

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÜZERİNE BİR İNCELEME

An Investigation on Borderline Personality Disorder

Fatime CEYLAN

İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Öğrencisi

fatimeceylan@stu.aydin.edu.tr, İstanbul, Türkiye, Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-6692-9048>

ÖZET

Çalışmanın amacını Borderline Kişilik Bozukluğu'nun etiyolojisi, tanısal yaklaşımı ve tedavi yaklaşımlarının incelenmesi oluşturmaktadır. Kişilik bozuklukları kategorisinde yer alan BKB, dürtüsellik, duygusal değişkenlik, ikircikli duygulara karşılık karmaşık savunma mekanizmaları ile karakterize sosyal ilişkiler üzerinde yıkıcı etkileri olabilen bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Klinik olarak duygusal düzenlemede güçlük, agresyon, zayıf dürtü kontrolü, yinelenen kendine zarar verme gibi belirtiler gözlenmektedir. Genel popülasyonda % 0.7 ile % 3.5 oranında bir nüfusu etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. BKB'nin gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rol oynadığı görüşü kabul edilmektedir. Bu bağlamda nörolojik sebeplerin, erken çocukluk evresinde ebeveynin/ bakım verenin ihmal, istismar, ayrılık ve kayıp gibi tutum ve davranışların, içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki patolojinin bu bozukluğun gelişiminde rol oynadığı kabul görmektedir. BKB'de doğru tanı konması doğru tedavi ve müdahaleler açısından ve hastalığın klinik seyirini doğru bir şekilde yordaya bilmek için önem arz etmektedir. BKB, tedavisi zor fakat buna rağmen mümkün olan bir hastalıktır. Tedavi yaklaşımı olarak psikofarmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımların yanında ya da ikisinin bir arada olduğu yaklaşımlar da mevcuttur. Aktarım Odaklı Psikoterapinin bu bozukluğun tedavisinde ön plana çıktığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Etiyoloji, Tanı, Tedavi

ABSTRACT

The aim of the study is to examine the etiology, diagnostic approach and treatment approaches of Borderline Personality Disorder. BPD, which is in the category of personality disorders, is defined as a personality disorder that can have destructive effects on social relationships, characterized by impulsivity, emotional lability, and complex defense mechanisms against ambivalent feelings. Clinically, symptoms such as difficulty in emotional regulation, aggression, poor impulse control, and recurrent self-harm are observed. It is a serious mental disorder affecting a population of 0.7% to 3.5% in the general population. It is accepted that biological, psychological and social factors play a role in the development of BPD. In this context, it is accepted that neurological reasons, attitudes and behaviors such as neglect, abuse, separation and loss of the parent / caregiver in the early childhood stage, and the pathology in internalized object relationships play a role in the

development of this disorder. Correct diagnosis in BPD is important in terms of correct treatment and interventions and in order to accurately predict the clinical course of the disease. BPD is a difficult but still possible disease to treat. There are also approaches in which psychopharmacological and psychotherapeutic approaches or both are combined as treatment approaches. It is seen that Transference-Focused Psychotherapy comes to the fore in the treatment of this disorder.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Etiology, Diagnosis, Treatment

1. GİRİŞ

Kişilik, bireyi başkalarından ayıran özgün ve tutarlı davranış, düşünce ve duygu kalıbıdır (Özsoy & Yıldız, 2013: 3). Kişilik, bireyin zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel tüm yönlerini kapsamaktadır (Taymur & Türkçapar, 2012: 155).

Kişilik bozuklukları ise bireyin günlük yaşamına müdahale eden, işlevsel kısıtlamalara ve önemli acılara yol açan aşırı kişilik özelliklerinin görünmesi olarak tanımlana bilinir. Klinik olarak kişilik bozuklukları arasında en yaygın ve temel yön, sağlıklı kişiler arası ilişkiler kurma ve sürdürmede yetersizliğin görülmesidir. Genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlayan kişilik bozukluğu, bireyin kendine özgü yaşam tarzında ve yaşadığı kültürün beklentilerinde sağladığı uyum tarzında belirgin bir şekilde sapmasına yol açan yaygın düşünce, duygu ve davranış kalıbı ile karakterize edilmektedir (Ekselius, 2018: 195).

