

T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU
İLE DSM III-R II. EKSEN KÜME B KİŞİLİK
BOZUKLUKLARI KARŞILAŞTIRILMASI ve TAKİP ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Selahattin ŞENOL

ANKARA - 1990

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

ÖNSÖZ

Kişilik bozuklukları klinisyenleri en çok zorlayan hasta grubudur. Bu hastaların tanılarındaki zorluklar, tedavileri, defansları ve klinisyende uyandırdıkları duygular nedeniyle psikiyatristler tarafından nevrotik hastalardan daha az tercih edilirler.

Kişilik bozuklukları içinde bu sorunların en belirgin olduğu ve üzerinde çalışmaların yoğun olarak devam ettiği borderline kişilik bozukluğudur. Borderline kişilik bozukluğunun belirli bir klinik sendrom olarak affektif bozukluklar ve skizofreni ile ayrımı özgün araştırmalarla doğrulanmakla birlikte, diğer kişilik bozuklukları ve özellikle de DSM III-R Eksen II Küme B'deki diğer kişilik bozuklukları; Histrionik, Antisosyal ve Narsisistik kişilik bozuklukları ile olan ayrımını net olarak ortaya koymada güçlükler vardır.

Çalışmada bu ayrıma yardımcı olabilmek amacı ile GÜTF Psikiyatri Kliniğinde 1986-1988 yılları arasında yatarak tedavi olan hastalardan Küme B kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların klinik özellikleri , genel işlevsellik düzeyleri, psikolojik ve gelişimsel özelliklerine bakıldı. Bu 4 kişilik bozukluğunun, yatan hasta popülasyonundaki sıklığı ve yukarıda sayılan özellikleri ile bu özelliklerden borderline kişilik bozukluğunu diğer bozukluklardan ayırdedici olanlar belirlenmeye çalışıldı.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütülmesi ve asistanlığım süresince eğitimimde katkıları, yakın ilgi ve desteklerini gördüğüm hocalarıma, tez danışmanım Sayın Prof.Dr. İsmail ÇİFTER'e Sayın Prof. Dr. Erdal IŞIK, Sayın Doç. Dr. Nevzat YÜKSEL, Sayın Yrd.Doç.Dr. Şahnur ŞENER ve Sayın Uzm.Dr. Zehra ARIKAN'a teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmanın yürütülmesindeki değerli yardımlarından dolayı Sayın Uzm. Psk. Çiğdem ULUERGÜVEN'e, tüm araştırma görevlisi ve psikolog arkadaşlarıma, çalışmanın istatistik değerlendirmelerini yapan Sayın S. Kenan KÖSE ile araştırmada kullanılan SCID I ve II ölçeklerinin sağlanmasındaki yardımlarından dolayı Sayın Doç.Dr. Soli SORİAS'a ve her zaman olduğu gibi bu çalışmamda da büyük desteğini gördüğüm eşim Gülhan Şenol'a bu fırsatla teşekkür etmek isterim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
I. 1. Genel Bilgiler.....	1
- Kişilik.....	1
- Kişilik Bozuklukları.....	2
- Borderline.....	4
2. Giriş.....	11
3. Amaçlar.....	22
II. Araç ve Yöntem.....	24
III. Bulgular.....	28
IV. Tartışma.....	49
V. Sonuç.....	65
VI. Özet.....	68
VII. İngilizce Özet.....	69
VIII. Kaynaklar.....	70
IX. Ekler	

GENEL BİLGİLER

1. Kişilik

Kişilik halk arasında sosyal becerilerin olması yani, kişinin çeşitli ortamlarda ortaya koyabildiği olumlu tepkilerin değerlendirilmesi şeklinde kullanılmaktadır. Bilimsel anlamda tanımlamalar daha kapsamlı olmakla birlikte üzerinde anlaşmaya varılan tam bir kişilik tanımı yoktur. Alport, literatürde 50 farklı kişilik tanımına rastlamış ve bunları biyososyal ve biyofiziksel olarak ikiye ayırmıştır. Biyososyal tanımlamalar kişiliğin tipik özelliklerine göre yapılırken, biyofiziksel tanımlamalar kişiliğin organik tarafının bireyin özel bir takım nitelikleri ile ilişkisi olduğu varsayımı üzerinde durmuştur (1).

Kişiliği tanımlama ve sınıflandırma çabaları eski çağlardan beri vardır. Hipokrat ve Galenos kanlı (sanguine), sarı safralı (choleric), kara safralı (melancholic) ve phlegmatic kişilikler tanımlamışlardır. 19. yüzyılda beden yapıları üzerinde durulmuştur. Kretschmer, atletik tip - normal kişilik, piknik tip - siklotimik kişilik, astenik tip - skizoid kişilik ve displastik tip gibi beden tipine uyan kişilik türlerini tanımlamıştır. 20. yüzyılda psikolojik kuramlar geliştirilmiştir. Psikoanalitik kuram, psiko-seksüel gelişme dönemlerinde saplanma sonucu oluşan kişilik özelliklerini oral, anal, genital kişilikler olarak sınıflandırmıştır. Jung ekstravert ve intravert kişilik yapılarını tanımlamıştır (2). Bu tanımlamalar dışında herşeyi içermeye

çalışan (Omnibus) tanımlama ile kişiye ait herşey içerilmeye çalışılmıştır. Ayrıca kişiliği, bireyin içinde aktif bir güç veya çeşitli farklı davranışları düzenleyen güç olarak gören tanımlamalar da yapılmıştır (1).

Bu tanımlamalar genellikle tanımı yapan kişinin ait olduğu teorik seçime bağlı kalmaktadır. Sonuç olarak birkişinin en tipik ve en derin özellikleri olan kişilik (1), bir insanın bütünlüğünü oluşturan bünyesel, düşünsel, çöşkusal, toplumsal ve töresel değerlerin bir sentezi olup bireyin tüm davranış örneklerini içine alır(3).

2. Kişilik Bozuklukları

Kişilik tanımlaması gibi kişilik bozuklukları için de tam geçerli bir tanım yapmak güçtür. Kişilik bozuklukları ile ilgili ilk tanımlamaların M.Ö. 3. yüzyılda Theophrastus tarafından yapıldığı bilinmektedir. Kişilik bozukluğunun ilk tanımlaması 1801'de Pinel tarafından yapılmıştır. Pinel, antisosyal davranışa "manie sans delire" adını vermiştir. Daha sonra 1873'de James Prichard "moral insanity - ahlaki delilik" terimini ortaya atmıştır. 19. yüzyılda ise kişilik bozukluğu "psikopatik inferiority" diye tanımlanmıştır. 1876'da Lombroso tarafından ortaya atılan "suçlu doğanlar" tanımı 19. yüzyıl sonuna kadar kabul görmüştür. 1888'de Kock 'konstitusyonel psikopatik inferiority" tanımı ile genetiğin önemini vurgulamıştır. Meyer, kişilik bozukluklarının nevrozların dışında tutulması gereğini vurgulamış, Birnbaum psikopatların hepsinin suça eğilimi olmadığını söylemiştir. 1891'de Gluech ve 1907'de John Vizker'in tanımlamalarından sonra 1907'de Kohl ve Kraepelin de doğuştan suçlular, anstabil olanlar, dolandırıcılar ve yalancılar, asılsız yere yakınlar şeklinde alt grupları ayırmışlardır. 1908'de Freud

kişiliğin oluşmasında çevresel faktörlerin önemini vurgulamıştır (4). 1923'de Kurt Schneider, psikopatik kişilikleri anlattığı çalışmasında on kişilik bozukluğun tanımını yapmıştır. Schneider kişilikteki anormaliteyi ortalama popülasyondan sapma olarak tanımlamıştır. Bu tanım psikiyatrik hasta olmayan kişilik sapkınlıklarını da kapsayan istatistiksel bir kavramdır. psikiyatrik müdahale ancak anormalliğin yakınmalara neden olduğu zamanlarda sözkonusudur. Schneider'e göre bu anormalliklerden toplum veya kişinin kendi yakınabilmektedir. Kretschmer'den farklı olarak Schneider, psikopatik bozuklukları diğer mental hastalıkların bir başlatıcısı olarak değil ayrı bir bütün olarak görmüştür. Schneider'in kişilik tipolojisini tanımlamasından beri bu tipolojiye eklenen çok az gelişme olmuştur. Onun pekçok görüşü ICD sınıflandırmasında yer almaktadır (5). 1930'da Franz Alexander nevrotik karakteri tanımlayarak, bunların çatışmalarının kendileri ile, kişilik bozukluğu olanların ise toplumla olduğunu göstermiştir (4).

DSM III-R'a göre kişilik özelliği, çevre ve kendi hakkındaki algılamaların, ilişki ve düşüncelerin süre giden bir örüntüsüdür ve bunlar önemli sosyal ve kişisel bağlamlarda geniş bir alanda sergilenir. Kişilik özellikleri ancak esnekleşemedikleri, uygunsuz oldukları, sosyal ve mesleki işlevsellikte anlamlı bozulmaya yolaçtıkları veya öznel bir sıkıntıya yolaçtıkları zaman kişilik bozukluğudur (6,7).

Nedenleri, sınıflandırma, prevalans ve tedavileri açısından kişilik bozuklukları şu dört özelliği paylaşırlar:

- 1) Strese karşı esnek olmayan ve uygunsuz tepki,
- 2) Çalışma ve sevmeye nevrozdakinden daha ciddi ve yaygın yeteneksizlik,

3) Kişilerarası çatışmalarda şüpheli tepkiler ortaya çıkarma,

4) İnsanlarla yakınlaşmada - bu insanlara sıkıntı veren tuhaf bir yeteneğin olması (8).

DSM III ve DSM III-R yeni bir tanı sistemidir. Bunlara göre kişilik bozukluğu prevalansı hakkında yeterli bilgi azdır. Pekçok iyi prevalans çalışması 1950'lerde yapılmış, bundan sonra sadece belirli kişilik bozuklukları hakkında bilgi edinilmiştir. Yapılan çeşitli alan ve kültürler arası e-pidemiolojik çalışmaların bulgularında kişilik bozukluklarının statik değil, dinamik olduğu ve sonuçların toplum özellikleri ile değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (8).

3. Borderline

"Borderline" terimi yaklaşık ellibeş yıldan beri psikiyatri literatüründe yer almaktadır. Terim bir klinik durum, bir sendrom, kişilik organizasyonu gibi çeşitli anlamlarda kullanılmıştır (9). Borderline tanısının, hem nevrotik semptomatolojiden aşırı psikotik reaksiyona hızla regrese olan hastalardaki geçici akut tabloların ortaya çıkışı için, hem de nevroz ve psikoz arası sınırdaki bulunan uzun süre stabil fonksiyon gösteren hastalar için kullanılması literatürde karışıklığa neden olmuştur (10). Son onbeş yılda bu konuda çeşitli görüşlerdeki kişiler tarafından yazılmış makaleler ve araştırmaların gittikçe artmasına ve DSM III'deki kavramsal açıklık kazandırma çabalarına rağmen konu anlamsal karmaşasının sürdürmeye devam etmektedir. Günümüzde bu terim değişik kişiler için değişik anlamlar ifade edebilmektedir.

Tarihsel gelişim sırasında ilk yirmi yılda yapılan klinik tanımlamalarda borderline kavramının skizofreni benzeri

özellikleri üzerinde durulurken, son yirmi yıldaki çalışmalarda özellikle biyolojik yönelimlerin etkisi ile bu sendromun affektif bir hastalık olabileceği görüşü yaygınlaşmıştır. Kaynağını analitik yaklaşımlardan alan açıklamalar 1950'li, DSM III'lere temel hazırlayan kişilik bozukluğu yaklaşımı ise 1970'li yıllardan beri literatürde geniş bir yer tutmaya başlamıştır (11).

Psikiyatri literatüründe bu güne dek "borderline" denilince aşağıdakilerden biri söylenmek istenmektedir; 1) Borderline skizofreni, 2) Borderline affektif bozukluk, 3) Psikoanalitik anlamda psikoyapısal düzeyde bir işlevsellik, 4). Borderline kişilik bozukluğu. Bu dört akım 1975'te Aranson tarafından şu şekilde özetlenmiştir: İlk iki kavram borderline'ı belirli hastalık gruplarının sınırı veya alt tipi olarak görürken, son ikisi ayrı belirli bir alanı ve niteliksel farklılıkları olan bir kavram olarak ele almaktadır (12).

3-1 Borderline Skizofreni

İlk psikoanalitik tanımlamalar borderline'ın özellikle skizofreni ile olan ilişkisi üzerinde durmuşlardır. Stern 1938 Schmeiderberg 1947 Knight 1953'de konuyu bu şekilde ele almışlardır. Sendrom 1941'de Zilboorg tarafından ambulatuvar skizofreni, 1945-46'da Rapaport ve arkadaşları tarafından preskizofreni, 1947'de Federn tarafından latent skizofreni, 1949'da Hoch ve Polotin tarafından pseudoneurotic skizofreni olarak tanımlanmıştır. Daha yeni çalışmalardan 1968'de Kety ve arkadaşları genetik ve ikiz çalışmaları ile bu konuyu araştırmışlardır. Bunlara B-3 tipi borderline'lar adı verilmiştir (11,12). Konuya DSM III'ün geliştirilmesi sırasındaki çalışmalar açıklık getirmiştir. Bu çalışmalardan birini Spitzer ve ark. 1979'da yaparak, borderline skizofreni ve borderline kişilik terimlerinin kullanımını ayırttırmaya

çalışmışlardır. Bu çalışmanın sonunda, bu iki kavram DSM III'te skizotipal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu olarak ayrılmış iki kategori olarak kendini göstermiştir (13). DSM III-R'da bunu takip etmiştir.

Bu belirlemeden sonra konu ile ilgili literatür BKB'nun skizofreni ve skizotipal kişilik bozukluğu ile ayrımı üzerinde durmuştur. Halen devam eden bu çalışmaların sonuçları farklı bulgular bildirmektedir.

Carpenter ve Gunderson 1977'deki araştırmalarında, borderline hastaların tüm fonksiyonelliğe bakıldığında skizofreniklere yakın bulunduğunu, sadece sosyal fonksiyona bakıldığında borderline'ların daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (14). DSM III'deki skizofreni ve BKB arasında aile öyküleri, tedaviye verdikleri yanıt ve 4-8 yıllık takipleri açısından bir ilişki görülmemiştir. Takipte borderline'lar skizofrenikler kadar zayıf işlevsellik göstermişler. Fakat bu zayıf işlevsellik DSM III'teki skizofreni için tipik olan belirtiler açısından değil de borderline için tipik olan ısrarlı belirtiler açısından görülmüştür (15). Pope 1985'teki araştırmasında, BKB'nun klasik psikotik bozuklukların sınırı olmadığını öne sürmüştür (16). 1986'da yapılan bir çalışmada skizofreni ve kişilik bozukluğu olan hastaların en fazla borderlerine özellikleri gösterdikleri bulunmuştur. Yazarlar sonuçlarını, borderline psikopatolojinin skizofrenik spektruma beklenenden daha yakın olduğu şeklinde yorumlamışlardır (17).

Borderline hastalar psikotik regresyonları ve rol başarısındaki bozukluk nedeni ile skizofreni ile karışmaktadırlar. Fakat borderline hastalardaki ilişki kurma düzeyi (18), impulsif davranış, affekt ve psikoz alanlarındaki farklılıklar (9,19) nedeni ile ayrımları yapılabilmektedir.

1986'da George ve Soloff çalışmalarında borderline ve skizotipal kişilik bozuklukları arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (20). Araştırmalarda borderline ve skizotipal kişilik bozukluğu tanı kriterlerinde üst üste gelme bulunurken (21,22), borderline hastaların hiçbirinin diğer kişilik bozuklukları tanı kriterleri ile çakışmadığı bildirilmiştir (22). Mc Glashan 1983 ve 1987'deki çalışmalarında DSM III BKB ve skizotipal kişilik bozukluğu kriterlerinin geçerliliğine bakmış, takipte bu iki kişilik bozukluğunun iyi ayrılabilirdiğini, fakat günlük uygulamada daha zayıf ayırıcılığı olduğunu belirtmiştir (23,24). 1987'deki bir çalışmada borderline hastalar reaksiyon zamanları yönünden karşılaştırıldıklarında skizotipal hastalardan ayrılabilmişler ve bu çalışmada borderline bozukluğun skizofrenik spektruma dahil olmadığı gösterilmeye çalışılmıştır (25). Vaglum ve ark. 1989 çalışmalarında DSM III'de tanımlanan borderline hastaların en azından bir kısmının yine de skizotipal kişilik bozukluğuna bir miktar yakın olduğunu ve ikisinin de kriterlerine girebildiğine belirtmektedirler (26).

3-2 Borderline Affektif Bozukluk

Aile öyküsü, takip ve psikofarmakoloji çalışmaları borderline'nın özellikle affektif bir hastalık veya affektif hastalığın bir alt grubu olduğu üzerinde durmaktadır. 1981'de Liebowitz ve Klein bu bozukluk için histeroid disfori terimini (27), Rifkin ve ark. ise emosyonel stabil olmayan karakter bozukluğu terimini kullanmışlardır (28). Daha sonra bu bozukluk alt affektif distimia, siklotimia ve bipolar II bozukluk terimleri ile ele alınmıştır (29). Bu görüşe göre kişilik disfonksiyonu altta yatan affektif duruma sekonderdir. Kronik affektif bozukluğu olanlarda borderline, avoidant ve pasif agresif kişilik özelliklerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (30).

Borderline'nın affektif hastalıklarla ilişkisini Perry de 1985'deki çalışmasında vurgulamıştır (31). Aile çalışmaları bir ilişkinin olabileceğini düşündürmektedir (32).

Borderline ve affektif bozukluklar üzerine çok sayıda çalışma vardır. Gunderson ve Elliott 1985'teki çalışmalarında aradaki ilişkiyi vurgulayan 3 hipotezi özetleyerek 4. bir hipotez önermişlerdir. Birinci hipotez yukarıda da belirtildiği gibi kişilik disfonksiyonunun altta yatan affektif duruma sekonder olduğunu, ikinci hipotez kronik disfori ve depresyonun sekonder olduğunu, üçüncü hipotez ise aralarında bir ilişki olmadığını savunur. Yazarlar dördüncü bir hipotez olarak da borderline ve affektif semptomların birarada oluşunun heterojenlikten kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Sonuçta yazarlar affektif hastalık ve BKB arasındaki ilişkinin halen çalışmaya ve belirginleştirilmeye değer olduğu görüşündedirler (33).

Sık görülen psikoz benzeri veya depresif semptom epizodları nedeni ile BKB'nun zamanla skizofreni veya major affektif bozukluk gibi bir hastalığa dönüşebileceği düşünülmüş, fakat çeşitli takip çalışmaları bu durumun nadir olduğunu göstermiştir (18).

