

Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme

E. Cüneyt Evren¹

¹ Uz. Dr. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Araştırma ve Uygulama Hastanesi, AMATEM Kliniği, İstanbul

ÖZET

Alkol/madde kullanım bozukluklarına sıklıkla kişilik bozukluğu eşlik etmektedir. Bu gözden geçirme yazısında Alkol/madde kullanım bozuklukları ile birlikte kişilik bozukluğu bulunduğu durumların yaygınlığı; bu konuda yapılan çalışmaların yöntem sorunları; etiyolojik kuramlar; ek tanının alkol/madde kullanım bozukluklarının gidişine ve belirtileri üzerine olan etkisi ve tedavi yaklaşımları ele alınmıştır. Literatür araştırması bilgisayar aracılığı ile Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine) Medline dosyası taranarak yapılmıştır. Günlük pratikte alkol/madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluğu ek tanısı ile sıklıkla karşılaşmakla birlikte kesin tanı konulamamakta ve bu tedavide değişikliğe yol açmamaktadır. B kümesi alkol/madde kullanım bozukluğu olanlarda en sık saptanan kişilik bozukluğu kümesi olmaktadır. Bu kümede de en sık tanı antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları olmaktadır. Kişilik bozukluğu ek tanısı alanların almayanlar kadar tedaviden faydalanabilmelerine rağmen, kişilik bozukluğu ek tanısı, alkol/madde kullanım bozukluğu olanlarda depresyemi belirleyebilmektedir. Kişilik bozukluğu ek tanısı I. Eksen ek tanısı riskini de arttırmaktadır. Alkol/madde kullanım bozukluklarında Mizaç ve Karakter Envanteri ile ölçülen "kendi kendini yönetme" düşük puan alma, yüksek kişilik bozukluğu olasılığını göstermektedir. Kişiliğin alkol/madde kullanım bozuklukları üzerindeki rolünün araştırılması, alkol/madde kullanım bozuklukları gelişme riski yüksek bireylerin tanımlanmasına yardımcı olabileceği gibi, yardım için başvurmuş farklı bireylerin farklı tedaviler için eşleştirilmesine fayda sağlayabilir. Ülkemizde alkol dışı madde kullanım bozukluğu olanlarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Kişilik bozukluğu ek tanısı olan hastalara tedavi yaklaşımı farklı olmalıdır. Her iki durumun tedavisi aynı anda olmadığı takdirde tedavide başarılı olmak mümkün görünmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, ek tanı.

(*Klinik Psikiyatri* 2004;7:111-119)

SUMMARY

Personality Disorder Comorbidity in Alcohol/ Substance Use Disorders: A Review

Personality disorder comorbidity is common among patients with substance use disorder. This article reviews the prevalence of comorbid personality disorder in alcohol/substance use disorders, methodological problems while examining this topic, etiological models, the impact of personality disorder on course and outcome of substance use disorders and treatment of this comorbid conditions. The literature search was conducted through the Medline records of the National Library of Medicine. Substance use disorder and personality disorder comorbidity is common in clinical practice, although this does not result with clear diagnosis of these patients or change in treatment approach. Most prevalent personality disorder cluster diagnosis is cluster B in substance use disorders. Among cluster B most prevalent diagnosis is antisocial and borderline personality disorders. Although patients with comorbid personality disorders benefit from treatment as much as those patients without comorbidity, personality comorbidity predicts relapse in these patients. Comorbidity of personality disorders also rises the risk of axis I disorder comorbidity. Having low "self directedness" score on Temperament and Character Inventory (TCI) is related with high personality disorder risk among patients with substance use disorders. Examining effects of personality on substance use disorders will help clarify individuals with high risk of substance use disorder and also will help to match the treatment seeking individual with different treatment approach. Studies to evaluate personality disorders in drug use disorders are needed in Turkey. Treatment approach must be different in patients with comorbid personality disorder. Treatment may not be successful if both disorders are not treated at the same time.

Key Words: Personality disorder, alcohol use disorder, substance use disorder, comorbidity.

GİRİŞ

Bağımlılık için özel bir kişiliğin varlığı reddedilse de, alkol/madde kullanım bozukluğu (AMKB) olan bireyler dürtüsellik ve yenilik arayışı gibi bazı kişilik özellikleri açısından kontrollerden farklılık göstermektedir (Conway ve ark. 2003). Hem epidemiyolojik hem de klinik çalışmalar, AMKB olan popülasyonlarda kişilik bozukluğu (KB) yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir (DeJong ve ark. 1993, Verheul 2001). Alkol/madde bağımlılarında herhangi bir KB yaygınlığı tipik olarak %30 ile %75 arasında değişmektedir (Verheul ve ark. 2000). Alkol/madde bağımlılığı ve KB'nin her ikisinin de tedavisi zordur ve tedavi ile uğraşanlar bu iki bozukluğun birlikte bulunduğu durumlarda daha fazla zorluk çekmektedirler (Thomas ve ark. 1999).

Alkol/madde kullanımı kişilik patolojisini bastırmak ya da kötüleştirmek şeklinde etkileyebilir ve alkol/madde kullanımı ile KB arasındaki ilişki daha çok interaktif bir süreç olabilir (Morgenstern ve ark. 1997). Çalışmalar sonucunda elde edilen veriler, KB'nin AMKB'nin etioloji ve seyrinde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (Verheul 2001). Özellikle B kümesinde yer alan KB'liler olmak üzere, bazı KB'liler AMKB için riskin artması ile ilişkilendirilmiştir (Sher ve Trull 1994). Yine B kümesi KB'leri madde bağımlısı hastalarda en kötü genel seyri belirlemişlerdir (Cacciola ve ark. 1996). Ayrıca AMKB olanlarda KB'nin varlığı, tedavi öncesi özelliklerin kötü olması ile ilişkili bulunmuştur (Verheul ve ark. 2000).

