

# SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU: SINIRLARIN ÖTESİNDE KOŞULSUZ KABUL ARAYIŞINDA BİR VAKA SUNUMU

Aslıhan KURT \*

## ÖZ

Sınırdaki kişilik bozukluğu genel olarak aşırı dürtüsellik, duygulanımda ve kişiler arası ilişkilerde dengesizlik buna bağlı olarak da kişiler arası ilişkilerde bozulma, benlik algısında yetersizlik ve terk edilmeye karşı aşırı hassasiyet ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışma sınırdaki kişilik bozukluğu örüntüsü gösteren M. isimli hastanın öyküsünü ve bu bozukluğun olabilecek psikoterapi sürecini içermektedir. Çalışmanın bilimsel araştırma yöntemi; sınırdaki kişilik bozukluğunun geçmiş literatür taranarak izlenebilecek tedavi yöntemlerinin, terapi sürecinin ve ortaya çıkış nedenlerinin değerlendirilmesini içeren bir olgu sunumudur. M., 24 yaşında, üniversite öğrencisi, uzun boylu, yaşında gösteren bir kadındır. Çalışmada hastanın bilgileri ayrıntılı olarak sunulmuştur. Son olarak hastanın yaşadığı bir takım olaylar nedeniyle başka bir hastaneye nakledilmesi nedeniyle yarım kalan görüşmelerin nasıl devam ettirilebileceği sınırdaki kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalar çerçevesinde bu vaka üzerinden tartışılmıştır. Böylece bu bozukluk ve uygulanabilecek psikoterapi süreci hakkında farklı bir bakış açısının sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sınırdaki kişilik bozukluğu, terapi süreci, yapılan çalışmalar

## ABSTRACT

### **BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A CASE REPORT LOOKING FOR UNCONDITIONAL ACCEPTANCE BEYOND BORDERS**

Borderline personality disorder is generally defined as a syndrome characterized by excessive impulsivity, imbalance in affection and interpersonal relations, and consequently, deterioration in interpersonal relations, inadequate self-perception and extreme sensitivity to abandonment. This study includes the history of a patient named M., who shows a borderline personality disorder pattern and the psychotherapy process of this disorder. Scientific research method of the study follows a case report that includes the evaluation of treatment methods, therapy process and the reasons for its occurrence by scanning the past literature of borderline personality disorder. M. is a 24-year-old university student, a tall woman displaying her age. The patient's information is presented in detail in the study. Finally, the way of interviews that could have been continued due to the transfer of the patient to another hospital due to a number of events, was discussed through this case within the framework

\* Psikolog Aslıhan Kurt, Yakın Doğu Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümü

([aslihan\\_kurt@yahoo.com.tr](mailto:aslihan_kurt@yahoo.com.tr))  0000-0002-5241-127X

YDÜ Sosyal Bilimler Dergisi C. XIII, No. 2. (Ekim 2020)

Geliş: 14.07.2020

Kabul: 25.09.2020

Bu makaleden alıntı yapmak için: Kurt, A. (2020, Ekim). Sınırdaki kişilik bozukluğu: Sınırların ötesinde koşulsuz kabul arayışında bir vaka sunumu. YDÜ SOSBİLDER, 13(2), 110-128.

*of studies on borderline personality disorder. Thus, it is aimed to present a different perspective on this disorder and the psychotherapy process that can be applied.*

**Keywords:** *Borderline personality disorder, therapy process, researches conducted*

## **1. Giriş**

Sınırdaki kişilik bozukluğu şiddetli duygudurum bozukluğu, dürtüsel davranışlar, uygunsuz öfke, kendine zarar verme davranışları, ilişki sorunları ve kimlik bozukluğu ile karakterize bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Sınırdaki terimi bu patoloji formunun psikoz ve nevroz arasında bir sınır üzerinde bulunduğu teorisine dayanır. Sınır çizgisi bir tarafta psikotik kişilik organizasyonu olan hastalar, diğer tarafta ise daha sağlıklı ve nevrotik kişilik organizasyonuna sahip kişiler olarak ayrılmıştır. Bu şekilde sınırdaki kişilik organizasyonu ilkel savunmalar (bölme, yansıtma özdeşim), kimlik difüzyonu ve gerçeklik testindeki gecikmelerle tanımlanan geniş bir psikopatoloji formudur (Knight, 1953). Hastalar sınırlara kolayca saygı göstermez ve terapistlerine aşırı derecede bağlı olabilirler. Yapılan bir araştırmada sınırdaki kişilik patolojisinin kökenini normal kişilik özelliklerinin aşırı boyutlardaki değişkenleri oluşturmaktadır. Araştırmada en fazla ön plana çıkan iki kişilik özelliği duygusal dengesizlik ve dürtüsellik olmuştur (Trull ve Durrett, 2005). Duyuşsal istikrarsızlık tipik olarak çevresel uyaranlara olumsuz duygusal yanıtlar verilmesi ve duygusal durumlardaki sık ve yoğun dalgalanmalar olarak tanımlanmaktadır. Duygusal düzensizlik veya bu ruh hali dalgalanmalarını uygun şekilde modüle edememe bireyin sıkıntısını devam ettirebilir ve ek yoğun duygu ifadelerinin yanı sıra bilişsel çarpıklıklara ve kötü karar vermesine yol açabilir. Ayrıca duygusal dengesizlik daha kararlı kişilik özellikleriyle (nevrotiklik, olumsuz duygusallık gibi) ilişkilidir ve sınırdaki kişilik bozukluğunun diğer semptomlarının altında yatan temel bir özellik olarak rol oynayabileceğini düşündüren bir semptomdur (Shedler ve Westen, 2004). Araştırmalar temel kişilik özelliklerinden duygusal istikrarsızlık ve dürtüsellik birinin veya her ikisinin sınırdaki kişilik bozukluğunun diğer özelliklerinin ortaya çıkmasından sorumlu olup olmayacağını belirlemesine odaklanmıştır. Bu konuda 3 görüş bulunmuştur. İlki; duygusal istikrarsızlığın bu bozukluğun temel özelliği olduğunu öne sürmektedir. İkincisi; bu bozukluğun en iyi dürtü kontrol bozukluğu ile kavramsallaştırıldığını ileri sürmektedir. Son görüş ise; dürtüsellik ve duygusal istikrarsızlığın bu bozukluğun spesifik semptomlarına bağımsız olarak katkıda bulunduğu ve sınırdaki kişilik bozukluğunu diğer duygusal ve davranışsal düzensizlik bozukluklarından benzersiz bir şekilde ayırt etmek için birleştirerek kavramsallaştırmaktadır (Tragesser vd., 2007).