Çalışma sonuçları borderline hastaların mood bozuklukları ile daha fazla karışıklarını göstermektedir. Borderline hastalarındaki depresif deneyimler boşluk duygusu, kendine zarar verme ve kendini kötü hissetme duyguları ile birlikte gider. Buna zıt olarak depresyonlarda suçluluk duyguları yoğundur ve kayıplarla ilgilidir (18). Ayrıca bordeline hastalar distimik kontrollere göre daha şiddetli öfke göstermektedirler (34). Bunların dışında BKB olan hastalarda görülen affektif ve davranışsal düzensizlikler ile kişilerarası ve bilişsel bozukluklar ayırdedicidir (9,19,35).

Borderline ve major affektif bozukluk arasındaki ilişkinin

çalışılmasına günümüzdeki araştırmalarla da devam edilmektedir. Biyolojik yönelimli görüşler hale duygudurum bozukluğu ile aynı etiolojiyi paylaştığını iddia etmektedirler (35).

3- 3 Psikoyapısal kavram olarak borderline

Sydenham 1680'de borderline ego integrasyonu sendromu olan bu hastaları "kısa süre sonra nefret edebilecekleri kişileri ölçüsüz derecede seven kişiler" olarak tanımlamıştır (36). Psikoanalitik yazarlar 1953'de Knight'tan başlayarak, 1975 ve 1984'te Kernberg tarafından (10,37) daha da açıklığa kavuşturularak borderline'ı ego psikolojisi terimleri ile ortaya koymuşlardır. Buna göre borderline durum nevrotik ve psikotik düzeylerden ayrıştırılabilen sabit bir psikoyapısal ego işlevselliği düzeyidir. Bu kavram, objektif gözlenebilir davranışsal kriterler yerine intrapsişik yapıyı ele almaktadır. Splitting (split-ego) ve kimlik yayılması gibi gelişimsel tutulmaya dayanan ilkel savunma mekanizmaları söz konusudur.

Temel intrapsişik psikopatoloji çeşitli yazarlar tarafından çeşitli biçimlerde açıklanmıştır, hatta bu açıklamalar arasında zıtlıklar bulunmaktadır. 1972'de Masterson ve 1975'de Kernberg çatışma modelini öne sürerken; Knight 1953, Zetzel 1971 ve 1979'da da Chessick ile Giovacchini ise ego yapısındaki eksikliklere önem vermişlerdir. Diğer yandan bazı yazarlarca Melanie Klein'in görüşlerine dayanan obje ilişkileri teorisi, agresyon ve ilkel defansları açıklamak için kullanılmıştır (37,38). Diğer yazarlar da çeşitli gelişimsel dönem patogenezi, dönemsel teorilerle açıklayan görüşler ileri sürmüşlerdir. Masterson 1981'de ve Rinsley 1982'de, seperasyon-individuasyon'un rapprochement subfazındaki bir tutulma olarak açıklarken, 1965'de Winnicott ve 1976'da Modell geçici obje düzeyindeki bir tutulma olarak belirt-

mişlerdir. 1982'de Bute ve Adler de bilişsel bir zayıflık olarak açıklamışlardır (11,12)

Yukarıda anlatılan borderline'in bu kavramı DSM III' deki tarif düzeyinden veya daha biyolojik yönelimli yazarların açıklamalarından tamamen farklıdır (11,12). Dinamik psikiyatrinin önemli olduğu ve psikoterapötik yaklaşımların sık olduğu ülkelerde bordeline tanısı sık kullanılırken, biyolojik yaklaşımlı merkezlerde tanı daha dikkatli konularak, bozukluğun daha çok psikoz benzeri veya affektif özellikli bir ana bozukluğa eşlik ettiği düşünülmektedir (18). Günümüzde Kernberg'in görüşleri hala kabul görmektedir. Psikodinamik görüş psikoanalitik yönelimli tedavideki önemini sürdürmektedir.

3- 4 Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)

Borderline'nın kişilik bozukluğu olarak ele alınması daha çağdaş bir yaklaşımı temsil etmektedir. 1968'de Grinker ve ark. (39) ile 1975'de Gunderson ve Singer (40), borderline'i geleneksel objektif-tanımlayıcı yaklaşımla ele almışlardır. Borderline'nın yaygın klinik kullanımı DSM III'ün Eksen II'de BKB'nu bir kişilik bozukluğu tanısı olarak alması ile 1980'lerden sonra başlamıştır. Böylece borderline terimi ilk kez resmi psikiyatrik terminolojide yer almaya başlamıştır.

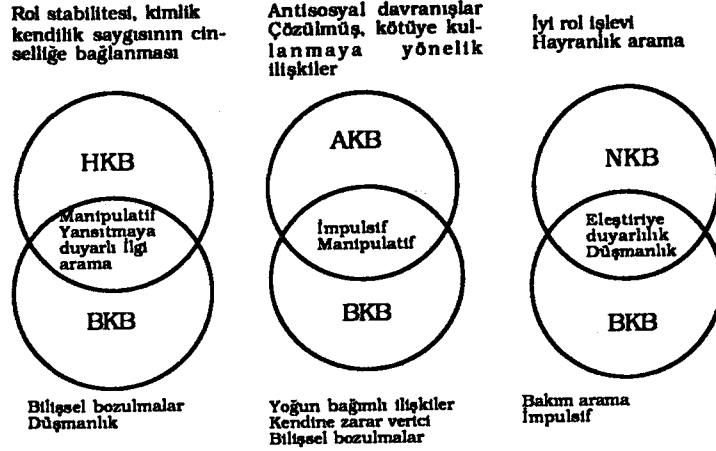
DSM III'teki BKB tanısı DSM III-R'de de değişmeden aynı şekilde kalmıştır.

GİRİŞ

DSM III'ün getirdiği en önemli özellik çok eksenli tanı sistemidir. Bu da kişilik bozukluklarının bağımsız olarak ayrı bir eksenle değerlendirilmesine olanak sağlamıştır (41). DSM III ve DSM III-R' daki BKB tanımı daha önceki klinik izlenimlerin bir sentezidir. Özellikle BKB tanısının ayırıcılığının DSM III ve DSM III-R'da diğer kişilik bozukluklarına kıyasla değişmeden kaldığı gösterilmiştir (42).

DSM III-R, Eksen II'de değerlendirilen kişilik bozukluklarını üç kümeye ayırmıştır. Küme A: Egzantrik davranışa eğilimi ve bütün sosyal ilişkilerde kalıcı bir korkuyu yansıtan; paranoid, skizoid, skizotipal. Küme B: Dramatik, emosyonel, dışa dönmeye eğilim ve tutarsız; borderline, histrionik, antisosyal, narsisistik. Küme C: kızgınlığın kendine döndüğü, kaygınlığı, içe dönüklük ve dikkatliliği içeren; avoidant, bağımlı, obsesif kompulsif, pasif agresif (6,7,8,41).

Küme B'de yer alan BKB, sayılan bu ortak özellikler dışında aynı kümede yer alan diğer üç kişilik bozukluğuna ait bazı özellikleri de taşımaktadır. Borderline kişilik bozukluğunun bu üç kişilik bozukluğu ile ortak ve ayrılan özellikleri aşağıdaki Şekil'de gösterilmiştir.



Histrionik kişilik (HKB) olan hastalar renkli, dramatik ve dışa dönük davranışlarıyla karakterizedirler. Bu kişiler heycanlı ve emosyoneldir. Gösterişli kişiliklerine rağmen derin ve uzun süre bağlanma yeteneğinde sıklıkla bozulma vardır. Histrionik kişiler bağımlı, dikkat isteyen ve manipulasyona eğilimli özellikleri ile borderline hastalara benzerler. Fakat ilişkilerinde stabildirler ve kognitif bozukluk göstermezler. Benlik saygıları kendilerini ne derece seksüel, çekici hissettiklerine göre değişir ve diğerleri ile ilişkilerinde seksüel mesajlar önde gelir. Borderline hastalardaki belirgin düşmanlık bunlarda yoktur. HKB ile ilgili yapılan çalışmalar, bu bozukluğu kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat fazla bulunmuştur. 1986'da yapılan bir çalışmada erkek ve kadın için benzer prevalans bildirilmiş ve erkekler için 12.8, kadınlar için 16.1 olarak verilmiştir (8,18).

Antisosyal kişilik bozukluğu (AKB), impulsif ve manipulatif özellikleri ile BKB 'na benzer. Antisosyal hastaların yaklaşık 1/4'ü her iki tanıyı birlikte almaktadır. Antisosyal kişi başkalarını terbiyesizce rahatsız eder, borderline hastalardaki patlayıcı davranışlar ise bakım isteklerini engelleyen veya yıkan kişilere karşı kızgınlık duydukları zaman ortaya çıkar. Ayrıca BKB olan hastaların çoğunda görülen kognitif bozukluk ile kendi kendine zarar verici davranışlar antisosyal kişilerde nadirdir. Eldeki

çalışmalar AKB'nun erkeklerde kadınlara oranla çok daha fazla olduğunu göstermektedir. AKB % 0.05 ile % 15.0'e kadar değişen sıklıklarda ve 26-40 yaşlar arasında bildirilmektedir (8,18).

Yapılan çalışmalarda DSM III'deki BKB tanısının HKB ve AKB tanıları ile belirgin bir şekilde üstüste biniştiği göstermiştir (15, 43, 44). Aynı çalışmalarında Pope ve ark. BKB ve HKB'nu daha çok kadınlarda izlemişler, iki tanıyı birden alan hastalardan BKB ve HKB tanısı daha çok kadınlarda BKB ve AKB erkeklerde görülmüş (15).

Narsisizm psikoanalitik literatürde geniş bir yer almasına rağmen psikiyatrik terminolojiye bir tanı olarak DSM III'teki kullanımını ile girmiştir. Kernberg (10) narsisistik hastanın kompleks tanımını borderline kişilik organizasyonu ile ortaya çıkan bir durum olarak yapmıştır. Bu hastaların spesifik patolojik kendilik organizasyonu gösterdiklerini belirterek NKB ve BKB'nun, borderline kişilik organizasyonu üzerine oluştuğunu, farklılaşmanın daha sonra ortaya çıktığını belirtmiştir. Adler (45), narsisistik kişilik bozukluğu ile BKB ve psikotik bozukluklar arasındaki ilişkilerin açık olmadığını belirterek, yazısında Kernberg ve Kohut'un bu konudaki teorik formülasyonlarındaki farklılıklarını tartışmıştır. NKB, diğer impulsif kişilik bozuklukları ile de çok karışmaktadır. Çeşitli bulgular NKB ve BKB'nun benzer etiyolojik özellikleri olduğu, pekçok alanda birbirlerine çok benzedikleri ve ilişkilerinin fazla olduğunu göstermektedir. BKB, NKB'ndan daha inmatür gibi görülmekte ve bazı hastalarda her iki kişilik bozukluğu birlikte bulunmaktadır. Başlangıçta anstabil BKB özellikleri, daha sonra stabil NKB'na dönebilmektedir (8).

Narsisistik kişiler, benlik saygılarını sürdürebilmek için öncelikle diğerlerini kullanma eğiliminde iken, borderline hastalar yalnızken yaşadıkları panik ve kötü hissetme duygularını

bastırmak için diğeri insanları kullanırlar. Narsisistik kişilerin grandiozitetleri altında kötü hissetmekten çok, derin aşağılık duyguları yatmaktadır. Hastaların çoğunda stabil rol işlevi olması, bunları borderline hastalardan ayırdettirir (8,18).

NKB'nun insidansı, prevalansı, cinsiyet dağılımı ve ailesel özellikleri yeterince incelenmemiştir (8).

BKB'nun histeri - sosyopati kümesinden ayrıştırılamaması gerçekten bu bozuklukların birbirinden ayrı bozukluklar olmadığı şüphesini doğurmaktadır. DSM III, BKB, HKB, AKB ve muhtemelen de NKB'luklarının aile öyküleri ve takip sonuçları yönünden tek bir kategori gibi işlediğini düşündürmektedir (15).

Son yayınlarda yazarlar, özellikle BKB'nun Küme B kişilik bozuklukları ile ayrımının çalışılması gerektiğini belirtmektedirler. Küme B kişilik bozuklukları birbiri ile oldukça çok karışmakta (46), bu nedenle de BKB'nu aynı küme kişilik bozukluklarından ayırdetmenin güç olduğu (15) bildirilmektedir. Belirtilen klinik ayırdedici özelliklere rağmen BKB'nun bu üç kişilik bozukluğundan ayırdedilmesi hala çözülmemiş tanısasal sorun olarak devam etmektedir.

Perry ve Klerman 1980'de geliştirmiş oldukları ölçeğe de temel oluşturan çalışmalarında, borderline olarak tanımlanan hastaların psikotik olmamakla birlikte öfkeli, isteyici, görüşmede zorluk çıkaran, ayrıca kendine özgü öyküleri, kişilerarası ilişkileri ve defansları yönünden spesifik bir görünümüleri olduğunu belirterek, borderline tanısı alan hastaların gerçekten BKB olduğunu belirtmişlerdir (47).

Grinberg 1986'da, psikoanalitik literatürde değinilen borderline hastalardaki dikkat çekici özellikleri kendi kişisel

gözlemlerine göre şu şekilde özetlemiştir; kişiliğin psikotik yönünün ön planda olması, engellenmeye tahammülsüzlük, agresif impulslar, patalojik bölünme, narsisistik özdeşimler, omnipotan fantaziler, kimlik bozukluğu, yaygın anksiyete, gerçeği değerlendirmenin tamamen bozulmamakla birlikte kusurlu olması, dürtü kontrolünde geçici bozukluklar, ilkel obje ilişkileri, depresyon ve objelere aşırı bağımlı olma, geçici psikotik ataklar (48).

Borderline kişilik bozukluğu, kişilik organizasyonunun şiddetli, disfonksiyonel bir formudur. Saptanabilen tutumların farklılık göstermesi bu kişilik bozukluğunun ayırıldılmesinde esas kriterdir. Klinik belirti ve semptomlar şu şekilde özetlenebilir; yoğun ve stabil olmayan kişilerarası ilişki, tekrarlayıcı kendine zarar verici davranışlar, kronik terkedilme korkuları, kronik disforik affekt, kognitif bozukluklar, impulsivite ve zayıf sosyal uyumdur (18).

BKB prevalansı % 2-4 arasındadır. Yeterli epidemiyolojik veri yoktur. En sık görülen kişilik bozukluğudur. Yatan ve ayaktan hasta popülasyonunda prevalansı % 15-25 arasında değişmektedir. (18). So-loff, Gunderson ve Kolb'un 1976 yılındaki çalışmalarında yatan hastalarda borderline kişilik bozukluğunu % 10-20 arasında bulduklarını bildirmektedir (19). Hastaların 2/3 hatta daha fazlasının kadın olduğu bildirilmektedir (18). 1985 yılındaki bir çalışmada hospitalize BKB olan hastalarla ilgili bütün örneklerde 1/3 oranında kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir (49) Modestin 1989 çalışmasında vakaların % 56'sının erkek, % 44'ünün kadın olduğunu bildirmektedir (50).

BKB ortalama başlangıç yaşı geç adolesan dönemdir. Hastalar kırk yaşından sonra nadiren borderline tanısı almaktadırlar (51).

AKB ise çocukluk ve erken adolesan döneminde başlar, hastalarda 15 yaşından evvel semptom vardır. Antisosyal kişilik bozukluğunda hayat boyu prevalans 25-44 yaşları arasında yoğunlaşmaktadır (8).

Başlangıçta borderline hastalar tatmin etmeyen düşük çalışma düzeyi gösterirler ve yeteneklerinin tümünü kullanmazlar. Zamanla iş düzeylerinde bir artma gözlenir ve borderline hastaların yarısı sonuçta düzenli bir çalışma gösterebilirler (18). Modestin ve Villigerde çalışmalarındaki hastaların % 50 sinin bir işi olduğunu ve hasaların % 22'sinin hiç evlenmediklerini bildirmektedirler (50). BKB olan hastaların yaklaşık % 20-40 kadarının evlendiği ve ortalama % 40'ının yalnız yaşadığı belirtilmektedir (18).

Literatürdeki genel kanı BKB olan hastaların semptomlarının özelliğinden dolayı sık olarak hastaneye yattıkları şeklindedir. Modestin ve Villiger, BKB olan hastaların diğer kişilik bozukluklarından daha fazla, fakat daha kısa süre hastaneye yattıklarını bildirmektedirler (50).

Kronik psikotik hastalarda normal yolla taburculuk sık iken (52), tıbbi öneriye karşı (against medical advice) taburculuk borderline hastalarda daha sık bildirilmiştir. Fakat bu bazen bağımsız kalma, iş yapabilme gibi sağlıklı bir fonksiyon olarak da değerlendirilmektedir (53).

BKB, NKB ve AKB ebeveyn empatisinin azlığı, sıcaklık ve desteğinin yokluğu gibi ailesel çevreyi paylaşırlar. Etioloji ile ilgili tüm teoriler preborderline çocuk ve ebeveynleri arasında erken yaşlardaki (16-30) aylar) bozuk ilişkiye savunmaktadır (18). Herman ve ark. 1989'daki çalışmalarının sonucunda BKB tanısı ile çocuklukta travma öyküsü arasında kuvvetli bir bağ olduğunu

göstermişlerdir (54).

ABK olan hastalardaki impulsif davranışların yüksek beyin merkezlerinin inhibe edici fonksiyonunun tam olarak çalışmamasına bağlı olduğu ve hastalarda davranış kusuruna yol açtığı ileri sürülmektedir. Beyindeki defektler doğuştan veya sonradan ansefalit ya da kafa travmalarından sonra oluşmaktadır (3). Bu etiolojik bulguların impulsif davranışları olan diğer Küme B kişilik bozuklukları için de geçerli olduğu düşünülebilir.

AKB'da çocukluk döneminde hastaların 1/3'ünde enürezis, uyku yürüme ve irritabilite gibi semptomlar olduğu bildirilmektedir (8).

Borderline hastaları tanımlama formülasyonları 1938'de Stern ile başlamıştır (55). Borderline bozukluğun bilimsel çalışmalarındaki gelişmeler istatistiksel olarak güvenilir tanı kriterlerinin ve objektif değerlendirme görüşme metodlarının gelişimiyle olmuştur. Bu metodlar kullanılarak borderline'ların diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi kavranmış ve kavramın geçerliliği test edilebilmiştir (19). Güvenilir kriterler ortaya çıktıktan sonra tanısız değerlendirme için objektif ve güvenilir bir yöntem gerekmektedir. Bu yöndeki çalışmalar şu şekilde özetlenebilir; 1975'de Guze ve daha sonra 1979'da Spitzer, Endicott ve Gibbon'un çalışmaları ile (13, 56) DSM ve SCID (The Structured Clinical Interview for DSM) geliştirilirken 1980'de Perry ve Klerman'ın bu yöndeki çalışmaları ile (47), Borderline Personality Scale (BPS) geliştirilmiş ve 1978'de Gunderson ve Kolb'un çalışmaları (57) ile DIB (Diagnostic Interview for Borderline Patients) geliştirilmiştir.

