

KOMORBİD DEPRESYON ve KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ HASTALARDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları ve depresyon, klinisyenin sıklıkla birlikte koyduğu tanılardır. Depresif hastaların %30-70 kadarına başta B kümesi olmak üzere kişilik bozuklukları eştanısı bulunduğu bildirilmektedir (Corruble ve ark. 1996). Sınır kişilik bozukluklarında depresyon eştanısı konma oranı %24-87 arasında bildirilmektedir (Docherty ve ark. 1986, Jonas ve Pope 1992). İntihar eden ve kişilik bozukluğu tanısı almış hastalarda ise bu oran %95'e ulaşmaktadır (Isometsa ve ark. 1996).

En sık kaçınan, sınır ve paranoid kişilik bozukluğu tanılarının depresyona eşlik ettiği bildirilmektedir. Depresif bir süreç içerisinde olan bir hastada kişilik özelliklerini belirlemek son derece güç olduğundan, konmuş olan kişilik bozukluğu tanısının geçerliliği de ayrı bir tartışma konusudur. Tedavi olan depresif hastalarla tekrar görüşme yapıldığında, kişilik bozukluğu tanısı oranının yarıya düştüğü bildirilmektedir (Thase 1996).

Bâzen kişilik bozukluğu depresyon ayırımının yapılması kolay olamayabilir. Agresif kişilik yapısının distimiden ayrı olup olmadığı konusu hâlen tartışmalıdır. Benzer biçimde, sınıflamalarda yer almamasına karşın, depresif kişilikle distimi arasındaki ilişkiler de tartışmalıdır. Bâzi çalışmalar bir ayırım olabileceğini düşündürmektedir. Phillips ve arkadaşları (1998) depresif kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların %63'ünün distimi, %60'ının ise majör depresyon tanısı almadığını bildirmiştir. Bu grupta kontrollere oranla daha fazla kişilik bozukluğu saptandığını bildirmektedir. Bu hastaların %40'ında kişilik bozukluğu tanısı konmamıştır. Konanlar ise C kümesi tanıları al-

Mine Özmen*, Ercan Özmen**

ÖZET

Majör depresyon ve kişilik bozuklukları sıklıkla birlikte saptanır. Depresif bir hastada beraberinde kişilik bozukluğu tanısı koymak kolay değildir. Depresyondaki bireyin kişilik özelliklerini değerlendirme güçlüğünün yanı sıra, majör depresyonda ortaya çıkan semptomlarla, kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan bir kişinin depresif tepkileri arasında da klinik farklılıklar vardır. İntihar riski nedeniyle depresyon ve kişilik bozukluğu komorbid olarak saptandığında depresyonun tedavisi önceliklidir ancak genel tedavi planı çok boyutlu yapılmalıdır. Psikoterapi kişilik bozukluklarında temel tedavi yaklaşımıdır ve gerektiğinde spesifik semptomları hedefleyen adjuvan ilaç tedavisi ile birlikte kullanılmalıdır. Hastanın tedaviye uyumunda güçlükler çıkacağı, aktarım ve karşı aktarım duygularının tedaviyi güçleştireceği ayrıca hastanın ilâca karşı aktarım duyguları geliştirebileceği göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, kişilik bozukluğu, komorbidite, psikoterapi

TREATMENT APPROACHES in PATIENTS WITH COMORBID DEPRESSION and PERSONALITY DISORDER

ABSTRACT

Major depression and personality disorders are frequently comorbid conditions. To Diagnosing, a personality disorder in a depressed individual is not easy. Furthermore there are clinical differences in depressive reactions of an individual with a personality disorder and major depressive symptoms. Since suicide is a risk, treatment of depression is a priority, but general treatment plan should be multidimensional. Psychotherapy, which is the major treatment modality in personality disorders, should be conducted while adjuvant pharmacotherapy targeting specific symptoms may be considered whenever indicated. Therapeutic alliance will be challenged because of transference and countertransference reactions and also patient's transference to the medication itself.