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), istikrarsız ruh hali, dürtüsel davranışlar ve istikrarsız kişiler arası ilişkilerle karakterize, karmaşık ve çok çeşitli psikopatoloji ile ilişkili bir sendromdur (Paris, 2018). Klinik belirtileri arasında duygusal düzensizlik, dürtüsel saldırganlık, tekrarlanan kendine zarar verme ve kronik intihar eğilimleri bulunmaktadır (Lieb, Zanarini, Schmahl, M. Linehan, & Bohus, 2004). Genel popülasyonun % 0.7 ile % 3.5'ini etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur (Doering, 2019).

BKB, duygusal değişkenlik, dürtüsellik ve ayrıca zor, genellikle ikircikli duygularla başa çıkmak için karmaşık savunma mekanizmalarının kullanılması sebebi ile kişilerarası ilişkiler üzerinde yıkıcı etkilere neden olabilmektedir (Bhome & Fridrich, 2015). APA' nın DSM-5 sınıflandırmasına göre BKB teşhisine koyabilmek için 5 veya daha fazlasının mevcut olması gereken 9 kriteri olması gerekmektedir : gerçek veya imgesel terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çabalar; istikrarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler; kimlik bozukluğu; dürtüsellik; tekrarlayan intihar veya kendine zarar verme davranışı; duygusal istikrarsızlık;

kronik boşluk duyguları; yoğun öfke veya öfke kontrolünün kaybı ve geçici stresle ilişkili paranoid veya ağır çözülme semptomları (J.Trull, 2018).

BKB hastalarının kişilerarası çatışmaya duygudurum dengesizliği ile yanıt verdikleri öne sürülmekte ve kişilerarası ilişkilerdeki değişikliklere bağlı olarak, ruhsal durumlarının anlık bir şekilde değiştiği ve tipik olarak depresyondan öfkeye kaydığı belirtilmektedir (Paris, 2009, Paris, 2018). Uzun süreli düşük veya yüksek ruh hali yerine, hızla yükselen ve yalnızca yavaşça temel seviyeye dönen yoğun duygular görülür (Linehan 1993).

BKB' de kendine zarar verme ve intihar davranışları yaygın olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar, intihar davranışının BKB vakalarının % 10' una varan oranda meydana geldiğini göstermektedir (Paris, 2019). Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların karakteristiği olarak görülen kendine zarar verme davranışı, potansiyel olarak tehlikeli olan dürtüsel davranışları (örneğin, aşırı içme, yüksek riskli cinsel aktivite), kasıtlı kendine zarar verici davranışları (örneğin, yüzeysel kesme veya yakma), intihar girişimlerini ve tamamlanmış intiharı içermektedir (Oldham, 2006). BKB' de görülen intihara meyilli olmayan kendine zarar verme davranışının temelinde ölme isteği değil, duygusal düzenleme ile ilgili sorunlardan dolayı oluşan duygusal gerginliği azaltma isteği bulunmaktadır (Paris, 2019).

BKB hastaları, aşırı derecede olumsuz olarak algılanan duyguları hafifletmek veya bunları sarhoşluk hissi gibi hoş bir durumla değiştirmek (kendi kendine ilaç tedavisi hipotezi) amacıyla sıklıkla bağımlılık üreten maddeleri kullanırlar. Bunun dışında bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı, akran baskısı gibi sosyal çevre ile ilgili faktörler tarafından da tetiklenebilir. (Kienast, Stoffers, Bermpohl, & Lieb, 2014).

2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Çoğu ruhsal hastalıkta olduğu gibi BKB' nin gelişiminde de tek bir faktörden söz edilemez. Yapılan çalışmalar sonucunda, BKB' nin gelişimine biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin neden olduğu saptanmıştır (Paris, 2005). Çok sayıda araştırma, BKB'nin travma veya taciz, genetik yatkınlık ve nörobiyolojik süreçlerdeki düzensizlikler gibi çok sayıda faktörden kaynaklanan bir sorun olduğunu öne sürmektedir (Antal-Otong, 2016).

