

Duygudurum Düzenleyici	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)
Yok	3 (4,9)	0 (0)
Sadece Lityum	31 (50,8)	22 (57,9)
Sadece VPA	8 (13,1)	3 (7,9)
Sadece KBZ	3 (4,9)	0 (0)
Sadece LTJ	1 (1,6)	1 (2,6)
Li + VPA	14 (23,0)	5 (13,2)
Li + KBZ	0 (0)	1 (2,6)
Li + LTJ	1 (1,6)	3 (7,9)
VPA + LTJ	0 (0)	2 (5,3)
KBZ + LTJ	0 (0)	1 (2,6)

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan hastalarda monoterapi ya da çoklu ilaç kullanımı sıklığına göre karşılaştırılması tablo 19’da gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olan grupta hastaların %68,4’ü monoterapi alıyorken, %31,6’sı çoklu ilaç kullanmaktaydı. Gruplar arasında monoterapi ya da çoklu ilaç kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel farklılık saptanmadı ($\chi^2=0,371$ $p>0,05$).

Tablo 19. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Karşılaştırılması

Duygudurum Düzenleyici	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
Mono terapi	43 (74,1)	26 (68,4)	0,371	>0,05
Çoklu ilaç kullanımı	15 (25,9)	12 (31,6)		

χ^2 : Ki-Kare test

Gruplar arasında lityuma olumlu yanıt veren hastaların sıklıkları tablo 20’de gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olan grupta lityuma olumlu yanıt verme oranı %75,5 kişilik bozukluğu olmayan grupta %79,2 bulundu. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı. ($\chi^2=0,161$ $p>0,05$).

Tablo 20. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Lityum Tedavisine Yanıtın Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	<i>p</i>
Lityuma olumlu yanıt	42 (79,2)	28 (75,5)	0,161	>0,05

χ^2 : Ki-Kare test

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplarda antipsikotik kullanımının karşılaştırılması tablo 21’de gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olanlarda antipsikotik kullanımı %63,2, kişilik bozukluğu olmayan grupta %70,5 saptandı. Gruplar arasında mevcut tedavilerinde antipsikotik kullanan hastaların oranlarında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=0,576$ $p>0,05$).

Tablo 21. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Antipsikotik Kullanımının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	<i>P</i>
Antipsikotik Kullanımı			0,576	>0,05
Yok	18 (29,5)	14 (36,8)		
Var	43 (70,5)	24 (63,2)		

χ^2 : Ki-Kare test

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplarda antidepresan kullanımının karşılaştırılması tablo22’de gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olan grupta antidepresan kullanım oranı %15,8, kişilik bozukluğu olmayan grupta %9,8 saptandı. Hastaların mevcut tedavilerinde antidepresan kullanımı sıklığının değerlendirilmesinde gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=0,779$ $p>0,05$).

Tablo 22. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Antidepresan Kullanımının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
Antidepresan Kullanımı			0,779	>0,05
Yok	55 (90,2)	32 (84,2)		
Var	6 (9,8)	6 (15,8)		

χ^2 : Ki-Kare test

Geçmişte EKT tedavisi açısından kişilik bozukluğu olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında tablo 23’de gösterilmiştir. Kişilik bozukluğu olan grupta geçmişte EKT tedavisi alma oranı %28,9, kişilik bozukluğu olmayan grupta %42,6 saptandı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=1,871$ p>0,05).

Tablo 23. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Geçmişte EKT Tedavisi Açısından karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Kişilik Bozukluğu Var (N=38) n (%)	χ^2	P
Geçmişte EKT tedavisi			1,871	>0,05
Yok	35 (57,4)	27 (71,1)		
Var	26 (42,6)	11 (28,9)		

χ^2 : Ki-Kare test

Hastaların mevcut tedavilerinde kullanmakta oldukları ilaç sayılarının ortalamalarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı. (t=0,157 p>0,05). Kişilik Bozukluğu olanlar ortalama 2,16 tane ilaç alıyordu.

Tablo 24. Kişilik Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda Kullanılan İlaç Sayısının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok N=61 Ortalama $\pm$ S.S.	Kişilik Bozukluğu Var N=38 Ortalama $\pm$ S.S	t	p
Kullandığı İlaç Sayısı	2,13 $\pm$ 0,84	2,16 $\pm$ 0,78	0,157	>0,05

t: Student T Test

F-Hastalık Özelliklerinin Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Çalışmada birden fazla kişilik bozukluğu olan (n=27) ve kişilik bozukluğu olmayan (n=61) hastalar arasında hastalık özellikleri, hastalık seyri, aile hikayeleri, tedavi özellikleri gibi değişkenler karşılaştırılmıştır.

1.Hastalık Başlangıcı ve Klinik Seyrin Karşılaştırılması

Gruplar arasında hastalık başlangıç şekli ve seyri ile ilgili özelliklerin dağılımı tablo 25'te gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olanlarda ilk atak tipi en sık depresyon (%44,4) ve manik (%40,7) ataktı ve %7,4 oranında kronik gidişat saptandı. Gruplar arasında hastalık başlangıç şekli ve seyri ile ilgili özelliklerin karşılaştırılmasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 25. Hastalık Başlangıç Şekli, Seyri İle İlgili Özelliklerin Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
İlk Atak Tipi			2,818	>0,05
<i>Mani</i>	33 (54,1)	11 (40,7)		
<i>Depresyon</i>	24 (39,3)	12 (44,4)		
<i>Karma</i>	2 (3,3)	3 (11,1)		
<i>Hipomani</i>	2 (3,3)	1 (3,7)		
Kronik Gidişat*	1 (1,6)	2 (7,4)	1,891	>0,05
Hızlı Döngü*	2 (3,3)	0 (0)	0,906	>0,05
Antidepresan ile Manik Shift	12 (19,7)	5 (18,5)	0,016	>0,05
Karma Atak	19 (31,1)	10 (37,0)	0,294	>0,05
Ortaya Çıkışta Yaşam Olayı	21 (34,4)	12 (44,4)	0,801	>0,05
Psikotik Özellik	32 (52,5)	13 (48,1)	0,139	>0,05
Mevsimsel Özellik	8 (13,1)	6 (22,2)	1,160	>0,05

χ^2 : Ki-Kare test *Fisher's Exact Test Kullanıldı

2.Hastalık Süresi ve Atak Sayılarının Karşılaştırılması

Birden fazla kişilik bozukluğu olan ve kişilik bozukluğu olmayan grupların hastalık süresi, hastanede yatış süresi ve atak sayılarının karşılaştırılması tablo 26’da gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan grupta depresif atak sayısı 3,56 iken, diğer grupta 2,31 saptandı. Birden fazla kişilik bozukluğu olan grupta manik atak sayısı 1,89 iken diğer grupta 2,92 saptandı. Kişilik bozukluğu olmayan hastalarda ortalama yatış süresi ($t=3,182$) ve toplam manik atak sayısı ($t=2,567$) anlamlı derecede yüksek iken, toplam depresif atak sayısı ($t=2,402$) birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalardan anlamlı olarak düşük tespit edildi ($p<0,05$).