Keywords: depression, personality disorders, psychotherapy

mışlardır, bu bulgu geleneksel psikanalitik depresif kişilik anlayışı ile uyumludur.

Kişilik bozukluğuna eşlik eden depresyonun majör depresyondan farklı olduğu bildirilmektedir. Sınır kişilik bozukluğu tanısı alan bir hastanın depresyonu boşluk hissi ve öfke, kendisine bakım verecek birisine olan ihtiyaç ile şekillenir. Bu hastalar ya trisiklik antidepressanlardan hiç yararlanmazlar ya da yakınları şiddetlenir. Nefret, tekrarlayan süsüidal davranışlar, hostil bağımlı kişilik özellikleri, ayrılma ve reddedilmeye aşırı hassasiyet daha belirgindir. Oysa depresif hastada pişmanlık, suçluluk, ciddi intihar düşünce ve girişimleri, sosyal çekilme veya ajitasyon, başarısızlıklarla aşırı uğraşma, daha ağır vejetatif semptomlar saptanır; ilişkiler ise daha tutarlıdır (Gabbard 2000).

* Psikiyatri profesörü. İÜ Cerrahpaşa TF Psikiyatri AD. KM Paşa İstanbul

** Psikiyatri Doçenti. Lundbeck İlaç Firması. İstanbul.



Hem Kraepelin hem de Freud, kişilik patolojisinin depresif hastanın tedaviye yanıtını etkileyeceğinden söz etmişlerdir. Bu hâlen klinisyenler arasında yaygın bir kanıdır. Ancak, son yıllarda kişilik bozukluğu eştanısı alan hastalarda depresyon tedavisi konusunda bu yaygın görüşü destekleyen yayınların yanı sıra, çelişen bildirimler de göze çarpmaktadır. Özellikle distimi, kronik majör depresyon ve çifte depresyon durumlarında sorun daha karmaşıktır. Bâzi çalışmalarda kişilik bozukluklarının I. eksen bozukluklarının tedavisini karmaşıklaştırdığı bildirilmektedir (Reich ve Green 1991). Kişilik bozukluğu olan hastaların sosyal işlevselliklerinde daha az düzelme ve daha fazla rezidüel depresif semptom bildirilmiştir. Ayrıca bu hastalar tedavi işbirliğine girmekte zorlanırlar (Shea ve ark. 1990). 18 yıllık bir takip çalışmasında, nörotizm puanı yüksek olanlarda prognozun daha kötü olduğu bildirilmiştir (Duggan 1991). Kişilik bozukluğu eştanısı alan ve almayan depresifler karşılaştırıldığında kişilik bozukluğu eştanısı alanların daha fazla semptomları ve daha kötü sosyal uyumları olduğu, antidepresana, interpersonal psikoterapiye ve EKT'ye daha az yanıt verdikleri bildirilmektedir (Thase 1996). Ayrıca bu hastalar klinisyende güçlü karşı aktarım duyguları uyandırdıklarından hekim ilaç tedavisini en uygun biçimde düzenleyemeyebilir veya etkili psikoterapi uygulayamayabilir (Gabbard 1998). Yaygın görüşü destekleyen bu çalışmaların tersine, bâzi araştırmacılar bu gruplarda kişilik bozukluğu eştanı oranının yüksek olduğu ve tedaviye yanıtı etkilemediği hâttâ tedavi ile iyileşebildiği bildirilmektedir. Örneğin Hirchfeld ve arkadaşlarının (1998) hastaların çalışmaya kör ve bağımsız görüşmeciler tarafından değerlendirildiği çalışmasında, A kümesinde depresyon tedavisi sonrasında %29 oranında kişilik bozukluğunda düzelme gözlenirken, B ve C kümesinde hastaların çoğunun iyileştiğini bildirmekte, depresyon iyi tedavi edildiğinde kişilik bozukluğunun da düzeleceği görüşünü ileri sürmektedir. Bu durumda kişilik bozukluğu ölçümlerinin ne kadar sağlıklı yapılabildiği ve kullanılan ölçeklerin yeterliliği de ayrı bir tartışma konusudur.

