

Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi

Dr. Aslıhan SAYIN¹, Dr. Selçuk ASLAN²

ÖZET

Huy (temperament), karakter ve kişilik kavramları çoğu zaman yanlış olarak eş anlamda kullanılmakla birlikte farklı anlamlar taşımaktadır. Hipokrat'ın dört sıvı kuramından beri bazı huyların ve kişilik özelliklerinin psikiyatrik bozukluklara yatkınlık yarattığı düşünülmüştür. Kraepelin, Schneider ve Kretschmer belirgin psikiyatrik bozuklukların minör çeşitleri olarak tanımladıkları huy özelliklerinin bir yelpaze üzerinde yer aldığını söyleyen ilk yazarlardır. Akiskal'ın "silik ikuçluluk" ve "duygulanımsal huylar" (affective temperaments) kavramları, tanımlayıcı psikiyatride önemli bir gelişmedir. Bunun yanı sıra, Cloninger'in huyun biyolojik ve genetik yönünü vurgulayarak geliştirdiği dört boyutu huy ve üç boyutu karakteri tanımlayan psikobiyolojik yaklaşımı, kişiliği huy ve karakterin bileşimi olarak tanımlamaktadır. Kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki üzerine farklı varsayımlar öne sürülmüştür ancak henüz hiç biri tek başına yeterli açıklamayı sağlayamamaktadır. DSM-III ile çok eksenli sınıflama getirilerek, kişilik bozuklukları, Eksen II bozukluklar altında incelenmiştir. Bu yazıda, duygudurum bozukluklarına getirilen sınıflandırmacı ve boyutsal yaklaşımlar incelenmekte, eşlik eden huy, karakter ve kişilik bozuklukları tartışılmaktadır. Bu amaçla aşağıdaki anahtar sözcükler kullanılarak, 1980-2004 yılları arasında yapılan yayınlar medline (Pub/med) ile taranmıştır. Ulaşılan kaynaklar ışığında huy, kişilik ve karakter özelliklerinin duygudurum bozukluklarıyla birlikteliğinin klinik önemi tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Huy, karakter, kişilik, kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları

SUMMARY: The Relationship Between Mood Disorders and Temperament, Character and Personality

The terms temperament, character and personality have been used almost synonymously despite their different meanings. Hippocratic physicians conceptualized illness, including melancholia, in dimensional terms as an outgrowth of premorbid characteristics. In modern times, full-scale application of this dimensional concept to psychiatric disorders led Kraepelin, Schneider and Kretschmer to hypothesize that the 'endogenous psychoses are nothing other than marked accentuation of normal types of temperament'. Akiskal's 'soft-bipolarity' and 'affective temperaments' concepts and Cloninger's psychobiological model of temperament and character, which includes four temperament and three character dimensions, are examples of this dimensional approach from the last two decades. Hypotheses concerning the relationship between personality disorders and mood disorders have been described, but it is likely that a single unitary model would not adequately capture the complexity inherent in the relationship between mood and personality disorders. The DSM multiaxial approach to diagnosis encourages the clinician to distinguish state (Axis I) from trait (Axis II) features of mental disorders. Categorical systems like DSM have been criticised because of their inability to mention temperament, character and personality features. In this review, examples of dimensional approaches to mood disorders are given and discussed under the influence of temperament, character and personality disorders. For this purpose, literature from 1980 to 2004 has been reviewed through Pub/med, using the following key words.

Key Words: Temperament, character, personality, personality disorders, mood disorders

¹Araş Gör., ²Yrd. Doç., Gazi Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Ankara.

GİRİŞ

Huy (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Huy; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; genetik olarak gelen huyla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşiminden oluşur (Akiskal ve ark. 1983).

Bu gözden geçirme yazısında; duygudurum bozuklukları ve kişilik yapısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları ve görüşleri toplamak amacıyla; “huy, karakter, kişilik, kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları” anahtar sözcükleri kullanılarak 1980-2004 yılları arasında yayımlanmış olan medline (Pubmed) ve Türkçe kaynaklar taranmıştır.

Yazıda öncelikle; huy, karakter ve kişilik özelliklerinin duygudurum bozukluklarıyla ilişkisi üzerine tarihsel görüşler özetlenmekte, bu konuya farklı boyutsal yaklaşımlar getirmeye çalışan günümüz kişilik kuramcılarında Costa ve McCrae, Eysenck ve Eysenck, Thomas ve Chess ve Rothbart'ın kuramlarına kısaca değinilmekte, Akiskal ve Cloninger'in görüşleri daha ayrıntılı olarak incelenmektedir. Ayrıca üzerinde çok tartışılan bir konu olan sınırdaki kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki ele alınmaktadır.