Tablo 26. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Grupların Hastane Yatış Süresi ve Atak Sayılarının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok n=61 Ortalama $\pm$ S.S.	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var n=27 Ortalama $\pm$ S.S	t	p
Hastalık Başlangıç Yaşı	23,02 $\pm$ 7,13	21,96 $\pm$ 5,72	0,849	>0,05
İlk Tedavi Yaşı	24,02 $\pm$ 7,60	23,07 $\pm$ 5,82	0,573	>0,05
Toplam Yatış Sayısı	2,38 $\pm$ 2,11	1,67 $\pm$ 2,23	1,428	>0,05
Ortalama Yatış Süresi	20,25 $\pm$ 11,05	11,44 $\pm$ 13,84	3,182	<0,05
Toplam Atak Sayısı	7,59 $\pm$ 4,75	8,70 $\pm$ 5,24	0,981	>0,05
Yıllık Ortalama Atak Sayısı	0,92 $\pm$ 0,90	0,88 $\pm$ 0,40	0,207	>0,05
Manik Atak Sayısı	2,92 $\pm$ 2,17	1,89 $\pm$ 1,50	2,567	<0,05
Karma Atak Sayısı	0,49 $\pm$ 0,84	1,00 $\pm$ 2,00	1,271	>0,05
Hipomanik Atak Sayısı	1,79 $\pm$ 1,63	2,22 $\pm$ 2,15	1,042	>0,05
Depresif Atak Sayısı	2,31 $\pm$ 2,02	3,56 $\pm$ 2,66	2,402	<0,05
Psikotik Atak Sayısı	1,26 $\pm$ 1,49	0,96 $\pm$ 1,37	0,888	>0,05
Kullandığı ilaç sayısı	2,13 $\pm$ 0,84	2,15 $\pm$ 0,81	0,088	>0,05

t: Student T Test

3. Depresif Atak Özelliklerinin Karşılaştırılması

Depresif atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda atipik depresyon görülme oranı %29,6 saptandı. Bu oran anlamlı olarak yüksek bulundu ($\chi^2=5,481$ $p<0,05$). Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda melankoli %11,1 iken diğer grupta %9,8 bulundu. Gruplar arasında depresif atak özelliklerinin karşılaştırılması tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Depresif Atak Özelliklerinin Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Melankoli	6 (9,8)	3 (11,1)	0,033	>0,05
Atipik Depresyon	6 (9,8)	8 (29,6)	5,481	<0,05

χ^2 : Ki-Kare test

4. İntihar Girişim Sıklığının Karşılaştırılması

Gruplar arasında geçmişte intihar girişiminde bulunma durumları tablo 28’de gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda intihar girişiminde bulunma oranı %29,6 saptandı, diğer grupta %9,8 saptandı. Gruplar karşılaştırıldığında birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda intihar girişiminde bulunma oranı anlamlı derecede yüksek tespit edildi ($\chi^2=5,482$ $p<0,05$).

Tablo 28. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Geçmişte İntihar Girişimi Varlığının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Geçmişte İntihar Girişimi	6 (9,8)	8 (29,6)	5,482	<0,05

χ^2 : Ki-Kare test

5. Adli sorun ve Alkol Madde Kullanımının Karşılaştırılması

Gruplar arasında adli sorun, alkol madde kullanımı dağılımlarının karşılaştırılması tablo 29’da gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda alkol ($\chi^2=4,560$ $p<0,05$), madde ($\chi^2= 7,017$ $p<0,05$) kullanan hasta oranları kişilik bozukluğu olmayan gruptan yüksek bulundu. Birden fazla kişilik bozukluğu olanlarda alkol ve madde kullanımı oranı sırasıyla %22,2 ve %1,1 saptandı. Kişilik bozukluğu olmayan grupta alkol kullanım oranı %6,6 bulundu, madde kullanan hasta saptanmadı. Gruplar adli sorun açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark yoktu ($\chi^2=0,359$ $p>0,05$).

Tablo 29. Adli Sorun, Alkol Madde Kullanımının Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Adli sorun*	1 (1,6)	1 (3,7)	0,359	>0,05
Alkol Kullanımı	4 (6,6)	6 (22,2)	4,560	<0,05
Madde Kullanımı*	0 (0)	3 (11,1)	7,017	<0,05

χ^2 : Ki-Kare test

*Fisher’s Exact test

6. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve intihar girişimi dağılımları tablo 30’da gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında %33,3 oranında, ikinci derece akrabalarında %29,6 oranında psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastaların ailelerinde %7,4 oranında intihar öyküsü saptandı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 30. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Ailede Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	18 (29,5)	9 (%33,3)	0,129	>0,05
İkinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık	14 (23,0)	8 (29,6)	0,445	>0,05
Ailede İntihar Girişimi	4 (6,6)	2 (7,4)	0,021	>0,05

χ^2 : Ki Kare Test

7.Hastaların Almış Oldukları Tedavi Çeşitlerinin Karşılaştırılması

Hastaların kullandıkları duygudurum düzenleyicilerinin dağılımı tablo 31’de özetlenmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olanlarda, monoterapide en fazla kullanılan duygudurum düzenleyici lityum (%63), kombine tedavide lityum ve valproik asit (%14,8) kombinasyonuydu.

Tablo 31. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Dağılımı

<i>Duygudurum Düzenleyici</i>	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)
Yok	3 (4,9)	0 (0)
Sadece Lityum	31 (50,8)	17 (63,0)
Sadece VPA	8 (13,1)	2 (7,4)
Sadece KBZ	3 (4,9)	0 (0)
Sadece LTJ	1 (1,6)	0 (0)
Li + VPA	14 (23,0)	4 (14,8)
Li + KBZ	0 (0)	0 (0)
Li + LTJ	1 (1,6)	2 (7,4)
VPA + LTJ	0 (0)	2 (7,4)
KBZ + LTJ	0 (0)	0 (0)

Birden fazla kişilik bozukluğu olan ve olmayan hastalarda monoterapi ya da çoklu ilaç kullanımı sıklığına göre karşılaştırılması tablo 32’de gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda %70,4 oranında monoterapi kullanılırken diğer grupta bu oran %74,1 saptandı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanılmadı ($\chi^2=1,510$ $p>0,05$).

Tablo 32. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Duygudurum Düzenleyici Kullanımının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
DuygudurumDüzenleyici			1,510	>0,05
Mono terapi	43 (74,1)	19 (70,4)		
Çoklu ilaç kullanımı	15 (25,9)	8 (29,6)		

χ^2 : Ki-Kare test

Birden fazla kişilik bozukluğu olan ve kişilik bozukluğu olmayan gruplarda lityum tedavisine yanıtın karşılaştırılması tablo 33’te gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda lityum tedavisine yanıt % 77,8 oranındaydı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=1,831$ $p>0,05$).

Tablo 33. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Lityum Tedavisine Yanıtın Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Lityuma olumlu yanıt	42 (79,2)	21 (77,8)	1,831	>0,05

χ^2 : Ki-Kare test

Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda antipsikotik kullanımı %59,3 oranındayken diğer grupta %70,5 oranındaydı. Gruplar arasında mevcut tedavilerinde antipsikotik kullanan hastaların oranlarında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=1,069$ $p>0,05$).

