

Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Önçalışma

Ümit B. Semiz¹, Cengiz Başoğlu², Servet Ebrinç²,
B. Murat Ergün³, C. Onur Noyan³, Mesut Çetin⁴

ÖZET:

Sınır kişilik bozukluğu hastalarında vücut dismorfik bozukluğu, travma ve disosiyasyon: Bir önçalışma

Amaç: Çalışmanın amacı, sınır kişilik bozukluğu (SKB) hastalarında vücut dismorfik bozukluğu (VDB) sıklığının araştırılması ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve disosiyasyon ile ilişkisinin saptanmasıdır. **Yöntem:** Çalışmaya yaşları 18-42 arasında değişen DSM-IV ölçütlerine göre SKB tanısı almış arışı 35 hasta ile cinsiyet ve yaş eşleştirilmiş 35 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Denekler SCID-I, SCID-II, VDB için geliştirilmiş SCID benzeri yapılandırılmış görüşme formu, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Somatoform Disosiyasyon Anketi (SDQ), Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEC) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinden (HAM-D) oluşan kapsamlı bir tanıtıcı batarya ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışma grubunda SKB için karşılanan ortalama DSM-IV ölçütü sayısı 7.7 (SS = 1.4) idi ve %28.5'i çocukluk çağı fiziksel tacizi, %28.5'i çocukluk çağı cinsel tacizi, %8.5'i duygusal taciz, %60'ı ihmal ve %14'ü birden fazla travma bildirmektedir. SKB grubunda kontrol grubuna kıyasla DES (t=26.38; p<0.001), SDQ (t=20.65; p<0.001) ve TEC (t=4.98; p<0.05) puanları anlamlı derecede yüksekti. Ömür boyu VDB prevalansı %80 olarak bulundu. SKB grubunda VDB tanısı ile çocukluk çağı travma öyküsü (r=0.099; p>0.05) ve disosiyasyon puanları (DES r=0.059, p>0.05; DISQ r=0.005, p>0.05) arasındaki bağlantı anlamlı değildi. **Sonuç:** SKB ve VDB'nin birlikte bulunduğu bireylerdeki patolojinin doğası ve derecesi hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. VDB ve SKB'nin bazı özelliklerinin ilişkili olabileceği akla yatkın bir önermedir. Bizim örneklemimizde SKB hastalarında ömür boyu VDB sıklığının %80 bulunması beklenenden oldukça yüksek gözükübilir. Ancak SKB ile VDB arasındaki psikopatolojik ilişki ve bu iki durumun birlikte görülmesi halen açıklanmayı bekleyen bir konudur, çünkü beden imgesindeki bozukluk her iki rahatsızlıkta da ortak bir tanıtıcı özelliktir.

Anahtar sözcükler: sınır kişilik bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, komorbidite, travma, disosiyasyon

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:65-70

ABSTRACT:

Body dysmorphic disorder, trauma, and dissociation in patients with borderline personality disorder: a preliminary study

Objective: The purpose of this study is to determine the extent of comorbid body dysmorphic disorder (BDD) in a group of patients with borderline personality disorder (BPD) and its relation to childhood traumatic experiences and dissociation. **Method:** The study included 35 patients (aged 18-42 years) who were consecutively admitted and had been diagnosed with BPD according to the DSM-IV criteria and 35 age and sex matched healthy controls. The subjects were evaluated with a comprehensive assessment battery using SCID-I, SCID-II, SCID-like semi-structured interview for BDD, Dissociative Experiences Scale (DES), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ), Traumatic Experiences Checklist (TEC), and Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). **Results:** The average number of DSM-IV criteria for BPD was 7.7 (SD = 1.4) in the study group and 28.5% of them reported childhood physical abuse, 28.5% childhood sexual abuse, 8.5% childhood emotional abuse, 60% childhood neglect. BPD group had significantly higher scores 14% more than one trauma. BPD group had significantly higher scores on the DES (t=26.38; p<0.001), the SDQ (t=20.65; p<0.001), and the TEC (t=4.98; p<0.05) as compared to controls. The lifetime prevalence of BDD was 80% in the borderline sample. For the BPD group, the correlation between BDD diagnosis and childhood trauma history (r=0.099; p>0.05) and dissociation scores (DES r=0.059, p>0.05; DISQ r=0.005, p>0.05) was not significant. **Conclusions:** We have limited data concerning the nature or degree of pathology in individuals with comorbid BPD and BDD. It is conceivable that some features of BDD and BPD may interface. That the lifetime prevalence of BDD was found 80% in our borderline sample, may be seen quite greater than expected. But co-occurrence and psychopathological relation between BDD and BPD remains to be clarified, because disturbed body image is a common diagnostic feature in both disorders.