BKB' nin etiyojisine ilişkin en ilgi çeken araştırmalar psikodinamik kuramdan gelmiş ve çoğu araştırmacı tarafından kabul görmüştür. Bu kuram, yetişkin hastaların geçmiş deneyimlerini yeniden yapılandırılmalarından, olası intrapsişik ve ayrılık-bireyleşme modelleri ve kimlik oluşumundan çıkarım yapılmasına vurgu yapılmıştır. Son on yılda klinik araştırmacılar, bozukluğun başlangıcını ve davranışını açıklamak için nörolojik bozukluğun (minimal beyin disfonksiyonu, travmatik beyin hasarı) ve erken yaşam deneyimlerinin (ebeveyn istismarı, ihmal, ayrılma ve kayıp) ilişkisini keşfetmeye başladılar (Marziali, 1992).

Kernberg nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde BKB' nin etiyojisini açıklamaktadır. Kernberg bu hastaların nevroz ve psikoz arasında bir sınır alanı işgal ettiğini ifade etmiştir. Kernberg' e göre BKB' nin anlaşılmasına ve bu hastaların tedavisine en önemli katkı, içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin patolojisinin analiz edilmesidir (Kernberg O. , 1967). Kernberg bu kuram içerisinde ruhsal gelişim sürecini; birincil ayrışmamış dönem, birincil ayrışmamış kendilik-nesne tasarımları dönemi, ayrışmış kendilik ve nesne tasarımları dönemi, bütünleşmiş kendilik ve nesne tasarımları ile üst düzey intrapsişik nesne ilişkileri kaynaklı yapıların geliştiği dönem, süperego ve ego bütünleşmesinin sağlanması dönemi olarak 5 farklı döneme ayırmıştır (Keser, 1998). Kernberg, BKB hastalarının birincil ayrışmamış kendilik-nesne tasarımları dönemini başarılı olarak geçtiklerini, fakat yaşamın ikinci ayından başlayıp, 6-8. Aya kadar süren ayrışmamış kendilik ve nesne tasarımları döneminden takılı kaldıklarının belirtmiştir. Bu evre takılmanın meydana gelmesinin nedenleri olarak, dönem boyunca çocukta yapısal agresyonun fazla olmasını ve birincil bakım veren kişinin duygusal olarak yetersiz oluşunu belirtmiştir.

Adler (1985) ve Gunderson (1984), borderline hastasının, bağımsız bir ötekinin algılanmasıyla ilişkili olarak istikrarlı bir öz kimliğin gelişimini destekleyebilecek bir ortamı deneyimlemediğine inanmaktadır (Marziali, 1992).

BKB' nin beyindeki dürtüsellik, duygu işleme ve yıkıcı dürtüleri kontrol etme gibi davranışsal tepkileri yöneten nörotransmitter yollarını etkileyen genetik anormalliklerle bağlantılı olduğuna dair artan kanıtlar mevcuttur (Bhome & Fridrich, 2015). Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yaygın olan dürtüsel saldırganlık, azalmış serotonerjik yanıt verme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Yapısal ve işlevsel nörogörüntüleme, borderline kişilik bozukluğu semptomatolojisinin önemli yönlerine aracılık ediyor gibi görünen, fronto-limbik aę, anterior singulat korteks (ACC),

orbitofrontal ve dorsolateral prefrontal korteks, hipokampus ve amigdaladan oluşan beyin bölgelerinin işlevsiz bir ağını ortaya çıkardı (Lieb, Zanarini, Schmahl, M. Linehan, & Bohus, 2004). Olumsuz uyaranlara aşırı duyarlılık ve olumsuz duygunun aşırı aktivasyonu, amigdala ve limbik sistemin ilgili yapıları ile bağlantılıdır (Kernberg & Michels, 2009).

BKB hastalarının %90' ın dan fazlası çocukluk döneminde kötü muameleye, istismara ve / veya ihmale maruz kalmaktadır (Doering, 2019). Yapılan araştırmalar, istismar, ihmal ve güvensiz bağlanmalar, anne tutarsızlığı ve ebeveyn düşmanlığı da dahil olmak üzere yüksek oranlarda çocukluk çağı sıkıntılarını belgelemiş ve bu risk faktörlerinin tüm hastalarda bulunmasa da, çocukluk çağı istismarının daha şiddetli prognozla ilişkilendirilmiş olduğu saptanmıştır (Paris & Black, 2015). Tutarsız ebeveynlik, caydırıcı ebeveyn davranışları ve düşük ebeveyn sevgisi de BKB' nin gelişimi ile ilişkilidir, ancak özgül değildir ve buna ek olarak, çocukları 5 yaşından önce annelerden ayırmak yetişkinlikte BKB 'ye yatkınlığa neden olmaktadır (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen, & Zanarini, 2018). Çocukluk çağı cinsel istismarın BKB' nin oluşumunda en önemli risk faktörü olduğuna inanılmıştır. Fakat yapılan araştırmalar, BKB' li bireylerin geçmişlerinde çocukluk çağı cinsel istismarın yaygın olmasına rağmen, oldukça zayıf ve spesifik olmayan bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014).

3. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA TANI

BKB hastalarının tedavisinde doğru yöntemi belirleyebilmek için tanı konulması gerekmektedir. Hastaların daha spesifik müdahaleler alması ve böylece klinisyenlerin klinik seyri tahmin etmede daha iyi bir konumda olması için problemleri öne çıkarmak, tanı koymanın birincil amaçlarından biridir.

Tipik olarak BKB hastaları, gerçek veya hayali değerli bir ilişki ayrılığı yaşadıklarında yalnız kalmakta zorluk çekerler ve ilişki kopmaları kaygı ve sıkıntılarını arttırdığı için ortaya çıkan kriz sırasında tedaviye başvururlar (Antal-Otong, 2016). BKB' li hastalar yalnız kalmakta zorluk çekerler ve ilişki kopmaları kaygılarını ve sıkıntılarını daha da kötüleştirir. Klinisyenin doğru bir kişisel öykü edinmesi ve afektif istikrarsızlık ve dürtüsellik modellerinin gelişimin erken aşamalarında başladığını ve zaman ve bağlam içinde tutarlı olduğunu tespit etmesi gerekir (Paris, 2009).

APA' nın DSM-5 sınıflandırmasında borderline kişilik bozukluğu, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda kendini gösteren dört anahtar alan altında kategorize edilen dokuz kriterden beşinin (Tablo 1) varlığı ile teşhis edilir.

Duygusal semptomlar	Duygudurumun belirgin tepkiselliğinin bir sonucu olarak duygusal dengesizlik (örn. Yoğun epizodik disfori, sinirlilik veya anksiyete genellikle birkaç saat süren ve nadiren birkaç günden fazla süren)
	Kronik boşluk duyguları
	Uygunsuz, yoğun öfke veya öfkeyi kontrol etmede güçlük (ör. Sık öfke gösterileri, sürekli öfke, tekrarlayan fiziksel kavgalar)
Kişilerarası İşlevsellik	Gerçek veya hayali terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çabalar *
	İdealleştirme ve değersizleştirme aşırılıkları arasında gidip gelmekle karakterize edilen, dengesiz ve yoğun kişilerarası ilişkiler modeli
	Kimlik bozukluğu: belirgin ve kalıcı olarak dengesiz öz imge veya benlik duygusu
Dürtüsel kontrol	Potansiyel olarak kendine zarar verebilecek en az iki alanda dürtüsellik (ör. Harcama, seks, madde bağımlılığı, dikkatsiz araç kullanma, aşırı yemek yeme) *
	Tekrarlayan intihar davranışı, jestler veya tehditler ya da kendini yaralama davranışları
Bilişsel	Geçici, stresle ilgili paranoid düşünce veya şiddetli disosiyatif semptomlar
DSM-5'e göre, bu kriterler Biskin ve Paris (2012) tarafından önerilenlere dayalı olarak dört alana kategorize edilmiştir. * Bu, ayrı bir kriterde kapsanan intihar veya kendini yaralama davranışını içermemelidir.	

Tablo 1. Borderline kişilik bozukluğunun tanı kriterleri (Bhome & Fridrich, 2015).

DSM-5 BKB semptomları (yoğun öfke ve kontrol edilebilirliği, duygusal istikrarsızlık, tekrarlayan intihar davranışı, dürtüsellik) kişilerarası bağlamlarda sergilenir ve ilişkiler üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Erken çocukluk çağı travmaları ve olumsuzlukları nedeniyle birinci eksen bozuklukları BKB ile ilişkilendiren çok güçlü kanıtlar vardır (Antal-Otong, 2016). Eksen I bozuklukları açısından, majör depresyon, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları bu bireylerde yaygındır (Lieb, Zanarini, Schmahl, M. Linehan, & Bohus, 2004).