Tablo 34. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Antipsikotik Kullanımının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Antipsikotik Kullanımı			1,069	>0,05
Yok	18 (29,5)	11 (40,7)		
Var	43 (70,5)	16 (59,3)		

χ^2 : Ki-Kare test

Hastaların mevcut tedavilerinde antidepresan kullanımı sıklığının karşılaştırılması tablo 35'te gösterilmiş olup, birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda antidepresan kullanımı %18,5, diğer grupta %9,8 saptandı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=1,290$ $p>0,05$).

Tablo 35. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Antidepresan Kullanımının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Antidepresan Kullanımı			1,290	>0,05
Yok	55 (90,2)	22 (81,5)		
Var	6 (9,8)	5 (18,5)		

χ^2 : Ki-Kare test

Geçmişte EKT tedavisi açısından birden fazla kişilik bozukluğu olan ve kişilik bozukluğu olmayan grupların karşılaştırılması tablo 36’da gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda EKT oranı %33,3 diğer grupta %42,6 saptandı. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=0,674$ $p>0,05$).

Tablo 36. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Geçmişte EKT Tedavisi Açısından karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok (N=61) n (%)	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var (N=27) n (%)	χ^2	p
Geçmişte EKTtedavisi			0,674	>0,05
Yok	35 (57,4)	18 (66,7)		
Var	26 (42,6)	9 (33,3)		

χ^2 : Ki-Kare test

Hastaların mevcut tedavilerinde kullanmakta oldukları ilaç sayılarının ortalamaları tablo 37’de gösterilmiştir. Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalar ortalama 2,15 ilaç kullanıyorken, kişilik bozukluğu olmayan hastalar 2,13 ilaç kullanıyordu. Gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmadı ($\chi^2=0,088$ $p>0,05$).

Tablo 37. Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Olan ve Kişilik Bozukluğu Olmayan Gruplarda Kullanılan İlaç Sayısının Karşılaştırılması

	Kişilik Bozukluğu Yok N=61 Ortalama±S.S.	Birden Fazla Kişilik Bozukluğu Var N=27 Ortalama ± S.S.	t	p
Kullandığı Sayısı				
İlaç	2,13 ± 0,84	2,15 ± 0,81	0,088	>0,05

t: Student T Test

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, bipolar I bozukluğu olan hastalarda, kişilik bozukluğu ek tanı sıklığını saptamak ve bu birlikteliğin, bipolar I bozukluğun klinik seyrini nasıl etkilediğini araştırmak için planlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 99 hastanın 54'ü kadın, 45'i erkekti. Hastalardan seçilen örneklemin ortalama yaşı 33,71 saptandı. Çalışmaya alınan hastaların çoğunluğunun lise ve ya yükseköğretim mezunu olduğu görüldü. Hastaların yaklaşık yarısı çalışan, üçte biri işsiz, geri kalan ise öğrenci, ev kadını veya emekliydi.

Bipolar I bozukluğun prevalansı cinsiyet farkı gözetmeksizin kadın ve erkeklerde eşit dağılımdadır. İlk atak erkeklerde sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon şeklindedir. Genellikle yirmili yaşlarda ve herhangi bir atakla başlayabilen bipolar bozuklukta, hastaların %20-30'unda ilk atak 21 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra ortaya çıkar (34). Bütün bipolar bozukluğu olan hastaların %40'a varan oranlarda hastalığın seyri sırasında en az bir kez karma dönem yaşadığı ifade edilmektedir (29,30). Hastaların %28'inde mevsimsel özellik gözlenir. Ayrıca bipolar hastaların yaklaşık %15'i hızlı döngülüdür ve bunların büyük bir çoğunluğu kadındır (31). Karma dönem gibi hızlı döngülülük de kötü prognozla ilişkilidir (32). Bipolar bozuklukta intihar oranı genel popülasyondan 30 kat daha fazla olup, hastaların %25-50'si intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatını kaybetmektedir (34). Bizim örneklem gurubumuzdaki hastaların klinik seyir ve özellikleri incelendiğinde literatürle uyumlu bulundu. Çalışmaya alınan hastaların bipolar I bozukluk klinik özellikleri Tablo 2, 3 ve 5'te gösterilmiştir.

Bipolar I bozukluğu tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı yaygındır (10). Kişilik bozukluklarının, hastaların afektif bozukluklara karşı daha hassas olmalarına sebep olduğu öne sürülmüştür (13,22). Kay ve arkadaşlarının 2002 yılında 52 bipolar bozukluğa sahip hasta üzerinden yaptıkları çalışmada, hastaların %38'inde en az bir kişilik bozukluğu saptanmıştır (20). Rosso ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları 71 hastalık bir çalışmada ise %43,7 oranında kişilik bozukluğu birlikteliği

saptanmıştır (67). Türkiye’de yapılan iki çalışmada, remisyonunda olan bipolar I hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı sırasıyla %62 ve %48 olarak saptanmıştır (13,14). Bu konuda yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı birlikteliği %9 - %89 arasında değişmektedir (9,12,14,15). Bizim çalışmamızda hastaların 61’inde (%61,6) kişilik bozukluğu bulunmazken, 38 (%38,4) hastada en az bir kişilik bozukluğu tespit edildi. Çalışmamızda saptanan, bipolar hastalardaki kişilik bozukluğunun ek tanı olarak yaygınlığı literatürle uyumlu gözükmektedir. Ek tanı sıklığında ki bu değişik oranların, yapılan çalışmalardaki yöntem bilimsel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca Brieger uzun yıllardır afektif bozukluğa sahip kişilerin, kişilik bozukluğuna da sahip olup olmadığına dair süregiden tanısal karmaşıklığa vurgu yapmıştır (11). Çünkü DSM sınıflandırmasına göre kişilik bozukluklarındaki bazı semptomların, afektif bozukluğa bağlı dalgalanmalar şeklinde algılanabileceğini, bu nedenle afektif bozukluk süresinin uzun olmasının, kişilik bozukluğunun sıklığını yanıltıcı olarak azaltabileceğini belirtmiştir. Buna ek olarak akut alevlenme içerisindeki hasta, kişilik bozukluğu açısından değerlendirildiğinde yalancı pozitiflik sorunu ile karşılaşılabilir. Bazı araştırmacılar kişilik bozukluğunu Eksen I belirtileri düzeldikten sonra değerlendirmeyi tercih ederler. Fakat Eksen I belirtilerinde iyileşmeyi gerektiren bir çalışma, orantısız bir şekilde, kişilik bozuklukları olan hastaları dışarıda bırakır; böylece, kişilik bozukluğu yaygınlığını yapay olarak azaltır (65).