Key words: borderline personality disorder, body dysmorphic disorder, comorbidity, trauma, dissociation

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:65-70

Yrd. Doç. Dr., ²Doç. Dr., ³Arş. Gör., ⁴Prof. Dr.,
GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Psikiyatri Servisi
İstanbul-Türkiye

* Bu çalışma 9. Gazi Psikiyatri Günlerinde
poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Yrd. Doç. Dr. Ümit B. Semiz, GATA
Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Servisi
34668 Kadıköy İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-216-542-2496
Faks / Fax: +90-216-349-3517

Elektronik posta adresi / E-mail address:
semizub@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Mart 2005 / March 20, 2005

GİRİŞ

Sınır kişilik bozukluğu (SKB), duygulanım, dürtü kontrolü, kendilik imgesi ve kişiler arası ilişkilerde yaygın bozulma ile karakterize çok boyutlu, heterojen bir durumdur. SKB'nin genel toplumda %1-2 oranında görül-
düğü ve psikiyatri poliklinik hastalarının

%10'unu, yatan hastaların %20'sini etkilediği tahmin edilmektedir (1-3). Bozukluk, sosyal ve mesleki alanlarda belirgin derecede bozulmaya yol açar (4) ve yaşam boyu intiharla ölüm prevalansı yaklaşık %10'a (genel toplumdakinden 50 kat yüksek) ulaşır (5).

Hastalığın tanımlayıcı özellikleri DSM-IV ölçütlerince (6) iyi bir şekilde belirtilmesine karşın, SKB psikopatoloji-

sinin diğer önemli yönleri buraya dahil edilmemiştir. Birçok SKB hastasında komorbid psikiyatrik bozukluklar bulunmaktadır. SKB hastalarında eksen I bozukluklarının oranını araştıran çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır. Bu çalışmalara göre SKB hastaları özellikle duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları olmak üzere çeşitli eksen I bozukluklarının DSM ölçütlerini sıklıkla karşılamaktadırlar (7).

Vücut dismorfik bozukluğu (VDB) tanısının esası, fiziksel görünümdeki hayali ya da hafif bir kusur ile sınırağa yol açacak şekilde aşırı uğraşa dayanır (6). Beden imgesindeki bozukluk, VDB'nin başlıca özelliğidir. Birçok değişik psikolojik belirti ile karakterize olan SKB'de kimlik kargaşası en önemli belirtilerinden olup, kendilik imgesi ve beden imgesi gibi çeşitli alanlarda görülebilir. Dolayısıyla beden imgesindeki bozukluk her iki rahatsızlıkta da temel ortak noktalardan biridir.

SKB ile VDB'nin birlikte görüldüğü bireylerdeki patolojinin derecesi ve doğası hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bugüne dek SKB hastalarında VDB oranını araştıran bir çalışmaya literatür taramalarında rastlanmamıştır. SKB ve VDB'nin bazı özelliklerinin bağlantılı olabileceği akla yatkın bir önermedir. Üstelik mevcut rahatsızlığa ait klinik tablonun, diğerinin üzerine binmesi sonucu ağırlaşabilmesi, tanısal karışıklıkların ortaya çıkması, tedavide direnç görülmesi de mümkündür.

Bu çalışmada SKB hastalarında VDB sıklığı ile çocukluk çağı travma öyküsü ve disosiyasyon ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Denekler ve uygulama

Çalışmaya GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisine ardışık olarak başvuran ve DSM-IV tanı ölçütleri doğrultusunda SKB tanısı almış 18-42 yaşları arasında 35 hasta ile yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş 35 sağlıklı kontrol alındı. Çalışma yöntemiyle ilgili ayrıntılı bir açıklamadan sonra, tüm deneklerden bilgilendirilmiş onam alındı.

