

Şizofreniye Eşlik Eden Kişilik Bozuklukları: 75 Hastadan Oluşan Bir Örneklemenin Analizi

Ersin Hatice Karslıoğlu¹, Semra Ulusoy Kaymak¹, Haldun Soygür², Burcu Manisalı Erkek³, Sibel Koçbiyık³, Cengiz Han Açıkcelik⁴, Elvan Özalp², Eylem Şahin Cankurtaran²

ÖZET:

Şizofreniye eşlik eden kişilik bozuklukları: 75 hastadan oluşan bir örneklemenin analizi

Giriş: Şizofreni hastalarında eşlik eden kişilik bozukluklarıyla sık karşılaşmakta ve bunlar belirtilerin görünümü ile hastalığın seyrini değiştirebilmektedirler.

Amaç: Şizofreni hastalarından oluşan bir örneklemde kişilik bozukluklarının sıklığını ve çeşitli sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır. Kişilik bozukluklarının psikotik hastalıkların tanısı, seyri, takibi ve tedavi planlamasına olası etkileri tartışılmıştır.

Yöntem: Çalışma grubu şizofreni tanısıyla takip edilmekte olan 37 kadın ve 38 erkek (toplam 75) hastadan oluşmaktadır. Hastaların demografik, sosyal ve çeşitli klinik testlerle değerlendirilen hastalık belirtilerinin durumu ile eşlik eden kişilik patolojilerini içeren bir veri seti elde edilmiştir.

Bulgular: Şizofreni hastalarında yaklaşık %70 oranında eşlik eden bir veya birden fazla kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır. En sık görülen kişilik bozuklukları kaçınan, paranoid ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarının tipleri ve bunların sıklıkları çeşitli ölçütlere göre gruplandırılan hastalar arasında farklılıklar göstermektedir.

Tartışma: Şizofreni hastalarında kişilik bozukluklarının dağılımı ve sıklığını bilmek, gerek tanı ve takip sürecinde, gerekse farmakolojik tedavinin planlanmasında klinisyene yardımcı veriler sağlayabilir. Kişilik bozukluklarının hastanın uyumunu azaltmak suretiyle veya henüz tam olarak anlaşılamayan patojenik mekanizmalarla hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemeleri mümkündür.

Anahtar sözcükler: Kişilik bozukluğu, şizofreni, psikoz

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2012;22(1):59-70

ABSTRACT:

Personality disorders accompanying schizophrenia: analysis of a series consisting of 75 patients

Introduction: Accompanying personality disorders can frequently be encountered in schizophrenic patients and they may change the expressions of symptoms and the course of the disease.

Objective: We aimed to investigate the frequency and distribution of personality disorders and their relationship with some sociodemographic and clinical variables in a group of schizophrenic patients. Possible effects of the personality disorders on the diagnosis, course, follow-up, and treatment planning of the schizophrenia are also discussed.

Method: The study group was composed of 37 female and 38 male (total 75) patients who were followed up by the diagnosis of schizophrenia. A data set including some demographic - social variables and the status of symptoms evaluated by some clinical tests, as well as accompanying personality pathologies were obtained.

Results: In our sample approximately 70% of schizophrenic patients have had one or more types of accompanying personality disorders. The most frequently seen types were avoidant, paranoid, and obsessive-compulsive personality disorders. The types and frequencies of the personality disorders showed differences among the patient groups formed by various criteria.

Discussion: Knowing the distribution and frequency of personality disorders in schizophrenic patients may provide useful data to the clinicians in both the diagnosis / follow up and the planning of the pharmacological treatment of the disease. Possibly the personality disorders may negatively affect the course of the disease either by interfering with the adherence of the patients or by some pathogenetical mechanisms, which are not fully understood yet.

Key words: Personality disorder, schizophrenia, psychosis

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2012;22(1):59-70

¹Psikiyatri Uzmanı, T.C.S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara-Türkiye
²Psikiyatri Uzmanı, Doç. Dr., T.C.S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara-Türkiye

³Psikiyatri Uzmanlık Öğrencisi, T.C.S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara-Türkiye

⁴Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji Uzmanı, Doç. Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Ersin Hatice Karslıoğlu, Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Mahmut Esat Bozkurt Cad. No:2 06640 Kolej, Çankaya, Ankara-Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-434-0990/6272

Elektronik posta adresi / E-mail address: ehkarslioglu@gmail.com

Gönderme tarihi / Date of submission: 17 Eylül 2011 / September 17, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 19 Eylül 2011 / September 19, 2011

Bağın beyanı:

E.H.K., S.U.K., H.S., B.M.E., S.K., C.H.A., E.Ö., E.Ş.C.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

E.H.K., S.U.K., H.S., B.M.E., S.K., C.H.A., E.Ö., E.Ş.C.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Kişilik genetik olarak belirlenen, ekonomik ve kültürel değişikliklerden bağımsız, yaşam boyu kalıcı etkiler ortaya koyan, birbiriyle ilişkili ve etkileşim içindeki özellikler bütünüdür. Bireyin intrapsişik olarak ve çevreyle ilişkisin-

de ortaya koyduğu stabil ve kalıcı düşünce, davranış ve psikolojik kalıplarıdır (1). Kişilik farklılıkları şizofreni hastalarında da tespit edilebilir (2). Bu özellikler hastalıktan önce var olabileceği gibi hastalık başladıktan sonra ortaya çıkıp kalıcı hale de gelebilir. Aslında şizofrenide kişilik değişiklikleri, Bleuler ve Kraepelin'den beri ilgi

uyandıran bir araştırma alanı olagelmıştır (3,4).

Ciddi ruhsal hastalığı olanlarda kişilikle ilgili çalışma, hastalığın gerçekliği ve retrospektif geri çağırma bozması nedeniyle sorunlu bir alandır. Bununla birlikte, kaynak kullanımı ve gidişat üzerinde belirleyici rol oynamalarından dolayı, daha çok önem kazanmaktadır (5). Kraepelin'den beri şizofreni hastalarının kişilik yarılmaları yaşadıkları ve psikotik belirtilerin, bir daha asla psikozdan önceki haline dönemeyecek kadar çok kişiliği yıktığı düşünülmüştür. DSM IV'te şizofreni hastalarında kişilik bozukluğu tanısı konulması konusunda, hastalığın kişilik üzerindeki etkilerinden dolayı uyarı bulunmaktadır (6). Bununla birlikte şizofreni hastaları ile çalışan pek çok klinisyen, şizofreni hastalarında kişilik olarak kavramsallaştırılan karakteristikler tanımlamaktadır ve klinik deneyimin, şizofrenik hastaların çeşitli kişilik tarzları olduğuna işaret ettiği bildirilmiştir (1,5,7). Affektif bozukluklarda kişilik özellikleri ve bozuklukları çok çalışılmış olmasına rağmen şizofrenide bu kadar ele alınmamış olması hastalığın genel, ilerleyici ve geridönüşsüz yıkımına bağlı olabilir (8). Bazı araştırmacılar ise şizofreni ve kişilik ilişkisine daha farklı bir bakış öne sürmüşlerdir (7,9). Kretschmer, normallik ve psikoz arasında bir süreklilik olduğunu, kişiliğin sonradan gelişebilecek psikiyatrik hastalığın zeminini oluşturduğunu öne sürmüştür (10). Jaspers (11) ve Schneider (12) ise bunun aksine kategorik yaklaşımı gündeme getirmiş, kişilik bozukluklarının psikozdan ayrı bir durum olduğu görüşünü benimsemişlerdir. İkinci yaklaşım Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırmasına da (13) temel oluşturmuştur. Kişilik bozuklukları, tüm psikiyatrik hastalıklara en sık eşlik eden komorbiditelerdir (14,15). Bu nedenle, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu V'te (DSM-V) kişilik bozukluklarının diğer ruhsal hastalıklara eklenip, dördüncü veya beşinci küme psikiyatrik hastalık olarak ele alınması önerilmiştir (16,17). Ancak klinik pratikte daha ön planda olan "Eksen I" bozukluğa odaklanıldığında kişilikle ilgili özellikler gözden kaçırılabilir (18,19). Diğer yandan, uyumu bozan kişilik özellikleri Eksen I bozukluklarla birlikte bulunabilir, onlara yatkınlık oluşturabilir veya onların bir sonucu olabilir. Dahası, kişilik özellikleri Eksen I bozukluklarının görünümünü, gidişatını, yönetimini ve hatta tedaviye yanıtını etkileyebilir. Nitekim şizofrenide bu tür etkiler bildirilmiştir (2,20-25). Kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısı, psikoterapötik ve farmakolojik yaklaşımlar açısından yararlı ipuçları sağlayabilir (15-19,21-26).