Genel toplumdaki kişilik bozukluğu yaygınlığının %10 ile %20 arasında olduğunu düşünürsek (17), literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da saptandığı gibi, bipolar hastaların normal popülasyona göre daha fazla oranda kişilik bozukluğu yaygınlığı gösterdiğini söyleyebiliriz.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığını inceleyen çalışmalarda obsesif kompulsif, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu en sık saptanan kişilik bozukluklarıdır (10,11). Çalışmamızda saptanan en sık kişilik bozukluğu, *histriyonik kişilik* bozukluğudur ve sıklığı %18 oranında bulunmuştur. Bu oran George’nin 2003 yılında ve Üçok’un 1998 yılında yaptıkları çalışmalarda, histriyonik kişilik bozukluğunun sırasıyla %18,2 ve %16,7 oranlarıyla uyumludur (12,14). Brieger’in 2003 yılında 60 tane bipolar hastayla yaptığı çalışmada kişilik bozukluğu ek tanı sıklığı, bizim çalışmamıza benzer şekilde %38,3 oranında

bulunmuştur (11). Yine Brieger'in çalışmasında kişilik bozukluğu alt guruplarına bakıldığında en sık yüzdeyi %16,7 ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu almıştır. Konuyla ilgili diğer literatürlere bakıldığında obsesif kompulsif KB %8-21, borderline KB %3-15 oranında değişmektedir (12,14,67). Bizim çalışmamızda *obsesif kompulsif* ve *borderline kişilik* bozukluğu %16 oranında bulundu. Bu oran literatürle uyumlu gözükmemektedir. Narsisistik kişilik bozukluğunun bipolar bozuklukta yaygınlık oranı %1-12, antisosyal kişilik bozukluğunun ise %0-5 olarak bildirilmiştir (9,12,15,67). Bizim çalışmamızda *narsisistik kişilik* bozukluğu %1 olarak bulunurken, *antisosyal kişilik* bozukluğuna rastlanmamıştır. Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip hastalar düzenli takip ve tedavilerinin yapıldığı bir birime, uzun süreli gelmekte zorlanırlar. Kişilik özelliklerinden dolayı bir işi düzenli olarak sürdüremezler (34,58). Bulundukları ortamda disiplin bozucu davranışları nedeniyle dışlanır veya kovulurlar. Tedavi aldıkları merkezde hem sağlık personeli hem de diğer hastalar için güvenlik riski oluşturabilirler. Ayrıca bu kişiler yaratabilecekleri olumsuz davranışları nedeniyle diğer hastaların tedavilerinde aksaklık oluşturabilirler. Bu nedenlerden dolayı tedavi merkezinden çıkartılabilirler. Narsisistik kişilik bozukluğuna sahip hastalar, grandiyöz benlikleri gereği üstün ve mutlak iyi kişiliğe sahip olduklarını düşünürler. Kernberg'e göre şişirilmiş grandiyöz benlik, kişiliğin diğer tarafındaki değersiz benliği bastırmak ve örtmek için oluşmuş bir savunmadır. Bu kişiler kendini beğenmiş tutum ve davranış sergilemekle birlikte, değersiz gördükleri benliklerinin ortaya çıkmasından kaygı ve korku duyarlar (81,82). Bu nedenle narsisistik kişiler, bu tür kişilik bozukluğunu araştıran çalışmalara katılmayı kabul etmeyebilirler. Antisosyal bireylerin düzenli takip ve tedavilere gelmeyişi, narsisistik bireylerin de bu tür çalışmalara katılmayışi çalışmamızdaki antisosyal ve narsisistik kişilik bozukluğu oranını, yanıltıcı olarak azaltmış olabilir. Kültürel farkları minimuma indirmek için Üçok ve arkadaşlarının 1998 yılında Türkiye'de yaptıkları çalışmaya baktığımızda, bipolar hastalarda %47,7 oranında kişilik bozukluğu bulunmuş, ancak bizim çalışmamıza benzer olarak antisosyal kişilik bozukluğuna rastlanmamıştır (14). Altındağ ve arkadaşlarının 2006 yılında, bizim çalışmamıza benzer metodoloji ve örneklem yapısıyla yaptıkları çalışmada narsisistik kişilik bozukluğu yaygınlığını %1 bulmuşlardır (9). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla uyumludur. Çalışmamızda *paranoid kişilik* bozukluğu %8, *şizoid kişilik* bozukluğu %3, *şizotipal kişilik* bozukluğu %2, *çekingen kişilik* bozukluğu %3, *bağımlı*

kişilik bozukluğu %3 oranında bulundu. Bu oranlar literatürle uyumluluk göstermektedir (11,14,66,67).

Kişilik bozukluğu küme dağılımı incelendiğinde, sadece B kümesi (%10,1) ve B+C kümesi (%10,1) kişilik bozuklukları olan hastalar en fazla olanlardı. Hastaların kişilik bozukluğu tanıları, kümesel bazda değerlendirildiğinde sırasıyla; B kümesi %25,3, C kümesi %19,3, A kümesi %14,2 oranında bulundu. Bu oran, B kümesi ve C kümesinin, A kümesi kişilik bozukluklarına göre bipolar hastalarda daha sık görüldüğünü ortaya koyan literatürle uyumludur (10,12).

Kişilik Bozukluğu olan ve olmayan bipolar I bozukluğa sahip hastalar sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, gruplar arasında yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı. Akrabalarda psikiyatrik hastalık ve ailede intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Bipolar I bozukluğu tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısının yaygın olduğu ve bu birlikteliğin hastalığın seyrinde başlama yaşını erkene çektiği, hastanede yatış sıklığını attırıp süresini uzattığını, atakların sıklığını arttırdığını ve tipini etkilediğini öne süren çalışmalar vardır (10,11,12,15,81). Çalışmamızda bipolar hastalık özelliklerini, kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırdığımızda, kişilik bozukluğu olmayan grupta ortalama hastanede yatış süresi anlamlı olarak yüksek saptandı. Kişilik bozukluğu olan bireylerin içgöründen yoksun oldukları, strese dayanma eşiklerinin düşük olduğu, buna karşın yardım arayışında olmadıkları belirtilmektedir (19,59,85). Yardım arayışında olmamalarının sebebi; bizim patolojik olarak nitelendirdiğimiz kişilik özelliklerinin, hasta tarafından genellikle normal olarak algılanmasıdır. Hasta bunlardan şikâyetçi değildir, bir başka deyişle bu özellikler ego-sintoniktir (55). Kişilik bozukluğuna sahip hastaların içgörülerinin daha az olması ve daha dürtüsel olmaları, bunun sonucunda da hastanede yatmayı kabul etmemelerine ya da daha erken taburcu olmalarına sebep olmuş olabilir. Ayrıca yatış gün sayıları hastaların geribildiriminden öğrenildiği için elde edilen sonuçların güvenilirliği kısıtlıdır. Çalışmamızda bu sonuca ek olarak; kişilik bozukluğu olmayan grupta, istatistiki olarak anlamlı olmasa da manik atak sayısı daha fazla saptandı. Bu çalışmayı yaptığımız hastanemizde bipolar hastaların manik ve depresif dönemde, hastanede yatış sürelerini karşılaştıran bir çalışma yapılmamıştır. Genel olarak hastanemiz şartları