Eksen II kişilik bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme formunun (SCID-II) DSM-IV uyarlamasına göre SKB tanı ölçütlerinin 6 ya da daha fazlasını karşılayan bireyler çalışmaya alındılar. Deneklerin zeka bö-

lümüleri en az 80 ve üzerindeydi, geçmiş ya da halihazır şizofreni, şizoafektif bozukluk, bipolar I bozukluk veya psikiyatrik belirtilere yol açan herhangi bir organik bozukluk öyküsü bulunmamaktaydı. On sekiz yaşın altındakiler, DSM-IV ölçütlerine göre başka bir eksen II bozukluğunun ölçütlerini karşılayanlar veya ciddi bilişsel bozukluğu ve ağır fiziksel hastalığı olanlar çalışmadan dışlandılar. Bununla birlikte, geçmiş ya da halihazır majör depresif bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu öyküsü bulunanlar çalışmadan çıkarılmadı, çünkü bu tip bozukluklar sıklıkla SKB ile birlikte bulunmaktadır.

Kontrol grubu hastane personeli arasından seçildi. İntihar girişimi, psikiyatrik hastalık ve psikotrop ilaç kullanım öyküsü olanlar kontrol grubuna alınmadı. Her iki hasta grubunun da %83 (n=29)'ü erkek, %17 (n=6)'si kadındı. Yaşları 18-42 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları açısından SKB (23.17±5.31) ve kontrol (22.28±4) grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (t=1.71, p>0.05).

Hastalar klinik deneyimi olan eğitimli klinisyenlerce DSM-III-R için düzenlenmiş SCID-I ve DSM-IV kişilik bozuklukları için yapılandırılmış SCID-II ile ayrıntılı bir şekilde gözden geçirildiler. DSM-III-R için düzenlenmiş SCID-I'de VDB bulunmadığından, VDB DSM-IV ölçütlerine uygun yarı yapılandırılmış SCID benzeri kendi geliştirdiğimiz bir tanısal modül ile değerlendirildi. Disosiyasyon, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) ve Somatoform Disosiyasyon Anketi (SDQ) ile ölçüldü. Ruhsal travma öyküsü, Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEC) kullanılarak incelendi. Ayrıca, tüm hastalar 21 maddelik Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile değerlendirildiler.

Kontrol grubu da aynı tanısal araçlarla değerlendirildi ve herhangi bir eksen II bozukluğu olanlar da çalışmadan dışlandı. SKB ve kontrol grubundaki tüm denekler en az iki hafta boyunca herhangi bir ilaç ya da psikotrop madde almamışlardı.

Araçlar

1. DSM-III-R için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I), Spitzer ve ark. (8) tarafından geliştirilmiş olan yarıyapılandırılmış bir görüşmedir. Yaygın olarak kullanılan bu test eksen I psikiyatrik bozuklukların teşhisi için kullanılmaktadır.

2. DSM-IV Eksen II Kişilik Bozuklukları için Yapılan-dırılmış Klinik Görüşme (SCID-II), First ve ark. (9) tarafından geliştirilmiş ve on adet kişilik bozukluğunun her birinin boyutsal puanlarını ve kategorik tanımlarını ölçerek teşhis koymak için oluşturulmuş 108 soruluk yarıyapılandırılmış bir görüşmedir.

3. Somatoform Disosiyasyon Anketi (SDQ), somatoform disosiyasyonun şiddetini değerlendiren 20 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Nijenhuis ve ark. (10) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının bir aylık test-retest korelasyonu 0,95 tir. Disosiyatif bozukluk tanısı almış Türk örneklemde kesim noktası olan 35 puanın duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,87 bulunmuştur (11).

4. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES), Bernstein ve Putnam (12) tarafından geliştirilmiştir. DES, hasta tarafından 10 dakikada tamamlanıp 5 dakikadan kısa sürede değerlendirilebilen 28 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Genel DES puanı, 28 sorunun toplanıp bunun 28'e bölünmesiyle elde edilir ve 0 ile 100 arasında değişir. Ölçek, çoğu normal yaşantılar olan çeşitli disosiyatif yaşantıları içermektedir. DES'in geçerlilik ve güvenilirliği oldukça iyidir ve genel psikometrik özellikleri olumludur. Testin Türkçe uyarlamasının (13) geçerlilik ve güvenilirliği en az orijinal formu kadardır.

5. Travmatik Yaşantılar Ölçeği (TEC), 29 tip travmatik olayı içeren, klinik örneklemde uygun psikometrik özelliğe sahip bir öz bildirim ölçeğidir. TEC'in 4 haftalık test-retest güvenilirliği ($r = 0.91$) ve geçerliliği kadar iç tutarlılığı da (Cronbach α test = 0.86, retest = 0.90) oldukça iyidir. TEC, travma tipinin şiddetinin hesaplanmasını şu 4 değişkene göre sağlar: (i) travmatik olayın varlığı; (ii) başlangıç yaşı; (iii) travmanın süresi; (iv) travmatik olaya öznel yanıt. Olayı yaşadysa 1 puan, yaşamadıysa 0 puan verilir. Toplam TEC puanı muhtemel travmatik yaşantıların sayısını gösterir (Aralık: 0-29). Ayrıca, her travma tipi (duygusal ihmal, duygusal taciz, bedensel tehdit, cinsel taciz, cinsel tecavüz) için detaylı olarak bileşik puanlar hesaplanabilir (toplam travma bileşik puan aralığı: 0-69). Mevcut test formunun iç tutarlılığı, bi-

leşik puan - travmanın varlığı ve şiddeti için toplam puanlar ve travmanın varlığı ve şiddeti için test-retest güvenilirliği tatmin edicidir (14). Biz bu çalışmada yalnızca TEC toplam puanlarını kullandık.

6. VDB Tanısal Modülü, daha önce başka bir çalışmada (15) da kullandığımız iki bölümden oluşan yarı yapılandırılmış SCID benzeri bir görüşme formudur. İlk bölüm, görünümünden memnun olmayan hastaların oranını belirlemeye yönelik bir soru içermektedir. Soru "Bazı insanlar dış görünüşlerinden oldukça rahatsızdırlar. Sizin böyle bir sorunuz var mı?" şeklindedir. İkinci bölümde, VDB'nin DSM-IV ölçütleri doğrultusunda hoşnut olunmayan vücut bölgelerini, obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları sorgulayan 16 soru bulunmaktadır. İlk bölümdeki soruya "evet" yanıtı veren deneklerle ikinci bölüm yüz yüze ayrıntılı olarak görüşülmektedir.

İstatistiksel Değerlendirme

Tüm istatistiksel değerlendirmeler için 'SPSS 11.0' paket programı kullanıldı. SKB ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik değişkenler sayısal ve yüzde (%) değerler ile gösterildi. Gruplar arasında yaş, DES, SDQ, HAM-D, TEC, kaygı duyulan organ sayısı gibi değişkenler 'Bağımsız Örnekler T testi' ile değerlendirildi. SKB ve kontrol gruplarında VDB komorbiditesini karşılaştırma da 'ki-kare testi' kullanıldı. $p < 0.05$ değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastalar ağırlıklı olarak düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeydiler. Çoğu hiç evlenmemişti ($n=27$, %77) ve üçte biri yalnız yaşamaktaydı. Yaklaşık yarısı (%46) işsizdi. SKB için karşılanan ortalama DSM-IV ölçütü sayısı 7.3'tü ($SS=1.3$). Hastaların büyük çoğunluğunda tekrarlayan intihar girişimleri (%85.7) ve en az bir self mutilatif davranış öyküsü (%88.5) vardı. Yüzde 54'ünde madde kötüye kullanımı mevcuttu (Tablo 1).

