

Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Aslında Bir Bipolar Spektrum Bozukluğu mudur?

Manolya Çalışır¹

¹Psk., Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara

ÖZET

Sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğunun gerek Eksen I ve gerekse Eksen II bozukluklarla olan ilişkisi, bu bozukluğun 1980 yılında DSM-III'e kabul edilmesinden bu yana tartışmalı bir konu olagelmıştır. Bipolar bozukluklar ise psikoloji ve psikiyatri literatüründe yıllar içerisinde adından sıklıkla söz edilen tanı kategorileri haline gelmiştir. Duygudurum bozuklukları, sınırdaki kişilik bozukluğunu fenomenolojik olarak açıklayabilecek tanı kategorileri olarak görülmekte ve konuyla ilgili olarak birçok çalışma yapılmaktadır. Bu makalenin amacı, sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar bozuklukla olan özgül ilişkisini incelemek ve bu bozukluğun aslında bir bipolar spektrum bozukluğu olup olmadığını birinci eksen, özellikle de bipolar bozukluk açısından ilgili literatür ışığında tartışmaktır. Bu amaç doğrultusunda makalede öncelikle sınırdaki kişilik bozukluğunun kavramsallaştırılmasına değinilmekte, epidemiyolojisi kısaca aktarılmakta ve diğer Eksen I bozukluklarla olan ek tanısı incelenmektedir. Makalenin ilerleyen bölümünde ise konuyla ilgili güncel bakış açıları gözden geçirilmektedir. Öncelikli olarak sınırdaki kişilik bozukluğunun aslında bir bipolar spektrum bozukluğu olabileceği düşüncesini ileri süren yazarların görüşlerine yer verilmekte ve ardından sınırdaki kişilik bozukluğunun geçerli bir tanı kategorisi olduğunu savunan yazarların görüşleri aktarılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sınırdaki kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk, bipolar spektrum bozuklukları, ek tanı.

(*Klinik Psikiyatri* 2008;11:143-152)

SUMMARY

Is Borderline Personality Disorder A Bipolar Spectrum Disorder?

The relationship between borderline personality disorder and both Axis I and Axis II disorders has been a controversy since borderline personality disorder took place in DSM-III classification in 1980. Bipolar disorder diagnosis has been more frequently cited by psychologists and psychiatrists recently. Mood disorders is seen as appropriate diagnostic category that could explain the phenomenology of borderline personality disorder according to the majority of the clinicians in the field. The aim of this review was to examine the specific relationship of borderline personality disorder with bipolar disorder and to discuss whether it is a bipolar spectrum disorder or not in the light of the literature. For this purpose, first the concept of borderline personality disorder is reviewed. The epidemiology and the comorbidities between borderline personality disorder and other axis I disorders are other subtopics included in this paper. Both the opinions of the writers who suggest that borderline personality disorder is in fact a bipolar affective disorder is assessed and the views of the writers who suggest that borderline personality disorder is a valid diagnostic category is discussed. As a summary, although there are some particular overlaps observed because of the nature of the psychopathologies, it looks rational to consider these disorders as independent and different categories. In order to understand this controversial relationship future epidemiological, longitudinal, pharmacological and genetic studies are needed.

Key Words: Borderline personality disorder, bipolar disorder, bipolar spectrum disorders, comorbidity.

GİRİŞ

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yer alan sınıflandırma sistemine göre, duygudurum bozuklukları; major depresif bozukluk, bipolar I, bipolar II, distimi ve siklotimi olmak üzere 5 ayrı tanı kategorisinden oluşmaktadır. Bipolar bozukluklar (BB), psikoloji ve psikiyatri literatüründe yıllar içerisinde adından sıklıkla söz edilen ruhsal rahatsızlıklar haline gelmiştir. Ne var ki; bazı yazarlar, bipolar bozukluk kavramının günümüzde oldukça dar bir kullanıma sahip olduğunu ve bu durumun, belirli hastaların yanlış tanılanmasına sebep olduğunu düşünmektedirler (Akiskal 2000, Smith 2004).

Bu yazarlar, sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB) tanısı almış pek çok vakanın, bu tanı yerine bipolar bozukluk tanısı almaları durumunda, çok daha etkili bir şekilde tedavi edilebileceğini savunmaktadır. Dolayısıyla bu görüşü savunan araştırmacılar, sınırdaki kişilik bozukluğunun tanılanabilir bir kişilik tipini temsil etmediğini ve bu bozukluğun aslında bir duygudurum spektrum bozukluğu olduğunu düşünmektedirler (Deltito ve ark. 2001, Perugi ve ark. 2003). Örneğin Akiskal'in öne sürmüş olduğu bir düşünceye göre, sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları, aslında bipolar II bozukluğunun daha 'karanlık' ya da daha az durağanlığı olan, depresyon ve iritabl hipomani arasında sürekli olarak gidip gelen ve siklotimik mizaca sahip olan hastalar için kullanılan bipolar II kategorisine daha uygundur (2000).

Başka yazarlar ise bu görüşün tersi olarak; bu iki bozukluğun sıklıkla birlikte görülmesini kabul etmekle beraber, her iki bozukluğun birbirlerinden ayrı tanı kategorileri olduğunu ve dolayısıyla DSM-IV-TR'de sınıflandırmanın geçerli olduğu fikrini savunmaktadır (Paris 2005).

Bu makalenin amacı, sınırdaki kişilik bozukluğunun geçerli bir tanı kategorisi mi yoksa bir bipolar spektrum bozukluğu mu olduğu sorusuna, ilgili literatür çerçevesinde yanıt aramak, bunu yaparken sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar duygudurum bozukluğunun ilişkisini ortaya koyan görgül çalışmaları gözden geçirmektir.