içinde manik ataktaki bipolar hastaların, depresif ataktaki hastalara oranla daha fazla sürede hastanede kaldıklarını söyleyebiliriz. Çünkü bipolar hastalar, manik atakta iken tam remisyon sağlanana kadar hastanemizde tedavi altında tutuluyorken, depresif ataktaki hastalar major sorunlar düzeldikten sonra taburcu ediliyor gibi gözükmektedir. Bu durum da bipolar hastaların manik dönemdeyken, depresif döneme göre daha fazla sürede hastanede kalmalarına sebep olmuş olabilir. Sonuç olarak, kişilik bozukluğu olmayan hastaların manik atak sayılarının fazla olmasının, hastanede yatış sürelerini yükseltmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Bizim sonuçlarımızın aksine kişilik bozukluğu olan bipolar hastaların, hastane yatış sürelerinin fazla olduğunu saptayan çalışmaya baktığımızda, bizim çalışmamızdan farklı olarak bipolar I ve II hastalar çalışmaya dahil edilmiştir (7). Bipolar II hastalar manik dönem yaşamamış hastalar olduklarından ortalama manik atak sayısı ve hastane yatış sayısı, çalışılan örneklem grubundan dolayı bizim sonuçlarımızdan farklı bulunmuş olabilir. Bizim çalışmamıza benzer örneklem ve metodolojiyi kullanan çalışmalara baktığımızda gruplar arasında fark bulunmamış ya da kişilik bozukluğu olmayan grupta manik atak sayısı ve buna paralel olarak da hastane yatış sayısı daha fazla saptanmıştır (20,66). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumlu gözükmeyle birlikte, bu konuyla ilgili daha fazla sayıda çalışma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Depresyona en sık kaçınan, obsesif kompulsif, borderline ve paranoid kişilik bozukluğu tanıları eşlik etmektedir (73). Yapılan bu çalışmalarda süregelen depresyonla yüksek oranlarda kişilik bozukluğu birlikteliği bildirilmiştir. Bununla birlikte özellikle uzun süren depresyon dönemleri kötümserlik ve bağımlılık gibi kişilik üzerine kalıcı özelliklerin eklenmesine neden olabilir (70,72). Çekingen, borderline ya da histriyonik kişilik bozukluğu gibi bazı kişilik bozukluklarına sahip kişiler önemsenmeme ve engellemelere karşı ileri derecede hassas olabilirler ve kolayca disforik ya da çökkün durumlara girebilirler. Böylece kişilik bozukluğu bir bireyi depresyona yatkın hale getirebilir (71). Süregelen depresyonlu bir kişiyle karşılaşıldığında kişilik bozukluğunun mu depresyona yol açtığı yoksa depresyonun mu kişilik bozukluğuna yol açtığı sorusunu yanıtlamak oldukça zordur (72). Bipolar bozukluğa kişilik bozukluğunun eşlik etmesi daha fazla depresif atak geçirilmesine sebep olur (48,66). Çalışmamızda kişilik bozukluğu olan grubun, kişilik bozukluğu olmayan gruba göre daha fazla depresif atak geçirdiğini saptadık. Bu sonuç literatürle uyumluydu.

Kişilik Bozukluğu olan ve olmayan bipolar I bozukluğa sahip hastalar, hastalık başlangıç yaşı, ilk tedavi yaşı, toplam atak sayısı, yıllık ortalama atak sayısı, manik, hipomanik ve psikotik atak sayısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Altındağ ve arkadaşlarının 2006'da yaptıkları çalışmada bizim bulgularımızdan farklı olarak, kişilik bozukluğu varlığının bipolar I bozukluk başlangıç yaşını erkene çektiğini saptamışlardır (9).

Karma dönemlerin ortaya çıkışı için Akiskal, bir manik döneme ters (inverse) düşen mizaç faktörlerinin manik döneme eşlik etmesini sorumlu tutmaktadır (45). Bu varsayım doğrultusunda yapılan bir çalışmada, geçmişinde karma dönem öyküsü bulunan bipolar I hastalarının, karma dönem bulunmayanlara göre ortalama depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç skorlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (85). Bizim çalışmamızda bipolar hastalığın karma atak olarak başlama oranı, kişilik bozukluğu olanlarda, kişilik bozukluğu olmayanlara göre daha fazlaydı ayrıca, ortalama karma atak sayısı, kişilik bozukluğu olanlarda daha fazla olmakla birlikte bu oran anlamlı değildi. Bu sonuç Vieta ve arkadaşlarının kişilik bozukluğu ek tanısı olan bipolar hastalarda daha fazla oranda karma atak görüldüğünü saptayan çalışmalarıyla uyumludur (83). Yine de Akiskal'ın teorisini göz önüne aldığımızda kişilik bozukluğunun eşlik ettiği bipolar hastalardaki karma atakları değerlendirmek için, hastaların mizaç özelliklerinin de değerlendirildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bipolar bozuklukta ilk başlangıç erkeklerde sıklıkla mani, kadınlarda ise depresyon şeklindedir (33). Kişilik bozukluğu varlığının ilk atak tipini etkilediğine dair bilgilerimiz dahilinde literatür bulunmamakla birlikte, hızlı döngüye sebep olduğu saptanmıştır (31). Bizim çalışmamızda ilk atak tipi, antidepresan ile manik shift, mevsimsel özellik, atakların başlamasında yaşam olayı olup olmadığı ve hızlı döngülülük açısından gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bipolar hastaların yaklaşık %15'inin hızlı döngülü olduğunu belirten çalışmalara bakıldığında, çalışmamızda saptanan %2'lik oran düşüktür (31). Daha önce yapılan çalışmalarda hipertimik ve siklotimik mizaçlar, hızlı döngü ile ilişkili bulunmuştur (86). Bununla birlikte özellikle hızlı döngülü bipolar I bozukluğunda mizaç özelliklerini tespit etmeyi hedefleyen bir çalışmada, hızlı döngülü hastaların ortalama mizaç skorlarının tümü yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, afektif mizaç

özelliklerinin sadece karma dönemlerin değil, hızlı döngülülüğün ortaya çıkışında da rol oynayabileceğini düşündürmektedir (87). Bununla birlikte bizim çalışmamıza benzer metodoloji ve örneklem gurubuyla yapılan bir çalışmada hızlı döngülülük oranı %4 bulunmuştur ve kişilik bozukluğu olan ve olmayanlar arasında fark bulunmamıştır (9). Bu sonuçlar göz önüne alındığında kişilik bozukluğunun eşlik ettiği bipolar hastalardaki, hızlı döngülü atakları değerlendirmek için, karma ataklarda olduğu gibi, hastaların mizaç özelliklerinin de değerlendirildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Kişilik bozukluğunun bipolar hastalarda (rezidüel) kalıntı semptomları arttırarak kronik gidişe zemin hazırlayabileceğine dair bulgular saptanmıştır (67,88). Bizim çalışmamızda bipolar hastalığın kronik gidişat gösterme oranı, kişilik bozukluğu olan grupta, kişilik bozukluğu olmayan guruba göre daha fazlaydı. Fakat bu sonuçlar istatistiki olarak anlamlı değildi.

Kay ve arkadaşları kişilik bozukluğu ek tanısı olan bipolar hastalarda, alkol ve madde kullanımı sıklığını daha fazla bulmuşlardır (20). Çalışmamızda alkol ve madde kullanımı gruplar arasında karşılaştırıldığında, kişilik bozukluğu olanlarda alkol ve madde kullanımı daha fazla saptanmakla birlikte bu sonuç istatiksel olarak anlamlı değildi.