Kişilik bozukluğu eştanılı depresyonda intihar riskinin çok artması nedeniyle öncelikle depresyonu tedavi etmek gerekir (Stone 1990, Links ve ark. 1990).

1970'lerde nörotik, hipokondriyak veya histerik kişilik özellikleri olan ve depresyon tanısı almış hastaların trisikliklere yanıtlarının plasebodan farklı olmadığı bildirilmiştir. Ancak, günümüzde sınır kişilik bozukluğunda (SKB) da ilaç kullanımı standart tedavinin bir parçası haline gelmiştir. SSRİlerin öfkenin şiddetini, itkisel (impulsive) ve saldırgan davranışı azaltmada etkili olduğuna yönelik 3 adet çift kör plasebo kontrollü çalışma yapılmıştır (Coccaro ve Kavoussi 1997, Markovitz 1995, Salzman ve ark. 1995). Bu çalışmalar SSRİlerin hastanın mizacını düzelttiği hipotezini desteklemektedir. Bu durumda hastanın psiko-

terapiye uyumu da artacaktır. Bu durumda bâzi tedaviler hem kişilik bozukluğu hem de depresyonda etkili gözükmektedir. Araştırmacılar SSRİlerin komorbid depresyonu olmayan hastalarda da etkili bulunduğunu ancak, bâzi hastalarda majör depresyon tedavisi için gerekenin çok daha üzerinde dozlara çıkmak, örneğin fluoksetin dozunun 80 mg'a kadar artırılması gerektiğini bildirmişlerdir (Markovitz 1995). Depresyon kişilikle ilgili ölçümleri etkilese bile, kişilik bozukluğu tanısı almış hastalarda tedaviye daha dirençli olduğu ve daha geç yanıt verdiği bildirilmiştir (Oldham ve Skodol 1992). Frank ve Kupfer (1990) hastalarının ilaç tedavisine 8 hafta sonra yanıt verdiğini bildirmişlerdir. Ancak, ilaçla tedaviler tedavi edici değil, psikoterapiye yardımcı olarak önerilmektedir. Bu durumda hasta psikoterapi sürecini daha rahat yansıtabilir hâle gelir. Bâzi hastalar SSRİlerden yarar görmezler. Soloff (1998) hedeflenen semptom kümelerine yönelik bir algoritma geliştirmiş ve affektif disregülasyon için SSRI ile yanıt alınmazsa nefazodon, venlafaksin veya birden fazla sisteme etkili anti-depresanlara geçmek, öfke bir sorunsu düşük doz nöroleptik, kaygı başta gelen güçlükse klonazepam önermiştir. Dezinhibisyon (yıkıcı, kendine zarar verici hareketler) yapabileceğinden alprazolam kullanımından bu hastalarda kaçınılması önerilmektedir (Cowdry ve Gardner 1988, Gardner ve Cowdry, 1985). Lityum da affektif disregülasyon için önerilen ajanlar arasındadır. İlaça uyumu düşük ve kötüye kullanım riski yüksek olan bu popülasyon için kâr/zarar oranı klinisyen tarafından dikkate alınmalıdır. Kendine zarar verici davranışlar ve alkol kötüye kullanımı varsa naltrekson önerilmektedir. Paranoid fikirler veya depersonalizasyon gibi bilişsel-algisal sorunlar varsa, düşük doz klâsik nöroleptikler yâhut atipik nöroleptikler kullanılabilir (Frankenburg ve Zabnarini 1993).