Bu amaç doğrultusunda öncelikle sınırdaki kişilik bozukluğunun kavramsallaştırılmasına yer veril-

mekte, sınırdaki kişilik bozukluğunun günümüzdeki geçerli tanı ölçütlerini belirleyen DSM-IV-TR'deki yerine değinilmekte ve bu bozuklukla ilgili epidemiyolojik bilgilere yer verilmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk arasındaki ilişkinin tartışılmasına geçmeden önce, SKB'nin diğer Eksen I bozukluklarla olan ek tanısı kısaca gözden geçirilmektedir. Ardından, konuyla ilgili literatür ışığında, önce sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar spektrum içerisinde yer alması gerektiğini düşünen yazarların görüşlerine ve daha sonra sınırdaki kişilik bozukluğunu geçerli bir tanı grubu olarak kabul eden yazarların görüşlerine yer verilmektedir.

SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Sınırdaki kişilik bozukluğu 1980 yılında DSM-III'e dahil edilmiş bir tanı kategorisi olmakla birlikte, daha önceki literatürde bu bozukluktan çeşitli terimlerle bahsedilmektedir. Bu terimi; Knight, 'sınır durumlar'; Rapaport, 'Şizofreni öncesi kişilik yapısı'; Frosch, 'Psikotik karakterler'; Rangell ve Robins, 'Sınır kişilik'; Zilboorg, 'Hastaneye yatışı gerekmeyen şizofreni' ve Hoch ve Polatin ise 'Sahte nevrotik şizofreni (pseudoneurotic schizophrenia)' olarak tanımlamışlardır (Tura 2005).

1980 yılından önce herhangi bir tanı kategorisinde yer almamasına rağmen sözü edilen yazarlar tarafından farklı isimlerle adlandırılmış olmasının bazı sebeplerinin olabileceği düşünülmektedir. Şöyle ki; manipülatif intihar girişimleri, kendi bedenini yaralama, yüksek dozda ilaç, alkol ya da uyuşturucu kullanma, rastgele cinsel ilişkiye girme ve hızlı araç kullanma gibi riskli davranışlar sınırdaki kişilik bozukluğu vakalarının ayırt edici özellikleridir (Tura 2005). Bozukluğun bu ve benzeri özellikleri nedeniyle, ilk başlarda ne nevrotik ne de psikotik gruba dahil edilemeyen vakaların, diğer tanı kategorilerinde yer alan ruhsal bozukluklardan farklı bir bozukluğa sahip oldukları düşünülmüştür.

DSM-IV-TR'de sınırdaki kişilik bozukluğu, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır. Tanı ölçütleri açısından

bakıldığında sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları, terk edilmeden kaçınmak için sürekli bir çaba gösterme, tutarsız kişiler arası ilişkiler, belirgin bir biçimde tutarsız benlik algısı, dürtüsellik, yineleyen intihar ile ilgili davranışlar, duygulanımda dalgalanma, sürekli bir boşluk hissi, yoğun öfke ve paranoid düşünce ya da ağır çözülme belirtileri ile karakterize bir durum göstermektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'de sınırdaki kişilik bozukluğu adlandırması kullanılırken, ICD-10'da (World Health Organization) duygusal olarak değişken kişilik bozukluğu adı tercih edilmekte ve bozukluk 'sınır' ve 'dürtüsel' olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. 'Sınır' tipi, duygulanımda dalgalanmayı içerirken, 'dürtüsel' tip, duygulanımda dalgalanma ve dürtüsellik içermektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Sınırdaki kişilik bozukluğunun, genel popülasyonun %1-2'sinde görüldüğü belirtilmektedir (Skodol ve ark. 2002, Lieb ve ark. 2004, Paris 2005). Bandelow ve ark. (2005), 66 sınırdaki hasta ve 109 kişiden oluşan sağlıklı bir kontrol grubu üzerinde yürüttükleri bir çalışmada, biyolojik ebeveynlerinden ayrılma, evlat edinilme, aile içi şiddet ve aile üyelerinde kriminal bir öykünün varlığı, uygunsuz ebeveyn davranış ve tutumları, doğumdaki risk faktörleri (doğum döneminde anne ya da babanın 35 yaşından büyük olması, düşük doğum ağırlığı, perinatal komplikasyonlar vb), birinci dereceden akrabalar da psikiyatrik bozuklukların (kayıp bozuklukları, depresyon ve intihar eğilimi) bulunması ve çocukluk dönemi istismarlarının sınırdaki vakalar için risk faktörlerini oluşturduğunu belirtmektedirler. Çocukluk dönemindeki istismar yaşantılarının, epidemiyolojik öneminin yanı sıra, sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar bozuklukların ayırıcı tanısı açısından da büyük öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

50 sınırdaki kişilik bozukluğu tanısına sahip ve 33 sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı olmayan kişi üzerinde (n=83) yapılan bir çalışmada, sınırdaki hastaların %75'inde çocukluk döneminde bir istismar ya da ihmal öyküsüne rastlanmaktadır (Oldham ve ark. 1996). Benzer bir bulgu da, Sansone ve ark. (2005) tarafından bildirilmekte,

çalışma sonuçlarında sınırdaki hastaların, çocukluk çağı travmaları, oldukça sık bir biçimde ruh sağlığı hizmetleri kullanımı, kendine zarar verme davranışı ve çoklu Eksen I bozukluklarla karmaşık ilişkilerinin olduğu bildirilmektedir. Bu araştırma sonuçlarından da görülebileceği gibi, SKB'da istismar yaşantısına sıklıkla rastlanmaktadır. Sınırdaki kişilik bozukluğunda sık rastlanan bir başka nokta ise, bu bozukluğun Eksen I bozukluklarla olan ek tanı ilişkisidir.

Ek tanı terimi, iki ayrı bozukluğun aynı bireyde, aynı zamanda görülmesi anlamına gelse de, SKB ve bipolar bozukluklar arasındaki karmaşık bağlantıların tümünü açıklamamaktadır. Smith ve ark.'na göre (2004), SKB ve BB'nin birlikte görülmesini tanımlayabilecek en az beş olası açıklama bulunmaktadır.