Şizofreni ve kişilik ilişkisini açıklayabilmek amacıyla farklı araştırmacılar tarafından 4 farklı yaklaşım öne sürülmüştür (7,20,27-32):

i) Spektrum modeli: Kişilik özellikleri ve Eksen I hastalığın belirtileri devamlılık gösterir.

ii) Yatkınlık modeli: Kişilik özellikleri şizofreni gelişimine yatkınlık oluşturur.

iii) Komplikasyon modeli: Kişilik özellikleri hastaların korkulan etkilerden kaçmak için kullandıkları ve şizofreninin sonucu olarak ortaya çıkan durumlardır.

iv) Patoplasti modeli: Hastalık ortaya çıkınca, kişilik özellikleri psikopatolojiyle etkileşir, hastalığın şiddetini, gidişatını veya tedaviye yanıtını etkiler.

Farklı yaklaşımlardan bazıları şizofreni tanısı konulmuş hastaların kişilik özelliklerini (7,30,32), bazıları şizofreniye eşlik eden kişilik bozukluklarını -eştanıy- ele almıştır (8). Bazıları ise şizofreni tanısı alanlarda premorbid kişilik üzerinde durmuştur (33,34). Kronik şizofreni hastalarında kişilik özellikleri veya kişilik bozukluğunu değerlendiren araştırmalar da bulunmaktadır (2,24,25,27, 35-39). Kişilik özelliklerinin daha ciddi hale geldiğinde ruhsal hastalıkla yer değiştireceğini söyleyen spektrum modeline uyan tek kişilik bozukluğu şizotipal kişilik bozukluğudur. Ancak ampirik çalışmalar durumun tam olarak böyle olmadığını göstermiştir (40). Tüm ruhsal hastalıkların, boyutsal olarak değerlendirilebileceği ile ilgili kanıtlar artmasına karşın (41), klinik olarak karar verebilme açısından kategorik yaklaşım önemlidir (40).

Şizofreni hastalarında kişilik özelliklerinin ve kişilik bozukluğunun eşlik edebildiğine dair pek çok yayın bulunmaktadır. Hogg ve ark (42), yeni başlayan şizofreni olgularında %57.5-70.3 oranında DSM kişilik bozukluğu tanısının eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada yeni tanı alan şizofreni hastalarında, SIDP (Structured Interview for DSM-III Personality Disorders) ölçeği ve MMCI-I (Milton Multiaxial Clinical Inventory) (42) kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Donat ve ark. MMCI kullanarak, DSM-III sınıflandırmasına paralel, ampirik olarak belirlenen beş farklı kişilik alt tipinin, şizofreni, duygudurum bozukluğu ve psikoz tanısı olan hastalar arasında eşit dağılım gösterdiğini belirtmişlerdir (24). Dört yıllık bir izlem çalışmasında, takibe alınan yatan hastalardan, şizofreni tanısı olanların %11'inde, şizoaffektif bozukluk tanısı olanların % 28.6'sında kişilik bozukluğu tanısı deneyimli klinisyenler tarafından konulmuştur. Bu hastalarda hastanede yatış süresinin 2 kat daha uzun olduğu bildirilmiştir

(43). Şizofrenide kişilik ile ilgili çalışmalarda kişilik özellikleri ya da kişilik bozukluğu EPQ (Eysenck Kişilik Anketi) ve TPQ (The Tridimensional Personality Questionnaire) (27), NEO-FFI (NEO- Five Factor Inventory) (1,2,32,35,36), TCI (39,44,45), DSM eksen II değerlendirme için SCID-II veya SIDP (Structured Interview for DSM-IV Personality) (8, 15) ve ICD-10 Kişilik Değerlendirme Ölçeği (PAS-Personality Assessment Schedule) (38,46) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Kişilik, şizofrenide belirtilerin görünümünü (20,47) ve hastanın sosyal işlevselliğini (48,49) etkileyebileceğinden oldukça önemlidir. Şizofrenide tüm kişilik bozukluğu türlerinin prevalansı artış göstermekle birlikte, hayatlarının daha sonraki dönemlerinde şizofreni tanısı konulan bireyler arasında A kümesi kişilik özelliklerinin görece daha sık görüldüğü bildirilmiştir (34). A kümesi kişilik bozukluklarının dahil edilmediği bir çalışmada ise hastaların 1/3'ünde en az bir B veya C kümesi kişilik bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (50). Bununla birlikte A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarının şizofreninin belirtileri ve seyri üzerine etkileri olup olmadığı ve eğer varsa bu etkilerini hangi patojenik mekanizmalarla gösterdikleri henüz açık değildir.

Şizofrenik olmayıp, B ve C kümesi kişilik bozuklukları gösteren bireylerde affektif ve somatik belirtiler daha sık izlenmekte ve bu bireyler tıbbi ve psikiyatrik merkezlere daha sık başvuruda bulunmaktadır (38,51,52). C kümesi kişilik bozukluğu olan bireylerde anksiyete ve depresyon görece sık tecrübe edilmektedir (53). Ancak bu bulguların şizofreni hastaları için de geçerli olup olmadığı yeterince araştırılmamış görünmektedir. Bununla birlikte B kümesi kişilik bozukluklarının şizofreni hastalarında azalmış sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, C kümesi kişilik bozukluklarının şizofrenideki negatif ve emosyonel belirtilerin kötüleşmesi ile birliktelik gösterdikleri iddia edilmiştir. Psikoz tanısı ile kliniğe yatırılan hastalardaki ağır negatif, pozitif ve dezorganize belirtilerin genel olarak daha ağır kişilik bozuklukları ile birliktelik gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca, sosyopatinin dezorganizasyon ile şizoid kişilik özelliklerinin ise yalnızca pozitif ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (54).

Kişilik bozukluklarının genel toplumda yaygınlığı %2-18 (55,56), genel psikiyatri hastaları arasında ise %6-67 (57,58) arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Bu veriler, kişilik bozukluklarının psikiyatrik hastalar arasın-

da düşünüldüğünden daha sık görüldüğüne işaret etmektedir. Bildirilen oranlardaki değişkenlik, muhtemelen kişilik bozukluklarının tanımından ve tanıda kullanılan ölçütlerin farklılıklarından kaynaklanmaktadır. DSM-IV tanı ölçütlerine bağlı kalındığında, psikiyatri hastaları arasında genel olarak 1/3 oranında kişilik bozukluğu olduğu yönünde yayınlar vardır (15). Şizofreni hastaları arasında da buna benzer bir oran bildirilmekle birlikte, Solano ve Chavez şizofreni hastalarında %85 gibi yüksek bir oranda kişilik bozukluğu saptamışlardır (34). Bir başka çalışmada tekrarlayan psikotik epizodları olan, çoğunluğu şizofreni hastası 155 kişilik bir örnekleme, hastaların %57,4'ünde değişik şiddette kişilik bozukluğu tespit edilmiştir (38). Türkiye'de "Psikiyatri Dizini"nde listelenen yayınlar arasında şizofreni hastaları ve akrabaları arasında mizaç ve karakter özellikleri (59) ile akrabalar arasında kişilik bozuklukları (60) konularına eğilen çalışmalar yer almaktadır. Fakat yalnızca şizofreni hastalarından oluşan bir örnekleme kişilik bozukluklarını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca, kişilik özellikleri ve bozukluklarının kültürler arası farklılık gösterdiği de bilinmektedir (61,62).