BKB tanısı genellikle klinik olarak deneyimli uzmanlar tarafından konur; ancak psikolojik testlerin kullanımı - anketler veya yapılandırılmış görüşmeler - tanıyı sağlamaya yardımcı olur (Doering, 2019).

4. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Borderline Kişilik Bozukluğu tedavisi zor bir hastalık olmasına rağmen tedavi edilebilen bir hastalıktır. Bu kişilik bozukluğundan muzdarip olan hastalar geniş bir skalada semptomlar ve sorunlar sergilemektedirler. Hastaların tepkilerinin, öfkelerinin ve dürtü kontrol sorunlarının yoğunluğu ve hızla değişen ruh halleri ile BKB, tedavi edilmesi en zor ve karmaşık kişilik bozukluğu olabilir. Bu hastalar, ruh sağlığı popülasyonunun büyük bir bölümünü temsil etmektedir (Freeman vd., 2005:3). BKB' ye yönelik tedavi yaklaşımlarına bakıldığında psikofarmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımlardan yararlanmanın yanı sıra bu iki yaklaşımın bir arada tercih edildiği durumlar da görülmektedir (Öyekçin & Yıldız, 2012; Freeman vd., 2005; Higgitt & Fonagy, 1992).

Psikofarmakolojik yaklaşımda, BKB' nin tedavisinde antidepresan, antikonvülzan, anksiyolitik, antipsikotik, lityum, benzodiazepin ve çeşitli duygudurum düzenleyicileri kullanılmaktadır. Antidepresan kullanımı bu hasta grubundaki depresif belirtiler üzerinde sanıldığı kadar etkili değildir, duygudurum düzenleyici ajanlardan divalproik asit öfke üzerinde etkilidir, aripiprazol diğer antipsikotik ilaçların aksine mizaç belirtileri üzerinde olumlu etki göstermiştir (Öyekçin & Yıldız, 2012:36).

Psikoterapötik yaklaşımlara bakıldığında, Psikanaliz ve Psikanalitik Psikoterapiler'den özellikle Aktarım Odaklı Psikoterapi ile Destekleyici Terapi, Grup Terapisi, Bilişsel

Davranışçı Terapi ve Şema Terapi gibi yaklaşımların kullanıldığını görmekteyiz ((Freeman vd., 2005; Higgitt & Fonagy, 1992; Caligor vd, 2007; Kellogg & Young, 2006).

BKB' nin tedavisinde kullanılan psikanalitik psikoterapi yöntemlerinin başında Aktarım Odaklı Psikoterapi (AOP) yaklaşımı gelmektedir. Aktarım Odaklı Psikoterapi BKB' nin tedavisinde klinik bulgularla desteklenmiş bir ekoldür. Borderline kişiliğin tedavisi üzerine oluşturmuş olduğu kapsamlı formülasyon ve kullanılan özgün taktikler, teknik ve stratejiler ile AOP özgün bir yaklaşımdır (Pulat, 2019:130). Bu psikoterapi yaklaşımı uzun süreli psikodinamik psikoterapiler arasında alışılmadık bir özelliğe sahiptir, çünkü bu yaklaşım BKB ile belirli bir psikopatoloji formunu tedavi etmek için geliştirilmiştir. Ayrıca AOP teknikleri bir tedavi kılavuzunda açıkça tanımlanmış ve deneysel olarak incelenmiş bir terapi yaklaşımıdır (Caligor vd. 2007). Kernberg (1975:176), AOP yönteminin sınır hastalarda kullanılması için şu genel stratejileri önemli bulur: olumsuz aktarımın yalnızca “şimdi ve burada” sistematik olarak çalışılması, olumsuz aktarım geliştikçe savunma kümelenmelerinin yorumlanması, aktarımın eyleme koyulmasını engellemek için yansızlığı korumayı sağlayacak seans yapılandırılması, terapide gelişen işbirliğini desteklemek için daha az ilkel yönlerin yorumlanmaması, yorumlar müdahaleyi ve o anki gerçekliği çarpıtmayı açıklayabilmeli, çocukluk yaşantılarıyla bağlantılı aktarıma ulaşmak için ilk ben bozulmaları ile bağlantılı hayali iç nesne ilişkilerini yansıtan çarpıtılmış aktarımı derinlemesine çalışmak.