Bu açıklamalardan ilkinde göre, her iki bozukluk şans eseri birlikte görülüyor olabilir yani iki bozukluk birbirinden bağımsız olabilir; ikinci olarak, bipolar bozukluğun psikososyal sonuçları, sınırdaki kişilik özelliklerinin gelişimine yol açıyor olabilir; tam tersi olarak sınırdaki kişilik bozukluğu öncelikli olabilir ve bipolar bozukluğun gelişimine yakınlık sağlıyor olabilir. Dördüncü açıklamaya göre, SKB'nin tanı ölçütleri aslında duygulanım semptomlarını içeriyor olabilir ve son olarak sınırdaki ve bipolar bozukluklar benzer etiyolojik faktörlere sahip olabilirler.

SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN EKSEN I BOZUKLUKLARLA EK TANISI

DSM-III'de çok eksenli tanısal sisteme geçilmesiyle, kişilik bozuklukları Eksen II başlığı altında diğer ruhsal bozukluklardan ayrılmıştır. Bu durum Eksen I ve Eksen II bozukluklarının birlikte görülmesiyle ilgili bir çok çalışmanın yapılmasına ön ayak olmuştur. Klinik ortamlarda duygudurum bozukluklarına sıkça rastlanmasından dolayı bu tanı grubu, kişilik bozukluklarıyla ek tanının en fazla çalışıldığı Eksen I grubunu oluşturmaktadır. Ancak, duygudurum bozuklukları ve kişilik bozukluklarının ek tanı oranları hakkında bir fikir birliğine varılamamaktadır.

Bazı çalışmalar duygudurum bozukluğuna sahip hastalar üzerinde kişilik bozukluklarının ne oranda görüldüğünü araştırırken diğer bazı çalışmalar tam

tersi olarak, kişilik bozukluğuna sahip hastalar arasında duygudurum bozukluklarının ne sıklıkla görüldüğüne odaklanmaktadır. Kişilik bozuklukları arasında, üzerinde en çok çalışma yapılan bozukluklardan biri de sınırda kişilik bozukluğudur (Skodol 1999).

McGlashan ve ark.'nın (2000) yaptıkları bir çalışmada, SKB ve madde kullanım bozukluğunun birlikte görülme oranı yüksektir (%53.1). Konuyla ilgili olarak elde edilen çeşitli çalışma bulguları da, bu iki bozukluk arasında güçlü bir ilişkinin varlığını destekler niteliktedir (Trull ve ark. 2000, Feske ve ark. 2006). Aynı araştırmanın bulgularına göre, SKB ve travma sonrası stres bozukluğu da yüksek düzeyde (%46.9) birlikte görülme oranına sahiptir.

Yen'in (2002) yürütmüş olduğu bir çalışmada, araştırmacılar 4 kişilik bozukluğu, (şizotipal, sınırda, çekingen ve obsesif kompulsif) üzerinde çok boyutlu bir çalışma yürütmüş ve bir major depresif kontrol grubu kullanmıştır. Spesifik tip bir travmaya maruz kalma oranları, ilk travmanın başlangıç yaşı ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirme oranlarının karşılaştırıldığı çalışmanın sonuçlarına bakıldığında SKB vakaları, özellikle çocukluk çağındaki cinsel istismarlar olmak üzere, en yüksek oranda travmatik yaşantıya maruz kalan, en yüksek düzeyde travma sonrası stres bozukluğu oranına sahip olan ve ilk travmatik yaşantısını en genç yaşta deneyimleyen gurubu oluşturmaktadır. Bu sonuçlar, SKB ile hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde yaşanan cinsel travmalar arasındaki belirgin bir ilişkinin varlığını destekler niteliktedir.

Buna benzer bir başka çalışmada yazarlar; sınırda, şizotipal, çekingen ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları ile Eksen I bozukluklar arasında zaman içerisinde değişen ilişkileri incelemek amacıyla boylamsal bir 'kişilik bozuklukları çalışması' yürütmüş ve 544 yetişkin hasta, 6, 12 ve 24 ay temelinde bir izleme çalışmasında değerlendirilmişlerdir. Araştırmada değerlendirilen diğer bozukluklarla ilgili bulguların yanı sıra, sınırda kişilik bozukluğunun, major depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu ile boylamsal bağlamda belirgin bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Shea ve ark. 2004).

Zimmerman ve Mattia'nın 1999 yılında yürütmüş

oldukları bir çalışmada Eksen I ve Eksen II bozukluk tanısı almış 409 kişi ile çalışılmış ve sınırda kişilik bozukluğuna sahip hastaların, SKB tanısı olmayanlara göre çoklu (3 ya da daha fazla) Eksen I tanısına sahip oldukları bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre sınırda vakalarda daha yüksek düzeyde duygudurum bozuklukları (major depresif bozukluk, bipolar I-II bozukluğu), anksiyete bozuklukları (agorafobili panik bozukluğu, sosyal ve özgül fobi, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk), madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve somatoform bozukluklar birlikte görülmektedir.

Konu ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Üçok ve ark.'nın (1998) bipolar duygudurum bozukluğu ve kişilik bozuklukları arasındaki ek tanıyı araştırdıkları kontrollü çalışmalarında, bipolar duygudurum bozukluğuna sahip hastaların %48'inin, DSM-IV tanı ölçütlerine uyan en az bir kişilik bozukluğuna sahip oldukları bulunmuştur. Bipolar duygudurum bozukluğu tanısı alan vakalarda, kişilik bozuklukları içerisinde en yaygın olarak görülen bozuklukların sınırda, histriyonik, paranoid ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir.

Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları araştırdıkları daha yakın dönemdeki bir çalışmada ise Ünal ve ark. (2007), bipolar bozukluğa %46 eksen I, %48 oranında ise eksen II tanılarının eşlik ettiğini bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarına göre eksen I ek tanısını en sık obsesif kompulsif bozukluğun, eksen II ek tanısını ise en sık sınırda kişilik bozukluğunun oluşturduğu gözlenmiştir.

SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU ASLINDA BİR BİPOLAR SPEKTRUM BOZUKLUĞU MUDUR?

Duygudurum bozuklukları sıklıkla, sınırda kişilik bozukluğunu fenomenolojik olarak açıklayabilecek tanı kategorileri olarak görülmekte ve konuyla ilgili olarak birçok çalışma yapılmaktadır. Örneğin; Skodol ve ark.'nın (1999), 240 sınırda kişilik bozukluğu tanısını içeren, 541 kişilik bozukluğu vakasıyla yaptıkları bir çalışmada, SKB tanısı alan kişilerin %39.2'lik bölümü, en azından bir duygudurum bozukluğunun kriterlerini karşılamaktadır. Vakaların %31.3' ü aynı zamanda major depresyon, %16'sı distimi, %9.2'si bipolar I ve %4.1'i bipolar II tanı ölçütlerini karşılamaktadır.

Akiskal (2000), depresyonla birlikte görülen histriyonik, narsistik ve sınırdaki kişilik bozukluklarının, 'soft bipolar bozukluklar' kategorisine daha uygun olduğunu fikrini savunmaktadır. Bipolar spektrum içerisinde yer alması gerektiğini düşündüğü bu bozuklukların, özellikle hastalığın erken dönemlerinde, bipolar bozuklukların daha ılımlı (ör: tip III) görüntülerinden, daha şiddetli (ör: tip I ve ya II) şekillerine kaydığını düşünmektedir.

Akiskal'a (1996) göre bipolar spektrum, sadece mani ve hipomaniyi değil, hipomaninin alt tipleri olarak ortaya çıkan siklotimik ya da hipertimik mizacı da kapsamaktadır ve bu iki alt tip "soft bipolar spektrum" boyutunun altında yer almaktadır. Siklotimik mizacı, erken ergenlik ya da yetişkinlik yıllarında başlayan, ani geçişlerle tanımlanan ve her fazın sadece birkaç gün sürdüğü ötimik dönemlerle bilinir. Bu tanımlama aynı zamanda sınırdaki kişilik bozukluklarında görülen duygulanımda dalgalanmanın da tipik bir özelliğidir. Akiskal, siklotimik mizaca sahip bireylerin sınırdaki kişilik bozukluğunda da gözlenen duygulanımda dalgalanmadan dolayı BB'den çok, SKB olarak düşünüldüğünü öne sürmektedir.

Deltito ve ark. (2001), sınırdaki kişilik bozukluğuyla ilgili çalışmalarında bilinen Cornell-Westchester Hastanesi'nde, 16 sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı almış hastada bipolaritenin klinik görünümünü araştırmıştır. Bunun için, spontan olarak ortaya çıkan mani ve hipomani öyküsü, bipolar mizacı, bipolar bozukluğa özgü farmakolojik tedaviye yanıt ve pozitif bipolar aile öyküsü olmak üzere 5 gösterge kullanmış ve sonuçta sınırdaki kişilik bozukluğuna sahip hastaların 13'ünün (%81) bipolarite işaretleri gösterdiğini bulgulamaktadırlar.

Bu noktadan hareketle, Deltito ve ark. sınırdaki kişilik bozukluğu tanısına sahip hastaların duygudurum bozukluğu epizodlarının, altta yatan bir bipolar bozukluk olma olasılığı dikkate alınmaksızın, hatalı bir şekilde kişide var olan kişilik bozukluğuna atfedildiğini belirtmektedirler. Buna ek olarak, SKB ve BB arasında görülen farkların niteliksel olmaktan çok niceliksel olduğunu ve SKB'nin aslında ultra-hızlı döngülü (ultra-rapid cycling) bipolar afektif bozukluğu olduğu fikrini öne sürmektedirler.

Perugi, 1998 yılında yapmış olduğu bir araştırmada major depresif epizodda bulunan ve DSM-IV'ün bipolar II tanı ölçütlerini karşılayan 86 hasta ile çalışmıştır. Makalede yer alan eksen I ve diğer eksen II bozukluklarla ilişkili bulguların yanı sıra, sınırdaki kişilik bozukluğunun en yüksek oranda siklotimik ve ilişkili diğer mizaç örüntülerine sahip olan kişilik tipi olduğu belirtilmektedir.

Smith ise (2005), genç yetişkinlerde erken başlangıçlı bipolar duygudurum bozukluğu ve sınırdaki kişilik bozukluğunu birbirinden ayırt etmenin zor olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bipolar duygudurum bozukluğu, bipolar spektrum bozukluğu ve yinelenen major depresif bozukluktan oluşan üç tanı grubunu karşılaştırmıştır. Smith, çalışmasında o sırada major depresif nöbet geçirmekte olan ve daha önceden en az bir kere depresyon epizodu geçirmiş olan 87 hasta ile çalışmış ve veriler doğrultusunda yapılan değerlendirmede, yinelenen major depresyon ve belirgin sınırdaki kişilik özellikleri gösteren genç yetişkinlerde, altta yatan olası bir bipolar hastalığın varlığının dikkatle değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Smith'in konuyla ilgili olarak yazdığı bir tartışma makalesinde (2004), sınırdaki kişilik bozukluğu kategorisinin, birçok araştırmacının yapılmasına aracılık etse de ve klinisyenler arasında ortak bir dil kullanımı sağlasa da, özellikle B kümesi kişilik bozuklukları ve duygu-durum bozuklukları ile örtüşen birçok belirti grubuna sahip olduğu ifade edilmektedir. Smith'e göre, SKB ve BB'lerin 'saf' biçimleri DSM-IV'te birbirinden farklı ve ayırt edilebilir bozukluklar gibi görünse de, sınırdaki kişilik bozukluğu sadece duygulanımda dalgalanma ve dürtüsellik boyutları ile diğer patolojilerden ayrılabilir bir bozukluk değildir ve özellikle klinik uygulama alanında çok heterojen bir grubu temsil etmektedir. Dolayısıyla bu bozukluğun duygudurum bozuklukları spektrumu altında yeniden tanımlanmasının, bu hastalar üzerindeki damgalanma etkisini ve onlara karşı yapılan ayrımcılığı ortadan kaldıracığı düşünülmektedir. Benzer şekilde, klinisyenlerin de bu bozukluğu tedavi edilebilmesi zor bir kişilik bozukluğu gibi görmekten çok, farklı bir bakış açısıyla, bir duygu-durum bozukluğu şeklinde görmesinin ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde hali hazırda kullanılmakta olan hem