BULGULAR

Huy, karakter ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki

Eski çağlardan beri doğuştan gelen bazı huyların belirli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı düşünülmektedir. Eski Yunanda Hipokrat'ın dört sıvı (kara safra, kan, sarı safra, lenf) kuramıyla kişilik ve huy tipleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Akiskal ve arkadaşları (1983) ve von Zerssen ve Akiskal (1998) kişiliğin duygulanım bozukluklarıyla ilişkisi üzerine yazdığı derlemelerde konunun tarihsel gelişimini ayrıntılı olarak ele almışlardır. Kraepelin 1921'de depresif, manik, irritabl ve siklotimik kişiliklerin duygudurum bozukluklarına 'kişisel yatkınlık' (personal disposition) yaratan temel huylar olduğunu belirtmiştir. Çoğu manik-depresif hastada bu duygulanım huylarının bulunduğunu, hastaların akut nöbet yatıştıktan sonra da bu huylara geri döndüğünü, hasta olmayan aile

bireylerinde de bu huylara rastlanabileceğini gözlemlemiştir. Schneider 1958 yılında Kraepelin'in gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik huylar tanımlamıştır. Schneider, Kraepelin'in aksine bu iki duygulanım huyunun duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını savunmuştur (Akiskal ve ark. 1983, von Zerssen ve Akiskal 1998).

Kretschmer'e göre duygulanım huyları keskin sınırlarla ayrılmamıştır, psikopatolojiler normal huy tiplerinin patolojik olarak belirginleşmiş türevleridir (Şekil 1). Kretschmer sikloid (cycloid) ve siklotimik (cyclothymic) tipleri şöyle açıklamıştır: (1) sosyal, iyi kalpli, kibar, iyi huylu; (2) mutlu, neşeli, canlı, sıcak kanlı; (3) içe dönük, sessiz, sakin, ciddi. Tüm sikloidlerin ilk ölçütleri karşıladığını, hipomanik sikloidlerin ikinci, depresif sikloidlerin üçüncü ölçütleri karşıladığını söylemiştir. Sikloid kişiliğin manik-depresif psikozun, şizoid (schizoid) tipin şizofrenik psikozun öncü huyu olduğunu savunmuştur. Hastalık ve normallik arasındaki tüm geçişlerin 'sağlıklı' siklotimik huylulardan 'hasta' siklotimikler (sikloidler) ve 'psikotik' siklotimikler (manik-depresifler) arasındaki süreklilik boyunca gerçekleştiğini eklemiştir (Akiskal ve ark. 1983). Bunun yanında Kretschmer'e göre huy hormonal sistem ve beden yapısından etkilenir, iki uçlu bozukluğu olan hastalar piknik yapıda, şizofrenler leptosome yapısındadır (von Zerssen ve Akiskal 1998).

DSM-IV-TR'ye göre duygudurum bozuklukları başlığı altında yer alan distimik ve siklotimik bozukluğun birinci eksen mi yoksa ikinci eksen bir huy ya da kişilik özelliği olarak mı yer alması gerektiği tartışmaları günümüzde halen sürmektedir.

'Silik ikiüçlülük' yelpazesi, duygulanım huyları ve duygudurum bozuklukları

Duygudurum bozuklukları ile huylar arasındaki ilişkiyi bir yelpaze içinde tanımlayan önemli yazarlardan biri olan Akiskal'a göre "ikiüçlü yelpaze"nin tüm toplumdaki sıklığı % 4-6 arasındadır (Akiskal 1994).

Akiskal ve Mallya (1987) başlangıçta 'silik ikiüçlülük' yelpazesi içinde duygulanım huyları (hipertimik, eşikaltı distimik, irritabl, siklotimik huylar), ikiüçlü II (majör depresif nöbetler + kendiliğinden/antidepresana bağlı hipomanik nöbetler), ikiüçlü III (yineleyici majör depresif nöbetler + ailede ikiüçlülük öyküsü + antidepresanla kaymaya bağlı hipomanik nöbetler) tanımlamıştır. Duygula-

TABLO 1. Akiskal'a Göre Duygulanım Huyları (Akiskal ve Mallya 1987).

Hipertimik Huy:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren araya giren ötimiyle birlikte aralıklı eşik altı hipomanik özellikler
- Az uyuma alışkanlığı (<6 saat/gün, hafta sonları da dahil)
- Yadsımanın çok fazla kullanılması
- Schneiderian hipomanik kişilik özellikleri:
 - * İrritabl, neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu
 - * Saf, kendine fazla güvenen, övünge, abartılı, gösterişli
 - * Gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle koşturan
 - * Aşırı konuşkan
 - * Sıcakkanlı, insan arayan, veya dışa dönük
 - * Aşırı karışan ve başkalarının işine burnunu sokan
 - * Baskılanmayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan

Esikaltı Distimik Huy:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Başka bir duruma ikincil olmayan aralıklı, düşük şiddette depresyon
- Çok uyuma alışkanlığı (>9 saat/gün)
- Derin derin düşünme, anhedoni ve psikomotor enerji azlığına meyil (hepsi sabah saatlerinde daha belirgin)
- Schneiderian depresif kişilik özellikleri:
 - * Ümitsiz, kötümser, neşesiz veya eğlenmeyen
 - * Sessiz, pasif ve kararsız
 - * Şüpheli, aşırı eleştiren veya şikayet eden
 - * Derin derin düşünen ve endişelenen
 - * Vicdanlı, kendi kendini disipline eden
 - * Kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten
 - * Başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında aşırı kafa yoran

