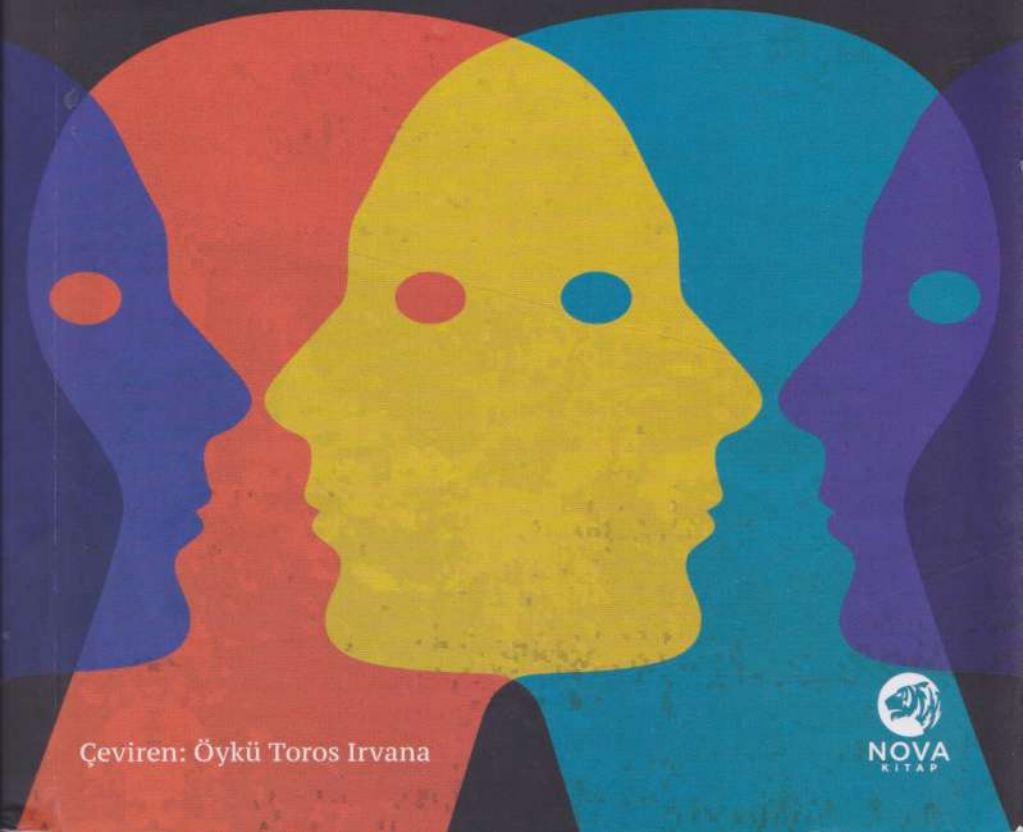
Dr. Jerold J. Kreisman
ve Hal Straus

SENDEN NEFRET EDİYORUM – Beni Bırakma

Sınırda Kişiliği Anlamak



Çeviren: Öykü Toros Irvana

NOVA KİTAP

Senden Nefret Ediyorum – Beni Bırakma: Sınırda Kişiliği Anlamak
Dr. Jerold J. Kreisman, Hal Strauss

Orijinal Adı: *I Hate You - Don't Leave Me: Third Edition*

Nova Kitap - 79

Yayın Yönetmeni: *Tuğçe Nida Gökırmak*
Yayıma Hazırlayan: *Ömer Anlatan*
Düzelti: *Ahmet Özel*
Kapak Tasarım: *Hamdi Akçay*
Sayfa Düzeni ve Baskıya Hazırlık: *Başak Yaman Eroğlu*
1. Baskı, Mart 2023, İstanbul

ISBN: 978-625-8489-70-5
Sertifika No: 63989

Türkçe çeviri © Öykü Toros Irvana, 2023
© Dr. Jerold J. Kreisman, Hal Straus, 2021
© Nova Kitap, 2023

Bu eserin tüm hakları Akcalı Telif Hakları Ajansı aracılığıyla Penguin Random House LLC'nin bir bölümü olan Penguin Publishing Group alt markası TarcherPerigee ile yapılan anlaşmayla satın alınmıştır.

Yayıncının yazılı izni olmaksızın alıntı yapılamaz.

Kurumsal satış ve işbirlikleri için iletişim adresi: **editor@novakitap.com**

Nova Kitap™ İthaki Yayıncılık Basın Sanayi ve Ticaret A.Ş.'nin tescilli markasıdır.
Caferağa Mah. Neşe Sok. 1907 Apt. No: 31 Moda, Kadıköy-İstanbul
Tel: (0216) 348 36 97 Faks: (0216) 449 98 34
www.novakitap.com - www.ithakiyayingrubu.com

Kapak, İç Baskı: Deniz Ofset Matbaacılık
Maltepe Mah. Hastane Yolu Sok. No: 1/6 Zeytinburnu-İstanbul
Tel: (0212) 613 30 06 denizmatbaamucellit@gmail.com
Sertifika No: 48625

Dr. Jerold J. Kreisman ve
Hal Straus

Senden Nefret Ediyorum – Beni Bırakma

Sınırda Kişiliği Anlamak

Çeviren
Öykü Toros Irvana

NOVA
KİTAP

Her şey gibi,

hâlâ,

Doody için...

İÇİNDEKİLER

	Giriş	9
	Yazarların Notu	11
1	Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu'nun Dünyası	13
2	Kaos ve Boşluk	37
3	Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Kökenleri	74
4	Sınırda (Borderline) Toplum	96
5	SET-UP İletişim Sistemi	135
6	Aile ve Arkadaşlar: Nasıl Başa Çıkmalı?	170
7	Terapiye Başvurmak ve Başlamak	204
8	Özel Psikoterapi Yaklaşımları	240
9	İlaçlar: Bilim ve Vaat	259
10	Anlayış ve İyileşme	272
Ek A	Sınırda Kişilik Bozukluğu Teşhisi İçin Alternatif Modeller	292
Ek B	Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Gelişimi	299
	Teşekkür	310
	İlave Okumalar	311
	Notlar	313
	Dizin	339

Giriş

Senden Nefret Ediyorum – Beni Bırakma: Sınırda Kişiliği Anlamak adlı kitabımızın üçüncü edisyonunu yayımlamak çok memnuniyet verici. On dile çevrilmiş kitabımızın otuz yılı aşkın bir süredir, dünya genelinde hem genel hem profesyonel okuyucular için hâlâ önemli bir kaynak teşkil etmesinden ve bu gözden geçirilmiş önemli baskıyı size sunmaktan onur duyuyoruz.

Son edisyonundan bu yana geçen on yılda, nörobiyoloji, fizyoloji ve genetik alanlarında önemli ilerlemeler kaydedildi. Gelişim teorilerinde ve tedavi yaklaşımlarında gelişmeler oldu. Profesyonel okurlar için, klasik referans materyallerini yazımızı tamamladığımız son tarihe kadar bulunan en güncel referanslar ve kaynaklarla tamamlayarak muhafaza ettik. Genel okurlar için, karmaşık bilimsel ve teorik yapıları okur dostu terimlerle tanımlamaya çalıştık; bu amaçla kavramları daha iyi açıklayabilmek için çok daha fazla vaka incelemesi ve hasta örneğini kitabımıza dahil ettik.

Senden Nefret Ediyorum – Beni Bırakma kitabı ilk olarak, bir hekimin bilinmeyen ya da son derece yanlış anlaşılan bir bozuklukla ilgili halkın ve pek çok profesyonelin düzenli bilgiden yoksun olmasının yarattığı hayal kırıklığından ortaya çıktı. Umuyoruz ki kitabımız, Sınırda Kişilik Bozukluğu (SKB) konusundaki ilk popüler kitap olarak, bu bozukluğun aydınlatılmasına katkı

sağlamıştır. Yirmi yıl sonraki ikinci edisyon, artan araştırma ve tedavi yaklaşımlarını ele alarak, SKB'nin çaresiz değil, olumlu yönde seyreden bir hastalık olduğunun anlaşılmasını vurguladı. O zamandan beri, SKB ile ilgili profesyonel literatür hızla gelişti. Kamuoyunun farkındalığı da önemli ölçüde arttı. SKB'den mustarip kişiler, birçoğu kamu spotunda da yer alarak, deneyimlerini daha açıkça anlattılar. Hatta bu kitabın adı, Demi Lovato'nun pek çok hayranı tarafından SKB'den mustarip bir kişiden bahseden bir şarkı olarak görülen aynı adlı şarkısında yola çıkarak seçildi.

Ne yazık ki, genel anlamda ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili, özel anlamdaysa SKB'yle ilgili damgalama hâlâ güçlü bir şekilde devam ediyor. SKB'nin medyadaki tasvirleri, genellikle kadınlar olmak üzere, çoğu dengesiz ve sorumsuz insanlardan oluşuyor. Hastalığın olumlu seyri büyük ölçüde göz ardı ediliyor. Ayrıca bu alandaki araştırmalar, diğer daha az yaygın hastalıklarla ilgili araştırmalarla karşılaştırıldığında yetersiz kalıyor. Kitabımızın bu edisyonunun tüm ruhsal hastalıklarla ilgili hoşnutsuzluğu azaltarak, bu hastalıkların daha iyi anlaşılmasını sağlamaya katkıda bulunmasını ümit ediyoruz.

Dr. Jerold J. Kreisman
Hal Straus

Yazarların Notu

"Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun resmi tanısıyla tutarlı semptomları gösteren bir birey" şeklindeki daha doğru tanım yerine daha az külfetli ve daha okur dostu bir kullanım olarak SKB'si olan bireylerden "borderline" olarak bahsetmenin, bireyleri damgalayıcı bir etikete indirgeyeceğinden endişelendiğimiz için isim halindeki kelimeyi sıfata dönüştürerek "borderline birey" ya da "SKB'si olan kişi" şeklinde daha az kıvrak ifadeler kullandık ve bu yetersiz terimden kaçınmaya çalıştık, fakat ikinci ifade davetsiz bir misafire de işaret ediyor. "Sınırda kişiliği *olan* bir birey" ifadesini kullanmayı düşündük ama bu terim bile istenmeyen bir sahipliğin sıkıntı verici bir şekilde denetimi altında olunmayı ima ediyor.

Bu adlandırmaların hiçbirinden memnun değiliz ancak yerine uygun başka bir alternatif de koyamadık. Daha tatmin edici bir terminoloji geliştirememiş olmamıza rağmen, SKB'den mustarip kişilere karşı saygımızın, bu kişilerle ilgilenenlere karşı hassasiyetimizin ve ruhsal iyi oluş konusunda sorun yaşayan herkese karşı daha büyük bir anlayış geliştirme ihtiyacının altını çizmek isteriz.

1

Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu'nun Dünyası

Her şey gerçekdışı gibi görünüyor ve kulağa öyle geliyordu. Hiçbir şey olduğu gibi değildi. İstediğim buydu –gerçeğin doğru olmadığı ve hayatın kendisinden saklanabileceği bir başka dünyada kendimle baş başa kalmak.

–Eugene O'Neill'in *Long Day's Journey into Night*
[Uzun Bir Günden Geceye Yolculuk]

Dr. White her şeyin nispeten basit olacağını düşünmüştü. Jennifer'ın tedavisini yaptığı beş yıllık süre boyunca, onun az sayıda sağlık sorunu olmuştu. Mide sorunlarının muhtemelen gastritten kaynaklandığını düşündüğü için onu antasitlerle* tedavi etti. Ancak, tedaviye ve rutin test sonuçlarının normal çıkmasına rağmen, Jennifer'ın mide ağrıları artınca, Dr. White onu hastaneye yatırdı.

Dr. White, kapsamlı tıbbi tetkiklerin ardından, Jennifer'ın işyerinde ve evde maruz kaldığı stresi araştırmaya başladı. Jennifer, büyük bir şirketteki personel müdürlüğü görevinin kendisini büyük bir baskı altına soktuğunu hemen itiraf etti, ancak

* Mide ekşimesini gideren ilaçlar. –*çn*

"pek çok kişinin bu tür sıkıntılı işlere sahip olduğunu" da söyledi. Aynı zamanda evdeki yaşantısının da son zamanlarda daha yoğun olduğunu ekledi. Bir yandan annelik sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken, bir yandan da kocasının yoğun yasal işleriyle baş etmeye çalışıyordu. Ancak bu faktörlerin mide ağrılarıyla bağlantılı olduğu konusunda şüpheleri vardı.

Dr. White, Jennifer'ın psikiyatrik danışmanlık almasını önerdiğinde, Jennifer ilk başta buna karşı çıktı. Jennifer, rahatsızlığının bıçak gibi saplanan ağrılara dönüşmesinin ardından Psikiyatrist Dr. Gray'e görünmeye gönülsüzce razı oldu.

Birkaç gün sonra buluştular. Yirmi sekiz yaşından daha genç ve âdeta bir çocuk gibi görünen Jennifer, sıradan bir odadan özel bir sığınağa dönüştürülmüş bir hastane odasındaki bir yatakta uzanıyordu. Bir pelüş hayvan yatağında kendisinin yanında, bir tanesi de kocasıyla oğlunun çeşitli fotoğraflarının olduğu komodinin yanında duruyordu. Çiçeklerle birlikte gelen ve geçmiş olsun dileklerini içeren kartlar pencere pervazına özenle yerleştirilmişti.

Jennifer ilk başta çok resmiydi, Dr. Gray'in sorularına büyük bir ciddiyetle cevap veriyordu. Daha sonra işinin "kendisini nasıl da bir deli doktoruna görünmeye zorladığı" konusunda espri yaptı. Konuştukça daha üzgün görünmeye başladı. Ses tonundaki kabalık gitgide azaldı ve daha çocuksu bir hal aldı.

Dr. Gray'e, terfi etmenin kendisinden beklenenleri nasıl artırdığını –ona, kendisini güvensiz hissetmesine neden olan yeni sorumluluklar yüklediğini- anlattı. Beş yaşındaki oğlu okula başlıyordu, bu da her ikisi için de zor bir ayrılık olacaktı. Kocası Allan ile tartışmaları gitgide sıklaşıyordu. Hızlı duygu değişimleri yaşadığını ve uykuya dalmakta güçlük çektiğini anlattı. İştahı sürekli azalıyordu ve kilo kaybediyordu. Konsantrasyonu, enerjisi ve cinsel dürtüsü de azalmıştı.

Dr. Gray, ona birtakım geçici antidepresan ilaçları verdi. Bu ilaçlar, mideyle ilgili semptomlarını ortadan kaldırdı ve uyku alışkanlıklarını düzene sokmuş gibi göründü. Birkaç gün içinde

hastaneden taburcu olmaya hazırdı ve ayaktan tedaviyle devam etmeyi kabul etti.

Jennifer, ilerleyen haftalarda, yetiştirilme döneminden daha çok bahsetti. Küçük bir kasabada, seçkin bir işadamının ve sosyetik eşinin kızı olarak büyümüştü. Yerel kilisede itibarlı biri olan babası, kızının ve ondan büyük iki oğlunun mükemmel olmalarını istiyor, çocuklara sürekli olarak cemiyetin onların davranışlarını yakından takip ettiğini hatırlatıp duruyordu. Jennifer'ın ders notları, davranışları ve hatta fikirleri bile hiçbir zaman yeteri kadar iyi değildi. Babasından korkuyor ve sürekli onayını almak istiyor fakat başarılı olamıyordu. Annesi etkisiz ve tarafsız kalıyordu. Ebeveynleri, onun arkadaşlarını değerlendirmeye tabi tutuyor ve onları çoğu zaman tasvip etmiyorlardı. Bunun sonucunda, çok az sayıda arkadaşı ve daha da az sayıda erkek arkadaşı oldu.

Jennifer, üniversiteye başladığında daha da kötüleşen inişli çıkışlı duygularını anlattı. Hayatında ilk kez içki içmeye başlamıştı, bazen aşırıya da kaçıyordu. Kendisini bir anda, yalnız ve bunalımda, sonra da birden mutlu ve tutku dolu hissediyordu. Ara sıra arkadaşlarına karşı öfke patlamaları yaşıyordu – bunlar, çocukken bir şekilde bastırmayı başardığı öfke ataklarıydı.

Bu dönemde aynı zamanda erkeklerin de ilgisini çekmeye başlamıştı, ki bu daha önceleri her zaman kaçındığı bir şeydi. Arzulanmaktan hoşlanmasına rağmen, her zaman bir şekilde onları "kandırdığını" veya aldattığını hissediyordu. Biriyle flört etmeye başladığında, bir tartışma çıkararak ilişkiyi sabote ediyordu.

Hukuk öğrencisi Allan'la tanıştı. Allan, bıkıp usanmadan onun peşinden koşuyor ve Jennifer geri çekilmek istediğinde, ondan uzaklaşmayı reddediyordu. Jennifer'ın giysilerini seçmekten, ona nasıl yürüyeceği, nasıl konuşacağı ve nasıl sağlıklı besleneceği konusunda tavsiyelerde bulunmaktan hoşlanıyordu. Kendisinin sıklıkla gittiği spor salonuna Jennifer'ın da gelmesi için ısrar ediyordu.

"Allan bana bir kimlik sundu," diye açıklıyordu Jennifer.

Allan kendisine cemiyetteki arkadaşları ve müşterileriyle nasıl vakit geçireceği, ne zaman agresif ne zaman ağırbaşlı davranması gerektiği konusunda öğütler veriyordu. Jennifer, doğru zamanda üstleneceği karakterler ve rollerden oluşan bir "oyuncu repertuvarına" sahip oldu.

Jennifer okuldaki üçüncü yılını bitirmeden, Allan'ın ısrarıyla evlendiler. Jennifer okulu bırakıp resepsiyon görevlisi olarak çalışmaya başladı, ancak patronu onun zekâsını fark etti ve onu daha fazla sorumluluk gerektiren görevlere terfi ettirdi.

Evdeyse işler ters gitmeye başladı. Allan'ın kariyeri ve vücut geliştirme hobisi, ev dışında daha fazla vakit geçirmesine neden oluyordu fakat Jennifer bu durumdan nefret ediyordu. Bazen sadece Allan'ı evde daha uzun süre tutabilmek için tartışmalar çıkarıyordu. Sıklıkla kendisine vurması için Allan'ı kışkırtıyordu. Daha sonra da onunla sevişmek istiyordu.

Jennifer'ın çok az arkadaşı vardı. Kadınların dedikoducu ve sıkıcı olduğunu düşünüyordu. Evliliğinden iki yıl sonra sahip olduğu oğlu Scott'ın doğumuyla, hayatında eksik olan huzuru bulacağını umut etti. Oğlunun kendisini daima seveceğini ve hep yanında olacağını düşündü. Ancak bir çocuğun isteklerini karşılamak çok yorucuydu ve Jennifer bir süre sonra işe dönmeye karar verdi.

İşyerinde elde ettiği övgü ve başarıya rağmen, Jennifer kendisini güvensiz hissetmeye devam ediyor, "numara yapıyordu." Kendisinden neredeyse kırk yaş büyük bir iş arkadaşıyla cinsel ilişkiye girdi.

Dr. Gray'e şunları söyledi: "Genellikle iyiyim. Ancak bana hâkim olan ve beni kontrol eden başka bir yanım var. İyi bir anneyim. Ancak diğer yanım benim bir fahişe haline getiriyor, delice davranmama neden oluyor!"

Jennifer, kendisiyle dalga geçmeye devam etti, özellikle de yalnız olduğunda. Bu yalnızlık zamanlarında kendisini terk edilmiş hissediyor ve bunu kendi değersizliğine bağlıyordu. Bir tür rahatlamaya ulaşana kadar, anksiyete hali onu perişan ediyordu. Bazen aşırı yemek yemekten hoşlanıyor, tek seferde

koca bir kâse kurabiyeyi mideye indiriyordu. Oğluyla kocasının fotoğraflarına saatlerce bakıyor, "onları hafızasında canlı tutmaya" çalışıyordu.

Jennifer'ın terapi seanslarındaki fiziksel görünümü önemli ölçüde değişiklik gösteriyordu. İşyerinden geldiği zamanlarda, üzerinde olgunluk ve entelektüelliğin bir yansıması olan takım elbise oluyordu. Ancak tatil günlerinde, kısa pantolon ve diz hizasında çoraplar giyiyor, saçlarını örüyordu. Bu zamanlarda tiz bir sesi olan küçük bir kız gibi davranıyor ve daha kısıtlı bir kelime dağarcığıyla konuşuyordu.

Bazen Dr. Gray'in gözlerinin önünde dönüşüm geçiriyordu. Bilgili ve zeki olabiliyor, büyük bir anlayışla işbirliği içinde çalışabiliyordu, fakat sonra nazlı ve şımarık bir çocuğa dönüşüyor ve yetişkin dünyasında işlev gösteremediğini söylüyordu. Aynı anda hem cazibeli ve sevimli hem de çıkarcı ve kavgaya hazır olabiliyordu. Bir seanstan bir daha gelmeyeceğine yemin ederek hışımla çıkıp gidebiliyor, sonraki seansa Dr. Gray'in onu görmeyi reddedeceğinden korkarak suspus olmuş bir şekilde gelebiliyordu.

Jennifer, kendisini yetişkin zırhı kuşanmış bir çocuk gibi hissediyordu. Diğer yetişkinlerden gördüğü saygı onu şaşırtıyordu; kılık değiştirdiğini her an görebilmelerini, onun çıplak bir kraliçe olduğunu ortaya çıkarmalarını bekliyordu. Seveceği ve onu bu dünyadan koruyacak birine ihtiyaç duyuyordu. Çaresizce yakınlık peşinde koşuyor, ancak biri ona fazla yaklaştığındaysa kaçıyordu.

Jennifer, SKB'den mustaripti. Bu konuda yalnız değil. Araştırmalar, en az 19 milyon Amerikalının (nüfusun yüzde 3 ila 6'sı) SKB'nin başlıca semptomlarını sergilediğini ortaya koyuyor.[1,2] Pek çok araştırma da bu rakamın eksik bir tahmin olduğunu öne sürüyor. Psikiyatri alanında ayaktan tedavi gören hastaların yaklaşık yüzde 10'una, aynı alanda yatan hastaların yüzde 20'sine ve psikiyatrik tedavi gerektiren *tüm* hastaların yüzde 15'i

ila 25'ine SKB teşhisi konuyor. Tüm kişilik bozuklukları arasında en yaygın olanlardan biridir.[3,4]

Bu yaygınlığına rağmen SKB, halk tarafından kısmen bilinmeyen bir kişilik bozukluğudur. Sokaktan geçen birine, anksiyete, depresyon ya da alkolizmi sorduğunuzda, teknik açıdan tam olarak doğru olmasa da hastalığın üstünkörü bir tanımını yapabilir. Ancak SKB'yi tanımlamasını istediğinizde, muhtemelen size boş boş bakacaktır. Diğer yandan, bu kişilik bozukluğunu, deneyimli bir ruh sağlığı uzmanına sorduğunuzda, oldukça farklı bir cevap alırsınız. Bu uzman, derin bir iç çekişin ardından, SKB hastalarının tüm psikiyatrik hastalarının içinde en zor, en korkunç ve en kaçınılması gereken hastalar olduklarını söyler – şizofrenisi olanlardan, alkol ve madde bağımlılığından mustariplerden, başka herhangi bir hastadan da çok. SKB, on yıllardır ruh hastalığının bir tür "Üçüncü Dünyası" olarak –belirsiz, ağır ve endişe verici biçimde– sinsice pusuda beklemektedir.

SKB hakkında kısmen az bilgiye sahip olmamızın nedeni, teşhisin henüz nispeten yeni olmasıdır. Yıllarca "sınırda" ifadesi, daha yerleşik teşhislere uymayan hastalar için kapsamlı bir kategori olarak kullanıldı. Sınırda olarak tanımlanan kişiler, nevrotik hastalardan (duygusal çatışmanın yanı sıra şiddetli anksiyete yaşayanlar) daha çok, ancak psikotik hastalarından (gerçeklikten koptukları için normal işlevleri imkânsızlaşan hastalar) daha az hasta olarak görülmüşlerdir.

Bu bozukluk aynı zamanda diğer ruhsal hastalıklarla birlikte görülür ve bu hastalıkların da sınırındadır: depresyon, anksiyete, bipolar (manik-depresif) bozukluk, şizofreni, somatizasyon bozukluğu (hipokondri), dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoklu kişilik), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkolizm, madde kullanım bozuklukları (nikotin bağımlılığı da dahil), yeme bozuklukları, fobiler, obsesif-kompulsif bozukluk, histeri, sosyopati ve diğer kişilik bozuklukları.

Borderline terimi, ilk olarak 1930'larda kullanılmış olmasına

rağmen, durum 1970'lere kadar açık bir şekilde tanımlanmamıştı. Psikiyatristler, teşhis için gereken belirli semptomlar bir yana, sendromun bağımsız varlığı üzerinde bile yıllarca hemfikir olamadılar. Ancak özgün bir dizi hayat sorunu için terapi ihtiyacı duyan kişi sayısının artmasıyla, bozukluğun özellikleri belirginleşti. SKB teşhisi ilk kez 1980 yılında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan ve psikiyatri mesleğinin "kutsal kitabı" sayılan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın (DSM-III) üçüncü baskısında tanımlandı. O zamandan beri DSM'nin çeşitli revizyonları yapıldı ve en sonuncusu DSM-5, 2013 yılında yayımlandı. Psikiyatrideki çeşitli ekollerin SKB'nin kesin doğası, nedenleri ve tedavisi üzerine tartışmaları devam etse de bozukluk, bugün Amerika'da başlıca ruh sağlığı sorunu olarak resmen kabul ediliyor. Gerçekten de, SKB hastaları, diğer herhangi bir teşhisin konulduğu hastalardan çok daha fazla ruh sağlığı hizmeti alıyor.[5,6] Buna ilaveten, araştırmalar SKB hastalarının yaklaşık yüzde doksanının aynı zamanda en azından bir tane daha belli başlı psikiyatrik teşhise de sahip olduğunu doğruluyor.[7,8] SKB, özellikle kadınlarda, birtakım sağlık sorunlarıyla da ilişkilendiriliyor. Bunlar arasında kronik baş ağrıları ve diğer ağrılar, eklem iltihabı, kalp ve damar sistemi, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, akciğerler, karaciğer, bağışıklık sistemi ve onkolojik sistemlerle ilgili hastalıklar bulunuyor.[9,10,11,12,13,14,15] 2008 yılında, ABD Temsilciler Meclisi, mayıs ayını Sınırda Kişilik Bozukluğu Farkındalık Ayı olarak ilan etti. Ancak yine de, ne yazık ki SKB üzerine yapılan hükümet destekli mevcut araştırmalar, şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi daha az yaygın bozukluklara yönelik araştırmaların sadece küçük bir parçasını oluşturuyor.

Pek çok açıdan, bir virüs genel tıp için ne anlama geliyorsa, SKB de psikiyatri için o anlama gelmiştir: tedavi etmesi sinir bozucu, tanımlanması zor ve doktorun hastasına yeterince açıklaması imkânsız olan, belirsiz ancak tehlikeli bir hastalık için kesin olmayan bir terim.

Demografik Sınırlar

Kişinin, günlük hayatında karşılaştığı *borderline* kişiler kimlerdir?

Bu kişi, bir ilkokul arkadaşı olan Carlotta. Önemsiz bir nedenden dolayı, sizi onu sırtından vurmakla suçluyor ve asla onun gerçek arkadaşı olmadığınızı söylüyor. Haftalar ya da aylar sonraysa, sanki aranızda hiçbir şey olmamış gibi, sizi arayıp bezgin ve cana yakın bir ses tonuyla konuşuyor.

Bu kişi, ofisinizdeki patron olan Bob. Bir gün rutin bir göreve yönelik çabanızdan ötürü size coşku dolu övgüler düzüyor; başka bir günse önemsiz bir hatanız yüzünden sizi azarlıyor. Bazı zamanlar mesafeli ve soğukken, bazı zamanlardaysa birdenbire "arkadaş grubunuzdan biriymiş gibi" davranıyor.

Bu kişi, oğlunuzun kız arkadaşı Arlene. Bir hafta tertemiz şık giysiler içindeyken, başka bir hafta zibidinin ta kendisi oluyor. Bir akşam oğlunuzu terk ediyor, sadece birkaç saat sonraysa sonsuz bağlılık yeminleri ederek geri dönüyor.

Bu kişi, yan komşunuz Brett. Yıkılmakta olan evliliğiyle baş edemeyen Brett, karısının aşikâr sadakatsizliğini bir bakışta anlıyor ama sonra bütün suçu üzerine alıyor. Suçluluk ve kendisini "haksız yere" suçlayan karısına ve çocuklarına karşı öfke ataklarından dolayı kendine duyduğu nefretin karambolünde umutsuzca ailesine sarılıyor.

Bu kısa insan profilleri size tutarsız geldiyse, bu şaşırtıcı değildir. Tutarsızlık, SKB'nin en belirgin özelliğidir. Çelişkiye tahammül edemeyen bu sınırda kişilikler, âdeta yürüyen paradokslar ve ikilemler gibidirler. Bu tutarsızlıkları, ruh sağlığı uzmanlarının bu hastalığın kriterlerini belirleme konusunda zorlanmalarının başlıca nedenidir.

Eğer bu kişilerin hepsi size çok tanıdık geliyorsa, bu da şaşırtıcı değildir. Sınırda kişiliği olan bir eşinizin, akrabanızın, yakın bir arkadaşınızın ya da iş arkadaşınızın olması olasıdır. Belki de SKB hakkında biraz bilginiz vardır ya da kendinizde sınırda kişilik özellikleri görüyorsunuzdur.

Sayılar konusunda kesin bir yargıya varmak zor olsa da, ruh sağlığı uzmanları sınırda kişilerin genel nüfus içindeki sayısının giderek –ve hızlı bir şekilde– arttığı konusunda hemfikir olmakla birlikte, bazı yorumcular, sınırda kişilerin sayısından ziyade terapistlerin bu hastalığa dair farkındalıklarının arttığını öne sürüyorlar.

Sınırda kişilik, gerçekten de bir modern zaman "salgını" mı yoksa sadece "borderline" olarak anılması mı yeni? Her durumda, bozukluk bazı ilgili durumlara yönelik psikolojik çerçeveye yeni bir içgörü sağlamıştır. Çok sayıda araştırma; SKB'yi anoreksiya, bulimiya, DEHB, madde bağımlılığı ve genç yaşta intiharlarla –ki bunların hepsi son on yılda çarpıcı derecede arttı– ilişkilendirmiştir. Birtakım araştırmalar, yeme bozukluğu nedeniyle sağlık tesisine başvuran hastaların neredeyse yüzde 50'sinde SKB olduğunu ortaya çıkarmıştır.[16] Diğer araştırmalar da madde bağımlılarının yüzde 50'den fazlasının aynı zamanda SKB kriterlerine de uyduğunu ortaya koymuştur.

SKB hastalarında, kendine zarar verme ve intihar eğilimi çok yaygındır – bunlar gerçekten de sendromun belirleyici kriterlerindendir. SKB hastalarının yüzde 70'i intihara teşebbüs eder. İntihar sonucunda ölüm oranı da yüzde 8 ila 10 arasındadır ve borderline ergenlerde daha da yüksektir. Geçmiş intihar teşebbüsleri, kaotik aile yaşamı ve destek eksikliği, bu olasılığı artırır. Aynı zamanda depresif ya da manik-depresif (bipolar) bozukluk ya da alkolizm veya madde bağımlılığı olan SKB hastalarında bu risk daha da yüksektir.[17,18]

Doktorlar, Psikiyatrik Hastalığı Nasıl Teşhis Ederler?

1980 öncesi dönemde, DSM-I ve II, psikiyatrik hastalığı olgulara dayalı terimlerle tanımlamıştı. Ancak DSM-III'ten itibaren, psikiyatrik bozukluklar, yapısal, *kategorik* paradigmalarla tanımlanmaya başladı; yani, çeşitli semptomlar belirli bir hastalığı hatırlatıcı olarak görüldü ve belli sayıda kriterin karşılanması durumunda, o kişinin o hastalığın kategorik gerekliliklerini sağladığı kabul edildi. İlginçtir ki, DSM'nin 1980'den bu yana

dört revizyonunda, SKB'nin belirleyici kriterlerinde sadece ufak tefek değişiklikler yapıldı. Kısa bir süre sonra ele alacağımız üzere, dokuz kriter SKB ile ilişkilendirilmiştir ve kişinin bu dokuz kriterin beş ya da daha fazlasına sahip olması hastalığın teşhisi için yeterlidir.

Kategorik paradigma, özellikle de kişilik bozukluklarının teşhisi açısından psikiyatristler arasında anlaşmazlık yarattı. Diğer pek çok psikiyatrik hastalıktan farklı olarak, kişilik bozukluklarının genellikle genç erişkinlik döneminde oluştuğu ve ilerleyen dönemlerde devam ettiği düşünülür. Bu kişilik özellikleri, kalıcı olma eğilimindedirler ve zamanla sadece peyderpey değişirler. Ancak, tanımların kategorik sistemi, gerçekdışı derecede tutarsız teşhis değişiklikleri doğurabilir. SKB'ye ilişkin olarak, SKB'nin beş semptomunu sergileyen bir sınırda kişilik hastası, tek bir semptom değiştiğinde artık teorik olarak sınırda kişilik hastası sayılmayabilir. Böylesine hızlı bir "iyileşme", kişilik kavramıyla tutarsız görünmektedir.

Bu ve diğer nedenlerle, bazı araştırmacılar ve klinisyenler, DSM'yi teşhise yönelik *boyutsal* bir yaklaşım getirerek düzenlemeyi önerdiler. Böyle bir model, "SKB dereceleri" olarak adlandırılan şeyi belirlemeye yönelik bir çabaydı, çünkü bazı borderline kişiler, diğerlerinden daha yüksek seviyede fonksiyon gösteriyorlardı. Bu yazarlar, bir kişinin borderline olup olmadığı sonucuna varmak yerine, bozukluğun bir spektrum kapsamında ele alınması gerektiğini öne sürdüler. Bu yaklaşım, araştırma sonucunda hangi semptomların yaygın ve uzun süreli olduğuna bağlı olarak, belirleyici kriterlerin bir kısmına farklı önem dereceleri atfediyordu. Bu tür bir yöntem, tipik, "kusursuz" bir sınırda kişilik prototipi sunabilirdi, bu da bir hastanın tanımla ne kadar "eşleştiğine" dayalı ölçütleri standart hale getirebilirdi. Boyutsal bir yaklaşım, fonksiyonel bozulmayı ölçmek için kullanılabilirdi. Bu yolla, yüksek ya da düşük fonksiyonlu bir SKB hastası, yaşamsal görevlerini yerine getirme becerisine göre tanımlanabilirdi. Farklı bir metodoloji, SKB ile ilişkili dürtüsellik, yenilik arayışı, ödül

bağımlılığı, zarardan kaçınma, nevrotiklik (strese yatkınlık, yetersiz dürtü kontrolü, anksiyete, ruh hali değişikliği, vb. gibi özellikler) gibi özellikleri ölçümleyebilirdi.[19,20,21] Bu tür uyarlamalar, sadece bozukluğun varlığını ya da yokluğunu belirlemek yerine, değişiklikleri ve ilerleme derecelerini de daha doğru ölçebilirdi.

Bu iki tanımsal yaklaşım arasındaki farkı anlamak için, "toplumsal cinsiyeti" algılama şeklimizi ele alalım. Bir kişinin erkek ya da dişi olarak tanımlanması, nesnel fiziksel, genetik ve hormonal faktörlere dayalı *kategorik* bir tanımdır. Erkeklik ya da kadınlık tanımları ise, kişisel, kültürel ve daha az nesnel kriterlerin etkisi altında kalan, *boyutsal* kavramlardır. Ortaya konulan ve hâlâ geliştirilmeye devam eden üç boyutsal model, Ek-A'da tanımlanmıştır. Bunların kapsamı şöyledir: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Kişilik Bozukluklarına İlişkin Alternatif DSM-5 Modeli (AMPD), Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) ve ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Araştırma Etki Alanı Kriterleri (RDoC). DSM'nin gelecekteki baskılarının, teşhisin boyutsal özelliklerini de içermesi olası görünüyor.

SKB Teşhisi

DSM-5, SKB için dokuz kategorik kriter belirlemiştir ve bu bozukluğun teşhisinin konulması için bunlardan beşi bulunmalıdır.[22] SKB'nin bu belirleyici özellikleri, çok az ayıda değişikliğe uğramakla birlikte, kırk yılı aşkın bir süredir aynı kalmıştır. İlk bakışta bu kriterler birbirinden bağımsız ya da sadece uzaktan ilişkili gibi görünebilir. Ancak detaylı incelendiğinde, bu dokuz kriterin anlaşılması güç bir şekilde birbiriyle bağlantılı ve bir semptomun diğerinin ortaya çıkışını âdeta motorun pistonları gibi tetikleyecek şekilde birbirleriyle ilişkili olduğu görülür.

Bu dokuz kriter, aşağıdaki gibi özetlenebilir (her biri 2. Bölüm'de detaylı bir şekilde ele alınacaktır):

1. Gerçek ya da hayali terk edilmekten kaçınmak için aşırı çaba gösterme.
2. Kişilerarası tutarsız ve yoğun ilişkiler.
3. Net bir kimlik bilincinin eksikliği.
4. Madde bağımlılığı, seks, mağaza hırsızlığı, dikkatsiz araç kullanma, aşırı yemek yeme gibi kendi kendine zarar verme davranışlarına yönelik dürtüsellik.
5. Tekrarlayan intihar tehdidi ya da eylemleri veya kendi kendini yaralama davranışları.
6. Yoğun duygudurum değişiklikleri ve durumsal strese yönelik aşırı tepki.
7. Kronik boşluk hissi.
8. Sık ve yersiz öfke gösterileri.
9. Gerçekdışılık ya da paranoyaya yönelik geçici, stresle ilişkili duygular.

Bu dokuz semptom, hangi tedavinin sıklıkla uygulanacağına göre dört temel alana ayrılabilir:

1. Duygudurum değişkenliği (1, 6, 7 ve 8. kriterler)
2. Dürtüsellik ve tehlikeli kontrolsüz davranış (4 ve 5. kriterler)
3. Kişilerarası psikopatoloji (2 ve 3. kriterler)
4. Düşünce ve algı çarpıklığı (9. kriter)

Duygusal Hemofili

Klinik terminolojinin temelinde, borderline bireyler ve sevdikleri kişilerin yaşadıkları ıstırap vardır. SKB'si olan kişi için hayatın büyük bir kısmı duygusal iniş çıkışlardan ibarettir. SKB'lilerle birlikte yaşayan, onu seven ya da onu tedavi eden biri için de bu seyahat, fırtınalı, ümitsiz ve moral bozucu olabilir.

Jennifer ve diğer milyonlarca SKB hastası, en sevdikleri kişilere karşı kontrol edilemez bir öfkeye kapılırlar. Şiddetli duygusal çelişkiler tarafından parçalanmış bir kimlikle, kendilerini çaresiz ve kimsesiz hissederler.

Duygudurum değişiklikleri aniden, patlayıcı bir şekilde gerçekleşir ve borderline bireyi neşenin zirvesinden depresyonun dibine taşır. Kişi, bir an öfkeyle dolar, bir diğer ansa sakinleşir ve genellikle neden bu kadar öfkelendiğini bilmez. Sonrasında da bu atağın kökenini anlayamamak, daha çok kendinden nefrete ve bunalıma neden olur.

SKB hastası, bir tür "duygusal hemofili" yaşar; duygusal ataklarını hafifletmek için gereken pıhtılaşma mekanizmasından yoksundur. Bir tutkuyu delin, sınırda bir kişiliğin hassas "derisine" bir duyarlılık saplayın, bu kişi duygusal olarak kan kaybından ölecektir. Uzun süreli memnuniyet dönemleri SKB'den mustarip olanların alışık olmadıkları durumlardır. Kronik boşluk hissi, kaçmak için çaresizce bir şey yapana dek bu kişileri tüketir. Bu kötü zamanların kıskacında, bu kişiler pek çok dürtüsel, kendine zarar verme davranışları sergileme eğilimindedirler –aşırı alkol ve madde kullanımı, aşırı yemek yeme, anoreksik perhizler, müshil alıp bulimik kusmalar, kumar oynama, alışveriş çılgınlığı, rasgele cinsel ilişkide bulunma ve kendi kendini sakatlama gibi. Bu kişiler intihara teşebbüs edebilir, bunu genellikle ölme niyetiyle değil *bir şeyler* hissetme arzusuyla, hayatta olduğunu doğrulamak için yaparlar.

SKB hastalarından biri, "Böyle hissetmekten nefret ediyorum," diye itirafta bulunmuştu. "İntiharı düşündüğümde, çok cazip ve çekici geliyor. Bazen intihar, kendimi bağdaştırabildiğim tek şey oluyor. Kendime zarar vermemeyi istemek çok zor. Sanki kendime zarar verirsem, endişe ve ıstırap yok olacakmış gibi geliyor."

SKB'nin merkezinde, temel bir kimlik hissi eksikliği vardır. SKB'si olan kişiler kendilerini tanımlarken, kim olduklarına dair genellikle daha net bir fikre sahip diğer hastaların aksine, genellikle kafası karışık ya da çelişkili bir otoportre çizerler. Belirsiz ve genellikle olumsuz öz imajlarının üstesinden gelebilmek için âdeta oyuncular gibi sürekli olarak "iyi rollerin" ve kimlik eksikliklerini giderebilecekleri tam "karakterlerin" peşindedirler. Bu nedenle, genellikle çevreye ve duruma bukalemunlar gibi uyum

sağlarlar, tıpkı Woody Allen'ın *Zelig* adlı filminde etrafındaki insanların kişiliğine, kimliğine ve görünüşüne bürünen başkarakter gibidirler.