farmakolojik, hem psikolojik tedavilerden yararlanabilmesinin de önemli gelişmeler sağlayabileceği görüşünü savunmaktadır.

GEÇERLİ BİR TANI KATEGORİSİ OLARAK SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Daha önceki bölümde, bazı yazarların öne sürdüğü şekliyle sınırdaki kişilik bozukluğunun, aslında bir duygudurum bozukluğu olup olmadığı tartışılmaya çalışılmıştır. Derleme yazısının bu bölümünde ise, DSM-IV-TR'de yer aldığı şekliyle sınırdaki kişilik bozukluğunun, duygudurum bozukluklarından farklı ve bağımsız bir tanı olduğunu düşünen araştırmacıların çalışmalarına yer verilmektedir.

Bu amaç doğrultusunda, Paris ve ark. (2007), bipolar I bozukluk oranlarının ölçüldüğü 1006 SKB vakasını içeren 8 çalışmayı bir araya getirmekte ve BB I oranlarının %5.6 ile %16.1 arasında görüldüğünü belirtmektedirler. Elde edilen veriler üzerinde yaptıkları değerlendirmelere bakıldığında; birlikte görülme oranları, fenomenolojik ayrımlar, ailesel yaygınlığı, boylamsal gidişat ve farmakolojik tepkisellik açısından, SKB ve BB II'nin birbirlerinden ayrı bozukluklar olduğu hipotezi desteklenmektedir.

196 SKB ve 433 diğer kişilik bozukluklarına sahip hastalar ile yapılan 4 yıllık bir izleme (follow-up) çalışmasında Gunderson (2006), SKB ve BB arasında, diğer kişilik bozukluklarında görülenlerden daha fazla bir ilişki olmadığını, hatta SKB ile major depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu arasında, bipolar I ve II'de görünenin iki katından daha fazla oranda ek tanıya rastlandığını belirtmektedir.

Yazara göre, klinisyenlerin iki bozukluk arasındaki farklılara dikkat etmeleri gerekmektedir, çünkü her iki bozukluğun birlikte görülmesini tanımlayabilmek yararlı olsa da, bipolar bozukluğa bağlı olarak geniş çerçevede tanı koymanın ve SKB'yi dışarıda bırakmanın iki zarar verici etkisi olabilmektedir. Bunlardan birincisi, sınırdaki hastanın ve ailesinin, ilaçların yapabileceklerine yönelik gerçekçi olmayan beklentilerinin var olma olasılığıdır. Sınırdaki kişilik bozukluğunun varlığı fazlasıyla ilaç kullanımına ve hastalar ile ailelerinde artan bir umutsuzluğa neden olabilmektedir.

Ayrıca sınırdaki kişilik bozukluğunun dışarıda bırakılması, terapötik çabanın psikososyal müdahalelerden ayrışmasına ve önemli derecede farklılıkların oluşmasına sebep olabilmektedir. Klinisyenler genellikle sınırdaki kişilik bozukluğu tanısını koyma konusunda isteksizdirler çünkü bu tanı oldukça negatif olarak algılanmakta ve tam kapasiteli sağlık hizmetleri olmadığı sürece tedavi kısmında yetersiz kalmaktadır. Her ne kadar sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı, tanıyı alan hasta için umut vaat ediyor olsa da gittikçe iyiye giden bir sağlık müdahalesinin geliştirilmesi zor görünmektedir.

Benazzi (2006), sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluklar (özelde bipolar II) arasındaki ilişkinin netleşmemiş olmasından yola çıkarak, sınırdaki kişilik bozukluğunun aslında bipolar spektruma ait bir bozukluk mu yoksa ayrı bir tanı kategorisi mi olduğu sorusuna yanıt aramıştır. 138 bipolar - II ve 71 major depresif bozukluk tanısı almış kişiyle çalışmış ve son 6 ay içerisindeki sınırdaki kişilik yapılarını incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, sınırdaki kişilik özelliklerinin 'duygulanımda dalgalanma' faktörü BB-II ile ilişkili bulunurken, 'dürtüsellik' faktörü ilişkili bulunmamaktadır. Benazzi'ye göre SKB, adı geçen iki boyutun semptomatolojik farkları açısından iki alt tipe ayrılabilir. Bu bulgu, SKB'nin 'duygusal olarak değişken kişilik bozukluğu' nun bir tipi olarak düşünüldüğü ICD-10'u destekler niteliktedir.

2000 yılında İtalya'da yapılan bir çalışmada Benazzi (2000), 63 tek uçlu (major depresif ve distimik bozukluk) ve 50 bipolar II bozukluğa sahip hasta ile çalışmış ve bu hastalar arasında SKB'nin prevalansına ve bipolar II hastalardan kolayca ayırt edilip edilemediğine bakmıştır. Sonuçta, özel klinikte ayaktan tedavi gören duygudurum bozukluğuna sahip hastalarda SKB'nin genellikle görülmediği (%12), daha çok bipolar II'nin yaygın olduğu ve bu bozukluğun da nadiren SKB ile birlikte görüldüğü bulgulanmakta, DSM-IV kriterleri temel alındığında, SKB hastalarının Bipolar II hastalarından kolaylıkla ayırt edilebildiği ifade edilmektedir.