Hastaların %28.5'inin çocukluk çağı fiziksel tacizi, yine %28.5'inin çocukluk çağı cinsel tacizi, %8.5'inin duygusal taciz, %60'ının çocukluk çağı ihmali yaşadığı tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler ve hastalık öyküsü

Örneklem özellikleri	SKB (n=35)		Kontrol (n=35)	
	n	%	n	%
Medeni durum				
Hiç evlenmemiş	27	77	26	74
Evli	6	17	9	26
Ayrılmış	2	6	0	0.0
İş durumu				
Çalışıyor	19	54	33	94
İşsiz	16	46	2	6
Çocukluk çağı travması				
Fiziksel taciz	10	28.5	3	8.5
Cinsel taciz	10	28.5	0	0.0
Duygusal taciz	3	8.5	2	6
İhmal	21	60	2	6
Birden fazla travma	5	14	3	8.5
Ciddi ebeveyn disfonksiyonu	25	71.4	5	14
Madde kötüye kullanımı	16	46	0	0.0
Selfmutilatif davranış	31	88.5	0	0.0
Tekrarlayan intihar girişimleri	30	85.7	0	0.0

Tablo 2: Uygulanan ölçeklere göre grupların aldıkları puanlar

Değişken	Gruplar	Ortalama	SS	t	P<
DES	SKB	41.96	19.24	26.38	0.001
	Kontrol	10.33	7.05		
SDQ	SKB	42.85	12.43	20.65	0.001
	Kontrol	27.57	4.56		
HAM-D	SKB	18.06	4.87	0.47	AD
	Kontrol	5.00	3.87		
TEC	SKB	4.93	2.23	4.98	0.05
	Kontrol	1.48	1.44		
Kaygı duyulan organ sayısı	SKB	3.11	2.36	75.53	0.001
	Kontrol	0.14	0.35		

t: Bağımsız örnekler t testi (istatistiksel anlamlılık: p<0.05), SS:Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil

VDB komorbiditesi SKB grubunda %80 (n=28), kontrol grubunda ise %14.3 (n=5) oranında bulundu ve aradaki farkın oldukça anlamlı olduğu görüldü (ki-kare=30.328, p<0.001).

SKB grubunda ortalama DES puanı 41.96 (SS=19.24; aralık=7-81), ortalama SDQ puanı 42.85 (SS=12.43; aralık=24-67) ve ortalama TEC puanı 4.93 (SS=2.23; aralık=2-9) olarak saptandı (Tablo 2). Kontrollerle karşılaştırıldığında SKB grubunda DES (t=26.38; p<0.001), SDQ (t=20.65; p<0.001), TEC (t=4.98; p<0.05) ve kaygı duyulan organ sayısı (t=75.53; p<0.001) puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksek bulundu. İki grup HAM-D

puanları arasında anlamlı bir fark yoktu (t=0.47; p>0.05).

SKB grubunda VDB tanısı ile çocukluk çağı travma öyküsü sıklığı (r=0.099; p>0.05) ve disosiyasyon puanları (DES r=0.059, p>0.05; DISQ r=0.005, p>0.05) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

TARTIŞMA

Travmatik yaşantılar ile disosiyatif belirtiler ve SKB arasında güçlü bir ilişki olduğuna dair tutarlı ampirik kanıtlar bulunmaktadır. Hem somatoform, hem de psikofom disosiyasyon çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkilidir (16-18). SKB hastalarında çocukluk çağı taciz oranlarının daha fazla ve disosiyasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu (19) ve sıklıkla komorbid bir eksen I bozukluğuna sahip oldukları bilinmektedir. Kendine zarar verme davranışı ve sık intihar girişimi de birçok araştırmaya göre SKB'nin önemli belirtilerindedir. Bizim çalıştığımız SKB grubunda da çocukluk çağı travmatik olayları, disosiyatif yaşantılar, self mutilatif davranışlar ve intihar girişimleri sıklığı beklendiği gibi kontrollere oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızdaki asıl ilgi çekici nokta SKB hastalarında VDB komorbiditesinin %80 gibi yüksek oranda saptanmış olmasıdır. VDB genel toplumda %0.7 - 3 arasında değişen sıklıkta bildirilmiştir (20-22). VDB psikiyatri klinikleri dışında, belki de daha sıklıkla plastik cerrahi ve dermatoloji servislerinde görülmektedir.