İster seks yoluyla, ister ilaçlar ya da diğer biçimlerde elde edilmiş olsun, coşturucu deneyimlerin cazibesi, SKB hastası için bazen bunaltıcı olabilir. Coşku içindeyken, benliğin ve dış dünyanın ortaya çıktığı ikinci bir başlangıç şeklindeki ilkel dünyaya dönebilirler. Yoğun yalnızlık ve kimsesizlik dönemlerinde, bazen günlerce süren aşırı madde ve alkol tüketimine ya da cinsel maceralara (bir ya da birden fazla partnerle) yönelebilirler. Sanki kimlik bulma mücadelesi dayanılmaz hale geldiğinde, kişinin kimliğini tümüyle kaybetmesi ya da acı veya uyuşma yoluyla benliğinin suretine erişmesi, çözümmüş gibi gelir.

SKB'si olan bir kişinin aile geçmişinde genellikle alkolizm, depresyon ve duygusal rahatsızlıklar göze çarpar. Borderline'lı bir çocukluk dönemi genellikle ıssız bir savaş alanıdır; kişi, ilgisiz ya da reddedici ebeveynler ya da ebeveyn eksikliği, duygusal yoksunluk ve kronik istismar nedeniyle yaralanmıştır. Araştırmaların çoğu, çok sayıda SKB hastasında ciddi psikolojik, fiziksel ya da cinsel istismar geçmişi olduğunu tespit etmiştir. Gerçekten de, kötü muamele görmüş olmak, şiddete tanık olmak, ihmal ya da ebeveynler veya birincil bakımverenler tarafından deneyimden yoksun bırakılma durumları, SKB hastalarını diğer psikiyatrik hastalardan ayırır.[23,24] Bu tür hastalar, diğer hastalıklara karşı daha açıktırlar ve hormonal, inflamatuar, genetik ve diğer nörobiyolojik süreçlerde değişim sergilemeye daha meyillidirler.[25] Bir araştırma, çocukluk çağında sıkıntı yaşamış hamile kadınların çocuklarındaki kromozomal kalıpları inceledi. Annenin geçmişteki çocukluk istismarının şiddetiyle bebeğin telomer (kromozomların uçlarındaki koruyucu kapaklar) uzunluğunun kısalma derecesi arasında doğrudan bir ilişki vardı. Bu, aynı zamanda on sekiz aylıkken artan davranış sorunlarıyla da ilişkilendirildi.[26]

Bu istikrarsız ilişkiler, romantik ilişkilerin son derece hararetli ve genellikle kısa süreli olduğu ergenlik ve yetişkinlik çağına uzanır. Borderline birey, bir gün partnerinin çılgınca peşinden koşuyorken ertesi gün onu sepetleyebilir. Daha uzun süreli –genellikle yıllardan ziyade haftalar ve aylarla ölçülen– ilişkiler, genelde öfke, merak ve heyecan çalkantılarla doludur. Bu, çocukluk döneminde kötü muamele gören kişiler arasında fiziksel temasa aşırı duyarlılığı ve mesafe koyma tercihini gösteren araştırma sonucuyla ilgili olabilir.[27]

Bölünme: Sınırda Kişilik Bozukluğu Olan Kişinin Siyah-Beyaz Dünyası

SKB olan bir yetişkin için dünya, tıpkı bir çocuğun dünyası gibi, kahramanlar ve kötü adamlar arasında ikiye bölünmüştür. SKB'si olan birey, çocuksu bir duyguyla, insanların tutarsızlıklarına ve belirsizliklerine tahammül edemez; bir başkasının iyi ve kötü niteliklerini, o kişiye yönelik tutarlı ve uyumlu bir anlayışla bağdaştıramaz. Herhangi bir zamanda, kişi ya "iyi" ya da "kötü"dür; bunun bir arası ya da gri bir alan yoktur. Nüanslar ve gölgeler büyük zorlukla kavranır ya da hiç kavranamaz. Âşıklar ve eşler, anneler ve babalar, kardeşler, arkadaşlar ve psikoterapistler bir gün idol haline getirilirken, bir başka gün tamamıyla değersizleştirilip reddedilebilirler.

İdealize edilmiş kişi, sonunda hayal kırıklığına uğrattığında (er ya da geç hepimizin yaptığı gibi), borderline birey, bu kişiye dair katı ve esnek olmayan kavramsallaştırmasını yeniden etraflıca yapılandırmak zorunda kalır. Bu idol ya zindana atılır ya da diğer kişinin "tamamen iyi" imajını korumak için *kendi kendisini* sürgün eder.

"Bölünme" olarak adlandırılan bu davranış türü, SKB'de kullanılan temel savunma mekanizmasıdır. Teknik olarak tanımlamak gerekirse, bölünme, kişinin kendisiyle ve diğerleriyle ilgili olumlu ve olumsuz düşünce ve duyguların katı bir şekilde birbirinden ayrılması ve bu duyguların sentezlenememesidir. Çoğu kişi çelişki yaşayabilir ve iki karşıt duygu durumunu aynı anda hissedebilir; fakat SKB'si olan kişiler karakteristik olarak bir ile-

ri bir geri hareket ederler, bir duygusal durumun hiç farkında değilken, diğer bir duruma dibine kadar batmış haldedirler.

Bölünme, anksiyeteden bir imdat çıkışı sağlar: SKB'si olan kişi, genellikle yakın bir arkadaşını ya bir ilişkiyi (bu kişiye "Joe" diyelim), farklı zamanlarda iki ayrı insan olarak görür. Bir gün, "İyi Joe"ya koşulsuz hayranlık besler, onu tamamıyla iyi olarak algılar; bu kişinin olumsuz özellikleri yoktur ve bu tür özellikler "Kötü Joe"ya atfedilmiştir. Diğer günlerdeyse, "Kötü Joe"yu tamamıyla hor görür ve kendini suçlamaksızın onun kötülüğüne karşı öfke duyar – artık Joe'nun olumlu özellikleri yoktur ve bu öfkeyi kesinlikle hak etmiştir.

SKB'si olan kişiyi karşıt duyguların ve imgelerin yaylım ateşinden –ve bu imgeleri uzlaştırma çabasından kaynaklı anksiyeteden– koruma niyeti olan bölünme mekanizması, genellikle ve tuhaf bir şekilde tam tersi etki yapar: kişilik dokusundaki yıpranmalar tamamen sökük haline gelir; kendi kimliği ve diğerlerinin kimliğine yönelik algıysa daha çarpıcı şekilde ve sıklıkla değişir.

Fırtınalı İlişkiler

Sürekli olarak başkaları tarafından kurban edilmişlik hissine rağmen, SKB'si olan bir kişi, çaresizce yeni ilişkiler arar; çünkü yalnızlık, hatta geçici yalnızlık bile kötü muameleden daha dayanılmazdır. SKB'si'si olan bu kişiler yalnızlıktan kaçmak için bekârların takıldığı barlara, ilişki sitelerine, rasgele ilişki yaşadığı son kişinin kollarına, kendilerini kendi düşüncelerinin ıstırabından kurtarabilecek biriyle tanışabileceği herhangi bir yere yönelirler. Sürekli olarak "O Adam"ı ya da "O Kadın"ı ararlar.

Hayatta yapılandırılmış bir rol için amansız arayışlarında, genellikle tamamlayıcı kişilik özelliklerine sahip kişilerden etkilenir ve kendileri de bu kişileri etkilerler. Örneğin, Jennifer'ın kocası, otoriterliği ve narsist kişiliğiyle Jennifer için çok da çaba harcamadan iyi tanımlanmış bir rol biçti. Söz konusu kimlik,

kötü muamele ve itaatkârlık içerse bile ona bir kimlik vermiş oldu.

Ancak SKB'de ilişkiler genellikle hızlı bir şekilde parçalanır. Bu kişilerle yakınlığı sürdürmek, sendromu anlamayı ve uzun, tehlikeli bir ipin üzerinde yürümeye razı olmayı gerektirir. Aşırı yakınlık bu kişilere boğucu gelir. Kişinin mesafesini koruması ya da SKB'li bireyi yalnız bırakması –kısa süreler için bile–, çocukluğunda hissettiği terk edilmişlik duygusunu ona hatırlatabilir. Her iki durumda da borderline birey şiddetli tepkiler verir.

Bir anlamda, SKB'si olan kişi, kişilerarası ilişkilerin yalnızca kabataslak bir haritasını taşıyan duygusal bir kâşif gibidir; diğerleriyle, özellikle de kendisi için önemli kişilerle arasında olması gereken ruhsal mesafeyi ayarlamak bu kişiye çok zor gelir. Telafi etmek için, bağımlılığa sımsıkı tutunmakla öfke dolu manipülasyon arasında, şükran duygusuyla mantıksız öfke patlamaları arasında bir karambol yaşar. Terk edilmekten korkar, bu nedenle sımsıkı tutunur; başka biri tarafından yutulmaktan korkar, bu nedenle karşısındakini kendinden uzaklaştırır. Hem samimiyet ister hem de samimiyetten korkar. En çok bağlantı kurmak istediği kişiyi geri püskürtür.

İşyeri Sorunları

SKB'si olan kişiler, kişisel hayatlarını idare ettirmekte büyük zorluklar yaşasalar da, pek çoğu işyerlerinde verimli bir şekilde işlev gösterebilir – özellikle de iş iyi yapılandırılmış, net tanımlanmışsa ve destekleyiciyse. Bazıları uzun süre iyi performans sergileyebilir, ancak sonra bir anda –işin yapısındaki bir değişiklik ya da kişisel hayatlarındaki etkili bir değişim ya da sadece sıkılma ve değişiklik arzusu nedeniyle– görevlerinden ayrılır ya da görevini kötüye kullanır ve sıradaki fırsata yönelirler. Pek çoğu, tekrarlayan doktor ziyaretlerine ve hastalık izinlerine yol açan sık ve kronik haldeki küçük tıbbi hastalıklardan yakınır.[28]

İş dünyası, onlar için sosyal ilişkilerindeki anarşiye karşı bir

sığınak niteliği taşıyabilir. Bu nedenle, SKB'si olan bireyler sıklıkla iyi yapılandırılmış iş ortamlarında iyi performans sergilerler. İnsanlara yardım hizmeti sunan meslekler –tıp, hemşirelik, rahiplik, psikolojik danışmanlık– sosyal ilişkilerinde kaybettikleri otorite ve kontrol gücüne erişmeye çalışan pek çok SKB'liyi çeker. Belki daha da önemlisi, bu görevlerde bulunarak, kendi hayatlarında özlemini çektikleri ilgiyi başkalarına gösterebilirler – ve diğerlerinin takdirini toplayabilirler. Borderline olan bireyler genellikle çok zekidirler ve dikkat çekici sanatsal becerilere sahiptirler; güçlü duygulara kolay erişim sağlayabildiklerinde, mesleklerinde yaratıcı ve başarılı olabilirler.

Ancak son derece rekabetçi veya iyi yapılandırılmamış bir iş ya da çok eleştirel bir yönetici, yoğun ve kontrolsüz öfkeyi ve hassas olduğu reddedilmeye karşı aşırı duyarlılığı tetikleyebilir. Öfke, işyerine nüfuz ederek kelimenin tam anlamıyla bir kariyeri yok edebilir.

"Kadın Hastalığı" mı?

Kısa süre önceye kadar araştırmalar, SKB olan kadın hastaların sayısının, erkek hastaların üç ya da dört katı kadar olduğunu öne sürüyordu. Ancak, yakın zamanlarda yapılan epidemiyolojik araştırmalar, kadınların daha sık tedaviye dahil olmalarına rağmen, yaygınlığın her iki cinsiyette de benzer olduğunu ortaya koyuyor. Bununla birlikte, semptomların şiddeti ve yeti kaybı kadınlarda daha fazladır. Bu faktörler, klinik araştırmalarda kadınların neden daha çok temsil edildiğini açıklamaya yardımcı olabilir. Ancak, SKB'nin bir "kadın hastalığı" olduğu izlenimine katkıda bulunan başka faktörler de bulunabilir.

Bazı eleştirmenler, bir tür klinisyen önyargısının borderline teşhisinde etkili olduğunu düşünüyor. Psikoterapistler, erkeklerdeki kimlik ve dürtüsellikle ilgili sorunları daha "normal" olarak algılayabilirler; bunun sonucu olarak da erkeklerdeki SKB'yi normalden daha az oranda teşhis edemeyebilirler. Kadınlardaki zarar verici davranışlar, duygudurum bozukluğunun

bir sonucu olarak görülebilirken, erkeklerdeki benzer davranışlar antisosyallik olarak görülebilir. Bu durumdaki kadınlar tedaviye yönlendirilirken, erkekler bunun yerine, doğru teşhisten sonsuza dek kurtulabilecekleri ceza yargılaması sistemine aktarılabilirler.

Farklı Yaş Gruplarında Sınırda Kişilik Bozukluğu

SKB'nin pek çok özelliği –dürtüsellik, çalkantılı ilişkiler, kimlik karmaşası, duygudurum değişkenliği– herhangi bir ergen için önemli gelişimsel engellerdir. Gerçekten de bir öz kimlik oluşturmak, hem gençlerin hem borderline olan kişilerin temel isteğidir. O halde, SKB teşhisi ergenler ve genç yetişkinlerde diğer yaş gruplarından daha yaygındır.[29]

SKB, yaşlılarda nadiren görülmektedir. Yakın zamanda yapılan araştırmalar, SKB teşhisindeki en büyük düşüşün kırklı yaşların ortalarından sonra meydana geldiğini göstermektedir. Bazı araştırmacılar bu veriye dayanarak, borderline olan çoğu yaşlı yetişkinin "olgunlaştığını" ve zamanla istikrara erişebildiğini varsayıyorlar. Ancak, yaşlıların, yaşlanan bazı yetişkinler için tehlikeli bir uyum süreci olan fiziksel ve zihinsel işlevlerde gitgide artan bir zayıflamayla baş etmeleri gerekir. Kırılgan bir kimlik için, beklentileri değiştirme ve benlik imgesini ayarlama işi, semptomları şiddetlendirebilir. Kalıcı psikopatolojiye sahip yaşlı SKB'liler, bozulan işlevleri inkâr edebilir, eksikliklerinin suçunu başkalarına yansıtabilir ve gitgide artan bir şekilde paranoyak hale gelebilirler; diğer zamanlardaysa, engelleri abartıp daha bağımlı hale gelebilirler.

Sosyoekonomik Faktörler

SKB hastalığı, ABD'de tüm kültürlerde ve ekonomik sınıflarda tespit edilen bir hastalık olmuştur. Ancak, ayrılmış, boşanmış, dul kalanlarda ya da yalnız yaşayanlarda ve daha düşük gelire ve

eğitim düzeyine sahip kişilerde SKB görülme oranı önemli ölçüde daha yüksektir. Yoksulluğun bebekler ve çocuklar üzerindeki etkileri –yüksek stres seviyeleri, düşük eğitim, iyi çocuk bakımından, psikiyatrik bakımdan ve hamilelik dönemi bakımından yoksun olma (belki de beyin hasarı ya da yetersiz beslenmeyle sonuçlanabilecek şekilde) – SKB'nin yoksullar arasında görülme olasılığını artıran faktörler olabilir.

SKB'nin sosyal bedelleri oldukça fazladır. SKB hastaları, sadece psikiyatrik ve diğer medikal bozukluklar için yüksek bedeller ödemekle kalmaz, aynı zamanda bu hastalıkla bağlantılı olarak, genel nüfusa oranla iş verimliliği kaybı nedeniyle de yüksek bedeller öderler. Binlerce hastayı içeren on beş yıllık kapsamlı bir Danimarka araştırması, SKB hastalarının sağlık bakım maliyetleriyle genel nüfusunkileri karşılaştırdı. Veriler, SKB teşhisi konulmadan beş yıl öncesinde bile diğer sağlık maliyetlerinin daha yüksek olduğunu doğruladı. Araştırma ayrıca, SKB hastalarının eşlerinin de sağlık bakımı ve verimlilik kaybının bedelini ödediğini gösterdi.[30]

Coğrafi Sınırlar

Borderline sendromuyla ilgili teorik formülasyonların ve deneysel araştırmaların çoğunun ABD'de yapılmasına rağmen, diğer ülkeler de –Kanada, Meksika, Almanya, İsrail, İsveç, Danimarka ve diğer Batı Avrupa ülkeleri, Rusya, Çin, Kore, Japonya ve diğer Doğu ülkeleri– kendi nüfusları içinde SKB hastalığını tespit etmişlerdir.

Karşılaştırmalı çalışmalar, bu noktada yetersiz ve çelişkilidir. Örneğin, bazı araştırmalar, Latin Amerika kökenliler arasında SKB oranının yüksek olduğunu belirtirken, bazıları bu bulguyu doğrulamamaktadır. Bazı araştırmalar, Amerikan yerlisi erkeklerde SKB oranının daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Tutarlı çalışmalar azdır ancak sendromun nedensel dokusunu oluşturan çocuk yetiştirmeyle ilgili, kültürel ve sosyal bağlar hakkında önemli bir içgörü sağlayabilir.

Ünlülerde ve Kurgusal Karakterlerde Sınırda Kişilik Bozukluğu Davranışı

Sınırda kişiliğin yeni bir olgu mu yoksa çoktan beri birbirleriyle ilişkili içsel duygular ve dışsal davranışların kümesi için yeni bir tanımlama mı olduğu konusu, ruh sağlığı camiasında ilgi çeken bir konudur. Çoğu psikiyatrist, SKB sendromunun bir süredir mevcut olduğu; artan öneminin hastaların zihninde yayılmasından (bulaşıcı bir hastalık ya da kronik zayıflatıcı bir durum gibi) ziyade, klinisyenlerin farkındalığından kaynaklandığı görüşündedir. Gerçekten de pek çok psikiyatrist, Sigmund Freud'un yüzyılın başındaki en ilginç "nevroz" vakalarının bir kısmının, günümüzde açıkça SKB olarak teşhis alabileceğine inanmaktadırlar.[31]

Bu şekilde algılandığında, SKB sendromu, en karmaşık kişiliklerin –hem geçmişteki hem de şimdiki, hem gerçek hem de kurgusal– bazılarını anlamak için ilginç bir yeni bakış açısı haline gelir. Diğer taraftan, tanınmış kişiler ve karakterlerin, sendromun farklı yönlerini gösterdiği kabul edilebilir. Benzer şekilde, biyografi yazarları ve diğerleri, bu terimin, Prenses Diana, Marilyn Monroe, Zelda Fitzgerald, Thomas Wolfe, T. E. Lawrence, Adolf Hitler ve Muammer Kaddafi gibi çeşitli kişiliklere uygun olduğu yorumunda bulunmuşlardır. Kültürel eleştirmenler; *İhtiras Tramvayı*'ndaki Blanche DuBois'nin, *Kim Korkar Hain Kurttan?* filmindeki Martha'nın, *Kabare* filmindeki Sally Bowles'in, *Taksi Şoförü* filmindeki Travis Bickle'ın, *Şebeke* filmindeki Howard Beale'nin, *Crazy Ex-Girlfriend* [Çılgın Eski Kız Arkadaş] dizisindeki Rebecca Bunch'ın ve Bizet operasındaki Carmen'in borderline belirtileri ve davranışları sergilediğini söylerler. SKB semptomları ya da davranışları, bu karakterlerde görülüyor olsa da, SKB'nin bu gerçek kişilerin ya da kurgusal karakterlerin veya bu kişilerin yer aldığı eserlerin kaderlerine ya da radikal eylemlerine neden olması veya onları yönlendirmesi gerektiği varsayılmamalıdır. Örneğin, Hitler muhtemelen zihinsel bozukluklar tarafından yönlendiriliyordu ve toplumsal

güçler onun ruhunda SKB'den çok daha fazla ön plana çıkıyordu; Marilyn Monroe'nun (sözüm ona) intiharının temel nedenleri, muhtemelen SKB'nin buna neden olduğunu söylemekten çok daha karmaşıktı. *Taksi Şoförü* ya da *Şebeke* filmlerinin yapımcılarının, bilinçli olarak SKB hastası bir anakarakter yaratmaya çalıştıklarına dair çok az kanıt vardır. Borderline sendromu, bu büyüleyici kişilikleri yorumlamak ve analiz etmek için sadece bir başka bakış açısı sunar.

Son on yıldır, bu kişilerin çoğu bu konuda bir açıklama yapmamış olsa da, tanınmış oyuncular ve müzisyenler de dahil olmak üzere, pek çok ünlü kişinin sınırda kişilik belirtileri sergilediğine dair söylentiler dolanıyor. *Saturday Night Live* programının oyuncularından Pete Davidson ve Amerikan Ulusal Futbol Ligi eski yıldızlarından Brandon Marshall gibi diğer isimlerse, SKB teşhislerini, hastalığın sıkıntılarını ve ruh hastalığı bozukluklarına dair belirtilerini saklamadılar. SKB için temel bir tedavi yaklaşımı olan Diyalektik Davranış Terapisi'ni geliştiren tanınmış araştırmacı Dr. Marsha Linehan, kendisinin de bu bozuklukla mücadele verdiğini, ergenlik döneminde kendine zarar verme ve diğer semptomlardan dolayı uzun süre hastanede yattığını açıklamıştı.

Araştırma ve Tedavideki İlerlemeler

Bu kitabın ilk baskısının yayımlanmasından bu yana, SKB'nin temel nedenleri ve tedavisine yönelik araştırmalarda önemli aşamalar kaydedildi. Psikiyatrik hastalıkların altında yatan biyolojik, psikolojik ve genetik nedenlere dair bilgimiz giderek artıyor. Beynin farklı bölümleri arasındaki etkileşimler ve duygular arasındaki kesişimler ve üst düzey akıl yürütme arasındaki ilişki aydınlatılıyor. Nörotransmitterlerin, hormonların, bağışıklık sisteminin ve beyindeki kimyasal reaksiyonların rolü daha iyi anlaşılıyor. Kişilik işlevselliğini belirlemek için genetik hassasiyet, genlerin devreye girip çıkması ve yaşamsal olaylarla çakışma araştırılıyor. Yeni psikoterapi yöntemleri geliştiriliyor.

Uzun dönemli çalışmalar, pek çok hastanın zamanla iyileştiğini ve hatta önemli ölçüde ilerleme kaydettiğini ortaya koyuyor. On altı yıllık bir takibin ardından, SKB hastalarının yüzde 99'unda en az iki yıllık düzelme gerçekleştiği ve yüzde 78'inin de sekiz yıllık bir düzelme (dokuz belirleyici kriterin beşini artık sergilememesi olarak tanımlanıyor) sağladığı tespit edildi. Ancak, yıkıcı dürtüsellik, kendine zarar verme, intihar teşebbüsü ve yarı psikotik düşünme gibi daha şiddetli belirleyici semptomların bir kısmının azalmasına rağmen, bu hastaların pek çoğu sosyal ortamlarda, iş ve okul ortamlarında mücadele vermeye devam ediyor. Her ne kadar tekrarlama oranları yüzde 34 gibi yüksek bir düzeyde olsa da, on yılın sonunda hastaların yüzde 50'sinde sosyal ve mesleki açıdan iyi işlev göstermeyle birlikte tam iyileşme sağlanıyor.[32,33,34,35] Pek çok SKB hastası, istikrarlı bir tedavi olmaksızın iyileşme gösteriyor, ancak sürekli tedavi iyileşmeyi hızlandırıyor.[36]

Borderline "Patolojisi" Sorunu

Bir dereceye kadar hepimiz, SKB hastasının mücadele verdiği sorunlarla –ayrılma tehdidi, reddedilme korkusu, kimlik karmaşası, boşluk hissi ve can sıkıntısı– boğuşuyoruz. Kaçımız yoğun derecede tutarsız birkaç ilişki yaşamamışızdır ki? Ya da ara sıra öfkeden küplere binmemişizdir? Ya da coşku dolu hallerin büyüsüne kapılmayan var mı? Ya da yalnız olmaktan korkmayan, ruh hali değişimi yaşamayan ya da bir şekilde kendine zarar verici davranışta bulunmayan var mı?

Hiç değilse, SKB bize "normal" ile "patolojik" olan arasındaki sınırın bazen çok ince olabileceğini hatırlatır. Bu kitaptaki tanımlamaların pek çoğu, bu bozukluğun uç örneklerini gösterir. Peki hepimiz, bir dereceye kadar sınırda kişilik semptomlarını gösterir miyiz? Bunun cevabı muhtemelen evettir. Gerçekten de, pek çoğunuz bu ilk bölümü okurken kendinizden ya da tanıdığınız birinden izler bulmuş olabilirsiniz. Ayırıcı faktörse, bu sendromun hepimizin hayatını altüst edecek –ya da idare

edecek– şekilde kontrol etmediği gerçeğidir. Duygu, düşünce ve davranışlardaki aşırılıklarıyla SKB, yirmi birinci yüzyılın ilk yirmi yılındaki insan karakterinin –ve toplumumuzun– en iyi ve en kötü yanlarından bazılarını temsil eder. Onun derinliklerini ve sınırlarını keşfettikçe, en çirkin içgüdülerimiz ya da en yüksek potansiyellerimizle ve bir noktadan diğerine geçebilmek için yapmamız gereken zorlu yolculukla karşı karşıya kalabiliriz.

2

Kaos ve Boşluk

Hepsi geçici bir heves. Kısa bir süre sonra sebepsiz yere nefret edeceklerini ölçüsüzce seviyorlar.

–Thomas Sydenham, günümüzün SKB hastalığının muadili "histeri" konusunda uzman bir 17. yüzyıl İngiliz doktoru.

Büyük bir hastanenin psikiyatri biriminde çalışan bir sosyal çalışmacı Carrie, şunları söylüyor: "Bazen içime şeytan kaçmış gibi hissediyorum. Kendimi tanıyamıyorum. Tek bildiğim, bu sınırda kişiliğimin, beni herkesi dışladığım bir hayatı yaşamaya zorladığı. Bu yüzden çok ama çok yalnızım."

Yirmi iki yıl süren terapi, ilaç tedavisi ve çeşitli ruhsal ve fiziksel hastalıklardan ötürü hastane yatışının ardından, Carrie'ye SKB teşhisi konuldu. O zamana kadar, tıbbi dosyası, âdeta sayfalarında ziyaret ettiği çok sayıda psikiyatrik "bölge" damgası olan eskimiş bir pasaporta benziyordu.

"Yıllarca hastanelere girip çıktım, ancak beni anlayan ve ne yaşadığımı bilen bir terapiste rastlamadım."

Carrie'nin ebeveynleri o daha bebekken boşanmışlardı ve dokuz yaşına kadar kendisini alkolik annesi büyütmüştü. Daha sonra da dört yıl yatılı okulda kalmıştı.

Yirmi bir yaşına geldiğinde, dayanılmaz bir depresyon nedeniyle terapi arayışına girdi, o dönemde kendisine depresyon teşhisi konuldu ve bu yönde tedavi gördü. Birkaç yıl sonra, ruh hali çılgınca değişmeye başladı ve bipolar bozukluk (manik depresyon) tedavisi gördü. Bu dönemde defalarca kez aşırı doz ilaç kullandı ve pek çok kez bileklerini kesti.

O dönemi, "Kendimi kesiyordum ve aşırı dozda sakinleştiriciyi, antidepresanı ya da hangi ilacı bulabilirsem onu kullanıyordum. Bu âdeta hayat tarzım haline gelmişti," diye anlatıyor.

Yirmili yaşlarının ortalarında, işitsel halüsinasyonlar deneyimlemeye başladı ve şiddetli derecede paranoyak haline geldi. Bu dönemde ilk defa hastaneye yattı ve kendisine şizofren teşhisi konuldu.

İlerleyen zamanlarda, sonradan anksiyeteyle ilişkili olduğu belirlenen şiddetli göğüs ağrıları yüzünden pek çok kez hastanede yattı. Aşırı yemek yediği ve açlık orucuna girdiği dönemler oldu; birkaç hafta içinde kilosu otuz beş kiloya kadar artıp azaldı.

Otuz iki yaşındayken, çalıştığı hastanenin kadrosundaki bir doktor tarafından vahşice tecavüze uğradı. Kısa bir süre sonra okula geri döndü ve kadın profesörlerden biriyle cinsel ilişkiye girdi. Kırk iki yaşına geldiğinde tıbbi dosyası, şizofreni, depresyon, bipolar bozukluk, hipokondriyazis, anksiyete, anoreksiya nervoza, cinsel işlev bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu dahil olmak üzere, akla gelebilecek hemen her tür hastalıkla dolmuştu.

Carrie, ruhsal ve fiziksel sorunlarına rağmen, işini oldukça iyi yapıyordu. Sık sık iş değiştirse de, sosyal hizmetler bölümünde doktorasını tamamlamayı başardı. Küçük bir kız okulunda bir süre öğretmenlik bile yaptı.

Kişisel ilişkileri ciddi derecede sınırlıydı. "Erkeklerle tek ilişkim, cinsel istismara uğradığım ilişkilerdi. Birkaç erkek benimle evlenmek istedi, ancak yakınlaşmak ve dokunulmakla ilgili büyük bir sorunum var. Buna dayanamıyorum. Kaçmak istememe neden oluyor. Birkaç defa nişanlandım, ancak ayrılmak zorunda kaldım. Herhangi birinin karısı olabileceğimi düşünmek, benim için gerçekdışı bir şey."

Arkadaşlar konusundaysa şunları söylüyor: "Ben çok bencil biriyim. Düşündüğüm, hissettiğim ya da bilmediğim her şeyi söylerim. Diğer kişilerle ilgilenmek benim için çok zor."

Yirmi yıldan fazla süren bir tedavinin ardından, Carrie'nin semptomlarına sonunda SKB teşhisi kondu. İşlev bozukluğu, özündeki kalıcı kişilik özelliklerinden farklılaştı, daha önceki geçici "durum" hastalıkları teşhisinden ziyade, kişilik ya da "kişilik özelliği" bozukluğunu belirten bir hal aldı.

Bugün, şunları dile getiriyor: "Sınırda kişiliğin en zor yanı, boşluk, yalnızlık ve duyguların yoğunluğu oldu. Aşırılık seviyesindeki davranışlar kafamı karıştırıyor. Böyle zamanlarda ne hissettiğimi ya da kim olduğumu bilmiyorum."

Carrie'nin hastalığının daha iyi anlaşılması, daha tutarlı bir tedavi sağladı. İlaçlar, şiddetli semptomları tedavi etmekte ve daha tutarlı bir benlik duygusunu sürdürmesi konusunda işe yaradı; aynı zamanda kendisi de ilaçlarla ilgili sınırlamaları benimsedi.

Psikiyatristi, diğer doktorlarıyla birlikte çalışarak, onun fiziksel şikâyetleriyle anksiyetesi arasındaki bağlantıyı anlamasına ve gereksiz tıbbi tetkiklerden, ilaçlardan ve cerrahi müdahalelerden uzak durmasına yardımcı oldu. Psikoterapi, "uzun döneme yönelik" bir şekilde, sonsuz bir şiddetli acil durum dizisi yerine, bağımlılığına ve kimliğinin ve ilişkilerinin istikrarına odaklandı.

Daha önceki davranışlarının artık kabul edilemez olduğunu öğrenmek zorunda kalan kırk altı yaşındaki Carrie, şunları söylüyor: "Artık kendimi kesme ya da aşırı doz ilaç kullanma veya hastaneye yatma seçeneğim yok. Gerçek bir dünyada yaşamaya ve mücadele vermeye yemin ettim, ancak size şunu söyleyeyim ki burası korkutucu bir yer. Bunu yapabileceğimden ya da yapmak *isteyip istemediğimden* henüz emin değilim."

Borderline: Bir Kişilik Bozukluğu

Carrie'nin bu psikiyatrik ve tıbbi semptomlar ile teşhisler labirentindeki yolculuğu, ruh sağlığı bozukluklarından mustarip kişiler ve onlarla ilgilenenlerin deneyimlediği kafa karışıklığı ve çaresizliğe bir örnek oluşturmaktadır. Carrie'nin durumunun özellikleri kimileri için aşırı görülse de, milyonlarca kadın –ve erkek– ilişkiler, yakınlık, depresyon ve madde bağımlılığı konusunda benzer sorunlar yaşamaktadır. Belki de teşhisi daha erken ve daha doğru bir şekilde konulsaydı, Carrie bu kadar ıstırap ve yalnızlık çekmeyebilirdi.

Sınırda kişiliğe sahip hastalar, hayatlarını ciddi derecede bozan ıstıraplı semptomlara sahip olsalar da, psikiyatristler bu bozukluğu daha iyi anlamaya ve etkin bir şekilde tedavi etmeye çok kısa süre önce başladılar. "Kişilik bozukluğu" nedir? Sınırda kişiliğin sınırı tam olarak nedir? SKB'nin, diğer bozukluklara kıyasla farklı ve benzer yönleri nelerdir? Sınırda kişilik sendromunun, psikiyatrik tıbbın genel şemasındaki yeri nedir? Bunlar, özellikle hastalığın anlaşılmaz ve çelişkili doğası ve psikiyatrideki ilginç evrimi göz önünde bulundurulduğunda, profesyoneller için bile cevaplaması zor sorulardır.

Yaygın kabul gören bir model, bireysel kişiliğin aslında *mizaç* (sabırsızlık, bağımlılığa karşı duyarlılık gibi kalıtsal kişilik özellikleri) ve *karakterin* (çevreden ve hayat tecrübelerinden kaynaklanan gelişimsel değerler) bir karışımı –diğer bir deyişle, bir "doğa (kalıtım)-yetiştirme (çevre)" karışımı– olduğunu öne sürmektedir. *Mizaç* özellikleri, hayatın ilk dönemlerinde geliştirilen, içgüdü ile alışkanlık olarak algılanan genetik ve biyolojik göstergelerle ilişkilendirilebilir. *Karakter* ise, yetişkinliğe doğru yavaş yavaş ortaya çıkar ve dünyadaki deneyimlerle şekillenir. Bu modelin bakış açısıyla, SKB, genlerin ve çevrenin çarpışmasından kaynaklanan bir kolaj olarak görülebilir.[37,38]

SKB, DSM-5'te yer alan on kişilik bozukluğundan biridir. Bu bozukluklar, gelişmekte olan ve kişinin davranışında öne çıkan bir dizi kişilik *özelliğiyle* ayırt edilir. Bu özellikler nispeten esnek

değildir ve algılama, davranış ve diğer insanlarla ilişkiler açısından uyumsuz üsluplarla sonuçlanır.

Bunun aksine, *durum* bozuklukları (depresyon, şizofreni, anoreksiya nervoza, kimyasal bağımlılık gibi), genellikle *kişilik özelliği* bozuklukları kadar kalıcı değildir. Bu hastalıklar, daha çok zaman ya da dönemle sınırlıdır. Semptomlar birdenbire ortaya çıkabilir ve hasta "normale" döndüğünde ortadan kalkar. Çoğu zaman bu hastalıklar, vücudun biyokimyasındaki dengesizliklerle doğrudan ilişkilidir ve genellikle semptomları ortadan kaldıran ilaçlarla tedavi edilebilir.

Diğer yandan, bir kişilik bozukluğunun semptomları daha kalıcı özellikler olmaya ve daha yavaş değişim göstermeye meyillidir; ilaçlar genel anlamda daha az etkilidir. Aslında çeşitli ilaç şirketleri ilaçları test etseler de, özellikle SKB tedavisi için belirlenmiş mevcut bir ilaç bulunmamaktadır. İlaç tedavisi dahil olmak üzere diğer tedaviler, özellikle şiddetli ajitasyon ve depresyonu (9. Bölüm'e bakınız) hafifletse de, öncelikle psikoterapi önerilir. Pek çok durumda, SKB ve diğer kişilik bozuklukları, bir durum bozukluğunun daha şiddetli ve belirgin semptomlarını sergileyen bir hastanın altta yatan karakterine ait işleyişi tanımlayan ikincil bir teşhis olur.

Diğer Bozukluklarla Karşılaştırma

SKB genellikle başka bir hastalığın kılığına girdiği ve sıklıkla da başka hastalıklarla ilişkili olduğu için, klinisyenler bir hastayı muayene ederken SKB'yi önemli bir bileşen olarak fark edemeyebiliyorlar. Bunun sonucunda, bir SKB hastası çoğu zaman tıpkı Carrie gibi, genellikle çok hastane dolaşmış, pek çok doktor ve hastane tarafından muayene edilmiş ve hayatı boyunca çeşitli teşhisler konmuş biri haline geliyor.

SKB, diğer bozukluklarla çeşitli yollarla etkileşim içinde olabilir (Şekil 2-1'e bakınız). Öncelikle, borderline patolojisinin gizlenebileceği bir şekilde, SKB diğer durum bozukluklarıyla bir

arada olabilir. Örneğin, SKB, daha belirgin ve şiddetli bir depresyonun ardında gizleniyor olabilir. Depresyonun antidepresanlarla ortadan kaldırılmasının ardından, sınırda kişilik özellikleri açığa çıkabilir ve ancak o zaman daha fazla tedavi gerektiren bir temel karakter yapısı olarak anlaşılabilir.

İkinci olarak, SKB, başka bir bozuklukla yakından bağlantılı olabilir, hatta o bozukluğun gelişimine katkı bile sağlayabilir. Örneğin, genellikle madde bağımlılığı ya da aşırı yeme sorunu olan hastaların sergilediği semptomlar olan dürtüsellik, kendine zarar verme, kişilerarası sorunlar, zayıf benlik algısı ve karamsarlık, ilk hastalıktan daha çok SKB'nin yansıtıcısı olabilir. Kronik alkol bağımlılığının, SKB'nin ikincil olarak gelişebileceği şekilde kişilik özelliklerini değiştirdiği iddia edilebilir olsa bile, temel karakter patolojisinin ilk önce geliştiği ve alkolizmin gelişimine katkı sağladığı gerçeği daha olasıdır.



Görsel 2.1 SKB'nin diğer ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkisindeki konumunun bir şeması.

Tavuk mu yumurtadan yoksa yumurta mı tavuktan çıkar sorusunu cevaplamak zordur, ancak SKB ile ilişkili hastalıkla-

rın gelişimi, strese karşı bir tür psikolojik duyarlılığı temsil ediyor olabilir. Tıpkı bazı kişilerin fiziksel hastalıklara –kalp krizi, kanser, mide-bağırsak rahatsızlıkları gibi– genetik ve biyolojik olarak eğilimli olması gibi, pek çok kişi de psikiyatrik hastalıklara meyilli olabilir, özellikle de SKB'ye duyarlı olma durumuna bir de stresin eklenmesi halinde. Bu nedenle, stres altındayken, SKB hastası biri maddeye başvurabilir, bir diğeri yeme bozukluğu geliştirebilir ve bir diğeriyse şiddetli depresyon geçirebilir.

Üçüncü olarak, SKB, başka bir hastalığı öyle iyi taklit eder ki hastaya yanlışlıkla şizofreni, anksiyete, bipolar bozukluk, DEHB ya da başka bir hastalık teşhisi konulabilir.

Şizofreni ve Psikozla Karşılaştırma

Şizofreni hastaları, SKB hastalarından çok daha şiddetli bir bozulma yaşarlar ve başka insanları idare etme ve onlarla ilişki kurma konusunda daha az yetkindirler. Her iki tür hasta da ajite psikotik ataklar yaşayabilir. SKB'deki tahmini psikoz yaygınlığı (işitsel ve görsel halüsinasyonlar, paranoid sanrılar ve dissosiyasyon deneyimleri dahil olmak üzere), yüzde 20 ila 50 civarındadır.[39] Şizofreninin aksine, SKB'deki psikotik semptomlar, daha az sürekli ve daha az etkilidir ve genellikle de stresle ilişkilidir. Şizofreni hastalarının, halüsinasyonlarına ve sanrılarına alışmaları ve sıklıkla bunlardan daha az rahatsız olmaları çok daha olasıdır. Her iki grupta da kendine zarar verme olasılığı mevcut olmasına rağmen, SKB hastası genellikle daha uygun şekilde işlev gösterebilir; şizofreni hastasıysa genelde duygu sığlığı ve içine kapanıklık yaşayabilir, sosyal açıdan da daha şiddetli derecede hasar görmüş olur.[40]

Duygudurum Bozuklukları (Depresif ve Bipolar Bozukluk) ile Karşılaştırma

SKB hastalarının yaklaşık yüzde 96'sı hayatları boyunca duygudurum bozukluğu yaşar. Duygudurum bozukluklarına sıklıkla

anksiyete bozuklukları eşlik eder. Majör depresyonun SKB hastalarının yüzde 71 ila 83'ünü etkilediği tahmin edilmektedir.