İrritabl Huy:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötimik, çoğunlukla karamsar (irritabl ve çabuk kızan olma)
- Derin düşüncelere dalmaya meyil
- Aşırı eleştiren ve şikayet eden
- Aksî şakalar yapan
- İstenmediği halde sokulup sıkıntı veren
- Disforik yerinde duramama
- Dürtüsellik
- Antisoyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütlerini karşılamaz

Siklotimik Huy:

- Erken başlangıç (<21 yaş)
- Nadiren ötiminin olduğu, sık, kısa döngüler
- Bir fazdan diğerine öznel ve davranışsal görünüm arasında ani geçişlerin olduğu iki dönemli hastalık
- Öznel görünüm:
 - * Letarji X Ötoni
 - * Kötümserlik X İyimserlik
 - * Zihinsel konfüzyon X Keskinleşmiş ve yaratıcı düşünce
 - * Düşük kendine güven X Aşırı kendine güven arasında değişen benlik saygısı
- Davranışsal görünüm:
 - * Azalmış sözel dışavurum X çok konuşma
 - * Hipersomnia X Uyku ihtiyacının artması
 - * Nedensiz sulu gözlülük X Aşırı şakacılık
 - * İçedönük kendini soyutlama X Sınırsız insan arama
 - * Üretkenlikte belirgin değişkenlik

nım huyları için Akiskal'ın önerdiği tanı ölçütleri Tablo 1'de verilmiştir.

Akiskal ve Mallya (1987), 'silik ikuçluluk' yelpazesinin toplumdaki yaygınlığı nedeniyle aşağıdaki durumlarda ikuçlu bozukluğun ilerde ortaya çıkabileceğini, bu olguların yakından izlenmesini önermektedir: İkuçluluk açısından aile öyküsü ve/veya lityuma cevap veren birinci dereceden akraba varlığı veya duygudurum bozukluğu açısından yüklü üç nesilli soyağacı, antidepresanla oluşan hipomani, karma nöbet öyküsü, kendiliğinden hipomani öyküsü, hastalık öncesinde hipertimik, siklotimik, irritabl huy veya eşikaltı distimi, ani başlangıçlı ve bitişli depresyon, veya mevsimsel özellikli, özellikle de psikomotor yavaşlama ve fazla uyuma ile giden depresyon, gençlik veya erken erişkinlikte psikotik depresyon.

Akiskal ve Pinto (1999) daha sonra 'silik ikuçluluk' yelpazesini şöyle genişletmiştir: İkuçlu 1/2 (şizobipolar), ikuçlu 1 (depresyon olsun olmasın mani), ikuçlu 1 1/2 (uzamış hipomani + depres-

yon), ikuçlu 2 (depresyon + hipomani), ikuçlu 2 1/2 (depresyon + siklotimi), ikuçlu 3 (depresyon + antidepresanla oluşan hipomani), ikuçlu 3 1/2 (uyarıcı ilaçlarla oluşan depresif ve hipomanik nöbetler), ikuçlu 4 (depresyon + hipertimik huy).

İkuçlu 1/2 ve 1 dışındakiler, ikuçlu II başlığı altında toplanmış ve İkuçlu II spektruma eşlik eden endişeli, siklotimik ve duygusal huyun duygudurum bozuklukları dışında, anksiyete ve dürtü kontrol bozuklukları da dahil olmak üzere bir çok psikiyatrik bozukluğa yol açabileceğini söylemiştir (Perugi ve Akiskal 2002). İkuçlu bozukluk II yelpazesinin kaynağı siklotimik-endişeli-duyarlı huyların karışımından oluşan bir kaynaktır. Bu temel yaş, cinsiyet, ve çevresel etkenler sonucunda ikuçlu bozukluk II yelpazesine dönüşür. En son tanımlanmış haliyle 'silik ikuçluluk' yelpazesi Şekil 2'de özetlenmiştir. Akiskal'ın huy ve kişilikle ilgili çalışmalarına dayanarak geliştirdiği ölçek (MPPS-MD: Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi) hem hasta, hem de