Bu gözden geçirme yazısında AMKB'de KB'nin bulunduğu durumların yaygınlığı; bu konuda yapılan çalışmaların yöntem sorunları; etiyojik kuramlar; KB tanısının AMKB'nin gidişi üzerine olan etkisi, mizaç ve karakter özellikleri ve tedavi yaklaşımları ele alınmıştır. Literatür araştırması bilgisayar aracılığı ile Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine) Medline dosyası taranarak yapılmıştır. Anahtar sözcükler olarak "kişilik bozukluğu", "alkol kötüye kullanımı" ve "madde kötüye kullanımı" sözcükleri kullanılmıştır. Türkiye'de yapılmış yayınlara ulaşmak için internette sayfaları olan Türk dergilerinin geçmiş sayıları incelenmiş, tez çalışmalarına ise hastanemiz kütüphanesinden ulaşılmıştır.

Tarihi Seyir

Semptomatik model kişilik patolojisini bağımlılığın temel nedeni olarak değerlendirirken, farmakolojik ve klasik hastalık modelleri kişiliği bağımlılığın nedeni olarak görmemiştir. Örneğin bu yüzyılın ilk

yarısında psikiyatrik literatüre hakim olan semptomatik modelde bağımlılık; uyum bozukluğu, nörotik karakter özellikleri ve duygusal olarak olgunlaşmamışlık ile kendini gösteren, altta yatan KB'nin belirtisi olarak değerlendirilmiştir (Verheul ve ark. 1997). Bu bakış açısı DSM-I ve DSM-II tarafından da benimsenmiş ve bağımlılık sırasıyla "sosyopatik kişilik düzensizliği" ve "kişilik bozuklukları ve bazı diğer psikotik olmayan mental bozukluklar" şeklinde yer almıştır. Bu yaklaşım, hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmaların bağımlılık öncesinde tek bir tip kişiliğin varlığını tanımlayamaması ile önemli ölçüde değişmiştir (Verheul 2001). Bağımlılık, KB'nin bir belirtisi olarak düşünülürken, DSM-III'ün geliştirilmesi ile alkol/madde kullanım bozuklukları klinik sendrom olarak tanımlanmış ve kişilik patolojisinden ayrılmıştır (Morgenstern ve ark. 1997).

Kişilik Patolojisinin Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisindeki Rolü

Bağımlılık için, kişiliğin önemli etiyojik etken olabileceği üç gelişim süreci önerilmiştir; 1) Davranışsal disinhibisyon süreci; 2) Stres azaltma süreci; 3) Ödül duyarlılığı süreci (Verheul 2001). Bağımlılık için davranışsal disinhibisyon süreci antisosyallik ve dürtüsellik gibi özelliklerden yüksek, zarardan kaçınma gibi özellikten düşük puan alan bireylerin alkol ve madde kötüye kullanımı gibi davranışlar için eşik düzeylerinin düşük olduğunu belirler. Davranışsal disinhibisyon süreci antisosyal KB (ASKB) ek tanısı ve bir ölçüde borderline KB (BKB) ek tanısı açıklayabilir. Bağımlılık için stres azaltma süreci, stres reaktivitesi, anksiyete duyarlılığı ve nörotisizm gibi özelliklerden yüksek puan alan bireylerin stresli yaşam olaylarına hassas olduğunu belirler. Bu bireyler strese karşı anksiyete ve mizaç düzensizliği ile cevap verir ve bu da kendi kendini tedavi amaçlı alkol/madde kullanımı için motivasyon olur. Stres azaltma süreci kaçınan, bağımlı, şizotipal ve BKB ek tanımlarını açıklayabilir. Ödül duyarlılığı süreci yenilik arayışı, ödül arayışı, dışa dönüklük ve insan canlısı olma özelliklerinden yüksek puan alan bireylerin, olumlu zorlayıcı pekiştirici (reinforcing) özellikleri nedeniyle alkol/madde kullanmaya motive olduklarını belirler. Ödül duyarlılığı süreci ise histriyonik ve narsistik KB'nin ek tanımlarını açıklayabilir

Davranışsal disinhibisyon veya dürtüsellik birincil olarak serotonin eksikliğine bağlı olabileceği; stres azaltma ya da anksiyete duyarlılığının GABA-glutamat reseptör sisteminin inhibisyonunun azalması nede-

niyle artmış nöronal uyarılabilirlikle; ve ödül duyarlılığı ya da dışa dönüklüğün dopaminerjik veya opioidler-jik aşırı reaktivite ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Verheul ve ark. 1999).

Yöntem Sorunları

AMKB'de KB yaygınlığı, çalışmalarda %11'den %100'e değişen geniş farklılıklar göstermektedir (Kokkevi ve ark. 1998). Çalışmalarda saptanan oranların farklılık göstermesi, cinsiyet, yaş dağılımı, tedavi ortamı ve tercih maddesindeki farklılıklar gibi özelliklerden kaynaklanmaktadır (Verhaul 2001, Cacciola ve ark. 2001). Örneğin opioid kötüye kullananlarda genel KB yaygınlığı diğer maddelere göre daha yüksek bulunmaktadır (Kokkevi ve ark. 1998). Hastaların sosyoekonomik durumu da önemli olabilir. Örneğin toplum örneklemelerinde ASKB düşük eğitimli gruplarda daha yaygındır ve bazı bulgular ASKB'nin AMKB olanlarda da düşük eğitimlilerde daha yaygın olduğunu göstermektedir (Cacciola ve ark. 2001).