DIB geliştirildikten sonra bu ölçek ile çeşitli klinik çalışmalar yapılmıştır. Yatan hastalarda borderline ve diğer

kişilik bozukluğu olan hastaların DIB puanlarını karşılaştıran bir çalışmada DIB'in iki grubu ayırdedemediği belirtilmiştir (51) . Fakat 1983'te Barasch ve ark. çalışmalarında DIB maddelerini istatistiksel küme analizi yöntemi ile puanlayarak BKB'nu diğer kişilik bozukluklarından ayırabilmişlerdir (58). Nelson 1985 yılındaki çalışmasında DIB kriterleri ile DSM III klinik tanıları arasında %43 uyum olduğunu bildirirken (49), konu ile ilgili diğer iki çalışmada da tanılar arasında yüksek korelasyon bildirilmektedir. (59, 60). DSM III ile en fazla çalışılan görüşme tekniğinin DIB olduğu bildirilmektedir (61). Frances 1984 çalışmasında DSM III'ü kriter olarak DIB'in duyarlılığını çalışmış ve ayaktan hastalarda DIB'in BKB'nu diğer kişilik bozukluklarından ayırdedebildiğini bildirmiştir (21).

Gunderson ve Singer 1975'deki taramalarında borderline hastalar için 6 özellik belirlemişlerdir (40). Bundan yola çıkarak daha sonra 1978'de Gunderson ve Kolb DIB kullanarak bunların içinden ayırdediciliği istatistiksel olarak hesaplanmış yedi özelliği tekrar ayırtmışlar ve bunların en yüksek ayırdediciliğe sahip olduğunu göstermişlerdir (57). Gunderson ve Kolb 1981'de DIB'in yapı geçerliliğini tekrar çalışmışlardır (62). Gunderson ve Kolb'un borderline hastaları en yüksek ayırdediciliğe sahip olarak bildirdikleri yedi özellik şunlardır (57); Düşük başarı, impulsivite, manipülatif intihar, artan affektivite, orta psikotik deneyim, yüksek sosyalizasyon ve bozulmuş yakın ilişkiler (devalüasyon, manipülasyon, mazohizm ve bağımlılık).

Bu özellikler dışında BKB ve aynı kümedeki kişilik bozukluklarında bildirilen bir diğer özellik de pseudologia fantastica veya patolojik yalandır. BKB'nda hasta bilgi saklayabilir veya yalan söyleyebilir. Yalan söylemenin bir uç biçimi, "pseudologia fantastica" veya patolojik yalandır. Bu durum sıklıkla antisosyal veya

borderline hastalardaki acting-out (dışa-vurma)'nın bir biçimi gibi gözlenmiştir. Hastanın narsisistik haz elde etme ihtiyacı ve kendilik saygısındaki artış pseudologia fantastica'nın gelişmesinde anahtardır (63).

BKB olan hastalarla ilgili çalışmalarda en çok üzerinde durulan bir özellik diğer bu hastaların işlevsellik düzeyleridir.

Plakun ve ark. 1985'deki çalışmalarında skizotipal, skizofreni, major affektif bozukluk ve diğer tanıları kıyaslamış; yalnız BKB tanısı alanların takipte skizofreniklerden daha iyi, aynı anda major affektif bozukluğu olan BKB hastaların yalnız BKB tanısı olan hastalardan daha kötü olduğunu bulmuşlardır. BKB ve skizotipal kişilik bozukluğu olan hastaların hastaneye kabulde işlevsellik düzeyleri skizofrenikler kadar kötü iken takipte daha iyi oldukları bulunmuştur (64,66). Genel işlevsellik düzeyine (GAS skorları) bakılan bir çalışmada kliniğe yatışlarında BKB: 34.9, affektif hastalıkla birlikte BKB: 35, diğer kişilik bozuklukları: 34 puan alırken, takipte BKB: 67, affektif bozuklukla birlikte BKB: 61 puan almışlardır (65).

1984 yılındaki çalışmada, borderline hastaların diğer kişilik bozukluklarına oranla işlevselliğinde daha fazla bozulma bulunmuştur (21). BKB hastaların işlevselliğine bakan 4 tane 15 yıllık takip çalışmasında zamanla semptomatik düzelme olduğu (GAS 60 üstü) gösterilmiştir (66, 67 68, 69). 1989'da yapılan 4. 5 yıllık bir takip çalışmasında BKB olan hastaların borderline olmayan kişilik bozukluklarından psikopatoloji derecesi ile psikososyal ve uyum düzeyi yönünden farklılık olmadığı bildirilmektedir (50).

Borderline kişilik bozukluğu Eksen I tanılarının çoğu ile birlikte bulunmaktadır. Bu birlikte bulunmanın rastlantı sonucu olmadığı ve Küme organizasyonu ile tutarlı olduğu hipotezi ileri

sürülmüştür. II. Eksen Küme B kişilik bozuklukları ile affektif bozuklukların birlikte bulunduğu belirtilmekte ve bu hipoteze en çok uyan kişilik bozukluğunun da bu Küme için BKB olduğu belirtilmektedir (41).

BKB olan hastalarda major depresyon % 24-74, bipolar bozukluk %4-20, distimia %3-14 arasındaki oranlarda bildirilmektedir (70). 1985 yılına kadar yapılan çalışmaların sonuçları %14- 83 arasında değişen oranlarda major affektif bozukluk ile birlikte bulunmanın olduğunu, bu oran klinik hastalara indirgenğinde %40-60 olduğunu bildirmektedir (71). Major affektif bozuklukla birlikte, panik bozukluğu (29, 72), agorafobi (15), anksiyete ve fobiler (10, 39) ve diğer Eksen I tanılarının da borderline kişilik bozukluğu ile değişik sıklıklarda birlikte bulunabildiği (18) bildirilmektedir. Çeşitli çalışmalar BKB olan hastaların % 20'sinde madde bağımlılığı olduğunu bildirmektedirler (73, 74).

Takipte de major affektif bozukluk sıklıkla birlikte bulunmakta ve sonucu etkilediği bildirilmektedir (75). Ayrıca BKB olan hastalarda takipte major affektif bozukluk ile birlikte panik bozukluğunun olmasının (72, 76) veya sadece panik bozukluğunun olmasının (29, 77) prognoz üzerinde etkisi olabileceğini bildiren yayınlar da vardır.

Borderline kişilik bozukluğu ve bu bozukluğun Eksen I tanıları ile ilişkisinin anlaşılabilmesi için biyolojik ve psikofarmakolojik yöntemlerle de çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalar deksametazon supresyon testi (36), uyku EEG'si (78), amfetamin (dopamin agonisti) verilmesi (71) ve intravenöz metil fenidat uygulama (79) gibi yöntemlerle yapılmıştır. Fakat DSM III Eksen II tanılarını anlamak için psikofarmakolojik yöntemlerin gereksiz olduğu bildirilmektedir (71). Çünkü biyolojik anormalliklerin sa-

dece borderline kişilik bozukluğunda mı olduğu, yoksa major depresyon ile birlikte olmasından mı kaynaklandığı tartışmalıdır (35).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) de borderline kişilik bozukluğunun tanımlanması ve ayırdediciliğinin çalışılmasında kullanılmıştır. Yazarlar borderline hastalar için MMPI'da ortalama profil veya kod tipi olarak 8, 4, 2'yi bulmuşlardır (51, 60, 80, 81, 82, 83, 84). Gartner ve ark. 1989 yılındaki literatür taramalarında 8, 4, 2 ölçeklerinin genellikle 6. ve 7. ölçekler tarafından takip edildiğini bildirmektedirler. Yazarlara göre BKB olan hastaların MMPI profillerinin bir diğer özelliği de ölçeklerin çoğunun 70 T puan üstü olmasıdır (85). 1984'teki çalışmalarında Abramowitz ve arkadaşları DIB ile tanı konmuş hasta grubunda ortalama profili 8, 2, 7 olarak bulmuşlar ve 1, 2, 3. ölçeklerin kontrol grubuna kıyasla borderline hastalarda daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (86).

1983'te Gustin ve ark., diskriminant analizi ile MMPI ölçekleri kullanılarak borderline hastaların % 78'ini doğru sınıflandırabilmişlerdir (87). Resnick ve ark. 1988'de DSM III kriterlerine göre tanı koydukları hasta grubunda BKB olanlarda 2, 4, 6, 7 ve 8 numaralı ölçeklerde yükselme bulmuşlardır (88). Raskin ve ark. ise 1989 çalışmalarında narsisizmin artması durumunda manide de artma olduğunu bildirmişlerdir (89).

Çeşitli çalışmalardaki tanı kriterlerinde, desende ve metodatki büyük farklılıklar nedeni ile borderline kişilik bozukluğunun klinik gidişi kıyaslanamamaktadır. Grinker iki yıllık takip çalışmasında borderline sendromun zaman içinde belirgin olarak tutarlı kaldığını belirtirken (39), Gunderson ve ark. iki yıllık takiplerinde borderline tanısında çok az sabitlik olduğunu bildirmişlerdir (90).

AMAÇLAR

DSM III Eksen II tanı sistemi problemlili olmaya devam etmektedir. Teorik ve metodolojik açıdan hala yeterli güvenilirliğe ulaştığı söylenememektedir (91). Pekçok ampirik çalışma DSM III kişilik bozukluğu kriterlerine uyan hastaların bir diğer kişilik bozukluğu kriterlerine de uyduğunu göstermektedir (21, 92, 93). Bir klinik sendromun tanımlanmasının birinci adımı bunun diğer bozukluklardan ayırdedilebilir ve görünür bir bütün olması gereğidir. Bu borderline için kısmen uygundur (57). Borderline terimi için anlam karmaşası giderek açıklığa kavuşmasına ve bozukluğun skizofreni ya da affektif bozukluklardan ayrımı belirtilmişse de, BKB'nu diğer kişilik bozukluklarından ayırdetmek hala çözümlenmemiş büyük bir tanısal sorun olarak durmaktadır. BKB ile ilgili ciltler tutan literatüre ve geniş klinik kullanımına rağmen tanının geçerliliğinin ve güvenilirliğinin halen çalışılması gerekmektedir(9) .

Bu sorunun çözümü için ağırlıklı olan semptomların ayırdedilmesi (74) ve borderline kişilik bozukluğunun diğer kişilik bozukluklarından klinik ve psikometrik farklarının gösterilmesi gereği (50, 60) belirtilmektedir.

BKB ile ilgili yayınlarda bozukluğun prevalans, klinik ayrımı, etiolojisi, tedavileri ve hastaların takipleri ile ilgili farklı görüşler bildirilmektedir.

DSM III- R, Eksen II Küme B'de topladığı dört kişilik bozukluğunun çarpıcı klinik özelliklerini belirterek diğer kişilik bozukluklarından ayırımına yardımcı olmuşsa da Küme B kişilik bo-

zukluklarının aralarındaki ayırdediciliğin sağlanması gerekmektedir. DSM III'de tanı kriterleri birbirine benzediğinden BKB ve HKB'nu birbirinden ayırdetmek zordu, bu durum DSM III-R'da kısmen düzeltilmiştir. Psikoterapötik stratejileri birbirinden farklı olduğundan narsisistik kişilik bozukluğunun borderline kişilik bozukluğundan ayrımı klinik önem taşımaktadır (18). Bu iki kişilik bozukluğu gibi antisosyal kişilik bozukluğu da klinik görünüm, etiyolojik ve psikometrik değerlendirme açısından BKB ile ayrımının çalışılması gereken bozukluktur.

Çalışmada bu amaçla 1986-1988 yılları arasında GÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Kliniği'nde yatarak tedavi edilen hastalarda Küme B kişilik bozukluklarının görülme sıklığı belirlenerek, BKB tesbit edilen hastaların Küme B'deki diğer kişilik bozukluklarından ayırdediciliğini sağlamak için; deneklerin yaş, cins, medeni durum, eğitim ve çalışıyor olmaları gibi demografik özelliklerine, kliniğe yatış sayıları, kliniğe yatış şekli ve taburculuk şekilleri ile klinikte kalış süreleri gibi hospitalizasyonla ilgili özelliklerine, çocukluk travması, kafa travması, ve fiziksel hastalık gibi gelişimle ilgili özelliklerine, hastalık başlama yaşı, ayırdedici 7 özelliğin ve fantastik yalan söylemenin varlığı ile hastaların genel işlevsellik skorları gibi klinik özellikleri, birlikte bulunan I. Eksen tanıları ve MMPI profilleri değerlendirilmeye çalışılacaktır.

BKB için yapılacak yeniden değerlendirme ile de bu hastaların taburculuklarından yaklaşık iki yıl sonraki muhtemel demografik ve tanı değişimleri ile genel işlevsellik düzeyleri tesbit edilecektir.

Bu 4 kişilik bozukluğu ve BKB'nun diğerlerinden ayırdediciliğini sağlayacağı düşünülen özelliklerle diğer klinik özellikler, çalışma güçlükleri ve bu hastaların klinik tedavileri de tesbit edilerek eldeki literatür ışığında tartışılacaktır.

ARAÇLAR ve YÖNTEM

Araştırma retrospektif ve prospektif olmak üzere iki bölüm halinde yapıldı.

Retrospektif bölümünde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde 1986-1988 yılları arasında yatarak tedavi gören 738 hastanın dosyaları DSM III-R tanı kriterleri kullanılarak üç ayrı psikiyatrist tarafından değerlendirildi. Her üç psikiyatristten de DSM III-R Eksen II B grubu kişilik bozukluğu tanısı alan hastalar çalışmaya alındılar.

Kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların 75'i (%10.16) Borderline, 37'si (%5.01) Histrionik, 28'i (%3.79) Antisosyal ve 7'si (%0.95) Narsisistik kişilik bozukluğu tanıları aldılar (Tablo 1). EKB olan hastaların yaş ortalamaları 26.95 ± 0.85 (18 ve 46 yaş arası) olup 33'ü kadın (%44), 42'si erkekti (%56). Histrionik KB olan hastaların ortalama yaşı 28.19 ± 1.12 (18 ile 45 yaşları arası) olup 33'ü kadın (%89.1), 4'ü erkekti (%10.8). Anti sosyal KB olan hastaların yaş ortalamaları 30.04 ± 1.19 (18 ile 42 yaş arası) olup 6'sı kadın (%21.42), 22'si erkekti (%78.57). Narsisistik hastaların ise yaş ortalamaları 20.71 ± 1.32 (18 ile 28 yaşlar arası) olup hastaların tamamı kadındı (Tablo 2 ve 3).

Deneklerin medeni durumları (Tablo 4), eğitim durumları (Tablo 5), herhangi bir işte çalışıyor olmaları (Tablo 6) ve hospitalizasyonla ilgili özellikleri (Tablo 8-11) tablolarında görülmektedir.

Çalışmanın amaçlarına uygun olarak kişilik bozukluğu ve I. Eksen tanılarını koymak için DSM III-R tanı kriterleri (7) kullanıldı. Belirli bir zaman diliminde bireyin genel fonksiyonunu bir bütün olarak değerlendiren bir ölçek olan genel işlevsellik skalası (GAS=ekler bölümünde verilmiştir) (94), hastalardaki psikiyatrik bozukluğun ciddiyetine bakmak için kullanıldı. Ayrıca Gunderson ve Kolb'un borderline hastaları en yüksek ayırdediciliğe sahip olarak bildirdikleri 7 grup özellik (ekler bölümünde verilmiştir) (57) ile hasta gruplarının kişilik profillerinin saptanması ve karşılaştırılması için Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) sonuçları alındı.

Çalışmanın prospektif bölümünde yeniden görüşmeye çağrılan hastalardan görüşmeyi kabul ederek gelen hastalar DSM III-R 'ın yapılandırılmış klinik görüşmesi (SCID, " Structured Clinical Interview for DSM III-R") SCID I (95) ve SCID II (96) ölçeklerinin Türkçe Uyarlamaları (97,88) ile değerlendirildiler. SCID I ve II türkçeye ayarlanmış ve SCID I'in güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (99,100).

Araştırmada kullanılan bu araçlar çeşitli yazarlar tarafından kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde uygun araçlar olarak nitelendirilmektedirler (101).

İşlem Yolu:

Belirtilen iki yıllık süre içinde klinikte yatarak tedavi gören 738 hasta dosyası üç psikiyatrist tarafından okunarak her birinden DSM III-R tanı kriterlerine (7) göre, II. Eksen Küme B kişilik bozuklukları (borderline, histrionik, antisosyal ve narsisistik kişilik bozuklukları) tanısı alan hastalar saptandı. Hastaların aynı anda I. Eksen tanıları da konuldu. Genel işlevsellik skalasında (GAS) (94) her bir hasta için skorları belirlenerek, border-

line için ayırdediciliği bildirilen 7 grup özellikten (57) her birinin her hasta için varlığı veya yokluğu tesbit edildi. Ayrıca hastalarda hospitalizasyonla, gelişimle ve klinik görünümleri ile ilgili özellikler belirlendi. Hastalara verilmiş olan MMPI ile grupların ortak profilleri belirlendi.

Hastalar taburculuk tarihinden sonraki yaklaşık iki yıl sonunda telefon ile aranarak yeniden görüşmeye çağrıldılar. Görüşmeyi kabul ederek kliniğe gelen hastaların demografik özelliklerindeki değişiklikler belirlenerek, SCID I ile (97) DSM III-R I. Eksen tanıları, SCID II ile (98) de II. Eksen tanıları yeniden değerlendirildi. Hastalarda psikiyatrik bozukluğun ciddiyet derecesini belirlemek için yeniden GAS skorları (94) belirlendi.

Bu yöntem doğrultusunda her bir kişilik bozukluğunun prevalansı, demografik, gelişimsel ve klinik özellikleri belirlenerek bu özelliklerin BKB'nu diğer üç kişilik bozukluğundan ayırdediciliği çalışıldı. BKB olan hastaların 2 yıl sonraki değerlendirilmeleri ile de bozukluğun zaman içindeki değişimi tesbit edildi.

Tesbit edilen her bir özelliğe göre BKB'nu diğer 3 kişilik bozukluğu ile karşılaştırmak için:

1. Khi kare
 2. Kesin khi kare testi (Fisher exact testi)
 3. Ortalamalar arası farkın önem kontrolü (Student T Testi)
- testleri kullanılmıştır.