Bütün bu verilere karşın, günümüzde kişilik bozukluklarında temel tedavi psikoterapidir, ilaç tedavisi yardımcı bir tedavi olarak kabûl edilmektedir. Hastayı psikodinamik olarak anlamının bu tür eştanılı durumlarda çok yararlı olacağı bildirilmektedir (Gabbard, 2000). Birden fazla tanı ayrı ayrı ele alındığında kavranması zor olabilirken gelişimsel öykü çerçevesinde tüm tanıların bir ortak paydada buluştukları saptanabilir. Çalışmalar kişilik bozukluğu saptanan hastaların çabucak tedavi olmadıklarını ve kombine tedavilerin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Bilişsel psikoterapi ise her iki grupta eşit derecede etkili gözükmektedir. Yıkıcı eylemler, negatif terapötik reaksiyonlar tedaviye uyumu bozabileceğinden, bu sorunlarla aktif olarak çalışılması önerilmektedir. Bateman ve Fonagy (1999), psikodinamik psikoterapi ile düzelmenin 6 ay sonra başladığını, uzun sürdüğünü, ancak tedavide kalanlarda önemli ilerlemeler olduğunu bildirmişlerdir. Kişilik bozukluklarında psikoterapinin etkililiğine yönelik bilimsel veriler gide-



rek artmakta ve temel tedavi seçeneği olmasının yanı sıra tedaviye eklenen psikoterapinin uzun dönemde daha ucuz bir alternatif olduğunu bildirilmektedir. (Gabbard 1997).

Bâzen kombine tedavide aktarım duyguları ilâca yönelik olarak ortaya çıkar (Adelman 1985, Gabbard 2000, Waldinger ve Frank 1989). İlâçlar sembolik olarak terapisti temsil eden bir geçiş nesnesi olduğu zaman bu fenomen tedavide terapistin işine yarar. Özellikle nesne sürekliliği tam gelişmemiş olan sınır kişilik bozukluklarında ilâç tatilde veya toplantıda olan terapistin yerini tutar. Bu tür hastaların terapilerinde terapistin tatile çıkacağı son seanslarda, yahut bâzen daha seyrek görüşmeler yapılacağı dönemde hastalar sıklıkla reçete yazılmasını veya ilâç önermesini talep ederler. Bâzen de ilâca yönelik olarak ortaya çıkan diğer aktarım duyguları hastanın içsel nesne ilişkilerinin çalışılmasına aracı olur. Örneğin hasta ilâcı ülküleştirebilir ve aldıktan 1 saat sonra veya ertesi gün kendisini çok iyi hissettiğinden ilâcın ona çok iyi geldiğinden söz eder. Ancak bir süre sonra bu etki kaybolur. İlâca olan bu aktarım aslında terapisti önce ülküleştiren sonra da yetersiz bulan aktarımdan farklı değildir. Hasta omnipotan bir nesnenin onu büyüdü bir şekilde rahatlatmasını ummaktadır. Bu nedenle tedaviye ilâç eklendiğinde bunun anlamının da çalışılması önemlidir. İlâç eklenirken hedef semptomlar seçilmeli, hekim kendi karşı aktarım duygularının katkılarıyla polifarmasiden ve gereksiz ilâç kullanımından uzak durmalıdır.

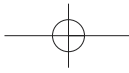
SONUÇ

Depresyonda olan bir kişide kişilik bozukluğu eş-tanısı koyarken dikkatli olmak, majör depresyonla kişilik bozukluğuna bağlı gelişen depresif durumların ayırımını yapabilmek gerekir. Örneğin sınır kişilik bozukluğu tanısı alan hastalarda boşluk hissi, nefret, bağımlılık gibi belirtiler, majör depresyonda ise suçluluk, pişmanlık gibi duygulanımlar ve vejetatif semptomlar ön plândadır. Ayrıca depresif bir kişide kişilik özelliklerini değerlendirmek de zordur.