AMKB olan bireylerde yüksek yaygınlık oranlarının güvenilirliğini değerlendirmek, özellikle B kümesi KB ölçütlerinin alkol/madde kötüye kullanımını da içermesi nedeniyle zor olmaktadır (Rounsaville ve ark. 1998). Örneğin BKB'nin DSM-IV'e göre bir ölçütü dürtüsellik (impulsivite) alkol/madde kötüye kullanımını içermektedir. ASKB için ölçütlerin bir kısmı yasa dışı maddelere bağımlı olan bireylerin yaşam şeklinin bir parçası olma olasılığı yüksek davranışlardır (ASKB için 1. ölçüt yasa dışı davranış, 2. ölçüt tekrarlayan yalanlar gibi) (Rounsaville ve ark. 1998, Cecero ve ark. 1999). Kesin olmamakla beraber, öz bildirim ölçekleri ile en yüksek ek tanı oranları bildirilmekte, bunu yapılandırılmış tanısal görüşmeler takip etmektedir. Klinisyen görüşmeleri en düşük oranları vermektedir (Kokkevi ve ark. 1998, Cacciola ve ark. 2001).

Süregen ve yoğun alkol/madde kullanımının psikopatolojiden bağımsız, bağımlı davranışlar bırakıldığında kaybolan geçici kişilik patolojisi ortaya çıkarabileceği bildirilmiştir (Nace 1990). Ancak şu anki ve yaşam boyu AMKB tanısı alanlar arasında KB oranları benzer bulunmuştur (Skodol ve ark. 1999). Ayrıca alkol ve/veya madde kötüye kullanımı olan örneklemde AMKB'nin remisyonu kişilik patolojisinin remisyonu ile ilişkili bulunmamış, bu da iki durumun bağımsız seyir izlediğini düşündürmüştür (Verheul ve ark. 2001). Bununla beraber, psikoaktif maddenin koşullandırıcı özellikleri ile alkol/madde kötüye kul-

lanan bireylerde bazı belirtilerin şekillenip devam edebileceği bildirilmektedir (Verhaul ve ark. 1997).

AMKB'de Kişilik Bozukluklarının Yaygınlığı

Madde bağımlısı hastaların alkol bağımlısı hastalara göre KB tanısı alma olasılıkları daha yüksek bulunmaktadır. Dahası yatarak tedavi gören AMKB olan hastalarda saptanan KB oranlarının ayaktan tedavi görenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Cinsiyetler arasında kişilik bozukluğu ek tanısı açısından fark saptamayan çalışmalar da bulunmakla birlikte (Brady ve ark. 1993), genellikle AMKB olan kadın hastalarda BKB, erkek hastalarda ise ASKB en sık saptanan psikiyatrik tanılarından biri olmaktadır (Kessler ve ark. 1996, Brady ve Randall 1999).

Verheul ve arkadaşları (1995) 25 çalışmayı gözden geçirmişler ve AMKB'de herhangi bir KB ortalama yaygınlık oranını %61 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada alkol bağımlıları arasında bu oran %44 olarak saptanmıştır. Rounsaville ve arkadaşları (1998) AMKB için tedaviye katılan heterojen bir klinik örnekleme en az bir KB tanısını %57 oranında bulmuş ve en yaygın olanın özellikle ASKB (%27) ve BKB (%18.4) olmak üzere B kümesi (%45.7) KB olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada AMKB ile ilişkili belirtiler de ölçütlere dahil edildiğinde özellikle ASKB %19.2 oranında ve BKB %11.4 oranında olmak üzere yeni tanımlanan vaka sayısında artışa neden olmuştur.

Skinstad ve Swain (2001) gözden geçirme çalışmalarında KB oranlarının yatan kokain kötüye kullanıcılarında %30 ile 75 arasında, opiyat kötüye kullanıcılarında %68 ile 80 arasında değiştiğini, çoğul madde kötüye kullananlarda ise bu oranın yaklaşık %90 olduğunu bildirmişlerdir. Verheul (2001) gözden geçirme yazısında genel KB yaygınlığının tedavi altındaki alkol/madde bağımlılarında (altı çalışma) %34.8 ile %73 arasında (ortalama %56.5) değiştiğini bildirmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde II. eksenin araştırıldığı çalışmaların tümünün yatarak tedavi edilen alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda yapıldığı görülmektedir. İncesu (1993) alkol bağımlılarında herhangi bir KB eş tanı sıklığının %22 olduğunu, en sık II. eksen tanılarından ASKB (%9), kaçınan KB (%6) ve bağımlı KB'leri (%4) olduğunu bulmuştur. Türkçapar ve arkadaşları (1997) ise KB oranını %36 olarak saptadıkları çalışmalarında en yüksek oranın ASKB olduğunu bildirmişlerdir. Son