BKB ile çalışan bir diğer psikodinamik model Kohut'un geliştirdiği Kendilik Psikolojisi modelidir. Kohut (1971; 1977), bu tür hastalara ilişkin Kendilik Psikolojisi perspektifinden, “gerçek” borderline hastasının esasen psikotik olduğunu, ancak hastanın kendisini açıkça psikotik olmaktan korumasına izin veren uyarlanabilir bir savunmaya sahip olduğunu düşünmüştür. Bu bozukluğu bir kendilik patolojisi olarak gören Kohut, “gerçekten” sınırda olan hastayı ya bir kendiliğe sahip olmadığını ya da ciddi şekilde zarar görmüş ya da çarpıtılmış bir kendiliğe sahip olduğunu düşünmektedir (Lieberman, 2005:35). Bu modelde de terapi sürecinde gelişen aktarımlar ile kendilik ile ilgili pozitif yönde değişimler meydana getirmeye çalışılmakta ve erken çocukluk döneminde yaşanan travmatize edici empatik olmayan ebeveyn tutumlarıyla meydana gelen hayalkırıklıklarının yarattığı patoloji seansa; ayna aktarımı, idealleştirilen aktarım ve ikizlik aktarımları aracılığıyla analist üzerinden telafi edilerek kendiliğin bütünleşmiş bir yapı oluşturması amaçlanır (Kohut, 1971; 1977; Mitchell & Black, 1995).

Bilişsel Davranışçı Terapi modelinde Borderline Kişilik Bozukluğuna yaklaşımda tedavinin büyük kısmı hem hastaya yeni başa çıkma stratejileri öğretmeyi hem de mevcut yaşamının gerçekliğinde anlam bulmasına yardımcı olmak amaçlanmaktadır. BDT'nin ana amacı, hastanın davranış kalıplarını ve buna eşlik eden bilişsel süreçleri anlama ve tanımlamaya yöneliktir. Bilişsel süreçler, güncel ve otomatik düşünceleri, öz ifadeleri, algıları, değerlendirmeleri, atıfları, anıları, hedefleri, varsayımları, standartları ve inançları içerir. Basitçe, bilişler davranışları, duyguları ve fizyolojik durumları, düşüncelerin eşit duygulara sahip olduğu doğrusal bir bağlantı olmaksızın etkiler (Fusco & Apsche, 2005:75). Hastanın sorumluluklarını belirleyen sözleşmeye dayalı bir anlaşmanın yanı sıra önemli bir destekleyici bileşen de vardır. Terapist, doğru duygusal empati ve beklentilerin, inançların ve varsayımların doğru yansımaları ile hastanın duygusal tepkilerini onaylarken, işlevsiz problem çözme girişimlerine karşı saygı duymayan ve onaylamayan bir tavır alarak, hastanın davranışlarının seçici bir pekiştiricisi olarak hareket eder (Higgit & Fonagy, 1992:36).

Borderline Kişilik Bozukluğunun tedavisinde kullanılan bir diğer psikoterapi yöntemi Şema Terapi modelidir. Borderline kişilik bozukluğunun şema terapisi, çeşitli müdahaleleri içeren üç tedavi aşamasından oluşur. Tedavinin üç aşaması, bağlanma ve duygusal düzenleme, şema modu değişikliği ve özerkliğin geliştirilmesidir. Ayrıca bu terapide kullanılan değişimin dört temel mekanizması vardır. Bunlar; sınırlı yeniden ebeveynlik, yaşantısal imgeleme ve diyalog çalışması, bilişsel yeniden yapılandırma ve eğitim, ile son olarak davranış örüntüsünü kırma oluşturmaktadır. Sözü edilen her bir mekanizma tedavinin aşamalarında önemli rol oynamaktadır (Kellogg & Young, 2006:449-452). Ayrıca bu modelde danışanların terapistle kurdukları iyi bir terapötik ilişki, şema mod kavramsallaştırmasının ve yaşantısal tekniklerin değişiminde en faydalı unsurlardan biri olarak yer almaktadır (akt. Şenkal Ertürk & Kaynar, 2017).

5. SONUÇ

Gelişimine biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin neden olduğu BKB' nin tedavisinde şu ana kadar, en geniş çapta etkili olan tedavi yöntemi psikoterapötik müdahalelerdir (Lieb, Zanarini, Schmahl, M. Linehan, & Bohus, 2004).