Grupların depresif atak özellikleri karşılaştırıldığında, kişilik bozukluğu olan grupta melankolik özellik ve atipik depresyon, kişilik bozukluğu olmayan gruba göre daha yüksek oranda saptansa da, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Bipolar bozukluğu olan hastalardaki intihar oranı toplumdan 30 kat daha fazla olup, hastaların %25-50'si intihar girişiminde bulunmakta, bunların %15'i hayatını kaybetmektedir (34). Hasta olarak geçirilen zaman, hastalığın şiddeti, yüksek komorbidite oranı ve psikososyal işlevsellikte azalma hastaların yaşam kalitesini ciddi biçimde etkilemekte ve mortaliteyi arttırmaktadır (35). Bipolar bozukluğa diğer psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi intihar riskinin artmasına sebep olur (6,7,8). Bu görüşü destekleyici şekilde, bipolar bozukluğa kişilik bozukluğunun eşlik etmesinin, hastalardaki intihara girişim sıklığını arttırdığı saptanmıştır (7,67,88,89). Çalışmamızda kişilik bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastalar, geçmişte intihar girişiminde bulunma oranları açısından karşılaştırıldığında, kişilik bozukluğu olan grupta intihar

girişimi oranı anlamlı derecede yüksek bulundu. Kişilik bozukluğu olan hastaların %31,6'sı intihar girişiminde bulunmuştu. Bu sonuç literatür ile uyumludur (14).

Bipolar I bozukluğu tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğu birlikteliğinin çoklu ilaç kullanımına sebep olup lityum tedavisine yetersiz yanıt verdirdiğine dair bazı çalışmalar vardır (11,15). Çalışmamızda kişilik bozukluğu olan ve olmayan hastaları monoterapi ya da çoklu ilaç kullanımı açısından karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kişilik bozukluğu olan grupta kullanılan ilaç sayısı ile diğer grup arasında fark yoktu. Gruplar arasında lityuma olumlu yanıt veren hastaların sıklıkları, mevcut tedavilerinde antipsikotik ve antidepresan kullanan hastaların oranları açısından istatistiksel farklılık bulunmadı. Kişilik bozukluğu olmayan hastaların elektrokonvulsif tedavi alma oranları yüksek bulunmasına rağmen bu fark istatistiki olarak anlamlı değildi. Tüm hastalarda monoterapide en fazla kullanılan duygudurum düzenleyici lityum, kombine tedavide lityum ve valproik asit kombinasyonuydu.

Hastalarda birden fazla kişilik bozukluğu bulunması, sadece bir kişilik bozukluğu bulunmasına göre bipolar hastalık seyrinde farklı sonuçlara sebep olabilir (66). Bu nedenle çalışmamızda birden fazla kişilik bozukluğu olan ve herhangi bir kişilik bozukluğu olmayan hastalar, hastalık özellikleri, hastalık seyri, aile hikayeleri ve tedavi özellikleri gibi değişkenler açısından karşılaştırılmıştır.

Hastalarda kişilik bozukluğu çeşitlerinin birlikte görülme oranları araştırılmıştır. Bipolar hastalarda kişilik bozukluğu yaygınlığını %38,4 oranında saptadığımız çalışmamızda en yüksek yüzdeyi iki farklı kişilik bozukluğuna(%21,2) sahip hastalar oluştururken, sadece bir tane kişilik bozukluğu olan hastalar(%11,1) ikinci sıradaydı. Üç farklı kişilik bozukluğu olan hastaların oranı ise %6,1 bulundu.

Birden fazla kişilik bozukluğu olan bipolar I hastalarda, kişilik bozukluğu olmayanlara göre ortalama yatış süresi anlamlı olarak düşük, toplam depresif atak sayısı ve geçmişte intihar girişiminde bulunma oranları anlamlı olarak yüksek saptandı. Bu sonuçlar en az bir kişilik bozukluğu olan hastalardaki sonuçlarla benzerdir.

Erkek cinsiyetin ve hipertimik mizacın, manik atak sayısını arttırabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (34,90,91). Buna ek olarak kişilik bozukluğu olmayan bipolar I hastalarda manik atak sayısını istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha fazla

bulan çalışmalar da vardır (20,66). Bizim alışmamızda, kişilik bozukluğu olmayan grupta, birden fazla kişilik bozukluğu olan gruba göre toplam manik atak sayısı anlamlı derecede yüksek bulundu. Kişilik bipolar hastalardaki atak tipini etkileyen önemli unsurlardan biridir (12,15). Özellikle manik döneme ters düşen, kişilik ve mizaç faktörlerinin etkisi, manik atağın karma hal almasına sebebiyet verebilir. Bu durum kişilik bozukluğu olmayanlarda yaşanmayacağından ya da daha az yaşanacağından manik atak, haliyle devam eder. Sonuç olarak kişinin geçirdiği toplam manik atak sayısı kişilik bozukluğu olanlara göre daha fazla olabilir.

Depresyon etiyolojisindeki diğer sebeplere ek olarak, kişilik bozukluklarına ikincil olarak da oluşabilir (72). Kişilik bozukluğu türlerinde depresyona yatkınlık durumları ve her bir kişilik bozukluğu türünün depresyonla ilişkisi, kısmen de olsa kendine özgüdür. Dolayısıyla depresyon farklı kişilik türlerinde kendini farklı şekillerde gösterebilir (71). Çalışmamızda depresif atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda atipik depresyon görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu sonuç Enns ve arkadaşlarının atipik depresyonu olan bireylerin daha yüksek oranda kişilik bozukluğuna sahip olduklarını belirttiği çalışmasıyla uyumlu gözükmektedir (92). Birden fazla kişilik bozukluğu olması, kişide birbirinden farklı olarak en az iki çeşit kişilik özelliğinin bulunmasına yol açar. Bu durum klinikte karşılaştığımız depresyonun bilindik görünümünü değiştirerek atipik seyir göstermesine sebep olabilir.

Bipolar I bozukluğu tanısı almış hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı olması alkol ve madde kullanım sıklığını arttırır. Bu durum hem hastalık şiddetini arttırır hem de tedaviyi olumsuz etkiler (10,11,18,19). Bizim alışmamızda alkol ve madde kullanımı dağılımlarının karşılaştırılmasında, birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde kullanan hasta oranları, kişilik bozukluğu olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu sonuç literatürle uyumludur.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Konuyla ilgili benzer çalışmalara baktığımızda örneklem sayımız yeterli olsa da nispeten küçük olduğu söylenebilir. Çünkü çalışmamıza katılan hastalar hastanemiz özel dal polikliniği olan, duygudurum merkezinde takip edilen hastalardır. Genel olarak tedavi ve takibinde sorun yaşanan hastaların duygudurum merkezine yönlendirilmiş olma olasılığı nedeniyle çalışılan hasta grubunun bütün bipolar hasta grubunu yansıtmadığı düşünülebilir. Hastanemiz

eğitim ve araştırma hastanesi olduğundan, üçüncü basamak sağlık hizmetine yönlendirilen ya da başvuran hastaların belli bir sosyo-ekonomik-kültürel seviyeye kümelenmiş olabileceği de göz önüne alınmalıdır. Bu nedenlerden dolayı bulgularımızın tüm bipolar bozukluğa sahip hastalara genellenemeyeceği dikkate alınmalıdır. Çalışmamızdaki bir diğer bir kısıtlılık ise sağlıklı bireylerden oluşan bir kontrol grubunun, bipolar II ve unipolar major depresif bozukluğa sahip diğer hasta gruplarının çalışmaya dahil edilmeyişidir. Bu grupların da değerlendirilmeye alındığı çalışmaları, kişilik bozukluğu ek tanısının, bipolar bozukluğun klinik seyrine etkisinin değerlendirilmesinde daha ayrıntılı verilere ulaşılmasını sağlayabilir. Sağlıklı popölasyonda kişilik bozukluğunu araştıran herhangi bir epidemiyolojik çalışma ölkemizde yapılmadığından, bulgularımızı sağlıklı popölasyonla karşılaştırmak olası gözükmemektedir. Ayrıca çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları sadece kişilik bozukluğuna bağlamak mümkün değildir. Bu nedenle hastaların mizaç özellikleri gibi diğer değerışkenlerin de değerlendirildiği ve daha geniş örneklem gruplarının alındığı çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar I bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu sıklığını araştırdığımız çalışmamızda hastaların %38,4'ünde en az bir kişilik bozukluğu tespit edildi.