Çalışmadaki dört kişilik bozukluğunda bulunan bireylerin 25 değişkene göre ayırılması Kanonik Diskriminant analizi (102) ile yapıldı.

MMPI her bir ölçek ortalama puanına göre BKB'nun diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırılmasında ortalamalar arası farkın önem kontrolü testi (Student T Testi) kullanılmıştır.

MMPI'in her bir ölçeği için 3 grup erkek ve 4 grup kadın hastaların ayırdedilmesi Kanonik Diskriminant analizi ile (102) yapıldı.



BULGULAR

Çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiş ve tablolar halinde gösterilmiştir.

Tablo 1: 738 Hasta Dosyasının değerlendirilmesi sonucu kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların dağılımı

Tanı	N	%
Borderline Kişilik Bozukluğu	75	10.16
Histrionik Kişilik Bozukluğu	37	5.01
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	28	3.79
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	7	0.95

Yataklı tedavi kurumunda en çok rastlanan kişilik bozukluğu olarak BKB sonra sırası ile, HKB, AKB ve en az da NKB olan hastalara rastlanmıştır.

Tablo 2: Kişilik bozukluğu gruplarının yaşlara göre dağılımı ve ortalama yaşlar

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
18-28	50	66.7	16	43.2	10	35.7	7	100
29-38	19	25.3	19	51.3	17	60.7		-
39-48	4	5.3	2	5.4	1	3.6	-	
49 +	2	2.7	-		-		-	
X±SX	26.95±0.85		28.19±1.12		30.04±1.19		71±1.32	

Yaş ortalamaları yönünden karşılaştırıldığında BKB ile HKB ve AKB arasında istatistiki bir anlamlılık bulunamazken ($p > 0.05$) BKB ile NKB arasında bir anlamlılık vardır ($p < 0.05$).

Tablo 3: Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Kadın	33	44	33	89.1	6	21.4	7	100
Erkek	42	56	4	10.	22	78.6	-	

Cinsiyet yönünden karşılaştırılmalarında BKB ile AKB arasında anlamlı bir farklılık yokken ($p > 0.05$), BKB ile HKB ($p < 0.001$) ve NKB arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.05$).

Tablo 4 : Hastaların medeni durumlarına göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
EVLI	18	24	22	59.5	10	35.7	-	
BEKAR	37	49.3	10	27	11	39.3	6	85.7
AYRILMIŞ	9	12	4	10.8	4	14.3	1	14.3
AYAŞIYOR	10	13.3	1	2.7	3	10.7	-	
DUL	1	1.4	-		-		-	

Borderline hastaların medeni durumlarına bakıldığında çoğunluğun bekar olduğu görülmektedir. Sırasıyla daha sonra ayrılmış ve ayrı yaşayan hastalar gelirken; histrionik hastaların çoğunluğunu evli hastalar oluşturmaktadır. AKB hasta grubunda ise evli ve bekar hasta oranı yakın bulunurken, ayrılmış ve ayrı yaşayan hasta oranı en yüksek BKB hasta grubundadır.

Tablo 5 : Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
İlkokul	14	18.7	14	37.5	9	32.1	-	
Ortaokul	14	18.7	3	8.1	12	42.9		
LİSE	34	45.3	17	45.9	7	25	5	71.4
YÜKSEK OKUL	13	17.3	3	8.1	-		2	28.6

Eğitim durumlarına bakıldığında BKB ve NKB de lise ve

yüksek okul mezunu daha fazladır. Bu grupları HKB izlemektedir. AKB'de oran düşmektedir.

Tablo 6 : Hastaların herhangi bir işte çalışmalarına göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Çalışıyor	36	48	22	59.4	12	42.8	5	71
Çalışmıyor	39	52	15	40.6	16	57.2	2	28.6
TOPLAM	75		37		28		7	

Hastaların herhangi bir işte çalışıp çalışmamalarına göre BKB'nun diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. ($p > 0.05$).

Tablo 7 : Grupların kişilik bozukluğu başlama yaşına göre değerlendirilmeleri

Borderline Kişilik Bozukluğu	17.2±0.8
Histrionik Kişilik Bozukluğu	15.41±0.41
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	14.21±0.26
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	13.57±0.84

Kişilik bozukluğu başlama yaşı BKB'de diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (17.2±0.8). Bu farklılık HKB ve NKB ile istatistiki olarak anlamsızken ($p > 0.05$), AKB ile istatistiki olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 8: Hastaların kliniğe yatış sayılarına göre dağılım

Yatış sayısı	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
1	42	56	29	78.4	10	35.7	6	85.7
2	16	21.3	7	18.9	9	32.1	1	14.3
3	12	16	1	2.7	4	14.3	-	
4	2	2.7	-		1	3.6	-	
5+	3	4	-		4	14.3	-	
$\bar{x} \pm S_x$	1.77±	0.12	1.24±0.08		2.28±0.26		1.71±0.14	

Hastaların kliniğe yatış sayılarına göre değerlendirilme rinde; borderline hastalar ile histrionik ($p < 0.01$) ve antisosyal kişilik bozuklukları ($p < 0.05$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. AKB hasta grubunda yatış sayısı daha fazladır.

Tablo 9 : Hastaların kliniğe yatış şekline göre değerlendirilmeleri

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Kendi isteği ile	33	44	30	81.1	20	71.4	1	14.3
K. isteği dışında	42	56	7	18.9	8	28.6	6	85.7

BKB hasta grubunun kliniğe yatış şekline bakıldığında; sonuçlar NKB ile benzerlik gösterirken ($p > 0.05$), HKB ($p < 0.001$) ve AKB ile ($p < 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Yani BKB ve NKB olan hastalar kliniğe daha çok ailelerinin ısrarı ile kendi istekleri dışında yatmaktadırlar.

Tablo 10 : Hastaların klinikte kalış sürelerine göre dağılımı

Günler	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
- 20	15	20	13	35.1	7	25	3	42.8
21-40	46	61.3	21	56.8	18	64.3	4	57.2
41-60	11	14.7	3	8.1	3	10.7	-	-
61 +	3	4	-	-	-	-	-	-
X±Sx	31.24±1.66		26.51±1.73		27.75±2.1		23.14±3	

Dört kişilik bozukluğu grubunda da hastaların çoğunluğu 21-40 günler arasında klinikte yatarak tedavi olmuşlardır. Klinikte kalış süreleri yönünden borderline ile diğer kişilik bozuklukları arasında istatistiksel bir farklılık yoktur ($p > 0.05$)

Tablo 11 : Hastaların klinikten ayrılış şekillerine göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Normal	40	53.3	23	62.2	16	57.1	5	71.4
Dr muhalefeti	21	28	7	18.9	10	35.7	2	28.6
Çıkmak istemeyen	14	18.7	7	18.9	2	7.2	-	

Hastaların taburculuk şekline bakıldığında BKB ile diğer kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir farklılık bulun-

mamıştır. ($p>0.05$). BKB ve HKB gruplarında ise yaklaşık olarak hastaların % 18'i taburcu olmayı istememişlerdir.

Tablo 12 : Çocukların travması yönünden hastaların değerlendirilmeleri

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Fizik Travma var	27	36	9	24.2	14	50	2	28.6
yok	48	64	28	75.7	14	50	5	71.4
Cinsel Trav. Var	11	14.7	4	10.8	3	10.7	1	14.3
yok	64	85.3	33	89.2	25	89.3	6	85.7
Çocuklukta Kayıt	12		7		6		1	
Anne Babanın Ayrılığı	13		4		4		-	
Kayıp Baskısı	1		2		-		-	
İğstizlik	6		1		1		-	
Kavgı	6		2		3		3	
TOPLAM N	38	50.71	16	43.21	14	50	4	57
ÖZELLİK YOK	37	49.3	21	56.8	14	50	3	43
Kardeşini Var	14		8		2		4	
Kuskanma yok	61		29		26		3	

BKB çocukluk travması yaşama yönünden diğer 3 kişilik bozukluğu ile karşılaştırıldığında; fiziksel travma öyküsü yönünden istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) Buna rağmen fiziksel travma öyküsü AKB (hastalarının % 50'si) ve BKB'de (hastaların % 36'si) daha çoktur.

Cinsel travma öyküsü yönünden de bir fark bulunamamıştır.

($p>0.05$.) BKB hastaların %14.7'sinde çocuklukta cinsel travma öyküsü vardır.

Çocuklukta anne-baba ile ilgili özellikler her bir hasta için ağırlık sırasına göre kayıp, ayrılık, baskı, ilgisizlik ve kavga şeklinde kodlanmış, birden fazla özellik varlığında sıralamanın başında yer alan bir özellik değerlendirmeye alınmıştır. BKB ile diğer kişilik bozuklukları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır. ($p>0.05$).

Yeni bir kardeş doğumu ile kardeş kıskançlığı öyküsü yönünden BKB 3 kişilik bozukluğu ile karşılaştırıldığında; istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır ($p> 0.05$).

Tablo 13 : Çocuklukta tafa travması yönünden hastaların dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Kafa Travma var	20	26.7	1	2.7	13	46.4	2	28.6
yok	55	73.3	36	97.3	15	53.6	5	71.4

Çocuklukta kafa travması yönünden karşılaştırmada AKB ve NKB ile istatistiksel bir fark bulunamazken ($p>0.05$), HKB ile bir farklılık görülmektedir ($p<0.01$)

Tablo : 14 : Çocuklukta (10 yaşa kadar) geçirilen fiziksel hastalıklara göre hastaların değerlendirilmeleri

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Fiziksel Hast. var	39	52	25	67.6	12	42.8	5	71.4
yok	36		11		13		2	
Enürezis			1		3		-	

Çocuklukta (10 yaşa kadar) geçirilen fiziksel hastalık yönünden BKB hasta grubunun diğer üç bozukluk ile karşılaştırılmasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 15 : Hasta gruplarının borderline için ayırdedici olduğu bildirilen 7 özelliğe göre değerlendirilmeleri

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Düşük başarı var	62	82.7	12	32.4	10	35.7	1	14.3
yok	13			25		18		6
İmpulsivite var	71	94.7	12	32.4	21	75	1	14.3
yok	4			25		7		6
Manipulatif int. var	35	46.7	9	24.3	8	28.6	4	57.1
yok	40			28		20		3
Art. Affektivite var	73	97.3	10	27	15	53.6	4	57.1
yok	2		27		13		3	
O. psikotik deneyim var	68	90.7	17	45.9	5	17.8	1	14.3
yok	7			20		23		6
Yük. sosyalizasyon var	60	80	17	45.9	5	17.8	1	14.3
yok	15			20		23		6
Boz. Yakın İliş var	71	94.7	11	29.7	10	35.7	5	71.4
yok	4			26		18		2

Borderline için ayırdedici olduğu bildirilen 7 özelliğe göre BKB olan hastalar diğer hastalar ile karşılaştırıldıklarında :

1. Özelliğe göre; 3 bozuklukla da anlamlı olarak farklıdır. (p<0.001)
2. Özelliğe göre; HKB ve NKB ile (p<0.001), AKB ile (p<0.05) düzeyinde bir anlamlılık vardır.
3. Özelliğe göre; HKB ile anlamlı bir farklılık varken (p<0.05), AKB ve NKB ile bulunamamıştır (p>0.05).
4. Özelliğe göre; 3 bozuklukla da anlamlı olarak farklıdır (p<0.001)
5. Özelliğe göre ; 3 bozuklukla da anlamlı olarak farklıdır. (p<0.001)
6. Özelliğe göre; HKB ve AKB ile (p<0.001), NKB ile (p<0.01) düzeyinde anlamlı farklılık vardır.
7. Özelliğe göre; HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık varken (p<0.001), NKB ile anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. (p>0.05).

Tablo 16 : Hasta gruplarının Pseudologia Fantastica carlığı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
VAR	32	42.7	10	27	22	78.5	3	42.8
YOK	43		27		6			

BKB olan hastalar fantastik yalan varlığı yönünden karşılaştırıldığında; HKB ve NKB ile bir farklılık yokken (p>0.05), AKB grubunda BKB grubundan daha fazla fantastik yalan söyleyen hasta vardır (farklılık; p<0.01 düzeyinde)

Tablo 17 : Hastaların başlangıç GAS skorlarına göre dağılımı

	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
1-10	32	1.3	-	-	-	-	-	-
11-20	4	5.4	-	-	-	-	-	-
21-30	3	4	-	-	1	3.6	-	-
31-40	31	41.3	13	35.1	5	17.9	4	57.1
41-50	29	38.7	15	40.6	20	71.4	1	14.3
51-60	7	9.3	8	21.6	2	7.1	1	14.3
61 +	-	-	1	2.7	-	-	1	14.3
X±Sx	39.88±1.17		46.7±1.25		42.89±1.25		44.47±4.51	

Ortalama başlangıçta tespit edilen GAS skorları BKB hasta grubunda diğer üç kişilik bozukluğundan daha düşüktür (39.88±1.17). İstatistiksel olarak HKB ile anlamlı iken (p<0.001), AKB ve NKB ile bir anlamlılık bulunamamıştır. (p> 0.05)

Tablo 18 : Hastaların aynı anda I eksen tanılarına göre dağılımı

I. Eksen tanı	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
Affektif bozukluk	68	90.7	17	46	10	35.7	6	85.7
M.Depresyon	34	45.3	4	11	3	10.7	3	42.8
Distimia	34	45.3	13	35	7	25	3	42.8
Madde Kullanım Boz	28	37.3	4	11	25	89.3	1	14.3
Alkol bağ./kötüye kull	9	12	2	5.5	12	42.9	-	-
İlaç bağ./kötüye kull	10	13.2	2	5.5	1	3.5	-	-
Aklok+ilaç bağ./Kötüye kull.	9	12	-	-	12	42.9	1	14.3
Anksiyete Bozukluğu	15	20	5	13.5	3	10.7	1	14.3
Panik	10	13.3	4	11	1	3.5	1	14.3
B.Fobi	5	6.7	1	2.5	2	7.2	-	-
Somatoform bozukluk	4	5.3	-	-	-	-	-	-
Anoreksiya Nervoza	1	1.3	1	2.5	-	-	1	14.3
I. Eksen'de TANI YOK	6	8	13	35	2	7.2	-	-

Hastalarda aynı anda bulunan Eksen I tanılarına bakıldığında borderline kişilik bozukluğunda affektif bozukluk oranları belirgin olarak yüksek bulunurken, anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluk da diğer gruplardan daha yüksektir. Madde kullanım bozukluğu ise AKB hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur. BKB olan hastaların % 92'si herhangi bir Eksen I tanısını almıştır.

Tablo 19 : Dört kişilik bozukluğunun Tablo 7-18'deki özelliklere göre ayırılması

	B. sayısı	Tahmin edilen grup							
		BKB		HKB		AKB		NKB	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Borderline K.B.	75	74	98.7	1	1.3	-	-	-	-
Histrionik K.B.	37	1	2.7	31	83.8	1	2.7	4	10.8
Antisosyal K.B.	28	-	-	4	14.3	22	78.6	2	7.1
Narsisistik K.B.	7	-	-	1	14.3	-	-	6	85.7

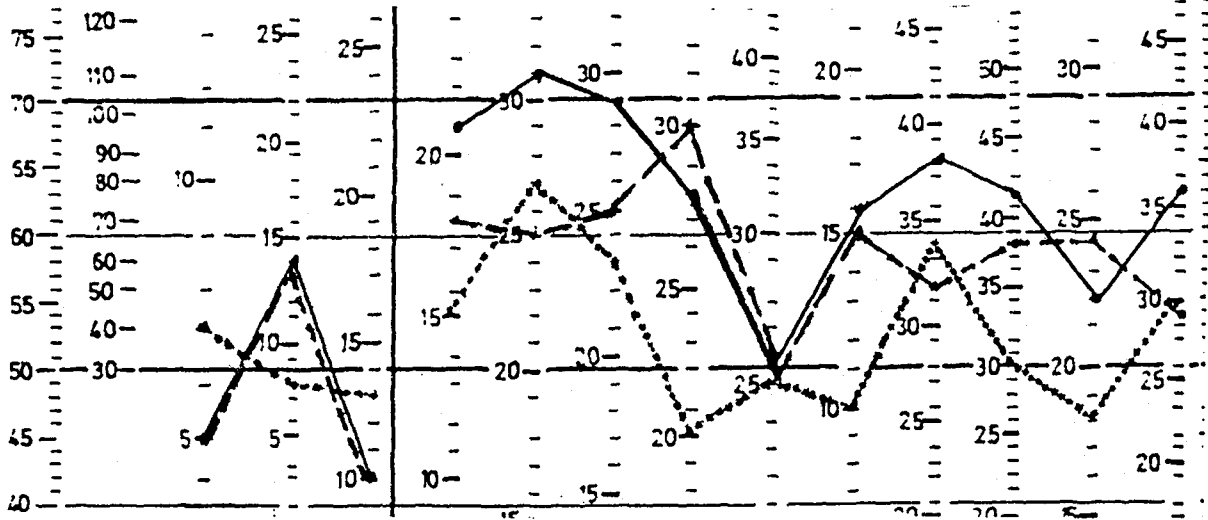
BKB'daki bireylerin % 98.7'si ait oldukları gruba doğru olarak sınıflandırılmıştır.

4 grup üzerinden tüm bireylerin ait oldukları kişilik bozukluğu grubuna doğru sınıflandırılma oranı % 90.48'dir.