"Ruh hali değişimleri" ve "düşüncelerin birbiriyle yarışması", klinisyenin depresyon ya da bipolar bozukluk (manik depresyon) teşhisi koymasını kolaylaştıran yaygın hasta şikâyetlerindendir. Ancak bu semptomlar SKB ve hatta DEHB ile de uyumludur ki bunların her ikisi de bipolar bozukluktan önemli ölçüde daha yaygındır. Bazı uzmanların SKB'nin bipolar bozukluğun bir türü olduğunu iddia etmesine rağmen, klinik ve genetik çalışmalar ile görüntüleme çalışmaları, bu hastalıkları birbirlerinden ayırmaktadır ve bu sendromlar arasındaki klinik farklılıklar önemli boyuttadır. Bipolar bozukluk hastası olanlarda, depresyon veya mani atakları, işlevsellik açısından radikal değişiklikleri temsil eder. Ruh hali değişimleri günlerden haftalara uzar. Bu kişiler, ruh hali değişimleri arasında, nispeten normal hayatlar sürebilir ve genellikle ilaçlarla etkili bir şekilde tedavi edilebilirler. Bunun aksine, SKB hastalarıysa, belirgin ruh hali değişimleri sergilemeseler de, işlevsellik konusunda (en azından içsel olarak) zorluk yaşarlar. Borderline birey, hiperaktif, kendine zarar verici ya da intihara meyilli davranışlar sergilerken ya da yoğun ve hızlı ruh hali değişimleri yaşarken bipolar gibi görünebilirler. Ancak SKB hastaslarnın ruh hali değişiklikleri daha geçici (günler ve haftalar yerine saatler sürecek şekilde), daha kararsız ve daha ziyade çevresel bir uyarana tepki niteliğindedir.[41,42] SKB'yi bipolar bozukluktan en net şekilde ayıran kriter, terk edilme korkusu ve kimlik karmaşasıdır.[43] Bununla birlikte, her iki bozuklukta teşhis sıklığı açısından yüzde yirmilik bir çakışma vardır – yani bipolar bozukluk hastalarının yüzde 20'sinin aynı zamanda SKB hastası olduğu ve SKB hastalarının yüzde 20'sinin de aynı zamanda bipolar bozukluk hastası olduğu tespit edilmiştir. Her iki teşhisin de konulduğu hastalarda, kesinlikle daha şiddetli semptomlar görülür ve karmaşık sonuçlar ortaya çıkar.[44,45]

SKB ve DEHB

DEHB olan bireyler, sürekli olarak gelip giden bilgi karmaşasına maruz kalırlar. Tıpkı SKB hastaları gibi ruh hali değişiklikleri, birbiriyle yarışan düşünceler, dürtüsellik, öfke patlamaları, sabırsızlık ve düşük düzeyde engellenme toleransı semptomları gösterirler, alkol ve madde bağımlılığı (kendi kendini tedavi etme) geçmişleri ve ıstıraplı ilişkileri vardır ve çabuk sıkılırlar. Gerçekten de, sık sık yenilik arama (heyecan arama) ile birlikte düşük düzeyde ödül bağımlılığı (hızlı sonuçlar için dikkat eksikliği) gibi sınırda kişilik özelliklerinin pek çoğu, "tipik DEHB mizacı" ile de uyumludur.[46] Çeşitli araştırmaların bu iki hastalık arasında bir bağlantı tespit etmesi şaşırtıcı değildir. İleriye dönük bazı çalışmalar, DEHB teşhisi konmuş çocukların, yaşları ilerledikçe sıklıkla bir kişilik bozukluğu, özellikle de SKB geliştirdiğini ortaya koymuştur. İsveç'te yapılan bir araştırma, DEHB teşhisi konmuş kişilere aynı zamanda SKB teşhisi konulması olasılığının, DEHB teşhisi konulmayanlardan yirmi kat daha fazla olduğunu göstermiştir.[47] Geriye dönük araştırma yapan uzmanlar, SKB teşhisi konulmuş yetişkinlerin çoğunlukla bir çocukluk dönemi DEHB teşhisine uygun olduklarını belirlemiştir.[48,49,50] Bir hastalığın diğerine neden olup olmadığı, iki hastalığın genellikle bir arada olup olmadığı ya da iki hastalığın muhtemelen aynı bozukluğun birbiriyle ilişkili tezahürleri olup olmadığı konuları, daha detaylı araştırma için merak konusu olmaya devam etmektedir. Bir çalışma ilginç bir şekilde, her iki bozukluğun teşhisinin de konduğu hastalarda, DEHB semptomlarının tedavisinin aynı zamanda SKB semptomlarını da iyileştirdiğini göstermiştir.[51]

SKB ve Ağrı

SKB hastaları, ağrıya karşı çelişkili tepkiler sergilerler. Pek çok araştırma, özellikle de kişinin kendi kendisine çektirdiği[52] (bu bölümde ilerleyen sayfalardaki "Kendine Zarar Verme" konusuna bakınız) şiddetli ağrıya karşı duyarlılığın önemli ölçüde art-

tığını göstermiştir. Ancak, SKB hastaları, *kronik* acıya karşı daha fazla duyarlıdırlar. Kronik ağrı (fibromiyalji, artrit ve sırt ağrısı) yaşayan hastaların yaklaşık yüzde 30'u aynı zamanda SKB hastasıdır.[53] Bu "ağrı paradoksu" SKB'ye özgüdür ve yeterince açıklanamamıştır. Kimileri, şiddetli ağrının, özellikle de kişi kendi kendisine çektirdiğinde, hastanın belirli psikolojik ihtiyaçlarını karşıladığını ve beynin elektriksel faaliyetindeki değişikliklerle ilişkili olduğunu ve muhtemelen vücudun kendi uyuşturucusu olan endojen opioidlerin hızlı salınımını sağladığını öne sürmektedir. Yine de, borderline olan kişinin kontrolü dışında gerçekleşerek devam eden ağrı, daha az içsel ağrı dindirici korumayla sonuçlanabilir ve daha fazla anksiyeteye neden olabilir. Bu aynı zamanda daha çok dikkat çekmek ve başkalarından daha çok ilgi görmek amaçlı olabilir. SKB hastalarında diz ameliyatının ardından ağrı toleransını araştıran bir çalışma, daha zayıf bir tepki olduğunu göstermiş ve borderline savunma mekanizmasını devam eden ağrıyla ilişkilendirmiştir.[54] SKB hastasının yaşı ilerledikçe, ağrıya karşı duyarlılığı da artmaktadır.[55]

SKB ve Somatizasyon Bozukluğu

Borderline birey, fiziksel hastalıklarına odaklanabilir, onlarla bağımlılık ilişkilerini sürdürmek için bu hastalıklar hakkında tıbbi personele ve tanıdığı kişilere yüksek sesle ve abartılı bir şekilde şikâyette bulunabilir. Bu kişi, altta yatan sorunlarının anlaşılması tamamıyla göz ardı edilerek, sadece hipokondriyak (hastalık hastası) olarak görülebilir. Bedenselleştirme bozukluğu, hastanın bilinen herhangi bir tıbbi durum tarafından açıklanamayan birçok fiziksel şikâyetinin (ağrı, mide sorunları, nörolojik sorunlar ve cinsel semptomlar dahil) belirlediği bir durumdur. Hipokondriyaziste, tıbbi muayeneler herhangi bir hastalığı olmadığını belirtse de, kişi vahim bir hastalığı olduğuna inanır.[56]

SKB ve Dissosiyatif Bozukluklar

Dissosiyatif bozukluklar, amnezi ya da kişinin kendisine (depersonalizasyon) veya çevreye (derealizasyon) yabancılaşma gibi durumları kapsar. Dissosiyatif bozuklukların en ağırı, daha önceden "çoklu kişilik" olarak adlandırılan dissosiyatif kişilik bozukluğudur (DKB). SKB hastalarının hemen hemen yüzde 75'i bazı dissosiyatif bozukluklar yaşar.[57] Dissosiyasyonun en ağır hali DKB'yi yaşayan hastalarda birincil teşhis olarak SKB yaygınlığı daha fazladır.[58] Her iki bozukluk da ortak semptomlara sahiptir –dürtüsellik, öfke patlamaları, sorunlu ilişkiler, keskin ruh hali değişimleri ve kendine zarar verme eğilimi gibi. Genellikle çocuklukta bir kötü muamele, istismar ya da ihmal hikâyesi de bulunur.

SKB ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), doğal afet ya da savaş gibi alışılmışın dışında şiddetli travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan karmaşık semptomlardır. Yoğun korku, olayı duygusal olarak yeniden deneyimleme, kâbuslar, sinirlilik, abartılı bir irkilme tepkisi, ilgili yerlerden ve faaliyetlerden kaçınma ve çaresizlik hissiyle nitelendirilir. Hem SKB hem de TSSB, sıklıkla çocuklukta yoğun istismar geçmişiyle ilişkilendirildiği için benzer semptomlar –aşırı duygusal tepkiler ve dürtüsellik gibi– gösterse de, kimileri bunların aynı hastalık olduğunu öne sürmektedir. Her ne kadar bazı çalışmalar, yüzde 50 ya da daha fazla olasılıkla birlikte ortaya çıkabileceklerini gösterse de, bu iki bozukluk farklı belirleyici kriterlere sahip farklı bozukluklardır.[59] SKB hastaları, aynı zamanda TSSB hastası olduklarında, semptomları daha da şiddetlidir. Özellikle kadın hastalar, dikkat çekme amacıyla, öldürücü olmayan kendine zarar verme eğilimini daha çok göstermektedir. Bu hastaların panik bozukluk, obsesif-kompulsüf bozukluk (OKB) ve agorafobi gibi anksiyete hastalıklarına sahip olma olasılıkları da daha yüksektir. TSSB ile birlikte gelişen farklı kişilik bozuklukları, şiddetli komplikasyonlar olarak görülmez.[60,61]

SKB ve İlişkili Kişilik Bozuklukları

SKB'nin pek çok özelliği, diğer kişilik bozukluklarının semptomlarıyla örtüşür. Örneğin, bağımlı kişilik bozukluğunun SKB ile ortak özellikleri, yalnız kalmaktan kaçınma ve gergin ilişkilerdir. Ancak bağımlı kişilikte SKB hastasının özellikleri olan kendine zarar verme, öfke ve ruh hali değişimleri görülmez. Benzer şekilde, şizotipal kişilik bozukluğunda da kişi, başkalarıyla sağlam ilişkiler kuramaz ve güvenmekte zorlanır ancak daha sıradışıdır ve kendine zarar vermeye daha az meyillidir. Bir hasta genellikle her iki teşhisi de destekleyecek şekilde, iki veya daha fazla kişilik bozukluğunun yeteri kadar özelliğini sergiler. Örneğin, hasta hem SKB hem de obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu teşhisine yol açacak özellikleri sergileyebilir.

DSM'nin önceki versiyonlarında, SKB, genellikle dramatik, duygusal ya da değişken özellikleri yansıtan bir kişilik bozuklukları grubuna dahil edilmiştir. Bu gruptaki diğer bozukluklar, narsistik, antisosyal ve histiriyonik kişilik bozukluklarıdır. Bunların hepsi SKB ile yakından ilişkilidir.

Hem SKB hem de narsisistik kişilik bozukluğu hastaları, eleştiriye karşı aşırı hassasiyet gösterirler; başarısızlıklar ve reddedilme şiddetli depresyona neden olabilir. Her ikisi de başkalarını sömürebilir, her ikisi de neredeyse sürekli dikkat çekmek ister. Narsisistik kişilik bozukluğu olan kişi, yine de yüksek düzeyde bir işlevsellik gösterebilir. Bu kişi, şişirilmiş bir benlik duygusu sergiler (genellikle çaresiz bir güvensizliği kamufle eder), başkalarını küçümser ve empatiden bile yoksundur. Bunun aksine, borderline birey daha düşük bir özsaygıya sahiptir ve başkalarının ona güven vermesine son derece bağımlıdır. Çaresizce başkalarına tutunur ve genellikle onların tepkilerine karşı daha hassas olur.

Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişi, borderline olan kişiye benzer şekilde, dürtüsellik ve hayal kırıklığına düşük tahammülsüzlük sergiler ve çıkarcı ilişkiler kurar. Bununla birlikte, antisosyal kişilik bozukluğu olan biri, suçluluk veya vicdan duy-

gusundan yoksundur; daha bağımsızdır ve kasıtlı olarak kendi kendisine zarar vermez.

Histiriyonik kişilik bozukluğu olan kişi, dikkat çekmek isteme, çıkarcılık ve değişken duygular bakımından borderline kişilikle benzer eğilimler sergiler. Histiriyonik kişilik, yine de daha tutarlı roller üstlenir ve daha tutarlı ilişkiler kurar. Bu kişinin konuşması ve davranışları genellikle daha göze çarpar niteliktedir ve duygusal tepkileri daha abartılmıştır. Temel kaygısı, fiziksel çekiciliktir. Bir çalışma, SKB, şizotipal kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk veya kaçınmacı kişilik bozukluğu hastaları ve majör depresyon yaşayanların psikolojik ve sosyal işlevselliğini karşılaştırmıştır. SKB hastaları ve şizotipal kişilik bozuklukları yaşayanlar, işlevsellik açısından diğer kişilik bozuklukları ve majör depresyon yaşayanlardan önemli ölçüde daha yetersizdirler.[62]

SKB ve Madde Bağımlılığı

SKB ile madde bağımlılığı genellikle birbiriyle ilişkilidir. Yaşam boyu madde bağımlılığı teşhisi koyulanların yaklaşık üçte biri, aynı zamanda SKB kriterlerini de karşılamaktadır. Ayrıca SKB hastalarının yaşam boyunca yüzde 50 ila 72'si, aynı zamanda alkol ya da diğer maddelerin bağımlısıdırlar.[63,64,65] Alkol veya maddeler, kendi kendini cezalandırıcı, öfkeli ya da dürtüsel davranışları yansıtabilir, bir heyecan arzusu ya da yalnızlıkla başa çıkma mekanizması olabilir. Madde bağımlılığı, toplumsal ilişkileri beslemek için bir alternatif, değişken ruh hallerini dengelemek ya da kişinin kendi kendisini tedavi etmek için bildik, rahatlatıcı bir yöntem ya da bir aidiyet duygusu veya özbenlik oluşturmak için bir yol olabilir. Madde kullanımına başvurmanın bu olası nedenleri, aynı zamanda SKB'nin da belirleyici kriterlerindendir.,

Anoreksiya/Bulimiya ve SKB

Anoreksiya nervoza ve bulimiya, bu ülkede özellikle de genç kadınlar arasında başlıca sağlık sorunlarından olagelmiştir.

Yeme bozuklukları, kişinin kendi bedeninden hoşnutsuz olmasından ve kimliğinin genel olarak onaylanmamasından beslenir. Anoreksiya hastası, kendini aşırı uçlarda görür – ya obez (hep öyle hisseder) ya da zayıf (hiçbir zaman tam olarak zayıf olmadığını düşünür) olarak. Sürekli kontrolden çıktığını hissettiğinden, kendi kendini kontrol etme yanılsamasını sürdürmek için dürtüsel olarak açlıktan ya da aşırı yemekten ve kusmaktan yararlanır. Anoreksiya veya bulimiya olan hastalar, açıkça kendine zarar verme davranışlarında bulunurlar. Genellikle çarpık bir kimlik bilincine sahiptirler ve boşluk hissederler. Bu davranış kalıplarının SKB kalıplarına benzerliği, pek çok ruh sağlığı uzmanının ikisi arasında güçlü bir bağlantı olduğu sonucuna varmalarını sağlamıştır.[66] Bir çalışmada,[67] anoreksiya ya da bulimiya hastalarının, tutarsız ilişkiler kurma, boşluk hissi, intihara eğilimli davranış ve dissosiyatif deneyimler sergilediğini ortaya koymuştur. Değişken ruh halleri, dürtüsellik ve öfke gibi SKB semptomları, bulimiya hastalarıyla anoreksiya hastalarından daha yakından ilişkilidir. Anoreksiya hastaları, bozulmuş bir kimlik duygusundan nispeten daha çok etkilenirler. Aşırı yemek yeme ve kusma şeklindeki anoreksiya nervoza hastalarında SKB yaygınlığı, yüzde 25 oranındadır. Bulimiya nervoza hastalarınınsa yüzde 28'inde SKB bulunmaktadır.[68]

SKB ve Kompulsif Davranışlar

Belli başlı bazı kompulsif ya da yıkıcı davranışlar, SKB özelliklerini taşıyabilir. Örneğin, kompulsif bir kumarbaz, parası kalmasa bile kumar oynamaya devam edecektir. Sürekli canını sıkan, kendisini huzursuz eden ve hissizleştiren bir dünyada heyecan arıyor olabilir. Ya da kumar oynamak, dürtüsel olarak kendi kendini cezalandırmanın bir ifadesi olabilir. Mağaza hırsızları genellikle ihtiyaçları olmayan şeyleri çalarlar. Bulimik hastaların yüzde ellisinde, kleptomani, madde kullanımı ya da rasgele cinsel ilişkiye girme görülür.[69] Bu davranışlar, bir kompulsiyon tarafından idare edildiğinde, kişinin kendi kendisine ağrı çektirme ihtiyacını temsil ediyor olabilir.

Rasgele cinsel ilişkiye girme, kişinin kendisiyle ilgili olumlu duygulara tutunabilmek için, genellikle başkalarından sürekli sevgi ve ilgi görme ihtiyacını yansıtır. Borderline birey, genelde süreğen bir olumlu özsaygıdan yoksundur ve sürekli güven ihtiyacı duyar. Borderline bir kadın, özsaygıdan yoksun olduğundan, fiziksel çekiciliğini sahip olduğu tek şey olarak görebilir ve sık sık cinsel ilişkiye girerek kendi değerini onaylatma ihtiyacı hissedebilir. Bu tür ilişkiler, yalnız kalmanın acısından uzak durmasını ve tamamıyla kendisinin kontrol edebileceği sahte ilişkiler yaratmasını sağlar. Arzulandığını hissetmek, ona bir kimlik duygusu kazandırabilir. Kendi kendini cezalandırma, psikodinamiklerin öne çıkan bir parçası haline gelirse, aşağılama ve mazoşistik sapkınlıklar ilişkilere dahil olabilir. Bu açıdan, pek çok hayat kadınının, porno oyuncusunun ve modelin borderline patolojisi barındırdığını söylemek mantıklıdır.

İlişkilerdeki zorluklar, genellikle obsesyonlar ve kompulsiyonlar olarak ifade edilen törensel düşünce ve davranışlara yol açabilir. Bir SKB hastası, korkularla başa çıkmak için büyülü düşünme yöntemini benimsediğinde belli başlı bazı fobiler edinebilir; cinsel sapkınlıklar, yakınlığı sağlamak için bir mekanizma olarak ortaya çıkabilir.

SKB ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

Otizm Spektrum Bozukluğu olan kişiler, ilişki kurma konusunda bir bozulma yaşarlar. Ani öfke patlamaları ve kendine zarar verme davranışları da dahil olmak üzere, davranışları öngörülemez olabilir. Ayrılıklara ve diğer değişikliklere tahammül etmekte zorlanırlar. Bunun aksine, SKB hastaları, durumsal uyaranlara karşı daha fazla duygudurum tepkisi verirler ve daha dışavurumcudurlar; iletişim daha güdümlüdür. SKB'si olan bireyler, çevresel kaynaklara tepki göstermekte (genellikle uygunsuzca olsa da) daha yetkindirler. OSB hastaları, içsel uyaranlara daha çok odaklanırlar.

Kültlerin Çekiciliği

SKB'si olan bir kişi, yönlendirilmeye ve onaylanmaya can attığı için, disiplinli grupların güçlü liderlerinden etkilenebilir. Kült, anında ve koşulsuz onaylanma, otomatik yakınlık ve kolayca idealize edilebilir ataerkil bir lider sağladığından, çok cazip gelebilir. Borderline birey, "kötülüğün" dış dünya tarafından kişileştirildiği ve "iyinin" kült grup içinde yer aldığı siyah-beyaz bir dünya görüşüne karşı çok savunmasız olabilir.

SKB ve İntihar

SKB hastalarının yüzde 70 kadar büyük bir çoğunluğu intihara teşebbüs eder ve ölümle sonuçlanan intihar girişimi oranı yüzde 10'dur, bu da genel nüfusta görülen oranın neredeyse bin katıdır. Yüksek riskli grupta yer alan ergenler ve genç yetişkinlerdeki (15 yaş ile 29 yaş arası) intihar vakalarının üçte birine daha önceden SKB teşhisi konulmuştur. Umutsuzluk, dürtüsel saldırganlık, majör depresyon, eş zamanlı madde kullanımı ve çocuklukta istismara uğramış olmak riski yükseltir. SKB hastalarında belirleyici kriterler arasında yer alan kimlik rahatsızlığı semptomları, boşluk hissi ve terk edilme korkusu, intihar girişimleriyle yakından ilgilidir.[70] Diğer hastalıklarda anksiyete semptomları genellikle intiharla ilişkilendirilse de, önemli ölçüde anksiyete sergileyen SKB hastaları aslında intihara teşebbüs etmeye *daha az* meyillidirler. Kapsamlı bir Kaliforniya çalışması, kasıtlı olarak kendine zarar verme ya da intihar düşüncesiyle acil servise başvurulmasının ardından gerçekleşen intihara bağlı ölümleri inceledi. Bir yıl içinde, acil servise başvuran diğer hastalarla karşılaştırıldığında intihar, ilk başta kendine zarar veren hastalarda elli kattan fazla, intihar düşüncesi olanlardaysa otuz kattan fazlaydı.[71]

İntihardan kaynaklanan erken ölüm, SKB hastalarında karşılaştırma gruplarındakinden iki buçuk kattan daha fazladır. Erken ölümlerin en yaygın nedenleri arasında, kalp hastalıkları (özellikle kalp krizleri), maddeye bağlı komplikasyonlar (karaciğer hastalığı gibi), kanser ve kazalar bulunmaktadır.[72,73,74,75,76]

Sınırda Kişilik Bozukluğunun Klinik Tanımı

Borderline patolojisinin mevcut resmi tanımı, DSM-5'in SKB tanı kriterlerinde yer almaktadır.[77] Bu tanım, olgulara dayalı, gözlenebilir davranışı vurgular. (Kişilik bozukluklarının teşhisi için alternatif bir model, DSM-5'in III. Bölümü'nde açıklanmıştır. Bunun ve diğer teşhis önerilerinin özeti için Ek A'ya bakınız.)

Aşağıdaki dokuz kriterden en az beşi mevcut olduğunda, SKB teşhisi doğrulanır.

"Başkaları Beni Etkiliyor, Öyleyse Varım"

1. **Kriter: Gerçek ya da hayali terk edilmekten kaçınmaya yönelik çılgınca çaba.**

Nasıl ki bir bebek, annesinin geçici yokluğuyla tamamen "ortadan kaybolmasını" ayırt edemiyorsa, borderline birey de genellikle geçici yalnızlıkları daimi yalnızlık olarak deneyimler. Bunun sonucunda, kendisi için önemli kişiler tarafından gerçek ya da algılanan terk edilme üzerine şiddetli bir depresyona girer ve sonra da dünyaya (ya da yakınında kim varsa ona), bu temel doyumdan mahrum bırakıldığı için öfkelenir.

SKB'si olan bir kişideki terk edilme korkusu, beyinde bile ölçümlenebilir. Bir çalışmada, SKB'si olan kadınların, terk edilme anılarını hatırladıklarında beyinlerindeki belirli bölgelerde kan akışı değişikliklerini göstermek için pozitron emisyon tomografisi (PET) kullanıldı.[78] Özellikle yalnız olduklarında, SKB hastaları var olma ve gerçek hissetme hislerini kaybedebilirler. Descartes'ın, "Düşünüyorum, öyleyse varım" şeklindeki varoluş ilkesini benimsemek yerine, "Başkaları beni etkiliyor, öyleyse varım" felsefesine benzer bir felsefeyle yaşarlar.

Teolog ve filozof Paul Tillich, "Yalnızlık ancak kendi başına kalmaya dayanabilenler tarafından yenilebilir," yazmıştır. Borderline birey, kendi başına kalmayı tahammül edilemez gördü-

günden, rahatlamanın sadece başkalarının fiziksel varlığından kaynaklanabildiği, amansız bir metafiziksel yalnızlığa mahkûm olmuştur. Bu nedenle sıklıkla bekârların takıldığı barlara ve diğer kalabalık uğrak yerlere takılır, ancak bu genellikle hayal kırıklığı –hatta şiddet– içeren sonuçlar doğurur. Yirminci yüzyıl bitmek üzereyken, binlerce bekâr barı kapandı ve yerlerini genç müşterilere hitap eden lüks gece kulüpleri aldı, ancak her iki sosyal çevre de çevrimiçi flört siteleri tarafından yok olmaya mahkûm edildi. Büyük Durgunluk'un pençesine kısılmış ve muazzam öğrenci kredisi borcunu sırtlanmış X ve Y kuşağı, yüzlerce potansiyel Bay ve Bayan Doğru Kişi ile gece kulübü sekmesine tıklayarak "buluşabilir" ancak bunun bedeli, hayal kırıklığı ve yalnızlık bakımından da büyük olur. (Daha fazla detay için 4. Bölüm'e bakınız.)

Marilyn: An Untold Story [Marilyn: Anlatılmamış Bir Hikâye] adlı kitabında Norman Rosten, Marilyn Monroe'nun yalnız kalmaktan nefret ettiğini belirtiyor. Marilyn, sürekli çevresinde olan kişiler olmaksızın, "sonsuz ve korkunç" bir eksiklik hissediyor.[79]

Pek çoğumuz için tek başına kalma, arzulanan, el üstünde tutulan ve iyi oluşumuz için önemli anıları ve olayları düşünmemiz için nadir bulunan bir fırsat –kendimizle yeniden temas kurabilmemiz, kim olduğumuzu yeniden keşfetmemiz için bir fırsat– niteliğindedir: John Updike, *The Centaur* adlı kitabında, "Boş bir odanın duvarları, benlik bilincimizi iki katına ve sonra tekrar iki katına çıkaran aynalardır."

Ancak borderline karakter, benlik bilinci en zayıf kişi olarak, sadece boş yansımalara bakar. Tek başına kalma, çocukken ebeveynleri tarafından terk edilme ihtimaliyle karşılaştığında deneyimlediği paniği yeniden ortaya çıkarıyor: Bana kim bakacak? Yalnızlığın acısı, çok sayıda aşk şarkısında da vurgulandığı üzere, sadece hayali bir sevgili tarafından kurtarılmakla giderilebilir.

Bay ve Bayan Doğru Kişi'yi Bıkıp Usanmadan Aramak

2. Kriter: Başkalarına karşı tutumlarda belirgin değişiklikler (idealleştirmeden değersizleştirmeye ya da aşırı bağımlılıktan izolasyon ve kaçınmaya) ile birlikte tutarsız ve yoğun kişilerarası ilişkiler.

Borderline yetişkinin tutarsız ilişkileri, doğrudan kendisinin ayrılma ve yakınlık korkusuna tahammülsüzlüğüyle ilişkilidir. Genellikle sevdiği kişi, eşi ya da arkadaşı bir tür reddetme ve ilgisizlikle bu ihtiyaçları geri çevirene ve onu hayal kırıklığına uğratana kadar bu kişilere bağımlıdır, onlara sımsıkı tutunur ve onları idealleştirir; daha sonraysa diğer aşırılığa geçer – değersizleştirme, yakınlığa direnme ve tam bir kaçınma. Kavuşup ilgi görme arzusuyla yutulma korkusu arasında sürekli bir mücadele vardır. SKB'de yutulmak, ayrık kimliğin yok olması, özerklik kaybı ve bir var olmama hissi anlamına gelmektedir. Bu kişiler, boşluk ve sıkıntı hissini gidermek için biriyle yakınlık kurma arzusu ile –yakınlığı özgüven ve bağımsızlığını yok edecek bir şey olarak algıladığından– yakınlık kurmaya duyduğu korku arasında bocalar durur.

İlişkilerde, bu içsel duygular dramatik bir şekilde yoğun, değişken, çıkarcı bağlantılara dönüşür. SKB'si olan bir kişi, genellikle diğer insanlardan gerçekdışı taleplerde bulunur ve bu durum dışarıdan bakanlara şımarıklık olarak görünür. Manipüle edicilik, fiziksel şikâyetlerde ve hipokondriyaziste, zayıflık ve çaresizlik ifadelerinde, provokatif eylemlerde ve mazoşist davranışlarda kendini gösterir. Dikkat çekmek ve kurtarılmak için genellikle intihar tehditleri ve bu yöndeki davranışlar kullanılır. Bir terapist veya din adamı gibi uygunsuz ve erişilemez olduğu bilinen biri bile olsa baştan çıkarmayı manipülatif bir strateji olarak kullanabilir.

Başkalarına karşı çok duyarlı olsa da, borderline olan kişi bazen özellikle de kendisine en yakın kişilere yönelik gerçek empatiden yoksun olur. O kişinin ayrı bir hayatı olduğunu düşünmesi zor olduğu için, öğretmen, iş arkadaşı ya da terapist

gibi bir tanıdıkla her zamanki yerin dışında karşılaşmaktan korkabilir. Dahası, terapistinin kendisinden ayrı hayatını anlamayabilir veya onun hayatını ve hatta gördüğü diğer hastalarını aşırı derecede kıskanabilir. Bu "borderline empati paradoksu", SKB hastalarının sosyal olaylara karşı yüksek derecede duyarlılık gösterdikleri ancak bu kişilerarası bilgiyi entegre etmede yetersiz oldukları teorisini ortaya koyar.[80] Aynı zamanda SKB hastalarının, stres dolu ve olumsuz durumlar içindeki kişilerle, olumlu sosyal durumlardaki kişilerle kurduğundan daha yüksek düzeyde empati kurdukları gözlemlenmiştir. Bu da onların negatif duygu ve durumlara daha aşina olmalarından kaynaklanabilir. Bir çalışmada borderline kadınlarda intranazal oksitosinin etkisi incelenmiştir. Oksitosin, sosyal duyarlılık ve güveni artıran bir hormondur. Söz konusu çalışmada, borderline kadınlarda, duygusal empati (bir başkasının acısını hissetme) konusunda pozitif etkinin arttığı, ancak bilişsel empati (bir başkasının acısına neden olan sorunları anlama) konusunda bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir.[81]

Borderline kişilikler, *nesne sürekliliği* kavramından, yani başkalarını tutarlı ilişkiler kuran karmaşık insanlar olarak anlama becerisinden yoksundurlar. Bir başka kişiyi, daha geniş kapsamlı ve tutarlı etkileşimler dizisinden ziyade, mevcut ilişki temelinde değerlendirirler. Bu nedenle, başka bir kişiyle ilgili sabit, öngörülebilir bir algı asla oluşmaz – sanki güdülenmiş bir amneziden etkilenmiş gibi, o kişiye her defasında farklı biriymiş gibi tepki vermeye devam ederler.

Borderline bireyler, büyük resmin tamamını görme, geçmişteki hatalarından ders alma ve kendi davranışlarındaki kalıpları gözlemleme yetilerinden yoksun oldukları için, sık sık yıkıcı ilişkiler kurarlar. Örneğin, SKB'si olan bir kadın, kendisini istismar eden ve etmeye de devam edecek eski kocasına dönecektir; SKB'si olan bir erkek, sadomazoşist ilişkileri tekrarladığı, kendisine uygun olmayan erkek ya da kadınlarla sık sık birlikte olur. Borderline karakterin bağımlılığı genelde bir tutku kılığına girdiği için, o yıkıcı ilişkiyi "o kişiyi sevdiği için" sürdürmeye de-

vam eder. Sonrasında, ilişki parçalandığında da, partnerlerden biri suçu diğerinin patolojisine atabilir. Bu nedenle, terapistlerin ofislerinde sıklıkla şu cümle duyulur: "İlk karımın/kocamın sınırda kişilik bozukluğu vardı!"

Borderline durumundaki bitmek bilmez arayış, her zaman her yerde hazır olan bir bakımveren bulabilmeye yöneliktir. Bu arayış genellikle tamamlayıcı patolojilere sahip partnerler bulmakla sonuçlanır: her iki taraf da kendi karşılıklı yıkıcılıklarına dair içgörüden yoksundur. Örneğin Michelle, çaresizce bir erkeğin korumasına ve kendisini rahatlatmasına ihtiyaç duyuyor. Amin, etkileyici bir özgüven sergiliyor; özgüveni kendisinin derinlerindeki güvensizliğini gizliyor olsa bile Michelle'in ihtiyacına uyuyor. Nasıl ki Michelle, Amin'in kendisinin kurtarıcı şövalyesi olmasına ihtiyaç duyuyorsa, Amin de Michelle'in çaresiz ve kendisinin lütfuna bağımlı halde kalmasına ihtiyaç duyuyor. Bir süre sonra, her ikisi de kendilerine yüklenen basmakalıp kişiliklere göre yaşama konusunda başarısız oluyor. Amin, zorlukların ve başarısızlıkların narsisistik yaralarına dayanamıyor ve çok fazla içerek ve Michelle'i fiziksel olarak istismar ederek hayal kırıklıklarını gizlemeye başlıyor. Michelle ise, Amin'in kontrol boyunduruğundan heyecan duyuyor olsa da onun zayıflığını gördüğünde korkuyor. Memnuniyetsizlikler, daha fazla kışkırtılmaya ve daha çok çatışmaya neden olur.

Kendine nefret beslemekten mustarip borderline'lı kişi, başkalarının kendisine ilgi göstermeye yönelik davranışlarına güvenmez. Tıpkı Groucho Marx gibi, kendisini üyeliğe kabul edecek bir kulübe üye olmayı düşünmez. Örneğin, Sam, terapideki başlıca şikâyeti "Bir flörte ihtiyacım var" olan yirmi bir yaşındaki bir üniversite öğrencisiydi. Ciddi derecede kişilerarası ilişki sorunları yaşayan çekici bir erkek olan Sam, erişilemez olarak gördüğü kadınlara yaklaşıyordu. Ancak, ne zaman teklifleri kabul edilse, o kadını artık arzu edilmeyen biri olarak değersizleştiriyordu.

Tüm bu özellikler, anlamlı bir yakınlık kurmayı zorlaştırır. Carrie'nin söylediği gibi, "Birkaç erkek benimle evlenmek

istedi, ancak yakınlaşma ya da dokunulmakla ilgili büyük bir sorunum var. Buna dayanamıyorum." Borderline benlik, çaresizlikten ziyade sağlıklı bir şekilde bağımlı olmak için yeterli bağımsızlığı kazanabilir gibi görünmüyor. Gerçek paylaşım, tıpkı ruh olarak Siyam ikizleri gibi, kişinin kendi kimliğini tamamlamak için çaresizce başka biriyle birleşme ihtiyacı ve talepkâr bağımlılığına feda edilir. İlişki tehdit altına girdiğinde, borderline olan birey, sanki kendisinden bir parça koparılıyormuş gibi hissedebilir. *Jerry Maguire* adlı filmin meşhur repliği olan "Sen beni tamamlıyorsun," sözü, her zaman ulaşılamaz zor bir hedefe dönüşür.

Ben Kimim?

3. Kriter: Tutarsız benlik algısı ya da benlik hissiyle kendini gösteren belirgin ve kalıcı kimlik bozukluğu.

SKB'de başkaları hakkında sürekli bir kavramsallaştırma eksikliği olduğu gibi, sürekli bir öz kimlik bilinci yoksunluğu da vardır. Borderline kişi, kendi zekâsını, çekiciliğini ya da hassaslığını sabit özellikler olarak değil, sürekli yeniden kazanılacak ve başkalarının özellikleriyle kıyaslanacak, karşılaştırmalı nitelikler olarak görür. Örneğin, bu kişiler sadece doğru uygulanmış bir IQ testinin sonucuna dayanarak kendilerini zeki olarak kabul edebilirler. Daha sonra "aptalca bir hata" yaptıklarında, kendilerini "aptal" olarak görmeye başlarlar. Kendilerinden daha güzel olduğunu düşündükleri bir kadını görene kadar kendilerini çekici bulur, daha sonraysa çirkin olduklarını düşünürler. Kesinlikle, "Ben neysem oyum" diyen Temel Reis'in kendi kendini benimsemesine gıptayla bakarlar. Yakın ilişkilerinde olduğu gibi, sınırda kişilik, kendisiyle ilgili bir tür amneziye kapılmıştır. Geçmiş anlamsızlaşır; bu kişiler daha çok kendilerine ve başkalarına sürekli olarak, "Ee, peki? Son zamanlarda benim için ne yaptın?" diye soran talepkâr bir patrona dönüşürler.

SKB'de kişinin değeri, diğer insanlarla karşılaştırılarak bir

eğri üzerinde derecelendirilir, ancak kimlik izole olarak değerlendirilir. Bugün kim olduğu (ve ne yaptığı), daha önce neler yaşandığına pek aldırmaksızın, kişinin konumunu belirler. Bu kişiler kendilerinin rehavete kapılmasına izin vermezler. Tıpkı Sisifos gibi, kendilerini tekrar tekrar kanıtlama ihtiyacıyla, kayayı zirveye kadar yuvarlamaya mahkûmdurlar. Özgüven sadece başkalarını etkileyerek kazanılır, dolayısıyla da kişinin kendini sevmesi için başkalarını mutlu etmek büyük önem taşır.

Norman Mailer, *Marilyn* adlı kitabında, Marilyn Monroe'nun kimlik arayışının nasıl onun itici gücü haline geldiğini ve hayatının tüm yönlerini kapsadığını şu şekilde tanımlar:

> Kimlik nasıl bir takıntıdır! Onu ararız çünkü kendi kimliğimizde olduğumuzda hissettiğimiz o özel duygu, konuşurken samimiyet hissetmemiz, *gerçek* hissetmemizdir ve iyi hissetmeye dair bu küçük olgu, psikolojide "düşünüyorum öyleyse varım" felsefesi kadar önemli bir varoluşsal gizemi örter – gerçek hissetmenin duygusal durumu, her ne sebepten olursa olsun, kendi içinde bir yoksunluk hissetmekten tamamen daha üstündür ve bu, Marilyn gibi kahramanlar için seks içgüdüsünden, mevki ya da paraya yönelik arzudan çok daha güçlü bir motivasyon olabilir. Bazıları, kimlikleri rahatlığı kaybetmeye cesaret edemeden önce aşktan ya da güvenlikten vazgeçerler.[82]

Daha sonra Marilyn, yaşam dayanağını oyunculukta, özellikle de metot oyunculuğunda bulmuştur:

> Metot oyunculuğunda oyuncular, *rollerini dışavururlar*; teknikleri tıpkı psikanalizin kendisi gibi, duygusal yüklerini serbest bırakmak için tasarlanmıştır ve böylece oyuncuya kendi derinliklerini tanıma ve sonra da bunları bu rolü tarafından ele geçirilecek kadar sahiplenme imkânı tanır. Büyülü bir alışveriştir bu. *İhtiras Tramvayı*'ndaki Marlon Brando'yu aklınıza getirin. Oyuncunun

rol tarafından ele geçirilmesi, oyuncu için bir *satori* (sezgisel bir aydınlanma) durumudur. Çünkü kişinin kimliği, ancak kişi o rolde olduğu sürece bütünlük hissedebilir.[83]

Borderline kişiliğin tutarlı bir kimlik oluşturma mücadelesi, otantik olmamaya dair hâkim bir hisle –sürekli olarak "numara yapıyor olma" hissi– ilişkilidir. Pek çoğumuz hayatlarımızın çeşitli dönemlerinde bu hissi yaşarız. Örneğin, bir kişi yeni bir işe başlarken, bilgisini ve kendine güvenini göstermeye çalışır. Tecrübe edindikten sonra, özgüveni gitgide sahici bir hal alır, çünkü kişi sistemi öğrenmiştir ve artık numara yapma ihtiyacı hissetmez. Kurt Vonnegut'un *Gece Ana* adlı kitabında yazdığı gibi, "Neymişiz gibi rol yapıyorsak oyuz, bu nedenle yaptığımız rollere dikkat etmeliyiz." Ya da kimilerinin dediği gibi, "Gerçekten öyle olana kadar, öyleymiş gibi yap."

Borderline yetişkin, hiçbir zaman bu özgüven seviyesine erişemez. Numara yapıyormuş gibi hissetmeye devam eder ve er ya da geç "iç yüzünün anlaşılmasından" korkar. Bu özellikle de bir tür başarı sağladığında geçerlidir – başarının kendisine uygun olmadığını, bunu hak etmediğini düşünür.

Rol yapma ve sahteliğe dair bu kronik hissin kökeni, muhtemelen çocukluğa dayanır. 3. Bölüm'de ele alındığı üzere, borderline öncesi çocuk, çeşitli çevresel şartlardan –fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalmak, henüz bir çocukken bir yetişkin rolü üstlenmeye zorlanmak ya da kendi hasta ebeveynine ebeveynlik yapmak– ötürü otantik olmadığını hissederek büyür. Diğer uçta, olgunlaşıp bağımsızlaşma konusunda cesareti kırılabilir ve bağımlı çocuk rolüne sıkışarak bağımsızlaşmak için uygun zamanı kaçırmış olabilir. Bu durumların hepsinde, ortaya çıkan sınırda kişilik, hiçbir zaman bağımsız bir benlik bilinci geliştiremez, bir başkası tarafından kendisine verilmiş "sahte" rolü üstlenmeye devam eder. (Leo Tolstoy'un karakterlerinden birinde tarif ettiği gibi, "Hiçbir zaman kendi seçimini yapmaz, sadece modaya uygun şeyi giyer.") Eğer bu rolü sergilemekte başarısız olursa, cezalandırılmaktan korkar; eğer başarılı olursa

da kısa süre içinde sahtekârlığının ortaya çıkarılacağından ve küçük düşürüleceğinden emindir.

Mükemmellik haline ulaşmaya yönelik gerçekdışı girişimler, genellikle borderline kişilik örüntüsünün bir parçasıdır. Örneğin, aynı zamanda anoreksiya olan bir SKB hastası, sürekli zayıf kalmaya çalışıyor olabilir ve kilosu bir gram bile değişse, bu beklentisinin gerçekdışı olduğunun bilincinde olmaksızın dehşete düşebilir. SKB'si olan bireyler, kendilerini dinamik bir değişim halinde olmaktan ziyade sabit olarak algıladıklarından, esnek olmayan benlik algılarındaki herhangi bir değişim kendilerine tahrip edici gelebilir.