Bu çalışmanın amacı, klinik olarak stabil durumdaki şizofreni hastalarındaki kişilik bozuklukları profilini araştırmaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma grubunu, T.C.S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde kronik şizofreni tanısı ile takip edilen 37 kadın ve 38 erkek hastadan (n=75) oluşan bir örneklem oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil etme ön koşulu olarak son üç ay içinde tedavi protokolünde değişiklik yapılma gereksinimi duyulmamış olması ve hastalığın klinik olarak stabil seyretmesi belirlenmiştir. Mental redardasyon, kafa travması, eşlik eden nörolojik hastalık, alkol ve madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı öyküsü olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Planlama aşamasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan yerel etik kurul onayı (karar tarihi ve numarası: 25.07.2011/34-734) alınmıştır. Her hasta araştırmanın amacı, kullanılacak yöntem ve elde edilecek sonuçlar ile ilgili olarak aydınlatılmış ve yazılı olarak bilgilendirilmiş

onam alınmıştır. Tüm değerlendirmeler, bu konuda yeterli deneyimi olan üç araştırmacı (EHK, SK ve BME) tarafından eşgüdömlü olarak yapılmıştır.

Araçlar

Sosyodemografik Bilgi Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek gibi demografik / sosyal veriler ile hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, uygulanan tedaviler, eşlik eden hastalıklar gibi klinik verilerin kaydedilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen bir formdur. Sosyodemografik formun doldurulmasından sonra her hastaya aşağıda sıralanan testler (63) uygulanmıştır:

DSM Eksen I ve II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV / SCID-I ve Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Personality Disorders / SCID-II): DSM-IV Eksen I'e göre birincil hastalık tanısının doğrulanması için SCID-I, kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi için ise SCID-II kullanılmıştır (64,65).

Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS): Şizofreninin negatif belirtilerinin varlığı, düzeyi, dağılımı ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (66,67).

Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS): Şizofreninin pozitif belirtilerinin varlığı, düzeyi, dağılımı ve şiddetlerindeki değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (66,68).

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A): Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (69,70).

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (Calgary Depression Scale for Schizophrenia): Şizofreni hastalarında depresyon varlığı yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzey ve şiddet değişimlerini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (71-73).

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (Global Assessment of Functioning, GAF): Psikiyatrik hastalıklarda sosyal, mesleki ve psikolojik işlevsellik ile hastaların karşılaştıkları problemlere genel olarak uyumunun değerlendirilmesini amaçlayan ve DSM-IV TR içinde yer alan bir puanlama sistemidir. Yaygın olarak, Hall tarafından modi-

fiye edilmiş olan ve değerlendiriciler arası uyumu artırdığı bildirilen bir versiyonu kullanılmaktadır (74).

İstatistiksel Değerlendirme

Sayısal kesikli ve sürekli değişkenlerin cinsiyetlere göre veya farklı kişilik bozukluklarının varlığı-yokluğu temelinde oluşturulan gruplar arasındaki karşılaştırmalarda uygunluğuna göre t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişken değerlerinin normal dağılıma uyumluluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi ve "Fisher's exact test" uygulanmıştır. Tüm analizler SPSS for Windows 17.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sayısal değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ SS) veya ortanca (%25-%75'e karşılık gelen değerler), kategorik değişkenler ise gözlem sayısı ve yüzde (n - %) notasyonu kullanılarak gösterilmiştir. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastalara ait sosyodemografik veriler ile uygulanan klinik ölçeklerden elde edilen sonuçlar cinsiyetlere göre karşılaştırmalı olarak Tablo 1'de görülmektedir. Örnekleminizin yaş ortalaması $37,47 \pm 8,76$ olup, yaş ortalamaları yönünden her iki cinsiyet arasında istatistiksel bir fark yoktur. Kadın ve erkek hasta sayıları dikkate alındığında örneklemimizin cinsiyet ve yaş dağılımı yönünden homojen olduğunu söylemek mümkündür. Meslek grupları yönünden karşılaştırıldıklarında, her iki cinsiyette de çoğu hastanın işsiz olduğu veya düzenli olarak bir işte çalışmayan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Tablo 1'de meslek gruplarının cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu dikkati çekmektedir. Ancak ev hanımları, işsizler ve emekliler, "çalışmayanlar" adı ile bir kategoride toplandığında bu farklılık belirgin derecede azalmaktadır ($\chi^2 = 9,94$, $p < 0,05$). Gene aynı tablodan kadınlar ve erkeklerin hastalık süreleri arasında istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir fark olduğu görülse de bunun hasta popülasyonundan kaynaklanan bir "bias" olmadığını iddia etmek mümkün değildir. Hastalara uygulanan klinik test sonuçlarının hiçbirinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır.

Tablo 2'de, örneklemimizde saptadığımız kişilik

Tablo 1: Demografik veriler ve uygulanan klinik ölçeklerin cinsiyetlere göre ayrılmış gruplar arası karşılaştırılması

	Toplam N=75 Ort ± SS	Kadın (N=37) Ort ± SS	Cinsiyet Erkek (N=38) Ort ± SS	İstatistiksel Analiz t	p
Yaş (yıl) 37,47 ± 8,76	34,64 ± 8,64	40,36 ± 8,83	-1,15	0,25	
	n (%)	n (%)	n (%)	Ki-kare	p
Meslek					
Ev Hanımı	12 (16)	12 (16)	- (-)	20,12	0,003
İşsiz	25 (33)	11 (14,7)	14 (18,7)		
Öğrenci	6 (8)	3 (4)	3 (4)		
Memur	9 (12)	1 (1,3)	8 (10,7)		
Serbest Meslek	13 (17)	4 (5,3)	9 (12)		
Emekli	5 (7)	3 (4)	2 (2,7)		
İşçi	5 (7)	3 (4)	2 (2,7)		
	Ortanca (%25 - %75)	Ortanca (%25 - %75)	Ortanca (%25 - %75)	Mann-Whitney U (Z)	p
Eğitim süresi (yıl)	11 (8 - 13)	11 (8 - 13)	11 (8 - 15)	-1,21	0,23
Hastalık süresi (yıl)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	4 (2 - 4)	-1,95	0,05
GAF	65 (55 - 75)	65 (55 - 75)	65 (55 - 70)	-0,81	0,41
HAM-A	5 (4 - 9)	6 (4 - 10)	5 (4 - 9)	-0,15	0,87
Calgary	2 (1 - 5)	3 (1 - 5)	2 (1 - 5)	-0,27	0,78
SANS	22 (10 - 42)	20 (8 - 42)	22,50 (11 - 42)	-0,88	0,37
SAPS	8 (3 - 19)	5 (3 - 12)	9,5 (3 - 23)	-1,65	0,09

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 2: Tüm hastalar ile tekli ve çoklu kişilik bozukluğu tanısı konulan hastalar arasında, tanımlanan kişilik bozukluklarının görülme sıklığı yönünden dağılımı.