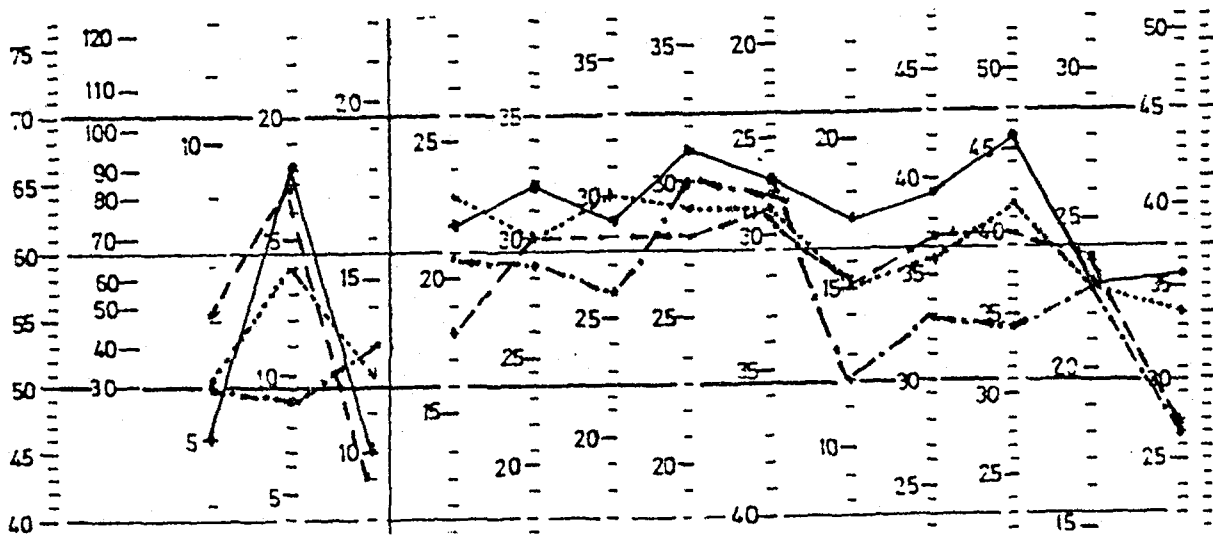
Bu 4 kişilik bozukluğunu ayırtmede en önemli ilişkilere sahip değişkenler : Hastalık başlama yaşı, 1., 4., 5., 6. ve 7. ayırdedici olduğu bildirilen değişkenler ile I. Eksen tanılarında anksiyete bozukluğu ve somatoform bozukluktur. Bu 8 değişkenin açıklama gücü % 74.04'dür. İkinci fonksiyonlar ise : Madde kullanım bozukluğu, ikinci özellik, yatış sayısı, fantastik yalan, kafa travması ve fizik hastalık ile GAS skorudur. Bu 7 değişkenin açıklama gücü % 19.39'dur.

HASTALARIN ORTALAMA MMPI PROFİLLERİ

ERKEK



KADIN



Tablo 20 : MMPI skorlarının erkek hastalarda dağılımı

	BKB	HKB	AKB
	X ± Sx	X ± Sx	X ± Sx
L	5.31 ± 0.26	7.5 ± 0.34	5.41 ± 0.41
F	14.76 ± 0.78	8.0 ± 1.21	14.0 ± 1.51
K	10.78 ± 0.48	13.0 ± 0.64	10.73 ± 0.82
Hs	21.21 ± 0.7	15.25 ± 0.25	18.0 ± 1.12
D	31.36 ± 0.81	27.0 ± 1.18	25.73 ± 1.08
Hy	29.0 ± 0.7	23.0 ± 0.7	25.54 ± 1.09
Pd	28.98 ± 0.54	20.0 ± 0.71	30.0 ± 0.94
MF	26.05 ± 0.42	25.0 ± 0.6	25.95 ± 0.81
Pa	16.24 ± 0.63	10.75 ± 0.88	15.0 ± 0.95
Pt	38.64 ± 0.97	34.0 ± 1.1	33.09 ± 1.35
Sc	42.81 ± 1.31	30.0 ± 1.31	38.09 ± 2.17
Ma	22.38 ± 0.53	17.75 ± 0.43	24.5 ± 0.88
SI	36.90 ± 1	30.5 ± 2.3	29.04 ± 1.84

Erkek BKB hastaların karşılaştırılmalarında :

L : HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

F : HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

K : HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Hs : HKB ile yokken ($p>0.05$) , AKB ile var ($p<0.05$)

D : HKB ile yokken ($p>0.05$) , AKB ile var ($p<0.01$)

Hy : HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.05$)

Pd : HKB ile anlamlı bir farklılık bulunurken ($p < 0.001$), AKB ile yoktur ($P > 0.05$)

Mf : HKB ve AKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$)

Pa : HKB ile anlamlı bir farklılık varken ($p < 0.05$), AKB ile yoktur ($p > 0.05$)

Pt : HKB ile yokken ($p > 0.05$) AKB ile vardır ($p < 0.05$)

Sc : HKB ile varken ($p < 0.05$) ,AKB ile yoktur ($p > 0.05$)

Ma: HKB ile varken ($p < 0.05$) ,AKB ile yoktur ($p > 0.05$)

Si : HKB ile yokken ($p > 0.05$) ,AKB ile vardır ($p < 0.01$)

Tablo 21 : Erkek hasta MMPI ölçek puanlarının üç kişilik bozukluğundaki ayırdediciliği

		T a m i n e d i l e n g r u p					
Gerçek grup	B. sayısı	BKB	%	HKB	%	AKB	%
BKB	42	36	85.7	-		6	14.3
HKB	4	3	75	1	25	-	
AKB	22	11	50	-		11	50

Erkek hastalar 13 MMPI ölçeği üzerinden değerlendirildiğinde :

BKB'da ki bireylerin % 85.7'sinin ait oldukları gruba doğru olarak sınıflandırıldığı tesbit edilmiştir.

3 grup üzerinden tüm bireylerin ait oldukları kişilik bozukluğu grubuna doğru sınıflandırılma oranı % 70.59 olarak bulunmuştur.

Pd, Ma, K skalaları 3 grubu ayırtetmede en önemli skalalardır. Bu üç skalanın açıklama gücü % 63.70'dir.

Tablo 20 : Kadın hastaların MMPI ölçek puan dağılımı

	BKB	HKB	AKB	NKB
	X ± S	X ± S	X ± S	X ± S
L	5.79 ± 0.26	6.24 ± 0.42	7.33 ± 0.35	6.28 ± 1.04
F	18.94 ± 0.94	13.85 ± 1.33	17.33 ± 1.05	9.28 ± 2.58
K	10.21 ± 0.46	12.36 ± 0.69	9.17 ± 0.37	13.57 ± 1.8
Hs	22.73 ± 0.78	22.88 ± 0.01	18.67 ± 0.78	21 ± 2.15
D	33.15 ± 0.85	30.11 ± 1.07	30.17 ± 1.52	28.71 ± 4.28
Hy	29.64 ± 0.74	30.33 ± 1.08	27.83 ± 1.41	6.28 ± 3
Pd	31.94 ± 0.65	28.61 ± 0.96	28.67 ± 0.89	29.28 ± 1.78
Mf	33.03 ± 0.51	31.57 ± 0.62	31 ± 0.57	32 ± 1.88
Pa	17.76 ± 0.55	15.79 ± 0.72	15.17 ± 1.08	12.57 ± 1.65
Pt	39.42 ± 1.05	36.06 ± 1.32	37 ± 1.93	33.14 ± 3.62
Sc	46.7 ± 1.49	41.94 ± 1.66	40.33 ± 2.07	34.14 ± 4.92
Ma	23.88 ± 0.06	23.06 ± 0.93	23.83 ± 1.59	23.57 ± 1.13
Si	36.85 ± 1.28	34.18 ± 1.46	28.33 ± 1.93	27.57 ± 3.66

Kadın BKB hastaların karşılaştırılmalarında :

L : HKB AKB ve NKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

F : AKB ile anlamlı bir farklılık yokken ($p>0.05$), HKB ile ($p<0.05$) ve NKB ile ($p<0.01$) anlamlı bir farklılık vardır.

K : HKB ile anlamlı bir farklılık varken ($p<0.05$), AKB ve NKB ile anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Hs : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

D : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Hy : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Pd : HKB ile varken (<0.05), AKB ve NKB ile yoktur ($p>0.05$)

Mf : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Pa : HKB ve AKB ile yokken ($p>0.05$), NKB ile vardır ($p<0.05$)

Pt : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Sc : HKB ve AKB ile yokken ($p>0.05$), NKB ile vardır ($p<0.05$)

Ma : Her üç bozuklukla da anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$)

Si : HKB ve AKB ile yokken ($p>0.05$), NKB ile vardır ($p<0.05$)

Tablo 23 : Kadın hastaların MMPI ölçek puanlarının dört kişilik bozukluğundaki ayırdediciliği

		T a m i n e d i l e n g r u p							
Gerçek Grup	Birey s.	BKB	%	HKB	%	AKB	%	NKB	%
BKB	33	23	69.7	9	27.3	1	3.0	-	
HKB	33	11	33.2	22	66.7	-		-	
AKB	6	2	33.3	-		3	50	1	16.7
NKB	7	3	42.9	1	14.3	-		3	42.9

Kadın hastalar 13 MMPI ölçeği üzerinden değerlendirildiğinde :

BKB'daki bireylerin % 69.7'si ait oldukları gruba doğru olarak sınıflandırılmıştır.

4 grup üzerinden tüm bireylerin ait oldukları kişilik bozukluğu grubuna doğru sınıflandırılma oranı % 64.56'dır.

Hs skalası bu 4 grubu ayırtetmede en önemli skaladır (açıklama gücü % 43.54'dür). İkinci sırada ise F, Pa, Sc, Sl, K, Pt, D ve Hy skalaları gelmektedir (açıklama güçleri % 32'dir)

Tablo 24 : Dört tanı grubundaki bireylere klinikteki yatışlarında uygulanan tedaviler

	BKB	HKB	AKB	NKB
İLAÇSIZ	-	1	8	1
Antidepresan	15	26	9	5
Antipsikotik	19	5	10	1
Antidep + Anksy.	1	2	-	-
Antidep + Antips.	32	2	1	-
EKT + Antidep	6	1	-	-
Antipsikotik + Li./ karbamazepin	2	-	-	-

Hastalara klinikte yattıkları dönemde uygulanan tedavilere bakıldığında; özellikle borderline hastalarda belirgin olmak üzere çeşitli tedaviler uygulanmıştır. Antidepresan ilaç dozu kombine tedavide maksimum 60-75 mg/gün olacak şekilde (mianserin-amitriptilin, maprotilin) ve Eksen I tanıları major depresyon veya distimi olan 15 hastada ise etkin dozlarda (120-175 mg/gün dozlarda mianserin-amitriptilin, maprotilin) kullanılmıştır. Antipsikotik ilaç dozları ise, kombine ve yalnız kullanımlarında 1-5 mg/

gün haloperidol, 10; 25-200 mg/gün tioridazin; klorpromazin olacak şekilde daha çok küçük dozlarda kullanılmıştır. Altı BKB ve bir HKB 'dan hastaya Elektro Konvulzif Terapi (EKT) ile birlikte antidepresan ilaç tedavisi uygulanmıştır. BKB olan hastalardan iki tanesi ek olarak lityum ya da karbamazepin tedavisi almıştır.

Tablo 25 : BKB olan hastaların iki yıl sonra yeniden değerlendirmek için telefon ile çağrılmalarında

Telefon ile ulaşılan hasta	75 kişiden	61'i	% 81.3
Görüşmeyi kabul eden hasta	75 kişiden	58'i	%77.3
Görüşmeye gelen hasta	75 kişiden	45'i	%60
Tamamlanmış intihar	61 kişiden	2'si	%3.28
Fiziksel hastalıktan ext.	61 kişiden	1'i	%1.64
İntihar girişimi öyküsü (hastalık sürecinde)	45 kişinin	32'si	% 71.11
II. Eksende BKB tanısı değişen hasta	45 kişiden	2'si	% 4.44

Çalışmanın takip bölümüne katılan borderline hasta oranı % 60 olarak bulunmuştur. İki hasta suisid girişimi, bir hasta da fiziksel hastalıktan (Akut Pakreatit) ölmüştür. Başlangıca göre BKB tanısında % 4.44'lük bir değişim olmuştur.

Tablo 26 : BKB tanıları devam eden 43 hastanın başlangıç ve iki yıl sonundaki Genel İşlevsellik Skalası (GAS) skorları

GAS skoru artan hasta	28	% 65
GAS skoru düşen hasta	12	% 28
GAS skoru 60 üstünde olan	3	% 7
Eski GAS ortalama	41.86	
Yeni GAS ortalama	47.48	
Artış	% 13.42	

Tablo 27 : BKB tanıları devam eden 43 hastanın cinslere dağılımı

Erkek	23 kişi	%53.5
Kadın	20 kişi	%46.4

Tablo 28 : BKB tanıları devam eden 43 hastadaki demografik değişiklikler

Tekrar hastaneye yatan	4	hasta
Okulu bırakan	5	hasta
İşten çıkan	7	hasta
Çalışmaya başlayan	2	hasta
Eşinden ayrı yaşayan	2	hasta
Boşanan	1	hasta
Evlenen	3	hasta
Demografik değişiklik yok	19	hasta

Tablo 29 : BKB olan hastaların iki yıl sonra yeniden değerlendirilmelerinde ek I. Eksen tanılarının dağılımı

I. Eksen tanı	Eski	Yeni	%	yaşamboyu prevalans	%
Distimia	21	12	27.9	43	100
Major Depresyon	23	11	25.6	27	62.8
Geçirilmiş M. Depr.		16			
Alkol bağıml./Kötüye Kullanım	6	7		10	23.25
İlaç Bağıml./ Kötüye K.	8	8		11	25.59
Alkol+İlaç Bağı -Köt. K.	9	9		11	25.59
Mad. Kul. Boz.	23	24		33	74.43
Somatoform bozukluk	2	2	4.65		
I. Eksende TANI YOK		2			
Skizofreni		2			

TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları hastanede yatan hastaların %10-20 arasında BKB tanısı aldığı ile ilgili Gunderson ve Kolb'un çalışmasına uygunluk gösteriyor (19). Dahl, yatan hastalarla yaptığı çalışmasında BKB'nu %20.3, HKB 'nu %19.3, AKB'nu %18.2, NKB'nu %0.6 bulmuştur (46). Zimmerman 1989 toplum çalışmasında BKB'nu %1.6, HKB'nu %3.0, AKB'nu %3.3, NKB'nu %0.0 bulmuştur (103). Widiger 1989 çalışmasında, kişilik bozukluklarının yatan ve ayaktan psikiyatrik hastalarda oldukça sık rastlandığını belirtmektedir. Prevalansın yapılandırılmış bir görüşme ile elde edilmesi klinik tanıya göre daha yüksek bir prevalans vermektedir. Bu çalışmada değişik görüşme teknikleri ile yatan hasta ve diğer örneklem grupları ile yapılmış 8 araştırmanın sonuçları bildirilmiştir. Buna göre en yüksek değerlere yatan hasta popülasyonlarında ulaşılmaktadır. Oranlar değişmekle birlikte tüm bu çalışmalar arasında tutarlı olan bulgu her bir kişilik bozukluğunun prevalans sıralamasıdır. Ayaktan ve yatan hasta grubunda en sık rastlanan kişilik bozukluğunun BKB olduğu görülmüştür. Bu oranın tüm çalışmalar ortalamasında ayaktan ve hasta grup

larında %15 olduğu görülmektedir. Bunu skizotipal kişilik bozukluğu ve histrionik kişilik bozukluklarının takip ettiği görülmektedir (41). Widiger bu hastaların yataklı kurumlarda yoğunlaşmalarını hastalığın semptomatolojisinin niteliğine bağlamaktadır (Örn.: İmpulsif ilaç kullanımı suisidal davranışlar

ve kısa algısal bozukluklar gibi). Ayrıca bu çalışmanın kapsamında olan işlevsellik düzeyi ile ilgili sonuçlar da BKB'nun prevalansının yüksekliğinde rol oynayan bir faktör olarak görülmektedir (104).

Hasta sayısının az olduğu NKB örnekleme ele alınmazsa BKB hasta grubu en genç hasta grubunu oluşturmaktadır (ortalama yaş: 26.95). Bu sonuçlar Zimmerman ve Coryell'in 1989 çalışmalarındaki BKB olan hastaların en genç grup olduğu sonucu ile (103) uyumludur. Zimmerman ve Coryell'in çalışmalarında ikinci genç hasta grubu AKB iken bu çalışmada HKB yer almaktadır. Fakat bu iki bozukluk arasındaki fark çok azdır.

Hastaların BKB tanısını aldıkları sıradaki yaşları 18-28 yaş grubunda yoğunlaşma göstermektedir; hastaların %66'sı bu yaş grubunda yer almaktadır. 38 yaşın üzerinde ise sadece altı hasta tanı almıştır. Bu da 40 yaşın üzerinde BKB tanısı alınmasının sık olmadığı bulgusuyla (51) uyumludur. HKB ve AKB gruplarında da 38 yaşından sonra sırasıyla 2 ve 1 hastanın yer aldığı görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı, tüm kişilik bozukluğu grupları için literatür bulgularına benzer sonuçlar vermiştir. Castaneda ve Franco 1985 çalışmalarında zenci ve beyazlarda BKB oranını kadınlarda daha çok bulurken, İspanyollarda ise erkeklerde daha çok bulmuşlar, prevalans üç grupta da aynı bulunmuş (105). Bu çalışmanın cinsiyet dağılımı İspanyol hasta grubunda olduğu gibidir. Dahl 1986 çalışmasında AKB'nu anlamlı olarak erkeklerde, BKB ve HKB'nu da anlamlı olarak kadınlarda daha fazla bulduğunu bildirmektedir (46). Zimmerman ve Coryell 1989 yılındaki toplum çalışmalarında kadınlarda; HKB'nu %58.3, AKB'nu %23, BKB'nu 53.8 olarak bulmuş (103) Zanarini ve ark. aynı yıl yaptıkları çalışmalarında BKB olan hastaların %66'sının,

AKB olan hastaların da %27 'sinin kadın olduğunu bildirmişlerdir (106).

Bu çalışmadaki kadın ve erkek oranları Modestin ve Villiger'in 1989'daki çalışmalarında bildirdikleri %56 erkek ve %44 kadın oranları ile (50) tamamen aynı bulunmuştur.

Ford ve Widiger 1989 çalışmalarında özellikle belirli bazı kişilik bozukluklarının tanılandırılmasında görülen bu cinsiyet oran farkını, gerçek durumun dışında tanı koymadaki yanlılığa bağlamaktadırlar. Profesyonel kişilerce, hastanın kadın olarak bilinmesi halinde aynı vaka hikayesine HKB, erkek olarak bilinmesi halinde AKB tanısını koyma eğiliminin belirgin olduğu gösterilmiştir (107). Bu çalışmada dosyaların hasta cinsiyeti yönünden kör olarak değerlendirilmemiş olması bu yanlılığın, bu çalışmayı da etkilemiş olabileceğini düşündürülebilir.

Hasta gruplarının medeni durum dağılımları da, demografik özellikleri belirten Zimmerman ve Coryell'in 1989 çalışmalarındaki sonuçlara (103) yakın bulunmuştur. BKB ve AKB olan hastaların çoğunun bekarlardan, HKB olan hastaların çoğunun ise evlilerden oluşması grupların cinsiyet dağılımından (BKB ve AKB: erkek; HKB'de kadın oranı çok yüksek) kaynaklanabilir.

Eğitim durumları açısından AKB'nin diğer kişilik bozukluklarına oranla daha düşük düzeyde çıkması bu grubun okul çağlarında okuldan kaçma ve hastalığın erken ergenlikte başlama genel bilgileri ile uyumludur (7,8).