Sınırdaki kişilik bozukluğundaki dürtüselliğin nörodavranışsal modellerinin merkezi, bir semptomu ve anahtar bileşeni olarak düşünülmektedir (Lieb vd., 2004). Yapılan bir araştırmada dürtüsellik ile serotonerjik sistemde ve prefrontal kortekste yaşanan çeşitli problemler arasında ilişki bulunmuştur (Carballo, Akamnonu ve Oquendo, 2008). Dürtüsel davranışları kötüleştiren, dürtü kontrolünü yok eden önemli bir faktör DEHB (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu)'nin de tanıya eşlik etmesidir. Buna ek olarak duygusal disfonksiyon özellikle sınırda kişilik bozukluğunda belirgin duygular için dürtü kontrolü ile etkileşime girer. Özetle bu bozukluk da dürtü kontrol mekanizmalarının bozulması, dürtüsel davranışlara eşlik eden DEHB ile açıklanabilir veya sınırda kişilik bozukluğundaki belirgin duyguların düzensizliğinin bir sonucu olabilir (Sebastian vd., 2013). Bu nedenle sınırda kişilik bozukluğu ve DEHB sıklıkla birlikte görülür ve her iki bozuklukta dürtü kontrolündeki eksiklikler ve affektif düzensizlik gibi klinik özellikleri paylaşır (Philipsen, 2006). Yapılan çalışmalarda sınırda kişilik bozukluğu olan hastaların %40-%50'sinin retrospektif olarak değerlendirildiğinde çocukluk çağında DEHB bildirdiği bulunmuştur (Philipsen vd., 2008). Bu çalışmalar çocukluktan DEHB belirtilerinin ergenlik veya geç erişkinlik döneminde daha yüksek sınırda kişilik bozukluğu oranları öngördüğünü gösteren prospektif çalışmalarla desteklenmektedir (Fischer vd., 2002). Çocukluktaki DEHB'nin sınırda kişilik bozukluğu geliştirme riskini artırdığı söylenebilir (Miller vd., 2008). Sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişiler bu nedenlerden dolayı duygusal olarak savunmasızdır. Olumsuz duyguları ortaya çıkaran, olumsuz duyguları oldukça yoğun yaşama eğiliminde olan ve tipik olarak duygusal uyarılmanın ardından başlangıç noktasına yavaş bir dönüş gösteren uyaranlara karşı akut bir duyarlılığa sahiptir. Olumsuz etkinin kendisi çeşitli sorunlara yol açabilir ve bu sorunlar duyu düzensizliği ile daha da kötüleşir. İlişki çatışmaları, başkalarında öfke patlamaları ve ilişkiler hakkında değişen görüşler ile karakterize edilen kişiler arası problemlerin olma olasılığı çok yüksektir (Tragesser vd., 2010). Kişiler arası becerilerin yetersiz olması hastaların çoğunun ailelerinden ve eski arkadaşlarından uzak kalmasına neden olmaktadır. Bu da güvensiz tarzı bağlanma sorunlarını ve terk edilme korkularını yeniden tetikleyebilmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğunun özellikleri dinamiktir ve çocukluktan yaşlılığa kadar bağlamsal-gelişimsel faktörlere bağlıdır. Tedavilerin çoğu kendine zarar verme ve dürtüselliğin akut semptomlarına odaklandığından, duygusal semptomlar gibi altta yatan bozuklukları hedef alan ve sosyal-mesleki işlevselliklerin geliştirildiği tedavi yöntemleri faydalı olabilir (Videler vd., 2019). Araştırmalar ve teoriler sürekli olarak duygusal disfonksiyonu sınırda kişilik bozukluğunda çekirdek bir

rahatsızlık olarak işaret etse de bu bozukluğun doğası hala belirsizliğini korumaktadır (Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009).

Sınırdaki kişilik bozukluğunun göze çarpan bir modeli olan biyo-sosyal teori bu bozukluğun çocuğun biyolojik olarak temelli duygusal kırılganlığı ve geçersiz kılınan çevresel tepkilerinin karmaşık etkileşimi sonucunda ortaya çıktığını öne sürmektedir. Çocuğun duygularının önemsizleştirilmesi sonucunda sınırdaki kişilik bozukluğu olan bireylerde duygu düzensizliği gelişir. Bu bakış açısından dürtüsellik ve zayıf sosyal işlevsellik gibi sınırdaki kişilik bozukluğu ile ilişkili sorunların birçoğu duygusal reaktivitenin doğrudan bir sonucu olarak veya sıkıntıdan kaçma çabalarının bir sonucu olarak görülmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğunda davranışsal ve bilişsel işlev bozukluğu duyguya bağlıdır (Hepp vd., 2016). Özellikle biyo-sosyal teori ile tutarlı olarak başkalarından algılanan olumsuz değerlendirmeler veya eleştiriler bu bozuklukta duygusal reaktiviteyi (tepkiyi) şiddetlendirmektedir. Bu kişideki reddedilme hassasiyetinin artması, reddedilmeye karşı artan tepkiye bağlıdır (Shenk ve Fruzzetti, 2011). Sosyal psikolojide reddedilme duyarlılığı kavramı sosyal reddetme bağlamında beklentileri, algılamaları ve davranışları etkileyen bilişsel, duygusal eğilim olarak tanımlanmıştır (Downey vd., 2016). Sosyal reddetmeyi daha kolay algılamının ve sosyal reddetmeye daha yoğun tepki vermenin yanı sıra bu bireyler yanlışlıkla sosyal ilişkileri bozabilecek davranışlarda bulunabilirler. Genel olarak sosyal stres faktörlerine karşı daha duyarlı görünmekte ve iyi huylu durumları bile negatif algılar. Bu algılanan stres faktörlerine karşı yoğun duygusal tepkiler vermeleri daha olasıdır. Romantik ilişkilerde bu yoğun duygusal uyarılma daha fazla sosyal zorluğa yol açabilir. Sonuç olarak bu bireyler daha az tatmin edici sosyal desteklere sahip olma eğilimindedirler (Hughes vd., 2012). Kişilik bozukluklarının epidemiyolojik çalışmaları da gelişimin erken aşamasına dikkat çekmektedir. Kalıtsal özelliklerin ve çocuklukta olumsuzlukların çevresel faktörlerle bir araya gelmesiyle ortaya çıktığı söylenebilir. Sınırdaki kişilik bozukluğunun da gelişiminde etkili olduğu bulunan önemli faktörlerden biri de çocuklukta veya ergenlikte yaşanan fiziksel ve duygusal istismardır. Birincil bakım verenleri tarafından erken dönemde duygusal ihmal deneyimleri bu bozukluk için önemli bir psiko-sosyal risk faktörüdür (Zanarini vd., 1997). Reddedilme duyarlılığının da erken travmatik deneyimler sonucunda geliştiği gösterilmiştir. Çocuklukta kötü muamele çok güçlü bir biçimde reddedilme deneyimi oluşturduğundan reddedilme duyarlılığına yol açabilir. Reddedilme duyarlılığının erken dönem kötü muamele ile ilgili bir endişenin deneyimleriyle geliştiğini ve insanları ne kadar hafif olursa olsun herhangi bir ret veya reddetmeye karşı acı verici bir duyarlılığa yatkın hale getirdiği ileri sürülmüştür (Ball ve Links, 2009). Araştırmalarda bu bozukluğun öne çıkan bir

diğer değişkeni ise saldırganlıktır. Araştırmaya göre saldırganlığın altında yatan biyo-davranışsal değişiklikler kavrandığında önüne geçilebilmektedir (Mancke, Herpertz ve Bertsch, 2015). Samuels ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir araştırmada sınırda kişilik bozukluğu tedavisi alan hastaların yaklaşık %80'inin kadın olduğu ve risk faktörlerinin ebeveynden ayrılma, kayıp yaşama, anormal ebeveyn bağı olduğu bulunmuştur (Samuels vd., 2002).