En Az Bir Kişilik Bozukluğu N=54 / 75 (% 72)*		Yalnızca Bir Kişilik Bozukluğu N=31 / 75 (% 41)		İki Ayrı Kişilik Bozukluğu Birden N=15 / 75 (% 20)		İkiden Fazla Kişilik Bozukluğu Birden N=8 / 75 (% 11)	
Kişilik Bozukluğu ve Kısa Gösterimi	Frekans n (n / 75)	Kişilik Bozukluğu ve Kısa Gösterimi	Frekans n (n / 31)	Kişilik Bozukluğu Birlikteliği (Kısa Gösterim)	Frekans n (n / 15)	Kişilik Bozukluğu Birlikteliği (Kısa Gösterim)	Frekans n (n / 8)
Kaçıngan (K)	23 (30,7)	Kaçıngan (K)	11 (35,5)	K + B	3 (20)	K + OK + Bağ	2 (25)
Paranoid (P)	18 (24)	Obsesif Kompulsif (OK)	5 (16,1)	P + B	3 (20)	K + P + OK	1 (12,5)
Obsesif Kompulsif (OK)	13 (17,3)	Histrionik (H)	4 (12,9)	P + OK	3 (20)	P + H + PA	1 (12,5)
Borderline (B)	9 (12)	Paranoid (P)	4 (12,9)	H + SD	1 (6,6)	P + N + Bağ	1 (12,5)
Histrionik (H)	9 (12)	Şizotipal (ŞT)	3 (9,7)	K + Bağ	1 (6,6)	K + P + B + H + N	1 (12,5)
Narsisistik (N)	5 (6,7)	Borderline (B)	1 (3,2)	K + OK	1 (6,6)	P + OK + H + N + Bağ	1 (12,5)
Bağımlı (Bağ)	5 (6,7)	Narsisistik (N)	1 (3,2)	K + P	1 (6,6)	K + P + B + H + N + PA + SD	1 (12,5)
Pasif-Agresif (PA)	4 (5,3)	Pasif-Agresif (PA)	1 (3,2)	K + PA	1 (6,6)		
Self Defeating (SD)	3 (4)	Şizoid (Ş)	1 (3,2)	P + SD	1 (6,6)		
Şizotipal (ŞT)	3 (4)						
Şizoid (Ş)	1 (1,3)						

* 75 hastanın 54'ünde gözlemlenen toplam 93 kişilik bozukluğu tanısının dağılımıdır.

bozukluklarının görülme sıklıklarına göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 75 hastanın 54'ünde (%72) en az bir kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir. Yalnızca bir kişilik bozukluğu bulunan hastaların sayısı ise 31'dir. İki ayrı kişilik bozukluğu birlikteliği olan 15 hasta, üç veya daha fazla kişilik bozukluğunun birlikte bulunduğu 8

hasta saptanmıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde, örneklemimizde şizofreniye en sık eşlik eden kişilik bozukluğunun kaçıngan kişilik bozukluğu olduğu görülmektedir (n:23). Bunu, paranoid (n:18) ve obsesif kompulsif kişilik (OKKB) (n:13) bozuklukları izlemektedir (Tablo 2).

Tablo 3: Kişilik bozukluğu tiplerinin cinsiyetler arası görülme sıklığı

Kişilik Bozukluğu Tipleri ve Kümeleri	Cinsiyet				İstatistiksel Analiz	
	Kadın (N=37)		Erkek (N=38)		Ki-kare	p
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)		
En Az Bir Kişilik Bozukluğu	26 (34,7)	11 (14,7)	27 (36)	11 (14,7)	0,01	0,94
A Kümesi Kişilik Bozukluğu	15 (20)	22 (29,3)	7 (9,3)	31 (41,3)	4,43	0,04
B Kümesi Kişilik Bozukluğu	9 (12)	28 (37,3)	9 (12)	29 (38,7)	0,01	0,95
C Kümesi Kişilik Bozukluğu	17 (22,7)	20 (26,7)	18 (24)	20 (26,7)	0,02	0,90
Kaçıngan	7 (9,3)	30 (40)	16 (21,3)	22 (29,3)	4,74	0,03
Bağımlı	2 (2,7)	35 (46,7)	3 (4)	35 (46,7)	0,19	1,00 ^a
Obsesif Kompulsif	6 (8)	31 (41,3)	7 (9,3)	31 (41,3)	0,06	0,80
Pasif Agresif	2 (2,7)	35 (46,7)	2 (2,7)	36 (48)	0	1,00 ^a
Self Defeating	2 (2,7)	35 (46,7)	1 (1,3)	37 (49,3)	0,38	0,62 ^a
Paranoid	13 (17,3)	24 (32)	5 (6,7)	33 (44)	4,96	0,03
Şizoid	1 (1,3)	36 (48)	0 (0)	38 (50,7)	1,04	0,49 ^a
Şizotipal	1 (1,3)	36 (48)	2 (2,7)	36 (48)	0,32	1,00 ^a
Histrionik	6 (8)	31 (41,3)	3 (4)	35 (46,7)	1,23	0,30 ^a
Narsistik	3 (4)	34 (45,3)	2 (2,7)	36 (48)	0,25	0,67 ^a
Borderline	3 (4)	34 (45,3)	6 (8)	32 (42,7)	1,05	0,48 ^a
Antisosyal	0 (0)	37 (49,3)	0 (0)	38 (50,7)	- b	- b

^aFisher's exact testi sonucu. ^bHastaların hiçbirinde antisosyal kişilik bozukluğu saptanmamış olduğundan hesaplanamaz.

Tablo 4: Sosyodemografik değişkenlerin herhangi bir kişilik bozukluğu yanı sıra A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarının olduğu ve olmadığı hasta grupları arasında karşılaştırılması.

	En Az Bir Kişilik Bozukluğu						A Kümesi Kişilik Bozukluğu						B Kümesi Kişilik Bozukluğu						C Kümesi Kişilik Bozukluğu					
	Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik	
	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet																								
Kadın	26	34,7	11	14,7	0,11	0,74	15	20	22	29,3	4,43	0,04	9	12	28	37,3	0,00	0,95	17	22,7	20	26,7	0,02	0,90
Erkek	28	37,3	10	13,3			7	9,3	31	41,3			9	12	29	38,7			18	24	20	26,7		
Meslek																								
Ev Hanımı	10	13,3	2	2,7	6,71	0,35	5	6,7	7	9,3	4,18	0,65	4	5,3	8	10,7	7,02	0,32	5	6,7	7	9,3	5,79	0,45
İşsiz	16	21,3	9	12			5	6,7	20	26,7			5	6,7	20	26,7			10	13,3	15	20		
Öğrenci	5	6,7	1	1,3			1	1,3	5	6,7			2	2,7	4	5,3			5	6,7	1	1,3		
Memur	6	8	3	4			4	5,3	5	6,7			3	4	6	8			3	4	6	8		
Serbest Ms.	10	13,3	3	4			3	4	10	13,3			0	0	13	17,3			8	10,7	5	6,7		
Emekli	5	6,7	0	0			2	2,7	3	4			2	2,7	3	4			2	2,7	3	4		
İşçi	2	2,7	3	4			2	2,7	3	4			2	2,7	3	4			2	2,7	3	4		

χ^2 : Ki kare, Serbest Ms.: Serbest Meslek.

Şizofreniye yalnızca bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği hastalar kendi içinde değerlendirildiğinde, yine en sık kaçıngan kişilik bozukluğu tespit edilmiştir (n:11). Bu grupta kaçıngan kişilik bozukluğunu OKKB izlemektedir. İki veya daha fazla kişilik bozukluğunun bir arada bulunduğu hastalar incelendiğinde ise kaçıngan, borderline, paranoid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının daha sık birlikte gösterdiği dikkati çekmektedir. Örneklemimizde antisosyal kişilik bozukluğu olan şizofreni hastası yoktur.

Tablo 3'te kişilik bozukluğu tiplerinin cinsiyetlere göre dağılımı karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Sonuçlarımız,

hem kadın hem de erkek hastaların çoğunda şizofreniye eşlik eden en az bir kişilik bozukluğunun olduğunu göstermektedir. Cinsiyetler arasında şizofreniye eşlik eden kişilik bozukluğu bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (sırasıyla 26/37 [%70] ve 27/38 [%71], p:0,94). Bununla birlikte A, B ve C kümesi kişilik bozuklukları ile, her bir kişilik bozukluğu tipinin cinsiyetler arasındaki dağılımları kıyaslandığında, A kümesi (p<0,05) ve paranoid kişilik bozukluğunun kadınlarda (p<0,05), kaçıngan kişilik bozukluğunun ise erkeklerde (p<0,05) daha sık görüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 5: Klinik ölçeklerden elde edilen sonuçların herhangi bir kişilik bozukluğu yanı sıra A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarının olduğu ve olmadığı hasta grupları arasında karşılaştırılması.