Bu çalışmada BKB olan hastaların %48'i herhangi bir işte çalışıyor olarak bulunmuştur. Bu sonuç Modestin'in 1984 çalışmasındaki BKB olan hastaların %50'sinin çalıştığı bulgusu ile (50) aynıdır.

Kişilik bozukluklarının hospitalizasyonla ilgili özellikleri açısından BKB'nun diğer gruplardan sadece kliniğe yatışlarının kendi istekleri ile değil de ailelerinin ısrarı ile olduğu bilgisi açısından ayrıldığı görülmektedir. Literatürde borderline hastaların skizofreniklere kıyasla tıbbi öneriye karşı daha sık taburcu oldukları bilgisi (52), bu yakın özelliklerdeki kişilik bozuklukları arasında görülmemektedir. Bir diğer ilgi çekici nokta da BKB ve HKB hasta grubunun %18'inin hastaneden ayrılmak istemediği bilgisidir.

Hastaların çocuklukta geçirilen fiziksel-cinsel travma, kardeş kıskançlığı ve ebeveyn özellikleri ile kafa travması ve fiziksel hastalık açısından karşılaştırılmalarında dört grup arasında BKB'da belirgin bir özellik bulunamamıştır. Çocuklukta fiziksel travma öyküsüne daha çok AKB grubunda rastlanmaktadır. Cinsel travma öyküsü yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark görülmesi de en yüksek oranda (%14) BKB grubunda görülmektedir. Bu bulgular Herman'ın 1989 çalışmasındaki antisosyal hastalarla kıyaslanan BKB olan hastalarda görülen %71'lik fiziksel travma ve %68'lik cinsel travma bulgularını (54) yansıtamamaktadır. Bu fark muhtemelen iki çalışma arasındaki metodolojik farkın bir sonucudur. Herman'ın çalışması prospektif olup, travma öyküleri yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile elde edilmiştir. Bu çalışmada ise dosya bilgisi ile sınırlıdır.

Çalışmanın bulguları BKB'nun diğer gruplara göre daha geç bozukluk başlama yaşı olduğunu göstermektedir. 17.2 olarak bulunan bu sonuç, 1981'de Kröll'un belirttiği BKB başlangıç ortalama yaşının geç adolesan yaş olduğu bulgusu (51) ile uygunluk göstermektedir.

Gunderson ve Kolb'un 1978 yılında, 1976'da DIB'in

geliştirilmesinden sonra en ayırdedici bulduğu 7 özellik (57) açısından dört hasta grubu değerlendirildiğinde; manipülatif intihar açısından AKB ve NKB ile borderline kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. NKB ile anlamlı bir farklılığın bulunamaması bu gruptaki denek sayısının (7 hasta) BKB grubundan (75 hasta) çok düşük olmasından kaynaklanabilir.

Diskriminant analizde de impulsivite ve manipülatif intihar dışındaki diğer beş özelliğin BKB'nu birinci derecede ayırdedici olduğu bulunmuştur. Bu analiz sonucunda önem sırasına göre impulsivite ikinci dereceden, manipülatif intihar ise üçüncü dereceden ayırdedici özelliğe sahip olarak bulunmuştur.

DSM III'deki sekiz BKB tanı kriteri ile borderline ve diğer kişilik bozukluklarını karşılaştıran Dahl, 1986 çalışmasında impulsivite ve affektif instabilite tanı kriterlerinin BKB olan hastaları diğer kişilik bozukluklarından büyük oranda ayırabildiğini göstermiştir (46).

Gunderson ve Kolb'un borderline hastalarda ayırdedici olarak bildirdikleri yedi özellikten (57) biri olan orta psikotik deneyimler yazarların diğer çalışmalarında da borderline için bir tanı kriteri olarak yer almıştır. DSM III ve DSM III-R da bu özellik bir tanı kriteri olarak yer almamaktadır. Bu çalışmada da BKB olan hastalarda sık olarak izlenen orta psikotik deneyimler bu hastaları aynı Küme diğer kişilik bozukluklarından yüksek oranda ayırabilmektedir. Klinik alanda tanı için DSM III tanı kriterleri kullanılırken ayrıca bu özelliğin de gözönüne alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Hasta grupları pseudologia fantastica (=fantastik yalan) veya patolojik yalan söylemelerine göre değerlendirildiğinde, sadece

AKB olan hastaların diğerlerine göre belirgin bir farklılık gösterdikleri bulunmuştur. Sıklıkla antisosyal ve borderline hastalarda bildirilen (63) bu özellikler çalışma örnekleminde AKB için farklılık göstermesine rağmen BKB için belirgin olarak ayırdedici bulunmamıştır . AKB için görülen farklılık dışında Küme B kişilik bozukluklarının dördünde de görülen bir özellik olarak bulunmuştur.

Borderline hastaların Küme B diğer kişilik bozukluklarından ayırdedilebilmesi için 25 özelliğe göre uygulanan diskriminant analizde; BKB olan bireylerin %98.7'si ait oldukları gruba doğru olarak sınıflandırılmışlardır. Bu 4 kişilik bozukluğunu ayırtetmede en önemli ilişkilere sahip değişkenler hastalık başlama yaşı, Gunderson ve Kolb'un borderline için ayırdedici olduğunu bildirdiği (57) 7 özellikten; düşük başarı, artan affektivite, orta psikotik deneyim, yüksek sosyalizasyon ve bozulmuş yakın ilişkiler ile I. Eksen tanılarında anksiyete ve somatoform bozukluktur. Bu sekiz değişkenin açıklama gücü %74.04 olarak bulunmuştur. İkinci önemli ilişkilere sahip fonksiyonlar ise madde kullanım bozukluğu, 7 özellikten; impulsivite, yatış sayısı, fantastik yalan, kafa travması, fizik hastalık ve GAS skorlarıdır. Bu yedi değişkenin açıklama gücü %19.39'dur. Diğer özellikler ise %6.57 oranında açıklama gücüne sahip olan, kliniğe yatış şekli, klinikte kalış süresi, klinikten ayrılış şekli, çocukluk travmalarından kardeş doğumu, 10 yaşa kadar ebeveyn özellikleri ve cinsel travma ile ayırdedici 7 özellikten manipulatif intihar, I. eksen tanılarında da efektif bozukluk ve yeme bozukluğudur.

Hastalara klinikte yattıkları dönemde uygulanan tedavilere baktığımızda özellikle borderline hastalarda belirgin olmak üzere çeşitli tedavilerin uygulandığı görülmektedir. Çalışma örneklemindeki BKB olan hastaların 51 tanesi antipsikotik ilaç

(32 hasta antidepresan ilaçla birlikte) kullanmıştır. Antipsikotik ilaç dozları 1-5 mg/gün haloperidol, 10/25 - 200 mg/gün thioridazin / klorpromazin olacak şekilde daha çok küçük dozlarda kullanılmıştır. Antidepresan dozu ise kombine tedavide maksimum 75 mg/gün olacak şekilde ve Eksen I tanıları major depresyon veya distimi olan 15 hastada etkin dozlarda (120 - 175 mg/gün dozlarda mianserin, amitriptilin/maprotilin) verilmiştir.

Literatüre baktığımızda nöroleptik (108, 109), MAOI (27), alP-razolam (108, 110, 111) ve karbamazepin (73,108) etkilerini gösteren çalışmalar vardır. En tutarlı bulgunun hafif doz nöroleptik tedavisi olduğu (35) görülmektedir.

BKB olan hastaların takibinde dikkati çeken bir nokta hiçbir hastanın ilacını düzenli almadığı ve çoğunun kendiliğinden ilaç tedavilerini kestiğidir.

Kafa travması öyküsü olan 20 BKB, 1 HKB, 13 AKB ve 2 NKB hastanın klinikte yatışları sırasında yapılan rutin EEG tetkikleri sonuçları incelendiğinde; 2 BKB, 2 AKB ve 1 NKB hastada hafif derecede disritmi olduğu, fakat daha sonraki kontrol EEG'lerinde bu disritminin sadece AKB hastalardan birinde devam ettiği görülmüştür. Konu ile ilgili Cornelius ve arkadaşlarının 1986 çalışmalarında rutin EEG ritm bozukluğu prevalansı yönünden BKB ve borderline olmayan kişilik bozuklukları arasında istatistiksel olarak bir farklılık gösterilemediği bildirilmekte ve çalışmada disritminin belirlenmesi için daha ileri EEG tetkiklerinin gereği belirtilmektedir (112).

Hastaların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) bulgularının değerlendirilmesinde erkek ve kadın hasta profilleri ayrı ayrı ele alınmıştır. NKB grubunda tüm bireyler kadın olduğu için erkek hasta grubunda BKB, HKB ve AKB hasta grupları ile

çalışılmış ve borderline hastalar bu iki kişilik bozukluğu ile kıyaslanmıştır.

Erkek hastalarda üç grup arasında geçerlik ölçekleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

BKB olan erkek hastalarda 1,2 ve 3 numaralı ölçeklerin ilk ikisinde antisosyal hastalara göre, üçüncü ölçekte ise hem HKB ve hem de AKB'na göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu sonuçlar Abramowitz ve arkadaşlarının 1984'teki çalışmalarında DIB ile tanı koydukları borderline hastalarda buldukları 1,2 ve 3. ölçeklerin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu sonuçları ile (86) uygunluk göstermektedir. BKB olan erkek hastalar Pd ve Pa ölçekleri açısından HKB olan hastalardan anlamlı olarak farklı iken, antisosyallerle benzer durumdadır. Fakat Pt ve Si ölçekleri açısından da HKB olan hastalara daha yakın, AKB olan hastalardan daha yüksek bulunmuşlardır. Sc ve Ma ölçeklerinde ise HKB olan hastalardan farklıdır. Fakat bu ölçeklerdeki yükselmeler açısından AKB ile aynı oranda yükselme göstermişlerdir.

Kadın BKB hastalarda, hastaların F geçerlik ölçeği AKB olan hastalara benzer bir şekilde yükselerek HKB ve NKB olan hastalardan farklılaştığı görülmektedir. K ölçeğinde ise AKB ve NKB olan hastalara benzer bir şekilde HKB'na kıyasla düşük puan aldıkları görülmektedir.

Klinik ölçeklerden ise Hs, D, Hy, Mf, Pt ve Ma ölçeklerinde her üç kişilik bozukluğu ile anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Pd ölçeğinde AKB ve NKB olan hastalara benzer, fakat HKB olan hastalara göre daha fazla yükselme bulunmuştur. Pa, Sc ve Si ölçeklerinde HKB ve AKB ile fark görülmezken, sadece NKB ile fark görülmüştür. Fakat NKB olan hastaların denek sayısının azlığı bu konudaki yorumu sınırlamaktadır.

Erkek BKB olan hastalarda ilk üç ölçeğin toplu olarak yükselmesinin bu hastaları aynı Küme kişilik bozukluklarından ayırdedici olabileceği düşünülebilir. Pd, Pa, Si ve Ma ölçeklerinde BKB olan hastalar HKB olan hastalardan farklılaşmakta, fakat AKB ile benzer sonuçlar vermektedirler. Pt ve Si ölçeklerinde ise AKB'lerden uzaklaşarak HKB olan hastalara benzer sonuçlar vermektedirler.

Kadın BKB olan hastaların MMPI bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, borderline hastalar ile diğer üç kişilik bozukluğu arasında belirgin bir farklılık bulunamamıştır.

MMPI ölçekleri kullanılarak yapılan diskriminant analizinde de erkek hasta gruplarının doğru sınıflandırılma oranı kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Erkek BKB olan hastaların %85.7'si BKB için doğru olarak sınıflandırılırken, kadın hastalarda bu oran %69.7 bulunmuştur. Kadın ve erkek BKB olan hastalar birlikte değerlendirildiklerinde %77.8'lik bir sonuç elde edilmiştir ki bu sonuç Gustin ve arkadaşlarının %78'lik doğru sınıflandırılabilme sonuçları ile (87) tam bir uyum göstermiştir.

Özellikle erkek BKB olan hastalarda MMPI bulguları, bu hastaların hem AKB özellikleri gösterdiklerini (Pd, Pa, Sc ve Ma ölçeklerinde) ve hem de HKB ile (Hs, D, Pt ve Si ölçeklerinde) benzediklerini gösterirken, her ikisine kıyasla tüm ölçeklerde göreceli bir yükselme gösterdikleri izlenmektedir.

Çalışmanın prospektif bölümünde BKB hasta grubu taburculuk tarihinden yaklaşık iki yıl sonra yeniden değerlendirmek için telefon ile aranmıştır. 61 hastaya telefon ile ulaşılmıştır. Başlangıçtaki 75 BKB olan hastadan 45'i (%60) görüşmeye gelmiştir. 1985'de Plakun ve arkadaşlarının 14 yıllık takip çalışmalarında hastaların %27'si çalışmaya katılmıştır (64). 1983'te Warner ve arkadaşlarının çalışmalarında telefon ile

çağrılan hastalarda katılma oranı %25-30'dur (113). Bu çalışmadaki yüksek katılım oranı takip süresinin kısalığına bağlanabilir. Çünkü Modestin ve Villiger'in 1989 çalışmalarında 4-8 yıllık takipte katılım %69 ile (50) çalışmanın katılımına benzerlik göstermektedir. Pope ve arkadaşlarının 1983'te ve Mc Glas-
han'ın aynı yıl yaptıkları çalışmalarda %80-85 oranlarında katılım bildirilmektedir (15,24).

İntihar düşünce ve girişimleri de BKB olan hastalarda izlenen önemli bir semptomdur. Bu konuda yapılan çalışmalar (66,67,114,115,116,117,118) çeşitli sıklıklarda intihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranları bildirerek, konuyu çeşitli boyutlarda ele almaktadırlar. Bu çalışmada telefon ile ulaşılan 61 BKB olan hastadan ikisinde (%3.28) tamamlanmış intihar bulunmuştur. Bu sonuç literatürde bildirilen BKB olan hastaların %3-10 kadarında tamamlanmış intihar olduğu bulgusu ile (66,67,119) uygunluk göstermektedir. Birinci denek; 27 yaşında, erkek, lise mezunu, klinikteki GAS skoru ise 11'dir. İkinci denek,; 22 yaşında, kadın, yüksek okul mezunu, klinikteki GAS skoru 31'dir. Her iki deneğin de I. Eksen tanıları major depresyonmuş. Bu bulgular literatürde bildirilen borderline hastalarda intiharın ilk birkaç yıl içinde ve genç yaşta sık olduğu, tamamlanmış intiharın en önemli belirleyicilerinin daha önceki girişimler ve yüksek eğitim düzeyi olduğu (114), aynı anda affektif bozukluk olmasının risk oluşturduğu (116,117) bilgileri ile de uyumludur. Çalışmada borderline hastalarda görülen tamamlanmış intihar oranları skizofreni (120) ve major affektif bozuklukta bildirilen rakamlardan (121) daha düşüktür.

Hastalığın bütün gidişi sırasında hastaların %75'inde de bir intihar girişimi olduğu bildirilmektedir (122). Bu çalışmada 45 hastanın 32'sinde (%71.11) görülen intihar girişimi öyküsü de literatür bilgileri ile uyumludur.

BKB hastalardaki başlangıçta bildirilen %44 kadın ve %56 erkek oranları takipte de yaklaşık aynı kalmıştır (Kadın %46,5 ; Erkek %53.5). Bu bulgu da daha evvel tartışılan BKB olan hastaların çoğunluğunun kadın olduğu bilgisine uymazken, Modestin ve Villiger'in 1989 çalışmalarındaki %56 erkek ve %44 kadın oranları ile (50) tam bir uygunluk göstermektedir.

Takipte borderline hastaların 24'ünde demografik değişiklik gözlenmiştir. İki hasta evlenmiş, iki hasta da çalışmaya başlamıştır. Bunun dışındaki 20 hastada; tekrar hastaneye yatma, okulu bırakma, işten çıkma, eşinden ayrılma ve ayrı yaşama gibi değişiklikler olmuştur.

Borderline hastaların SCID II ile yeniden değerlendirilmelerinde iki hastanın BKB kriterlerini karşılayamadığı ve aynı anda uygulanan SCID I ile skizofreni kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Bu %4.44'lük tanı değişimi borderline kişilik bozukluğu tanısının zaman içinde tutarlı kaldığını göstermektedir. Bu sonuç Grinker'in iki yıllık takipte sendromun tutarlı kaldığı sonucu ile (39) uyum göstermektedir.

Hastaların başlangıçta tesbit edilen Genel İşlevsellik Skalası (GAS) skorları yönünden karşılaştırılmalarında, BKB grubundaki hastaların GAS skorlarının diğer üç kişilik bozukluğu grubundan düşük olduğu görülmektedir. Fakat istatistik olarak anlamlı farklılık BKB ile HKB grupları arasındadır. BKB hasta grubunun başlangıç GAS skorları 39.9 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, Akhtar ve arkadaşlarının 1986 çalışmalarında BKB olan hastalar için bildirdiği 34.9 'luk GAS skoruna (65) yakın bulunmuştur. Aynı çalışmada diğer kişilik bozukluklarının GAS skorları 34 puan olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada diğer kişilik bozukluklarının GAS skorları HKB grubu dışında birbirine yakın bulunmuştur. Barasch ve arkadaşları 1985 çalışmalarında BKB ile diğer kişilik bozuklukları arasında GAS skorları yönünden fark bulamamışlardır

(123). Yazarlar bu bozukluğun diğer kişilik bozukluklarından daha ağır bir hastalık olmadığını belirtmektedirler (50, 123).

İki yıl sonunda BKB olan hastalardan 28'inin GAS skorlarında bir artış olurken, 12 hastanın GAS skoru düşmüştür. Tüm BKB hastaların başlangıca göre GAS skorlarında %13.42'lik bir artış olmuştur.

Çalışmanın retrospektif bölümünde BKB olan hastaların %92'sinin, HKB olan hastaların %75'inin, AKB olan hastaların %92.8'inin ve NKB olan hastaların tamamının aynı anda herhangi bir Eksen I tanısını da aldıkları görülmektedir. Bu sonuç, Fyer ve arkadaşlarının 1988'deki çalışmalarında DSM III'e göre BKB tanısı konmuş hastaların %91'inin ek bir tanı aldığı sonucu ile (124) tam bir uyum göstermektedir. Aynı çalışmada diğer kişilik bozukluklarında da benzer sonuçlar bulunduğu bildirilmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de HKB hasta grubu dışında, yakın sonuçlar olduğu görülmektedir.