iki yılda alkol bağımlılarında yapılan çalışmalarda KB oranı %27.3 ile 72.5 arasında değişmektedir. Bu çalışmalarda en yüksek oran B kümesi (%21-55) için ve ASKB (%16-37.5) için bulunmuştur (Eken ve ark. 2003, Kural 2003, Öner ve ark. 2002, İnce ve ark. 2002). Karışık madde bağımlılarında KB için saptanan oran %42.4, B kümesi için %37.9 ve ASKB için %30.3 olarak saptanmıştır (Kural 2003).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Maddelerin çoğunun yasa dışı olması ve buna eşlik eden suça yönelik yaşam şekli ASKB'yi ilk ve en fazla araştırılan KB yapmıştır (Caciola ve ark. 2001). Ayrıca diğer II. eksen bozukluklar için standart, yarı yapılandırılmış görüşmeler geliştirilmeden önce, sadece ASKB için ölçekler bulunmaktaydı (Skodol ve ark. 1999, Caciola ve ark. 2001). Çocukluk çağı davranış bozukluğu ile AMKB gelişiminin ilişkili olduğu bulunmuştur (Skodol ve ark. 1999).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan Çalışması (Epidemiologic Catchment Area - ECA) gibi geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar, ASKB dışındaki KB'lerini değerlendirmeye almamışlardır (Regier ve ark. 1990). Genel toplumda yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre ASKB olan bireylerin çoğunda (%84) ayrıca yaşam boyu AMKB saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde ASKB yaygınlık oranı %14.3 iken, bu oran madde kullanım bozukluğu olan bireylerde %17.8 olarak bulunmuştur (Regier ve ark. 1990). AMKB olan hastalarda ASKB oranlarını değerlendiren çalışmalar bu oranın %25 ile %50 arasında değiştiğini saptamışlardır (Rounsaville ve ark. 1982, Brooner ve ark. 1997, Rounsaville ve ark. 1998, Verheul ve ark. 2000). Bu çalışmalarda alkol/madde bağımlılarında en sık saptanan yaşam boyu tanı ASKB olmuştur. Genel olarak çalışmalara bakıldığında ASKB en sık tercih maddesi eroin olan hastalarda saptanmaktadır. Opiyat kullananlar arasında ASKB %23 ile %73 arasında değişmektedir (Brooner ve ark. 1997, Pelissier ve O'Neil 2000). AMKB olan erkek hastalarda ASKB yaygınlık oranı kadın hastalara göre iki kat daha fazladır (Caciola ve ark. 2001).

AMKB ve ASKB olan bireylerde yapılan çalışmalarda, alkol/madde kullanım sorunlarının daha şiddetli olduğu ve daha yüksek oranda ya da şiddette tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorunlar yaşadıkları sıklıkla saptanmıştır (Alterman ve Cacciola 1991). Çalışmalarda, ASKB olan alkol bağımlılarının bağımlılığı erken yaşlarda geliştirdiği, hızlı ancak belirsiz bir seyir izlediği ve

alkolle ilgili tedavi arayışının erken yaşlarda olduğu bildirilmektedir (Driessen ve ark. 1998). Opiyat bağımlısı hastalarda HIV enfeksiyonu için riskli davranışlar ASKB olanlarda olmayanlara göre daha sık bulunmuştur (Brooner ve ark. 1993).

Alkol/madde bağımlılarında ASKB ve yaşam boyu major depresyon ek tanısı yüksek bulunmaktadır (Pelissier ve O'Neil 2000). Woody ve arkadaşları (1985) hem ASKB hem de depresyonu olan opiyat bağımlılarının sadece ASKB olanlara göre daha iyi ve neredeyse sadece depresyonu olanlar kadar iyi seyir gösterdiğini bulmuşlardır. Liskow ve arkadaşları da (1990) alkol bağımlılarında 1 sene sonunda, ASKB ve depresyonu olanların sadece ASKB olanlarla eşit seyir gösterdiğini bildirmişlerdir. Cecero ve arkadaşları (1999) AMKB olan hastalarda yaptıkları çalışmada, yaşam boyu depresyon tanısı alan ASKB'li hastaların depresyonu olmayanlara göre psikiyatrik açıdan takipte daha fazla düzelme gösterdiğini bildirmişlerdir. Depresyonu olan bu ASKB'li hastalar tedaviye daha erken başvuruyor olabilirler tedavi olma olasılıkları daha yüksek ve hastalıklarının seyir şiddeti daha düşük olabilir (Tomasson ve Vaglum 2000).

Başlangıç yaşı

Cloninger (1987) alkol bağımlılarını Tip I ve Tip II olarak ayırmıştır. Tip II alkol bağımlılığı erkeklerde görülmekte, erken başlangıç göstermekte ve genellikle antisosyal özellikler ile ilişkili olmaktadır. Cloninger'in bu hipotezine gelen önemli eleştirilerden biri tip II'nin asıl olarak alkol bağımlılığının bir alt tipinden ziyade ASKB'yi temsil ettiği şeklindedir (Irwin ve ark. 1990). Benzer şekilde çalışmalarda ASKB olan bireylerin olmayanlara göre yasadışı madde kullanımına erken yaşlarda başladığı bildirilmiştir (Kokkevi ve ark. 1998). ASKB olan AMKB olgularının alkol/madde kullanımına erken yaşlarda başladıkları ve şiddetli alkol/madde kullanımına hızla ilerledikleri bulunmuştur (McKay ve ark. 2000). İleride KB ortaya çıkarabilecek ergenlerin psikoaktif maddelerin kullanım ya da kötüye kullanımına yol açan sorunları olabilir ya da psikoaktif maddelerin erken dönemde patolojik kullanımı psikolojik ve sosyal işlevlerde daha sonra KB olarak tanı konacak sorunlara yol açıyor olabilir (Skodol ve ark. 1999).

Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline KB (BKB) AMKB olan hastalarda sıklıkla açısından ikinci sırada yer almaktadır ve bu oran

%10 ila %30 arasında değişmektedir (Trull ve ark. 2000, Caciola ve ark. 2001). BKB tanısı konarken alkol/madde kötüye kullanımı ile ilgili tanı ölçütleri değerlendirmeye katılmasa bile, BKB ile AMKB arasındaki ilişki devam etmiştir (Skodol ve ark. 1999).

Dulit ve arkadaşları (1990) BKB olanların sıklıkla alkol ve sedatif/hipnotik kullandıklarını, Kruegelbach ve arkadaşları (1993) ise AMKB ve BKB olan bireylerin BKB olmayanlara göre çok daha geniş yelpazede psikoaktif madde kötüye kullandığını bildirmişlerdir. BKB olan AMKB hastalarının daha genç olduğu, daha fazla özkiyim girişimi öyküsü ve psikolojik sorunları bulunduğu ve diğer maddeleri kötüye kullanma risklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Skinstad ve Swain 2001). Çalışmalarda BKB olan alkol bağımlılarının olmayanlara göre daha fazla madde kullanım sorunu yaşadıkları, daha dürtüsel, hostile ve olumsuz duygulanım ve zayıf başatme yetilerinin olduğu bulunmuştur (Nace ve ark. 1983, Kruegelback ve ark. 1993). Nace ve arkadaşları (1986) BKB olan alkol bağımlılarının en kötü madde kullanım seyrini gösterdiklerini ancak diğer seyir ölçütlerinde farklılık göstermediklerini bildirmişlerdir. Marlowe ve arkadaşları (1997) borderline belirtilerin fazla olmasını, tedavide daha az kalma ve tedavi sırasında daha fazla idrarda madde metaboliti çıkması ile ilişkili bulmuşlardır.

Diğer Kişilik Bozuklukları

AMKB olan hastalarda KB'lerin tümü bildirilmiştir. Alkol bağımlılarında paranoid (%20-44) ve kaçınan (%18-20) KB oranlarını da yüksek bulan çalışmalar vardır (Nurnberg ve ark. 1993, Morgenstern ve ark. 1997, Bahlmann ve ark. 2002). Verheul'un (2001) gözdengeçirme çalışmasında tedavi altındaki bağımlıları değerlendiren altı çalışmanın sonuçlarına göre ASKB ve BKB'den sonra en sık saptanan KB'leri sırasıyla paranoid KB (%3.2-20.7 arasında, ortalama %10.1), kaçınan KB (%2-18.4 arasında, ortalama %6), pasif-agresif KB (%0-11.6 arasında, ortalama %6), narsisistik KB (%0.7-17 arasında, ortalama %5.3), bağımlı KB (%1.7-8.1 arasında, ortalama %4.6), obsesif-kompulsif KB (%0.7-10.7 arasında, ortalama %4.4), histrionik KB (%1.4-11.9 arasında, ortalama %3.3), şizoid KB (ortalama %1.3) ve şizotipal KB (ortalama %0.6) olarak bulunmuştur.

AMKB'da II. Eksen ve I. Eksen Birlikteliği

Kokkevi ve arkadaşları (1998) madde kötüye kulla-

nanlarda I. ve II. eksen ek tanı birlikteliğinin %60'ın üzerinde olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmada, KB olanlarda mizaç bozukluğu olma olasılığının KB olmayanlara göre 3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Öner ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında alkol bağımlılarında I. eksen ve II. eksen birlikteliğinin %50 oranında olduğu ve KB olanların %69'unda I. eksen tanısı bulunduğu saptanmıştır. Verheul ve arkadaşları (2000) herhangi bir KB bulunmasının şimdiki mizaç bozukluğu olasılığını 2.5 kat, şimdiki anksiyete bozukluğu olasılığını ise 3.1 kat arttırdığını saptamışlardır. Yazarlar, mizaç bozuklukları B kümesi, anksiyete bozuklukları ise özellikle C kümesi ile ilişkilidir hipotezine karşıt olarak genel ilişki şeklinin özellik göstermediğini bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada ayaktan tedavi görenler arasında I. ve II. eksen arasındaki ilişkinin, yatarak tedavi görenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer bir çalışmada Pettinati ve arkadaşları (1999) I. eksen ve KB birlikteliğinin 1 yıllık takipte alkol/madde kullanımını belirlediğini bildirmişlerdir. KB I. eksen bozukluklarının doğal seyrini ve tedavi sürecini değiştirebilir, örneğin I. eksen bozukluklarının süregenliğini arttırabilir (Verheul ve ark. 2000).

Mizaç ve Karakter Boyutları

Öz-bildirim şeklindeki ilk kişilik soru formu olan ve kişiliğin mizaç (temperament) kısmı için puanlama yapan TPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) kişilik ve alkol bağımlılığı ile ilgili bazı çalışmalarda kullanılmış ve yüksek "yenilik arayışı" bağımlı davranışa yatkınlık sağlayan özellik olarak değerlendirilmiştir (Basiaux ve ark. 2001). TPQ kullanılan bir çalışmada, "yenilik arayışı"nın erken başlangıçlı alkol kötüye kullanımını ve suç davranışını belirlediği ve ASKB olan alkol bağımlılarını diğerlerinden ayırdığı bildirilmiştir (Howard ve ark. 1997).