Bipolar hastalarda saptanan en sık kişilik bozuklukları sırası ile histriyonik, obsesif kompulsif ve borderline kişilik bozukluklarıydı.

Hastalar kişilik bozuklukları için kümesel bazda değerlendirildiğinde B kümesi %25,3, C kümesi %19,3, A kümesi %14,2 oranında bulundu.

Çalışmamızın diğer amacı, kişilik bozukluğu varlığının bipolar bozukluk klinik seyrine etki edip etmediğini araştırmaktı. Bu amaçla yaptığımız karşılaştırmada kişilik bozukluğu olan grubun, kişilik bozukluğu olmayan gruba göre daha fazla depresif atak geçirdiğini saptadık. Bu durum kişilik bozukluğu olan bipolar hastaların tedavisinde depresif ataklara karşı daha dikkatli davranmayı gerektirir.

Kişilik bozukluğu olmayan grubun hastanede ortalama yatış gün sayısı, kişilik bozukluğu olan gruba göre daha fazla idi.

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan bipolar I hastalar arasında, geçmişte intihar girişiminde bulunma oranları karşılaştırıldı. Kişilik bozukluğu olan grupta intihar girişiminde bulunmuş olan hasta oranı yüksek tespit edildi. Elde ettiğimiz bu sonuç, bipolar hastaların sağlıklı popülasyona göre daha fazla oranda intihar girişiminde bulunduğunu ve kişilik bozukluğunun bipolar bozukluğa eşlik etmesinin bu oranı arttırdığını gösterdi.

Çalışmaya katılan hastaları kişilik bozukluğu sayılarına göre incelediğimizde, en yüksek yüzdeyi iki farklı kişilik bozukluğuna(%21,2) sahip hastalar oluştururken, sadece bir tane kişilik bozukluğu olan hastalar(%11,1) ikinci sıradaydı. Üç farklı kişilik bozukluğu olan hastaların oranı ise %6,1 bulundu.

Birden fazla kişilik bozukluğu olan bipolar I hastalarda, kişilik bozukluğu olmayan bipolar I hastalara göre ortalama yatış süresi düşük, toplam depresif atak sayısı ve geçmişte intihar girişiminde bulunma oranları yüksek saptandı. Bu sonuçlar en az bir kişilik bozukluğu olan hastalardaki bulgularımıza benzerdi.

Herhangi bir kişilik bozukluğu olmayan hastaların ortalama manik atak sayısı, birden fazla kişilik bozukluğu olanlardan yüksek bulundu.

Çalışmamızda depresif atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda atipik depresyon görülme oranı yüksek bulundu. Bu durum kişilik bozukluğu olan bipolar hastaların, özellikle depresif ataklarının daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiğinin bir göstergesidir.

Birden fazla kişilik bozukluğu olan hastalarda alkol ve madde kullanımı, kişilik bozukluğu olmayan hastalara göre yüksek bulundu. Bu sonuç kişilik bozukluğu olan bipolar hastaları kesitsel değerlendirmenin yanı sıra, alkol ve madde bağımlılığı geliştirme riski göz önüne alınarak, uzunlamasına ve ileriye dönük değerlendirmenin önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak; yaptığımız bu çalışmanın kişilik bozukluğu ve bipolar I bozukluk birlikteliği hakkında önemli sonuçlar ortaya koyduğunu düşünmekteyiz. Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu ek tanısı yaygındır ve bu birliktelik, bipolar I bozukluğun klinik seyri açısından önemlidir. Yaptığımız çalışmanın kısıtlılıklarını da düşünerek, bulduğumuz sonuçları genelleştirebilmek ve bipolar I bozukluk ile kişilik bozukluğu birlikteliğini daha iyi anlayabilmek için geniş örneklem gruplarının seçildiği çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30: 279 – 92.
2. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30: 657 – 68.
3. Abood Z, Aabood A, Sharkey M, Weeb A, Kelly and M. Gill. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord* 2002; 4: 243 – 48.
4. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 90: 602-7.
5. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum Bozuklukları:Epidemiyoloji. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition, Lipincott Williams, Wilkins 2005'ten Türkçe çev. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Baskı: Güneş Kitabevi 2007; 2. Cilt: 1575-1581.
6. Baldassano CF. Illness course, comorbidity, gender, and suicidality in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl 11):8–11.
7. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, et al. Bipolar II disorders and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000;41:339–43.
8. Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry* 2003;64:506–15.
9. Altındağ A, Yanık M, Nebioğlu M. Bipolar tip I bozukluğu olan vakalarda kişilik bozukluğu komorbiditesi. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2006; 10: 33-37.
10. Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, et al. Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J Affect Disord*. 2001;65:3–8.
11. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44:28–34.
12. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord*. 2003; 5:115–22.
13. Taman L,Özpoyraz N,Karatas G,Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission.*Acta Neuropsychiatry* 2004;16:175-80.

14. Üçok A, Karaveli D, Kundakcı T, Yazıcı O, Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comp. Psychiatry* 1998;39:72-4.
15. Koenigsberg HW, Kaplan RD, Gilmore MM, Cooper AM. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *Am J Psychiatry* 1985;142:207-12.
16. Güney M. Kişilik Bozukluklarına Giriş. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri. Özel Sayısı* 2007;3:1-7.
17. Svračić DM, Cloninger CR. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th Edition, Lipincott Williams, Wilkins 2005'ten Türkçe'ye çev. Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Baskı: Güneş Kitabevi 2007; 3: 2063-2104.
18. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2008; 31:405-20.
19. Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60:857-68.
20. Kay JH, Altshuler LL, Ventura J, et al. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disord.* 2002;4:237-42.
21. Dunayevich E, Sax KW, Keck PE Jr, et al. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:134-9.
22. Dunayevich E, Strakowski SM, Sax KW, et al: Personality disorders in first and multiple episode mania. *Psychiatry Res.* 1996;64:69-75.
23. Garino JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J Clin Psychiatry* 2005;66:339-45.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-R), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2007
25. Vahip S. Araştırmalardan Klinik Uygulamaya Bipolar Depresyon Tedavisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9: 213-221.
26. Dunner DL, Fieve RR. Clinical factors in lithium carbonate prophylaxis failure. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 229-233.
27. Akiskal HS. Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disorder* 2001;62:17-31.
28. McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, et al: Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* 1992;149:1633-1644.