VDB hastalarındaki eksen II bozukluklarını araştıran çeşitli çalışmalara göre en sık rastlananlar çekingen, obsesif kompulsif ve paranoid kişilik bozukluklarıdır. Yakın zamanda 148 VDB hastasında yapılan bir çalışmada SKB sıklığı %8 olarak bulunmuştur (23). Plastik cerrahi servislerinde vücudunun birçok bölgesiyle ilgili estetik operasyon arayışında olan ve kozmetik girişimlerin sonuçlarından tatmin olmayan hastalarda yapılan çalışmalarda, SKB en sık rastlanan kişilik kalıbı olmuştur (24,25). Bizim SKB grubumuzda VDB prevalansının %80 bulunması, beklenenden oldukça yüksek görünebilir. Ancak SKB ile VDB arasındaki patofizyolojik ilişki ve bu iki durumun birlikte görülmesi halen açıklanmayı bekleyen bir konudur, çünkü beden imgesindeki bozukluk her iki rahatsızlıkta da ortak tanısal özelliktir.

SKB hastalarında sık görülen çocukluk çağı fiziksel ve ruhsal travmaları, kişinin bedeninden defansif olarak uzaklaşmasına yol açabilirler. Bu reaktif uzaklaşma bedeni reddetme, bedenden nefret etme, bedensel ayrılma (detachment), hislere duyarsızlık ve aldırma, kontrolü kaybetme ve bedensel sınırların kaybolması gibi bedene yönelik çeşitli olumsuz duygular, tutumlar ve davranışlar haline dönüşebilir ya da olumsuz bedensel deneyimlere yol açabilir (26). Bu analitik yaklaşım doğrultusunda aynı hasta gurubunda hem çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, hem SKB ve ilişkili özelliklerin (disosiyasyon, self mutilatif davranışlar, intihar girişimleri), hem de VDB'nin yoğun biçimde bir

arada bulunması açıklanabilir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında VDB'nin bir travma hastalığı olduğunu söylemek henüz mümkün değildir. Çünkü travmatik yaşantıların yoğunluğu ile VDB arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Örneklemin küçüklüğü çalışmanın istatistiksel olarak en belirgin kısıtlılığıdır. Ancak SKB tanısı konan hastalarda sık görülen diğer eksen I bozukluklar yanında, SCID gibi standart görüşme formlarında yer almayan VDB'nin de bundan böyle mutlaka sorgulanması gerektiği görülmektedir. Konunun aydınlatılması için geniş olgu serilerine ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:590-596
2. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990;4:257-272
3. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Comm Psychiatry*. 1991;42:1015-21
4. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:276-283
5. Work Group on Borderline Personality Disorder. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (Suppl):1-52
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108-2114
8. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990
9. First MB, Spitzer RL, Gibbons M, Williams JBW, Benjamin L. The structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II). New York: New York State Psychiatric Institute, 1996
10. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:688-694
11. Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma & Dissociation* 2000; 1:67-80
12. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity, of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 727-735
13. Yargic LI, Tutkun H, Sar V. The reliability and validity of The Turkish version of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 1995; 8:10-13
14. Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002; 9: 200-210
15. Uzun O, Basoglu C, Akar A, Cansever A, Ozsahin A, Cetin M, Ebrinç S. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry*. 2003;44:415-419
16. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Trauma Stress* 1998; 11:711-730
17. Waller G, Hamilton K, Elliott P, Lewendon J, Stopa L, Waters A, Kennedy F, Lee G, Pearson D, Kennerley H, Hargreaves I, Bashford V and Chalkey J. Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *J Trauma & Dissociation* 2000; 1:81-98
18. Kiesel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1034-1039
19. Carlson EB, Putnam FW. An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation* 1993; 6: 16-27
20. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological Psychiatry* 2000; 48:287-293

21. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, et al. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-29
22. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatry* 2001;158:2061-2063
23. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2000;41:229-236
24. Groenman NH, Sauer HC. Personality characteristics of the cosmetic surgical insatiable patient. *Psychother Psychosom* 1983;40:241-245
25. Napoleon A. The presentation of personalities in plastic surgery. *Ann Plast Surg* 1993; 31:193-208
26. Orbach I, Stein D, Sh-ani-Sela M, Har-Even D. Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2001; 31:237-250