Kişilik bozukluğuna eşlik eden depresyonda tedavide öncelik depresyonun tedavisidir. Tedavi yaklaşımı çok yönlü olmalı, farmakoterapinin yanı sıra mutlaka psikososyal yaklaşımları ve psikoterapiyi kapsamalıdır; gerektiğinde agresyon, emosyonel labilite gibi durumlarda adjuvant farmakoterapi (örn. antipsikotikler veya duygudurum dengeleyicileri) eklenebilir. Hastanın tedaviye uyumu bozulabileceği gibi, hekimde gelişen olumsuz karşı aktarım duyguları da tedavi sürecini baltalayabilir. Hekimin bu konularda dikkatli olması gerekir. Bu hastalarda ilâcın kendisine karşı da olumsuz aktarım duyguları gelişebileceğinden ve tedavi olumsuz etkilenebileceğinden, klinisyenin hastayı psikodinamik açıdan da anlayabilecek ve yönetebilecek temel becerileri kazanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Bateman A, Fonagy P (1999) The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*; 156: 1563-1569.
- Coccaro EF ve Kavoussi RJ (1997) Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered patients. *Arch Gen Psychiatry*; 54: 1081-1088.
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD (1996) Comorbidity of personality disorder and unipolar major depression: a review; *J Affect Disord*; 37: 157-170.
- Cowdry RW, Gardner DL (1988) Pharmacotherapy of personality disorder: alprazolam, carbamazepin, trifluoperazine, and trancylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*; 45: 11-119.
- Docherty JP, Fiester SJ, Shea T (1986) Syndrome diagnosis in personality disorder. *American Psychiatric Association, Annual Review of Psychiatry*, vol 5. Frances AJ, Hales RE editors. Washington DC: American Psychiatric Press, 315-355.
- Duggan DF, Lee AS, Murray RMM (1991) Do different subtypes of hospitalized depressives have different long-term outcomes? *Arch Gen Psychiatry*; 48: 308-312.
- Frank E ve Kupfer DJ, Jacop M, et al (1987) Personality features and response to acute treatment in recurrent depression. *J of Pers Dis*; 1: 14-26.
- Frankenburg FR, Zabnarini MC (1993) Clozapine treatment of borderline patients/a preliminary study. *Compr Psychiatry*; 34: 402-405.
- Gardner DL, Cowdry, RW (1985) Alprazolam induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J of Psychiatry* 142: 98-100.
- Gabbard GO (1997) Psychotherapy of personality disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health*; 3: 327-333.
- Gabbard GO (1998) Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of ongoing analysis. *Psychoanalytic Inquiry*; 18: 657-672.
- Gabbard GO (2000) Combining medication with psychotherapy in the treatment of personality disorders. *Psychotherapy for personality disorders*. Gunderson JG, Gabbard GO, editors Washington DC: American Psychiatric Press; 65-90.
- Hirschfeld RMSA (1999) Personality disorders and depression comorbidity. *Depression and Anxiety*; 10: 142-146.
- Isometza ET, Henriksson MM, Heikkinen ME (1996) Suicidality among patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*; 153: 667-673.
- Jonas JM, Pope HG (1992) Axis I comorbidity of borderline personality disorder: borderline personality disorder: clinical implications. *Clinical and Empirical Perspectives*. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum, editors. New York: Guilford, 149-160.
- Links PS, Steiner M, Boiago I, et al. (1990) Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *J Personal Disord*; 4: 173-181.
- Markovitz P (1995) Pharmacotherapy of impulsivity, aggression and related disorders In *Impulsivity and Aggression*. Hollander E, Stein DJ, Zohar J, editors. New York: Wiley, 263-287.
- Oldham JM, Skodol AE (1992) Personality disorders and mood disorders In *American Psychiatric Press Review of Psychiatry Vol 11*. Tasman A, Riba MB, editors. Was-



- hington DC: American Psychiatric Press, 418-435.
- Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J, et al (1998) Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiatry*; 155: 1044-1048.
- Reich JH, Geen AI (1991) Effect of personality on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis*; 179: 74-82.
- Salzman C, Wolfson AN, Shatzberg A, et al (1995) Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*; 15: 23-29.
- Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, et al. (1990) Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry*; 147: 711-718.
- Soloff PH (1998) Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual affective and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin*; 62: 195-214.
- Stone MB (1990) Treatment of borderline patients: a pragmatic approach. *Psychiatr Clin North Am*; 13: 265-285.
- Thase ME (1996) The role of Axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*; 19: 287-309.