1981 yılında yapılan iki çalışmada, Kroll ve ark. %14 (51), Stone ve ark. ise %83 (125) oranında BKB tanısı alan hastalarda birlikte affektif bozukluk görüldüğünü bildirmektedirler. 1985 yılındaki bir tarama çalışması da BKB ile major affektif bozukluğun %14-83 oranlarında birlikte bulunduğunu bildirirken (71), yatan hastalar için bu oranın %40-60 olduğu belirtilmektedir (33,71). Bu çalışmadaki %34 major depresyon ile birlikte bulunma oranı literatürde bildirilen alt sınıra yakın bulunurken, iki çalışmada bildirilen %24-74 (70) ve %39.4 (15) oranları ile de uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada BKB hasta grubunda ek affektif bozukluk tanısı alma, HKB ve AKB hasta grubundan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Perry 1985 çalışmasında yaşamboyu ek affektif bozukluk tanısı alma yönünden BKB ile AKB olan hastalar arasında fark ol-

madığını bildirirken (31), Modestin ve Villiger 1989 çalışmalarında BKB hastaların yaşamboyu affektif hastalık tanısı almalarının diğer kişilik bozukluklarından daha yüksek olduğunu belirtmektedirler (50). Fyer 1988 yılındaki retrospektif çalışmasında ek affektif bozukluk tanısı alma oranı yönünden BKB ile diğer kişilik bozuklukları arasında fark olmadığını bildirmiştir (124).

BKB olan hastaların iki yıl sonunda yeniden değerlendirilmelerinde yalnız iki hasta Eksen I tanısı almamıştır. Hastaların %53.5'i ise affektif bozukluk tanısı almıştır. Bu sonuç 1984 'de Frances'in ayaktan hasta popülasyonunda bulunduğu %38'lik sonuçtan (21) yüksektir. Grunhaus ve King'in 1985 yılındaki çalışmalarında bildirdikleri %68'lik sonuçtan (72) düşüktür.

Borderline hastalarda, başlangıçtaki %90.7 olan affektif bozukluk ile birlikte bulunma, takipte %53.5 'e düşmüştür. Bu da borderline kişilik bozukluğunda hospitalizasyonun hastanın semptomatolojisinin major affektif bozukluk tanısı alacak derecede arttığı zaman gerçekleştiği (49) yorumunu doğrulamaktadır. Yaşamboyu prevalans, distimi için %100, major depresyon için %62.8 olarak bulunmuştur. Literatürde bildirilen %87 (31) ve %78 (106)'lık iki yaşamboyu major affektif bozukluk prevalansı ile yakın olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucu Zimmerman ve Coryell'in 1989'daki çalışmalarında %61.5 olarak bildirilen BKB'na ek yaşamboyu major depresyon prevalansı (103) ile de çok yakındır. Borderline kişilik bozukluğunda affektif bozukluk ve distimi için yaşamboyu prevalans bu çalışmada %100 olarak bulunmuştur. Bu sonuç Zanari'nin DSM III (SCID) ile bulunduğu %100'lük prevalansla (106) aynıdır.

Dört kişilik bozukluğu grubunun aynı anda madde kullanım

bozukluğu tanısını da alma yönünden değerlendirilmelerinde AKB grubunda belirgin bir fark olduğu görülmektedir. AKB grubunda hastaların %89.3'ünde, BKB grubundaki hastaların ise %37.3'ünde psikoaktif madde kullanım bozukluğu bulunmaktadır. Diğer iki kişilik bozukluğunda bu tanı belirgin olarak azdır. Dahl 1986 çalışmasında, BKB hastalarda aynı prevalansı %57.9 olarak bildirirken, AKB için %94 olarak vermiştir (46). Bu çalışmaya en yakın sonuçtur. Literatürde HKB olan hastalar için yüksek olarak bildirilen bu oran, bu çalışmada görülmediği gibi, en düşük prevalans da HKB hasta grubundadır.

Hayatboyu prevalans alkol bağımlılık / kötüye kullanım'ı için BKB hasta grubunda %23.25'dir. İlaç (Sedatif, hipnotik ya da anksiyolitik) bağımlılık / kötü kullanım'ı %25.59 ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu olarak %74.43 oranlarındadır. Pope ve arkadaşları alkol için hayat boyu prevalansı %33.4, ilaç için ise %36.4 olarak bildirmişlerdir (15). Bu sonuç çalışmanın bulgularına yakındır. Diğer çalışmalarda daha yüksek prevalanslar bildirilmektedir. Zimmerman ve Coryell, alkol için %76.9, ilaç için %30.8 (103) olarak, Zanarini ise 1989 çalışmasında alkol için %66 ve ilaç için de %70'lik prevalanslar bildirmektedirler (106). Madde kullanım bozukluğu için çalışmanın sonuçları literatürde bildirilen %23 (21) ve %20 (49)'lik prevalanslarla uyumludur.

Anksiyete prevalansı yönünden dört kişilik bozukluğu grubunun sonuçları birbirine yakın olarak bulunmuştur. Zimmerman ve Coryell çalışmalarında fobik bozukluğun daha yüksek olduğunu bildirmektedirler (103).

Çalışmada sadece BKB grubunda bulunan ve iki yıllık takipte BKB olan hastaların %4.65'inde izlenen somatoform bozukluk oranı Zanari'nin 1989'daki %4'lük sonucu (106) ile aynıdır. Anoreksia nervoza tanısı yönünden çalışmadaki dört kişilik bozuk-

luğu arasında belirgin bir fark yoktur. Bu sonuç BKB için literatürde bildirilen %6'lık sonuçtan (106) düşüktür.

Bu çalışmada gözlenen bir diğer bulgu da borderline hastaların SCID II ile tekrar değerlendirilmelerinde bir diğer kişilik bozukluğu tanı kriterini de karşılamalarıydı. Ağırlık BKB tanısında olmak üzere birlikte olan kişilik bozuklukları görülme sıklığına göre histrionik, antisosyal, paranoid, bağımlı ve narsisistik kişilik bozukluklarıydı. Daha sonraki tanılar ise obsesif kompulsif, skizotipal, kendine zulmeden (self defeating) ve pasif agresif kişilik bozuklukları olarak bulunmuştur.

Widiger 1989 çalışmasında diğer kişilik bozuklukları ile en çok birlikte görülme gösteren kişilik bozukluğunun BKB olduğunu ve bunu HKB'nin takip ettiğini belirtmektedir (41). Pope 1983 yılındaki çalışmasında, BKB hastaların histrionik narsisistik ve antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerine de uydukları, özellikle kadın BKB grubunun HKB ile, erkek grubun ise AKB ile karıştığını göslermiştir (15). Frances ve arkadaşları, 1984'teki çalışmalarında DSM III'ün kişilik bozukluğu kriterlerinin kategorik tanı bütünleri halinde iş görmediği sonucuna varmışlardır. Zaman zaman hasta grupları arasında tam bir ayırım olsa da, hastaların 2/3 'ünden fazlası birden fazla kişilik bozukluğu kriterlerini sağlayabilmektedir. Hatta bazen üç veya daha fazla kategorinin kriterlerine de uyma sözkonusu olabilmektedir (21). Bu çalışmanın sonuçları yazarların görüşlerini doğrular niteliktedir. Bu sonuçlar (sıklıkla çoklu tanı konabilmesi) klinik tanı sisteminin kategorik olmaktan çok boyutsal olması gerektiği fikrine getirmektedir (21).

BKB ile Eksen I tanılarının birlikte görülme oranları özellikle duygudurum bozuklukları ile olan temel etiyolojik sorunları tekrar gündeme getirmektedir. BKB 'de bulunan yüksek oran-

lar küme organizasyonu ile uyumludur. Bu sonuç, Küme A kişilik bozuklukları; Psikotik, Küme B kişilik bozuklukları; affektif ve Küme C kişilik bozukluklarının da anksiyete bozukluklarına zemin hazırladığı hipotezine ve semptomatolojileri açısından bu hipoteze en çok uyan kişilik bozukluğunun Küme B için BKB olduğu görüşünü (41) destekler niteliktedir. Vaglum 1989 yılındaki çalışmasında major affektif bozukluğu olmayan borderline hastaların B Küme kişilik bozukluklarına daha yakın olduğunu ve DSM III'teki borderline kişilik bozukluğunun alt grupları olabileceğini belirtmiştir (26).

Klasik sınıflandırma modeli nedenlerin tesbiti ve tedavilerin yönlendirilmesi açısından önemli görülmektedir. Bu eğilim homojen ve katı sınırları olan sınıflandırma sistemi gerektirmektedir. Widiger, özellikle kişilik bozuklukları açısından bunun gerekli olup olmadığını tartışmıştır. DSM III'ün ve DSM III-R'in çoklu Eksen sistemi ve Eksen II'de birden fazla tanı koyma olanağı uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. Kişilik bozukluklarındaki üstüste olma doğal bir durum olarak görülmektedir. Çünkü normal kişiler birbirinden farklı kişilik özelliklerini sergilerler, patolojik kişilik özellikleri de normal özelliklerin uç örneklerinden başka birşey değildir (104). Pekçok kişilik bozukluğunda görülen ve nedenleri o bozukluğun kendine has özelliklerinden kaynaklanan depresif duygu durum sözkonusu olmasına rağmen, en fazla affektif belirtilerin görüleceği bildirilen Küme B kişilik bozuklukları içinde BKB'nun en yüksek oranda affektif bozukluk göstermesi, bu ilişkinin özellikle de etiolojik açıdan hala değerli olduğunu düşündürmektedir. DSM III, Eksen I ve Eksen II arasındaki etiolojik karşılıklı ilişki ihtimali üzerine herhangi bir varsayım getirmemiştir. Kişilik özelliklerinin (trait) sıklıkla üstüste olduğu, bunları birbirinden ayırmanın güç olduğu, prognoz ve tedavinin belirlenmesi açısından klinik değerlendirme sırasında her iki Eksene de gereken önemin verilmesi gerektiği belirtilmektedir (126).

SONUÇ

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan yatan hastaların diğer Küme B kişilik bozukluklarına kıyasla daha yüksek oranda (%10) yataklı tedavi ünitelerinde buldukları, daha genç oldukları (ortalama yaş : 26.9), BKB olan erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla oldukları ve hastaların yaklaşık yarısının bekar olduğu, öğrenim durumlarının lise ve yüksek okulda yoğunlaştığı ve hastaların yaklaşık yarısının çalıştığı görülmektedir.

Borderline hastaların yarısı kendi istekleri dışında kliniğe yatmışlardır. On yaşa kadarki psikolojik ve gelişimsel bazı özelliklerin borderline hastalarda diğer Küme B kişilik bozukluklarından farklı olmadığı görülmüştür. Anlamlı bir farklılık olmasına rağmen fiziksel travma antisosyal, cinsel travma ise borderline kişilik bozukluklarında daha fazladır.

Borderline hastaların bozukluk başlama yaşının Küme B diğer kişilik bozukluklarına göre daha yüksek (17.2 ± 0.8 yaş) olduğu, yani geç adolesan yaşlara kaydığı görülmektedir. BKB için ayırdedici olduğu bildirilen yedi özelliğin (57) BKB ile Küme B diğer kişilik bozukluklarını istatistiksel anlamlılık düzeylerinde ayırabildiği, fantastik yalanın ise AKB'de belirgin olmak üzere Küme B kişilik bozuklukları için ortak bir özellik olduğu görülmektedir.

MMPI bulguları, kadın BKB bulguları ile Küme B kişilik bozuklukları arasında belirgin bir farklılık göstermemiştir. Erkek

borderline'ların ise MMPI bulguları, hem AKB ve hem de HKB özelliklerine benzemekte ve her ikisine kıyasla profilde göreceli bir yükselme gösterdiği görülmektedir.

Takipte borderline hastaların %4.44'ünün tanısı değişmiş ve %3.28'inde de tamamlanmış intihar görülmüştür.

Borderline hastalarda genel işlevsellik düzeyinin diğer kişilik bozukluklarından (özellikle de HKB 'dan) daha düşük olduğu, takipte ise BKB olan hastaların genel işlevsellik düzeylerinde %13.42'lik bir artış olduğu görülmektedir.

Borderline hastalar diğer Küme B kişilik bozukluklarına kıyasla daha fazla affektif bozukluklarla birlikte bulunma, AKB ise daha çok madde kullanım bozukluğu ile birlikte bulunma göstermektedirler. Borderline hastalarda %90.7 olan affektif bozukluklarla birlikte olma, takipte %53.5'e düşmüştür. Yaşam boyu prevalans distimi için %100, major depresyon için %62.8 ve madde kullanım bozukluğu için de %74.73 bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda da olduğu gibi BKB olan hastaların yatan hasta popülasyonunda küçümsenmeyecek bir oranda olması Eksen I tanılarında verilen önem kadar Eksen II 'nin de tanınması ve gereken önemin verilmesi gerekliliğini bir kez daha göstermektedir. Klinik kullanımda DSM III-R tanı kriterlerinin BKB için özel olarak geliştirilmiş ölçeklerle birlikte kullanılmasının tanı, tedavi ve prognoz açısından hastalara yararlı olacağı görülmektedir.

Affektif bozukluklar yanında BKB olan hastalar diğer kişilik bozukluğu kriterlerini de karşılamışlardır. Küme B kişilik bozuklukları tanılarında ise en çok HKB ve AKB kriterlerine uydukları görülmektedir.

Bu çalışma retrospektif olarak yatan hasta popülasyonunda Küme B kişilik bozuklukları ile BKB ayırımında literatürde

önemli olduğu bildirilen çeşitli özellikleri ele alarak bu ayrıma yardımcı olmaya çalışmıştır. Çalışmada ayrıca prospektif olarak da değerlendirilen BKB olan hastaların sonuçları, zaman içinde bozukluktaki değişimler hakkında bilgi vermiştir. Kişilik bozuklukları ile yapılan çalışmalarda özellikle kişilik bozukluklarının süre giden davranış örüntüleri ve kronikliği açısından, enlemesine-kesitsel değerlendirmeden çok boylamsal çalışmaların uygun olduğu görüşü yaygındır. Çalışmanın takip bölümüne diğer Küme B kişilik bozukluklarının da dahil edilerek devam edilmesinde yarar görülmektedir.

"Borderline" teriminin sınır anlamı taşıması, bu bozukluğun ayrı bir klinik tanı olduğu görüşüne giderek ters düştüğü ve bu terimin kullanımının tanı koymada karışıklığın kaynağı olmaya devam edeceğinin gözönünde bulundurulması gerekmektedir.

ÖZET

Çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1986-1988 yılları arasında yatarak tedavi gören 738 hastadan DSM III-R tanı kriterlerine göre Küme B kişilik bozuklukları tanılarını alan 147 hasta ile yapılmıştır. Bu hastalardan 75'i borderline kişilik bozukluğu (BKB) tanısı almıştır. Borderline hastalar taburculuk tarihinden yaklaşık iki yıl sonra görüşmeye çağrılarak yeniden değerlendirilmiştir. Çalışmada, literatürde BKB ile DSM III-R Küme B kişilik bozukluklarını ayırmada yardımcı olabileceği belirtilen demografik, gelişimsel, hospitalizasyonla ilgili, klinik özellikler ve Eksen I tanıları ile ilgili değişkenlerin retrospektif olarak karşılaştırılması yapıldı.

Sonuçta, BKB'nin Küme B kişilik bozukluklarına kıyasla daha yüksek oranda (%10) yataklı tedavi ünitelerinde buldukları, daha genç (ortalama yaşları:26.2) oldukları, bozukluk başlama yaşının ise daha yüksek (17.2) olduğu, borderline için ayırtedici olduğu bildirilen 7 özellik açısından (57) diğer gruplardan istatistiksel anlamlılık düzeyinde ayrılabilirdiği, MMPI'da BKB olan erkek hastaların hem antisosyal hem de histrionik kişilik bozukluğu özelliklerine benzedikleri ve yükselmiş profil gösterdikleri bulunmuştur. Diskriminant analizde 25 değişkene göre dört kişilik bozukluğundaki bireylerden BKB olanların %98.7'sinin ait oldukları gruba doğru olarak sınıflandırıldığı görülmüştür.

BKB olan hastaların başlangıç GAS skorları diğer kişilik bozukluklarına yakın bulunurken, sadece histrionik kişilik bozukluğu olanlardan daha düşük bulunmuştur ve takipte tanı değişme oranı düşük bulunmuş (%4.44), işlevsellik düzeylerinde de %13.42'lik bir artış görülmüştür.

Affektif bozukluk BKB'de diğer kişilik bozukluklarına oranla daha fazla görülmektedir. Bu oran başlangıçta %90.7 iken, takipte %53.5'e düşmüştür.

Tüm bulgular genel olarak literatür bilgileri ile uyum göstermektedir.

SUMMARY

This study was made with 738 inpatients admitted between 1986-1988 at GÜTF Department of Psychiatry. According to DSM III-R criteria 147 inpatients who have had cluster B personality disorders diagnoses. 75 of these inpatients was Borderline Personality Disorder (BPD). Approximately two years latter of discharges BPD patients were interviewed for reassessment. In the study the variables, like demographic, developmental, about hospitalization, clinical features, MMPI profiles and axis I diagnoses which are assumed to have discriminating values in literature, were examined retrospectively for cluster B personality disorders.

As a result, it was found that BPD patients were more treated in hospital setting (%10), younger (mean age=26.2) age of onset was older (mean age = 17.2) than cluster B personality disorder patients. According to the seven discriminating features BPD showed statistically significant difference from other groups, and on MMPI male patients with BPD was found to have both antisocial and histrionic groups characteristics and BPD's profiles were relatively elevated.

%97 of BPD patients in respect to 25 variables were classified accurately in their own groups with discriminant analysis.

Beginning Global Assessment Scale (GAS) scores of BPD patients were similar with other groups except relatively higher score of Histrionic Personality Disorder. In the follow-up diagnostic change was found low (%4.44) and there was an increase (%13.42) in GAS scores. Affective disorder was found more in BPD patients than other personality disorders and beginning ratio of %90.7 was decreased to %53.5 in the follow-up.

Generally all the results consistent with literature findings.