Ball ve arkadaşları (1997) çalışmalarında en az bir KB tanısı alanların Mizaç ve Karakter Envanteri'nin (Temperament and Character Inventory-TCI) "zarardan kaçınma" boyutunda yüksek, "sebat" ve "kendi kendini yönetme" boyutlarında düşük puan aldıklarını, KB sayısının da yüksek "zarardan kaçınma" ve düşük "kendi kendini yönetme" ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ancak yazarlar bu çalışmada Svrakic ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında saptanan korelasyonların saptanmadığı ve bulguların TCI'nın AMKB olanlarda KB'yi tanımadaki kullanılmasının çok elverişli olmadığını bildirmişlerdir.

Basiaux ve arkadaşları (2001) TCI'yi kullandıkları çalışmalarında alkol bağımlılarının psikiyatrik olmayan kontrol grubuna göre "yenilik arayışı" puanlarını yüksek "kendi kendini yönetme" puanlarını düşük bulmuşlardır. Alkol bağımlılarını erken ve geç başlangıçlı olarak iki gruba ayırdıklarında ise "yenilik arayışı" erken başlangıçlılarda kontrol grubuna göre yüksek, "kendi kendini yönetme" ve "işbirliğine yatkınlık" erken başlangıçlılarda, hem geç başlangıçlılara hem de kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Düşük "kendi kendini yönetme" yüksek KB olasılığını göstermekte, düşük "işbirliğine yatkınlık" ise "kendi kendini yönetme"nin belirleyiciliğini arttırmaktadır (Svrakic ve ark. 1993). Basiaux ve arkadaşlarının (2001) çalışmasının sonuçları özellikle erken başlangıçlı olmak üzere alkol bağımlılarında KB olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Gutierrez ve arkadaşları (2002) TCI'nın karakter boyutu olan "kendilik yönelimliliği"nin madde kötüye kullananlarda KB'nin varlığı ve şiddetiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Takip çalışmaları

Kosten ve arkadaşları (1989) 2.5 yıllık takip sonucunda, tedavi arayışındaki opiyat bağımlılarında KB olanların olmayanlara göre takipte daha fazla madde kullanımı ve daha kötü psikiyatrik işlev gösterme eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir. ASKB olan bireyler yasal açıdan kötü seyir gösterirken, BKB olanların daha fazla psikiyatrik ve alkol sorunları olduğu bulunmuştur. Bununla beraber genel olarak KB'nin seyrin güçlü belirleyicisi olmadığı saptanmıştır. AMKB olan ve ASKB olan hastalar tedaviye daha şiddetli sorunlarla başvursalar ve takipte sorunları daha şiddetli olsa da, alkol/madde kullanımı da dahil bir çok alanda düzelme sağlanmaktadır (Cacciola ve ark. 1995, Cacciola ve ark. 1996). Cacciola ve arkadaşları (1996) metadon tedavisi altındaki hastalarda KB olan ve olmayanlar arasında düzelme miktarının fark göstermediğini, tedaviye daha şiddetli alkol/madde kullanımı, psikiyatrik ve yasal sorunlarla başvuran KB hastalarının düzelmeye rağmen takipte de bu alanlarda zorluk yaşamaya devam ettiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada KB olan olgular 7 ay boyunca tedavide daha az kalmışlar ve B kümesi genel kötü seyri belirlemiştir. Thomas ve arkadaşları (1999) AMKB olan örneklemelerinde 1 yıllık takip sonucunda kişilik bozukluğunun depresmeyi (relaps) arttırdığını bildirmişlerdir.

DeJong (1993) yatarak tedavi gören alkol bağımlıla-

rında herhangi bir B kümesi KB'nin varlığının depresmeyi belirlediğini, etkinin ise tamamen tedavide kalma süresi tarafından belirlendiğini bildirmiştir. Böylece sadece tedavide kısa süreli kalmış ya da tedaviyi yarım bırakmış B kümesi patolojisi olan hastalar depresme için yüksek risk altındadır. Kokkevi ve arkadaşları (1998) tedavide kalmayı değerlendirdiklerinde madde bağımlılarında KB olanların tedaviyi yarım bırakma olasılıklarının 2 kat daha fazla olduğunu ve bunun temel olarak ASKB'den kaynaklandığını bildirmişlerdir.

Kişilik patolojisinden bağımsız olan "değişim için motivasyon" tedavi seyrinin güçlü belirleyicisidir (Project MATCH 1997). Ancak kişilik patolojisi, motivasyonu yüksek bireylerde değil, motivasyonu düşük bireylerde depresmenin güçlü belirleyicisi olarak bulunmuştur (Verheul ve ark. 1998). Alkol bağımlılarında tedavi sonrası depresme belirleyicilerini araştıran çalışmalarda "tutarlılık" depresmeye kadar geçen sürenin belirleyicisi olarak saptanmıştır (Cannon ve ark. 1997, Sellman ve ark. 1997). Yüksek yenilik arayışı olan madde bağımlılarının, düşük yenilik arayışı olanlara kıyasla tedavinin sonunda tedaviyi yarım bırakma olasılıkları daha fazla iken, tedavinin erken dönemlerinde daha yüksek tedavide kalma oranları göstermişlerdir (Helmus ve ark. 2001).

Tedavi programı

Yardım için başvuran ve KB ek tanısı olan bireylerin ihtiyaçları genellikle yardım sağlayan servislerin yeterliliğini aşmaktadır (Clopton ve ark. 1993, Nadeau ve ark. 1999). Bu yüzden de KB ek tanısı olan bireylerin tedaviyi erken bırakma ve tedaviden faydalanmama olasılıkları artmaktadır (Reich ve Vasile 1993, Kokkevi ve ark. 1998).