Literatürde yer alan bir başka çalışmada ise (Henry ve ark. 2001) bipolar bozukluğun görülmediği 29 sınırdaki kişilik bozukluğu, sınırdaki kişilik bozukluğunun görülmediği ancak diğer kişilik bozukluklarına sahip 14 bipolar II, hem sınırdaki kişilik bozukluğu-

nun ve hem de bipolar II bozukluğun görüldüğü 12 ve her iki bozukluğun da görülmediği ancak diğer kişilik bozukluklarına sahip 93 vaka olmak üzere toplam 148 hasta ile çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı adı geçen bu hasta grupları arasında görülebilecek olan dürtüsellik, duygulanımda oynaklık ve hastalığın şiddetini karşılaştırmaktır. Çalışmanın sonuçlarına göre, duygulanımda oynaklık özelliği her iki hasta grubunda da görülsede, tanı gruplarında farklı örüntüler sergilenmektedir. Sınırdaki hastalar öfke ve ötimi alt ölçeklerinde yüksek puanlar alırken, bipolar II hastaları depresyon ve/veya mutluluk ve ötimi alt ölçeklerinde duygulanımda oynaklık göstermektedirler. Ayrıca, dürtüsellik ve saldırganlık özelliklerindeki yüksek puanlar sadece sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarından elde edilmektedir. Hastalığın şiddeti açısından ise, iki hasta grubu arasında görülen fark daha az belirgindir.

Araştırmada tercih edilen boyutsal yaklaşım, bu iki bozukluğun çeşitli örüntüleri arasındaki farkı göstermesi açısından önemlidir. Sınırdaki kişilik bozukluğu hastaları hem bipolar hastalardan ve hem de diğer kişilik bozukluğu hastalarından, dürtüsellik ve saldırganlık özellikleri açısından ayrılmakta ve bu iki özelliğin sınırdaki hastaların çok tipik bir özelliği olarak belirtilmektedir.

Yazarlar bu durumun şaşırtıcı olmadığını çünkü gerek intihar eğilimi ve gerekse kendini kesme davranışlarının sınırdaki kişilik bozukluğu için çok tipik bir tanı ölçüt olduğunu belirtmektedirler. Aynı zamanda bu iki özellik çok açık bir şekilde saldırganlık ve dürtüsellikle ilişkilidir. Sonuçta denilebilir ki, tanısal ayırım açısından bakıldığında duygulanımda dalgalanma, sınırdaki kişilik bozukluğunun anahtar biyolojik yatkınlık faktörlerinden biri olabilir.

Adı geçen iki boyut (duygulanımda dalgalanma ve dürtüsellik), yazarların dikkatini çekmekte ve literatürde sık rastlanan bir araştırma konusu olmaktadır. Konuyla ilgili Herpertz (1997)'in yürütmüş olduğu deneysel bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmektedir. SKB'nin temel alındığı çalışmada, dürtü kontrol problemleri ile bağlantılı kişilik bozuklukları ele alınmaktadır. Duygulanım ve çevresel uyaranlar arasındaki ilişkinin incelendiği deneyin sonuçlarına göre, dürtüsellikle ilgili sıkıntıları olmayan kişilik bozukluğu hastalarına ve

normal kontrol grubuna göre, dürtüsel davranışlara sahip hastalar (özellikle SKB vakaları) yaşanan deneyime daha şiddetli tepkiler vermektedirler. Yazarlar, çevresel uyaranlara karşı aşırı tepkisellikten kaynaklanan duygudurum düzenlemedeki zayıflığın, sınırdaki kişilik bozukluğuna sahip hastaların dürtüselliklerinin nedenlerinin açıklanması için faydalı olabileceğini belirtmektedirler.

Konu hakkında görece olarak yeni yapılmış bir gözden geçirme makalesinde ise, duygulanımda dalgalanmanın hızlı döngü ile ilgili olan kısmı ele alınmaktadır (McKinnon ve Pies 2006). Makalede her iki bozukluk hakkında yürütülmüş olan aile çalışmaları, nörobiyolojik / anatomik çalışmalar ve farmakolojik çalışmalar ele alınmakta ve sınırdaki kişilik bozukluğunun gelişimi hakkında yeni bir model öne sürülmektedir.

Yazarlara göre, SKB ve BB hastaları bazı önemli noktalarda farklılıklar gösterse de, bipolar bozuklukta görülen hızlı duygudurum değişimleri ile sınırdaki kişilik bozukluğunda görülen duygulanımda dalgalanmayı aynı mekanizma tetikliyor olabilir ve hatta bu iki bozukluk aynı genetik etiyolojiyi paylaşıyor olabilir. Makalede, SKB vakalarının hepsi olmasa da en azından bir alt grubunun duygudurum bozukluklarının (yüksek olasılıkla bipolar benzeri bozuklukların) atipik görüntülerini sergiliyor olabileceği belirtilmektedir.

TARTIŞMA

Sınırdaki kişilik bozukluğunun DSM-III'e girmesinden itibaren çeşitli bozukluklarla olan ilişkisi araştırılmaktadır. Gerek Eksen I, gerekse Eksen II bozuklukları arasında, sınırdaki kişilik bozukluğu ile ilişkisinin en çok araştırıldığı tanı gruplarından biri de duygudurum bozukluklarıdır. Başlangıçta SKB sıklıkla major depresif bozuklukla ilişkilendirilmekle birlikte, daha sonra bu konudaki araştırmaların odak noktası bipolar bozukluklara kaymış görünmektedir (Paris ve ark. 2007).