Bu çalışmanın amacı; görece diğer bozukluklardan daha seyrek görülen ve tedavi süreci daha komplike olan sınırda kişilik bozukluğunun literatür kapsamında ortaya çıkış nedenlerinin, terapi sürecinin vaka üzerinden geniş kapsamlı bir şekilde ele alınarak tartışılmasıdır. Bu bozukluğa ilişkin literatürdeki bilgilerin dağınık olması, vaka örneklerinin kısıtlılığı ve bozukluğun doğasının dinamik özellikleri nedeniyle terapi sürecindeki belirsizlik göz önüne alındığında kapsamlı bir literatür taramasıyla birlikte terapi sürecinin olgu üzerinden yorumlanarak tartışılması bu bozukluk için önemli bir kaynak oluşturmaktadır. Çalışma gözlemsel bir çalışmadır. Araştırmanın yöntemi tanımlayıcı araştırma yöntemleri sınıflandırmasında yer alan olgu sunumu incelemesidir. Olgu sunumu tanımlayıcı araştırmaların en yaygın tipidir. Toplumla göre farklı nitelikteki tek bir olgunun incelenmesidir (Özhan ve Dönmez, 2016).

## **2. Vakanın Öyküsü**

M., 24 yaşında kadın hasta. Üniversite öğrencisi. Tek başına yaşıyor. Annesi 47 yaşında, üniversite mezunu, Kuran Kursu öğretmeni şuan yurtdışında yaşıyor. Babası ise 50 yaşında, üniversite mezunu, sağlık görevlisi, şuan ikinci eşiyile yaşıyor. Tek çocuk. Öz kıyım girişimiyle yoğun bakım sonrası yatırılmış. İntihar girişimi sonucunda yarı felçli bir hale geldiği ve bu durumun kalıcı olmasıyla ilgili pişmanlıkları var. Şuan sadece kendini attığı ve kendine bunu yapıp güzelliğini bozduğu için pişman. Onun dışında bir şikâyet belirtmemiştir. Servise de babasının isteği üzerine yatırılmıştır. Hasta; babasının başına kalmaması için kendisini buraya yatırdığını, karısıyla düzenlerinin bozulmasını istemediğini, annesinin ise yurtdışından gelme girişimi dahi olmadığını belirtmiştir. Anneden şiddet gördüğü için ilk intihar girişimi 9 yaşında deterjan içerek olmuş. 12 yaşında apartmanda komşusu tarafından elle taciz edilerek cinsel istismara uğramış. Annesine söylediğinde fiziksel şiddet görmüş. 15 yaşında erkek arkadaşı tarafından tecavüze uğraması sonucunda intihar girişimi olmuş. Çok sarsıldığını ve bunu ailesiyle paylaşmadığını belirtmiştir. 17 yaşında yine erkek arkadaşından ayrılması sonucu bir intihar girişimi olmuş. Yineleyici intihar girişimleri bulunmaktadır (DSM-5).Üniversite yıllarında değişen erkek arkadaşları, cinsel deneyimleri oluyor. Yoğun alkol kullanımı söz konusudur. Kendine kötülüğü

dokunabilecek en az iki alanda (cinsellik ve alkol) dürtüsellığı mevcut (DSM-5).Yen ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada affektif instabilitenin (disforinin) dürtüsellikten daha güçlü bir intihar davranışı yordayıcısı olduğunu ve sadece affektif instabilitenin gerçek intihar girişimlerinin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır. Alkol kullanımından rahatsız olduğu için okulun psikoloğuna gidiyor. Onun yönlendirdiği psikiyatrdaki dikkat eksikliği tanısı koymuş. 17 yaşındayken annesinin babasını aldattığını öğrenmiş. Bunu babasına söylemediği için annesinin kendisine borçlu olduğunu ifade etmiştir. 1.5- 2 yıl önce de anne - baba ayrılmış. Baba başkasıyla evli şuan da, annesi ise 3-4 ay önce yurtdışına yerleşmiş. Küçükken annesiyle aralarının kötü olduğunu, annesinin ona suçluluk hissettiği için şuan aralarının iyi olduğunu söylemiştir. Babasına karşı daha öfkeli olduğunu onunla burada kalmak istemediğini, okuluna devam etmek istediğini belirtmiştir. Uygunsuz, yoğun bir öfke ve öfkesini denetlemekte güçlük çekmekte, sık sık kızgınlık göstermektedir (DSM-5). Yapılan bir araştırmada duygusal istikrarsızlığın uygunsuz öfke ve kendine zarar verme davranışlarını da öngördüğünü bulunmuştur (Koenigsberg ve arkadaşları, 2001). Alkol bağımlılığı için antabus tedavisi almış. Ancak alkol kullanımına devam etmiş. Hasta; Son erkek arkadaşımın beni her anlamda istismar etmesine izin verdim. Birçok adam tarafından istismar edileceğime bir adam tarafından edileyim. Erkek arkadaşım ile olan cinselliğimiz sevgiye dayanmayan sürekli aşağılandığım bir ilişkiydi. Koruyucu bir tarafı vardı. Her an içki bulabileceğim, sarhoş olduğumda gidebileceğim bir evin olması gibi şeklinde anlatmıştır. İlişkilerinde gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü mevcuttur (DSM-5).Yüksek düzeyde affektif instabiliteye sahip bu bireylerin duygusal durumları o kadar düzensiz hale gelir ki (kendi benlikleri ve diğerleri hakkında) kişiler arası kimlik sorunlarına neden olur. Bu açıdan duygusal dengesizlik (göklere çıkarma, yerin dibine batırma), madde kötüye kullanımı ve kendine zarar verme gibi dürtüsel davranışlar, olumsuz duygusal durumlarla başa çıkma girişimleri olarak düşünülmüştür. Bu dürtüsel davranışlar hastalığın başlangıcından itibaren görülmüş ve olumsuz duyguları yönetme girişimleri olarak da kavramsallaştırılmıştır (Brown, Comtois ve Linehan, 2002).Güzellik ve zekâ konusunda takıntılı olduğunu, çirkin hissederek büyüdüğünü, önceden dindar olduğunu ve bir süre kapandığını söylemiştir. Başörtülü olduğu dönemde bekâretini kaybettiğini, seksi bir kadın olmakla ilgili takıntılı olduğunu söyleyerek seksi kadın olmak beslendiğim bir şey değerli hissediyorum diye belirtmiştir. Zorlanmaya ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler, ağır çözülme belirtileri ve süregelen bir boşluk duygusu söz konusudur (DSM-5). Koenigsberg ve arkadaşları (2001) çalışmasında; istikrarsız duygulanım ile kendinin ve