Aksine, borderline yetişkin, zıt bir yönde tatmin arayışı içine de girebilir – sıklıkla iş, kariyer, hedef, arkadaş ve hatta bazen cinsiyet bile değiştirebilir. Dış durumları değiştirerek ve yaşam tarzında köklü değişiklikler yaparak iç huzura ulaşmayı ümit eder. Sözde orta yaş krizi ya da erkek menopozu (andropoz) örnekleri, ölüm korkularını savuşturmak ya da hayattaki tercihlerinin neden olduğu hayal kırıklıklarıyla baş etmek için aşırı uçtaki girişimlere örnektir. Borderline bir ergen, bir aidiyet ve kabullenilme duygusuna ulaşmayı umut ederek, sürekli olarak arkadaş grubunu değiştirebilir –"spor düşkünlerinden" "bezginlere", "zekilerden" "ahmaklara" geçiş yapabilir. Borderline deneyiminde cinsel kimlik bile bir kafa karışıklığı kaynağı olabilir.

Koşulsuz kabullenme vaat eden tarikatlar, yapılandırılmış bir sosyal çevre ve sınırları belirlenmiş bir kimlik, borderline kişilikler için güçlü cazibe merkezleridir. Kişinin kimliği ve değer sistemi kabullenici grupla birleştiğinde, grubun liderine olağanüstü bir güç atfedilir. Nxivm tarikatının kurucusu Keith Raniere'in, 2019 yılında seks ticareti ve diğer suçlardan mahkûm edilene kadar, seks kölelerinden oluşan bir haremi vardı. 1978 yılındaki Jonestown Katliamı'nda, 1993 yılındaki Branch Davidians tarikatı üyeleriyle olan ölümcül çatışmada ve 1997 yılındaki *Heaven's Gate** tarikatının toplu intiharında şahit olunduğu üzere, liderin etkisi, müritlerinin ölümcül dahi olsa kendi eylemlerini taklit

* (İng.) Cennet kapısı. *–yhn*

etmesine neden olacak kadar güçlüydü. Aaron, üniversiteyi bıraktıktan sonra, amaçsızlık hissini "Aylaklar" tarikatına katılarak gidermek istedi. İki yıl sonra tarikattan ayrıldı ancak çeşitli şehirlerde çeşitli işler yaparak amaçsızca iki yıl dolaştıktan sonra tarikata yeniden katıldı. On ay sonra tarikattan tekrar ayrıldı, ancak bu defa tutarlı hedeflerden veya kim olduğuna ya da ne istediğine dair bilinçten yoksun olduğundan, intihara teşebbüs etti.

Özellikle gençler arasında görülen "toplu intihar" olgusu, kimlik oluşturmadaki zayıflığı yansıtır. Marilyn Monroe, Kurt Cobain ya da Robin Williams gibi ünlü birinin intiharının ardından, toplumdaki intihar oranları önemli ölçüde yükselir. Aynı dinamikler, hassas kimlik yapısına sahip ergenler için de geçerli olabilir: kendi akranları olan bir grup liderinden ya da aynı bölgedeki başka bir intihara meyilli genç grubundan kolayca etkilenirler.

Dürtüsel Karakter

4. Kriter: Madde kullanımı, rasgele cinsel ilişkiye girme, kumar oynama, dikkatsiz araç kullanma, mağaza hırsızlığı, aşırı para harcama ya da aşırı yemek yeme gibi, kendine zarar verme potansiyeli olan en az iki alandaki dürtüsellik.

Sınırda kişiliğin davranışları fevri ve tutarsız olabilir, çünkü güçlü anlık duygulardan –deneyimin izole, bağlantısız anlık görüntülerini temsil eden algılardan– kaynaklanırlar. Şimdiki zamanın yakınlığı, geçmişin deneyiminden ya da geleceğin umudundan yararlanmaksızın, tecrit halinde var olur. Çünkü borderline deneyiminin tarihsel örüntüleri, tutarlılığı ve öngörülebilirliği mevcut değildir, benzer dürtüsel hatalar tekrar tekrar yapılır. Christopher Nolan'ın 2000 yılı yapımı filmi *Akıl Defteri*, bir borderline bireyin düzenli olarak karşılaştığı şeyi metaforik açıdan sunar. Kısa süreli hafıza kaybı yaşayan sigorta müfettişi Leonard Shelby, saatler ya da dakikalar öncesinde ne olduğunu hatırlamak için, odasının her yerine polaroit fotoğraflar ve yapışkanlı notlar as-

mak –hatta mesajları vücuduna dövme yaptırmak– zorundadır. (Karısının öldürülmesinin intikamını almaya çalışırken, bir araba takibi sahnesinde, birini takip mi ettiğini yoksa kendisinin mi takip edilen olduğunu hatırlayamaz!) Film, sürekli olarak "yeni uyanmış" gibi hisseden yalnız bir adamı dramatik bir şekilde resmeder. Sınırlı sabır ve anında tatmin ihtiyacı, diğer SKB kriterlerini belirleyen davranışlarla bağlantılı olabilir: Çalkantılı bir ilişkiden kaynaklanan hayal kırıklıklarından, dürtüsel çatışma ve öfke ortaya çıkabilir (2. kriter); ani ruh hali değişiklikleri (6. kriter) dürtüsel patlamalara neden olabilir; uygunsuz öfke patlamaları (8. kriter) dürtüleri kontrol edebilme yetersizliğinden kaynaklanabilir; kendine zarar verme davranışları (5. kriter), borderline bireyin yoğun hayal kırıklıklarından kaynaklanabilir. Alkol ve madde kullanımı gibi dürtüsel eylemler, çoğunlukla yalnızlık ve terk edilmişlik hislerine karşı savunma mekanizması görevi görürler. MRI (manyetik rezonans görüntüleme) çalışmalarında, dürtüsellik seviyesi yüksek olan SKB hastalarında süjeleri kontrol eden alanlardaki dolaşıma nazaran, korteksin belirli alanlarındaki kan akışında değişiklikler görülmüştür.[84]

Joyce, boşanmasının ve eşinin yeniden evlenmesinin ardından, artan derecede alkol kullanımına başvuran otuz bir yaşında bir kadındı. Çekici ve yetenekli olmasına rağmen, işinin kötüleşmesine göz yumdu ve barlarda daha çok vakit geçirmeye başladı. Daha sonra, "Kaçınmaktan ibaret bir kariyer oluşturdum," dedi. Yalnız kalmanın ve terk edilmişlik hissinin verdiği acı aşırı derecede arttığında, bir hissizleşme yolu olarak alkolü kullanıyordu. Bazen erkekleri ayartıp eve onlarla birlikte dönüyordu. Karakteristik olarak, aşırı alkol tüketimi ve cinsel ilişkinin ardından, kendisini suçluluk duygusuyla azarlıyor ve kocasının onu terk etmesini hak ettiği hissine kapılıyordu. Sonra değersizliğini daha çok cezalandırmaya ihtiyaç duyduğundan, döngü başa sarıyordu. Böylece dürtüsel haldeki kendine zarar verici davranışlar, hem acıdan kaçınmanın hem de günahlarının kefareti olarak kendisini cezalandırma mekanizmasının bir aracı haline gelmişti.

Kendine Zarar Verme Davranışları

5. Kriter: Tekrarlayan intihar tehditleri, ifadeler veya eylemler ya da kendini, yaralama davranışları.

Yüksek derecede depresyona yatkınlığı, umutsuzluğu ve başkalarını manipüle etme becerisini yansıtan intihar tehditleri ve ifadeler, SKB'nin belirgin özelliklerindendir. Kendine zarar verme davranışları, hem bir yardım çığlığı hem de "kötü" olmaktan ötürü kişinin kendisine verdiği bir cezadır.

SKB hastalarının yüzde 75'inin kendine zarar verme geçmişi vardır ve bu kişilerin büyük bir çoğunluğu, en azından bir defa intihar teşebbüsünde bulunmuştur.[85] Kendine zarar verme davranışlarının en yaygın şekli, kişinin kendisini kesmesi, yakması, aşırı dozda ilaç kullanması, düşüncesizce risk alması, kendi kendisini dövmesi şeklindedir ve kendine zarar vermenin diğer türleri de görülebilir.[86] Çoğu zaman, sık intihar tehdidi ya da gönülsüz intihar girişimleri, ölme isteğinin değil, acıyı iletmenin ve başka insanların müdahalesini talep etmenin bir göstergesidir. Maalesef ki ısrarla tekrarlandığında bu intihar girişimleri genellikle tam tersi bir senaryo doğurur – diğer kişiler bundan bıkar ve tepki vermeyi bırakır, bu da daha ciddi girişimlere neden olabilir. İntihara meyilli davranış, aile ve terapistler için baş edilmesi en zor SKB semptomlarından biridir: bu konuya eğilmek, sonu gelmeyen verimsiz çatışmalarla sonuçlanabileceği gibi, göz ardı etmek de ölümle sonuçlanabilir (6. Bölüm'e bakınız). Kendine zarar verme tehditleri de dahil olmak üzere, SKB'nin belirleyici kriterlerinin pek çoğu zamanla azalsa da, intihar riski yaşam döngüsü boyunca devam eder.[87,88] Çocukluğunda cinsel istismara uğrayan SKB hastalarında, intihara teşebbüs etme eğilimi on kat daha fazladır.[89]

SKB, kendine zarar vermeyle kısmen tanımlanan tek tıbbi teşhistir. Kendini yaralama –psikozla açıkça ilişkili olmasının haricinde– SKB'nin en belirleyici özelliğidir. Bu davranış, kişinin kendi cinsel organlarını, uzuvlarını veya bedenini yaralaması şeklinde görülebilir. Bu tür SKB hastalarının vücutları,

kendi kendilerine oluşturdukları yaralarla kaplı bir yol haritası haline gelir. Jilet, makas, tırnak makası ve yanık sigaralar en çok kullanılan araçlardan bazılarıdır; aşırı alkol ve madde tüketimi ya da aşırı yemek yeme de hasara yol açabilir. Kendini yaralama, intihar niyetiyle yapılmaz ancak yara çok derinse, yanık çok ağırsa ve kendine verdiği zarar fazlaysa bu davranışlar kazara ölüme de yol açabilir.

Kendini yaralama genellikle dürtüsel bir kendini cezalandırma eylemi olarak başlar, ancak zamanla planlanmış ve ritüel haline gelmiş bir prosedüre dönüşür. Bu tür örneklerde SKB hastası, vücudunda giysilerin örttüğü kısımları dikkatlice yaralar – bu da onun duygu karmaşası yaşadığını gösterir: kendi kendini dikkat çekici bir şekilde cezalandırmak zorunda hisseder, ancak yaptığı işkencenin izlerini gizler. Pek çok kişi süs amaçlı dövme yaptırırken, son otuz yıldır, toplumsal düzeyde dövmeler ve *piercing*lere karşı artan hayranlık, bir moda trendinden ziyade, SKB eğilimlerinin bir yansıması olabilir (4. Bölüm'e bakınız). Bazen çaresizce uyum sağlama ihtiyacı, SKB'si olan bir kişiyi (genellikle bir ergeni), kendini kesmeyi "taklit etmeye" ya da cildine kelimeler veya isimler kazımaya teşvik eder.

Jennifer (1. Bölüm'e bakınız), kendine zarar verme ihtiyacını bileklerini, karnını ve belini kaşıyıp kolaylıkla gizlenebilecek tırnak izleri bırakarak karşılıyordu.

Bazen kendi kendini cezalandırma davranışı, daha dolaylıdır. Borderline birey, bir dizi "kazanın" kurbanı olduğunu iddia edebilir ya da kendisinin doğrudan sorumlu olmadığı kavgaları kışkırtabilir; şiddeti şartlar veya diğer kişiler üzerinden elde eder.

Örneğin, kız arkadaşından ayrılan Carlos, bunun için ebeveynlerini suçladı. Onların yeterince destekleyici ya da cana yakın olmadıklarını düşündü ve kız arkadaşı altı yılın sonunda ilişkilerini sonlandırdığında Carlos'un hali perişandı. Yirmi sekiz yaşında, kirasını ebeveynlerinin ödediği bir apartman dairesinde yaşamaya devam ediyordu ve babasının ofisinde kafasına estiği şekilde çalışıyordu. Daha önce intihara teşebbüs

etmiş ancak kendisini öldürmüş olmasının "mutluluğunu" ebeveynlerine yaşatmamaya karar vermişti. Bunun yerine, giderek artan şekilde tehlikeli davranışlarda bulunmaya başladı. Bazılarında alkollü olduğu çok sayıda araba kazası geçirdi ve ehliyetinin elinden alınmasına rağmen araba kullanmaya devam etti. Kendisinden çok daha iri adamlarla kavgalara giriştiği barlara takıldı. Carlos, bazen davranışlarının yıkıcılığını fark ediyor ve böyle zamanlarda içinden "O zamanlarda keşke ölseydim," diye geçiriyordu. Bu abartılı kendine zarar verme davranışları ve tehditleri, çeşitli şekillerde açıklanabilir. Kişinin kendi kendisine çektirdiği acı, hissetme ihtiyacını ve hissizlikten kurtulma isteğini yansıtıyor olabilir. SKB'si olan kişiler, kendilerini duygusal incinmeden korumanın yanı sıra, gerçeklik algısına karşı bir bariyer görevi de gören yalıtkan bir balonun içinde yaşıyor olabilirler. İşte o zaman acı çekme deneyimi, varoluşla önemli bir bağlantı oluşturabilir. Yine de çoğu zaman maruz kalınan bu acı, bu bariyeri aşacak kadar güçlü değildir (kan ve yaralar etkileyici görünse de) ve bu durumda hayal kırıklığı, kişiyi acı veren eylemlerin sayısını artırmaya ya da kendi kendisine daha fazla zarar vermeye zorlayabilir.

Kişinin kendi kendisine acı çektirmesi, aynı zamanda acı çekmenin diğer biçimlerine odaklanmamasını da sağlayan bir işleve sahip olabilir. Bir hasta, yalnız ve korkmuş hissettiğinde, yalnızlığını "düşünmemek için" bedeninin farklı yerlerini kesiyordu. Bir diğer hasta, stresle ilişkili migrene bağlı baş ağrısı çektiğinde başını bir yerlere vuruyordu. İçsel gerginlikten kurtulmak, belki de kendine zarar vermenin en yaygın nedeni olabilir.[90]

Kendine zarar verme davranışı, aynı zamanda günahların bir kefareti olarak da görülebilir. Evliliğinin bitmesinden dolayı suçluluk duyan ve bunun için tamamıyla kendini suçlayan bir adam, öğürme aşamasına gelinceye kadar, tadından iğrendiği cin içkisini hiç durmadan içiyordu. Bu rahatsızlığa ve aşağılanmaya tahammül edebildiğinde kendini kurtulmuş hissediyor ve günlük rutinine dönebiliyordu.

Acı verici kendine zarar verme davranışı, tehlikeli bir şekilde kontrolden çıktığı hissedilen eylemleri sınırlamak için bir çaba olarak da kullanılabilir. Ergen bir oğlan çocuğu, iğrenç olduğunu düşündüğü bir eylem olan mastürbasyondan kendisini uzak tutmak için ellerini ve penisini kesmişti. Acıyı hatırlamanın, kendisini bu iğrenç davranışta bulunmaktan alıkoyacağını düşünmüştü.

Dürtüsel haldeki kendine zarar verme davranışları (ya da tehditleri), genellikle yakın ilişkide olunan başka bir insanı cezalandırma isteğinden kaynaklanabilir. Bir kadın, rasgele cinsel ilişkilerde bulunmasını (bunlar genellikle aşağılayıcı mazoşist ritüeller içeriyordu) sürekli olarak detaylı bir şekilde erkek arkadaşına anlatıyordu. Bu tür ilişkileri, genellikle erkek arkadaşına kızdığında ve onu cezalandırmak istediğinde yaşıyordu.

Son olarak, kendine zarar verme davranışı, sempati ve kurtarılmaya yönelik manipülatif bir ihtiyaçtan da kaynaklanabilir. Bir kadın, erkek arkadaşıyla tartıştıktan sonra, onun yanında defalarca kez bileklerini keserek onu tıbbi yardım çağırmak zorunda bırakıyordu.

SKB hastalarının çoğu, kendini yaralama elemleri esnasındaki acıyı inkâr eder ve hatta bunun ardından huzurlu bir hoşnutluk hissettiklerini söylerler. Kendilerine zarar vermeden önce, büyük bir gerginlik, öfke ya da yoğun bir üzüntü yaşamış olabilirler; bunların ardından bir boşalma ve anksiyeteden kurtulma hissi doğar. Bu da tıpkı bir kişinin blokları üst üste dizerek gittikçe daha yüksek bir kule inşa ederken en sonunda sallanıp çöktüğü zaman hissettiği rahatlamaya benzer.

Bu rahatlama, psikolojik ya da fizyolojik faktörlerden ya da her ikisinin karışımından kaynaklanabilir. Doktorlar uzun zaman önce, savaşta yaralanma gibi ciddi fiziksel travmaların ardından, herhangi bir tıbbi müdahale olmamasına rağmen hastada beklenmedik bir sakinlik ve bir tür doğal uyuşma hali olduğunu fark ettiler. Kimileri, böyle zamanlarda vücudun içsel bir uyuşturucu (morfin ya da eroin gibi) niteliğinde olan ve organizmanın kendi kendisini acıdan kurtarmasını sağlayan en-

dorfin adlı, biyolojik maddeyi salgıladığını belirtmişlerdir. MRI ile ölçüldüğü üzere, SKB hastaları kontrollü acı deneyimlerine maruz kaldıklarında, beyin devresi bağlantılarında farklılık gösterirler. Etkilenen bu beyin bölgeleri, acının bilişsel ve duygusal olarak algılanmasıyla ilişkilidir.[91]

Radikal Ruh Hali Değişimleri

6. Kriter: Duygu durumun belirgin reaktivitesine bağlı duygusal tutarsızlık, depresyon, sinirlilik ve anksiyeteye genellikle birkaç saat ya da nadiren birkaç günden fazla süren şiddetli aralıklı geçişler.

Borderline bireyler, kısa süreli –genellikle saatler süren– ani ve aşırı ruh hali değişimleri yaşarlar. Temel ruh halleri genellikle sakin ve kontrollü değildir, ancak sıklıkla hiperaktif ve coşkulu ya da karamsar, sinik ve depresiftirler. Bu ruh hali değişimleri, genellikle ani bir duruma tepki olarak oluşur ve koşullarla orantısız olabilir.

İşten eve dönerken aldığı çiçeklerle kendisine sürpriz yapan Owen'ı öpücüklere boğan Audrey'nin heyecandan âdeta başı dönüyordu. Owen, akşam yemeği için elini yüzünü yıkarken Audrey'ye annesinden bir telefon geldi. Annesi sürekli devam eden ağrılarının nasıl olduğunu sormak için aramadığından, yine Audrey'yi azarlıyordu. Owen banyodan çıktığında, Audrey öfkeli bir cadaloza dönüşmüş, akşam yemeğini hazırlamasına yardım etmediği için Owen'a bağırmaya başlamıştı. Bu dönüşümden dolayı sersemleyen ve şaşıran Owen, orada öylece oturup kaldı.

Justin, artan çaresizlik belirtileri ve aşırı doz ilaç kullanma niyetinin olması üzerine kız arkadaşı tarafından acil servise götürüldü. Psikiyatri biriminde umutsuzluğunu gözyaşları içinde dile getirdi ve hemşireye sürekli ölmek istediğinden bahsetti, kontrol edilemez şekilde ağlıyordu. Dakikalar sonraysa yeni oda arkadaşıyla şakalaştığı ve kahkahalarla güldüğü görüldü.

Her Zaman Kısmen Boş

7. Kriter: Kronik boşluk hissi.

Temel bir kimlik duygusundan yoksun haldeki SKB'li bireyler, genellikle kendilerini "boşluklarını" doldurmanın yollarını aramaya iten acı veren bir yalnızlık yaşarlar. Diğer zamanlardaysa, içlerine kapanırlar ve yardım istemeye direnirler.

Shakespeare'in Hamlet'i acı dolu ve hemen hemen fiziksel bir histen yakınır: "Son zamanlarda, bilmem neden, bütün sevincimi yitirdim, her gün yaptıklarımı yapmaz oldum. Gerçekten öyle karardı ki içim, dünya, bu güzelim yapı, çorak bir kayalığa döndü gözümde."*

Tolstoy, sıkıntıyı, "arzuları arzulamak" olarak tanımlıyor; bu bağlamda, borderline kişiliğin sıkıntıyı hafifletmek için bir yol aramasının genellikle yıkıcı eylemlere ve hayal kırıklığı yaratan ilişkilere yönelik dürtüsel girişimlerle sonuçlanacağı görülebilir. Birçok bakımdan, borderline karakter, olumlu yönlerinden dolayı yeni bir ilişki ya da deneyim peşinde değildir, bunu boşluk hissinden, Sartre, Camus ve diğer filozofların tanımladığı karakterlerin varoluşsal kaderlerinden bir kaçış olarak görür.

Borderline birey, çoğu zaman iyileşmeye yönelik motivasyonel enerjiyi tükettiği için tedavinin önünde temel bir engel olan bir tür varoluşsal endişeye katlanır. Bu duygu durumundan SKB'nin diğer pek çok özelliği ortaya çıkar. İntihar, sürekli bir boşluk durumuna karşı tek mantıklı tepki gibi görünebilir. Boşluğu doldurma ya da sıkıntıyı giderme ihtiyacı, öfke patlamalarına ve kendine zarar veren dürtüselliğe –özellikle de madde kötüye kullanımına– yol açabilir. Terk edilme daha yoğun hissedilebilir. İlişkiler bozulabilir. Tutarlı bir benlik bilinci boş bir kabukta oluşturulamaz. Ruh hali dengesizliği, yalnızlık hissinden kaynaklanabilir. Gerçekten de depresyon ve boşluk hissi, genellikle birbirini güçlendirir.

* Bu alıntı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları tarafından yayımlanan ve çevirisi Sabahattin Eyüboğlu'na ait *Hamlet* adlı eserin 2017 tarihli 18. baskısından aktarılmıştır. *–yhn*

Kızgın Boğa

8. Kriter: Orantısız, şiddetli öfke ya da öfkeyi kontrol edememe, örnek olarak sık sık öfkelenme ve tekrarlayan fiziksel kavgalar.

Duygusal dengesizliğin yanı sıra öfke, SKB'nin zaman içinde varlığı kalıcı bir semptomudur.[92]

Öfke patlamaları, korkutucu oldukları gibi aynı zamanda öngörülemezdirler. Şiddet sahneleri, onları tetikleyen hayal kırıklıklarıyla orantısızdır. Kasap bıçakları ve fırlatılan tabaklarla yapılan kovalamaları içeren ev içi kavgalar, borderline kişiliğin öfkesinin tipik bir örneğidir. Öfke belirli (ve genellikle önemsiz) bir kusurla alevlenebilir, ancak kıvılcımın temelinde hayal kırıklığı ve terk edilme tehdidinden duyulan korku yatar. Vincent van Gogh, birbirine zıt resim stilleri hakkında önemsiz bir yoruma dair anlaşmazlığın ardından, kasap bıçağını kapıp yakın arkadaşı Paul Gauguin'i evin kapısına kadar kovalamıştı. Daha sonra öfkesini kendisine çevirip aynı bıçakla kulağının bir parçasını kesmişti.

Böylesine şiddetli ve yüzeye yakın bir öfke, genellikle SKB hastasının en yakınlarına –eşine, çocuklarına, ebeveynlerine– yöneltilir. Borderline öfkesi, bir yardım çığlığı, bağlılığın sınanmasını ya da yakınlaşma korkusunu temsil edebilir – temelinde yatan faktörler ne olursa olsun, en çok ihtiyaç duyduğu kişileri kendinden uzaklaştırır. Bu saldırılara rağmen bu kişinin yanında kalan eş, arkadaş, sevgili ya da aile üyesi, çok sabırlı ve anlayışlı olabilir ya da bazen ilgili kişiden rahatsızlık duyabilir. Bu tür patlamalar karşısında empati kurmak zordur ve ilişki bu durumla başa çıkabilmek için elindeki her kaynağı kullanmak zorundadır (5. Bölüm'e bakınız).

Öfke, genellikle psikiyatristlerin ve diğer ruh sağlığı uzmanlarının hedef haline geldiği terapötik ortama taşınır. Örneğin, Carrie, genellikle terapistine öfkeleniyor, sürekli olarak onun terapiyi sürdürmeye bağlılığını test etmenin yollarını arıyordu. Bazen terapistinin ofisinden bir hışımla çıkıyor ve sekreterine

sonraki randevularını iptal etmesini söylüyordu. Daha sonra, ertesi gün telefon açıp yeniden randevu almak istiyordu. Sekreter, kısa sürede Carrie'nin randevularını ayarlama işini ertelemeyi öğrendi! Tedavi bu durumda istikrarsız hale gelir (7. Bölüm'e bakınız) ve terapistler bu nedenle SKB hastalarını bırakabilir (ya da kovabilir). Pek çok terapist, tedavi ettikleri SKB hastalarının sayısına bir sınır koymaya çalışır.

Bazen Çılgınca Davranıyorum – Yalanlar, Kuyruklu Yalanlar ve Sanrılar

9. Kriter: Stresle ilişkili geçici paranoyak düşünceler ya da şiddetli dissosiyasyon semptomları.

SKB hastaları için en yaygın psikotik deneyimler, gerçekdışılık hissi ve paranoyak sanrılardır. Gerçekdışılık hisleri, olağan algıların çarpıtılmasını içerir. Birey ya da çevresindekiler, gerçekdışı hisseder. Kimileri, kişiliklerinin farklı yönlerinin farklı durumlarda ortaya çıktığını hissettikleri bir tür içsel bölünme yaşar. Çarpık algılar beş duyudan herhangi birini içerebilir.

Borderline bir yetişkin, stresli bir durumla (terk edilmişlik hissi gibi) karşılaştığında veya iyi yapılandırılmamış bir ortamda bulunduğunda, geçici olarak psikotik hale gelebilir. Örneğin terapistler, klasik psikanaliz sırasında, büyük ölçüde serbest çağrışıma ve geçmişteki bir travmayı yapılandırılmamış bir ortamda ortaya çıkarmaya dayanan psikoz atakları gözlemlemişlerdir. Psikoz aynı zamanda yasadışı madde kullanımıyla da kamçılanabilir. Şizofreni, mani, psikotik depresyon ya da madde hastalıkları gibi psikotik hastalıklara sahip hastalardan farklı olarak borderline psikozu genellikle daha kısa sürelidir ve hasta tarafından daha şiddetli bir korkutucu olarak algılanır ve sıradan deneyiminden son derece farklıdır. Yine de SKB'deki ani gelişen psikozun dış dünyaya yansıması, diğer hastalıkların psikotik deneyimlerinden ayırt edilemez halde olabilir. Temel fark, bunun süresidir. SKB hastası normal işlevselliğine yeniden

dönünce, diğer psikoz türlerinden farklı olarak bu gerçekten kopuş saatler ya da günler içinde ortadan kalkabilir.

Nöbetçi psikiyatri servisi asistanı Dr. Jill Sanchez'den, oda arkadaşı tarafından acil servise getirilen darmaduman haldeki yüksek lisans öğrencisi Lorenzo'yu muayene etmesi istendi. Oda arkadaşı, Lorenzo'nun son yirmi dört saat içindeki artan paranoyasını ve tuhaf davranışlarını anlattı. Lorenzo, babasının ölümünün ardından ailevi problemlerle boğuşurken bir yandan da yüksek lisans tezini tamamlama konusunda giderek artan bir baskı altındaydı. Uyuyamıyor ve çok az yemek yiyordu. Lorenzo, kendi kendine mırıldanmaya ve sonra da birdenbire sanki bu kişi kendi odalarındaymış gibi tez danışmanına bağırmaya başlamıştı. Üniversitenin kendisine karşı olduğuna ve başarısız olmasını istediğine dair korkularını dile getiriyordu. Oda arkadaşını da bu komplonun bir parçası olmakla suçladı. Artık bu dünyada var olmadığı için farklı bir boyuta geçiş yapması gerektiğini söylüyordu.

Dr. Sanchez, değerlendirmesinde daha önce belgelenmiş psikiyatrik bir kayda ya da aile geçmişinde herhangi bir ruh hastalığı geçmişine rastlamadı. Madde taraması, herhangi bir madde kullanımı olmadığını gösterdi. Oda arkadaşı, Lorenzo'yu ara sıra aşırı ruh hali değişimleri ve nadiren orantısız öfke patlamaları yaşayan bir "dengesiz" olarak tanımlasa da, daha önceki tuhaf bir davranışından bahsetmedi. Dr. Sanchez, geçici bir şizofreni başlangıcı ön tanısıyla, Lorenzo'yu psikiyatri birimine nakletti. Anksiyetesini hafifletip uykuya dalmasını kolaylaştırması umuduyla, Lorenzo'ya düşük dozda sakinleştirici antipsikotik verdi.

Ertesi sabah Lorenzo, farklı biri gibiydi. Zinde bir şekilde duş alıp temizlenmişti, sakindi ve doktoruna cevap vermeye istekliydi. Son iki güne dair hatırladıkları bulanıktı, ancak okul ve aile kaynaklı stresten ötürü kendini baskı altında hissettiğini doğruladı. Tedirgin ve şüpheli davranışını belli belirsiz hatırlayınca utandığını ifade etti. İyi bir gece uykusu ona büyük bir rahatlama sağlamıştı ve artık kendisini daha iyi hissettiği için

okula dönebilmek üzere taburcu olmak istediğini söyledi. Doktorun ısrarı üzerine, Lorenzo bir gün daha hastanede kalmayı kabul etti ve bu süre içinde diğer tedirgin hastalar konusunda hemşirelere yardım etti. Taburcu olurken, okul kaynaklı baskıyla daha iyi başa çıkabilmesi gerektiğini kabul etti. Ayrıca babasının ölümünün geçmiş ailesel çatışmalar konusunda kendisinde çok fazla kaygıyı tetiklediğini de itiraf etti. Lorenzo, bir psikiyatristle görüşmeyi kabul etti.

Sınırda Kişilik Mozaiği

SKB, ruh sağlığı uzmanları tarafından ABD'deki en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biri olarak açıkça kabul edilmektedir. Uzmanların, çok sayıda hastayı etkili bir şekilde tedavi edebilmek için SKB'nin özelliklerini ayırt edebilmeleri gerekir. Uzman olmayan kişiler de, hayatlarına dahil oldukları bu kişileri daha iyi anlayabilmek için bu özellikleri bilmelidirler.

Kurnaz bir okuyucu, bu bölümde anlatılanları kavrarken, bu semptomların tipik olarak birbiriyle etkileşimde olduğunu; bağımsız göllerden ziyade, birbirini besleyen ve sonunda birleşip koylara veya okyanuslara karışan akarsulara benzediğini gözlemleyecektir. Bu özellikler aynı zamanda karşılıklı bağımlılık içindedirler. Bu duygu sellerinin oluşturduğu derin oluklar, sadece borderline karakteri hakkında değil, aynı zamanda bu kişilerin yaşadığı kültürün parçaları hakkında da bilgiler verir. Bu belirtilerin bireyde nasıl oluştuğu ve toplumumuza nasıl yansıdığı konuları sonraki bölümlerde ele alınacaktır.

3

Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Kökenleri

Bütün mutlu aileler birbirlerine benzer, ancak her mutsuz ailenin kendine özgü bir mutsuzluğu vardır.

–Leo Tolstoy'un *Anna Karenina* adlı eserinden

Dixie Anderson için büyümek kolay olmamıştı. Babası nadiren evdeydi ve evde olduğu zamanlarda da fazla konuşmazdı. Yıllarca babasının nasıl para kazandığını bile bilmiyordu, babası sadece sürekli evden gidip duruyordu. Dixie'nin annesi Margaret, babasına işkolik diyordu. Dixie, çocukluğu boyunca gizlediği şeyin ne olduğundan hiç emin olamasa da, annesinin bir şeyler gizlediğini hissediyordu.

Dixie, on bir yaşına geldiğinde, işler değişti. Annesinin dediğine göre, kendisi "erken gelişmişti" ama Dixie bunun ne anlama geldiğini bilmiyordu. Tek bildiği, babasının birdenbire daha sık evde olmaya başladığı ve aynı zamanda daha ilgili olduğuydu. Babasının bu ilgisi ve kendisine dokunduktan sonra babası üzerinde kurduğu yeni hâkimiyet hissi Dixie'nin hoşuna gidiyordu. Babasının işi bittikten sonra, Dixie ondan ne isterse yapıyordu.

Aynı zamanlarda Dixie, ailenin varlıklı banliyösü Chicago çevresinde de birdenbire daha popüler hale geldi. Gençler, ona gizledikleri uyuşturucularından ve birkaç yıl sonra da sihirli mantarlar ve ekstazi ikram etmeye başladılar.

Ortaokul sıkıcıydı. Okuldaki bir günün ortasında diğer çocuklarla kavga ederdi ama bu kendisini hiç rahatsız etmezdi: çetin cevizdi, arkadaşları ve uyuşturucuları vardı, havalıydı. Hatta bir defasında iğrenç bir tip olduğunu düşündüğü fen öğretmenini bile yumruklamıştı. Öğretmen bunu hoş karşılamadı ve müdüre gitti, müdür de onu okuldan attı.

On üç yaşındayken ilk psikiyatrist ziyaretini yaptı, psikiyatrist ona hiperaktivite teşhisi koydu ve kendisini hiç de iyi hissetmesini sağlamayan birtakım ilaçlarla tedavi etti. Dixie, kaçmaya karar verdi. Valizini hazırladı, eyaletler arası otobüse bindi ve birkaç dakika içine Las Vegas'a doğru yola koyulmuştu.

Margaret'ın bakış açısına göre, kendisi ne yaparsa yapsın, Dixie konusunda hep aynı şey oluyordu: büyük kızı memnuniyetsizdi. Dixie belli ki babasının genlerini almıştı, Margaret'ın görünüşünü ve evi çekip çevirmesini sürekli eleştiriyordu. Margaret kilo vermek için her şeyi denemişti –amfetamin, içki, hatta mide kelepçesi– ancak hiçbiri işe yaramamıştı. O hep şişmandı, hep de öyle kalacaktı.

Roger'ın neden onunla evlendiğini hep merak ederdi. Roger yakışıklı bir adamdı, ta en başından beri neden kendisini istemiş olduğunu anlayamıyordu. Bir süre sonra Roger'ın kendisini istemediği belli olmuştu: Roger geceleri eve gelmemeye başlamıştı.

Dixie, Margaret'ın hayatındaki güzel tek şeydi. Küçük kızı Julie, henüz beş yaşındayken obezdi ve ümitsiz vakaydı. Ancak Margaret, Dixie için her şeyi yapardı. Dixie onun hayata tutunduğu dalıydı. Ancak Margaret ona tutundukça, Dixie daha çok öfke doluyordu. Daha talepkâr olmuştu, öfke krizlerine girip annesine kilosu yüzünden bağırıp çağırıyordu. Doktorların Margaret'a bir yardımı dokunmuyordu; onun manik-depresif olduğunu ve alkole ve amfetaminlere bağımlı olduğunu söylü-

yorlardı. Margaret'in son hastane yatışında ona elektroşok tedavisi uyguladılar. Şimdiyse Roger gitmişti ve Dixie de ortalıkta yoktu, bütün dünya kendisinin üstüne geliyordu.

Dixie, Vegas'ta geçirdiği birkaç çılgın ayın ardından, Los Angeles'a gitti ve orada da Vegas'takiyle aynı şeyleri yaşadı: ona arabalar, para ve güzel zamanlar vaat edildi. Pek çok arabaya bindi, ancak güzel zamanlar çok az ve seyrekti. Arkadaşları, hayatta kaybetmiş kişilerdi ve kimi zaman birkaç papel "ödünç alabilmek" için bir adamla yatmak zorunda kalmıştı. Sonunda da cebinde birkaç dolardan başka bir şeyi olmaksızın eve döndü.

Dixie eve döndüğünde, Roger gitmişti ve annesi de yoğun bir depresyon ve ilaç kaynaklı bir hissizlik içindeydi. Evdeki umutsuzluk, Dixie'yi kısa süre içinde yeniden alkole ve madde kullanımına yöneltti. On beş yaşındayken, madde kullanımından dolayı iki defa hastaneye yatmış ve çok sayıda terapist tarafından tedavi edilmişti. On altı yaşında, sadece birkaç hafta önce tanıştığı bir adamdan hamile kaldı. Hamilelik testinin hemen ardından adamla evlendi.

Yedi ay sonra, Kim doğduğunda evlilikleri çatırdamaya başladı. Dixie'nin kocası, çocuğu için sağlam bir ev ortamı sağlamak şöyle dursun, daha kendi hayatına bile çekidüzen veremeyen zayıf ve pasif bir ahmaktı.

Bebek altı aylıkken evliliklerini bitirdiler ve Dixie ile Kim, Margaret'ın yanına taşındı. O andan sonra Dixie, kilosu konusunda takıntılı hale geldi. Yemek yemeden günler geçiriyor, sonra da çılgınca ve aşırı miktarda yiyip hemen yediği her şeyi çıkarıyordu. Kusmayla içini boşaltamadığında, başka yollar deniyordu: müshil ilaçlarını şeker gibi yutuyordu. Giysileri terden sırılsıklam oluncaya ve hareket edemeyecek kadar yoruluncaya dek egzersiz yapıyordu. Kilo veriyordu ancak sağlığı ve ruh hali de kötüye gidiyordu. Adet dönemleri durdu, enerjisi azaldı, odaklanma kapasitesi zayıfladı. Kendi hayatına dair çok depresif bir hale geldi ve ilk defa intihar ona gerçek bir seçenekmiş gibi geldi.

Tekrar hastaneye yattığında ilk başta kendini güvende ve rahat hissetti, ancak kısa süre içinde eski benliği geri döndü.

Dördüncü gün, doktorunu baştan çıkarmaya çalıştı ve adam ona karşılık vermeyince, onu her türlü misillemeyle tehdit etti. Hemşirelerden fazladan ayrıcalık ve özel ilgi görmek istedi, ekip halinde yapılan aktivitelere de katılmayı reddetti.

Hastaneye nasıl birdenbire gittiyse, aynı şekilde, sadece birkaç gün sonra iyileştiğini ve taburcu olmak istediğini söyledi. Ertesi yıl içinde birkaç defa daha hastaneye yatacaktı. Aynı zamanda birkaç psikoterapiste görünecek ama hiçbirinin kendisinin çarpıcı derecedeki ruh hali değişimlerini, depresyonunu, yalnızlığını, erkeklere ve uyuşturucuya düşkünlüğünü anlamadığını ve bunları nasıl tedavi edeceğini bilmediklerini düşünecekti. Hiç mutlu olamayacağından şüphe duymaya başladı.

Margaret ve Dixie, çok geçmeden yine tartışmaya ve birbirlerine bağırmaya başladılar. Margaret'a göre sanki karşısında kendisinin büyürkenki hali vardı ve kendisiyle aynı hataları yapıyordu. Bunu görmeye dayanamıyordu.

Margaret'ın babası, tıpkı Roger gibi ailesiyle ilgilenmeyen, yalnız ve mutsuz bir adamdı. Annesi, tıpkı Margaret gibi evi çekip çeviren kişiydi. Ayrıca tıpkı Margaret'ın Dixie'ye tutunması gibi, annesi de Margaret'a tutunmuştu ve hayatının her aşamasında çaresizce onu etkilemeye çalışıyordu. Margaret, annesinin düşünce ve duygularıyla beslenmişti – ve bunlar da bir tabura yetecek kadar çoklardı. On altı yaşındayken, bir obez haline gelmişti ve iştahını bastırmak için aile doktorunun verdiği yüksek miktarda amfetamin alıyordu. Yirmi yaşına geldiğinde, alkol tüketiyor ve kullandığı amfetamini azaltmak için sakinleştirici alıyordu.

Margaret, annesini asla memnun edemiyor, aralarındaki hâkimiyet mücadelesi sürekli kızışıyordu. Margaret, kendi kızını ve kocasını da memnun edememişti. Kendisi de dahil olmak üzere, hiç kimseyi mutlu edemediğini fark etti. Yine de, memnun olmayan kişileri memnun etmeye çalışmayı sürdürüyordu.

Artık, Roger gitmişken ve Dixie böylesine hastayken, Margaret'ın hayatı sanki parçalanıyormuş gibi görünüyordu. Dixie sonunda Roger tarafından nasıl cinsel istismara uğradığını an-

nesine anlattı. Roger evden ayrılmadan önce, kadınlarıyla gurur duyduğunu söylemişti. Her şeye rağmen, Margaret onu hâlâ özlüyordu. Onun da tıpkı kendisi gibi yalnız olduğunu biliyordu.

Dixie, kendi kendini yıkan bu ailenin durumuyla ilgili bir şeyler yapmanın zamanının geldiğini düşündü. En azından kendisi için bir şeyler yapmalıydı. İlk önceliği, bitmek bilmez sıkıntısını ortadan kaldıracak bir iş bulmak olabilirdi. Ancak on dokuz yaşındaydı, iki yaşında bir çocuk annesiydi ve kocasızdı, ayrıca lise mezunu bile değildi.

Karakteristik dürtüsellikle, lise denklik programına başladı ve birkaç ay içinde diplomasını aldı. Diplomasını almasının ardından birkaç gün sonra da üniversiteye gitmek için burs ve kredi başvurusunda bulundu.

Margaret, Kim'e bakmaya başlamıştı ve pek çok açıdan bu düzen işe yarıyor gibi görünüyordu: Kim'i büyütmek Margaret'ın hayatına bir anlam katmıştı, Kim anneannesi tarafından büyütülüyordu ve Dixie de hayattaki yeni hedefi için zaman ayırabiliyordu. Ancak kısa bir süre sonra sistemde çatlamalar oluştu: Margaret bazı zamanlar hiç yardımı dokunmayacak kadar alkollü ya da depresif oluyordu. Böyle olduğunda, Dixie'nin basit bir çözümü vardı: Margaret'ı, Kim'i ondan ayırmakla tehdit ediyordu. Ancak anneanne ve torun bariz bir şekilde çaresizce birbirlerine ihtiyaç duyuyorlardı, bu nedenle Dixie ev halkının kontrolünü tamamıyla yeniden sağlayabiliyordu.