Psikoz	Psikopatoloji	Normal huy	Psikopatoloji	Psikoz	
Şizofreni	Şizoid	Şizotimi	Siklotimi	Sikloid	Manikdepresif bozukluk

kontrol gruplarındaki hipertimik, depresif, irritabl (sınırlı), siklotimik ve endişeli (anksiyöz) özellikleri değerlendirmek için kullanılmaktadır (Akiskal ve ark. 1998). Özellikle klinik örnekleme yapılan çalışmalar, duygudurum bozukluklarına eşlik eden huy özelliklerinin ayırt edilmesi açısından anlamlıdır. İkiuçlu bozukluğu olan hastalarda nöbetlerin doğasına göre eşlik eden huy özellikleri arasında farklar bulunmuştur; karma nöbeti olan hastalarda, saf manik nöbeti olanlara göre daha fazla anksiyeteli-depresif huy özelliklerine rastlanmıştır (Brieger ve ark. 2003a). Bu ölçeğin Türkçe çevirisi ve Türk popülasyonunda yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (Vahip ve ark. yayında). İkiuçlu duygudurum bozukluğu, yineleyici tip depresif bozukluk ve tek dönemli depresyon tanısı almış hastaların duygulanım huyları açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada; depresif mizacın her iki depresyon grubunda da diğer gruplara göre daha sık görüldüğü, siklotimik mizacın hasta gruplarında kontrol gruplarına göre daha sık bulunduğu ve hipertimik mizaca sadece ikiuçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda rastlandığı gözlenmiştir (Akdeniz ve ark. 2004).

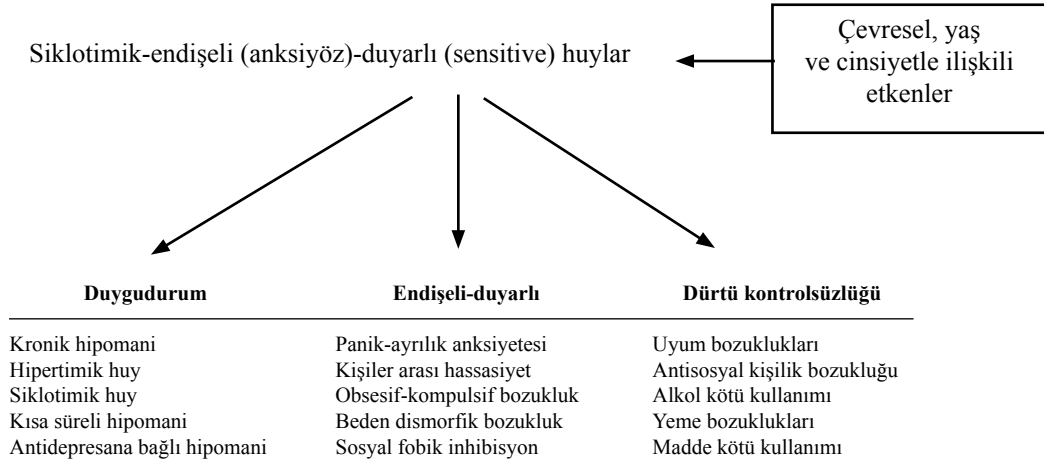
Huy ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de kuşkusuz Cloninger’dir. Cloninger, huy ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve belirli birincil ulakların ve bunlarla ilgili genlerin spesifik huy özellikleri ile bağlantısı olduğunu savunmuştur. Bu modelle uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği’nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı huy özelliği tanımlanmaktadır (Cloninger 1987). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance) serotonerjik, ödül bağımlılığı (reward dependence) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir.

Cloninger, ilk başta ödül bağımlılığının bir alt grubu olarak düşündüğü sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödül bağımlılığının diğer alt baş-

lıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü huy grubu haline getirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Cloninger’e göre bu dört huy özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Cloninger bu dört huy boyutundan oluşan bu özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemleyerek üç karakter boyutu eklemiş ve ölçeğin ismini ‘Huy ve Karakter Anketi’ (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (Cloninger ve ark. 1993). Böylelikle dört huy özelliğine ek olarak, erişkinlik döneminde olgunlaşan ve kişisel ve sosyal etkinliği belirleyen üç karakter boyutu eklenmiştir; kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence). Ölçeğin Türkçe Uyarlaması “Mizaç ve Karakter Envanteri” adıyla Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Bu iki ölçek duygudurum bozukluklarında eşlik eden huy ve karakter özelliklerinin anlaşılması ve bağlantılı beyin alanları ve birinci ulak sistemlerinin huylarla ilişkisinin anlaşılmasına katkılar sağlamaktadır.

Bu konuda yapılan çalışmalara göre; yenilik arama ve ödül bağımlılığı, durumsal duygudurumdan bağımsızken, zarardan kaçınmanın duygudurum ve anksiyete düzeyinden etkilendiği gözlenmiştir (Svrakic ve ark. 1992). Depresyon durumunun, zarardan kaçınma ve işbirliği yapmayı azalttığı görülse de, hafif ve orta dereceli depresyonlarda Huy ve Karakter Anketi’nin depresyonun durumsal etkisinden etkilenmediği görülmüş ve bu sonuçlar TCI’nin, hafiften orta dereceye kadar olan depresyon hastalarında altta yatan kişilik yapısını gösterecek uygun bir araç olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Sato ve ark. 2001). TCI’nin özellikle karakter boyutlarının psikoz ve duygudurum bozukluklarının eşik altı sendrom biçimleri olabildiği veya bu durumlara yatkınlık yaratabildiği yorumu yapılmış ve hipertimik, siklotimik, irritabl ve depresif huy tipleriyle belirli Huy ve Karakter Anketi boyutlarının bağlantılı olduğu söylenmiştir (Cloninger ve