başkalarının iç temsillerindeki rahatsızlıklar arasında kronik boşluğun bir tezahürü olduğu varsayılan bir bağlantı olduğunu belirtmişlerdir. Hasta; şu ana kadar en az 50 kişiyle cinsel birliktelik yaşamışımıdır. Seks partnerlerimle hayattan intikam alıyormuşum gibi hissettiğini söylemiştir. Bu 5. öz kıyım girişimi. En son ki erkek arkadaşının kendisini evden kovması üzerine büyük bir kavga etmişler alkolün de etkisiyle kendini 3. kattan atmış. Terk edilmekten kaçınmak için çılgınca bir çaba göstermiştir (DSM-5).Bu kişilerin sosyal ipuçlarını yanlış değerlendirme, başkalarının yapmayacağı yerlerde eleştiri yapması ve reddedilme algısı yaşaması daha olasıdır. Reddedilme duyarlılığı yüksek olduğu için terk edilmeyi endişeyle beklemek, olumsuzlukları kolayca algılamak ve reddedilmeye şiddetle tepki vermek gibi özelliklere sahiptir (Bungert vd., 2015).Bunun sonucunda 6 ay kadar yoğun bakımda kalmış. Yoğun bakım sonrasında da vücudunun yarısı kalıcı olarak hasar almıştır. Hasta kendini; alkol aldığımında kendimi eskisi gibi popüler hissediyorum ölmek istemiyorum çıkış bulamadığım için yaptım şeklinde ifade etmiştir. Olay sonrasında atlamasına sebep olan çocuğu aramış yüzleşmek için sonra yine reddedilince ilaç içmiş ve babasına haber vermiş. Hasta olanları tam olarak hatırlamadığını ifade etmiştir. Babası geldikten 2 saat sonra epileptik nöbet geçirmiş. Babasının artık kendisinden bıktığını, yüzünü bile görmek istemediğini, ettiğim intiharların en azından birinde başarılı olmamı istediğini bildiğini söylemiş. Babasının sessiz bir adam olduğunu, ama kendisini alkol sonucu oradan buradan toplamaktan artık çıldırttığını yine bu nedenle bir gece bardan onu almaya geldiğinde parmaklarını ağzına geçirip yerlerde sürükleyerek kendisini arabaya götürdüğünü bunun sonucunda dudağının patladığını o dönem kızına şiddet uygulayan baba şeklinde haberlere çıktığını söylemiştir. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık söz konusudur (DSM-5). Hughes ve arkadaşları (2012) yaptıkları araştırmada; zayıflamış olan sosyal ağların, bu bireylerin sıkıntıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için daha az sosyal destek sağladığını ve duygu düzenleme yeteneklerini daha da bozduğunu söylemişlerdir. Geldiğinin 2. Haftası serviste majör depresyon ve sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan 5. İntihar girişimiyle servise yatırılan bir erkek hasta ve esrar-alkol bağımlılığı olan başka bir erkek hasta ile duygusal olarak yakınlaşmış. Daha sonrasında bu iki hasta M. yüzünden birbiriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmişlerdir. Hastada belirgin bir kimlik karmaşası, tutarsız bir benlik algısı mevcuttur (DSM-5). Koenigsberg ve arkadaşları (2001) dürtüsel saldırganlık ve duygusal istikrarsızlık kombinasyonunun özellikle kimlik bozukluğu ve kişiler arası zorlukları ne ölçüde öngörebildiğini değerlendirmişler ve aralarında olumlu bir ilişki çıkmıştır. Bunun üzerine hasta başka bir hastaneye sevk edilmiştir. Hastanın öyküsü göz önüne alındığında

DSM-5 tanı kitabında yer alan sınırdaki kişilik bozuklukları tanı kriterlerinin tamamını kapsadığı görülmektedir.

### **3. Tedavi**

Hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi nedeniyle tedavi sonlandırılmamış olup bu kişilik bozukluğu üzerinden yapılabilecek terapi süreçleri ele alınmıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu tedavisinin temeli hala psikoterapidir. Marsha Linehan kendi deneyimlerinden yola çıkarak öncüsü olduğu tedavi yöntemi olan diyalektik davranış terapisini geliştirmiştir. Diyalektik davranış terapisini; hastalara duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğretmek için grup ve bireyleri kullanarak duygusal dengesizliği ve dürtüsellikleri hedefleyen bilişsel bir davranış terapisini biçimidir. Ancak bu yöntemin uzun vadede etkili olup olmadığı bilinmemektedir (Verheul vd., 2003). Tedavide olumlu ve belirsiz durumlara karşı olumsuz olma eğilimini azaltma yönünde stratejiler kullanılabilir. Terapistler hastaların, terapist davranışı hakkında sahip olabileceği olumsuz yorumları kontrol edebilirler. Sosyal bilişsel süreçler ve reddedilme duyarlılığı tedaviyi etkilemektedir. Terapistler diyalektik davranış terapisinde bu tür yorumların olasılığını azaltmak ve tipik yanıtlar konusunda hastalara geri bildirim sağlamak için açık bir şekilde gerçek kişisel görüşlerini açıklayabilirler. Bu terapi yöntemiyle utanç ve öfke gibi duyguların kabulünü artırmaya yönelik stratejiler geliştirilebilir. Yargılayıcı olmayan bir tutum sergileyerek kişinin duygularını gözlemlemek ve farkındalık becerilerini öğretmek, olumsuz duygusal deneyimlerini tanımlamaya ve kaçınma davranışlarına girmeden bu deneyimi yaşamaya teşvik etmek, utanç yaşadığı durumlar hiyerarşisi oluşturmak, utanç tepkisini söndürmek amacıyla kaçınma davranışlarına girmeden bu ipuçlarına veya durumlara hayali olarak maruz bırakmak gibi teknikler uygulanabilir. Utanç deneyimi kendini daha fazla anlayabileceği özel bir anlamı ve bağlamı olabilecek sert ve eleştirel bir tutumu temsil edecek biçimde formüle edilebilir. Utancını hepsini kötü, diğerlerinin de iyi olduğu varsayımına dayanarak tolere ettiği ve anladığı gösterilerek zamanla hastanın bu kutuplaşmış benlik ve diğerleri hakkında daha dengeli bir görüş elde etmesine yardımcı olabilir. Bu yönde olumsuz duyguları azaltma ve tolere etme stratejileri geliştirilebilir (Rizvi ve Linehan, 2005). Kişiler arası durumlar genellikle duygusal tepkiyi ve problemlili kişiler arası işlevselliği ortaya çıkardığı için duygusal bağlamlarda kişiler arası becerilerin öğretilmesi önemlidir. Terapist hastanın romantik ilişkilerdeki beklentilerini keşfetmesine yardımcı olabilir. Ezici hayal kırıklıklarına ve öfkeye yol açan ilişki üzerine gerçekçi olmayan ve idealist beklentiler yerine daha gerçekçi beklentilerin konuşması üzerine çalışmalar yapılabilir. Duyguya bağımlı dürtüsel davranışların engellenmesine yönelik