Her şeye rağmen, sık ilişkileri genellikle kısa süreli olsa da Dixie hâlâ erkeklere zaman ayırabiliyordu. Bir kalıp çerçevesinde hareket ediyor gibiydi: ne zaman bir erkek kendisiyle ilgilenmeye başlasa, sıkılıyordu. Mesafeli, yaşlı adamlar –erişilemez doktorlar, evli tanıdıklar, profesörler– onun tipiydi, ancak kendisinin kurlarına karşılık verdikleri an onları da bırakıyordu. Çıktığı genç adamların hepsi evlilik öncesi sekse kesinlikle karşı olan bir kilisenin üyeleriydiler.

Dixie, kadınlardan uzak duruyordu ve hiç kadın arkadaşı yoktu. Kadınların zayıf ve sıkıcı olduklarını düşünüyordu. Erkekler en azından esaslıydı. Ona göre, erkekler kendisinin kurlarına karşılık verirlerse ahmak, vermezlerse de dindarlık taslayan kişilerdi.

Zaman ilerledikçe ve Dixie çalışmalarında daha çok başarılı olmaya başladıkça daha da korkaklaştı. İlgisini çeken belirli bir şeyin –okul, belli adamlar– bıkıp usanmadan, neredeyse takıntılı bir şekilde peşinden gidebilirdi, ancak her başarı daha yüksek, daha gerçekdışı talepleri tetikliyordu. İyi notlar almasına rağmen, bir sınavda beklediğinden düşük not aldığında, öfke patlaması yaşayıp kendini öldürmekle tehdit ederdi.

Bu gibi zamanlarda annesi onu teselli etmeye çalışırdı ancak Margaret'ın da kafası intiharla meşgul olmaya başladığı için çoğu zaman roller tersine dönerdi. Anneyle kız, depresyon ve madde kullanımının üstesinden gelmeye çalışarak hastanelere girip çıkarlardı.

Kim, tıpkı annesi ve anneannesi gibi babasını çok iyi tanımıyordu. Bazı zamanlar babası ziyaretine geliyordu, bazen de o, babasının kendi annesiyle yaşadığı eve gidiyordu. Babası onun etrafındayken hep tuhaf görünürdü.

Annesinin bağımsız bir hayat yaşaması ve anneannesinin de aciz ve kendi sorunlarıyla meşgul biri olması nedeniyle Kim, evin kontrolünü dört yaşındayken ele geçirmişti. Kendisini görmezden gelen Dixie'yi o da görmezden geliyordu. Kim bağırıp çağırdığında, Margaret onun isteklerine boyun eğerdi.

Evde neredeyse her zaman bir kaos hali hakimdi. Bazı zamanlar hem Margaret hem de Dixie aynı anda hastanede yatarlardı – Margaret alkol tüketiminden, Dixie de bulimiyadan. Kim o zaman babasının evine giderdi ama babası ona bakamaz, kendi annesinin onunla ilgilenmesini sağlardı.

Görünüşte Kim, etrafındaki kaosa rağmen, altı yaşında bir çocuk için sıradışı bir şekilde olgun görünüyordu. Ona göre, diğer çocuklar, onun deneyimine sahip olmayan "çocuklardı". Kendisinin bu özel olgunluk türünün sıradışı olduğunu hiç düşünmedi: annesinin ve anneannesinin onun yaşındayken çekildikleri eski fotoğrafları görmüştü ve bu fotoğraflarda hepsinin görünüşü aynıydı.

Nesiller Boyu

Anderson'ların hikâyesi, pek çok açıdan sınırda kişilik vakalarının tipik bir örneğidir: borderline sendromuna katkı yapan faktörler genellikle nesilden nesle geçer. SKB'nin geçmişi genellikle intihar, ensest, uyuşturucu kullanımı, şiddet, kayıplar ve yalnızlık gibi derin ve uzun süreli sorunlarla doludur.

Borderline kişilerin sıklıkla borderline annelerinin olduğu, bu annelerin de kendi borderline annelerinin olduğu gözlemlenmiştir. Bu kalıtımsal SKB yatkınlığı, şunun gibi pek çok soruyu beraberinde getirir: Sınırda kişilik özellikleri nasıl gelişir? Bu özellikler, nasıl nesilden nesle geçer? Yoksa aslında nesilden nesle geçmezler mi?

Hastalığın kökenine yönelik yapılan incelemelerde, bu sorular geleneksel "doğa mı, yoksa yetiştirme mi" (ya da *mizaç* mı *karakter* mi) ikilemini yeniden ortaya çıkarmıştır. SKB'nin nedenlerine ilişkin iki temel teori –biri gelişimsel (psikolojik) kökenleri, diğeriyse yapısal (biyolojik ve genetik) kökenleri vurgulayan– bu ikilemi ortaya koymaktadır. Çalışmalar, SKB özelliklerinin yüzde 42 ila 55'inin genetik etkilere dayandığının düşünüldüğünü, geri kalanınınsa çevresel deneyimlerden kaynaklandığını belirtmektedir.[93,94,95]

Çevresel etkenler, kişiler arası stres etkenleri ve sıkıntılara ilaveten, hareketli sosyal çevremiz, çekirdek ailenin parçalanması, artan boşanma oranları, çocuk bakımını ebeveynlerden başka kişilerin sağlamasındaki artış, daha fazla coğrafi hareketlilik, cinsiyet rollerinin değişen kalıpları (4. Bölüm'e bakınız) gibi sosyokültürel faktörleri de içermektedir. Bu çevresel unsurlara yönelik ampirik araştırmalar sınırlı sayıda olsa da, bazı uzmanlar, bu faktörlerin SKB'nin görülme sıklığını artırdığını öne sürmektedir.

Mevcut kanıtlar, SKB'nin tek bir belirleyici nedenine –hatta neden türüne bile– işaret etmemektedir. Daha ziyade, genetik, gelişimsel, nörobiyolojik ve toplumsal faktörlerin tümü bu hastalığın gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Genetik ve Nörobiyolojik Köken: "Doğa" Boyutu

Aile çalışmaları, SKB hastalarının birinci derece akrabalarının, bir kişilik bozukluğu, özellikle de SKB belirtileri gösterme olasılığının diğer kişilerden çok daha fazla olduğunu öne sürmektedir. Bu yakın aile üyeleri aynı zamanda, ruh hali, dürtüsellik ve madde kullanımı bozukluklarına da daha meyillidirler. SKB'yi belirleyen dört temel alanın (ruh hali, kişilerarası, davranışsal ve bilişsel) bileşenlerine odaklanan aile çalışmalarında, bu semptomların aile üyelerinde de görülmesinden tek bir genetik yol sorumlu tutulmuştur. Bir çalışma, ailesinde SKB'si olan birileri bulunan bir kişide, akraba olmayanlara göre SKB gelişme olasılığının neredeyse dört kat daha fazla olduğunu tespit etmiştir.[96] İkizlere yönelik bir diğer çalışma, SKB'nin dokuz kriterini inceleyerek, SKB kriterleri üzerindeki genetik etkilerin çoğunun, kalıtsal bir genel SKB faktöründen kaynaklandığı sonucuna varmıştır. Bu araştırmada, SKB hastalarının dürtüsellik seviyelerinin daha yüksek derecede kalıtsal olduğu görülmüştür. Bunun aksine, kişilerarası özellikler ve benlik algısı özellikleri, aile üyeleriyle daha az bağlantılıdır, bu semptomların daha çok hayat deneyimlerinden etkilendiği ve daha az genetik olduğu düşünülmektedir.[97] Bazı araştırmacılar, pek çok geni çevreleyen 9 numaralı kromozomdaki bir alanın SKB ile ilişkilendirilebileceğini öne sürmüştür.[98]

Tek bir genin SKB'yi belirlemesi olası değildir; bunun yerine, pek çok tıbbi bozuklukta olduğu gibi, SKB olarak adlandırdığımız hastalığın gelişimi, bazıları aktive edilmiş ya da bazıları bastırılmış –muhtemelen çevresel faktörlerden etkilenmiş– pek çok kromozom grubunu kapsamaktadır. Doğuştan gelen genler, aynı zamanda epigenetik olarak bilinen bir süreçte değişime de uğrayabilirler. Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi, stres veya travma, bu kitabın kapsamının dışındaki bir konu olan DNA metilasyonuna neden olabilir; burada bunun bir genin ifade edilip edilmemesini sağlayan bir mekanizma olduğunu söylemek yeterlidir.[99] SKB ile olan biyolojik ve anatomik bağlantılar kanıtlanmıştır. *Sometimes I Act Crazy* [Bazen Çılgınca

Davranırım] adlı kitabımızda, belirli genlerin nörotransmitterleri (beyin hücreleri arasında mesaj taşıyan beyin hormonları) nasıl etkilediğini daha detaylı ele alıyoruz.[100] Bu nörotransmitterlerden serotonin, norepinefrin, dopamin, glutamat ve diğerlerinde oluşan işlev bozukluğu, SKB'nin dürtüsellik, ruh hali dengesizlikleri, dissosiyasyon ve diğer özellikleriyle ilişkilidir. Bu nörotransmitterler aynı zamanda vücuttaki glikoz, adrenalin ve steroit üretimini de etkiler. Annelik bağı, artan sosyalleşme ve azalan anksiyeteyle ilişkisinden ötürü bazen "aşk hormonu" olarak adlandırılan oksitosin, SKB tarafından bozulabilir. Çalışmalarda, SKB popülasyonunda bu nöropeptit için paradoksal reaksiyonlar sergilenmiştir.[101,102] Endokrin sistem aracılığıyla stres tepkisiyle ilişkili ana madde kortizolün salgılanmasının bozulması, SKB hastalarında gözlemlenen bir olgudur.[103] Bu nörobiyolojik maddeleri etkileyen genlerin bir kısmı, çeşitli psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Ancak, değişken sonuçlara sahip çalışmalar, *çoklu* genlerin (çevresel stres faktörleriyle kesişen), çoğu tıbbi ve psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasına katkı sağladığını göstermiştir.

SKB'de, aşırı yiyecek ve alkol tüketimi, uyuşturucu kullanılması da–ki bunlar tipik olarak kendine zarar verici eylem olarak yorumlanmaktadır– içsel duygu karmaşasını kendi kendilerine tedavi etme çabası olarak görülebilir. Borderline hastaları, kendi kendine zarar vermenin sakinleştirici etkisinden bahsederler; acı hissetmek yerine, psikolojik acılarının hafiflediğini ve rahatladıklarını deneyimlerler. Kendine zarar verme, diğer fiziksel travmalar ve stres gibi, endorfin –doğum yapma, fiziksel travmalar, uzun mesafeli koşu ve diğer fiziksel stres yüklü aktiviteler sırasında vücudun salgıladığı uyuşturucu nitelikteki madde– salgılanmasına neden olabilir. SKB hastalarının, sadece ağrı algısını değil, aynı zamanda yatıştırıcı ve sakinleştirici duyguları da etkileyen endojen opioid sistemlerinde değişiklikler meydana gelir.[104,105]

Beynin metabolizması ve morfolojisinde (ya da yapısında) meydana gelen değişiklikler de aynı zamanda SKB ile ilişkilidir.

Borderline hastaları, beynin öfke, korku, duygusallık ve dürtüsellikle ilgili kısımlarında (limbik bölgeler, özellikle de amigdala) hiperaktivite sergilerken, rasyonel düşünce ve duyguların düzenlenmesini kontrol eden kısımda (prefrontal korteks) daha az aktivite gösterirler. Belki de bu, basitleştirilmiş şekilde, SKB'de beynin evrimsel olarak daha çok gelişmiş, mantıklı düşünen, "rasyonel" kısmına çok yüklenildiğinden, bu kısmın zihinsel sistemin daha ilkel, içgüdüsel, "dürtüsel" kısmını kontrol edemediğini öne sürmektedir. (Benzer dengesizlikler, depresyon ve anksiyete hastalarında da gözlemlenmiştir.) Buna ilaveten, beynin bu kısımlarındaki hacimsel değişimler, aynı zamanda SKB ile ilişkili ve bu fizyolojik değişikliklerle bağlantılıdır.[106,107]

Dıştan gelen bir zarara ya da içsel strese tepki olarak, bağışıklık sistemi, iltihaplanmayla sonuçlanan bir dizi biyolojik etkileşimi harekete geçirir. Bu durum, kanda ölçümlenebilen pro- ve anti-inflamatuar faktörleri tetikler. İltihaba yol açan süreçler, majör depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve diğerleri de dahil olmak üzere, çeşitli temel psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmiştir.[108] SKB'nin birtakım özellikleriyle (öfke, dürtüsellik vb.) bu tür otoimmün bozukluklar arasında bir bağlantı olması şaşırtıcı değildir.

Beyindeki bu değişiklikler, beyin hasarı ya da hastalığıyla alakalı olabilir. SKB hastalarının önemli bir oranının, beyin travması, beyin iltihabı, epilepsi, öğrenme güçlükleri, DEHB ve gebelik komplikasyonları yaşamış olduğu bilinmektedir.[109] Bu anomaliler, beyin dalgasında (EEG, yani elektroensefalogram) düzensizlikler, metabolik işlev bozukluğu, beyaz ve gri madde hacminde küçülme olarak yansımaktadır.

Sağlıklı bir ebeveyn-çocuk bağlanmasının sağlanamaması ileride karakter patolojilerine neden olabileceğinden, çocuktaki ve/veya ebeveyndeki bilişsel bozukluk, ilişkiyi olumsuz etkileyebilir. Son araştırmaların SKB'nin kısmen kalıtsal olduğunu güçlü bir şekilde ortaya koyduğu üzere, hem ebeveyn hem de çocuk, bilişsel ve/veya duygusal bağlanmada işlevsel bozukluk-

lar yaşayabilir. Yetersiz iletişim, SKB ile sonuçlanan güvensizlikleri, dürtüleri ve duygusal kusurları kalıcı hale getirebilir.

Gelişimsel Köken: Yetiştirme Boyutu

SKB'nin nedenlerine yönelik gelişimsel teoriler, çocukla ona bakım verenler arasında, özellikle hayatın ilk yıllarındaki hassas etkileşime odaklanmaktadır. Çocuğun özerklik kazanma mücadelesi verdiği 18 ay ile 30 ay arasındaki dönem, özellikle çok önemlidir. Bazı ebeveynler, çocuğun bağımsızlaşmaya doğru ilerlemesine direnir ve kontrollü, özel ve sıklıkla boğucu bir ortak yaşamda ısrarcı olur. Öteki uçtaysa, diğer ebeveynler istikrarsız bir ebeveynlik sergiler ya da çocuk büyütme sürecinin çoğunda mevcut olmadıklarından, çocuğun hislerine ve deneyimlerine yeterli ilgiyi ve onayı gösteremezler. Ebeveynlik davranışının her iki uç şekli –aşırı kontrolcü davranış ve/veya duygusal olarak yeteri kadar dahil olmama durumu– çocuğun olumlu ve tutarlı bir benlik bilinci geliştirmesine engel olabilir ve yoğun bağlanma ihtiyacına ve kronik terk edilme korkularına yol açabilir.

Pek çok durumda, parçalanmış ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynin erken kaybı ya da uzun süreli travmatik ayrılık veya her ikisinin birden varlığında daha şiddetli bir hal alır. Dixie'de olduğu gibi, pek çok borderline çocuk, ya babasızdır ya da psikolojik olarak dengesiz bir babaya sahiptir. Temel anne figürü (bazen baba da olabilir), dengesiz ve depresif olma eğilimindedir ve kendilerinde de belirli psikolojik bozukluklar (genellikle SKB) vardır. Borderline aile geçmişinde sıklıkla, ensest, şiddet ve/veya alkolizm göze çarpar. Pek çok vakada, anne ve borderline öncesi çocuk arasında devam eden bir husumet veya kavgacı bir ilişki mevcuttur.

Nesne İlişkileri Teorisi ve Bebeklik ve Çocuklukta Ayrılma-Bireyleşme

Bir bebeklik gelişimi modeli olan Nesne İlişkileri Teorisi, kendi dışındaki duyumlarla bağlantılı olmayan içsel psişik içgüdüler

ve biyolojik dürtülerin aksine, çocuğun çevresiyle etkileşiminin önemini vurgulamaktadır. Bu teoriye göre, çocuğun çevresindeki "nesnelerle" (insanlar ve eşyalar) ilişkisi, ilerideki işlevselliğini belirler. Bunun temel sonucu, çocuğun bağlantılı ya da "bağlanmış" hissedememesidir.

Bebeklik gelişiminin ilk dönemlerini kapsayan temel nesne ilişkileri modeli, Margaret Mahler ve meslektaşları tarafından oluşturulmuştur.[110] Bebeğin hayatının ilk bir-iki ayında kendisi dışında her şeye karşı bir ilgisizlik sergilediğini (*otistik dönem*) öne sürmüşlerdir. *Simbiyotik dönem* olarak adlandırılan, sonraki dört veya beş aylık olduğu dönemde bebek, etrafındakilerin farkına varmaya başlar fakat onları bağımsız varlıklar olarak değil, kendisinin uzantıları olarak görür.

İki ile üç yaş arasındaki *ayrılma-bireyleşme döneminde*, çocuk birincil bakımvereninden ayrılmaya ve bağlantısını kesmeye ve ayrı bir benlik bilinci oluşturmaya başlar. Mahler ve diğerleri, çocuğun bu gelişme aşamasını başarılı bir şekilde tamamlamasının sonraki ruh sağlığı durumu için çok önemli olduğu görüşündedir.

Ayrılma-bireyleşme dönemi süresince, gelişen çocuk, kendi benliği ve diğer insanlar arasında sınırlar çizmeye başlar. Bu da, iki ana çatışmanın karmaşık hale getirdiği bir görevdir: özerklik arzusuna karşı yakınlık ve bağımlılık ihtiyaçları, yutulma korkusuna karşı terk edilme korkusu.

Bu süre içinde bir diğer karmaşık faktör, gelişen çocuğun çevresindeki her bir bireyi iki ayrı insan olarak algılama eğilimidir. Örneğin, annesi rahatlatıcı ve hassas olduğunda, onu "tamamen iyi" olarak görür. Annesi yoksa ya da kendisini rahatlatıp yatıştırmıyorsa, onu ayrı bir "tamamen kötü" anne olarak algılar. Annesi görüş alanından çıktığında, çocuk onu yok olmuş, sonsuza dek gitmiş gibi algılar ve geri dönmesi için çaresizlik ve panik içinde ağlar. Çocuk geliştikçeyse bu normal "ayrılma", yerini annenin iyi ve kötü özellikleriyle daha sağlıklı bir bütünleşmeye bırakır; ayrılma kaygısı da anne fiziksel olarak etrafta olmasa bile var olduğu ve belli bir zaman sonra döneceği –bu, *nesne sürekliliği* (aşağıya

bakınız) olarak bilinen bir olgudur– bilgisine yerini bırakır. Bu gelişimsel aşamalara hâkim şey, çocuğun, normal uyumu engelleyebilen, gelişmekte olan beynidir.

Mahler, ayrılma-bireyleşmeyi birbiriyle örtüşen dört alt döneme ayırır:

FARKLILAŞMA DÖNEMİ (5-8 AY): Gelişimin bu aşamasında, çocuk anneden ayrı bir dünya olduğunun farkına varır. Sosyal gülümsemeler –bebeğin etrafına, en çok da anneye gösterdiği tepkiler– başlar. Bu dönemin sonuna doğru, çocuk bu tepkinin zıddını da –yabancı kaygısı, çevredeki tanımadığı insanları fark etme– sergiler.

Anneyle ilişki, destekleyici ve rahatlatıcıysa, yabancılara yönelik tepki daha ziyade merak olarak nitelendirilir. Ancak ilişki destekleyici değilse, kaygı daha belirgindir; çocuk diğer bireylere karşı duygularını olumlu ve olumsuz olarak bölmeye başlar, bu çelişkili duygularla başa çıkmak için de ayrılmayı bir dayanak olarak görür.

(Covid-19 pandemisinin dayattığı uzun süreli sosyal mesafenin bebeklerin yaşamının ilerleyen yıllarında nasıl bir etkisi olacağı bilinmemektedir. Sosyal etkileşimlerin sınırlı olduğu durumlarda, anne figürlerine ve yabancılara yönelik farklılaşma tepkilerinin gelişimi risk altına girer.)

UYGULAMA DÖNEMİ (8-16 AY): Uygulama döneminde, önce emekleme sonra da yürüme aracılığıyla, çocuğun annesinden uzaklaşmaya yönelik giderek artan kabiliyeti göze çarpar. Bu kısa ayrılmalar, çocuğun gelişen özerkliğine yönelik ilk kararsızlığını gösteren davranışlardır ve geri dönüp enerji toplamak için sık sık anneyle bir araya gelmesiyle kesintiye uğrar.

YENİDEN YAKLAŞMA DÖNEMİ (16-25 AY): Yeniden yaklaşma döneminde, çocuğun genişleyen dünyası, çevresindekilerden ayrı bir kimliğe sahip olduğunu fark etmesini sağlar. Anneyle yeniden bir araya gelmeler ve onun onayını alma ihtiyacı, onun ve diğerlerinin birbirinden ayrı gerçek insanlar olduğuna dair

daha derin bir farkındalık oluşturur. Ancak, borderline sendromuna gelecekte görülebilecek yatkınlığı belirleyen anne-çocuk çatışmaları da bu dönemde ortaya çıkar.

Bu süre zarfında ebeveynin görevi, çocuğun bireyleşmeye yönelik denemelerini desteklemektir, ancak aynı zamanda sabit bir destekleyici yakıt deposu da görmesi gerekir. Normal iki yaş çocuğu, hem ebeveynleriyle güçlü bir bağ geliştirir hem de kızgınlık ve öfke nöbeti yerine üzüntüyle onlardan geçici olarak ayrılmayı öğrenir. İki yaş sendromu denen şey, bu geçiş sırasındaki çatışmanın bir kısmını temsil eder. Ebeveynle yeniden bir araya geldiğinde, çocuk muhtemelen hem mutlu olur hem de ayrılıktan ötürü öfkeli hisseder. Anaç bir anne, çocukla empati kurar ve misilleme yapmaksızın öfkesini kabul eder. Çok sayıda ayrılma ve yeniden bir araya gelmenin ardından çocuk, kalıcı bir benlik duygusu, ebeveynlerine yönelik sevgi ve güven duygusu (bağlanma) ve başkalarına karşı sağlıklı bir ikirciklik geliştirir.

Ancak borderline öncesi çocuğun annesi, teorik olarak çocuğuna farklı bir şekilde tepki göstermeye meyillidir – çocuğunu kendisinden erken uzaklaştırır ve bir araya gelmeyi engeller (muhtemelen kendi sahip olduğu yakınlık korkusundan dolayı) ya da aşırı bağımlı bir ortak yaşamda ısrarcı olur (muhtemelen kendi sahip olduğu terk edilme korkusu ve yakınlık ihtiyacından dolayı). Her iki durumda da çocuk, yoğun terk edilme korkusu ve/veya annenin kendi korkuları yüzünden yansıttığı yutulma korkusuyla dolar.

Bunun sonucunda, çocuk büyüdüğünde asla duygusal açıdan ayrık bir insan olamaz. Hayatın ilerleyen dönemlerinde, borderline yetişkinin kişisel ilişkilerinde yakınlık sağlayamaması, bu çocukluk döneminin yansımasıdır. SKB'si olan bir yetişkin, yakınlıkla karşılaştığında, çocukluğundaki beyhude yakınlık kurma girişimlerini takip eden yıkıcı terk edilme duyguları ya da annenin aşırı ilgisinden boğulma hissi yeniden canlanabilir. Bu tür hâkimiyetlere meydan okumak, annenin sevgisini kaybetme riskini; onun çabalarına karşılık vermek de kendini kaybetme riskini doğurur.

Yutulma korkusu, otuz sekiz yaşında otoriter annesine yakın olmaktan duyduğu korku hakkında yazan T. E. Lawrence (*Arabistanlı Lawrence*) tarafından çok güzel betimlenmiştir: "Onun, duygularım ya da fikirlerim ya da hayat tarzım hakkındaki her şeyi bilmesinden çok korkuyorum. Eğer bunları bilirse, bu şeyler hasar görmüş ve ihlal edilmiş olur; artık benim olmaktan çıkar."[111]

NESNE SÜREKLİLİĞİ DÖNEMİ (25-36 AY): Yaşamının ikinci yılının sonunda çocuk, gelişimin önceki seviyelerinin başarılı bir şekilde tamamlandığı düşünülürse, annenin (ya da diğer birincil bakımverenlerin) yokluğunun, otomatik olarak bu kişilerin yok olması anlamına gelmediğini anladığı nesne sürekliliği dönemine girer. Çocuk, çelişkili duygulara ve hayal kırıklığına tahammül etmeyi öğrenir. Annenin öfkesinin geçici doğasını tanır. Çocuk aynı zamanda, kendi öfkesinin annesini yıkmayacağını da anlamaya başlar. Koşulsuz sevgi ve kabullenme kavramının farkına varmaya başlar, paylaşma ve empati kurma kapasitesini geliştirir. Babasına ve çevresindeki diğer insanlara daha çok tepki verir hale gelir. Benlik algısı, ortaya çıkan bilincin özeleştiri yönüne rağmen daha olumlu bir hal alır.

Çocuğa tüm bu görevlerde yardımcı olanlar, geçiş nesneleridir – anneyi temsil eden ve ayrılmaları kolaylaştırmak için çocuğun her yere yanında taşıdığı tanıdık eşyalar (oyuncak ayılar, oyuncak bebekler, battaniyeler). Nesnenin şekli, kokusu ve dokusu, huzur veren annenin fiziksel temsilidir. Geçiş nesneleri, çocuğun özerklik oluşturmayla bağımlılık ihtiyacı arasındaki çatışmasını idare edebilmesi için oluşturduğu ilk uzlaşılardandır. Bu zıtlıkların çatışması, çocuğun idare etmeyi öğrendiği ilk "diyalektiktir" (Bu tür diyalektik zıtlıklar, SKB'ye yönelik tedavi yaklaşımlarından biri olan Diyalektik Davranış Terapisi'nde karşımıza çıkar ve bu konu 8. Bölüm'de daha detaylı ele alınacaktır.). Sonunda, normal gelişim sürecinde çocuk, yatıştırıcı ve koruyucu bir anne figürünün kalıcı görüntüsünü içselleştirebildiğinde, geçiş nesnesini bırakır.

Gelişimsel teoriler, SKB'si olan bireylerin bu nesne sürekliliği dönemine hiçbir zaman geçemediğini öne sürmektedir. Kişi bunun yerine, ayırma ve diğer savunma mekanizmalarının kalıcı olduğu bir önceki gelişimsel aşamada kalmaktadır.

Borderline yetişkinler, nesne sürekliliğine, güvene ve ayrı bir kimliğe erişebilmek için mücadele verdiklerinden, kendilerini yatıştırmak için geçici nesnelere tutunmaya devam ederler. Örneğin bir kadın, psikiyatristinin sözlerinin bulunduğu bir gazete yazısını sürekli cüzdanında taşıyordu. Stres altında olduğunda yazıyı çıkarıyor ve onu bir "can simidi" olarak tanımlıyordu. Yazıda doktorunun adını görmek, doktorunun varlığını pekiştiriyor ve kendisine ilgisinin devam ettiğini garantiliyordu.

Geçiş nesneleri, Prenses Diana'ya da huzur veriyordu. Kendisinin, yatağının ayakucunda pelüş hayvanlardan oluşan, "ailem" diye tabir ettiği bir koleksiyonu vardı. Sevgilisi James Hewitt'in dediğine göre, "orada yaklaşık otuz sevimli hayvan sıralanmıştı –çocukluğunda kendisinin yanında olan, Park House'daki yatağına yerleştirdiği, onu rahatlatan ve ona güvenlik hissi veren hayvanlar." Diana, seyahate çıkarken sevdiği bir ayıcığı yanında götürürdü.[112] Hastaneye yatan SKB hastaları da aynı şekilde, tedavi sürecinde kendilerini rahatlatması için genellikle yanlarında oyuncak ayılar ya da başka yatak oyuncakları getirirler. Ritüel haline getirilmiş batıl eylemler, uç noktalarda sergilendiklerinde, geçiş nesnelerinin borderline düzeyinde kullanımına örnek oluşturabilirler. Örneğin, lig süresince aynı çorapları giyen ya da tıraş olmayı reddeden bir futbol oyuncusu, sporlarda ön plana çıkan batıl inançlara meyilli olabilir; ancak bu tür davranışlar dürtüsel olarak ve esnek olmayan şekillerde tekrarlandığında ve rutin işlevselliği engellediğinde, o zaman kişi, borderline sendromunun sınırlarından içeriye girmiş olur.

Çocukluk Çatışmaları

Çocuğun gelişmekte olan nesne sürekliliği algısı, gelişim aşamaları boyunca sürekli zorluklarla karşılaşır. Tamamen iyi ya da tamamen kötü karakterlerin bulunduğu masalları dinleyen

çocuk, ayrılmayı temel mücadele stratejisi olarak kullandığı pek çok durumla karşılaşır. (Örneğin, Pamuk Prenses, tamamen iyi bir karakterken kötü kalpli kraliçe de tamamen kötü bir karakter olarak algılanabilir. Masal, muhtemelen kaotik bir ortamda büyümüş kraliçe için sempati uyandırmaz ya da kahramanın yedi cüceyle birlikte yaşamasının eleştirilmesine izin vermez.) Gelişmekte olan çocuk, artık annesinin kalıcı varlığına inansa da, hâlâ onun sevgisini kaybetme korkusuyla mücadele etmektedir. "Kötü" olduğu için azarlanan dört yaşındaki çocuk, annesinin sevgisinden mahrum bırakılma tehdidini hissedebilir; kendi davranışından bağımsız bir şekilde annesinin kendi öfkesini ifade etme olasılığını henüz kavrayamaz, annesinin onu hem sevip hem de ona kızabileceğini de henüz öğrenmemiştir.

En nihayetinde çocuklar, okula başlamaktan kaynaklanan ayrılma kaygısı yaşarlar. "Okul fobisi" gerçek bir fobi olmamakla birlikte, sadece okulla ilgili de değildir; bunun yerine çocuğun kaygısı ile çocuğun ayrılmayla ilgili yaşadığı çelişkiye tutunmasını güçlendiren ebeveynlerin kendi tepkileri arasındaki zor algılanan bir etkileşimi de temsil eder.

Ergenlik Çatışmaları

Ayrılma-bireyleşme sorunları, kimlik ve diğerlerine yakınlık sorunlarının esas endişeler haline geldiği ergenlik süresince de tekrarlar. Çocukluk ve ergenliğin yeniden yaklaşma aşaması boyunca, çocuğun temel ilişkilenme biçimi rol yapmaktan ziyade, başkalarına, özellikle de ebeveynlere tepki vermektir. İki yaşındaki çocuk, bakımverenlerini taklit ederek kendi kimliğini şekillendirmek aracılığıyla, ebeveynlerinin onayını ve hayranlığını kazanmaya çalışırken ergen ise akranlarını taklit etmeye çalışır ve bilinçli olarak ebeveynlerinin davranışından farklı –hatta zıddı olan– davranışları benimser. Her iki aşamada da, çocuğun davranışı, bağımsız olarak belirlenen içsel ihtiyaçlardan ziyade, yakın çevredeki belirli kişilere tepki vermeye dayanmaktadır. O zaman

davranış, oluşturulmuş kimliği güçlendirmekten ziyade, kimliği *keşfetme* arayışına dönüşür.

Kendine güveni olmayan bir genç kız, erkek arkadaşı hakkında "seviyor, sevmiyor," şeklinde düşünüp kafa yorabilir. Bu olumlu ve olumsuz duyguları bütünleştirip diğerlerine yönelik kararlı ve sağlam bir algı oluşturmaktan yoksun olmak, bir savunma mekanizması olarak sürekli ayrılmaya yol açabilir. Borderline ergenin nesne sürekliliğini sağlayamaması, ileride tutarlı ve güvenilir ilişkiler sürdürmek, kimlik bilincini oluşturmak, kaygılar ve hayal kırıklıklarına tahammül edebilmek konusunda sorunlar yaratır.

Çoğu zaman tüm aile, aile bireylerinin farklılaşmamış kimliklerinin dönüşümlü olarak birleşip birbirinden ayrıldığı bir borderline etkileşim sistemi benimser. Bu tür bir ailenin üyesi olan ergen genç kız Melanie kendisini, çapkın kocası tarafından terk edildiğini hisseden kronik depresif annesiyle yakından özdeşleştirmişti. Kocası sık sık evden uzakta ve diğer çocukları çok daha küçük yaşta olan anne, ergen kızına tutunmuştu. Onunla mutsuz evliliğin detaylarını paylaşıyor, kızının arkadaşları ve birlikte yaptıkları hakkında mahremiyetini ihlal edecek şekilde sorular soruyordu. Melanie'nin, annesinin mutluluğuna dair hissettiği sorumluluk duygusu, kendi ihtiyaçlarını karşılamakla meşgul olmasını engelliyordu. Hatta, evde kalmaya devam edebilmek için yakındaki bir üniversiteyi bile seçmişti. Melanie, en nihayetinde anoreksiya nervoza geliştirdi ve bu durum, onun kendisini kontrolü elinde tutan, bağımsız ve rahat biri gibi hissetmek için temel mekanizması haline geldi.

Aynı şekilde, Melanie'nin annesi de kızının hastalığından kendisini sorumlu tutuyor ve suçluyordu. Anne, çılgınca alışveriş yaparak (kocasında gizli bir şekilde) kendini rahatlatmaya çalışıyor ve sonra da faturaları kızının banka hesabından çaldığı parayla ödüyordu. Anne, baba ve kızı, yüzleşmek istemedikleri ve içinden kurtulamadıkları bir işlevsiz aile batağına saplanıp kalmışlardı. Bu tür durumlarda, borderline olan kişiyle ilişkide olan diğer kişiler genellikle stresli ev ortamından mustarip olur

ve bu ortamda zorluk yaşarlar.[113] Borderline belirlenmiş hastanın tedavisi için, tüm ailenin tedavi edilmesi gerekebilir (7. Bölüm'e bakınız). Aile terapileri, SKB hakkında eğitime ve hastalıkla yakından ilgili aile üyeleri ve diğer kişilere beceri eğitime vermeye odaklanabilir. Borderline kişiye ve sevdiklerine yardımcı olmak için ele alınabilecek üç temel aile senaryosu vardır: (1) SKB olan kişi ve köken aileyle ilgilenmek; (2) SKB olan kişi ve yeni, yetişkin ailesiyle ilgilenmek; (3) SKB olan kişinin etkili bir ebeveyn olmasına yardımcı olmak.[114] Bazı durumlarda, SKB hastası için en iyi olan, bireysel terapinin sürekli patolojik olan bir aileden uzaklaşmasına ya da ayrılmasına yönelik olmasıdır.

Travmalar

Gelişimin ilk yıllarında meydana gelen belli başlı travmalar – ebeveyn kaybı, ihmal, reddedilme, fiziksel ya da cinsel istismar– kişinin ergenlik ve yetişkinlik döneminde SKB olma olasılığını artırır. Gerçekten de, SKB hastalarının vaka geçmişleri, yıkılmış yuvalar, kronik istismar ve duygusal yoksunlukla dolu ıssız savaş alanlarından ibarettir.

Norman Mailer, baba yokluğunun, babasını hiç tanımamış Marilyn Monroe'nun üzerindeki etkisini tanımlamıştır. Babasının yokluğu, Monroe'nun sonraki yaşamında duygusal tutarsızlığına katkıda bulunmuş olsa da, aynı zamanda tuhaf bir şekilde kariyerindeki motive edici güçlerden birini de oluşturmuştur:

> Büyük oyuncular genellikle bir yetenekleri olduğunu, çaresizce bir kimlik arayışı içinde oldukları sırada fark ederler. Sıradan bir kimlik onlara uygun olmaz, sıradan bir çaresizlik onları harekete geçiremez. Büyük bir oyuncuyu gençliğinde harekete geçiren güç, çılgın bir hırstır. Yasadışılık ve çılgınlık, büyük bir oyuncunun vaftiz babasıdır. Ebeveynlerinden biri eksik olan çocuk, kimlik arayışına girer ve kısa sürede bir oyuncu adayı haline gelir (çünkü yeni ve olası bir kimlik keşfetmenin en yaratıcı yolu, bir role uyum sağlamaktır).[115]

Aynı şekilde, annesi tarafından terk edilen ve mesafeli, içine kapanık bir baba tarafından büyütülen Prenses Diana da benzer özelliklere sahipti. Eski dadısı Mary Clarke, onunla ilgili şunları söylemişti: "Diana'nın hep çok iyi bir oyuncu olabileceğini düşündüm, çünkü seçtiği her rolü oynayabiliyordu."[116]

Çocukluğunun ilk yıllarında bir yetimhanede büyüyen Marilyn, asgari düzeyde bir sevgi ve ilgiyle yaşamayı öğrenmek zorunda kalmıştı. Bu durumdan en çok zarar gören benlik algısıydı ve bu, ilerleyen yıllarda sevgililerine karşı manipülatif davranışlar sergilemesine yol açtı. Erkek kardeşi Charles'ın deyimiyle, Diana'nın "derin değersizlik hissi", erkeklerle ilişkilerini kötü etkiledi. "Onların sorun çıkardıklarını düşündüğüm için [erkek arkadaşları] hep kendimden uzak tuttum ve duygusal açıdan bunu kaldıramadım. Çok fena çuvalladığımı düşünüyorum."[117]

Elbette, travma yaşayan ya da istismara uğrayan bütün çocuklar borderline yetişkinlere dönüşmezler; borderline yetişkinlerin hepsinin de geçmişinde bir travma veya istismar yoktur. Ayrıca, çocukluk travmalarının etkilerine yönelik yapılan pek çok çalışma, yetişkinlerin anlattıklarından çıkarılan bilgilere dayanmaktadır ve küçük çocukları yetişkin oluncaya dek takip eden boylamsal çalışmalar değildir. Son olarak, diğer çalışmalar, SKB hastalarının geçmişlerinde, özellikle ihmal (bazen babanın ihmali) ve çocuğa yönelik koruma ve desteğin esirgendiği sıkı ve sağlam bir evlilik bağı gibi, istismarın çok aşırı olmayan hallerinin bulunduğunu gözler önüne sermiştir.[118,119,120] Bununla birlikte, büyük miktarda anekdot ve istatistiksel kanıt, istismar ve ihmalin çeşitli türleriyle SKB arasında bağlantı olduğunu göstermektedir.

Doğa mı, Yetiştirme mi?

"Doğa-yetiştirme" meselesi, elbette insan davranışının pek çok yönü açısından uzun süredir çok tartışılan bir konudur. Bir kişi, ebeveynlerinden miras aldığı biyolojik kaderden ötürü mü yoksa ebeveynlerinin kendisini yetiştirme –ya da yanlış yetiştirme– şeklinden ötürü mü bu SKB'den mustarip hale gelmiştir? Bozukluğun biyokimyasal ve nörolojik belirtileri mi hastalığa neden olmaktadır, yoksa bu belirtiler, hastalık *tarafından* mı ortaya çıkarılmaktadır? Neden bazı kişiler, sağlıklı bir şekilde yetiştirilmelerine rağmen SKB geliştirirler? Peki, geçmişi travmalar ve istismarla dolu diğer bazı kişiler neden bunu geliştirmezler?

Bu "yumurta mı tavuktan, tavuk mu yumurtadan çıkar" türündeki ikilemler, bizi yanlış varsayımlara yönlendirebilir. Örneğin bir kişi, gelişimsel teorilere dayanarak, nedensellik yönünün kesinlikle aşağı doğru olduğu; yani ilgisiz ve mesafeli bir annenin çocuğunun, güvensizlik hisseden bir borderline çocuk olacağı sonucuna varabilir. Ancak ilişki bundan daha karmaşık ve daha etkileşimsel olabilir: Sancılı, tepkisiz ve sevilesi olmayan bir bebek, annede hayal kırıklığı ve ilgisizlik yaratabilir. Önce hangisi olursa olsun, her ikisi de yıllarca kalıcı olacak ve diğer ilişkileri de kapsayacak şekilde genişleyecek kişilerarası kalıpları etkilemeye ve sürekli kılmaya devam eder. Diğer faktörlerin hafifletici etkileri –destekleyici bir baba, kabullenici bir aile ve arkadaşlar, iyi bir eğitim, fiziksel ve ruhsal yetkinlik– kişinin nihai duygusal sağlığının belirlenmesine katkı sağlar.

Özel bir SKB geninin olduğunu destekleyen bir kanıt bulunmasa da, daha sonra çeşitli etken faktörlere –çocukluk hayal kırıklıkları ve travmaları, hayattaki bazı stres olayları, sağlıklı beslenme, çevresel değişimlere ve toksinlere maruz kalma, sağlık hizmetlerine erişim gibi– bağlı olarak, bazı belirli hastalıklar şeklinde ortaya çıkacak kromozomal zafiyetler, nesilden nesile geçebilir. Bazı uzmanların, alkolün vücut metabolizmasında yol açtığı kalıtsal biyolojik hasarın kişinin alkolik olma eğilimiyle ilişkili olabileceğini öne sürdüğü gibi, SKB için de dürtüleri ve

duygudurumunu dengede tutmada biyolojik zayıflığı içeren genetik bir yatkınlık olabilir.