Konuyla ilgili olarak bazı araştırmacılar sınırdaki kişilik bozukluğunun aslında bir bipolar spektrum bozukluğu olabileceği görüşünü öne sürmektedirler. Ancak bu görüş, genel kabul gören, geçerli bir sınıflandırma sistemiymiş gibi düşünülmemelidir. Diğer taraftan, sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar bozukluklardan ayrı ve geçerli bir tanı kate-

gorisi olarak düşünülmesi için yeterli araştırma bulgularının olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hali hazırda var olan tanı ölçütleri ve sınıflandırma sistemleri de bu görüşü desteklemektedir.

Bu tartışmaların yanı sıra, daha sonraki araştırmalarda açıklığa kavuşturulması gereken noktaların olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk sık bir birlikte görülme oranına sahiptir ve iki bozukluğun birbiriyle örtüşen belirtilerinden dolayı klinik uygulamalarda SKB ve BB'yi birbirinden ayırmak zor olabilmektedir. Zimmerman ve Mattia'nın yürütmüş olduğu bir araştırmanın bulgularına göre (1999); sınırdaki kişilik bozukluğunun tanı konma sıklığı, vakanın değerlendirilme yönteminden oldukça etkilenmektedir. Dolayısıyla klinik ortamlarda çalışan profesyonellerin iki bozukluk arasındaki benzerlik ve farklılıklara dikkat etmeleri önem taşımaktadır.

Bipolar bozukluklar sürekli olarak gelişmekte ve genişlemekte olan bir tanı grubudur. Bu durum, her ne kadar bilimsel açıdan olumlu bir gelişme gibi gözükmese de, şu anda geçerli olan sınıflandırma sistemini muğlaklaştırdığı ve klinisyenler adına kafa karıştırıcı bir nitelik taşıdığı da düşünülebilir. Bu nedenle, DSM ve ICD gibi, alanda çalışan klinisyenler açısından rehber niteliğinde olan tanı sistemlerini oluşturan profesyonellerin, bu alandaki eleştirileri dikkate almaları ve gelecekteki çalışmalarda konuyu açıklığa kavuşturabilmek adına girişimde bulunmaları gerektiği düşünülmektedir.

Buna ek olarak bipolar spektrum bozukluk kavramı yeni bir kavramdır ve bu kavramın geçerliliğine şüpheyle bakılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Konuyla ilgili görece olarak az sayıda çalışma mevcuttur ve spektruma dahil olduğu düşünülen bipolar II, bipolar III ve bipolar IV gibi bozuklukların, bipolar I ve bipolar II'nin farklı klinik görünüşleri olup olmadığı henüz açıklığa kavuşmuş bir konu değildir. Bu nedenle adı geçen alt gruplarla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Akiskal'in, siklotimik mizaca sahip bireylerin duygulanımları ile sınırdaki kişilik bozukluğunda gözlenen duygulanımda dalgalanmanın birbiriyle olan benzerliğinden dolayı, sınırdaki kişilik bozukluğu hastalarının aslında bipolar spektrum bozuk-

luğuna sahip hastalar olduğu fikrine makalenin önceki bölümlerinde değinilmiştir. Bu konuyla ilgili olarak tartışmaya açık bir nokta, sınırdaki kişilik bozukluğu vakalarının klinik özelliklerinin sadece duygulanımda dalgalanmadan ibaret olmadığı ve farklı pek çok boyutu da içinde barındırdığıdır. Dolayısıyla bu noktadan hareketle sınırdaki kişilik bozukluğunun bir duygudurum bozukluğu olduğunu öne sürmek uygun değildir. Elbette ki bu özellik her iki bozukluğun ortak bir noktasını oluşturmaktadır ve duygulanımda dalgalanma gösteren hastaları yanlış tanılamamak için detaylı kişisel ve sosyal öyküye ihtiyaç vardır.

Birnbaum, 2004 yılında yazmış olduğu gözden geçirme makalesinde, iki bozukluk arasında görülen birlikte görülme, antikonvulsan duygudurum düzenleyicilere verdikleri farmakolojik yanıtlar, genetik çalışmalar ve nörofizyolojik işaretlerin, SKB'nin bir bipolar bozukluk şeklinde yeniden tanımlanması için yeterli olup olmadığını sorgulamıştır. Benzer klinik bileşenlere sahip pek çok bozukluk olduğunu söyleyen Birnbaum, benzeyen her psikopatoloji çiftinden birini diğerinin içerisine almanın doğru bir yaklaşım olmayacağını belirtmektedir.

Konuyla ilgili bir başka bulgu ise, birlikte görülme oranlarıyla ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarının, bipolar bozukluğa sahip hastalarda, sınırdaki kişilik bozukluğunun birlikte görülme oranlarının diğer kişilik bozukluklarından daha fazla olmadığıdır (Paris ve ark. 2007). Dolayısıyla bu iki bozukluk arasında görülen ek tanı oranları, psikopatolojilerin doğasının benzerliği nedeniyle abartılıyor olabilir.

Bazı yazarlar, sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar bozukluk adı altında yeniden yapılandırılmasının, bu hastalar üzerindeki damgalanma etkisini azaltacağını düşünmektedir (Smith 2004). Ancak bilimsel dil değişse de, vakaların özelliklerinin aynı kalacağı gerçeğinin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bu noktada farklı bir sorunla karşı karşıya kalınabilir. Şöyle ki, günümüze kadar sınırdaki kişilik bozukluğunun tedavileri ile ilgili pek çok araştırma yürütülmüş ve aşama kaydedilmiştir. Bu tedaviler arasında etkili yöntemleri de çeşitli psikoterapi yaklaşımları oluşturmaktadır (Oldham 2006). Sınırdaki kişilik bozukluğunun bipolar spektrum altında yeniden

tanımlanması, bipolar bozuklukların tedavisinde en sık başvurulan yöntem olan ilaç tedavilerinin, sınırda kişilik bozukluğu vakalarında da kullanılacak ilk yöntem olmasına yol açabilir ve psikoterapiden sağlanabilecek fayda ikinci planda kalabilir. Buna ek olarak, sınırda kişilik bozukluğu vakalarının, bipolar bozukluklarda kullanılan ilaç tedavilerine nasıl yanıt verdikleri netlik kazanmış bir konu değildir.