KAYNAKLAR

- 1- Hall C S, Lindzey G (1978): Theories of Personality. Third edition. John Wiley and Sons, New York. pp: 7-9
- 2- Öztürk O (1988): Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nuroloji Matbaacılık. Ankara. Sayfa: 61 ve 279-280.
- 3- Çiftçi İ (1986): Psikiyatri. GATA Eğitim yayınları: 7, Ankara. Sayfa 377.
- 4- Kaplan HI, Sadock BJ (1985) Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV Baltimore: Williams and Wilkins
- 5- Schneider K (1923): Die psychopathischen Persönlichkeiten. Wien, Deuticke.
- 6- Spitzer RL, et al. (1989): DSM-III-R casebook; a learning companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition, revised).
- 7- American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC.
- 8- Perry JC and Vaillant GE (1989): Personality Disorders. Comprehensive textbook of psychiatry/V. Kaplan HI, Sadock BJ (eds.) Baltimore. pp: 1352-1387.
- 9- Soloff PH (1981): A comparison of borderline with depressed and schizophrenic patients on a new diagnostic interview. Comprehensive Psychiatry 22 (3): 291-300.
- 10- Kernberg OF (1975) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson.
- 11- Aronson TA (1989): A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality: Historical trends and future directions. J Ner Ment Dis 177, 9: 512-528.
- 12- Aronson TA (1985): Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique. Psychiatry 48: 209-222.
- 13- Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M (1979): Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. Arch Gen Psychiatry 36 : 17-24
- 14- Carpenter WT, Gunderson JG (1977): Five-year follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. Compr Psychiatry 18: 567-571.
- 15- Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, et al (1983): The validity of DSM-III borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 40: 23-30.
- 16- Pope HG Jr, Jonas MJ, Hudson JI, et al (1985): An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 142: 1285-1290.
- 17- Snyder S, Pitts WM, Pokorny AD (1986): Borderline personality traits in psychiatric inpatients. Psychological Reports 58: 51-60.
- 18- Gunderson JG (1989): Borderline personality disorder. Comprehensive textbook of psychiatry/V. Kaplan HI, Sadock BJ (eds.) Baltimore. pp: 1387-1395.

- 19- Soloff PH (1981): Affect, impulse and psychosis in borderline disorders: A validation study. *Comprehensive Psychiatry* 22(4): 337-350.
- 20- George A, Soloff PH (1986): Schizotypal symptoms in patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 143: 212-215.
- 21- Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, et al (1984): Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the Diagnostic interview for Borderline patients. *Am J Psychiatry* 141: 1080-1084.
- 22- Widiger TA, Frances A, Wardner L, Bluhm C (1986): Diagnostic criteria for the borderline and schizotypal personality disorders. *J Abnormal Psychology* 95: 43-51.
- 23- Mc Glashan TH (1987): Testing DSM-III symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 44: 143-148.
- 24- Mc Glashan TH (1983): The borderline syndrome: I. Testing three diagnostic systems. *Arch Gen Psychiatry* 40: 1311-1318.
- 25- Chapin K, Wightman L, Lycaki, et al (1987): Difference in reaction time between subjects with schizotypal and borderline personality disorders. *Am J Psychiatry* 144: 948-950.
- 26- Vaglum S, Vaglum P (1989): Comorbidity for borderline and disorders. *J Ner Ment Dis* 177(5): 279-284.
- 27- Liebowitz MR, Klein DR (1981): Interrelationship of hysteroid dysphoria and borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 4: 67-87.
- 28- Rifkin A, Quithin F, Currillo C, et al (1972): Lithium carbonate in emotionally unstable character disorders. *Arch Gen Psychiatry* 27: 519-523.
- 29- Akiskal HS (1981): Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am* 4: 25-49.
- 30- Alnæs R, Torgensen S (1989): Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 79:363-369.
- 31- Perry JC (1985): Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 142: 15-21.
- 32- Soloff PH, Millword JW (1983): Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 40:37-44.
- 33- Gunderson JG, Elliott GR (1985): The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 142: 277-288.
- 34- Snyder S, Pitt WM (1985): Characterizing anger in the DSM-III borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 72: 464-469.

- 35- Gardner DL (1989): Borderline personality disorder: A research challenge. *Biol Psychiatry* 26: 655-658.
- 36- Weddige RL (1986): The hidden psychotherapeutic dilemma: Spouse of the borderline. *Am j Psychother* 40(1): 52-61.
- 37- Kernberg OF (1984): *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT : Yale University Press.
- 38- Volkan VD (1986): Six phases of psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. In JS Grotstein, M Solomon, JA Lange (Eds) *The borderline patient*. New York: Analytic.
- 39- Grinker RR, Werble B, Drye RC (1968): *The borderline syndrome*. New York Basic Books.
- 40- Gunderson JG, Singer MT (1975): Defining borderline patients: An overview. *Am J Psychiatry* 132: 1-10.
- 41- Widiger TA, Rogers JH (1989): Prevalance and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals* 19(3): 132-136.
- 42- Morey LC (1988): Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry* 145: 573,577.
- 43- Guze SB (1975): Differential diagnosis of the borderline personality syndrome, in Mack JE (ed): *Borderline States in Psychiatry*. New York, Grune and Stratton Inc. pp: 68-74..
- 44- Liebowitz MR (1979): Is borderline a distinct entity? *Schizophr Bull* 5:23-38.
- 45- Adler G (1986): Psychotherapy of the Narcissistic personality disorder patient: Two contrasting approaches. *Am J Psychiatry* 143: 430-436
- 46- Dahl AA (1986): Some aspects of teh DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 328 : 61-67)
- 47- Perry JC, Klerman GL (1980): Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 137(2):165-173.
- 48- Grinberg L (1986): An approach to the understanding of borderline disorders. *Borderline Personality Disorders. The concept, the syndrome, the patient*. Hartocollis P (ed) *Int Univ Press, inc.* p: 123.
- 49 - Nelson HF, Tennen H, Tasman A, et al (1985) : Comparison of three systems for diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142 : 855-858.
- 50 - Modestin J, Villiger C (1989) : Follow-up study on borderline versus nonborderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 30 : 236-244.
- 51 - Kroll J, Sines L, Martin K, et al (1981) : Borderline Personality disorder. Construct validity of the conscept. *Arch Gen Psychiatry* 38 : 1021-1026.

- 52 - Heinessen RK, Mc Glashan TH (1988) : Predicting hospital discharge status for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 45 : 353 -360.
- 53 - Mc Glashan TH- Heinsen RK (1988) : Hospital discharge status and long-term outcome for patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, borderline personality disorder, and unipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 45 : 363-368.
- 54 - Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989) : Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 146: 490-495.
- 55 - Stern A (1938) : Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline neuroses. Psychoanal Q 7: 467-489.
- 56 - Robins E, Guze SB (1970) : Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness : Its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 126 : 983-987.
- 57 - Gunderson JG, Kolb JE (1978) : Discriminating features of borderline patients. Am J Psychiatry 135 (7) : 793-796.
- 58 - Barrasch J, Kroll J, Carey K, Sines L (1983) : Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Arch Gen Psychiatry 40 : 1297-1302.
- 59 - Loranger AW, Oldham JM, Russakoff LM, Susman V (1984) : Structured interviews and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 41 : 565-568.
- 60 - Kroll J, Carey K, Sines J, Roth Sir M (1982) : Are there borderlines in Britain? Arch Gen Psychiatry 39 : 60-63
- 61 - Reich J (1985) : Measurement of DSM - III, Axis II. Comprehensive Psychiatry 26 (4) : 352-363.
- 62 - Gunderson JG, Kolb JE, Austin V (1981) : The diagnostic interview for borderline patients. Am J Psychiatry 138 : 896-903.
- 63 - Snyder S (1986) : Pseudologia fantastica in the borderline patient. Am J Psychiatry 143 : 1287-1289.
- 64 - Mc Glashan TH (1983) : The borderline syndrome : II. Is it an variant of schizophrenia or affective disorders ? Arch Gen Psychiatry 40 : 1319-1323.
- 65 - Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K (1986) : The demographic profile of borderline personality disorder. J Clin Psychiatry 47 : 196-198.
- 66 - Mc Glashan TH (1986) : The chestnut lodge follow-up study, III : long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 43: 2-30.
- 67 - Stone MH, Stone DK, Hurt SW (1987) : Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 10 (2) : 185-206.
- 68 - Paris J, Brown, R, Nowlis D (1987) : Long-term follow-up of borderline patient in a general hospital. Comprehensive Psychiatry 28 : 530-535.

- 69 - Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP (1985) : 14-Year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 26 : 448-455.
- 70 - Docherty J, Fiester S, Shea T (1986) : Syndrome diagnosis and personality disorder. in Hales R, Frances A (eds): *Psychiatry Update. American Psychiatric Association's Annual Review*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- 71 - Shulz SC, Cornelius J, Shulz PM, Sloff PH (1988) : The amphetamine challenge test in patients with borderline disorder. *Am J Psychiatry* 145 : 809-814.
- 72 - Grunhaus L, King D, Greden JF, Flegel P (1985) : Depression and panic in patients with borderline personality disorder 20 : 688-692.
- 73 - Gardner DL, Cowdry RW (1986) : Positive effects of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 143 : 519-522.
- 74 - Dahl AA (1985) : Diagnosis of the borderline disorders. *Psychopathology* 18 : 18-28.
- 75 - Dahl AA (1986) : Prognosis of the borderline disorders. *Psychopathology* 19 : 68-79.
- 76 - Lechman JF, Weissman MM, Merikangas KR, et al (1983) : Panic disorder and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 40 : 1055-1060.
- 77 - Stone MH (1981) : Borderline conditions : Or consideration of subtypes and an overview. *Directions for research. Psychiatr Clin Nort Am* 4:3-24.
- 78 - Mc Namara E, Reynolds CF, Solof PH, et al (1984) : EEG sleep evaluation of depression in borderline patients. *Am J Psychiatry* 141 : 182-186.
- 79 - Lucas PB, Gardner DL, Wolkowitz OM, Cowdry RW (1987) : Dysphoria associated with methylphenidate infusion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 144 : 1577-1579.
- 80 - Widiger TA, Sanderson C, Warner L (1986) : The MMPI, prototypical typology and borderline personality disorder. *J Pers Assess* 50 : 540 -553.
- 81 - Evans RW, Ruff RM, Braff DL, Ainsworth TL (1984) : MMPI characteristics of borderline personality inpatients. *J Nerv Ment Dis* 172 : 742-748.
- 82 - Hurt SW, Clarkin JF, Frances A, et al (1985) : Discriminant validity of the MMPI for borderline personality disorder. *J Pers Assess* 49 : 56-61.
- 83 - Partick J (1984) : Characteristics of DSM -III borderline MMPI profiles. *J Clin Psychology* 40 (3) : 655-658.
- 84 - Resnick RJ, Schulz SC, Hamer RM, et al (1983) : Borderline personality disorder : Symptomatology and MMPI characteristics. *J Clin Psychiatry* 44 : 289-291.
- 85 - Gartner J, Hurt SW, Gartner A (1989) : Psychological test signs of borderline personality disorder : A review of the empirical literature. *J Pers Assess* 53 (3) : 423-441.

- 86 - Abramowitz SI, Carroll J, Schaffer CB (1984) : Borderline personality disorder and the MMPI. *J Clin Psychology* 40 (2) : 410-413.
- 87 - Gustin QL, Goodpaster WA, Sajadi C, et al (1983) : Clinical characteristics of the DSM-III borderline personality disorder. *J Pers Assess* 47 : 50-59.
- 88 - Resnick RJ, Goldberg SC, Schulz SC, et al (1988) : Borderline personality disorder : Replication of MMPI profiles. *J Clin Psychology* 44 (3) : 354-360.
- 89 - Raskin R, Novacek J (1989) : An MMPI description of the narcissistic personality. *J Pers Assess* 53 (1) : 66-80.
- 90 - Gunderson JG, Carpenter WT, Straus JS (1975) : Borderline and schizophrenic patients : A comparative study. *Am J Psychiatry* 132 : 1257-1264.
- 91 - Frances A (1980) : The DSM-III personality disorders section : A commentary. *Am J Psychiatry* 137 : 1050-1054.
- 92 - Gunderson J, Siever L, Spaulding E (1983) : The search for a schizotype : Crossing the border again. *Arch Gen Psychiatry* 40 : 15-22.
- 93 - Koenigsberg H, Kernberg O, Schomer J (1983) : Diagnosing borderline conditions in an outpatient setting. *Arch Gen Psychiatry* 40 : 49-53.
- 94 - Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976) : The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33 : 766-771.
- 95 - Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1986) : Structured Clinical Interview for DSM -III -R Newsletter. Biometrics Research Department New York State Psychiatric Institute. 722 West 168th Street New York, New York 10032. No. 1 May.
- 96 - Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1985) : Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). New York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- 97 - Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1988) : DSM -III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu. (Çeviri Editörü : S. Sorias), Ege Üniversitesi, Bornova.
- 98 - Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (Baskıda) : DSM-III-R Kişilik Bozuklukları Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (Çeviri Editörü : S. Sorias), Ege Üniversitesi, Bornova.
- 99 - Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Nifirne Z ve ark. (1988) : DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID) Türkçe versiyonunun retest ve kullanıcılar arası uyuma güvenilirliğinin araştırılması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, GATA.
- 100 - Elbi H, Mete L, Nifirne Z, Sorias S, Saygılı R : SCID güvenilirlik çalışmaları. EÜTF Psikiyatri Anabilim dalı.
- 101 - Goldsmith SJ, Jacobsberg LB, Bell R (1989) : Personality disorder assessment. *Psychiatric Annals* 19 (3) : 139-142.

- 102 - Klecke WR (1981) : Discriminant Analysis. Sage University Paper, Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, No : 19, Beverly Hills and London : Sage Publication.
- 103 - Zimmerman M, Coryell W (1989) : DSM-III Personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Ach Gen Psychiatry* 46 : 682-689.
- 104 - Widiger TA, Frances A (1985) : The DSM-III Personality disorders. Perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 42:615-623.
- 105 - Castaneda R, Franco H (1985) : Sex and ethnic distribution of borderline personality disorder in an inpatient sample. *Am J Psychiatry* 142 : 1202-1203.
- 106 - Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR (1989) : Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 30 (2) :149-156.
- 107 - Ford MR, Widiger TA (1989) : Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *J Consult and Clin Psychology* 57 (2) : 301-305.
- 108 - Cowdry RW, Gardner DL (1988) : Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, Carbamazepine, Trifluoperazine, and Tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 111-119.
- 109 - Serban G, Siegel S (1984) : Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *Am J Psychiatry* 141 : 1455-1458.
- 110 - Gardner DL, Cowdry RW (1985) : Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 142 : 98-100.
- 111- Faltus FJ (1984) : The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 141 : 802-803.
- 112 - Cornelius JR, Brenner RP, Soloff PH, Schulz SC, Tumuluru RV (1986) : EEG abnormalities in borderline personality disorder : Specific or nonspecific. *Biol Psychiatry* 21 : 977-980.
- 113- Warner JL, Berman JJ, Weyant JM, et al (1983) : Assessing mental health program effectiveness : A comparison of 3 client follow-up methods. *Evaluation Rev* 7 : 635-658.
- 114 - Paris J, Nowlis D, Brown R (1989) : Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 34 :8-9
- 115 - Casey PR (1989) : Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatr Scand* 79 : 290-295.
- 116 - Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J (1988) : Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 145 : 737-739.
- 117 - Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE (1988) : Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 145 : 1424-1427.

- 118 - Levine S, Ancill RJ, Robert AP (1989) : Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire : preliminary findings. Acta Psychiatr Scand 80 : 216-220.
- 119 - Stone MH, Hurt SW, Stone DK (1987) : The PI 500 : long-term follow -up of borderline inpatients meeting DSM -III criteria. I. Global outcome. J Pers Disorders 1 : 291-298.
- 120 - Wilkinson DG (1982) : The suicide rate in schizophrenia. Br J Psychiatry 140 : 138-141.
- 121 - Guze JB, Robins E (1970) : Suicide and primary affective disorders. Br J Psychiatry 117 : 437-438.
- 122 - Gunderson JG (1984) : Borderline Personality Disorder. New York.
American Psychiatric Press.
- 123 - Barasch A, Frances A, Hurt S, et al (1985) : Stability and distinctness of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 142 : 1484-1486.
- 124 - Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J (1988) : Comorbidity of borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 45 : 348-352.
- 125 - Stone MH, Kahn E, Flye B (1981) : Psychiatrically ill relatives of borderline patients : a family study. Psychiatr Q 53 (2) : 71-84.
- 126 - Hyler SE, Frances A (1985) : Clinical implications of Axis I-Axis II interactions. Comprehensive Psychiatr 26 (4) : 345-351.



E K L E R

Ek 1.

Borderline için ayırddediciliđi bildirilen 7 özellik :

1. **Düşük başarı** :Hospitalizasyondan 2 yıl öncesine kadar ki dönemde iş ve okul da düşük başarı düzeyi. Görünüşte daha yetenekli görünmelerine rağmen başarı düzeyleri skizofreniklere benzer.
2. **İmpulsivite** :Bu başlıca ciddi alkol veya ilaç kötüye kullanımı şeklinde görülür. Seksüel sapkınlıklar da yüksek oranda impulsivite ile ilgilidir. Çünkü genellikle alkol veya çeşitli ilaçların etkisi altında rastgele ilişkilere girmektedirler.
3. **Manipülatif intihar** : İntihar çabaları ve davranışları vardır. Fakat bunlar yakınlarının kesinlikle kurtarabileceği şekilde olur. Genellikle bilek kesme, aşırı doz ilaç gibi.
4. **Artan affektivite**:Bu hastalar üst üste gelen yoğunluklarda duygulanımlar sergilerler. Kızgınlık bunların en ayırddedici olanıdır. Borderline hastaları diğerlerinden, ayırddeden özellikler; düz bir affektivitenin olmaması ve kendinden memnunluk duygularının göreceli azlığıdır.
5. **Orta psikotik deneyim** : Bunların sık rastlanan şekli ilaç dışı oluşan paranoid düşüncelerdir. Derealizasyon yaşantıları, regresyon öyküsü, daha öncek ilaç tedavisinde iyi olamama. Ciddi yaygın psikotik semptomların olmaması durumunda, belirtilen semptomlardan herhangi birinin hastanın hayatında herhangi bir zamanda olması hastanın borderline tanısı alınmasında güçlü bir göstergedir.
6. **Yüksek sosyalizasyon** : Borderline hastalar sosyal bakımdan tam olarak izole değildirler ve aslında yalnız kalmayı tolere edemezler. Kompulsif olarak sosyal olmaya çalışırlar.
7. **Bozulmuş yakın ilişkiler**: İlişkileri değer düşünme, manipülasyon, bağımlı ve mazohizm ile karakterizedir. Bu özellikler yoğun bir bağlanma içinde değişkenliğe neden olur (yani ilişkinin stabillığı bozuktur).

Devalüasyon :Kendi için önemli kişilerin güçlerine ve kişisel anlamlılıklarına değer vermemek eğilimi.

Manipulasyon: Yakınlarından destek alabilmek ve onları kontrol edebilmek için üstü kapalı çabalardır. Bunun tipik yolları somatik yakınmalar, kışkırtıcı davranışlar veya dolaylı mesajlardır.

Mazohizm :Yakın ilişkilerde kaçınılmaz bir biçimde sürekli kendini yaralar ve kendilerini kurban edilmiş olarak görürler.

Bağımlılık :Bu sıklıkla hayatlarındaki önemli diğer kişiler tarafından bir bakım veya yönlendirilme olarak kendini gösterir.