SKB'si olan pek çok kişi, "ya hep ya hiç" ya da "siyah-beyaz" şeklindeki düşünce yapısından vazgeçmeleri gerektiğini öğrendikçe, araştırmacılar da SKB için (ve pek çok tıbbi ve psikiyatrik hastalık için) en olası modelin, birden çok etken faktörün –doğa *ve* yetiştirme– etkili olduğunu ve aynı anda etkileşime girdiğini fark etmeye başladılar. SKB, çok sayıda kesişen iplikle dokunmuş karmaşık desenli bir kilime benzer.

4

Sınırda (Borderline) Toplum

Tanrısal esinden yoksun olan halk, sınır tanımaz olur.

–Süleyman'ın Özdeyişleri, 29:18

Devletler, insanlar gibidirler; insan karakterlerinden meydana gelirler.

–Platon'un *Devlet* adlı eserinden

Lisa Barlow, en başından beri hiçbir şeyi doğru düzgün yapamıyordu. Kendisinden yaşça büyük erkek kardeşi âdeta altın çocuktu: iyi notlar alıyordu, kibar, atletik ve mükemmeldi. Astım hastası olan küçük kız kardeşi de aşırı derecede ilgi görüyordu. Lisa ise, özellikle babasına göre, hiçbir zaman yeterince iyi olmamıştı. Babası üç çocuğuna sürekli olarak kendisinin hayata hiçbir şeye sahip olmayarak başladığını, annesiyle babasının hiç parası olmadığını, kendisiyle ilgilenmediklerini ve çok içtiklerini anlatıp duruyordu. Ancak babası başarılı olmuştu. Lise ve üniversite eğitimi almış, bir ulusal yatırım bankasında çeşitli pozisyonlarda görev yapmıştı. 1999 yılındaki teknoloji şirketlerinin zirveye çıktığı borsa patlamasında bir servet edinmiş, ancak birtakım yanlış adımlar sonucunda yalnızca bir yıl sonra bu servetini kaybetmişti.

Lisa'nın annesiyle ilgili hatırladığı şeyler, onun hasta halde ya da acı içinde kanepede uzanıp Lisa'ya ev işleriyle ilgili talimatlar yağdırmasıydı. Lisa, annesine iyi bakmaya gayret ediyor ve onu sersemleştiren ilaçları ve sakinleştiricileri almayı bırakması için onu ikna etmeye çalışıyordu.

Lisa, eğer yeterince iyi olursa hem annesini hem de babasını mutlu edeceğini düşünüyordu. Notları her zaman harika olsa da (hatta erkek kardeşininkilerden daha iyi bile olsa), babası onun başarılarını daima küçümsüyordu: Ders çok kolaydı ya da Lisa B+ ya da A- almaktan çok daha iyisini yapabilirdi. Bir ara, Lisa doktor olmak istediğine karar verdi ancak babası bunu asla başaramayacağı konusunda onu ikna etti.

Lisa'nın çocukluğu ve ergenliği boyunca Barlow ailesi, babasının bulduğu iş nedeniyle ya da terfi ettiği için sürekli taşındılar – Omaha'dan St. Louis'e, oradan Chicago'ya ve sonunda da New York'a. Lisa bu taşınmalardan nefret ediyordu ve daha sonradan bu taşınmalara karşı çıkmadığı için annesine gücendiğini fark etti. Birkaç yılda bir Lisa, eşyasını toplayıp âdeta bir yük gibi yabancı yeni bir şehre taşınıyor, burada yabancı öğrencilerle dolu yeni bir okula başlıyordu. (Yıllar sonra terapistine bu deneyimlerini anlatırken, "kendisini fidye için kaçırılan biri ya da bir köle gibi hissettiğini" söyledi.) New York'a taşındıklarında, Lisa lisedeydi. Tekrar vedalaşmak zorunda kalmamak için bir daha hiç yeni bir arkadaş edinmemeye yemin etmişti.,

Aile, New York'un sosyetik bir mahallesinde gösterişli bir eve taşındı. Elbette ev daha büyüktü ve bahçe daha düzenliydi, ancak bunlar Lisa'nın geride bıraktığı arkadaşlıklarının yerini tutamazdı. Babası akşamları nadiren eve geliyor, geldiğinde de geç bir saatte gelip içki içmeye başlayarak, bütün gün bir şey yapmadıkları konusunda söylenip annesiyle Lisa'yı eleştirip duruyordu. Babası içkiyi fazla kaçırdığında vahşileşiyor, bazen çocuklarına düşündüğünden daha sert vuruyordu. En korkuncusu da, babası sarhoşken ve annesi aldığı ilaçlarla uyuşmuş bir haldeyken, Lisa dışında –ki bundan nefret ediyordu– aileye bakacak kimsenin olmamasıydı.

2000 yılında, her şey altüst olmaya başladı. Nasıl olduysa, babasının şirketi (ya da babasının kendisi, Lisa bundan hiç emin olamadı), borsa çöktüğünde her şeyini kaybetti. Babası, bir anda işini kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kaldı ve eğer işsiz kalırsa, Barlow ailesi pek de istemedikleri bir muhitte, daha küçük bir eve yeniden taşınmak zorunda kalacaktı. Babası, ailesini ve özellikle de Lisa'yı suçluyordu. Sonra, 2001 yılının Eylül ayında güneşli bir sabah, Lisa aşağıya indiğinde kanepede uzanan babasının gözlerinden yaşlar aktığını gördü. Babası, önceki gece, akşamdan kalma olmasaydı, Dünya Ticaret Merkezi'ndeki ofisinde öldürülmüş olabilirdi.

Babası bundan sonraki dönemde aylarca çaresiz kaldı, annesi de öyleydi. En nihayetinde, altı ay sonra boşandılar. Bu süreçte Lisa kendisini kaybolmuş ve yalnız hissetti. Hissettikleri, biyoloji dersinde o kendisini kaygılı hissedip ne yapması gerektiğini anlamamışken ve yardım isteyemeyecek kadar çok korkarken, sınıfa şöyle bir baktığında diğer çocukların gözlerini kısarak mikroskoplarına baktıklarını, notlar aldıklarını ve ne yapmaları gerektiğini bariz bir şekilde bildiklerini gördüğünde hissettiği şeye benziyordu.

Bir süre sonra çabalamaktan vazgeçti. Lisede "yanlış çocuklarla" takılmaya başladı. Annesiyle babasının onları ve tuhaf giysilerini gördüklerinden emin olmak istedi. Arkadaşlarının pek çoğunun vücutları dövmelerle ve *piercing*'lerle –gerçek anlamda– kaplıydı ve bölgenin dövmecisi Lisa'nın da âdeta ikinci evi haline gelmişti.

Babası, doktor olamayacağı konusunda ısrarcı olunca, Lisa hemşireliğe yöneldi. İlk hastane işinde, hemşirelik uzmanlığını imkânları kıt bölgelere taşımak isteyen bir "özgür ruhla" tanıştı. Lisa bu kişiden büyülenmişti ve tanıştıktan kısa bir süre sonra evlendiler. Aylar geçtikçe, adamın "sosyal" içiciliği daha belirginleşti ve Lisa'ya vurmaya başladı. Her yeri yara bere içinde kalan Lisa, yine de bunların kendi suçu olduğunu, yeterince iyi olmadığını ve onu mutlu edemediğini düşünüyordu. Söylediğine göre, hiç arkadaşı yoktu, çünkü kocası arkadaş edinmesine

izin vermemişti, ancak Lisa içten içe bunun nedeninin kendi yakınlık korkuları olduğunu biliyordu.

Kocası onu en sonunda terk ettiğinde Lisa rahatlamıştı. Ayrılmayı kendi istemişti ancak bunu yapamamıştı. Ama sonra, rahatlaması korkuya dönüştü: "Şimdi ben ne yapacağım?"

Boşanma sözleşmesi ve maaşı sayesinde Lisa okula dönecek parayı buldu. Bu defa doktor olmaya kararlıydı ve babasını şaşırtacak şekilde tıp fakültesine kabul edildi. Kendisini yeniden iyi, değerli ve saygıdeğer hissetmeye başlıyordu. Ancak tıp fakültesindeyken yeniden kendinden şüphe etmeye başladı. Gözetmenleri, onun çok yavaş, basit işleri yapma konusunda beceriksiz ve düzensiz olduğunu söylüyordu. Onu doğru testleri talep etmemekle ve laboratuvar sonuçlarını zamanında almamakla eleştiriyorlardı. Sadece hastalarıyla olduğunda kendini rahat hissediyordu. Onlarlayken, kim olmaya ihtiyacı varsa o oluyordu: ihtiyaç duyulduğunda nazik ve şefkatli, gerektiğinde agresif ve talepkâr.

Lisa tıp fakültesindeyken pek çok önyargıyla da karşılaştı. Diğer öğrencilerin çoğundan yaşça daha büyüktü; daha farklı bir geçmişi vardı ve o bir kadındı. Hastaların çoğu ona "hemşire" diye hitap ediyordu ve erkek hastaların bir kısmı "kadın doktor" istemiyordu. İncinmişti ve öfkeliydi, çünkü toplum ve kurumları da tıpkı annesiyle babası gibi onun itibarını elinden almıştı.

Parçalanan Kültür

Psikolojik teoriler, içinden çıktıkları kültür ve zaman dönemi ışığında ele alındıklarında, farklı bir boyut kazanırlar. Yüzyılın başında, örneğin, Freud modern psikiyatrik düşüncenin temeli haline gelecek sistemini şekillendirdiği sırada, kültürel bağlam, resmi olarak yapılandırılmış bir Viktoryen toplumdu. Nevrozun ilk kökeni olan teorisi, kabul edilemez düşünce ve duyguların –saldırgan ve özellikle cinsel olanların– bastırılmasıydı ve bu, böylesine katı bir toplumsal bağlamda tamamıyla mantıklıydı.

Günümüzde, bir yüzyıldan daha uzun bir süre sonra, saldırgan ve cinsel içgüdüler daha açık bir şekilde ifade ediliyor ve sosyal çevrenin kafası çok daha karışık. Erkek ve kadın olmanın ne anlama geldiği, modern Batı uygarlığında, yirminci yüzyıl başlarındaki Avrupa'dan daha belirsiz halde. Sosyal, ekonomik ve politik yapılar daha az sabit halde. Aile birimi ve kültürel roller daha belirsiz ve "geleneksellik" kavramı net değil.

Sosyal faktörler, SKB'nin (ya da diğer ruh sağlığı hastalıklarının) doğrudan nedenlerini oluşturmasalar da, bu faktörler en azından dolaylı olarak etkileme açısından önem taşımaktadır. Sosyal faktörler, SKB ile çeşitli yollarla etkileşim içindedirler ve göz ardı edilemezler. Öncelikle, eğer borderline patolojisinin kökeni hayatın erken dönemlerine uzanıyorsa –ki pek çok kanıt bunu işaret eder– hastalıktaki artış oranının aile yapısının ve ebeveyn-çocuk etkileşiminin değişen sosyal örüntülerine bağlı olması muhtemeldir. Bu bağlamda, çocuk yetiştirme modelleri alanındaki sosyal değişiklikleri, aile hayatının istikrarı, çocuk istismarı ve ihmalini ele almak için çaba göstermek yerinde olacaktır.

İkinci olarak, daha genel nitelikli sosyal değişikliklerin, zaten borderline sendromundan mustarip kişiler üzerinde kötüleştirici etkisi vardır. Örneğin, Amerikan toplumundaki yapısal eksiklik, özellikle borderline kişilerin baş etmesinin zor olduğu bir şeydir, çünkü onlar zaten kendileri için bir yapı oluşturma konusunda büyük sorunlar yaşarlar. Kadınların değişen rol kalıpları (örneğin, kariyer yapma karşısında ev hanımlığı), kimlik sorunlarını şiddetlendirme eğilimindedir. Gerçekten de bazı araştırmacılar, SKB'nin kadınlarda daha sık görülmesini, kısmen şu an toplumumuzda yaygın olan bu sosyal rol karmaşasına bağlar. Bu vakalarda artan SKB yoğunluğu, etkileri zamanla artacak şekilde, ebeveyn-çocuk etkileşimi yoluyla gelecek nesillere aktarılabilir.

Üçüncü olarak, genel anlamda kişilik bozukluklarına, bilhassa da sınırda kişiliğe yönelik farkındalığın artması, modern kültürümüzün doğal ve kaçınılmaz bir sonucu –ya da ifadesi– olarak görülebilir. Christopher Lasch'ın *Narsisizm Kültürü* adlı kitabında belirttiği gibi,

> "Her toplum, kendi kültürünü –normlarını, temel varsayımlarını, örgütlenme deneyimini– kişilik biçiminde bireyin içinde üretir. Durkheim'in dediği gibi, kişilik, sosyalleşmiş bireydir."[121]

Pek çokları için, Amerikan kültürü geçmişle bağını kaybetmiştir ve gelecekle de bağlantılı değildir. Yirminci yüzyılın sonu ve yirmi birinci yüzyılın başına hâkim ve kişisel bilgisayarlar, cep telefonları, internet gibi şeyleri kapsayan teknolojik ilerleme ve bilgi seli, genellikle yalnız çalışma ve uygulamaya daha fazla bireysel bağlılığı gerektirmektedir ve böylece gerçek sosyal etkileşim fırsatlarının feda edilmesine neden olur. Gerçekten de, bilgisayarlar ve diğer dijital aygıtlarla meşgul olma –kimileri buna takıntı diyecektir– özellikle de gençlerin sosyal medyayla (Facebook, Twitter, Instagram, YouTube, Snapchat, TikTok vb.) meşguliyeti, ilginç bir şekilde sadece kendileriyle ilgilenmeleri ve daha az fiziksel etkileşimde bulunmayla sonuçlanabilmekte; mesaj atma, blog yazma, gönderi paylaşma ve *tweet* atma, göz temasını ya da elbette her türden gerçek zamanlı yüz yüze iletişimi engellemektedir. Yalnız başına tefekkür etmek, olan biteni kaçırma korkusuna feda edilmiştir.

Artan boşanma oranları ve daha büyük coğrafi hareketlilik, istikrardan ve güvenirlikten yoksun bir toplum oluşmasına katkıda bulunmuştur. *Baby boomer*'lar*, ebeveynleriyle (hatta büyükanne ve büyükbabalarıyla) aynı okullara ve kiliselere giderek büyüyen son nesildi. Onlar, etraflarında akrabaları ve uzun dönemli komşuları olan son nesildi. Günümüzün hareketli dünyasında, samimi ve kalıcı kişisel ilişkiler kurmak zorlaştı, hatta imkânsız hale geldi ve bunun sonucunda kökleşmiş yalnızlık, kişinin sadece kendisiyle ilgilenmesi, boşluk hissi, anksiyete, depresyon ve özgüven kaybı ortaya çıktı.

Borderline semptomu, bu stres türlerine karşı patolojik bir tepkidir. Dışsal istikrar kaynakları ve değerliliğin onaylanması olmaksızın, siyah beyaz düşünme, kendine zarar verme, aşı-

* 1940'ların sonlarıyla 1960'ların ortalarına kadar dönemde doğan kişiler. –*çn*

rı ruh hali değişimleri, dürtüsellik, fırtınalı ilişkiler, bozulmuş kimlik bilinci ve öfke gibi borderline semptomları, kültürümüzün gerginliğine karşı anlaşılır tepkiler haline gelmektedir. Bir dereceye kadar pek çok kişide mevcut olabilecek sınırda kişilik özellikleri, egemen sosyal şartlar kapsamında geniş bir ölçekte ortaya çıkmakta, belki de beslenmektedir. *New York Times* yazarı Louis Sass, bu konuyu şöyle açıklamaktadır:

> "Her kültür muhtemelen, toplumun hastalıklarının bir ifadesi olarak kendi günah keçilerine ihtiyaç duyar. Tıpkı Freud'un zamanındaki histeriklerin o dönemin cinsel baskısının örnekleri olmaları gibi, kimliği pek çok parçaya bölünen borderline kişiler de toplumumuzdaki istikrarlı birimlerin kırılmasını temsil eder."[122]

Genel kabul, borderline patolojisinin son birkaç on yıldır arttığı yönünde olsa da, bazı psikiyatristler semptomların yirminci yüzyılın başında da tıpkı bu kadar yaygın olduğuna inanmaktadır. Bu kişiler, bozukluğun yaygınlığının değişmediğini iddia etmektedirler, ancak artık resmi olarak tespit edilmiş ve tanımlanmış olduğu için teşhisi de sıklaşmıştır. Hatta Freud'un ilk vakalarından bazıları, mevcut kriterler ışığında incelendiğinde, bugün sınırda kişilikler olarak teşhis edilebilirler.

Ancak bu olasılık, psikiyatristlere başvuran SKB hastalarının artan sayısının ve genel nüfusta borderline özelliklerine dair artan farkındalığın önemini azaltmamaktadır. Aslında, bu hastalığın klinik ve popüler literatürde bu kadar geniş bir biçimde tespit edilip karşılık bulmasının başlıca nedeni, hem terapötik ortamdaki hem de genel kültürdeki yaygınlığıdır.

Yapının Bozulması: Parçalanmış Bir Toplum

Amerikan toplumunun, II. Dünya Savaşı'nın bitmesinden bu yana daha parçalanmış hale geldiği fikrine çok az kişi itiraz edecektir. Onlarca yıldır yerinde olan aile yapılarının –çekirdek

aile, geniş aile, tek maaşlı aileler, coğrafi istikrar– yerini, çok çeşitli kalıplar, hareketler ve eğilimler aldı. Boşanma oranları yükseldi. 2010'lardaki metamfetamin ve opioid salgınlarının kanıtladığı üzere alkol ve madde kullanımı artış gösterdi, çocuk ihmali ve istismarı vakaları da inanılmaz derecede arttı. Suç, terörizm ve siyasi şiddet yaygınlaştı; okullara yönelik silahlı saldırılar, daha önce nadir görülen sapkınlıklar, maalesef ki bazı okullarda sıradan olaylar haline geldi. Ani yükseliş ve düşüş senaryoları şeklinde gerçekleşen ekonomik belirsizlik dönemleri, istisnadan ziyade genel kural haline geldi.

Bu değişikliklerin bir kısmı, toplumun bir tür sosyal uzlaşı sağlayamamasından kaynaklanabilir. 3. Bölüm'de belirtildiği üzere, ayrılma-bireyleşme dönemi boyunca çocuk temkinli bir şekilde anneden uzaklaşır, ancak sonra onun güven verici sıcaklığına, yakınlığına ve şefkatine geri döner. Bu uzlaşı döngüsünün bozulması, genellikle güven eksikliğine, bozulmuş ilişkilere, boşluk hissine, anksiyeteye ve belirsiz bir benlik algısına –sınırda kişilik sendromunu oluşturan özelliklere– neden olur. Benzer şekilde, modern kültürün, rahatlatıcı dayanak noktalarına erişimi engellemek suretiyle sağlıklı toplumsal yakınlaşmayı engellediği görülebilir. Bu bozulma, ekonomik çöküş, durgunluk, iş kayıpları, hacizler, pandeminin gerektirdiği izolasyon ve bunun gibi unsurların etkisi altında kalan yirmi birinci yüzyılın ilk yirmi yılındaki kadar hiçbir zaman belirgin olmamıştır. Ülkenin pek çok bölgesinde, kabul edilebilir bir yaşam standardını sürdürebilmek için iki maaş gerekmesi, çoğu ebeveyni ebeveynlik görevlerini başkalarına devretmek zorunda bırakıyor; yeni ebeveynler arasında ücretli doğum izni almak ya da evde çocuk bakımı hâlâ görece nadir görülüyor ve neredeyse her zaman sınırlı oluyor. Ekonomik ve sosyal baskı kadar işler de hızlı hareket etmeyi gerektiriyor, bu coğrafi hareketlilik de bizi, tıpkı Lisa'nın ailesinde olduğu gibi, istikrar sağlayıcı köklerimizden uzaklaştırıyor. Yakınımızdaki destekleyici ailenin ve tutarlı sosyal rollerimizin sağladığı rahatı kaybediyoruz (ya da çoktan kaybettik).

Geleneğin donanımı ortadan kaybolduğunda, yerini bir terk edilme, tehlikeli sularda sürüklenme korkusu alabilir. Çocuklarımız tarih bilincinden ve aidiyet duygusundan –dünyaya demir atmış bir varlık hissinden– yoksunlar. Yabancılaşan bir toplumda kontrol duygusu ve rahatlatıcı bir samimiyet oluşturmak için, kişi çareyi madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, suça eğilimli davranışlar gibi patolojik davranışlar sergilemekte bulabiliyor.

Toplumun güven verici, dengeleyici bağlarla yakınlaşmayı sağlayamaması, son elli yıldır bitmek bilmeyen bir dizi kapsamlı toplumsal harekete yansımaktadır. 1960'ların şiddetli sosyal adalet için mücadele içeren "Biz Odaklı" on yılından, 1970'lerin narsistik "Ben Odaklı" on yılına, sonra da kendi çıkarımıza odaklandığımız 1980'lerin materyalist on yılına geçiş yaptık. Nispeten müreffeh ve istikrarlı 1990'ları, 2000'den 2020'ye iki çalkantılı on yıl, izledi: finansal ani yükseliş ve düşüşü dönemleri (2000'deki teknoloji şirketleri borsa patlaması, 2008'deki Büyük Durgunluk); doğal afetler (Katrina ve diğer kasırgalar, tsunamiler, depremler, yangınlar, küresel ısınma tehdidi); virüs kaynaklı pandemiler (SARS, MERS, Ebola, H1N1, koronavirüs); Irak ve Afganistan'daki uzun süreli savaşlar; sosyopolitik hareketler (savaş karşıtlığı, LGBTQ hakları, siyahilere uygulanan şiddete karşı Black Lives Matter hareketi, cinsel taciz ve cinsel saldırıya karşı Me Too hareketi vb). Tüm bunlar bizi neredeyse 1960'a geri döndürmektedir.

Bu yapısal değişikliklerde en çok kaybeden taraflardan biri, grup bağlılıkları –aileye, komşu çevresine, kiliseye, mesleğe ve ülkeye bağlılık– olmuştur. Toplum, insanlardan ve güven verici yakınlaşma sağlayan kurumlardan kopmayı teşvik ettikçe, bireyler esas itibarıyla borderline sendromunu tanımlayan şu gibi yollarla tepki göstermektedir: onaylanmış kimlik bilincinin azalması, kötüleşen kişilerarası ilişkiler, izolasyon ve yalnızlık, can sıkıntısı ve (grup baskılarının dengeleyici gücü olmaksızın) dürtüsellik.

Sınırda kişiliği olanların dünyası gibi, bizim dünyamız da pek çok açıdan büyük bir çelişkiler dünyasıdır. Sokaklarımız,

okullarımız, filmlerimiz, televizyon programlarımız, bilgisayar oyunlarımız ve sporlarımız şiddet ve saldırganlıkla dolu olsa da, barış içinde yaşadığımızı sanıyoruz. Biz esasen "komşuna yardım et" ilkesine dayanan bir milletiz, ancak insanlık tarihinde politik açıdan en muhafazakâr, en bencil ve en materyalist toplumlardan biri haline gelmiş durumdayız. Atılganlık ve eylem teşvik edilirken, tefekkür ve içebakış, zayıflık ve yetersizlikle bir tutuluyor.

Modern toplumsal güçler, daha basit zamanlardaki hatıralarımıza, kendi çocukluklarımıza dayanarak, hayali bir kutupsallık –siyah ya da beyaz, doğru ya da yanlış, iyi ya da kötü, suçlu ya da masum– benimsememizi istiyor. Politik sistem, kutuplaşmış duruş sergileyenleri öne çıkarıyor: "Ben doğruyum, diğer adam yanlış"; Amerika iyi, Sovyetler Birliği tam bir "Şeytan İmparatorluğu"; İran, Irak ve Kuzey Kore ise "Şer Ekseni". Günümüzde, ABD ve Avrupa'daki siyasiler, daha önce olduklarından çok daha kutuplaşmış durumdalar (bu bölümdeki Aşırı Kutuplaşma kısmına bakınız). Dini hizipler bizi, kurtuluşa giden tek yolun onlarınki olduğuna inanmaya teşvik ediyorlar. Kişinin, neredeyse hiçbir gri alan olmadan ya suçlu ya da suçsuz olduğunun kabulü üzerine kurulu hukuk sistemi, hayatın doğası gereği adil olduğu ve adaletin sürdürülebileceği efsanesini –yani, kötü bir şey olduğunda, bu mutlaka birinin hatasıdır ve o kişi bunun bedelini ödemelidir, anlayışını– devam ettiriyor.

Bilginin ve serbest zaman aktivitelerinin bolluğu, hayattaki önceliklerimizi belirlememizi zorlaştırıyor. İdeal olan, bireyler ve toplum olarak, bedenimizin ve zihnimizin beslenmesi, iş ve serbest zaman, fedakârlık ve kişisel çıkar arasında denge sağlamaya çalışmamızdır. Ancak materyalizmin giderek arttığı bir toplumda, girişkenlik ile saldırganlık, bireycilik ile yabancılaşma ve yalnızlaşma, kişinin kendisini koruma ile sadece kendisiyle meşgul olması arasında sadece ince bir sınır çizgisi var.

Teknolojiye karşı hissedilen ve sürekli büyüyen bir hürmet duygusu, takıntılı bir doğruluk arayışına yol açtı. Çarpım tabloları ve hesap cetvellerinin yerini önce hesap makineleri sonra

da neredeyse hayatımızın her alanında –arabalarımızda, cihazlarımızda, cep telefonlarımızda– mevcut hale gelen ve parçası oldukları makine ya da cihaz ne olursa olsun işlev gösteren bilgisayarlar aldı. Mikrodalgalar, yetişkinleri yemek yapma zahmetinden kurtarıyor. Cırt cırtlı ayakkabılar sayesinde, çocuklar ayakkabılarını bağlamayı öğrenmek zorunda kalmıyor. Yaratıcılık ve entelektüel çaba, yerini kolaylık ve kesinliğe bırakıyor.

Özünde gelişigüzel ve adaletsiz olan bir evrende düzen ve adaleti dayatmaya yönelik tüm bu girişimler, borderline bireyin sadece siyah ya da beyazı, doğru ya da yanlışı, iyi ya da kötüyü seçme yönündeki beyhude mücadelesini destekler niteliktedir. Ancak dünya özünde ne adildir ne de hatasız; dünya, daha az basit yaklaşımlar gerektiren anlaşılmazlıklardan ibarettir. Sağlıklı bir medeniyet, huzursuzluk verici belirsizlikleri kabul edebilir. Belirsizliği yok etmeye ya da görmezden gelmeye yönelik çabalar, kutuplaşmalarla parçalanan borderline bir toplumu teşvik etme eğiliminden başka bir şey getirmez.

Tüm bu değişimin –karşıt güçlerin dayanılmaz çekimi– kümülatif etkisinin ruhlarımızda hiçbir etkisi olmadığını düşünecek kadar saf olabiliriz. Bir bakıma, hepimiz bir tür "sınırda" yaşıyoruz – bir yanda müreffeh, sağlıklı ileri teknolojinin hâkim olduğu Amerika, bir yandaysa yoksulluk, evsizlik, uyuşturucu kullanımı ve ruh hastalıklarının olduğu taraf arasında; insaflı, güvenli, güvenilir bir dünya ile nükleer soykırımın ya da felaket getiren bir iklim olayının arasında.

Toplumsal değişimin bedeli; stres ve kalp krizi, felç, hipertansiyon ve diyabet gibi stresle ilişkili fiziksel bozukluklar şeklinde karşımıza çıkıyor. Artık ruh hastalıklarının da bu durumun psikolojik bedelinin bir parçası haline geldiğine dair olasılıkla yüzleşmemiz gerekiyor.

Gelecek Korkusu

Son elli yıldır, terapötik ortamlarda psikopatolojiyi tanımlama konusunda –nevroz semptomlarından kişilik bozukluklarına

kadar– temel bir değişiklik görülmektedir. 1975 yılında psikiyatrist Peter L. Giovachinni şunları yazmıştır: "Klinisyenler son zamanlarda, mevcut tanı kategorilerine girmeyen çok sayıda hastayla karşılaşıyor. Bu hastalar, belirleyici semptomlar değil, tam olarak açıklanmamış belirsiz şikâyetler sergiliyorlar... Ben bu tür bir hastadan bahsettiğimde, herkes kimden bahsettiğimi biliyor."[123] 1980'lerde başlamak üzere, kişilik bozuklukları, belirgin bir patoloji olarak klasik nevrozun yerini aldığından bu tür raporlar yaygınlaşmıştır. Peki, patolojideki bu değişikliği etkileyen sosyal ve kültürel faktörler nelerdir? Lasch da dahil olmak üzere pek çok uzman, bu faktörlerden birinin geçmişe yönelik değer kaybımız olduğuna inanmaktadır:

> Anı yaşamak –atalarınız ya da gelecek nesiller için değil kendiniz için yaşamak– rağbet gören bir tutkudur... Tarihsel devamlılık duygusunu, geçmişten gelen ve geleceğe uzanan bir nesiller zincirine ait olduğumuza dair duyguyu hızla kaybetmekteyiz.[124]

Tarihsel devamlılık duygusunun kaybı, hem geçmişe hem de geleceğe uzanmaktadır: Geçmişe yönelik değer kaybı; büyük bir bilinmezlik, umut kaynağı olduğu kadar aynı zamanda bir korku kaynağı olan ve içinden kurtulmanın son derece zor olduğu, uçsuz bucaksız bir bataklık haline gelen gelecekle algısal bağımızı koparıyor. Zaman, geçmiş başarılardan, mevcut eylemlerden ve geleceğe dair umutlu beklentilerden etkilenen sürekli bir mantıksal olaylar dizisinden ziyade, birbirinden bağımsız ve anlık enstantaneler olarak algılanıyor.

Felakete yol açan bir olayın –nükleer bir kıyım, 11 Eylül olaylarına benzer başka bir büyük terör saldırısı, küresel ısınmadan kaynaklı çevresel yıkım, küresel pandemiler gibi– gerçekleşmesinin an meselesi olması, geçmişe dair inancımızın yok olmasına ve gelecek korkusu yaşamamıza neden oluyor. Çocuklarla ve ergenlerle yapılan deneysel çalışmalarda, sürekli olarak "tehlike farkındalığı, hayatta kalmaya dair umutsuzluk, kısalmış

zaman perspektifi ve hayattaki hedeflerine ulaşmak konusunda karamsarlık" temaları ön plana çıkıyor. Tehditle baş etme stratejisi olarak tekrar tekrar intihardan bahsediliyor.[125] Diğer çalışmalar, dünya genelinde bir felaket tehdidinin, çocukların, SKB, alkolizm ve diğer ruh sağlığı bozuklukları nedeniyle kontrolden çıkmış ailelerinin kontrol altına almak zorunda kaldıkları borderline öncesi çocuklarda (Lisa gibi) görülene benzer bir tür "erken yetişkinlik" geliştirmelerine neden olduğunu ortaya koymuştur.[126] 2008 yılında *Journal of Adolescent Health* dergisinde yayımlanan çalışmaya göre, 14 yaş ile 22 yaş arasındaki çoğu Amerikan genci, otuz yaşına gelmeden öleceğini düşünüyor. Bu çalışma, her 15 gençten birinin (yüzde 6,7 oranında bir sayı), "gerçekdışı bir kadercilik" sahibi olduğu sonucuna varmaktadır. Bulgular, 2002-2005 yılları arasında Annenberg Kamu Politikası Merkezi Sağlık ve Risk İletişimi Enstitüsü tarafından yapılan ve 4.201 ergeni kapsayan dört yıllık anket verilerine dayanmaktadır. 10 ile 24 yaş arasındaki kişilerde intihar oranlarının artmasıyla, intihar bu yaş grubunda en yüksek ikinci ölüm nedeni haline gelmiştir.[127,128,129]

Elli yıldan fazla bir süre önce, The Who adlı rock grubunun bir şarkısında, "Umarım yaşlanmadan ölürüm," sözleri bulunuyordu. Gençler arasındaki bu duygu pekâlâ kalıcı olabilir. Yirmi birinci yüzyılın ilk yirmi yılında kitlesel okul saldırılarının yaygınlığı, özellikle çocuklar ve ergenlerdeki gelecek korkusunu tetiklemiştir.[130] (Bu bölümün ilerleyen kısımlarındaki Felakete Yol Açan Olaylar: Kitlesel Okul Saldırıları ve Küresel Pandemiler konularına bakınız.) Borderline birey, daha önce değindiğimiz üzere, bu yönelimi günümüzde gerçekleştirmektedir. Geçmişe yönelik neredeyse hiç ilgisi olmadığından, neredeyse kültürel bir amnezi yaşıyor gibidir; (pek çoğumuzu sıkıntılı zamanlarda ayakta tutan) güzel hatıralar sandığı boştur. Bunun sonucunda, soluklanmaksızın ve zor zamanları atlatmasını sağlayacak daha mutlu zamanların anıları olmaksızın acı çekmeye mahkûmdur. Hatalarından ders alamadığından, bu hataları tekrar tekrar yapmaya mahkûmdur.

Gelecek korkusu olan ebeveynler, gelecek neslin ihtiyaçlarıyla ilgilenemezler. Duygusal açıdan mesafeli ve yabancılaşmış –aynı zamanda şımartan ve aşırı hoşgörülü– olan modern ebeveyn, gelecekteki borderline kişilikleri meydana getirmesi muhtemel bir aday haline gelir.

Kişilerarası İlişkiler Ormanı

Belki de son yetmiş yıla damgasını vuran toplumsal değişiklikler; cinsel âdetler, roller ve uygulamalar alanında gerçekleşmiştir – 1950'lerin bastırılan cinselliğinden 1960'lardaki cinsel devrimin "özgür aşk" ve "açık evlilik" eğilimlerine, 1980'lerdeki büyük cinselliği (büyük ölçüde AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik duyulan korkudan kaynaklanan) yeniden değerlendirmeye ve son yirmi yıldaki eşcinsel ve lezbiyen hareketlerine kadar. Sosyal medyadaki flört ve ilişki sitelerinin önemli derecede artması kişisel ilişki kurmayı o kadar kolaylaştırdı ki, bekârların takıldığı eski tip barların önemi gitgide azaldı. Masum –ya da gayrimeşru– romantik veya cinsel ilişkiler, artık klavyedeki birkaç tuşa basarak ya da bir mesaj atarak kurulabilir hale gelmiştir. Sanal âlemin kişilerarası ilişkiler dünyasını "medenileştirdiği" mi yoksa daha önce olduğundan çok daha tehlikeli bir ormana mı dönüştürdüğü konusunda henüz bir karara varılmış değildir.

Bunlar ve diğer toplumsal güçlerin etkisi olarak, derin ve uzun süreli arkadaşlıkları, aşk ve evlilik ilişkilerini kurmak ve sürdürmek giderek zorlaştı. Yaşları 20 ile 25 arasındaki çiftlerin evliliklerinin yüzde 60'ı boşanmayla sonuçlanmakta; 25 yaş üstü olanlarda ise bu oran yüzde 50 olarak görülmektedir. (Bu oranlar, her nedense 2008-2016 yılları arasındaki dönemde düşmüştür fakat bu düşüş Y kuşağının evliliği daha az tercih etmesine ve ertelemesine bağlanabilir.)[131,132] 1982 yılında Lasch şunları söylemiştir: "Toplumsal yaşamın, gitgide daha kavgacı ve acımasız hale gelmesiyle, görünürde bu durumlardan kurtulmamızı sağlayan kişisel ilişkiler, bir mücadele niteliği kazanmıştır."[133]

Borderline bireyler, ironik bir şekilde, bu tür bir mücadele için uygun kişilerdir. Narsisistik erkeğin baskın olma ve idolleşme arzusu, borderline kadının kontrol edilme ve cezalandırılma yönündeki dengesiz ihtiyacıyla uyuşmaktadır. Bazı borderline kadınlar, tıpkı bu bölümün başında bahsettiğimiz Lisa gibi, ailedeki kaostan kurtulmak için genç yaşta evlenmektedirler. Aile hayatının kasvetli atmosferini yeniden yarattıkları baskıcı erkeklere tutunmaktadırlar. Bu iki kişi, "Çat!.. Teşekkürler, buna ihtiyacım vardı!" türünden sadomazoşist bir ilişki içine girmektedirler. Bu ilişkinin, daha az rastlanır olsa da yine de görülen bir şekli de, borderline erkekle narsisistik kadın arasındaki ilişkidir.

Mazoşizm, borderline ilişkilerin belirgin bir özelliğidir. Bağımlılığın acıyla birleşmesi, bilindik bir söz olan "Aşk acıtır" ifadesini ortaya çıkarır. Borderline yetişkin, çocukluğunda annesiyle ya da birincil bakımvereniyle olgunlaşan bir ilişki kurmaya çalışırken genellikle acı çeker ve kafa karışıklığı yaşar. Hayatının ilerleyen dönemlerinde, diğer partnerler –eş, arkadaşlar, öğretmen, işveren, doktor– bu ilk kafa karışıklığını yeniden ortaya çıkarırlar. Eleştiri ya da istismar, değersiz olduğuna dair benlik algısını pekiştirir. Örneğin, Lisa'nın kocasıyla ve yöneticileriyle sonraki ilişkileri, babasının sürekli eleştirelliğiyle kökleşmiş değersizlik duygularını yeniden gün yüzüne çıkarmıştı.

Bazen borderline mazoşistlik, sadizme de dönüşmektedir. Örneğin, Ann bazen alkol problemi olduğunu bildiği kocası Liam'ı içki içmesi için teşvik ediyordu. Sonra da Liam'ın sarhoş olduğunda şiddete eğilimi olduğunun tamamıyla farkında olarak bir kavga başlatıyordu. Ann, dayak yemesinin ardından vücudundaki morlukları âdeta birer savaş madalyası gibi taşıyor, kendisine uyguladığı şiddeti Liam'a hatırlatıyor, toplum içine çıkmak konusunda ısrarcı oluyor ve yara bere izlerini "kaza" olarak, "kapıya çarptığını" söyleyerek açıklıyorrdu. Her olaydan sonra Liam derin pişmanlık duyup kendini aşağılanmış hissederken, Ann ise kendisini uzun süredir acı çeken bir kurban olarak gösteriyordu. Ann, dayağı bu şekilde Liam tarafından zorla cezalandırılmak için kullanıyordu. Bu ilişkideki gerçek kurbanı tanımlamak giderek belirsizleşiyordu.

Bir ilişki, görünüşte parçalanmış olduğunda bile, acı çeken borderline birey, aşağılanmayı hak ettiği düşüncesiyle, daha fazla ceza için sürünerek geri gelir. Gördüğü ceza, huzur verici derecede tanıdıktır ve yalnızlığın ya da farklı bir partnerin korkutucu olasılığından daha kolay başa çıkılabilir bir şeydir.

Modern sosyal ilişkiler için tipik bir senaryo, bazen çatı kaplaması olarak adlandırılan ve üst üste binen sevgili modelidir – mevcut bir ilişkiyi bitirmeden yeni bir ilişki kurmak. SKB'si olan kişi, sürekli ilişki kurma ihtiyacı içindedir. İlişkilerin merdiveninden tırmanırken, diğer basamağa sağlam bir şekilde basmadan bir alt basamaktan ayağını çekemez. Genellikle, yeni bir "beyaz atlı prens" ufukta görünene kadar, mevcut istismarcı sevgilisini bırakamaz.

Rahat sosyoseksüel davranışlar ve daha az yapılandırılmış aşk ilişkileri (1960'ların ve 1970'lerin sonlarındaki gibi), SKB'si olan bireyler için başa çıkması zor şeylerdir; artan özgürlük ve yapılandırma eksikliği, kendi bireysel değer sistemlerini tasarlamakta yetersiz olan kişileri çelişkili bir şekilde hapsetmektedir. Bunun aksine, 1980'lerin sonundaki cinsel olarak geri çekilme dönemi (kısmen AIDS salgınından ötürü), çoğu zaman SKB'si olanlar için tuhaf bir şekilde terapötik olmuştu. Sosyal korkular, sadece büyük fiziksel zarar görme riski altındayken aşılabilen katı sınırları zorlar; dürtüsellik ve rasgele cinsel ilişkide bulunma ise artık cinsel yolla bulaşan hastalıklar, şiddet içeren cinsel sapkınlıklar ve bunlar gibi ağır bedellerle sonuçlanabilir. Bu dışsal yapı, bu kişileri kendilerine zarar verme eylemlerinden uzak tutabilir.

Cinsiyet Rolü Kalıplarının Değişimi

Son yüzyılın başlarında, toplumsal roller daha azdı, daha iyi tanımlanmıştı ve çok daha kolay birleştirilebiliyordu. Anne, evine düşkündü, çocuklarının başındaydı ve ev işleriyle uğraşıyordu. Annenin, çocuğun okuluyla ilişkisi, hobileri ve hayır işleri gibi ev dışındaki ilgi alanları, doğal olarak bu rollerden ortaya çıkı-

yordu. Babanın işi ve topluluk içindeki görünürlüğü de sorunsuzca bir araya geliyordu. İkisinin toplumsal rolleri birbirlerine paralel şekilde işliyordu.

Fakat modern toplumun karmaşıklıkları, bireyin çok sayıda toplumsal rol –pek çoğu birbiriyle kolayca birleşmeyen– geliştirmesini gerektirmektedir. Örneğin, çalışan annenin birbirinden ayrı iki rolü vardır ve her ikisini de iyi bir şekilde yerine getirmek için mücadele vermesi gerekir. Çoğu işveren, çalışan annenin evle işi birbirine karıştırmaması gerektiği konusunda ısrarcı olduğundan, pek çok anne, rollerinden birinde yaşadığı sorunların diğerini etkilemesinden ötürü suçluluk ve mahcubiyet hissetmektedir.