	En Az Bir Kişilik Bozukluğu						A Kümesi Kişilik Bozukluğu						B Kümesi Kişilik Bozukluğu						C Kümesi Kişilik Bozukluğu					
	Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik		Var		Yok		İstatistik	
	Ort	SS	Ort	SS	t	p	Ort	SS	Ort	SS	t	p	Ort	SS	Ort	SS	t	p	Ort	SS	Ort	SS	t	p
Yaş	37,47	8,68	37,48	9,18	0,00	0,99	38,41	9,76	37,08	8,37	-0,59	0,55	36,61	10,09	37,75	8,37	0,48	0,64	36,91	8,84	37,95	8,78	0,51	0,62
	Ortanca	(%25-%75)	Ortanca	(%25-%75)	Mann-Whitney U (Z)	p	Ortanca	(%25-%75)	Ortanca	(%25-%75)	Mann-Whitney U (Z)	p	Ortanca	(%25-%75)	Ortanca	(%25-%75)	Mann-Whitney U (Z)	p	Ortanca	(%25-%75)	Ortanca	(%25-%75)	Mann-Whitney U (Z)	p
Eğitim Süresi	11	11-15	8	7-11	-2,01	0,04	11	11-13	11	8-13	-0,61	0,55	11	11-14	11	8-13	-1,08	0,28	11	8-15	11	8-11	-1,35	0,18
Hastalık Süresi	3	2-4	3	2-4	-0,24	0,81	3	2-4	3	2-4	-0,57	0,57	2,5	1-4	3	2-4	-0,86	0,39	3	2-4	3	2-4	-0,47	0,64
GAF	60	55-70	65	60-75	-1,75	0,08	60	55-70	65	55-75	-0,88	0,38	62,5	55-70	65	55-75	-0,18	0,86	65	60-75	60	55-70	-0,92	0,36
HAM-A	6	4-10	4	2-7	-2,38	0,02	8,5	6-13	5	3-7	-2,95	0,01	8,5	5-13	5	4-8	-1,60	0,11	5	4-9	5,5	3-9,5	-0,24	0,81
Calgary	3	1-6	1	0-3	-2,89	0,01	2,5	2-5	2	1-5	-0,96	0,34	2	1-6	2	1-5	-0,50	0,62	4	2-6	2	0-3	-2,72	0,01
SANS	23	11-45	18	4-34	-1,63	0,10	40,5	25-52	16	8-34	-2,86	0,01	24,5	13-42	19	8-43	-0,48	0,63	19	10-43	27,5	8-42	-0,20	0,84
SAPS	10	4-20	3	0-8	-3,14	0,01	14,5	9-21	4	2-12	-2,58	0,01	13	6-20	5	2-14	-2,11	0,04	10	4-20	5,5	2-15	-1,42	0,16

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4, cinsiyet ve meslek gruplarını en az bir kişilik bozukluğu ile A, B ve C kümesi kişilik bozukluklarının varlığı-yokluğu yönünden karşılaştırmalı olarak göstermektedir. En az bir kişilik bozukluğunun varlığı açısından cinsiyetler arasında fark görülmemiştir. Yalnızca A kümesi kişilik bozukluğunun kadınlarda sınırlı da olsa istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü belirlenmiştir ($p<0,05$). Kişilik bozukluğu bulunan ve bulunmayan şizofreni hastaları arasında meslek grupları yönünden fark izlenmemiştir (Tablo 4).

Kişilik bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastalarının yaş, eğitim süresi, hastalık süresi ve uygulanan klinik test sonuçları yönünden karşılaştırılmaları Tablo 5'te verilmiştir. Kişilik bozukluğu bulunan ve bulunmayan şizofreni hastalarının yaş ortalamaları, hastalık süreleri, genel işlevsellik düzeyleri (GAF) ve negatif belirti düzeyleri (SANS) benzer olup, aralarında istatistiksel fark saptanmamıştır. Kişilik bozukluğu eşlik eden şizofreni hastalarının eğitim süresi, kişilik bozukluğu bulunmayan gruptan görece biraz daha uzundur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bununla birlikte, kişilik bozukluğu bulunan şizofreni hastalarında anksiyete düzeyi (HAM-A, $p<0,05$), depresyon belirti şiddeti (Calgary, $p<0,01$) ve pozitif belirti düzeyi (SAPS, $p<0,01$), kişilik bozukluğu bulunmayan şizofreni hastalarına göre belirgin olarak yüksektir (Tablo 5).

Kişilik bozuklukları kümeler halinde ele alındığında, şizofreniye eşlik eden A kümesi kişilik bozukluğu varlığında, HAM-A ($p<0,01$), SANS ($p<0,01$) ve SAPS ($p<0,01$) skorları A kümesi kişilik bozukluğu bulunmayan

hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Şizofreniye eşlik eden B kümesi kişilik bozukluğu bulunan hastalarda pozitif belirti şiddeti, B kümesi kişilik bozukluğu bulunmayan hastalara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Şizofreni hastalarında C kümesi kişilik bozukluğu bulunduğu ise depresyon belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir ($p<0,01$).

TARTIŞMA

Sonuçlarımız, daha önceki pek çok çalışmayla (32,34,35,38,50) benzer olarak, örneklemimizdeki şizofreni hastalarının çoğunda en azından bir kişilik bozukluğu bulunduğunu göstermiştir (54/75 hasta, %72). Bu bulgu kişilik bozukluklarının diğer psikiyatrik hastalıklarla sıklıkla birliktelik gösterdiğini belirten çalışmalarla (15,57,58) tutarlılık göstermekte ve şizofreninin de bu genel değerlendirilmenin dışında olmadığı tezini desteklemektedir (34,38). Küme olarak değerlendirildiğinde, örneklemimizde en sık A kümesi kişilik bozukluğu izlenmiştir. Bulgularımız, A kümesi kişilik bozukluklarının şizofreni hastalarında hem premorbid dönemde hem de stabil dönemde daha sık görüldüğünü bildiren yayınlarla (8,75-78) uyumludur. Bazı çalışmalardan (8,34) farklı olarak A kümesini oluşturan diğer kişilik bozukluklarından şizotipal ve şizoid kişilik bozukluğu bulunan hasta sayımız daha azdır (sırasıyla $n=3$ ve 1).

En az bir kişilik bozukluğu bulunan hastalar arasında en sık izlenen kişilik bozuklukları sırasıyla kaçınan, para-

noid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarıdır. Kaçınan ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları, şizofreniye yalnızca bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği durumlar değerlendirildiğinde de ilk sıralardaki yerlerini korumaktadır (n:11 ve 5). Buradan, çoklu kişilik bozukluğu bulunan şizofreni hastaları arasında kaçınan, borderline, paranoid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarının daha sık birliktelik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bulgularımız, şizofreni hastalarında en sık kaçınan kişilik bozukluğu görüldüğünü (34) ve hastaların en az 1/3'ünde B ve C kümesi kişilik bozukluğunun bulunduğunu (8,50) bildiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Şizofreni hastaları arasında kaçınan kişilik bozukluğunun daha sık görülmesi, bu bozukluğun şizoid ve şizotipal bozukluklarla aynı patolojik spektrumun bir parçası olabileceği görüşünü destekler niteliktedir (21,79-81). Bu teoriye göre kaçınan, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları hafiften şiddetliye doğru bir devamlılık gösterir. Ayrıca şizofreni hastalarının psikotik olmayan birinci derece akrabaları arasında obsesif belirtilerin sık görüldüğü ve psikoz gelişmeksizin stabil seyrettiği de bildirilmiştir (82). Bu açıdan bakıldığında hastalarda şizotipal uçla ilgili olabilecek pozitif belirtilerin kısmen yatıştığı stabil dönemde, şizofreni spektrumun bir parçası olarak daha çok kaçınan ve obsesif özelliklerin ön planda olması ve kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılaması olasıdır. Bu değerlendirme şizofreni-kişilik ilişkisini açıklayan spektrum modeli ile uyumludur.