ark. 1998). Depresyon hastalarındaki yüksek zarardan kaçma, düşük işbirliği yapma ve kendi kendini yönetme puanlarının depresyon şiddetiyle ilişkisi olduğu gözlenmiştir (Hansenne ve ark. 1999). Bazı huy ve karakter özelliklerinin depresyonda hangi antidepresana daha iyi cevap verileceğini belirlediğini gösteren çalışmalar heyecan verici olsa da, henüz yeterli sayıda hasta üzerinde tutarlı sonuçlar oluşmamıştır (Joyce ve ark. 1994, Nelson ve Cloninger 1995, Tome ve ark. 1997, Tetsuya ve ark. 1999).

İkiuçlu hastalarda yapılan çalışmalarda depresyon ve normal kişilerle karşılaştırıldığında, genel olarak yenilik arama değerlerinin yüksek (Young ve ark. 1995), sebat etme değerlerinin düşük olduğu (Osher ve ark. 1999) bulunmaktadır. Yüksek yenilik arama değerleri uzun süreli izlemde işlevsellikte bozulmanın bir göstergesi olabilir (Strakowski ve ark. 1993).

Cloninger'in psikobiolojik kişilik modeli huy ve karakter özelliklerine boyutsal bir yaklaşım getirmekle birlikte, huy ve karakter özelliklerinin duygudurum bozukluğu hastalarında sağaltıma ve prognoza etkisi konusunda tutarlı bulgularının olmaması yaklaşımın etkinliğini sınırlandırmaktadır.

Huy ve kişilikle ilgili günümüzdeki diğer kuramcılar ve görüşleri

Eysenck, kişilikle ilgili yaptığı çalışmalar sonucunda psikopatolojiyle temel olarak ilişkili olduğunu öne sürdüğü üç boyuttan bahsetmektedir: "nevrotizm", "içe dönüklük-dışa dönüklük" ve "psikotizm". Otonomik sinir sistemi aşırı aktif

olanların nevrotizme, şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduğunu söylemiştir (Eysenck 1991, Millon ve Davis 1996).

Costa ve McCrae, kişilik kavramına boyutsal yaklaşım getiren günümüz kuramcılarındandır. 1978'de geliştirdikleri model ilk önce sadece Nevrotizm, Dışa Dönüklük (Extroversion) ve Deneyime Açıklık (Openness) kavramlarını kapsarken, daha sonra bu kavramlara Uzlaşabilirlik (Agreeableness) ve Sorumluluk (Conscientiousness) kavramlarını da ekleyerek beş faktörlü bir kişilik modeli geliştirmişlerdir. Bu model üzerinde çalışmalar sürmektedir (McCrae 1991, Costa ve McCrae 1997).

Kişiliğin oluşumunda biyolojik ve yapısal yatkınlığın önemini vurgulayan önemli kuramcılardan Thomas ve Chess, doğumdan ergenliğe kadar yaptıkları gözlemler sonucunda, ilerdeki pek çok kişilik özelliklerinin gelişiminde temel teşkil eden iki önemli özelliğin, çocukların "aktivite biçimleri" ve "uyum yetenekleri" olduğunu ileri sürmüşler, daha sonra bu gözlemlerini genç erişkin döneme de taşıyarak kişiliğin hayat boyu gelişim sürecine ışık tutmaya çalışmışlardır (Chess ve Thomas 1990). Rothbart, huyu; kişinin biyolojik olarak doğuştan getirdiği, zamanla kalıtım, olgunlaşma ve deneyim gibi etkenlerden etkilenecek şekildekillenebilen bir yapı olarak tanımlamış (Rothbart ve ark. 2000), geliştirdiği Çocukların Davranış Ölçeği (Children's Behaviour Questionnaire; CBQ) ile duygusal tepkisellik ve kendini düzenleyici mekanizmaları değerlendirmeye çalışmıştır (Rothbart ve ark. 2001).

Sınıflandırmacı kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki

Kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkiyi açıklayan farklı varsayımlar öne sürülmüştür: Hazırlayıcı kişilik özellikleri varsayımı, duygudurum bozukluklarının sonucu olarak kişilik yapısında değişim olduğu varsayımı, bağımsızlık varsayımı, etken birlikteliği varsayımı, değiştirme varsayımı ve heterojenite varsayımı. Bu varsayımlardan hiçbiri tek başına kişilik bozuklukları ve duygudurum bozuklukları arasındaki karmaşık ilişkiyi açıklayamasa da, en çok destek gören heterojenite varsayımı olmuştur (Farmer ve Nelson-Gray 1990). Heterojenite varsayımına göre, depresyon ve kişilik bozukluğu belirti ve bulguları farklı kaynaklardan ortaya çıkar. Genetik ve yapısal etkenler çevresel etkenlerle birleşerek depresyon ve/veya kişilik bozukluklarına yatkınlık oluştururlar. Bu çeşitli birlikteliklerden kaynaklanan heterojen toplamdan hem kişilik bozukluğunun, hem de depresyonun açık belirti ve bulgularını gösteren bireyler çıkabilir.