Çalışan baba da evdeki rolüyle işteki rolünü birbirinden ayrı tutmalıdır. Baba, artık evi dükkânının üstünde olan mahalle bakkalının sahibi değildir. Büyük olasılıkla evinden uzakta çalışmakta ve ailesiyle daha az zaman geçirmektedir. Ayrıca modern baba, giderek artan ve ağır ailevi sorumluluklarının olduğu katılımcı bir role de sahiptir. Her iki ebeveyn için de, Covid-19 döneminde zirve yapan bir eğilim olan evden çalışma tercihi (ya da ihtiyacı), iş ve ebeveynlik sorumluluklarını yönetme konusunda üzerlerindeki yükü artırmıştır.

SKB'nin neden kadınlarda daha yaygın olduğuna ilişkin teorilerin temelinde son birkaç on yıldır değişen rol kalıpları yer almaktadır. Geçmişte, kadınların temelde tek bir yaşam seyri vardı – evlenmek (genellikle yirmili yaşların başında), çocuk sahibi olmak, çocuklarını büyütmek için evde kalmak ve herhangi bir kariyer hırsını bastırmak. Günümüzdeyse bunun aksine, genç bir kadın, sersemletici bir dizi rol kalıbı ve beklentisiyle –bekâr çalışan kadın, evli çalışan kadın, geleneksel anaç anne, evliliği, kariyeri ve çocukları başarılı bir şekilde idare etmeye çalışan süper anne gibi– karşı karşıya kalmaktadır.

Elbette erkeklerin de yeni roller üstlenmeleri istendi, ancak bu roller, kadınlarınki kadar geniş bir yelpazede –ve kafa karıştırıcı– değildi. Geçmiş nesillerde, kızının voleybol maçını izlemek için işinden izin alan baba, ailesini geçindirme sorumlulu-

ğundan kaçıyormuş gibi görünüyordu. Günümüzde erkeklerin daha duyarlı ve daha içten olmaları, çocuk büyütme konusunda geçmiş dönemlerden daha çok görev üstlenmeleri ve aynı zamanda bu özellikler ve sorumlulukların genellikle ailenin geçimini sağlama rolüne de uygun olması beklenmektedir. Bir erkeğin, ev erkeği rolünü üstlenmek için kariyer hırslarından vazgeçmesi ya da bir erkekten bunu yapmasının beklenmesi nadir rastlanan bir durumdur.

İlişkilerin ve evliliklerin evrimi sırasında erkeklerin yapması gereken düzenlemeler daha az sayıdadır. Örneğin, taşınmalar genellikle erkeğin kariyer ihtiyaçlarına göre şekillenir, çünkü erkek çoğu zaman eve para getiren başlıca kişidir. Hamilelik, çocuk doğumu ve çocuk büyütme sırasında erkeğin günlük yaşamında çok az değişiklik meydana gelir. Kadının, hamileliğin ve çocuk doğurmanın getirdiği fiziksel değişimlere katlanmak ve doğum yapmak için işini bırakmak zorunda kalmasının yanı sıra, sürecin sonunda işine geri dönmesi veya kariyerinden vazgeçmesi de gerekir. İki tarafın da çalıştığı evlerde, açıkça dile getirilmese de, evin idaresinin temel sorumluluğunun yine de kadında olduğu kabul edilmektedir. Çocuğu hasta olunca ya da bir tamirci geleceğinde evde kalmak için planlarını düzenlemesi gereken kişi, kadındır.

Kadınlar, giderek artan sosyal ve mesleki seçenekleri elde edebilmek için başarılı bir şekilde mücadele vermiş olsalar da, bu süreçte büyük bir bedel ödemeye zorlanmış olabilirler. Kadınların hem mükemmel anne hem de çalışan kadın olabilecekleri (ve birçok evde buna ihtiyaç duyulabileceği) gerçeği yaygın kabul görmüş olsa da, "geleneksel" beklentiler; kadınların hayatlarında kariyer, aile ve çocuklar hakkında rahatsız edici kararlar verme, çocuklarıyla ve kocasıyla ilişkilerinde gerginlikler, karar verme sürecindeki stres ve bu kararlarla yaşama, kim oldukları ve kim olmak istedikleri konusundaki kafa karışıklığı şeklinde baskıya neden olabilmektedir. Bu açıdan, temel bileşenleri kimlik ve rol karmaşası olan SKB ile kadınların yakından ilişkilendirilmesi anlaşılabilir bir durumdur.

Evlilik kavramındaki önemli bir değişiklik, kafa karışıklığını artırmıştır. Erkekle kadın arasındaki geleneksel Yahudi-Hıristiyan evlilik normuna, sadece dini tartışmalarda değil, aynı zamanda siyasi ve sosyal arenalarda da son yirmi yıldır önemli ölçüde karşı çıkılmaktadır. 2004 yılında, Amerikalılar eşcinsel evliliklere yüzde 60'a yüzde 31 olacak şekilde karşı çıkmaktaydılar, 2019 yılındaki anketlerdeyse kamuoyundaki fikir tersine dönmüştür –Amerikalıların büyük bir çoğunluğu (yüzde 61) eşcinsel evlilikleri desteklemekte, yüzde 31'i ise karşı çıkmaktadır.[134] Kamuoyundaki fikrin bir yansıması olarak, on üç ABD eyaletindeki eşcinsel evliliğe dair yasaklamalar, Yüce Mahkeme'nin *Obergefell v. Hodges* davasının kararı sonucunda, 2015 yılında anayasal olarak kaldırılmıştır.

Eşcinsel evliliklerin tanınması ve yasallaştırılması, kamuoyundaki tartışmayı dindirmekten ziyade körüklemiştir. Son on yıldır, genel anlamda eşcinsellik ve özellikle eşcinsel evlilik, ülkedeki kutuplaşmada temel meseleler olarak ortaya çıkmaktadır.

Cinsel yönelim ve SKB

Cinsel yönelim de borderline rol karmaşasında pay sahibi olabilir. Eşcinsellik yüzyıllarca, topluma ve çağa bağlı olarak, kabulden küçük günaha, kınama ve yasadışılığa, ölüm cezası ile yasaklanmaya kadar her şeyle karşılaşmıştır; anlaşmazlıklara ve hatta şiddetli tartışmalara neden olan bir konu olagelmiştir. Eşcinsellik 1980'ler kadar yakın bir zaman önceye dek, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (DSM-III-R), 1987 yılında bu konuya dair tüm bilgileri kapsamından çıkarana kadar, psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmekteydi.

Toplumsal kargaşaya paralel olarak, eşcinsellerin, lezbiyenlerin veya transseksüellerin "yönelimlerini itiraf etmelerine" yönelik kişisel kararları, genellikle kaygı ve sert ailesel ya da toplumsal tepki potansiyelini barındırmaktadır. Ancak toplumsal bağlam değişikliğe uğramıştır. 2011 yılındaki yüzde 3,5 oranına karşın, son anketlere göre Y kuşağının yüzde 7'si kendisini eşcinsel olarak tanımlamaktadır.[135]

Transseksüalizm, erkekliği ve kadınlığı neyin tanımladığına dair anlayışı daha da belirsizleştirmiştir. SKB tanısının kriterlerinden biri olan kimlik karmaşası, her zaman önemli bir endişe kaynağı olmuştur. Bazı kişiler, "erkek" ya da "kadın" olarak tanımlanmayı reddedip cinsiyetten bağımsız olarak tanımlanmayı tercih etmektedirler. Kimlik ve cinsiyet konusunda –ve aslında neyin "normalliği" oluşturduğu konusunda– giderek artan belirsizlik, özellikle borderline bireyler için etkilidir. Muhafazakâr Protestan örgütler ve dini örgütler ile liberaller, LGBTQ ve kürtaj hakkı yanlısı kişiler arasında giderek yoğunlaşan tartışmalar, henüz sağlam bir kimlik bilinci ve istikrarlı ilişkiler oluşturmaya çalışan borderline bireyler için daha çok kaygıya neden olmaktadır.

Aile ve Çocuk Yetiştirme Kalıpları

İkinci Dünya Savaşı'nın sonundan bu yana aile ve çocuk yetiştirme kalıpları konusunda toplumumuzda önemli değişiklikler meydana gelmiştir:

- Çekirdek aile kurumu sürekli düşüş halindedir. Büyük ölçüde boşanma nedeniyle, 1990'larda doğan Amerikalı çocukların yarısı, çocukluklarının bir kısmını tek ebeveynli bir evde geçirdiler.[136] ABD Nüfus Bürosu'na göre, 1960 ile 2016 yılları arasında, iki ebeveyniyle birlikte yaşayan çocukların oranı, yüzde 88'den yüzde 69'a geriledi ve bunların yüzde 6'sı iki ebeveynin de evli olmadığı hanelerdi. Bu sürede, sadece annesiyle yaşayan çocukların oranı, yüzde 8'den yüzde 23'e yükselerek neredeyse üç katına çıktı. 2016 yılında, sadece babasıyla yaşayan çocukların oranı yüzde 4'tü.[137] Pew Research tarafından 2019 yılında yapılan bir araştırma, ABD'de on sekiz yaşın altındaki çocukların yüzde 23'ünün tek bir ebeveyn ile yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu oran, dünyanın geri kalanında yüzde 7 olarak tespit edilmiştir.[138]
- Alternatif aile yapıları (boşanmış ebeveynin, yeni bir aile kur-

mak için bir diğer boşanmış ebeveyn ile hayatını birleştirdiği karma aileler gibi), pek çok çocuğun kendilerini doğuran ebeveynlerden başka kişiler tarafından yetiştirilmesi durumuna yol açmıştır. Artan coğrafi hareketliliğe bağlı olarak, diğer faktörler de dikkate alındığında, büyükanne-büyükbabalar, kardeşler, kuzenler ve yakınlarda yaşayan diğer akrabaların bir arada olduğu geleneksel ailenin soyu, çekirdek aileyi desteksiz bırakacak şekilde neredeyse tükenmiştir.

- Ev dışında çalışan kadın sayısı önemli ölçüde artmıştır. Çalışan kadınların yüzde kırkının, on sekiz yaş altında çocuğu vardır; bekâr annelerin yüzde 71'i çalışmaktadır.[139]
- Kadınların iş hayatına atılmasının sonucu olarak, daha çok sayıda çocuk daha küçük yaşta kreşe ya da bakıcıya bırakılmaktadır. Kreşe giden çocukların sayısı, 1980'lerde yüzde 45 oranında artmıştır.[140]
- Kanıtlar açıkça göstermektedir ki, çocuk ihmali, fiziksel ve cinsel istismar vakaları, yirminci yüzyılın son yıllarında önemli derecede artmıştır.[141]

Peki, çocuk yetiştirme kalıplarındaki bu değişikliklerin hem çocuklar hem de ebeveynler açısından psikolojik etkileri nelerdir? Psikiyatristler ve gelişim uzmanları, kargaşa, istikrarsızlık veya istismarın olduğu ortamlarda yetişen çocukların, ergenlik ve yetişkinlikte duygusal ve ruhsal sorunlar yaşama risklerinin daha yüksek olduğu konusunda genel olarak hemfikirdirler. Ayrıca, bu tür ortamlarda bulunan ebeveynler; stres, suçluluk, depresyon, özgüven eksikliği –SKB ile ilişkili tüm özellikler– sergilemeye çok daha eğilimlidirler.

Lütfen yanlış anlamayın: Tek ebeveynli evlerin ya da hem annenin hem babanın çalıştığı evlerin, geleneksel çekirdek aileden herhangi bir şekilde, özellikle de ruhsal hastalıkların gelişmesi bakımından, daha değersiz olduğunu kastetmiyoruz – kanıtlar bu iddiayı hiç de desteklememektedir.[142] Esasen, günümüzde Amerikan ailelerinin sadece küçük bir kısmı geleneksel şekilde iki ebeveynli çekirdek ailelerdir ve Amerikalıların sadece üçte biri

bu tür bir aile yapısında yaşamaktadır. Çekirdek aile biçiminde olmayan ailelerde bulunan milyonlarca ebeveyn, boşanmanın ya da her iki ebeveynin de işini ve kariyerini sürdürme arzusunun veya sadece ekonomik zorunluluğun yol açtığı duygusal ve finansal stresle başa çıkabilmekte, hatta daha da iyi duruma gelebilmektedir. Kreşe ve bakıcıya bırakılan çocukların sayısının artmasının, ruh hastalığını ya da çocuk istismarını artırdığına, çalışan ebeveynleri desteklemek amaçlı ekonomik ve kaliteli kreşlerin çalışan ebeveynlerin olduğu evlerin ihtiyaçlarını karşılamada geri kaldığına yönelik bir kanıt da bulunmamaktadır. Aynı şey, bu tür ortamlarda büyüyen çocuklar için de geçerlidir. Esasen, tek ebeveynin olduğu ya da hem annenin hem babanın çalıştığı ev, genellikle yerini aldığı mutsuz ve çalkantılı ortama kıyasla çok büyük bir gelişmedir. Bizim önerdiğimiz şey; bu aile yapılarındaki ebeveynlerin ve çocukların, olası stresi öngörmeleri ve bu konular hakkında okuyarak, psikolojik danışmanlık/psikoterapiye başvurarak, aile ve arkadaşlardan tavsiyeler alarak bu stresle baş edebilme becerilerini geliştirmeleridir.

Çocuk İhmali ve İstismarı: Güveni Yok Eden Şeyler

Çocuk ihmali ve istismarı, önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. 2007 yılında, yaklaşık 5,8 milyon çocuk, ABD'deki tahmini 3,2 milyon çocuk istismarı raporu ve iddiasına dahil olmuştur.[143] Bazı çalışmalara göre, yetişkinlik dönemine ulaştıklarında, kız çocuklarının yüzde 25'inin cinsel istismarın bir türüne maruz kaldıkları (ebeveynlerden ya da başka insanlardan) tahmin edilmektedir.[144]

Fiziksel istismara uğramış okul öncesi çocuklarının özellikleri arasında, ket vurma, depresyon, bağlanma zorlukları, davranış sorunları (hiperaktivite ve şiddetli öfke nöbetleri gibi), dürtü kontrol bozukluğu, saldırganlık ve akran ilişkilerinde sorunlar bulunmaktadır.

John Lennon, "Şiddet şiddeti doğurur," demiştir ve bu, özellikle de hırpalanmış çocuklar için geçerlidir. İstismara uğrayan-

lar, ileride genellikle istismar uygulayan kişiler haline geldiklerinden, bu sorun yıllar ve nesiller boyunca devam edip durabilir. Esasen, istismara uğramış ve ihmal edilmiş çocukların yaklaşık yüzde 30'u, kısır döngüyü devam ettirecek şekilde, ileride kendi çocuklarını da istismar eder.[145],

Borderline hastaları arasında istismar ve ihmal vakalarının görülme oranı, SKB'yi diğer kişilik bozukluklarından ayıran bir faktör olması için yeterince yüksektir. Sözlü ya da psikolojik istismar en yaygın türlerdir ve bunların hemen ardından fiziksel ve daha sonra da cinsel istismar gelmektedir. Fiziksel ve cinsel istismar, özleri gereği daha dramatik olabilir, ancak duygusal istismara uğrayan çocuk da tam bir özgüven kaybından mustarip olabilir.

Duygusal istismar çeşitli şekillerde görülür:

- ***Aşağılama.*** Çocuğun başarılarını sürekli değersizleştirme ve hatalarını büyütme. Bir süre sonra, çocuk kendisinin gerçekten kötü veya değersiz olduğuna ikna olur.
- ***Mevcut olmama/İhmal.*** Psikolojik açıdan mevcut olmayan ebeveynler, çocuğun gelişimine çok az ilgi gösterirler ve kendilerine ihtiyaç duyulduğunda çocuğa gerekli ilgiyi göstermezler.
- ***Baskı.*** Çocuğun davranışını kontrol etmek için aşırı tehditler kullanma. Bazı çocuk gelişim uzmanları, bu istismar şeklini teröristlerin esir aldıkları kişilerin beyinlerini yıkamada kullandıkları yöntemlere benzetmektedir.[146]

Bu duygusal istismar biçimlerinin muhtemelen her türlüsüne maruz kalmış Lisa'nın hikâyesini hatırlayın: Babası, "yeterince iyi olmadığını" söyleyerek sürekli onu aşağılıyordu; annesi Lisa'ya nadiren destek çıkıyordu ve neredeyse her önemli kararı kocasına bırakıyordu ve Lisa sık sık taşınıyor olmalarını "çocuk kaçırma" olarak görüyordu.

Psikolog Hugh Missildine tarafından tarif edildiği üzere, ihmal edilmiş çocuğun durumu, hayatının ilerleyen dönemlerinde borderline hastalarının yaşadığı çelişkileri yansıtmaktadır:

> Eğer çocukluğunuzda ihmal edildiyseniz, bu sizin yoksunluk duyduğunuz şeyi size sağlayacağına inanarak bir kişiden diğerine savrulmanıza neden olabilir. Kendinize pek de iyi bakamıyor ve evliliğin bu duruma bir son vereceğini düşünüyor olabilirsiniz, sonra da kendinizi evli olmanın endişe verici durumu içinde ama duygusal açıdan bağlanmamış halde bulursunuz... Dahası, geçmişinde ihmal edilmiş kişi, her zaman huzursuz ve kaygılıdır çünkü duygusal tatmin sağlayamaz... Bu huzursuz, dürtüsel hareketler, duygusal bir hayat sürdüğüne dair bir yanılgı yaratmasına destek verir... Bu tür bir insan, örneğin, bir kişiyle evliliğini sürdürüp iki ya da üç başka kişiyle aynı anda cinsel ilişki sürdürebilir. Kendisine hayranlık ve saygı duyan herkes, ona cazip gelebilir ve ilgi görme ihtiyaçları öyle fazladır ki, ayırt etme becerileri ciddi biçimde zarar görmüştür.[147]

SKB'nin kökenlerinden anladığımız kadarıyla (3. Bölüm'e bakınız), istismar, ihmal veya çocukluğun ilk yıllarındaki uzun süreli ayrılmalar, çocuğun güven inşasını büyük ölçüde olumsuz yönde etkileyebilir. Özgüven ve özerklik hasar görür. Ayrılmayla başa çıkma ve kimlik oluşturma becerileri normal bir şekilde ilerlemez. İstismara uğramış çocuklar, birer yetişkin olduklarında, hayal kırıklığı yaratan ilişkileri başkalarıyla tekrarlayabilirler. Acı çekme ve ceza, yakınlıkla ilişkilendirilebilir – bu kişiler "aşkın acı verdiğine" inanmaya başlarlar. Borderline çocuk ya da ergen olgunlaştıkça, kendine zarar verme eylemi, istismarcı ebeveynin yerine geçebilir.

Boşanmış Anne-Babaların Çocukları: Ortadan Kaybolan Baba

Esasen boşanma nedeniyle, her zamankinden daha fazla sayıda çocuk, babalarının fiziksel ve/veya duygusal varlığı olmadan yetiştirilmektedir. Mahkemelerin çoğu, velayet davalarında

çocukları anneye verdiğinden, tek ebeveynli evlerin büyük bir çoğunluğu anneler tarafından idare edilmektedir. Ortak velayet ya da serbest ziyaret hakkı durumlarında bile, boşanmanın ardından kısa bir süre sonra yeniden evlenme ve yeni bir aile kurma olasılığı daha fazla olan baba, genellikle çocuğun yetişme sürecinden uzak kalmaktadır.

Çocuk yetiştirmede, anne-baba arasındaki sorumlulukların daha eşit paylaşılmasına yönelik yakın zamanlardaki eğilim, ileriki yıllarda meydana gelecek boşanmanın çocuk için daha üzücü olmasına neden olmaktadır. Çocuklar, iki ebeveynin bir arada olmasından açıkça fayda sağlarlar, ancak evlilik sona erdiğinde, özellikle de ayrılmanın çocuğun birçok gelişim aşamasını tamamlamasının gerektiği büyüme yıllarına denk gelmesi halinde, çocuk daha fazla kayba uğramaktadır.

Boşanmanın etkileri üzerine yapılan çalışmalar, okul öncesi yaştaki çocuklarda yoğun öfke, yoksunluk, gerileme ve terk edilme korkularıyla ilişkili şiddetli ayrılık kaygısı olduğunu tespit etmiştir.[148] Çocukluğun ilerleyen aşamalarındaysa, kayda değer sayıda çocukta depresyon[149] ve antisosyallik[150] olduğu görülmektedir. Gerçekten de, tek ebeveynli ailelerde yaşayan gençler, parçalanmamış ailelerde yaşayan diğer gençlere kıyasla, hem intihara teşebbüse hem de psikolojik bozukluklara sahip olmaya daha meyillidirler.[151]

Ayrılma ve boşanma sürecinde, çocuğun fiziksel yakınlık ihtiyacı artar. Örneğin, anne-babası ayrılma sürecindeki küçük bir çocuk, ebeveyniyle birlikte uyumak isteyebilir. Eğer bu rutin hale gelirse ve aynı yatakta uyumak, ebeveynin de ihtiyacı haline dönüşürse, çocuğun kendi özerklik hissi ve bedensel bütünlüğü riske girebilir. Bu durum, yalnızlık ve boşanmanın neden olduğu yoğun narsisistik yaralanmayla birleşince, bazı çocuklar için gelişimin yavaşlaması ya da ilgi görme ve güvende hissetme ihtiyacı umutsuz hale gelirse de cinsel istismar riskini doğurmaktadır. Evden ayrılan baba, kendi yalnızlık ve mahrumiyet hislerini tatmin etmek için çocukla daha fazla vakit geçirmek isteyebilir. Eğer çocuk, babasının küskünlüğü ve acısı için bir

paratoner haline gelirse, yine istismar için yüksek risk altında olabilir.

Anne-baba ayrılıklarının pek çoğunda çocuk, ebeveynleri arasındaki yıkıcı savaşta bir piyon haline gelmektedir. Ziyaret hakkını genellikle umursamayan boşanmış bir baba olan Han, birdenbire annesine ne zaman kızgın olsa, kızının kendisiyle kalmasını talep etmeye başladı. Bu ziyaretler hem çocuk için hem de babası ve babasının yeni ailesi için tatsız oluyordu fakat Han, bunları kendini suçlu ve onun taleplerine karşı güçsüz hisseden eski eşine yönelik bir ceza olarak kullanıyordu. Isabella, annesi daha fazla nafaka almak için babasını düzenli olarak yeniden mahkemeye verdiğinde, boşanmış ebeveynlerinin arasındaki tartışmalara dahil olmuş oluyordu. Maddi değeri yüksek hediyeler şeklindeki rüşvetler ya da okul veya ev harcamalarına verdiği desteği kesme tehdidi, sürekli çekişme halindeki ebeveynler arasında kullanılan yaygın silahlardır; rüşvetler ve tehditler çocuğa, ebeveynlerin kendilerine olduğundan daha çok zarar vermektedir.

Çocuklar mahkeme mücadelelerine dahil edilebilmekte ve ebeveynleri hakkında ifade vermeye zorlanmaktadır. Bu tür durumlarda, ne ebeveynler ne mahkeme ne de ilgili sosyal yardım örgütleri, çaresizlik hissi (onun varlığına rağmen çatışmaların devam etmesi) ya da sarhoş edici bir güç (onun ifadesinin ebeveynleri arasındaki savaşı yönetmesi) altında ezilen çocuğu koruyabilmektedir. Bu çocuklar, içinde bulundukları tatsız durumdan ötürü öfkeli hissedebilir ve herkesin kendilerini terk edeceği korkusunu da taşıyabilirler. Tüm bunlar, borderline patolojisinin ortaya çıkması için elverişli bir ortam oluşturmaktadır.

Boşanmanın yanı sıra, diğer etkili toplumsal güçler de etrafta olmayan baba sendromuna katkı sağlamaktadır. Son elli yıl, binlerce savaş gazisinin –İkinci Dünya Dünya Savaşı, Kore Savaşı, Vietnam Savaşı ve Basra Körfezi, Irak ve Afganistan'daki çatışmalar– çocuklarının büyümesine tanıklık etmiştir. Toplama ve esir kamplarından sağ kurtulanlardan bahsetmiyoruz

bile. Bu babalar, hem çocuklarının gelişimlerinin önemli aşamalarında yanlarında değillerdi hem de pek çoğu travma sonrası stres bozukluğu ve savaşla ilgili olarak, çocuk gelişimini de etkileyen ertelenmiş yas ("gömülü yas") sendromu yaşamışlardı.[152] 1970 yılına gelindiğinde, İkinci Dünya Savaşı ve Kore Savaşı esirlerinin yüzde 40'ı, intihar, cinayet ya da araba kazası (genellikle tek arabanın dahil olduğu tek kişilik kazalar) sonucunda hayatlarını kaybetmişlerdi.[153] Aynı eğilim, Irak Savaşı ve sonraki savaşların gazileri için de devam etmiştir. ABD Ordusu rakamlarına göre, 2007 yılında her gün beş asker intihara teşebbüs ediyordu, savaş öncesi dönemde ise bu rakam günde birden daha azdı.[154] Yahudi soykırımından kurtulanların çocukları, genellikle kökenleri ebeveynlerinin büyük ruhsal travmalarına dayanan şiddetli duygusal zorluklar yaşamaktadırlar.[155]

Etrafta olmayan baba sendromu, patolojik sonuçlar doğurabilir. Boşanma ya da ölüm nedeniyle parçalanmış ailelerde genellikle anne ideal ebeveyn haline gelerek, çocuğun hayatının her alanını düzenleyip denge kurmaya çalışır; doğal olarak çocuğun kendi kimliğini geliştirme fırsatı kısıtlanır. Tampon görevi gören diğer ebeveyn olmaksızın, anne-çocuk arasındaki ilişki, sağlıklı ayrılmayı engelleyecek derecede yakın olabilir.

Anne genellikle babanın yokluğunu telafi etmeye çalışsa da, pek çok durumda babanın yokluğunu telafi etmeye çalışan kişi esasen çocuk olur. Babanın yokluğunda, anneyle bağın simbiyotik yoğunluğu çok artar. Çocuk, annenin idealize edilmiş bakış açısıyla büyür ve sürekli onu memnun etmeye çalışır. Ebeveynin çocuğa bağımlılığı da kalıcı hale gelebilir ve büyüme ve bireyleşmeyi engelleyerek SKB'nin tohumlarını ekebilir.

Aşırı Hoşgörülü Çocuk Yetiştirme Uygulamaları

Modern aşırı hoşgörülü çocuk yetiştirme uygulamaları, geleneksel ebeveynlik işlevinin harici kuruluşlara –okul, kitle iletişim araçları, endüstri– devredilmesi de dahil olmak üzere, ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesini önemli ölçüde etkilemiştir.

Kitaplara ve çocuk yetiştirme alanındaki uzmanlara duyulan güven, ebeveynlik "içgüdüsünün" yerini almıştır. Çocuk yetiştirme, pek çok ailede, çift kariyerin gerekliliklerinin arka planında kalmaktadır. "Kaliteli zaman", "yeterince zaman olmaması" tabirini örtbas etmek için kullanılır hale gelmektedir.

Pek çok ebeveyn, çocuğun pratik ve eğlenceye yönelik ihtiyaçlarına aşırı derecede ilgi göstererek fazlasıyla telafi etme yoluna giderken, çok az gerçek şefkat sunmaktadır. Narsisistik ebeveynler, çocuklarını ayrı bireylerden ziyade, kendilerinin bir uzantısı olarak ya da bir nesne/eşya olarak görürler. Bunun sonucunda, çocuk duygusal açıdan mesafeli bir ilgiye boğulur, bu da kendi önemine dair abartılı bir hisse, gerileme savunmalarına ve benlik bilincinin kaybına yol açar.

Coğrafi Hareketlilik: Evimiz neresi?

Her zamankinden daha çok hareket halindeyiz. Daha fazla coğrafi hareketlilik, bir çocuk için zengin eğitim imkânları ve kültürel alışveriş sağlayabilir, ancak çok sayıda yer değiştirme, genellikle bir kök salamama hissi de doğurabilir. Bazı araştırmacılar, sıkça taşınan ve bir yerde kısa süreli olarak ikamet eden çocukların, "Eviniz neresi?" şeklindeki basit soruya karmaşık cevaplar verdiğini ya da hiç cevap veremediğini ortaya koymuştur.

Aşırı hareketlilik, kariyer odaklı yaşam tarzlarıyla ve iş gereklilikleriyle ilişkili olduğundan, hareket halinde olan ailelerdeki bir ya da iki ebeveyn, uzun süreli çalışma saatlerinden ötürü çocuklarına daha az zaman ayırmaktadır. Çevrelerinde, gelişim için istikrarı sağlayabilecekleri, sürekliliği olan çok az şey bulunan çocuklar için, hareketlilik bir diğer yıkıcı güce dönüşmektedir – dünya, değişen yerler ve yüzler koleksiyonu haline gelir. Bu tür çocuklar, can sıkıntısı ve yalnızlık içinde büyüyebilir, sürekli bir dürtü arayışı içine girebilirler. Sürekli olarak yeni durumlara ve yeni insanlara uyum sağlamak zorunda olmaları, güvenli toplumsal dayanakların desteklediği tutarlı bir benlik bilincini kaybetmelerine neden olabilir. Toplum içinde

nazik olsalar da, tıpkı Lisa gibi genelde numara yaptıklarını hissederler.

Artan coğrafi hareketlilik, komşu çevresinin, mahalle okulları sistemlerinin, kiliselerle sivil kuruluşların ve arkadaşlıkların istikrarını azaltmaktadır. Geleneksel ilişkiler kaybolur. Amerikalıların yüzde 44'ü, içinde büyüdüklerinden farklı bir kiliseye yakınlık duyduklarını söylemektedir.[156] Nesiller, uzun mesafeler nedeniyle birbirlerinden ayrı düşer, duygusal destek ve çocuk bakımı için ihtiyaç duyulan geniş aile ortadan kaybolur. Çocuklar, büyükanne ve büyükbabalarını, teyze ve halalarını, amca ve dayılarını, kuzenlerini tanımadan büyümekte ve geçmişle güçlü bağlarını ve sağlıklı duygusal büyüme için gerekli sevgi ve şefkat kaynaklarını kaybetmektedirler.

Yapay Ailenin Yükselişi

Toplum bölündüğünde, evlilikler sona erdiğinde ve aileler parçalandığında, "yapay aile" ya da sanal toplum, genellikle geçmişteki gerçek toplumların yerini almaktadır. Bir grup üyeliğine duyulan bu özlem, çeşitli şekillerde tezahür etmektedir: futbol taraftarları kendilerini "Raider Nation"* olarak tanımlamaktadır; çok sayıda kişi her hafta en sevdikleri American Idol'e oy verip sadece "ortak" bir amaca sahip daha büyük bir grubun bir parçası olabilmek için saatlerce beklemektedir; milyonlarca genç, geniş bir elektronik sosyal ağın bir parçası olabilmek için Facebook, Instagram, YouTube, Snapchat ve Twitter'a katılmaktadır. Kurt Vonnegut, altmış yıl önce yazdığı *Kedi Beşiği* adlı romanında, bu "bağlantıları" esprili bir şekilde (fakat âdeta geleceği görürcesine) "granfalloon" –ortak bir kimliğe ya da amaca sahip olduklarını iddia eden ancak ortak birliktelikleri esasen anlamsız bir grup insan– olarak adlandırmıştır. Yazar, bu duruma iki örnek vermiştir: Amerikan Devriminin Kızları ve General Electric Şirketi. Eğer Vonnegut, bu romanı günümüzde yazmış olsaydı, örnekleri Facebook ve Twitter kullanıcılarının büyük bir kısmından da oluşabilirdi.

* Oakland Raiders takımı taraftarları. –*çn*

2003 yılından bu yana, sosyal ağ siteleri niş bir faaliyetten milyonlarca internet kullanıcısını ilgilendiren bir fenomen haline gelmiştir. 2007 yılında, yaşları 12 ile 17 arasında değişen Amerikan gençlerinin yarısından fazlası (yüzde 55'i) sosyal ağ sitelerini kullanmaktaydı.[157] 2018 yılında, Pew Research Center tarafından yapılan bir araştırmaya göre, gençlerin yüzde 90'ı "neredeyse her zaman" ya da "günde pek çok kez" internette olduklarını bildirmiştir.[158] İlk veriler, gençlerin bu siteleri esasen iletişim kurmak, diğerleriyle bağlantı içinde olmak, arkadaşlarla planlar yapmak ve yeni arkadaşlar edinmek için kullandıklarını ortaya koymaktadır. Ancak, onları harekete geçiren neden, bu kadar iyi niyetli olmayabilir. Örneğin, Microsoft tarafından yapılan bir çalışma, katılımın en büyük itici gücünün ego olduğunu tespit etmiştir: insanlar "sosyal, entelektüel ve kültürel varlıklarını artırmaya" katkıda bulunmaktadırlar.[159]

(Yapay) bir topluluğu etkilemek için en popüler elektronik tutkulardan biri olan Twitter, narsisistik eğilimini bariz bir şekilde belli etmektedir. Anlık bir kısa mesaj hizmeti olan (en fazla 140 karakterle yapılan ve Asya dışındaki diller için 2017'de iki katına, 280 karaktere çıkarılan) *tweet* atma, bir grup takipçiye, "ne yapıyorum" veya "ne düşünüyorum" duyurusunu yapmayı amaçlamaktadır. Bu iletişimin iki yönlü olmasının amaçlandığına dair çok az iddia vardır.

Amerikan kültüründe narsisizmin arttığı gerçeğine çok az kişinin itirazı olabilir. İlk olarak 1976'da, Tom Wolfe'un dönüm noktası niteliğindeki "The 'Me' Decade and the Third Great Awakening" ["Ben" Çağı ve Üçüncü Büyük Uyanış] başlıklı yazısında ve 1979 yılında Christopher Lasch'ın *Narsisizm Kültürü* kitabında belgelenmiş narsisistik dürtü, o zamandan beri çeşitli kültürel eğilimler tarafından kanıtlanmıştır: katılımcılarının sırf medyada yer almak için ünlü olmalarını sağlayan realite televizyonu; hızla büyüyen bir sektör olan plastik cerrahi; müsamahakâr ebeveynlik, ünlülere tapma, maddi zenginlik tutkusu ve şimdi de sosyal ağlar tarafından yaratılan sahte arkadaş grupları. Jean M. Twenge ve W. Keith Campbell'ın, 2009

yılında yayımlanan *Asrın Vebası: Narsisizm İlleti* adlı kitaplarında belirttikleri üzere, "İnternet, faydalı teknoloji sağlamasının yanı sıra hızlı şöhret ve 'Bana bakın!' mantığının olasılığını da artırmıştır... İnsanlar, 'kişisel marka' (ayrıca 'kendi kendini markalaştırma' olarak da anılır) yaratmak için kendilerini satılacak bir ürün gibi paketlemektedirler."[160]

Çalkantılı Onlar: Büyük Değişikliklerin Olduğu Onyıl

Bir anlığına, zamanda yolculuk yaparak 2009 yılına geri döndüğünüzü düşünün. Barack Obama henüz başkan seçilmiş, diğer dünya liderleriyle ve merkez bankalarıyla birlikte dünyayı Büyük Bunalım'dan beri yaşanan en büyük krizden kurtarmaya çalışıyor. Amerikan nüfusunun yaklaşık yüzde 77'sinin cep telefonu var ve bunun büyük bir çoğunluğunu son beş yılda cep telefonu satın alan gençler oluşturuyordu.[161] Facebook, Twitter ve YouTube henüz yeniydi, Instagram ve Snapchat ise ortada bile yoktu. Eşcinsel evlilik, kırk beş eyalette yasaktı. Toplu silahlı saldırılar, her yıl beş tane olacak şekilde gerçekleşmekteydi.[162] *Kabile siyaseti, siber zorbalık, selfie* ve *emoji* terimleri henüz günlük kültürel sözlüğümüze dahil olmamıştı.

Siyasi ideolojiden bağımsız olarak, on yıl sonra dünyanın önemli sosyal, kültürel, siyasi ve teknolojik değişime uğramadığını iddia edecek biri neredeyse yoktur. Cep telefonları günümüzün başlıca iletişim aracı haline gelmiştir. Sosyal medya, özellikle gençler arasında, başlıca (tartışmalı olsa da) iletişim aracı olarak gelişmektedir. Okullara yönelik toplu silahlı saldırılar yaygınlaşmıştır – 2010'larda bir önceki on yılın neredeyse üç katı olacak şekilde, 194 saldırı meydana gelmiştir.[163] Demokratlar ve Cumhuriyetçiler arasındaki kutuplaşmış çatışmalar, sık sık yerel yönetimlerde ve ABD Kongresi'nde çıkmaza neden olmaktadır.

En önemlisi de, bu toplumsal güçler bir araya gelerek, bir ruh hastalığının "tohumlarını" oluşturmasalar bile, en azından anksiyete, stres ve ruh hastalıklarının "mikroplarının" gelişebi-

leceği bir bakteri üretme tabağı işlevi görebilirler. ABD'de yapılan son çalışmalara ve anketlere göre, özellikle de 2016-2019 arası dönemde olmak üzere, 2010'lu yıllarda kaygı ve stres seviyeleri, terapist ziyaretleri ve ruh sağlığı bozukluklarının şiddeti ve teşhis sayısı önemli ölçüde artmıştır.[164,165]

Bu dönemler elbette herkeste kafa karışıklığına neden olmaktadır, ancak genel anlamda ruh sağlığı bozukluğu olanlarda ve özellikle de SKB'si olanlarda daha çok kafa karışıklığı yaratmaktadır. Aşağıda tanımlanan birtakım toplumsal değişiklikler, borderline düşünce, duygu ve davranışları, yani SKB'nin dokuz kriterini, diğer ruh sağlığı bozukluklarına göre daha çok etkilemektedir. SKB'yi tedavi eden psikoterapistin işi de zorlaşmıştır. Ruh sağlığı uzmanları da bir balonun içinde değil, herkes gibi gerçek bir dünyada yaşamaktadırlar; hastalarıyla aynı toplumsal güçlere maruz kalmaktadırlar ve hastalarına bu konuda yardımcı olmaya çalışırken aynı zamanda kendileri de bu güçleri anlamak ve onları yönlendirmek için mücadele vermektedirler.

Aşırı Kutuplaşma ve Kabile Siyaseti

Aşırı kutuplaşma ve kabile siyaseti, oy sandığının çok ötesinde sonuçlar doğurmaktadır. Artık her zamankinden daha fazla olacak şekilde, sosyal medyadaki örneğin eşcinsel haklarını ya da kadınların üreme haklarını savunan gönderiler, rasyonel anlaşmazlık olarak neredeyse şiddet tehditlerine ve hatta ölüme davetiye çıkarır niteliktedir. Gerçekten de, pek çok durumda toplu silahlı saldırıların ve nefret suçlarının uyarı işaretlerini sosyal medya gönderilerinde görmek mümkündür.[166] Genel olarak yasama organları, kolluk kuvvetleri ya da platformların kendileri, ifade özgürlüğüne, içerik üretimine, maliyete ya da diğer nedenlere atıfta bulunarak, bu tür suç davranışına yönelik olarak, sosyal medya sitelerini düzenleme ya da denetleme konusunda istekli ya da yetkin değillerdir.[167]

Kabile siyasetinin temel sloganı –"Biz daima haklıyız, karşı taraf haksızdır" ve "Biz hep iyiyiz, karşı taraf kötü"–, borderli-

ne olan kişinin kendisi ve çevresindekilerle ilgili siyah-beyaz şeklindeki yanlış algılamasının toplumsal doğrulamasını şekillendirir – bu, SKB'nin bölünme olarak bilinen savunma mekanizmasıdır (1. Bölüm'e bakınız). Televizyon haberleri ve sosyal medya, kabile siyasetiyle ilgili her gün –hatta *saat başı*– laf kalabalığı yaptıkça, ya siyah ya beyaz algısıyla mücadele içindeki borderline bireyin önüne büyük bir engel çıkarmış olur. Aynı durum, borderline olan hastasının sadece siyahı veya beyazı değil, dünyadaki gri renkleri de görmesine yardımcı olmaya çalışan terapist için de geçerlidir. Son anketlere göre, terapistlerin yüzde 87'si hastalarıyla siyaset konuştuklarını belirtmiştir.[168] Bu da, toplumsal kutuplaşmanın yaygınlığının sadece psikolojik desteğe başvuran bireylerin zihinlerinde değil, aynı zamanda geleneksel olarak kişisel meselelere odaklanan bir ortamda, terapistler arasında da olduğunu göstermektedir.

Felakete Yol Açan Olaylar: Kitlesel Okul Saldırıları ve Küresel Salgınlar

Son on yılda, kitlesel okul saldırılarının ve bunların sonucunda meydana gelen kayıpların sayısının artması, Amerika'da yaşayan hiç kimseye şaşırtıcı gelmemelidir. Şaşırtıcı olabilecek şey, bu kitlesel saldırıların doğurduğu ruh sağlığı sonuçlarıyla ilgili bilimsel çalışmaların görece yetersiz sayıda olmasıdır. Bununla birlikte, sınırlı sayıda araştırma, kitlesel saldırı olaylarının, bundan etkilenen topluluklarda ve dolaylı olarak maruz kalanlarda bir dizi ruh sağlığı sorununa yol açabileceğini öne sürmektedir.[169]

Mevcut araştırma, saldırının hemen sonrasında ve uzun dönemde daha genç yaşlardaki nüfusta majör depresyon bozukluğu, TSSB ve yaygın anksiyete bozukluğunun giderek artan yaygınlığına işaret etmektedir.[170] Tıpkı, *baby boomer* neslinin okul çağında bir nükleer saldırı olması durumunda sıraların altına saklanmalarını öğreten tatbikatlarla dehşete düşmeleri gibi, günümüz çocukları da silahlı saldırılara hazırlanmak için tatbikatlara katılmaktadır. SKB semptomlarına yatkınlarda kaygı ve korku gibi duygular önemli ölçüde artmaktadır.