KB ek tanısının, tedavi öncesi ve sonrası sorunların şiddeti ile ilişkili olduğu bulunsa da, düzelmenin miktarı ile ilişkili olmaması veya tedaviye cevabın güçlü belirleyicisi olmaması, KB ek tanısı olan AMKB'lerin en az KB ek tanısı olmayanlar kadar tedaviden faydalanabileceklerini düşündürmektedir (Cacciola ve ark. 1996, Cacciola ve ark. 1995, Verheul 2001).

Hasta ve tedavi uyumu düşünüldüğünde, bazı yazarlar ASKB'li hastaların daha fazla yapılandırılmış ve davranışsal yönelimli tedavi yaklaşımlarından ve sınırlamalı ortamlardan daha fazla faydalanma olasılıkları olduğunu bildirmişlerdir (Project MATCH 1997, 1998, Rounsaville ve ark. 1998). Messina ve arkadaşları (1999) ASKB olanların tedaviyi tamamlama olasılıklarının diğer hastalarla benzer olduğunu

ve madde kullanımı ve suç davranışında azalmanın diğerleriyle benzerlik gösterdiğini bulmuşlardır. Çalışmalar hasta-terapist ilişkisinin KB ile depresme arasındaki ilişkinin muhtemel belirleyicisi olabileceğini göstermiştir (Gerstley ve ark. 1989, Verheul ve ark. 1998). Dialektik Davranışsal Terapi (Dialectical Behavior Therapy) özellikle tekrarlayan özkiyim girişimi olan, şiddetli BKB'li AMKB olanlarda iyi bir seçenektir. İkili Odaklanmış Şema Terapisi (Dual Focus Schema Therapy) kısa süreli tedavi şekillerine cevap vermeyen KB ek tanılı AMKB olanlarda tedavi endikasyonu olabilir (Verheul 2001). Alkol/madde bağımlılığı ve KB aynı zamanda tedavi edilmeli tedavi programlarından sorumlu olanlar KB olan bireyler ile baş etmek için servislerini en iyi nasıl adapte edeceklerini değerlendirmelidirler (Nadeau ve ark. 1999).

Sonuç

Tedavi ile uğraşanlar günlük pratikte AMKB ve KB ek tanısı ile sıklıkla karşılaşmakta ve bu durumla bir şekilde baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Ancak genellikle kesin tanı konulamamakta ve bu tedavide değişikliğe yol açmamaktadır. AMKB olan kişileri en sık etiketleme şekli onların KB olduğu şeklindedir. Alkol/madde bağımlılarında özellikle ASKB olmak üzere KB, klinik olarak baş etme, tedavi ekibinin düşük beklentileri, tedaviyi yarım bırakma ve olum-

suz seyir ile ilişkilendirilmiştir (Alterman ve Cacciola 1991, Brooner ve ark. 1997). KB ek tanısı alanların almayanlar kadar tedaviden faydalanabildikleri de göz önünde bulundurulduğunda, gerçek oranları belirlemek tedavi ile uğraşan klinisyenleri gereksiz yere umutsuzluğa itecektir.

Kişiliğin bağımlılar üzerindeki rolünün araştırılması, AMKB gelişme riski yüksek bireylerin tanımlanmasına yardımcı olarak riskli grupların korunabilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca bu alandaki çalışmalar, bağımlılıkla ilgili sorunların tedavisi için başvuran bireylerin klinik farklılıklarını anlamada ve böylece yardım için başvurmuş farklı bireylerin farklı tedaviler için eşleştirilmesine fayda sağlayabilir (Verheul 2001). Ülkemizde alkol bağımlılarında KB araştırılmış olmasına rağmen alkol dışı madde kullanım bozukluğu olanlarda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. KB ek tanısı olan hastaların tedavisi için tek tip bir yaklaşım uygun görünmemekte ve tedavinin bu hastalar için bireyselleştirilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Cüneyt Evren, Bakırköy
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniği, İstanbul,
ceddie@turk.net

KAYNAKLAR

- Alterman AI, Cacciola JS (1991) The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis*, 179:401-409.
- Bahlmann M, Preuss UW, Soyka M (2002) Chronological relationship between antisocial personality disorder and alcohol dependence. *Eur Addict Res*, 8:195-200.
- Ball SA, Tennen H, Poling JC ve ark. (1997) Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *J Abnorm Psychol*, 106: 545-553.
- Basiaux P, le Bon O, Dramaix M ve ark. (2001) Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol*, 36:584-587.
- Brady KT, Grice DE, Dustan L ve ark. (1993) Gender differences in substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 150:1707-1711.
- Brady KT, Randall CL (1999) Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 22:241-252.
- Brooner RK, Greenfield L, Schmidt CW ve ark. (1993) Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *Am J Psychiatry*, 150:53-58.
- Brooner RK, King VL, Kidorf M ve ark. (1997) Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 54:71-80.
- Cacciola JS, Alterman AI, McKayJR ve ark. (2001) Psychiatric comorbidity in patients with substance use disorders: do not forget axis II disorders. *Psychiatric Ann*, 31:321-331.
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ ve ark. (1995) Treatment response of antisocial substance abusers. *J Nerv Ment Dis*, 183:166-171.
- Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI ve ark. (1996) Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis*, 184:234-239.
- Cannon DS, Keefe CK, Clark LA (1997) Persistence predicts latency to relapse following inpatient treatment for alcohol dependence. *Addict Behav*, 22:535-543.
- Cecero JJ, Ball SA, Tennen H ve ark. (1999) Concurrent and predictive validity of antisocial personality disorder subtyping among substance abusers. *J Nerv Ment Dis*, 187:478-486.
- Cloninger CR (1987) Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 24; 236 : 410-416.
- Clopton JR, Weddige RL, Contreras SA ve ark. (1993) Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. *Int J Addict*, 28:1147-1153.