Çalışmamızda şizofreni hastalarında birden fazla kişilik bozukluğunun da nisbeten sık görüldüğü belirlenmiştir. Kişilik bozukluklarının birbiriyle birlikteliği, genel popülasyonda ve psikiyatrik hasta popülasyonu (15,81,83) ile şizofrenide (34) daha önce çalışılmıştır. Bu araştırmalar çoklu kişilik bozukluğu görülmesinin şizofreniye özgü olmadığına işaret etmektedir. Öte yandan, SCID-II'de değerlendirme sırasında birey çok sayıda kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılıyorsa borderline kişilik bozukluğu tanısının gözden geçirilmesi önerilmektedir (84). Bu nedenle çoklu kişilik bozukluğu tanıları konulurken, borderline kişilik bozukluğu tanısının atlanmaması olmasına dikkat edilmelidir.

Araştırma kurgumuza benzeyen çalışmaların bir çoğunda şizofreni hasta grubunun erkek cinsiyeti ağırlıklı örneklemelerden oluştuğu görülmektedir. Kadın ve erkek hasta sayılarımız (n:37 ve 38) dikkate alındığında örneklemimizin cinsiyet ve yaş dağılımı yönünden dengeli bir popülasyon olduğu görülmektedir. Hastalarımızın işsizlik oranının yüksek olmasının genel şizofreni popülasyonuy-

la, işsizliğin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olmasının ise Türkiye genelindeki durumla uyumlu bulgular olduğu söylenebilir. 2007 yılında hazırlanmış olan bir raporda, Türkiye'de istihdam oranının erkekler için %64.3, kadınlar için ise %22.2 olduğu bildirilmiştir. Bu rapora göre genel toplumda kadınlarda işsizlik oranının daha fazla olduğu Türkiye'de yaklaşık olarak her 4 kadından yalnızca 1'i çalışmaktadır (85).

Yüksek işsizlik oranlarının, hastalığın iş hayatı üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, tümüyle şizofreni hastalarından oluşan bir örneklem için beklenen bir bulgu olduğunu söylemek mümkündür. Ancak, kişilik bozukluğu bulunan ve bulunmayan şizofreni hastaları istihdam açısından kıyaslandığında istatistiksel fark izlenmemiştir. Şizofrenide cinsiyetin premorbid işlevsellik, hastalığın başlangıç yaşı, belirtilerin görünümü ve nöropsikolojik işlevsellik üzerine etkili olduğu bilinmektedir (86). Şizofreni erkeklerde kadınlara göre daha erken başlar. Genel anlamda işlevsellik erkeklerde daha kötü olup, belirtiler daha şiddetli seyreder. Erkek hastalarda defisit sendrom görülme olasılığı da daha fazladır (86). Bununla birlikte bu hasta grubunda kişilik ve cinsiyet ilişkisine dair bilgi kısıtlıdır. Şizofrenide premorbid kişilik özelliklerinin erkeklerde kadınlara göre daha fazla anormallik gösterdiği bildirilmiştir (87). Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) ile değerlendirmenin yapıldığı bir çalışmada, erkek şizofreni hastalarının, kadın hastalara ve kontrole göre ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma alt ölçeklerinde daha fazla anormallik gösterdiği bildirilmiştir (45). Öte yandan şizofreni hastalarında premorbid kişilik özellikleri açısından cinsiyetler arası farklılık olmadığını bildiren araştırmalar da vardır (34,76,88). Araştırma sonuçlarımız da cinsiyetler arasında şizofreniye eşlik eden kişilik bozukluğu bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte grup olarak A, B ve C kümesi kişilik bozuklukları ile, her bir kişilik bozukluğu tipinin cinsiyetler arasındaki dağılımları kıyaslandığında, A kümesi ve paranoid kişilik bozukluğunun kadınlarda, kaçınan kişilik bozukluğunun ise erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Örneklemimizde hastalık süresi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlılık düzeyinde bir fark olduğu görülsede bunun hasta seçiminden kaynaklanan bir "bias" olmadığını söylemek zordur. Öte yandan bu farkın, şizofreninin kadınlarda erkeklere göre genel olarak daha geç başlangıç gösteren bir hastalık olmasından kaynaklanması

da mümkündür.

Şizofreni hastalarında belirti şiddeti açısından kişilik bozukluğu olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında anksiyete düzeyi kişilik bozukluğu olan şizofreni hastalarında daha yüksek bulunmuştur. A kümesi kişilik bozukluğu bulunan şizofreni hastalarında bu fark daha da belirginleşmektedir. Kişilik bozukluğu olan şizofreni hastalarında depresyon skoru da istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksektir. Ayrıca C kümesi kişilik bozukluğu olan şizofreni hastalarında depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Şizofreninin negatif belirtilerinin şiddeti açısından ise sadece A kümesi kişilik bozukluğu bulunanlarda anlamlı fark izlenmiş olup, bu hastalarda negatif belirtiler daha belirgindir. Pozitif belirtilerin ise herhangi bir kişilik bozukluğu ile A veya B kümesi kişilik bozukluğu bulunan şizofreni hastalarında olmayanlara göre şiddetli olduğu görülmektedir. A kümesi kişilik bozuklukları, şizofreni ile ortak belirti boyutlarını paylaşmaktadır ve bu nedenle “şizofreni spektrum kişilik bozuklukları” olarak adlandırılmaktadır. A kümesi kişilik bozukluklarında şizofreninin pozitif belirtilerinin daha belirgin olması paylaşılan nöroanatomik yollar ile ilişkili olabilir.

Verilerimiz kişilik bozukluğu olan şizofreni hastalarında anksiyete, depresyon ve pozitif psikotik belirti şiddetinin daha yüksek olduğu izlenimini vermektedir. Bu bulgu komorbid kişilik bozukluklarının şizofreninin belirtilerini, klinik seyrini ve muhtemel tedaviye yanıtını etkilediğini ileri süren bazı çalışmalarla uyumludur (20,38,47-53). Şizoid özelliklerin şizofreninin pozitif, negatif ve dezorganizasyon boyutlarıyla, sosyopatik özelliklerin dezorganizasyonla, şizotipal özelliklerin ise pozitif boyutla ilişkili olduğu bildirilmiştir (88). Ancak örneklemimizde şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarının kısıtlı sayıda bulunması, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulan hastamızın ise hiç olmaması nedeni ile bu konu irdelenememiştir.

Öte yandan şizofreni hastalarında B kümesi kişilik bozukluğu olan -daha çok borderline- hastalarda emosyonel belirtilerin daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (50). Bulgularımız B kümesi kişilik bozukluğu olan hastalarda sadece negatif belirtiler yönünden anlamlı yükseklik olduğu, anksiyete ve depresyon açısından fark olmadığı yönündedir. Bu nedenle sonuçlarımız daha önce bildirilen çalışmalardan kısmen farklıdır. C kümesi kişilik bozukluğu olan hastalarda sadece depresyon belirtileri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, kaçınan kişilik bozukluğu olan şizofreni hastalarında emosyonel stresin ve negatif belirtiler-

lerin daha ön planda olduğunu bildiren bir araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir (50).

Bulgularımız, kişilik bozukluğu olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında genel işlevsellik açısından fark olmadığını göstermektedir. Eşlik eden kişilik bozukluğu A, B ve C kümesi olarak gruplandırıldığında da anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırmamız bu yönüyle şizofreni hastalarında kişilik bozukluğu eşlik ettiğinde genel, nöropsikolojik ve sosyal işlevselliğin düşük olduğunu bildiren çalışmalardan farklıdır (25,35). Buna karşın kişilik bozukluğu eşlik eden major psikiyatrik hastalığı olanlarda işlevsellik, yeti yitimi, yaşam kalitesi açısından fark olmadığını bildiren bir araştırma ile uyumlu bulgularımız olduğu görülmektedir (38).