Depresyon ve kişilik bozukluğu

Tek uçlu majör depresyona ek tanı olarak kişilik bozukluğunun sıklığı % 6-87 arasında değişmektedir. Bu geniş aralığın nedeni farklı çalışma ortamları (örneğin; ayaktan/yatan hasta örneklemi), farklı ölçme yöntemleri ve çalışmaya alma ölçütleri olmasıdır. Klinik örneklerde kişilik bozukluğu oranının % 30-40 olduğu tahmin edilmektedir (Enns ve ark. 2001).

Depresyon, B kümesinden sınırdaki (% 10-30), histrionik (% 2-20), antisosyal (% 0-10), narsisistik (% 0-5) kişilik bozukluğu ile sık birliktelik gösterir. C kümesi üzerinde yapılan çalışmalar çelişkili olsa da; obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (% 0-20) sık görüldüğü çalışmalarla desteklenmektedir. A kümesi de oldukça heterojen bir gruptur çünkü şizotipal kişilik bozukluğu birlikteliği % 0-20 olarak verilirken, paranoid kişilik bozukluğu ile birliktelik % 5'ten azdır. Şizoid kişilik bozukluğuyla birlikteliği ise çalışmadan çalışmaya değişmektedir (Corruble ve ark. 1996).

Kişilik özelliklerinin depresyonun gidişi üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada; iyileşmiş depresif hastalardan, tek bir depresif nöbet geçirmiş hastaların nevrozizm değerleri, birden fazla depresif nöbet geçirmiş depresif hastaların değerlerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve "nevrozik depresyon" tanısı alan hastaların nevrozizm

değerleri diğer hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Uluşahin ve Uluğ 1997).

Özellikle erken başlangıçlı majör depresyon, süregelen depresyon, distimi, atipik depresyon ve çifte depresyonda kişilik bozukluğu sıklığı artmaktadır (Enns ve ark. 2001). Kişilik bozukluğu ile birliktelik gösteren majör depresyon hastalarındaki klinik özellikler şunlardır (Black ve ark. 1988): Başlangıç yaşı daha erkendir, hastaneye yatma sayıları daha fazladır, nöbetler daha uzun sürer, daha fazla intihar düşünceleri ve girişimleri vardır, ailede alkolizm veya antisosyal kişilik bozukluğu oranı fazladır, deksametazon baskılanmaması daha azdır, EKT yapıma oranı daha düşüktür, antidepresanlara yanıt daha azdır.

İkiüçlü bozukluk ve kişilik bozuklukları

İkiüçlü bozukluğu olan hastalarda kişilik bozukluğu oranı % 4-23 olarak verilmektedir. Bu fark, çalışmalarda farklı yöntemler ve ölçütler kullanılmasına bağlıdır. B (sınırdaki, histrionik) ve C (obsesif, kaçınan) kümesi kişilik bozuklukları daha fazla bulunur (O'Connell ve ark. 1991). Depresyon ve ikiüçlü bozukluğa eşlik eden kişilik bozukluklarını karşılaştıran bir çalışmada; depresif hastaların % 51'inde, ikiüçlü bozukluğu olan hastaların % 38'inde kişilik bozukluğu birlikteliği saptanmış, her iki bozukluk için de sık görülen obsesif-kompulsif ve sınırdaki kişilik bozuklukları iken, depresyonda kaçınan, ikiüçlü bozuklukta narsisistik kişilik bozukluğu birlikteliği daha yüksek oranda tespit edilmiştir (Brieger ve ark. 2003b). Bir diğer çalışmada; ikiüçlü bozukluğu olan hastaların % 47.7'sinde en az bir tane kişilik bozukluğu saptanmıştır ve en sık rastlanan kişilik bozuklukları obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik bozukluklarıdır (Üçok ve ark. 1997). İkiüçlü bozukluğa eşlik eden kişilik bozukluğu olanlarda işsizlik oranı, kalıntı duygudurum belirtileri ve madde bağımlılığı oranı daha fazladır (George ve ark. 2003). Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği ikiüçlü hastalarda gidişin daha kötü olduğu (Dunayevich ve ark. 2000), daha fazla nöbet yaşadıkları (Dunayevich ve ark. 1996) ve daha fazla intihar girişiminde buldukları bildirilmektedir (Üçok ve ark. 1997).