SONUÇ

Bu derleme yazısında, sınırda kişilik bozukluğunun, 'bipolar spektrum' kavramı çerçevesinde, duygudurum bozukluklarının atipik bir formu olarak yeniden tanımlanabilip tanımlanamayacağına yönelik tartışmalara güncel yazın bağlamında yer vermeye çalışılmıştır. Özetlenecek olursa, psikopatolojilerin doğası gereği her iki bozukluk arasında belirli binişiklikler gözlenirse de, şunda var olan tanı ve sınıflandırma sistemi ile paralel olarak,

adı geçen iki bozukluğun birbirinden bağımsız ve farklı kategoriler olarak görülmesi uygun olacaktır. Aktarılmış olan tartışmaların yanı sıra, adı geçen iki bozukluk arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılabilmesi için daha fazla epidemiyolojik, boylamsal, farmakolojik ve genetik araştırmalara ihtiyaç vardır. Bunun yanı sıra her iki bozukluğun hem farmakolojik, hem de terapötik müdahalelere verdikleri yanıtları değerlendirmenin, iki bozukluk arasındaki benzerlik ve farklılıkları daha net olarak görebilmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle ilerideki araştırmalarda, sınırda kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluğu bir spektrumun iki ucu gibi görmek yerine, bu iki ayrı kategorinin sınırları netleştirilmeli ve yeni araştırmalar bu eleştirilere cevap verebilir nitelikte olmalıdır.

Yazışma adresi: Psk. Manolya Çalışır, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara, manolyac@hacettepe.edu.tr

KAYNAKLAR

- Akiskal H S (1996) The prevelant clinical spectrum of bipolars: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 16: 4-15.
- Akiskal H S (2000) Temperament and mood disorders. *The Harvard Mental Health Letter*, 1-4.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren E Köroęlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Bandelow B, Krause J, Wedekind D ve ark. (2005) Early traumatic life events, parental attitudes, family history and birth factors in patients with borderline personality disorders and healthy controls. *Psychiatry Res*, 139: 169-179.
- Benazzi F (2000) Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Compr Psychiatry*, 41: 106-110.
- Benazzi F (2006) Borderline-bipolar spectrum relationship. *Prog In NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30: 68-74.
- Birnbaum R J (2004) Borderline, bipolar or Both? *Har Rev Psychiatry*, 12: 146-149.
- Deltito J, Martin L, Riefkohl J ve ark. (2001) Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum?. *J Affect Disord*, 67:221- 228.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, 1992'den çeviren MO Öztürk, B Uluę, Medikomad Basım Yayın San. Ltd. şti., Ankara.
- Feske U, Tarter R E, Kirisci L ve ark. (2006) Borderline personality and substance use in women. *Am J Addict*, 15: 131-137.
- Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT ve ark. (2006) Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 163: 1173-1178.
- Henry C, Mitropoulou V, New AS ve ark. (2001) Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*, 35: 307-312.
- Herpertz S, Gretzer A, Steinmeyer E M ve ark. (1997) Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *J Affect Disord*, 44: 31-37.
- Lieb K, Zanarini M C, Schmahl C ve ark. (2004) Borderline personality disorder. *Seminar*, 364: 453-461.
- MacKinnon D F, Pies R (2006) Affective instability as rapid cycling: Theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord*, 8: 1-14.
- McGlashan T H, Grilo C M, Skodol AE ve ark. (2000) The collaborative longitudinal personality disorders study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*, 102: 256-264.
- Oldham JM, Skodol AE, Gallaher PE ve ark. (1996) Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr Q*, 67:287-95.
- Oldham J M (2006) Treatment of borderline personality disorder. *Cur Med Lit*, 16: 101-107.
- Paris J (2005) Borderline personality disorder. *CMAJ*, 172: 1579-1583.
- Paris J, Gunderson JG, Weinberg I (2007) The interface

between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, 48(2):145-154.

Perugi G, Akiskal H S, Lattanzi L ve ark. (1998) The high prevalence of 'soft' bipolar (II) features in atypical depression. *Compr Psychiatry*, 39: 63-71.

Sansone R A, Songer D A, Miller K A (2005) Childhood abuse, mental healthcare utilization, self harm behaviour, and multiple psychiatric diagnosis among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Compr Psychiatry*, 46: 117-120.

Shea M T, Stout R L, Yen S ve ark. (2004) Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol*, 113: 499-508.

Skodol A E, Gunderson J G, Pfohl B (2002) The borderline diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Soc Biol Psychiatry*, 51: 936-950.

Skodol A E, Stout R L, McGlashan T H (1999) Co-Occurrence of Mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety*, 10: 175-182.

Smith D J, Muir W J, Blackwood D H R (2004) Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? *Har Rev Psychiatry*, 12: 133-139.

Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DHR (2005) Borderline personality disorder characteristics in young adults with recurrent

mood disorders: A comparison of bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*, 87: 17-23.

Trull T J, Sher K J, Minks-Brown C ve ark. (2000) Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychol Rev*, 20: 235-253.

Tura S M (2005) Günümüzde psikoterapi. Ankara, Metis Yayınları, s. 131-134.

Üçok A, Karaveli D, Kundakçı T ve ark. (1998) Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Compr Psychiatry*, 39: 72-74.

Ünal A, Kuloğlu M, Geçici Ö ve ark. (2007) Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye'de Psikiyatri*, 9: 18-25.

Yen S (2002) Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 190: 510-518.

Zimmerman M, Mattia J I (1999) Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 40: 245-252.

Zimmerman M, Mattia J I (1999) Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 156: 1570-1574.