29. Secunda SK, Swann A, Katz MM, Koslow SH, Croughan J, Chang S. Diagnosis and treatment of mixed mania. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 96–98.
30. Marneros A. Mixed affective disorders. *Nervenarzt* 2007; 78: 15-20.
31. Coryell W; Endicott J , Keller M:Rapidly cycling affective disorder :demographics, diagnosis ,family history,and course.*Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:126-131.
32. Bauer MS ,Whybrow PC, Gyulai L, et al:Testing definitions of dysphoric mania and hypomania:prevalence, clinical characteristics and inter episode stability. *J Affect Disord.* 1994; 32:201-202.
33. Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti 2005:1559-1718.
34. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003; 467-509.
35. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot M-L, Bellevier F. Age at onset in bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disord.*2005; 7:111-118.
36. Akiskal H (2002): İki Uçlu Bozukluk Oral T (Çeviri ed.) İstanbul: İyi işler Basımevi 2003; 5-40.
37. Stein DJ ,Kupfer DJ , Schatzberg AF The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorder 2005, Duygudurum Bozuklukları Oral T(Çeviri ed.) İstanbul ,Sigma publishing 2007;3-17.
38. Postel J,Quetel C (eds):Nouvelle Histoire de la Psychiatrie (A New History of Psychiatry). Paris, Dunod 1994
39. Hare E: The two manias . a study of the evolution of the modern concept of mania .*Br J Psychiatry* 1981;138:89-99.
40. Angst J. Perris C:Nosologie endogener depression en.vergleich der ergebnissen zweier untersuchungen (On the nosology of endogeneous depression:comparision of the results of two studies).*Arch Psychiatr Nervenkr* 1968;210:373-386.
41. Angst J. The bipolar spectrum, *Br J Psychiatry* 2007; 190, 189-191.
42. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:801-10.
43. MacKinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* 2006; 8: 1–14.
44. Goodwin FK, Ghaemi SN. The difficult-to-treat patient with bipolar disorder. In: Dewan MJ, Pies RW eds. *The Difficult-to-Treat Psychiatric Patient*. Washington, DC: American Psychiatric Press 2001; 7–39.
45. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16 (Suppl. 1): 4–14.

46. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.* 1999;22:517-34
47. Slavney PR. Affective disorder: the new imperium. *Compr Psy.* 1991;32:295–302.
48. Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. *Bipolar Disord.* 2000; 2: 3–7.
49. Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum bozuklukları. 1. baskı, İstanbul 2001, 74-135.
50. McInnis MG, Dick DM, Willour VL, Avramopoulos D, MacKinnon DF, Genome-wide scan and conditional analysis in bipolar disorder: evidence for genomic interaction in the National Institute of Mental Health genetics initiative bipolar pedigrees. *Biol Psychiatry* 2003;54:1265-73.
51. Stahl SM (2000) Temel Psikofarmakoloji Taneli B, Taneli Y (Çeviri Ed.) Yelkovan Yayıncılık, İstanbul 2003; 106-107.
52. Sadock BJ, Sadock VA. Mood disorders. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Cancro R (ed) 9.edition, Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins 2004; 173-210,370-76.
53. Wallace ER. Dynamic Psychiatry in Theory and Practice, Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması Atalay H (Çeviri Ed.) İstanbul, okuyan us yayınları 2008;36-91.
54. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et.all. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276-293
55. Köroğlu E., Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Bölüm22: Kişilik Bozuklukları 2004:513-557
56. Rank O. Doğum Travması. Yücesoy S (Çeviri ed.) İstanbul: Metis Yayınları 2001; 25-76.
57. Odağ C, Nevrozlar–1. Kişilik Yapıları. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları. İzmir 1999;111–114.
58. Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2005;2063-2105.
59. Liwesley W. Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment. New york: The Guilford Press 2001 36-49.
60. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423-31.
61. Marianne Hayward, Paul Moran. Comorbidity of personality disorders and mental illnesses *Psychiatry*, 2008; 102-104.
62. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31:395-403.
63. Lenzenweger MF. The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *J Pers Disorder* 2006;20:645-70.

64. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
65. Reich JH, Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179:74-82.
66. Barquero N, García-López O, Fernández-Argüelles P, Camacho-Laraña M. Clinical variables and implications of the personality on the outcome of bipolar illness: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3:269-75.
67. Rosso G, Albert U, Bogetto F, Maina G. Axis II comorbidity in euthymic bipolar disorder patients: No differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord.* 2009;257-261
68. Black DW, Bell S, Hulbert J, Nasrallah A. The importance of Axis II in patients with major depression. A controlled study. *J Affect Disord.* 1988;14:115-22.
69. Diguier L, Barber JP, Luborsky L. Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am J Psychiatry* 1993;150:1246-8.
70. Feske U, Mulsant BH, Pilkonis PA, Soloff P, Dolata D, Sackeim HA, Haskett RF. Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161:2073-80.
71. Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: comorbidity. *Depress Anxiety* 1999;10:142-6.
72. Özdel K, İlhan İÖ. Kişilik Bozuklukları ve Depresyon. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri* 2007; 3:82-86.
73. 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.
74. Özeredem A, Yazıcı O, Tırpan K, Oral ET, Kurt E. A Computerized Registry Program For Bipolar İlness in Turkey. *J Affect Disord.* 2004;78:142
75. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli İ. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8:1.
76. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neur. Psychiatry* 1960; 23; 56-52.
77. Judd LL, Akiskal HS, Masser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:694-700.
78. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4: 251-9.
79. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.

80. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13: 107-114.
81. Kernberg O. Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. Atakay M (Çeviri ed.) İkinci Basım, İstanbul 2006;228-272.
82. Kızıltan H. Narsisizm ve Psikopatolojisi, net adresi: <http://www.icgoru.com/cpi/content/wiev/157/49/lang.03.03.2010>
83. Vieta E, Colom F, Corbella B, et al. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2001; 3:253-8
84. Güleç C, Köroğlu E, *Psikiyatri Temel Kitabı-Cilt 2, Bölüm 50: Kişilik bozuklukları* 1998;723-757.
85. Röttig D, Röttig S, Brieger P, Marneros A. Temperament and personality in bipolar I patients with and without mixed episodes, *J Affect Disord.* 2007;14: 97-102.
86. Koukopoulos A, Reginaldi D, Laddomada P, Floris G, Serra G, Tondo L. Course of the manic-depressive cycle and changes caused by treatment. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol.* 1980; 13: 156–167.
87. Coşkun KŞ. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda karma dönemlerin ve hızlı döngülü seyrin ortaya çıkışında afektif mizaç özelliklerinin rolü. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008.
88. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, Endicott J, Keller M. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2003;6:127-37.
89. Mysels DJ, Endicott J, Nee J, Maser JD, Solomon D, Coryell W, Leon AC. The association between course of illness and subsequent morbidity in bipolar I disorder. *J Psychiatr Res.* 2007;41:80-9.
90. Henry C, Lacoste J, Bellivier F, Verdoux H, Bourgeois ML, Leboyer M. Temperament in bipolar illness: impact on prognosis. *J Affect Disord.* 1999; 56: 103-108.
91. Hecht H, van Calker D, Bohus M ve ark. Premorbid personality in patients with uni- and bipolar affective disorders and controls: assessment by the Biographical Personality Interview (BPI). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1997; 247: 23-30.
92. Enns MW, Swenson JR, McIntyre, et all. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: comorbidity. *Can J Psychiatry* 2001; 46:77-90.