stratejiler geliştirilebilir. Duygusal işlev bozukluğunun zihinleştirilmesi (kendinin ve başkasının iç durumlarını anlamlandırma yeteneği) üzerinde durulabilir. Hasta ile nasıl etkileşime girileceğini anlamak çok önemlidir. Klinik olarak duygu düzenlemesinde yaşanan güçlüklerin hastanın tedaviye girme yeteneğini nasıl etkileyeceği düşünülmelidir. Bu bireyler bilişlerine, davranışlarına ve duygusal durumlarına göre önemli ölçüde değişebilir. Kişiler arası faktörlerin, duyguların ve sonuçta düzensizliğin güçlü bir tetikleyicisi olması muhtemeldir. Terapötik sürecin duygusal ve kişiler arası doğası göz önüne alındığında bu faktörler sadece sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerin yaşamlarını değil aynı zamanda tedavinin kendisini de etkiler. Doğrulama ortamında bir meydan okuma ve destek dengesi sağlamak, duyguların işleyişi üzerindeki güçlü etkisini kabul etmek, modaliteden bağımsız olarak tedavi için önemli bir başlangıç noktasıdır (Gordon-Dixon vd., 2017). Bireysel diyalektik davranış terapisi; yansıma, boşluk ve kabul gibi destekleyici tekniklerle dengelenmiş direktif, probleme yönelik teknikleri (davranışsal beceri eğitimi, beklenmedik durum yönetimi, bilişsel modifikasyon ve duygusal ipuçlarına maruz kalma dâhil) uygular. Diyalektik davranış terapisindeki davranışsal hedefler önemine göre önceliklendirilir. Her bir terapi oturumunun sorun odağı bu hiyerarşi ve hastanın son oturumdan bu yana hedeflenen alandaki davranışı ile birlikte belirlenir. İntihar girişimi fazla olan böyle bir vaka için; bir önceki oturumdan bu yana intihar eylemleri ve yüksek riskli intihar tehditleri ortaya çıkarsa oturumun ilk görevi söz konusu davranış modeline problem çözme stratejileri uygulamaktır. İntihar davranışından önce gelen çevresel ve davranışsal olaylar zincirinin kapsamlı bir açıklaması ortaya çıkarılır, bireyin kullanabileceği alternatif çözümler araştırılır, davranışsal eksiklikler ve daha uyarlanabilir çözümlere müdahale eden faktörler incelenir. Hem seanslar arasında hem de seans sırasında terapist özellikle terapötik ilişki içinde olduğundan uyarlanabilir davranışları aktif olarak öğretir ve pekiştirir. Vurgu hastalara duygusal travmanın nasıl azaltılacağı veya krizlerin nasıl yönetileceğini öğretmektir. Diyalektik davranış terapisi sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda yüksek riskli davranışların etkili bir tedavisidir. Ancak diyalektik davranış terapisinin sınırda kişilik bozukluğunun kişiler arası kararsızlık, kronik boşluk, sıkıntı hissi ve kimlik bozukluğu gibi diğer temel özellikleri için etkili olduğuna dair kanıt eksikliği vardır. Diyalektik davranış terapisinin ardından yüksek riskli davranışlar yeterince azaltılır azaltılmaz diğer sınırda kişilik bozukluğu bileşenlerine odaklanan başka bir tedavi uygulanmalıdır (Linehan vd., 1999).

Yapılan çalışmalar sınırda kişilik bozukluğu tanısını çocukluk çağında travma öyküsü ile ilişkilendirmiştir. Cinsel istismarın özellikle de devam eden cinsel istismarın şiddeti intihar eylemlerine ve tedavide gerilemeye neden

olduğu bulunmuştur. İstismara uğrayan kadın sınırda vakalarında yalnız olma korkusu, tahammülsüzlük, kronik umutsuzluk ve değersizlik duyguları öne çıkmıştır. Devam eden cinsel istismar kişinin erken yaştaki bağlanmalarına zarar veren ve gelecekteki tatmin edici, güvenli yollarla bağlanma kapasitesini ciddi şekilde etkileyebilecek kişiler arası travmaya maruz kalır. Bu bağlanma bozuklukları yaşam boyunca kişiler arası gelişimi bozabilir ve yetişkin karakter patolojisine yol açabilir. Yıllar boyunca şiddetli ve sürekli istismar diğer insanların güvensiz oldukları ve sadece kendi doyumlarıyla ilgilendiklerine ve dolayısıyla kötü niyetli bir nesne dünyasına inanmaya yol açabileceğine dair güçlü bir inançla sonuçlanabilir. Cinsel istismar, istismar edilen hastayı tedavi eden psikoterapist içinde bir ikilem yaratır. Hasta terapisti bir koruyucu olarak değil, sıklıkla kendimizi düşünmeyi sevdiğimiz gibi, özellikle de aktarımda psikotik düşünceye yaklaşan bir yoğunluğa sahip olabilen potansiyel bir şiddetli istismarcı olarak görebilir. Çünkü hasta terapiste ne kadar bağlı olursa terapist o kadar tehlikeli olur. Terapistin potansiyel istismarcı olarak bu görüşü, terapistin görüşüne göre terapide ilerleme kaydedildiği dönemlerde, regresyon dönemlerini veya daha fazla oyunculuk anlayışını açıklayabilir. Tedavide cinsel istismarın yeniden canlanması açısından düşünmek, hastanın yakınlık ve mesafedeki zorluğunun anlaşılmasını zenginleştirebilir(Silk vd., 1995). Sınırdaki kişilik bozukluğu çok yönlü bir hastalıktır ve her bir faktörün aralığı ne kadar iyi anlaşılırsa bozukluğun rahatsız edici yönlerini değiştirme fırsatı o kadar iyi olur. Bu yönde multimodel bir tedavinin benimsenmesi çok daha etkili olacaktır. Psikanalitik tedavi temelli bilişsel teknikler uygulayan metotlarda vardır. Ancak bu psikoterapi formu hem çok pahalı hem de uzun yıllar sürdüğü için tercih edilmemektedir. Uygulamada terapinin pratik ve destekleyici olması önemlidir. Hastaların ailelerine de psiko-eğitim verilebilir (Bateman ve Fonagy, 1999). Tedavide karşılaşılan temel zorluk bu vakada olduğu gibi kronik intihardır. Bu bozuklukta intihar hastalar 20’li yaşlarının başlarında zirveye ulaşır. Ancak tamamlanmış intihar 30 yaşından sonra ve genellikle tedavide birçok denemeden sonra iyileşemeyen hastalarda yaygın olarak görülür. Buna karşın aşırı doz alımı gibi dürtüsel intihar eylemleri çoğu zaman daha genç hastalarda görülür. Kronik intihar davranışları sorun teşkil eder ancak bu eylem intihar niyetiyle ilişkili değildir. Disforik duygusal durumları düzenlemeye hizmet eder. Olumsuz duygulardan veya kişiler arası etkilerden kaçmak için olabilir. Bu nedenle terapide intihara odaklanmak yerine intihar düşüncelerini veya davranışlarını şiddetlendiren semptomları ve yaşam problemlerini yönetmeye odaklanılmalıdır. Başarılı tedavinin anahtarı; doğru tanı koymak, hasta ile destekleyici bir ilişki sürdürmek ve sınırlı hedefler koymaktır (Brown, Comtois ve Linehan, 2002).