- Conway KP, Kane RJ, Ball SA ve ark. (2003) Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend*, 20;71:65-75.
- DeJong CA, van den Brink W, Hartefeld FM ve ark. (1993) Personality disorder in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry*, 34:87-94.
- Driessen M, Veltrup C, Wetterling T ve ark. (1998) Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res*, 22:77-86.
- Dulit RA, Fyer MR, Hass GL ve ark. (1990) Substance use in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 147:1002-1007.
- Eken B, Evren EC, Saatçiođlu Ö ve ark. (2003) Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 16:71-79.
- Gerstley L, McLellan AT, Alterman AI ve ark. (1989) Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146:508-512.
- Gutierrez F, Sangorrin J, Martin-Santos R ve ark. (2002) Measuring the core features of personality disorders in substance abusers using the Temperament and Character Inventory (TCI). *J Personal Disord*, 16:344-359.
- Helmus TC, Downey KK, Arfken CL ve ark. (2001) Novelty seeking as a predictor of treatment retention for heroin dependent cocaine users. *Drug Alcohol Depend*, 1;61:287-295.
- Howard MO, Kivlahan D, Walker RD (1997) Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol*, 58:48-66.
- Irwin M, Schuckit M, Smith TL (1990) Clinical importance of age at onset in type 1 and type 2 primary alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 47:320-324.
- İnce A, Doğruer Z, Türkçapar MH (2002) Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5:82-91.
- İncesu C (1993) Alkol bağımlılarında tabloya eşlik eden mizaç, anksiyete ve kişilik bozuklukları. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA (1996) The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*, 66:17-31.
- Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E ve ark. (1998) Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*, 23:841-853.
- Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ (1989) Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse Treat*, 6:163-168.
- Kruedelbach N, McCormick RA, Schulz SC ve ark. (1993) Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 1993;7:214-222.
- Kural S (2003) Alkol/madde bağımlılarında PTSB, çocukluk çağı travma öyküsü ve II. Eksen ek tanılarının yaygınlığı ve aralarındaki ilişki. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul .
- Liskow B, Powell BJ, Nickel EJ ve ark. (1990) Diagnostic subgroups of antisocial alcoholics: outcome at 1 year. *Compr Psychiatry* 1990;31:549-556.
- Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS ve ark. (1997) Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *J Nerv Ment Dis*, 185:483-490.
- McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS ve ark. (2000) Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care. *J Nerv Ment Dis*, 188:287-296.
- Messina N, Wish E, Nemes S (1999) Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat*, 17:121-128.
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E ve ark. (1997) The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol*, 106:74-84.
- Nace EP, Saxon JJ Jr, Shore N (1983) A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry*, 40:54-56.
- Nace EP, Saxon JJ Jr, Shore N (1986) Borderline personality disorder and alcoholism treatment: a one-year follow-up study. *J Stud Alcohol*, 47:196-200.
- Nace EP (1990) Substance abuse and personality disorder. *J Chem Depend Treatment*, 183-197.
- Nadeau L, Landry M, Racine S (1999) Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiatry*, 44:592-596.
- Nurnberg HG, Rifkin A, Doddi S (1993) A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Compr Psychiatry*, 34:447-454.
- Öner H, Tamam L, Levent BA ve ark. (2002) Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12: 14-22.
- Pelissier BM, O'Neil JA (2000) Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. *J Subst Abuse*, 11:379-393.
- Pettinati HM, Pierce JD Jr, Belden PP ve ark. (1999) The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *Am J Addict*, 8:136-147.
- Project MATCH Research Group (1997) Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*, 58 :7-29.
- Project MATCH Research Group (1998) Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92:1671-1698.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS ve ark. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 21;264:2511-2518.
- Reich JH, Vasile RG (1993) Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *J Nerv Ment Dis*, 181:475-484.

- Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S ve ark. (1998) Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *J Nerv Ment Dis*, 186:87-95.
- Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H ve ark. (1982) Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 39:161-168.
- Sellman JD, Mulder RT, Sullivan PF ve ark. (1997) Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment. *J Stud Alcohol*, 58:257-263.
- Sher KJ, Trull TJ (1994) Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 103:92-102.
- Skinstad AH, Swain A (2001) Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27:45-64.
- Skodol AE, Oldman JM, Gallaher PE (1999) Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156:733-738.
- Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR ve ark. (1993) Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50:991-999.
- Thomas VH, Melchert TP, Banken JA (1999) Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol*, 60:271-277.
- Tomasson K, Vaglum P (2000) Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome. *Eur Psychiatry*, 15:443-449.
- Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C ve ark. (2000) Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev*, 20:235-253.
- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK ve ark. (1997) Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 5:29-34.
- Verheul R, Ball SA, van den Brink W (1997) Substance abuse and personality disorders. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ, EDS. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York, Marcel Dekker, Inc., 317-363.
- Verheul R, Kranzler HR, Poling J ve ark. (2000) Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand*, 101:110-118.
- Verheul R, van den Brink W, Geerlings PJ (1999) A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 34:197-222.
- Verheul R, van den Brink W, Hartgers C (1998) Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav*, 23:869-882.
- Verheul R, Van Den Brink, Hartgers C (1995) Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *Eur Addict Res*, 1:166-177.
- Verheul R (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 16:274-282.
- Woody GE, McLellan AT, Luborsky L ve ark. (1985) Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1081-1086.