Sonuç olarak, çalışmamız şizofreni hastalarından oluşan bir örneklemde kişilik bozukluğu olarak tanımlanan karakteristiklerin genel bir profilini çıkarmayı amaçlamıştır. Kişilik bozukluklarının çeşitli sosyo-demografik veriler ve hastalık belirtilerini değerlendirme amacıyla uygulanan çeşitli klinik ölçeklerin sonuçları ile ilişkileri irdelenmiştir. Bulgularımız, şizofreni hastalarının yaklaşık %70’ inde en az bir tür kişilik bozukluğu olduğunu göstermektedir. Kişilik bozuklukları belirti ve bulguların yorumlanmasını etkileyerek şizofreninin tanısında yanılgılara neden olabileceği gibi, hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtını da değiştirme potansiyeline sahiptirler. Literatürde, şizofreniye eşlik eden kişilik bozukluklarının hastalığın farmakolojik tedavisine doğrudan etki edebileceğine ilişkin ipuçları veren çalışmalar vardır. Bunlardan birinde, kişilik özellikleri ve psikotik belirtileri ortaya çıkaran patofizyolojik mekanizmaların nörotransmitter düzeyinde ilişkili olabileceği öngörülmektedir (44). Aynı makalede, nörogörüntüleme ile bazı kişilik özelliklerinde serotonin aracılı yollarla ilişkili anatomik bölgelerde çeşitli değişiklikler izlendiği bildirilmektedir. Bu veriler, kişilik bozukluklarının psikotik hastalıkların farmakolojik tedavilerini etkileme potansiyeli taşıdıklarını düşündürmektedir. Kişilik özelliklerinin içgörü üzerine etkilerinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada, kişilik boyutları ilaç uyumu açısından önemli bulunmuştur (89). Bu açıdan değerlendirildiğinde bazı kişilik bozukluklarının psikotik süreci, hastaların uyumunu bozarak ve ilaçsız kalmalarına neden olarak olumsuz yönde etkileyebileceğini söylemek mümkündür. Şizofreniye eşlik eden ve hastanın uyumunu bozma riski taşıyan kişilik bozukluklarının tanınması tedavi stratejisinin belirlenmesinde önem kazanmaktadır. Kişi-

lik özelliklerinin bilinmesi, içgörüsü az olabilecek hastaların önceden belirlenmesi ve tedavi uyumunun iyileştirilmesi konusunda klinisyene yardımcı olabilir. Örneğin, önerileri dikkate almama eğiliminde ve içgörüsü az olan bir hastada depo antipsikotiklerin kullanılması ya da aile üyelerinin ilaç takibini kolaylaştıracak ağızda eriyen, solüsyon formları tercih edilebilir.

Çalışmamız tümüyle şizofreni hastalarından oluşan bir örnekleme kişilik değerlendirmesi yapılan az sayıdaki araştırmaya benzer şekilde kurgulanmıştır. Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları olduğu açıktır. En önemlisi, kesitsel bir araştırma olması nedeniyle süregelen hastalıklardaki rezidüel patoloji ile kişilik bozukluğu veya anormal kişilik özelliklerini ayırt edememesidir (8). Şizofreni popülasyonuna genellemek için değerlendirilen hasta sayısı azdır. Ayrıca kişilik değerlendirmesi, sadece stabil durumdaki hastalarla yapılan SCID-II görüşmesine dayanmaktadır. Hastaların yakınlarıyla görüşme yapılmamıştır. Ancak şizofreni hastasıyla yapılan kişilik değerlendirmesinin, yakınlarından alınan bilgiyle genel olarak tutarlı olduğunu bildiren çalışmalar vardır (38,46). Kliniğimizde kronik şizofreni hastaları-

nın takip edildiği özel bir poliklinik izlemi ve psikososyal rehabilitasyon birimi mevcuttur. Çalışmaya dahil edilen hastalar bir süredir bu poliklinikte ve rehabilitasyon biriminde izlenmekte olan hastalar arasından seçilmiş olup, çalışanlar tarafından da tanınmaktadır. Bu durum, hastaların verdiği bilgilerin gerçeğe uyumlu olduğunu dolaylı olarak test etmemize olanak sağlamıştır.

Bir diğer kısıtlılık, belirlenen kişilik bozukluğunun kronik hastalığın öncesinde var olup olmadığı ya da hastalığın bir sonucu mu olduğu sorusunun belirsiz kalmasıdır. İçer dönüklük, zarardan kaçınma gibi kişilik özelliklerinin bazı hastalarda premorbid dönemde de bulunması, bu kişilik özelliklerinin şizofreniye yatkınlık oluşturabileceğini düşündürmektedir (30). Öte yandan bazı kişilik özelliklerinin ikiz kardeşlerde eş zamanlı olarak ortaya çıkmamış olmasından yola çıkılarak, şizofreninin kişiliği etkilediği iddia edilmiştir (9). Çalışma desenimiz bu sorulara kesin yanıt verememektedir. Ancak şizofreni hastalarında kişilik bozuklukları olarak kavramsallaştırılan karakteristiklerin, hastalığın seyri ve tedavisi üzerine önemli etkileri olabileceğine dair ipuçları veren çalışmaları desteklemektedir.

Kaynaklar:

1. Kentros M, Smith TE, Hull J, McKee M, Terkelsen K, Capalbo C. Stability of personality traits in schizophrenia and schizoaffective disorder: a pilot project. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(9):549-55.
2. Lysaker PH, Taylor AC. Personality dimensions in schizophrenia: associations with symptoms and coping concurrently and 12 months later. *Psychopathology* 2007;40(5):338-44.
3. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Oxford, England: International Universities Press; 1950.
4. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig, Barth: 1913.
5. Oldham JM. Personality disorders. Current perspectives. *JAMA* 1994 ;272(22):1770-76.
6. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th ed. American Psychiatric Association; 2000.
7. Smith TE, Shea MT, Schooler NR, Levin H, Deutsch A, Grabstein E. Personality traits in schizophrenia. *Psychiatry* 1995;58(2):99-112.
8. Oulis P, Lykouras L, Hatzimanolis J, Tomaras V. Comorbidity of DSM-III-R personality disorders in schizophrenic and unipolar mood disorders: a comparative study. *Eur Psychiatry* 1997;12(6):316-18.
9. DiLalla DL, Gottesman II. Normal personality characteristics in identical twins discordant for schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1995;104(3):490-9.
10. Kretschmer E. *A text-book of medical psychology*. London: Oxford University Press, Humphrey Milford; 1934.
11. Jaspers K. *General Psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press; 1956.
12. Schneider K. *Psychopathic personalities*. Cassell; 1958.
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. 4th ed. American Psychiatric Association; 1994.
14. Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med* 2008;38(8):1075-82.
15. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1911-18.
16. Krueger RF, South SC. Externalizing disorders: cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39(12):2061-70.
17. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39(12):2043-59.
18. Hyler SE, Frances A. Clinical implications of Axis I-Axis II interactions. *Compr Psychiatry* 1985;26(4):345-51.
19. Spitzer RL, Sheehy M, Endicott J. *DSM-III: Guiding principles*. In *Psychiatric Diagnosis*, Rakoff V, Stancer H, Kedward H (editors). New York: Brunner / Mazel; 1977. p.1-24.

20. Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Greig TC, Bryson GJ. Personality and psychopathology in schizophrenia: the association between personality traits and symptoms. *Psychiatry* 1999;62(1):36-48.
21. Gunderson JG, Siever LJ. Relatedness of schizotypal to schizophrenic disorders: editors' introduction. *Schizophr Bull* 1985;11(4):532-37.
22. Holzman PS, Kringlen E, Matthysse S, Flanagan SD, Lipton RB, Cramer G et al. A single dominant gene can account for eye tracking dysfunctions and schizophrenia in offspring of discordant twins. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(7):641-7.
23. Kendler KS, Masterson CC, Ungaro R, Davis KL. A family history study of schizophrenia-related personality disorders. *Am J Psychiatry* 1984;141(3):424-7.
24. Donat DC, Geczy B Jr, Helmrich J, LeMay M. Empirically derived personality subtypes of public psychiatric patients: effect on self-reported symptoms, coping inclinations, and evaluation of expressed emotion in caregivers. *J Pers Assess* 1992;58(1):36-50.
25. Lysaker PH, Davis LW, Lightfoot J, Hunter N, Stasburger A. Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2005;80(2-3):163-71.
26. Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992;60(6):857-68.
27. Herrán A, Sierra-Biddle D, Cuesta MJ, Sandoya M, Vázquez-Barquero JL. Can personality traits help us explain disability in chronic schizophrenia? *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(5):538-45.
28. Bolton N, Savage RD. Neuroticism and extraversion in elderly normal subjects and psychiatric patients: some normative data. *Br J Psychiatry* 1971;118(545):473-74.
29. Verghese A, Abraham A. The Eysenck Personality Inventory scores in a group of psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1972;120(559):681-82.
30. Berenbaum H, Fujita F. Schizophrenia and personality: exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *J Abnorm Psychol* 1994;103(1):148-58.
31. Bagby RM, Bindseil KD, Schuller DR, Rector NA, Young LT, Cooke RG et al. Relationship between the five-factor model of personality and unipolar, bipolar and schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 1997;70(2):83-94.
32. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF. Personality Traits in Schizophrenia: Comparison with a community sample. *The Journal of Nervous & Mental Disease* 2000 Jan;188(1):31-5.
33. Cutting J, Cowen PJ, Mann AH, Jenkins R. Personality and psychosis: use of the Standardized Assessment of Personality. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73(1):87-92.
34. Rodríguez Solano JJ, González De Chávez M. Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;44(2):137-44.
35. Gurrera RJ, Nestor PG, O'Donnell BF, Rosenberg V, McCarley RW. Personality differences in schizophrenia are related to performance on neuropsychological tasks. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(11):714-21.
36. Camisa KM, Bockbrader MA, Lysaker P, Rae LL, Brenner CA, O'Donnell BF. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res* 2005;133(1):23-33.
37. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(2):124-27.
38. Tyrer P, Manley C, Van Horn E, Leddy D, Ukoumunne OC. Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry* 2000;15(Suppl 1):S7-S10.
39. Guillem F, Pampoulova T, Rinaldi M, Stip E. Temperament and executive dysfunctions in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;104(1-3):175-84.
40. Tyrer P. Personality diatheses: a superior explanation than disorder. *Psychol Med* 2007;37(11):1521-25.
41. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):4-12.
42. Hogg B, Jackson HJ, Rudd RP, Edwards J. Diagnosing personality disorders in recent-onset schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(3):194-9.
43. Smith TE, Grabstein E, Kentros M, Kulchysky S, Borgaro S. Axis II diagnoses and treatment refractoriness in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1996;67(1):51-64.
44. Cortés MJ, Valero J, Gutiérrez-Zotes JA, Hernández A, Moreno L, Jarrod M, et al. Psychopathology and personality traits in psychotic patients and their first-degree relatives. *Eur Psychiatry* 2009;24(7):476-82.
45. Hori H, Noguchi H, Hashimoto R, Nakabayashi T, Saitoh O, Murray RM, et al. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Res* 2008;160(2):175-83.
46. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2002;58(2-3):273-80.
47. Guillem F, Bicu M, Semkovska M, Debruille JB. The dimensional symptom structure of schizophrenia and its association with temperament and character. *Schizophr Res* 2002;56(1-2):137-47.
48. Lysaker PH, Bell MD, Kaplan E, Bryson G. Personality and psychosocial dysfunction in schizophrenia: the association of extraversion and neuroticism to deficits in work performance. *Psychiatry Res* 1998;80(1):61-8.
49. Eklund M, Hansson L, Bengtsson-Tops A. The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004;19(1):34-41.
50. Wickett A, Essman W, Beck-Jennings J, Davis L, McIlvried J, Lysaker PH. Cluster B and C personality traits, symptom correlates, and treatment utilization in postacute schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(9):650-53.
51. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158(2):295-302.
52. Snyder S, Pitts WM, Pokorny AD. Borderline personality traits in psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 1986;58(1):51-60.
53. Modestin J, Oberson B, Erni T. Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96(6):424-30.

54. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. Premorbid Personality in Psychoses. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(4):801-11.
55. Casey PR, Tyrer PJ. Personality, functioning and symptomatology. *J Psychiatr Res* 1986;20(4):363-74.
56. Casey PR, Tyrer P. Personality disorder and psychiatric illness in general practice. *Br J Psychiatry* 1990;156 (2):261-65.
57. Kass F, Skodol AE, Charles E, Spitzer RL, Williams JB. Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *Am J Psychiatry* 1985;142(5):627-30.
58. 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(2):207-12.
59. Güleç H. Şizofreni Tanısı Konmuş Hasta ve Birinci Derece Yakınlarında Mizaç ve Karakter Profili. *Archives of Neuropsychiatry* 2009;46(1):8-12.
60. Ergin A, Hariri A, Özer G, Ceylan M, Ceylan N, Önal O. Şizofrenili Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2000;10(4):189-93.
61. Pélissolo A, Lépine JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Res* 2000;94(1):67-76.
62. Brändström S, Richter J, Przybeck T. Distributions by age and sex of the dimensions of temperament and character inventory in a cross-cultural perspective among Sweden, Germany, and the USA. *Psychol Rep* 2001;89(3):747-58.
63. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 4th ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009.
64. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1999.
65. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1990.
66. Andreasen NC. Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990;24:73-88.
67. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991;4(2):20-4.
68. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1991;4(2):20-2.
69. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32(1):50-5.
70. Yazıcı M, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(2):114-7.
71. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1992;6(3):201-8.
72. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37(1):82-6.
73. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2000;37(3):210-3.
74. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 1995;36(3):267-75.
75. Parnas J, Jorgensen A. Pre-morbid psychopathology in schizophrenia spectrum. *Br J Psychiatry* 1989;155:623-7.
76. Dalkin T, Murphy P, Glazebrook C, Medley I, Harrison G. Premorbid personality in first-onset psychosis. *Br J Psychiatry* 1994;164(2):202-7.
77. McCreddie RG, Connolly MA, Williamson DJ, Athawes RW, Tilak-Singh D. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XII. "Neurodevelopmental" Schizophrenia: a search for clinical correlates and putative aetiological factors. *Br J Psychiatry* 1994;165(3):340-6.
78. Heun R, Maier W. Morbid risks for major disorders and frequencies of personality disorders among spouses of psychiatric inpatients and controls. *Compr Psychiatry* 1993;34(2):137-43.
79. Gunderson JG, Siever LJ, Spaulding E. The search for a schizotyp. Crossing the border again. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(1):15-22.
80. Widiger TA, Frances A, Spitzer RL, Williams JB. The DSM-III-R personality disorders: an overview. *Am J Psychiatry* 1988;145(7):786-95.
81. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollack S, Siegel O, Prince R. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148(10):1371-77.
82. Meehl PE. Schizotaxia revisited. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(10):935-44.
83. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler SE. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *Am J Psychiatry* 1988;145(10):1297-9.
84. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department; 1989.
85. Toksöz G. Türkiye'de Kadın İstihdamının Durumu [http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/areas/wstat2009.pdf]. International Labour Organization; 2007.
86. Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;401:S3-S38.
87. Foerster A, Lewis S, Owen M, Murray R. Pre-morbid adjustment and personality in psychosis. Effects of sex and diagnosis. *Br J Psychiatry* 1991;158:171-6.
88. Cuesta MJ, Peralta V, Caro F. Premorbid personality in psychoses. *Schizophr Bull* 1999;25(4):801-11.
89. Campos MS, Garcia-Jalon E, Gilleen JK, David AS, Peralta VMD, Cuesta MJ. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 2011;37(1):52-60.