#### 4. Terapi Planı

Tedavide önerilen en iyi yöntem rehabilitatif olarak tanımlanmıştır. 3 genel prensip üzerinde durmaktadır. Birincisi; kişilik özellikleri zaman içinde sabit olduğu için terapistlerin radikal bir değişim elde etmeye çalışması gerekmez. Hastaların daha iyi bir işleyiş seviyesine ulaşmalarına yardımcı olmak yeterlidir. İkincisi; kişilik bozukluğunun kronik seyri gereği, terapistlerin küçük kazanımları önemli zaferler olarak gören beklentilerini azaltarak gerçekçi hedefler koymaları gerekir. Üçüncüsü; hastaların geçmişlerine daha az, günümüzde kendilerini hissetme, düşünme ve davranış biçimlerine daha fazla odaklanmaları gerekir. Hastalar mevcut sorunları yansıtabildiklerinde ve belirleyebildiklerinde, yeni stres faktörleriyle karşılaştıklarında, duyguları, düşünceleri ve davranışları değiştirme olasılıkları daha yüksektir. Kişilik bozuklukları için genel bir tedavi modeli 4 aşamaya ayrılabilir. Bu aşamaları M. isimli hastaya uyarlıysak terapide şu şekilde ilerlenebilir;

1. *Tanımlama:* Birincil hedef hastaya yaşam olaylarına karşı içsel tepkilerini tanımasına yardımcı olmaktır. Özelliklerin veya davranış biçimlerinin uygunsuz olduğunu belirleme, hastanın uyumsuz desenleri tanıması, başkalarını suçlamak yerine duygularına bakması. Bu zaman alabilir. İlk başta terapist hastanın hayatındaki erkeklerin kendisini sevmesi için karşılığında bir şey verme gerekliliği olmadığı ve karşılıksız kabul edilip sevebileceği açıklanmaya çalışılabilir. Yavaş yavaş birilerinin onu koşulsuz kabul edip seveceğine dair güven geliştirmesi, hayal kırıklığına uğradığında insanları değersizleştirme eğilimini tanımlaması, terapistin her zaman onu anlamayacağı ve bazen beklemeye zorlandığı gerçeğini tolere etmeyi öğrenmesi hedeflenir.

2. *Gözlem:* Sorunlara davranışlara yol açan duygusal durumlar gözlemlemek. Duygusal düzensizliği daha iyi yönetmek için gözlemlemenin hastaya öğretilmesi. Hasta içinde öfkelenmesine rağmen öfkesini doğru bir şekilde anlatmaktan yoksundu. Duygularını ifade etmek için cinsellik ve alkolün aracı rolünün çıkarılarak duygularını işlemenin ve ifade etmenin yollarını bulması gerekiyordu. Kendini gösterme çabası ilişkilerde reddedilme korkusuna dayanıyordu. Hasta onu bunaltan öfkeli ve hüzünlü duyguları baskılamak için bir tür duygusal sis yaratıyordu. Bu erkeklerle heyecan verici ve tehlikeli katılımlarla kendini gösteriyordu.

3. *Deney:* Nasıl çalıştığını görmek için daha etkili alternatiflerle denemeler yapmak. Terapide disforiye yönelik yeni stratejilere odaklanılması ve tüm boş zamanlarını bir erkekle veya alkolle geçirme ihtiyacının yerine kendini yatıştırıcı şeyler geliştirmesi hedeflendi. Okuluna geri dönmesi ve eğitimler alması planlanabilir. Deneyimlerinden ihtiyaçlarının gücü ve bunları nasıl

değiştireceğini öğrenmesi, duygusal fırtınalarına karşı koruyucu bir unsur ve profesyonel yeterlilik geliştirebilmesi hedeflenir.

**4. Alıştırma Yapma:** Yeni stratejiler uygulamak. Tedavi boyunca hasta rastgele cinsellikten kaçınmayı ve onları sabit arkadaş ağıyla değiştirmeyi, alkol yerine okulunu nasıl daha ödüllendirici hale getireceğini öğrenmesi hedeflenir. Burada temel amaç; okula devamının sağlanarak kontrolsüz durumlara düşmemesi, dürtüsel davranış kalıplarının değiştirilmesi, sona erdirmenin karşılıklı olarak kabul edilmesidir.

Hastayı takipte kalmak önemlidir. Bu hastalarda uzun süreli takip çalışmalarında gözlenen kronik ve yavaş yavaş düzelen örüntülerle tutarlı olarak bazen sonlandırmayı izleyen bazı yıllar boyunca zorluklar devam edebilir. Uzun dönemli sonuçlar üzerine araştırmacılar terapistin kapısının daima açık tutulmasını tavsiye etmişlerdir. Hastanın sorunları iyi bilindikten sonra nöksler genellikle kısa süreli olabilir. Bu nedenle sürekli tedavi yerine aralıklı tedavi bu hastalar için en uygun tedavi yöntemidir (Paris, 2004).

## **5. Sonuç**

Sınırdaki kişilik bozukluğu hayatın geneline yayılmış ve uzun süreli psikolojik bir bozukluk olduğu için tedavide de bütünleştirici bir yaklaşım düşünülmelidir. Bu vakada da görüldüğü üzere bozukluk kendi içinde çelişkiler barındırdığı için tanımlanması karmaşık ve zordur. Psikozlar, duygudurum bozuklukları, diğer kişilik bozuklukları ve bilişsel bozukluklarla örtüşen pek çok yanı vardır. Eş tanının fazla olması ve karmaşık örüntüler gözlenmesi nedeniyle hastanın tanınması tedavide ilerleme adına çok büyük önem taşır. Bu bozukluğun ortaya çıkmasına neden olan erken dönem travmatik yaşantılar, cinsel istismar, fiziksel şiddet gibi faktörler göz önüne alınarak terapi süreci hassas bir bakış açısı ve koşulsuz kabul ile ele alınmalıdır. Terapötik ilişki ve güvenin sağlanması hastanın tedaviden yarar görebilmesi için gereklidir. Ancak sınırdaki kişilik bozukluğu sendromu ile tahmin edilen tedavi bazı ikilemler yaratacaktır. Bunlar;

1. Fenomenolojik ve psikolojik kapasitelerdeki dramatik dalgalanmalar tanısal kesinliğe meydan okuyacaktır.

2. Özel bir yardım ilişkisi için acil çağrılar genellikle yetersiz olduğu kanıtlanan kurtarma çabalarını içeren güçlü karşı aktarım tepkileri üretecektir.

3. Tedavi edenler ve diğerleri hastayı kimsesiz (terk edilmiş) veya kızgın bir kabadayı olarak görerek yoğun ve belirgin reaksiyonlara (tepkilere) sahip olacaklar.

4. Ayrılma deneyimleri davranışsal (kendine zarar verme) ve bilişsel

(psikotik benzeri) regresyonları tetikleyecektir (Gunderson, 2009).