Distimik bozukluk ve kişilik bozuklukları

Distimik hastalarda kişilik bozukluğu birlikteliği oranı % 15-90 oranında değişmektedir. Özellikle sınırdaki, histrionik, kaçınan, kendine zulmeden ve bağımlı kişilik bozukluklarıyla birlikteliğinden söz edilmektedir. Özellikle erken başlangıçlı disti-

mide nöbetlerle seyreden depresyona göre kişilik bozukluğu daha fazladır. Kişilik bozukluğu eşlik eden distimik hastalarda ek olarak diğer bir eksen I tanısı olasılığı ve depresif belirtilerin şiddeti daha fazladır (Garyfallos ve ark. 1999).

Depresif kişilik bozukluğu DSM-IV-TR'de 'üzerinde ileri çalışmalar gereken grup'ta yer almıştır. Bu tanı ile ilgili temel sorun kavramsal ve klinik olarak distimi, majör depresyon ve diğer kişilik bozukluklarından ayrılıp ayrılmayacağıdır. Bu kişilerin 1/3'ünün distimi ile birliktelik gösterdiği söylenmektedir (Phillips ve ark. 1998).

Depresif kişilik bozukluğu, distimideki bedensel belirtilerin aksine, intrapsişik ve kişiler arası olan kişilik özelliklerini kapsamaktadır. Eksen I tanılardan bağımsız olabildiği gibi, erken başlangıç ve süregen olması özelliğiyle bireyleri eksen I bozukluklara yatkın hale getirebilir. Bu 'spektrum ilişkisi', depresif kişilik bozukluğu ve majör depresyon arasında ailesel ilişkiyi destekleyen verilere dayanarak, şizotipal kişilik bozukluğu ile şizofreni, davranışsal baskılanma ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiye benzetilebilir.

Yine de, bu konuda daha fazla çalışma yapılmadığı sürece, depresif kişilik bozukluğu kavramı DSM'nin 'ek bölüm B' kategorisinde yer almaya devam edecek gibi gözükmektedir.

Sınırdaki kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki

Sınırdaki kişilik bozukluğu ve duygudurum bozuklukları arasında sık birlikteliğin gözlenmesi, ikisi arasındaki ilişki hakkında farklı varsayımların öne sürülmesine yol açmıştır (Gunderson ve Elliot 1985, Gunderson ve Phillips 1991). Hangi klinik durumun birincil, hangisinin ikincil olduğu konusu tartışılmaktadır. Diğer varsayımlar, iki bozukluğun birbirinden bağımsız olduğu ve iki bozukluk arasında sık birliktelik görülme nedeninin

belirti ve bulguların çeşitliliğinden kaynaklandığı şeklindedir.

Sınırdaki kişilik bozukluğunun bir duygudurum bozukluğu olduğunu savunanlar, sınırdaki kişilikteki 'duygulanım düzensizliğinin' biyolojik bir özellik ve bir huy yatkınlığı çevresinde gelişmiş bir karakter olduğunu ileri sürerler (Soloff ve ark. 1991). Sınırdaki kişilik bozukluğunda Dekametazon Supresyon Testi bozukluğunu ve REM latansında majör depresyondaki gibi değişiklikler olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Akiskal ve ark. 1985).

Sınırdaki kişilik bozukluğunun duygudurum bozukluğundan farklı, bağımsız bir tanı olduğunu düşünen araştırmacılar; gelişimsel örselemelerin sınırdaki kişilik bozukluğu olanların uyumunu bozacak, dürtüselliliğine ve duygulanım dalgalanmalarına neden olacak şekilde etki gösterdiğini ve sınır kişilik bozukluğundaki depresyonun tepkisel, öğrenilmiş, geçici ve bağımsız bir durum olduğunu savunmuşlardır ve bu savlarını benzer konularda yapılmış çalışmalarla desteklemişlerdir (Soloff ve ark. 1991).

Bu tartışmalar kesin bir sonuca ulaşmamıştır. Her iki bozukluğun da karmaşık yapısı ve belirti çeşitliliği göz önüne alındığında ileri çalışmalara gereksinim vardır.

SONUÇ

Bu yazıda duygudurum bozuklukları ve DSM'nin sınıflandırmacı kişilik bozuklukları, duygulanımsal huylar ve karakter özellikleri açısından kaynaklar ışığında ayrı ayrı incelenmiştir. Araştırmalardan elde edilen bulgular, DSM kategorik sisteminin varsaydığı gibi duygudurumla kişilik örüntülerinin bağımsız olmadığını, bunun aksine yapısal kişilik özellikleri ile duygulanımlar arasında bağlantılar olduğunu söyleyen kuramları daha fazla desteklemektedir.

KAYNAKLAR

Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S ve ark. (2004) Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 15: 183-190.

Akiskal HS (1994) The temperamental borders of affective disorders. Acta Psychiatr Scand, 89 (Suppl.379): 32-37.

Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI (1983) The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 40: 801-810.

Akiskal HS, Mallya G (1987) Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull, 23: 68-73.

Akiskal HS, Pinto O (1999) The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV. Psychiatr Clin N Am, 22: 517-534.

Akiskal HS, Placidi GF, Marenmani I ve ark. (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient group. J Affect Disord, 51: 7-19.

- Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC ve ark. (1985) The nosologic status of borderlineborderline personality: clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry*, 142: 192-198.
- Black DW, Bell S, Hulbert J ve ark. (1988) The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord*, 14: 115-122.
- Brieger P, Ehrt U, Marnemos A (2003a) Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry*, 44: 28-34.
- Brieger P, Roettig S, Ehrt U ve ark. (2003b) TEMPS-A scale in 'mixed' and 'pure' manic episodes: new data and methodological considerations on the relevance of joint anxious-depressive temperament traits. *J Affect Disord*, 73: 99-104.
- Chess S, Thomas A (1990) The New York Longitudinal Study (NYLS): the young adult periods. *Can J Psychiatry*, 35: 557-561.
- Cloninger CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588.
- Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM (1998) Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord*, 51: 21-32.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-980.
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord*, 37: 157-170.
- Costa PT, McCrae RR (1997) Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess*, 68: 86-94.
- Dunayevich E, Sax KW, Kech PE ve ark. (2000) Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J Clin Psychiatry*, 61: 134-139.
- Dunayevich E, Strakowski SM, Sax KW ve ark. (1996) Personality disorders in first-and multiple-episode mania. *Psychiatry Res*, 64: 69-75.
- Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS ve ark. (2001) Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: comorbidity. *Can J Psychiatry*, 46 (Suppl 1): 77-90.
- Eysenck HJ (1991) Dimensions of personality: 16, 5 or 3 criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12: 773-790.
- Farmer R, Nelson-Gray RO (1990) Personality disorders and depression: hypothetical relations, empirical findings, and methodological considerations. *Clin Psychol Rev*, 10: 453-476.
- Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A ve ark. (1999) Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr Scand*, 99: 332-340.
- George EL, Miklowitz DT, Richards JA ve ark. (2003) The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord*, 5: 115-122.
- Gunderson JG, Elliot GR (1985) The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 142: 277-288.
- Gunderson JG, Phillips KA (1991) A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*, 148: 967-975.
- Hansenne M, Roggers J, Pinto E ve ark. (1999) TCI and depression. *J Psychiatr Res*, 33: 31-36.
- Joyce P, Mulder R, Cloninger CR (1994) Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *J Affect Disord*, 30: 35-46.
- McCrae RR (1991) The five factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess*, 57: 399-414.
- Millon T, Davis RD (1996) Disorders of personality DSM-IV and beyond. Wiley-Interscience Publication, 2. baskı, s. 60.
- Nelson EC, Cloninger CR (1995) TPQ as a predictor of response to nefazodone treatment of depression. *J Affect Disord*, 35: 51-57.
- O'Connell RA, Mayo JA, Scuitto MS (1991) PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *J Affect Disord*, 23: 217-221.
- Osher Y, Lefkifker E, Kotler M (1999) Low persistence in euthymic manic-depressive patients: a replication. *J Affect Disord*, 53: 87-90.
- Perugi G, Akiskal HS (2002) The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin N Am*, 25: 713-737.
- Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J ve ark. (1998) Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155: 1044-1048.
- Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE (2000) Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 78: 122-135.
- Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL ve ark. (2001) Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behaviour Questionnaire. *Child Dev*, 72: 1394-1408.
- S. Köse, K. Sayar, İ Ak ve ark. (2004) Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14:107-131.
- Sato T, Narita T, Hirano S ve ark. (2001) Factor validity of TCI in patients with major depression. *Compr Psychiatry*, 42: 337-341.
- Soloff PH, Cornelius J, George A (1991) The depressed borderline: one disorder or two? *Psychopharmacol Bull*, 27: 23-30.
- Strakowski SM, Stoll AL, Tohen M ve ark. (1993) TPQ as a predictor of six-month outcome in first episode mania. *Psychiatr Res*, 48: 1-8.
- Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR (1992) Mood states and personality traits. *J Affect Disord*, 24: 217-226.
- Tetsuya S, Hirano S, Narita T ve ark. (1999) TCI dimensions as a predictor of response to antidepressant treatment in major depression. *J Affect Disord*, 56: 153-161.
- Tome MB, Cloninger CR, Watson JP ve ark. (1997) Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency: personality variables and response to paroxetine and pindolol. *J Affect Disord*, 44: 101-109.
- Uluşahin A, Uluğ B (1997) Clinical and personality correlates of outcome in depressive disorders in a Turkish sample. *J Affect Disord*, 42: 1-8.
- Üçok A, Karameli D, Kundakçı T ve ark. (1997) Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry*, 39: 72-74.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. Affective temperamental features in Turkey: findings from the validity and reliability study of TEMPS-A. *J Affect Disord* (baskıda).
- Vonzerssen D, Akiskal HS (1998) Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord*, 51: 1-5.
- Young LT, Bagby RM, Cooke RG ve ark. (1995) A comparison of TPQ dimensions in bipolar disorder and unipolar depression. *Psychiatr Res*, 58: 139-143.