BKB, ciddi ve maliyetli bir psikiyatrik bozukluktur. Birinci basamak ve ruh sağlığı ortamlarında BKB ve birlikte ortaya çıkan depresyon, yeme bozuklukları ve madde kullanım

bozuklukları olan hastaların yüksek yaygınlığı, bu uygulama ortamlarında yüksek kaynak kullanımlarına yol açmaktadır. Sağlıklı akranları ile karşılaştırıldığında, BKB'li ergenlerin, kişilerarası ilişki sorunları dahil olmak üzere, işlevsellikte önemli bozulmalara sahip oldukları görülmektedir. Klinik çalışmalarda, BKB tanısı alan ergenler, diğer ruhsal bozuklukları olan çocuk ve ergen psikiyatri hastaları ile karşılaştırılabilir düzeyde önemli ölçüde azalmış psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesine sahiptir (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014). Erken erişkinlik döneminde ortaya çıkana BKB' nin yaşam seyri yörüngesini değiştirmek için erken teşhis ve müdahalelerin sağlanması gerekmektedir. Böylelikle BKB' nin zayıf psikososyal işlev ve yüksek morbidite ve mortalite gibi uzun vadeli olumsuz sonuçlarının azalması sağlanır.

Kaynakça

- Antal-Otong, D. (2016). Evidence-Based Care of the Patient with Borderline Personality Disorder. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 299-308.
- APA. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çeviren: Ertuğrul Köroğlu)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bhome, R., & Fridrich, P. (2015). Borderline Personality Disorder. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(1), 14-16.
- Caligor, E., Kernberg, O.F., & Clarkin, J.F. (2007). Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Doering, S. (2019). Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options . *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 584-594.
- Freeman, A., Stone, M., Martin, D., & Reinecke, M. (2005). Introduction: A review of borderline personality disorder. In Freeman, A., Stone, M.H. & Martin, D. (Eds). *Comparative Treatments for Borderline Personality Disorder* (pp. 1-20). New York: Springer.

- Fusco, G.M. & Apsche, J. (2005). Cognitive Behavioral Therapy, In Freeman, A., Stone, M.H. & Martin, D. (Eds). *Comparative Treatments for Borderline Personality Disorder* (pp. 75-103). New York: Springer.
- Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A., Torgersen, S., & Zanarini, M. (2018). Borderline Personality Disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(18029), 1-20.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 161, 23-43.
- J.Trull, T. (2018). Ambulatory Assessment of Borderline Personality Disorder . *Psychopathology*, 51(2), 137-140.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Kellogg, S.H. & Young, J.E. (2006), Schema therapy for borderline personality disorder. *J. Clin. Psychol.*, 62: 445-458.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 17(3), 641-685.
- Kernberg, O., & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505-508.
- Keser, V. (1998). Borderline Kişilik Bozukluğunda Kendini Yaralayıcı Davranışın Klinik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*, s. 15-19.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Treatment of borderline Personality Disorder and Comorbid Substance Dependence. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(16), 280-286.
- Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., M. Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Lieberman, M.D. (2005). Self-Psychological Treatment, In Freeman, A., Stone, M.H. & Martin, D. (Eds). *Comparative Treatments for Borderline Personality Disorder* (pp. 29-47). New York: Springer.
- Marziali, E. (1992). Borderline Personality Disorder: Diagnosis, Etiology, and Treatment . *Smith College Studies in Social Work*, 62(3), 205-227.
- Mitchell, S.A., & Black, M.J. (1995). Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought. Basic Books.
- Oldham, J. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Öyekçin, D.G., Yıldız, D. (2012). Kişilik Bozukluklarında İlaç Tedavisi. *Journal Of Mood Disorders*, 2 (1), 34-46 . DOI: 10.5455/jmood.20120328094704.
- Paris, J. (2005). Borderline Personality Disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583.
- Paris, J. (2009). The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277-290.
- Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder . *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 575-582.
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223.

- Paris, J., & Black, D. (2015). Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder What is the Difference and Why Does it Matter? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(1), 3-7.
- Pulat, F. (2019). Aktarım Odaklı Psikoterapinin Borderline Patolojilere Bakışı. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3. Sayı, 117-130.
- Şenkal Ertürk, İ., Kaynar, G. (2017). Kişilik Bozukluklarında Şema Terapi Yaklaşımı. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6 (12), 97-114.