Terapistin bu ikilemleri göz önünde bulundurması hem hasta için hem de kendisi için önem arz etmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerin davranışlarının altındaki kök duygularının ve işlevlerinin anlaşılması tedavi de oldukça önemlidir. Benlik algısı sorunları, bireyleşme, duygulanımın denetimi ve yoğun kişisel bağlanma sorunları yaşadıkları göz önüne alındığında hasta M.'nin tablosu netleşmektedir. M. aslında her zaman bir bunalım içinde olmuş ve bir kriz yaşamıştır. Krizler sonucunda da bu bozukluğun en kritik özelliği olan kronik intihar girişimleri olmuştur. Başkalarıyla ilişkilerinin çalkantılı olması yalnız olmaya katlanamadıkları için büyük bir nesne açlığı içinde olduklarını göstermektedir. Terk edilmekten kaçınmak için her yola başvurabilirler. M.'nin son intiharı yine bir terk edilmeyi önlemek adına olması bu ifadeyi güçlendirmektedir. Öfke duygusunun ön planda olduğu, manipülatif davranışlar sergiledikleri, benlik imgeleri ve kimliklerinin tutarsızlığı bu bozukluğun temel belirleyicileri olarak yorumlanabilir. M.'deki duygulanım fırtınaları ve düzensiz cinsel birliktelikleri de bu yorumu destekler niteliktedir. Bu vakanın öyküsündeki kilit noktalar; anne tarafından fiziksel ve psikolojik şiddet, komşu tarafından taciz, terk edilme ve tecavüz öyküleri göz önüne alındığında bozukluğun psikodinamik yorumu ortaya çıkmaktadır. M. annesine karşı olumlu duyguların bilincinde olmaksızın kızgınlık da duymaktadır. Erkek arkadaşlarına olumlu veya olumsuz özellikleri yükleyerek inanışlarını doğrulayacak şekilde davranması bozukluğun temelindeki yansıtarak özdeşim kurma olarak yorumlanabilir. Burada yoğun saldırganlık ihtiyacı ve nesne açlığı yer değiştirir. Bu da yoğun bir terk edilme korkusu ortaya çıkarır. Nesne sürekliliği bozulduğu ve içsel yapılanma tamamlanamadığı için kendinden nefret etme ve tikslenme görülür. Ego işlevlerindeki bozukluk kimlik bozukluğuna zemin hazırlar. M. temel bakım vereni (annesi) tarafından ihtiyaç duyduğu tutarlı sevgiyi alamamış ve bağlanma gerçekleşmemiştir. 9 yaşında tacize uğradığını söylediği zaman annesinin kendisine inanmayarak fiziksel şiddet uygulaması hastanın egosuna zarar vererek kimlik bozukluğuna yol açmıştır. Hasta bunlarla başa çıkabilmek için bir baş etme yöntemi geliştirmiştir. Bu da kendini sınırdaki kişilik bozukluğuna sahip olanların en çarpıcı özelliği olan duygularının yoğunluğu ve davranışlarının değişkenliği olarak göstermiştir. Bu bozukluğa sahip kişiler kim olduklarına ilişkin bir algıyı sürdürmekte zorluk çektikleri için sürekli bir değişiklik içindedirler. Var oluşlarına bir anlam yükleyemedikleri için de dürtülerini denetim altına alamayarak oradan oraya savrulurlar. Kimlik algısındaki bu tutarsızlık ve kendini tanımlayamama başkalarına aşırı derecede bağımlı olmalarına neden olmaktadır. İçsel bir benlik doyumu olmadığı için de yoğun bir terk edilme korkusu yaşarlar. Kimlik karmaşası, terk edilme korkusu ve bağımlılık ihtiyacı

birbirleriyle çatışma içindedir. Geçmişte de kendilerini ortaya koyma ve bağımsızlık girişimlerinde suçluluk duyguları hakimdir. Bu bozukluğun diğer bir kilit noktası vaka da hakim olan ambivalan kaygıdır. Kendilerini ortaya koyma çabaları karşı taraftan bekledikleri güvenlik ihtiyacını tehlikeye sokar ve terk edilmelere yol açar. Geçmiş deneyimlerinden kimseye hiçbir zaman güvenilemeyeceğini ve ihtiyaç duydukları sevginin olmayacağını düşünürler. Ayrılma kaygıları nedeniyle terk edilmeden önce bunu engellemek adına daha fazla bağımlılık geliştirirler, bunun sonucunda daha büyük bir terk edilme korkusuyla karşı karşıya kalırlar. Bu kısır döngü bağımlı oldukları kişiye yoğun bir öfke duymalarına neden olur. Terk edilme korkularından dolayı bu öfkeyi, düşmanlığı göstermek onlar için kendilerini tehlikeye atmak anlamına gelir. Bu nedenle bu öfkeyi günah keçilerine yönlendirirler. Bu bozukluğu olanların çocukluk gelişimlerinin bireyselleşme evresinde bir yetersizlik olduğu söylenebilir. Yeterince iyi bir anne bakımı olmayınca nesne sürekliliği yaşanmamış, sağlıklı bir ambivalans geliştirilemediği için de kişinin ayrılmaya katlanamadığı yorumu bu vakaya birebir uymaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da kişiler diğer kişilik bozukluklarından daha fazla ilişkilerinde ikilemler yaşarlar. Bu kişiler bağımlılık ihtiyaçlarını doyurmada da daha az başarılı oldukları için daha yoğun terk edilme kaygısı içindedirler. Bunu ört bas etmek için ilişkilerinin başında kendilerini iyi ve özverili kişiler gibi göstererek başkalarının yaşamlarına yavaş yavaş girerek onları yalnızca kullanacağı değil aynı zamanda ihtiyaç duyacağı kişiler haline getirerek terk edilmekten korunmayı amaçlar. Terk edilmeye katlanamama, güvenli ve karşılığını gördükleri bir bağımlılık ilişkisini sürdürmemeleri sonucu yaşadıkları boşluk ve yalnızlık duyguları kaygı ve öfkelerinin artmasına yol açar. Bu duygular intihar davranışları veya dürtüsel patlamalarla boşaltılır. Başkalarına duydukları kızgınlık için çevresindekilere gereken dersi vermek için kendi üzüntülerini bir araç olarak kullanırlar. İçinde buldukları kötü durumu abartarak ve çaresizlik içinde olduklarını göstererek başkalarında suçluluk duygusu uyandırarak acı çekmelerini hedeflerler. Çevrelerine karşı ters davranmaları ve sürekli yakınmaları ortamı gergin ve huzursuz bir hale getirir. Böylece çevresindekileri istemedikleri bir davranışa zorlamak için bir nevi baskı altına alırlar. Bu nedenle her an patlayacak bir bomba giysisini giyerler. Bu bozukluğa özgü uyum bozukluğuna neden olan tepkilerin tetiklenmesinin temelinde gerçek veya imgesel bir terk edilme yatmaktadır. Bunun sonucunda da kişi intihar girişiminde bulunarak kendisine zarar verebilir. M. annesi kendisine inanmadığında ve fiziksel şiddet gördüğünde aslında imgesel olarak annesi tarafından terk edilmiştir. Ardından deterjan içerek ilk intihar girişimini gerçekleştirmesi bu yorumu desteklemektedir. Kişilerdeki ambivalan kaygı kişiler arası ilişkilerde de tutarsızlığa neden olmaktadır. Bir kişiye bütün

üstünlüklerin onda olduğunu düşünerek yüceltir ve sıkı sıkıya tutunur, diğer yandan aynı kişiyi değersiz görmek arasında gidip gelirler. Kişiler arası ilişkileri oldukça hızlı ve yoğun olsa da toplumsal uyumları ve bu ikircikli duyguları nedeniyle ilişkiler yüzeysel ve kısa sürelidir. Bu süreyi uzatmak için cinselliği bir araç olarak kullanırlar. İşler yolunda gitmediğinde ise başkalarını suçlarlar. Yaşadıkları duygulara göre benlik saygılarında dalgalanmalar görülür, bu da benlik algılarına yansyarak kendi olumsuz duygularını başkalarına yüklemelerine sebep olur. Bütün bunların temelinde bu bozukluğa sahip kişilerin kendilerini güçsüz, kırılğan, korunmasız olarak görmeleri, kabul edilen bir insan olmadığı düşüncesi, dış dünyanın tehlikeli ve kötü niyetli olduğuna dair yerleşik düşünceleridir. Dünyayı kendilerine düşman olarak gördükleri için bir güven kaynağı bulamazlar ve bu kişileri çaresiz hissettirir. Güvensizlik ile bağımlı olma arasında sürekli gidip gelirler. Bu tutarsız duygulanım kişiler arası ilişkilerde tutarsızlık ve uçlarda düşünme eğiliminin kaynağını oluşturur (Koroğlu ve Bayraktar, 2011). Kanıtlar sınırdaki kişilik bozukluğunun erken saptanmasının semptomların şiddetini azaltabildiğini göstermektedir (Chanen vd., 2008).Sınırdaki kişilik bozukluğu bunlar gibi birçok değişkenin neden olduğu komplike bir rahatsızlık olduğundan dolayı iyileşme mekanizması tam anlaşılamamıştır. Ancak dürtüsellüğün genellikle yaşla birlikte azaldığı ve hastalar için uzunlamasına prospektif zaman içinde kendilerine en fazla sıkıntı veren durumlardan nasıl kaçınacaklarını öğrendikleri bulunmuştur. Bu tanıyı tanımlamak tedavi planlaması için önemlidir. Klinik zorluğu kronik hale gelmiş intiharı yönetmektir. Tedaviyi yöneten kişiler bu hastalar hakkındaki endişelerinin ötesine geçerek hastanın semptomlarını, intihar düşüncelerini veya davranışlarını şiddetlendiren yaşam problemlerini yönetmeye odaklanmalıdır. Süreci doğru yönetmenin anahtarları arasında doğru tanıyı koymak, hastayla destekleyici ilişkiler sürdürmek ve sınırlı hedefler oluşturmak yer alır. Bu tedavi yıllarca devam etse de sonsuza kadar sürmez ve psikoterapi bu süreci hızlandırmakta yardımcı olabilir (Paris, 2005).Bunlar göz önüne alındığında sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerin yerleşik düşüncelerinin, kişilik özelliklerinin ve geçmiş yaşantısının temel alınarak terapide dinamik bir yol izlenmesi tedavi süreci için oldukça önemlidir.

## KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanusal ve sayımsal el kitabı* (5. bs.) E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ball, S. J., and Links, S. P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a casual relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Bateman, A., and Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., and Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Bungert, M., Liebke, L., Thome, J., Haeussler, K., Bohus, M., and Lis, S. (2015). Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: Effects of childhood maltreatment and self esteem. *Borderline Personality Disordered Emotion Dysregulation*, 2(4), 2-13.
- Carballo, J. J., Akamnonu, P. C., and Oquendo, A. M. (2008). Neurobiology of suicidal behavior an integration of biological and clinical findings. *Arch. Suicide Res.*, 12(2), 93-110.
- Chanen, M. A., Jackson, J. H., McCutcheon, K. L., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, P. H., and et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 477-484.
- Crowell, E. S., Beauchaine, P. T., and Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychol Bull.*, 135(3), 495-510.
- Downey, G., Mougios, V., Ayduk, O., London, E. B., and Shoda, Y. (2016). Rejection sensitivity and the defensive motivational system. *Psychological Science*, 15(10), 668-673.
- Fischer, M., Barkley, A. R., Smallish, L., and Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self reported psychiatric disorders,



comorbidity and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 463-475.

Gordon-Dixon, L. K., Peters, R. J., Fertuck, A. E., and Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425-438.

Gunderson, G. J. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal Of Psychiatry*, 166(5), 530-539.

Hepp, J., Carpenter, W. R., Lane, P. S., and Trull, J. T. (2016). Momentary symptoms of borderline personality disorder as a product of trait personality and social context. *Personal Disorder*, 7(4), 384-393.

Hughes, E. A., Crowell, E. S., Uyeji, L., and Coan, A. J. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion millerand social baseline theory. *Journal of Abnormal Children Psychology*, 40(1), 21-33.

Knight, R. (1953). Borderline states. *Bull Meninger Clin.*, 17, 1-12.

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., and et al. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?. *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358-370.

Köroğlu, P. D. ve Bayraktar, S. (2011). *Kişilik bozuklukları* (3. bs.). Ankara: HYB Yayıncılık.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., and Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 61, 364-453.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., and Heard, L. H. (1999). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Mancke, F., Herpertz, C. S. ve Bertsch, K. (2015). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 6(3), 278-291.

Miller, C. J., Flory, D. J., Miller, R. S., Harty, C. S., Newcorn, H. J., and

Halperin, M. J. (2008). Childhood ADHD and the emergence of personality disorders in adolescence: A prospective follow-up study. *Journal Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477-1484.

Özhan, C. ve Dönmez, A. (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır? *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 44, 212-218. Doi: 10.5152/TJAR.2016.34711.

Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Journal List; CMAJ*, 172(12), 1579-1583.

Paris, J. (2004). Personality disorder over time: Implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58(4), 420-427.

Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder in adults. *Europen Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, I/42-I/46.

Philipsen, A., Limberger, F. M., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Priemer-Ebner, U., and et al. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorders as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 118-123.

Rizvi, L. S., and Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 437-438.

Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, J., Clayton, P., Brown, H., and Costa, P. T. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542.

Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., and Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Curr Psychiatry Rep*, 15(339), 1-8. Doi: 10.1007/s11920-012-0339-y

Shedler, J., and Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: A alternative to the five-factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.

Shenk, E. C., and Fruzzetti, E. A. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(2), 163-183.

Silk, R. K., Lee, S., Hill, M. E., and Lohr, E. N. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1059-1064.

Tragesser, L. S., Solhan, M., Brown, C. W., Tomko, L. R., Bugge, C., and Trull, J. T. (2010). Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic interview for borderlines-revised (DIB-R) scores overtime. *Journal Personality Disorder, 24*(3), 377-391.

Tragesser, L. S., Solhan, M., Schwartz, M. R., and Trull, J. T. (2007). The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders, 21*(6), 603-614.

Trull, J. T., and Durrett, A. C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380.

Verheul, R., Van Den, B. L., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., and Van Den, B. W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month randomised clinical trial in the netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135-140.

Videler, C. A., Hutsebaut, J., Schulken, M. E., Sobczak, S., and Alphen Van, J. P. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 21*(51), 2-8.

Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., and et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal Psychiatry, 161*, 1296-1298.

Zanarini, C. M., Williams, A. A., Lewis, E. R., Reich, B. R., Vera, C. S., Marino, F. M., and at al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1101-1106.