Koronavirüs (Covid-19) felaketi gibi küresel salgınlar, bu yazı kaleme alındığı sırada, dünya genelinde milyonlarca insanı hasta etmiş ve öldürmüştür. Bu da, muhtemelen her yaştan insan için, kitlesel okul saldırılarından daha büyük bir kaygı kaynağı olmuştur. Salgınla mücadele için, tüm ülkelerin vatandaşlarına sosyal mesafe uygulamaları talimatları verildi, dünyanın pek çok bölgesinde sokağa çıkma yasağı ilan edildi ya da her türden sosyal toplanmanın yasaklandığı şekilde evde kalmalarına yönelik uyarılarda bulunuldu. Ruh sağlığı uzmanları, sosyal mesafe uygulamasının psikolojik tehlikelerine dikkat çekmekte gecikmedi: "İnsanlar sosyal olarak kendilerini uzaklaştırdıkça, aynı zamanda sosyal bunalıma (ve ekonomik bunalıma) doğru ilerleyeceğiz," dedi ABD Sağlık Dairesi eski başkanı Dr. Vivek Murthy. "Yalnızlık ve toplumsal izolasyon, ülkemizde önemli sorunlardır. Bunlar yaşam süresinin kısalmasına, kalp krizi, diyabet, demans, depresyon ve anksiyete riskinin artmasına neden olmaktadır." ABD Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi ise daha açık sözlü bir şekilde, "Yalnızlık, günde on beş sigara içmek kadar zarar verici olabilir," açıklamasında bulundu.[171]

Şüphesiz ki, salgın süresince dünya nüfusunun büyük bir kısmı, anksiyete, stres ve yalnızlık hislerini yaşamaktadır, ancak SKB'den mustaripler için izolasyon ve yalnızlık çok daha acı verici, âdeta virüsün kendisinden daha çok kaçınılması gereken bir "salgın hastalık" niteliğinde olabilir. İzolasyon; umutsuzluk, boşluk, terk edilme korkusu ve paranoya hislerini –hepsi de SKB'nin başlıca kriterleridir– tetikleyebilir. Bu çığ etkisine ilaveten, sosyal mesafe ve uzun süreli evde kalma çağrıları, aşırı ihtiyaç duyulan bir gruba ve bire bir terapi toplantılarına katılımı azaltabilir. Ayrıca, eğer partnerlerin/eşlerin pek çok durumda çocuklarıyla küçük alanlarda izole olmak zorunda kalması, yine bir SKB kriteri olan istikrarsız ve yoğun kişilerarası ilişkileri ve öfkeyi tetikleyebilir. Covid-19 salgını çok yeni olduğundan, uzun süreli ve hatta kısa izolasyon dönemlerinin bile yetişkinler –*ve* çocuklar– üzerindeki uzun dönemli etkileri bilinmemektedir, ancak gelecekte yapılacak çalışmalar sonucunda, bu

etkilerin SKB'si ya da diğer ruhsal hastalıkları olan bireylerde daha kalıcı olacağının tespiti olasıdır.,

Teknoloji: Antisosyal Sosyal Medya, Kimlik Hırsızlığı ve Kaçamaklar

Tarih, teknolojik yeniliklerin her zaman iki tarafı keskin bir kılıç niteliğinde olduğunu göstermektedir. Üretim süreçlerinde otomasyon üretkenliğin artmasını sağlamıştır, ancak bu durum genellikle iş kaybıyla sonuçlanmaktadır. Çevrimiçi alışverişler, internet bankacılığı ve borsa yatırımcılığı son derece kullanışlıdır, ancak bunların aynı zamanda geleneksel dükkânların kapanması, kimlik hırsızlığı, dijital yolsuzluk (Bernie Madoff'u hatırlayın) gibi sağlıksız yan etkileri de bulunmaktadır. İşini ya da birikimini aniden kaybetmek herkes için korkunçtur, ancak SKB'si olan biri için bu tür büyük ve ani bir yıkım, felaket niteliğindedir.

İnternet sayesinde, çok sayıda alandaki bilimsel çalışmalara erişmek mümkün olmaktadır, ancak aynı zamanda güvenilmez veriler sorunu ve gerçeklerin saptırılması da söz konusu olabilmektedir. Sosyal medya ve randevulaşma siteleri, milyonlarca kişiye hızlıca ilişki kurma imkânı sağlamaktadır, ancak aynı zamanda siber zorbalık ve tehlikeli ilişkilere de neden olabilmektedir. Esasen, Amerikan yakın tarihinin büyük bir kısmı şu şekilde çerçevelenebilir: yönetim ve eğitim kurumları ile toplumsal kurumların ayak uydurmadaki yetersizliği, kontrol eksikliği, (nükleer) silahlanma gibi alanlardaki teknolojik yenilikler, küresel ısınma, kitlesel saldırılar ve sokak suçları, olumsuz sosyal etkileşim.

Antisosyal Medya

Okullarda zorbalık, okulların kurulduğu günden beri var olan bir şeydir, ancak *siber zorbalık*, sosyal medyayla birlikte gelişen görece yeni bir olgudur. Yapılan son çalışmalara göre, siber zorbalığa maruz kalan gençlerin oranı, yaş grubuna ve siber zorbalığın nasıl tanımlandığına bağlı olarak, yüzde 10 ila yüzde 40 arasında değişmektedir.[172] Yaygın olarak kullanılan bir tanım, "bir grup ya da kişi tarafından, çeşitli iletişim yollarını kullanarak, tekrarlayacak şekilde ve zaman içinde, kendisini kolaylıkla savunamayan bir kurbana karşı gerçekleştirilen saldırgan, kasıtlı davranış ya da eylem" şeklindedir.

Zarar verici zorbalık davranışı –özellikle de Twitter ve Facebook gibi sosyal medya platformlarını kullanan gençler arasında görülen, ancak aynı zamanda internetteki oyun siteleri ve mesajlaşmalarda da mevcut olan– dedikodu, tehdit, uygunsuz fotoğraflar, cinsel yorumlar, kurbanın kişisel bilgileri ya da nefret söylemi gibi küçük düşürücü etiketlemelerin yayınlanmasını kapsamaktadır. Siber zorbalığın kurbanları, genellikle özgüven eksikliği yaşamakta, intihar fikri geliştirmekte ve intihar teşebbüsünde bulunmaktadırlar; korku, öfke, hayal kırıklığı ve depresyon gibi çeşitli olumsuz hislere sahiptirler.[173]

Hâlihazırda bu semptomların pek çoğuna sahip olan (2. Bölüm'e bakınız) SKB'li kişilerin özellikle daha hassas olabileceği sonucuna varmak zor olmasa gerek. Ayrıca, SKB'nin kafa karıştırıcı sadist ve mazoşist eğilimlerini göz önünde bulundurduğumuzda, borderline bireyin bazı zamanlarda hem zorba hem mağdur rolünü üstlenmesi olasıdır.

Kimlik Hırsızlığı

Kişisel verilerimizin korunacağı ve güvende olacağı sürekli söylense de, belli başlı kuruluşlarda, bankalarda ve kurumlarda büyük ölçekli veri ihlalleri yine de gerçekleşmektedir: Yahoo, JPMorgan Chase, Marriott, Target, eBay ve Facebook, 50 milyon ya da daha fazla müşterinin kişisel bilgisinin toplandığı pek çok şirketten sadece birkaçıdır. Gerek iç karışıklık ve yolsuzluk yoluyla, gerekse de bilgisayar korsanlarının çirkin eylemlerinden ötürü ABD'deki kimlik hırsızlığı vakaları, 2016 yılında, 2005 yılına kıyasla neredeyse üç katına çıkmıştır. Finansal ve kredilerle ilgili sorunlarını çözmek için altı ay ya da daha fazla süre har-

cayan mağdurların üçte birinden fazlası, ciddi duygusal sıkıntı yaşamıştır.[174],

Bu hırsızlıkların neden olduğu finansal ve duygusal stresten başka, bir de psikolojik bedel vardır. Ruh sağlığı yerinde olan biri için kimlik hırsızlığı oldukça büyük bir darbedir; zaten belirsiz bir kimlik duygusu olan SKB'li birey içinse, kimliğinin çalınması (1. Bölüm'e bakınız) –ya da yaygın hırsızlık *tehdidi*– en iyi ihtimalle anksiyete tetikleyici, en kötü ihtimalle de yıkıcı olabilir.

Kaçamaklar

Binlerce yeni ilişki ve evliliği teşvik eden Match.com, eharmony ve diğerleri gibi, internetteki randevulaşma sitelerine üyelikler, son otuz yıldır istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Yıllar geçtikçe pek çok üye, bu sitelerin sağladığı etkin yararların ve gizli risklerin farkına varmaktadır – mesela, sözde havalı kırk yaşındaki bir milyoner, gerçek hayatta annesinin evinin bodrumunda yaşayan altmış yaşında çirkin bir eski hükümlü olabilir. Adaylar arasındaki standart iletişim kuralları, zaman içinde gelişim göstermiştir – e-postalar, sonra telefon konuşmaları ve sonra da Starbucks gibi halka açık bir yerde ilk buluşma. Kısacası, çoğu bekâr, risklerin farkındadır, beklentilerini düşük tutmaktadır ve tedbir almaktadır.

Sıklıkla hızlıca bir kaçamak bulmak için kullanılan sitelerin 2010'lu yıllarda ortaya çıkması, internet üzerinden randevulaşma ortamını değiştirmiştir. Basitleştirilmiş bir şekilde, bir kaçamak aplikasyonunun amacı, fotoğrafı ya da kısa profili sağa ya da sola kaydırarak hızlıca civardaki biriyle tek gecelik bir ilişki ayarlamaktır. Eğer işler ilerlerse, ki öyle olmasını umarız, beklentiler düşüktür ve hatta kişiyle buluşmadan önce o kişiyi araştırmak ve hakkında bilgi edinmek için alınan bazı önlemler vardır. Hem Tinder hem de Grindr (Tinder'ın geyler, biseksüeller, translar ve *queer* insanlar için olan versiyonu), sırasıyla 2012 ve 2009 yıllarında faaliyete başladıklarından bu yana, dünya çapında önemli derecede büyümüştür; kullanıcıların büyük bir

çoğunluğunu 18 ile 35 yaş arası kişiler oluşturmaktadır.[175] Bununla orantılı olarak, Tinder ve Grindr kaçamakları, geleneksel randevulaşma sitelerinden daha çok şiddet içeren ve içermeyen suçlarla ilişkilendirilmektedir; bu, ilk olarak Birleşik Krallık'ta görülen ve sonra da ABD'de yapılan araştırmalarla doğrulanan bir eğilimdir.[176]

Üniversite çağındaki gençlere yönelik yapılan birtakım yakın tarihli çalışmalara göre, Tinder kullanıcıları –erkekler ve kadınlar– daha az özgüvenli, bedeninden daha hoşnutsuz ve daha sık ruh hali değişimleri yaşayan kişilerdir.[177] Kaçamak aplikasyonlarının borderline kişilerin dürtüsellik, rasgele cinsel ilişkiye girme, kronik boşluk hissi ve istikrarsız ve yoğun ilişkilere yönelik eğilimleri açısından kışkırtıcılığının –ve potansiyel tehlikesinin– farkına varmak zor değildir. Gerçekten de, borderline bireyin cinsel yakınlığa rıza göstermesi, gerçekte eğlenceli baştan çıkarma, acımasız manipülasyon veya yıkıcı sömürü ile sonuçlanabilir.

Mikroskobik "Zihin Alanları"

Erken yaşlardan itibaren, Hollywood tarafından kargaşanın Godzilla, King Kong gibi dev canavarlar, *Jurassic Park*'ın kaçak yırtıcıları, *Jaws*'daki devasa aç köpekbalığı, *Dünyalar Savaşı*'ndaki uzaylılar şeklinde karşımıza çıkacağı yönünde koşullandırıldık. Ya da *Kasırga*, *Armageddon* ve *Yarından Sonra* filmlerindeki gibi kasırgalar, depremler, fırtınalar, tsunamiler veya asteroitler gibi büyük doğal afetler şeklinde. Ya da *Yol*, *Dr. Strangelove* ve *Mutlak Savaş* filmlerindeki gibi büyük nükleer felaketler, bombalar ve füzeler şeklinde.

Ancak filmler gerçek dünya değildir ve son yirmi yıldır, son derece küçük ve elle tutulamaz şeylerin de ortalığı kasıp kavurabileceğini öğrenmiş olduk. Görünmez virüsler ve elektronik kod baytları, algılanamayan kirlilik ajanları ve mikroskobik beyin sinapsları üzerinden sağlanan yanlış anlamalar ve dezenformasyon, büyük psikolojik ve fiziksel hasarlara neden olabilmek-

tedir. Bireysel eylemle paralel olarak, modern toplum, halkının fiziksel –ve ruhsal– sağlığı için, bu görünmeyen toplumsal düşmanlarla mücadele etmek, kendini onlardan korumak ve bu düşmanlara karşı hazırlıklı olmak için ne gerekiyorsa yapmaya hazır ve istekli olmalıdır.

5

SET-UP İletişim Sistemi

İyi de... ne dememi istiyorsunuz? Ben komik diyeyim de siz bana karşı çıkıp, hayır, acıklı mı diyesiniz? Ya da ben acıklı deyince siz de tersine çevirip, hayır, komik mi diyesiniz? Bu siktiriboktan oyununuzu istediğiniz şekilde oynayabilirsiniz, biliyorsunuz.

–Edward Albee'nin
Kim Korkar Virginia Woolf'tan adlı eseri*

SKB'si olan bir birey, kişiliğini dönen bir kaleydoskop gibi değiştirir, varlığının parçalanmış yansımalarını –her biri farklı kolaj olacak biçimde– farklı şekillere sokar. Tıpkı bir bukalemun gibi, kendisini izleyen kişiyi memnun edeceğini düşündüğü her şekle girebilir.

SKB mağdurlarıyla düzenli ilişkide olan herkes için borderline davranışla baş etmek sinir bozucu olabilir çünkü daha önce gördüğümüz üzere, öfke patlamaları, ani ruh hali değişimleri, şüphecilik, dürtüsel eylemler, beklenmedik taşkınlıklar, kendine zarar verme eylemleri ve tutarsız iletişim, SKB'si olan bu kişilerin çevresindekiler için anlaşılır derecede can sıkıcıdır.

* Bu alıntı, Kabalcı Yayınları tarafından 1993 yılında yayımlanmış ve çevirisi Tuncay Birkan tarafından yapılan *Kim Korkar Virginia Woolf*'tan isimli eserden aktarılmıştır. *–yhn*

Bu bölümde, SKB'si olan kişilerle iletişim kurmak için tutarlı, yapılandırılmış bir sistem olan SET-UP sisteminden bahsedeceğiz. Bu sistem, aileler, arkadaşlar ve terapistler için günlük düzeyde kolay anlaşılır ve benimsenebilir bir sistemdir ve ayrıca SKB semptomlarına sahip bir kişiyi tedavi görmeyi düşünmesi konusunda ikna etmek için de fayda sağlayabilir (7. Bölüm'e bakınız).

SET-UP sistemi, özellikle SKB hastaları için tasarlanmış, hastaneye bağlı bir sistem olarak geliştirilmiştir. Kriz anlarında SKB hastasıyla iletişimin yapılandırılmış bir çerçevesi haline gelmiştir. Başlangıçta hastane personeline öğretilen bu sistem, aile üyelerine ve SKB hastalarının sevdikleri kişilere de uyarlanmıştır. Stresli zamanlarda, SKB'si olan bir bireyle iletişim, onun girilmesi imkânsız, kaotik halde olan ve üç ana duygu durumuyla karakterize edilen içsel güç alanı tarafından engellenmektedir: korkunç yalnızlık, yanlış anlaşılmışlık hissi ve ezici çaresizlik.

Sonuç olarak, ilgili kişiler genellikle borderline bireyle sakince iletişim kurmak yerine, öfke patlamaları, dürtüsel yıkıcılık, kendine zarar verme tehditleri ya da eylemleri ve makul olmayan ilgi talepleriyle yüzleşmek zorunda kalırlar. SET-UP sistemi, temel korkuları gidermeye, borderline felaketini yatıştırmaya ve daha büyük bir çatışmanın doğmasını engellemeye yönelik yapısal SET-UP yanıtlarıyla, bu duygu saldırısının üstesinden gelmenize yardımcı olacaktır.

- Bu iletişim sistemi, resmileştirilmiş bir terapi değildir. Kalıcı davranışsal değişikliklere odaklanan standart tedavi programlarının aksine SET-UP, şiddetli durumsal olaylarla yüzleşmek, iletişimi kolaylaştırmak ve olası çatışmalar sırasında tırmanmayı önlemek için tasarlanmıştır. Bununla birlikte, uzman olmayanlar tarafından uygulanan SET-UP sisteminin hedefleri, klinisyenler tarafından yürütülen resmileştirilmiş programlarla uyumludur.SET-UP sistemi tıpkı BDT (Bilişsel Davranışçı Terapi) gibi, olumsuz düşünce kalıplarını ve verimsiz davranışı belirlemekte, gerekli değişiklikleri yapmak için borderline bireyle birlikte çalışmaktadır.

- SET-UP sistemi tıpkı DDT (Diyalektik Davranışçı Terapi) gibi, zarar verici dürtülere öncelik vermekte ve duygusal strese karşı etkin ve makul yanıtlar sunmaktadır.
- SET-UP sistemi tıpkı ZTT (Zihinselleştirme Temelli Terapi) gibi, özfarkındalık ve diğer kişilerin farkında olmaya vurgu yapmakta ve güven ve ilişkilerle ilgili sorunları ele almaktadır.
- SET-UP sistemi tıpkı AOP (Aktarım Odaklı Psikoterapi) gibi, borderline benliğin çarpık temsillerini değiştirmeye çalışmaktadır.
- SET-UP sistemi tıpkı Şema Terapi gibi, aşırı duyarlılık ve terk edilme kaygılarıyla ilgilenmektedir.
- SET-UP sistemi tıpkı fobilerin ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun tedavisinde kullanılan maruz bırakma terapisi gibi, korkulan travmatik durumlarla ilgilenmektedir.

Bu resmileştirilmiş programlarla ilgili daha detaylı bilgi için 8. Bölüm'e bakınız.

SET-UP sistemi, bunlar ve diğer standart terapi programları gibi, zihinselleştirmeyi, bilinçli farkındalığı ve acı dolu gerçeklik ikilemleriyle yüzleşme cesaretini teşvik eder. (Zihinselleştirme ve bilinçli farkındalık kavramları, şimdiki ana odaklanmayı ve kişinin kendisinin ve başkalarının davranışları altında yatan zihinsel durumu anlama çabasını içermektedir. Bu süreçte, içe bakışçı duygusal tepkiler bastırılmaktadır.) SET-UP programı ilk başta özellikle krizdeki SKB hastası için geliştirilmiş olsa da, özlü ve tutarlı iletişim ihtiyacı olan diğer kişiler için de, krizde değilken bile, fayda sağlayabilir.

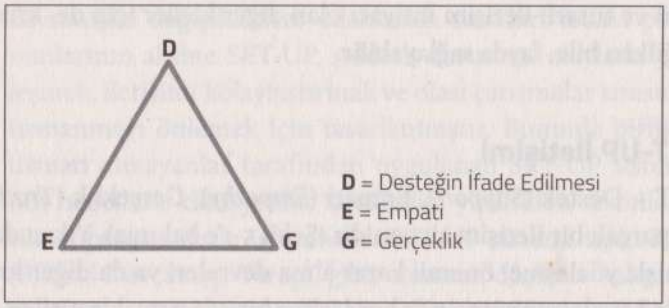
SET-UP İletişimi

SET – Destek (*Support*), Empati (*Empathy*), Gerçeklik (*Truth*)– üç parçalı bir iletişim sistemidir (Şekil 5-1'e bakınız). Yıkıcı davranışla yüzleşme, önemli karar alma devreleri ya da diğer krizlerle karşılaşma sürecinde borderline bireyle gerçekleştirilen etkileşimler, bu üç elementin hepsini dengeli şekilde içermelidir.

Bu "SET" kısmı, *içinde bulunulan anda* yapıcı bir etkileşim sürdürmek için başlıca stratejidir. "UP" kısmının açılımı ise Anlayış (*Understanding*) ve İstikrar (*Perseverance*) şeklindedir – ilişkiye bağlılığın devamlılığını teşvik eden kapsayıcı tutumlar ve tüm tarafların bu ilişkiyi *uzun dönemli olarak* başarmaya ve sürdürmeye çalıştığı hedefler.

SET'in *Destek* aşaması, ilgilenmeye yönelik kişisel bir "ben" ifadesini çağrıştırır. "Hissettiklerin konusunda samimi bir endişe duyuyorum," "Baş etmeye çalıştığın şeyle ilgileniyorum," ve "Yardımcı olmak istiyorum", *Destek* cümlelerine örneklerdir. Vurgu, konuşmacının kendi duyguları üzerindedir ve esasen yardımcı olmaya yönelik kişisel bir taahhüttür.

Empati aşamasıyla, kişi acı çekenin ıstırabını ve kaotik duygularını bir "sen" ifadesiyle kabul etmeye çalışır: "Çok kötü hissediyor olmalısın." "Bu, senin için zor bir dönem olmalı." "Bunu yapmak için gerçekten çaresiz hissetmiş olmalısın." "Nelerle baş etmek zorunda olduğunu tahmin etmek imkânsız." Burada, empatiyi sempatiyle karıştırmamak önemlidir ("Senin için çok üzülüyorum," "Yazık sana."). Bunlar, küçümseme olarak algılanıp öfkeye neden olabilir. Ayrıca *empati*, bu ifadeleri dile getiren kişinin kendi duygularını asgari düzeyde içerecek şekilde, nötr olarak ifade edilmelidir. Burada vurgu yapılan, bunları söyleyen kişinin kendi duyguları değil, borderline bireyin acı verici deneyimidir. "Ne kadar kötü hissettiğini biliyorum" şeklinde bir ifade, esasen alaycı bir karşılıktır ve sadece fikir ayrılığını şiddetlendirir.



Şekil 5-1

Gerçeklik aşamasında, durumun gerçekliği fark edilir ve SKB'si olan bireyin nihayetinde kendi hayatından sorumlu olduğu ve diğer insanların yardım etmeye yönelik çabalarının bu başlıca sorumluluğu engellemediği vurgulanır. *Destek* ve *Empati* aşamaları, esas kişilerin nasıl hissettiklerini doğrulayan öznel ifadelerdir ve genellikle iletişimde ilk olarak kullanılırlar; *Gerçeklik* aşamasının ifadeleri ise bir sorunun varlığını kabul eder ve bu sorunu çözmeye yönelik olarak neler yapılabileceğine ilişkin pratik ve nesnel hedefi ele alır. "Eee, sence bu konuda ne yapabiliriz?" cümlesi temel bir *Gerçeklik* yanıtıdır. Diğer karakteristik *Gerçeklik* ifadeleri, bunları dile getiren kişinin borderline davranışlara tepki olarak sergilemek zorunda olduğu eylemlere atıfta bulunur. Bu *Gerçeklik* ifadeleri, tarafsız gerçekçi bir tarzla dile getirilmelidir ("İşte şunlar oldu... Sonuçları bunlar... Benim yapabileceğim şey bu... Sen ne yapacaksın?"). Ancak bu ifadeleri dile getirmeye suçlama ve sadist cezalandırmadan ("Bizi berbat bir karmaşanın içine soktun!" "Kendi düşen ağlamaz!") kaçınacak şekilde başlanmalıdır. *Gerçeklik* aşamasında aynı zamanda olası çözümlerin değerlendirilmesine başlanması ve umutsuzluk ve çaresizlik ifadelerine karşı çıkılması da amaçlanmaktadır. SET sisteminin *Gerçeklik* aşaması, en önemli ve borderline kişinin kabul etmekte en zorlandığı aşamadır, çünkü dünya görüşünün büyük bir kısmı, gerçekçi sonuçları dışlar veya reddeder.

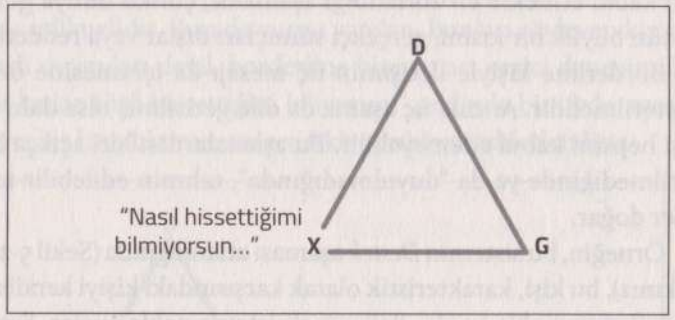
Borderline kişiyle iletişimin üç mesajı da içermesine özen gösterilmelidir. Ancak, üç aşama da dile getirilmiş olsa dahi bu kişi hepsini kabul edemeyebilir. Bu aşamalardan biri açıkça belirtilmediğinde ya da "duyulmadığında", tahmin edilebilir tepkiler doğar.

Örneğin, bu sistemin *Destek* aşaması atlandığında (Şekil 5-2'ye bakınız), bu kişi, karakteristik olarak karşısındaki kişiyi kendisiyle ilgilenmemekle ya da, ilgilenmek istememekle suçlar. Sonra da, diğer kişi onu umursamadığı, hatta ona zarar verme niyetinde olduğu için değişiklik yapma eğilimi gösterir. Borderline kişinin, "Umurunda değil!" suçlaması, genellikle *Destek* aşamasının tamamlanmadığını ya da atlandığını gösterir. İşte o zaman daha fazla *Destek* güvencesi hissettirmek faydalı olur.



ŞEKİL 5-2

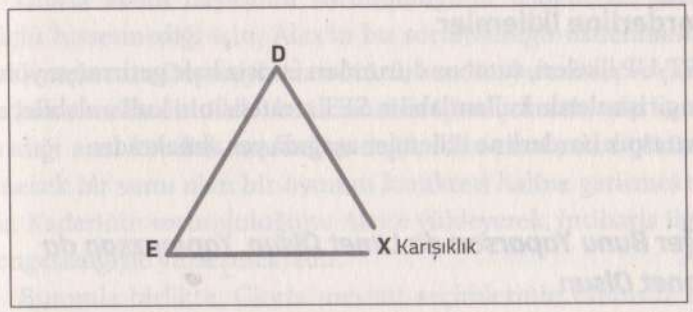
Mesajın *Empati* aşamasının başarılı bir şekilde tamamlanmaması (Şekil 5-3'e bakınız), karşı tarafın borderline bireyin neler yaşadığını anlamadığı şeklinde bir his doğurur. ("Nasıl hissettiğimi bilmiyorsun!") Burada, borderline birey kendisinin yanlış anlaşıldığını söyleyerek iletişimi reddetmesini haklı çıkaracaktır. Karşı taraf acısını anlamadığı için, onun yanıtları değer kaybedebilir. Eğer *Destek* ve *Empati* teklifleri kabul edilmezse, daha sonra söylenen şeyler de duyulmaz. Bu nedenle, umursamamakla ya da anlamamakla suçlandığınızda, genellikle *Destek* ve/veya *Empati* ifadelerini güçlendirmeniz gerekir.



ŞEKİL 5-3

Gerçeklik boyutu net bir şekilde ifade edilmediğinde (Şekil 5-4'e bakınız), daha tehlikeli bir durum ortaya çıkar. Borderline birey, diğer kişinin uysallığını kendi ihtiyaçları için en uygun bulduğu şekillerde, genellikle de kendisi beceremediğinde başkalarının

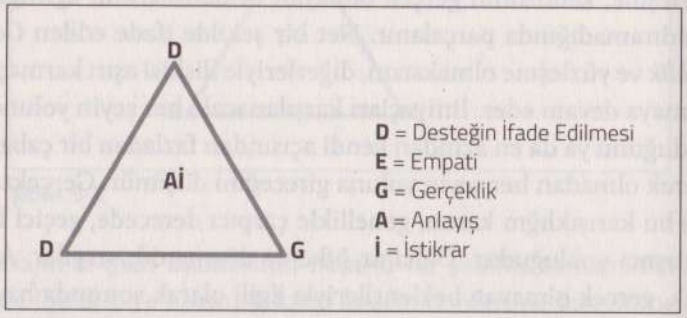
onun yerine sorumlu olabileceği şeklinde ya da kendi algısının evrensel olarak paylaşıldığı ve desteklendiği şeklinde yorumlayacaktır. Borderline bireyin diğer insanlarla kurduğu hassas birleşme, kendisinin gerçek olmayan beklentilerinin ağırlığını kaldıramadığında parçalanır. Net bir şekilde ifade edilen *Gerçeklik* ve yüzleşme olmaksızın, diğerleriyle ilişkisi aşırı karmaşık olmaya devam eder. İhtiyaçları karşılanacak, her şeyin yolunda olduğunu ya da en azından kendi açısından fazladan bir çabaya gerek olmadan her şeyin yoluna gireceğini düşünür. Gerçekten de bu karışıklığın kanıtı, genellikle çarpıcı derecede, geçici bir çatışma yokluğudur. Daha az öfke ve düşmanlık sergiler. Ancak, gerçek olmayan beklentileriyle ilgili olarak sonunda hayal kırıklığına uğradığında, ilişki, öfke ve hayal kırıklığının güçlü girdabında yok olur.



ŞEKİL 5-4

SET sisteminin UP uzantısının, ilişkilerin *Anlayış* ve *İstikrar* içermesi gerektiğini sürekli olarak hatırlatması amaçlanır. Borderline patolojisini ve semptomlarını anlamak, iyileşmeyi ilerletme sabrını sağlar. Fakat hastalığın acısını kabul etmek, sorumluluktan kurtuluş değil, yapılacak düzenlemelerin anlaşılmasıdır. Tedavide ve ilişkide hayal kırıklıklarına rağmen ısrarcı olmak, gelişme sağlamak için gereklidir. İyileşmeye katkı sağlayan en önemli şeylerden biri, SKB'si olan kişinin çevresindeki topluluğun –doktorları, terapistleri, ailesi, arkadaşları, sevgilisi ve SKB'li kişinin kendisi– süreçteki hayal kırıklıklarına rağmen,

sürekli olarak orada bulunacakları gerçeğidir. Sözlü ve sözsüz iletişim aracılığıyla bu fikri sürdürmek, ilişkinin tüm tarafları için faydalıdır (Şekil 5-5'e bakınız).



ŞEKİL 5-5

Borderline İkilemler

SET-UP ilkeleri, tutarsız durumları etkisiz hale getirmeye yönelik girişimlerde kullanılabilir. SET stratejisinin kullanılabileceği bazı tipik borderline ikilemler aşağıda yer almaktadır.

Eğer Bunu Yaparsan da Lanet Olsun, Yapmazsan da Lanet Olsun

Borderline kafa karışıklığı, genellikle diğer insanlar için çelişkili mesajlar doğurur. SKB'si olan kişi sıklıkla sözleriyle bir mesaj iletirken davranışları bu mesajın zıddını ifade eder. Kendisi bu ikilemin bilincinde olmasa da, sıklıkla bir arkadaşını ya da akrabasını, ne yaparsa yapsın kınandığı ve kazanma ihtimalinin olmadığı bir duruma sokar. ("Söyle bana, hangi elbise beni daha şişman gösteriyor?" ... "Neden sana kızgın olduğumu düşünüyorsun?")

1. VAKA: GLORIA VE ALEX. Gloria, kocası Alex'e kendisinin ümitsiz halde ve bunalımda olduğunu söyler. Kendini öldürmeyi planladığını söyler, ancak kocasının onun için destek arayışına girmesini engeller.

Bu durumda, Alex iki çelişkili mesajla karşı karşıyadır: (1) Gloria'nın esasen, "Eğer beni umursuyorsan isteklerime saygı duyarsın ve kendi kaderimi kontrol etme yetkimi ve hatta seçimim o yönde olursa ölmemi engellemezsin," dediği aleni masajı ve (2) "Tanrı aşkına, eğer beni umursuyorsan bana yardım et ve ölmeme izin verme," dediği ve niyetini hareketleriyle belli ettiği karşıt mesaj.

Eğer Alex, Gloria'nın söylediklerini görmezden gelirse, Gloria onu soğuk ve ilgisiz olmakla suçlayacaktır. Eğer Gloria'nın neden kendini öldürmemesi gerektiğine dair nedenler sıralamaya kalkarsa, o zaman da Gloria bitmek bilmez karşı tezlerle onu öfkelendirecek ve nihayetinde onu çektiği acıyı gerçekten anlamamasıyla suçlayacaktır. Eğer Alex, polisi ya da doktoru ararsa, Gloria'nın talebini reddedecek ve Alex'e güvenemeyeceğini kanıtlamış olacaktır.

Gloria kendi hayatının sorumluluğunu üstlenecek kadar güçlü hissetmediği için, Alex'in bu sorumluluğu üstlenmesini beklemektedir. Depresyondan ötürü, kendini bunalmış ve çaresiz hissetmektedir. Alex'i bu dramanın içine çekerek, onu kendi yazdığı ama kendisi tarafından değil, Alex tarafından çözümlenecek bir sonu olan bir oyunun karakteri haline getirmektedir. Kaderinin sorumluluğunu Alex'e yükleyerek, intiharla ilgili dengesizliğiyle yüzleşmektedir.

Bununla birlikte, Gloria mevcut seçimlerinin olumsuz kısımlarını ayırıp bunları Alex'e yansıtarak dengesizliğin olumlu tarafını kendine saklar. Alex ne cevap verirse versin, eleştirilecektir. Aktif bir şekilde devreye girmezse, umursamaz ve kalpsiz olacak, Gloria da "trajik bir şekilde yanlış anlaşılmış" olacaktır. Eğer Alex, onun intihar teşebbüslerini engellemeye çalışırsa da kontrolcü ve duyarsız olacak, Gloria da özsaygıdan yoksun kalacaktır.

Her iki durumda da Gloria, kendisini çaresiz ve kendini üstün gören bir kurban –tam potansiyeline ulaşması Alex tarafından engellenen bir kurban– olarak görür. Alex, ne yaparsa yapsın lanetlenecektir.

SET-UP ilkeleri, bu tür zor bir durumla karşılaşıldığında

faydalı olabilir. İdeal olan, Alex'in cevaplarının SET üçgeninin üç tarafını birden içermesidir. Alex'in *Destek* cümlesi, Gloria'ya bağlılığına ve ona yardım etmek istediğine dair bir ifade olmalıdır: "Ne kadar kötü hissettiğini çok umursuyorum ve seni sevdiğim için sana yardım etmek istiyorum." Çift eğer Gloria'nın ıstırabını artıran belirli endişe konularını belirleyebiliyorsa, Alex çözüm önerilerinde bulunabilir ve yardım etme arzusunu belli edebilir: "Bence bunların bir kısmı, patronunla yaşadığın sorunlarla ilişkili olabilir. Şimdi birtakım alternatifleri düşünelim. Belki görev transferi isteyebilirsin. Ya da bu iş senin için çok zorluk çıkarıyorsa, işten ayrılmak ve başka bir iş aramak istiyorsan da benim açımdan sorun olmadığını bilmeni isterim."

Empati ifadesi, Alex'in Gloria'nın mevcut ıstırabına ilişkin farkındalığını ve Gloria'yı hayatına son vermeye sevk eden koşulların ne kadar aşırı olduğunu anladığını aktarmaya çalışmalıdır: "Son birkaç aydır gördüğün baskı dayanılmaz olmalı. Tüm bu ıstırap seni uçurumun kenarına, artık ilerleyemeyeceğini hissettiği bir noktaya getirmiş olmalı."

Alex'in *Gerçeklik* ifadesinin en önemli kısmı, "yapsan da lanet olsun, yapmasan da lanet olsun" şeklindeki tahammül edilemez ikilemini tanımlamalıdır. Aynı zamanda bu ifade, bir tarafı hayatını sona erdirmek isterken diğer tarafı kurtarılmayı ve yardım edilmeyi istediğini anlayarak, Gloria'nın ölümle ilgili dengesizliğini de netleştirmeye çalışmalıdır. Alex'in *Gerçeklik* cevapları şu şekilde olabilir: "Ne kadar kötü hissettiğini ve ölümle ilgili düşüncelerini anlıyorum. Eğer seni umursuyorsam seni yalnız bırakmamı söyledin. Ancak seni umursuyorsam, nasıl öylece oturup kendini mahvetmene seyirci kalabilirim ki? Senin beni intihar planların konusunda uyarman, vazgeçmek istediğini ve en azından bir yanının ölmek istemediğini gösteriyor. İşte benim karşılık vermek zorunda hissettiğim, senin o yanın. Benimle gelip bu sorunların konusunda destek almak için bir doktora görünmeni istiyorum."

Durumun aciliyetine bağlı olarak, Alex, Gloria'nın bir an önce

psikiyatrik muayene olması konusunda ısrarcı olabilir ya da eğer mutlak tehlike mevcutsa, onu acil servise götürebilir veya polis ya da sağlık görevlilerinden yardım isteyebilir.

Bu noktada, Alex'i onu hastaneye gitmesi için zorladığı için suçlayan Gloria'nın öfkesi alevlenebilir. Ancak *Gerçeklik* ifadeleri, Gloria'ya Alex'in yaptıklarından dolayı değil kendi yaptıklarından dolayı –intihar tehdidi– bu durumda olduğunu hatırlatmalıdır. Borderline birey kendisine, sıklıkla başkalarının ona olan tepkilerinin esasen *kendisinin* yaptığı şeye dayalı olduğunu ve davranışına gerçekçi tepkiler verdikleri için başkalarını suçlamak yerine sonuçların sorumluluğunu *kendisinin* üstlenmesi gerektiğini hatırlatma ihtiyacı duyar.

Acil tehlike geçtiğinde, sonraki *Gerçeklik* ifadeleri, Gloria'nın stresle baş etmeye yönelik etkisiz kalıplarına ve hayatıyla başa çıkmanın daha etkili yöntemlerini geliştirmesi gerektiğine atıfta bulunmalıdır. *Gerçeklik* düşünceleri aynı zamanda Gloria ile Alex'in davranışlarının birbirlerini ve evliliklerini nasıl etkilediğini de içermelidir. Zamanla kendi kendilerine ya da terapi içinde birbirlerine yanıt verebilen bir sistem geliştirebilirler ve bu da her ikisinin de ihtiyaçlarını karşılayabilir.

Bu tür bir sorun, özellikle belirgin kendine zarar verme davranışları sergileyen SKB hastalarının ailelerinde yaygındır. Suça ya da intihara meyilli ergenler ile alkolik ve anoreksik hastalar, ailelerine kazanma ihtimalinin olmadığı ikilemler sunabilirler. Bariz bir şekilde kendilerine zarar verme eylemlerinde bulunurken, yardım almayı reddederler. Genellikle krize zemin hazırlayan doğrudan yüzleşme, yardım etmenin tek yoludur. Adsız Alkolikler gibi bazı gruplar, ailenin, arkadaşların ya da iş arkadaşlarının, genellikle bir psikolojik danışmanla birlikte, hastanın bağımlılık yapan davranışıyla yüzleştiği ve tedavi talep ettiği standartlaştırılmış çelişkili durumlar önerir.

Birinin iyiliği için ona sert davranmayı düstur edinen Tough Love [Sert Sevgi] grupları, gerçek ilginin, bireyi davranışlarının sonuçlarından korumak yerine kendi davranışlarının sonuçlarıyla yüzleşmeye zorlamak olduğuna inanırlar. Gençlerin

ebeveynlerinden oluşan bu tür bir grup, örneğin, uyuşturucu kullanan bir ergenin ya hastaneye yatırılması ya da evden uzaklaştırılmasında ısrarcı olur. Bu tür bir yaklaşım, SET-UP üçgeninin *Gerçeklik* kısmını vurgulamakta ancak *Destek* ve *Empati* kısımlarını görmezden gelmektedir. Bu nedenle bu sistemler, *Gerçeklik* yüzleşmelerinin kendisine baskı yaptığı değişim önergeleriyle uğraşan SKB'den mustarip kişi için sadece kısmen başarılı olabilir. Bununla birlikte, *Destek* ve *Empati*'nin sağladığı koruma ve güvenden yoksun olmak, o kişinin özel ve kalıcı bir değişime yönelik motivasyonunu engeller.

Kötü Hissettiği İçin Kötü Hissetmek

Borderline bireyler; depresyon, anksiyete, hayal kırıklığı ya da öfkeye, tipik olarak bu duyguların aynılarından daha çok katman ekleyerek karşılık verirler. Mükemmeliyetçilikleri ve olayları uçlarda algılama eğilimleri nedeniyle bu bireyler, hoş olmayan duyguları anlamak ve onlarla başa çıkmak yerine bu duyguları yok etmeye çalışırlar. Kötü duyguları yok edemeyeceğini anladıklarında, daha çok hüsrana uğrar ve kendilerini daha suçlu hissederler. Bu kötü hissetme kabul edilemez bir şey olduğundan, kötü hissettikleri için de kendilerini kötü hissederler. Bu durum daha da kötü hissetmelerine neden olduğundaysa, dipsiz bir kuyunun içine düşerler.

Bu kişilerin terapistlerinin ve yakın akrabalarının hedeflerinden biri, orijinal duyguyu bulmak için bu ardışık katmanları kırmak ve bu duyguyu kendilerinin bir parçası olarak kabul etmelerine yardımcı olmaktır. Borderline birey, azarlamadan, suçlamadan ya da inkâr etmeden "kötü" hissetme lüksünü yaşamak için kendisine izin vermeyi öğrenmelidir.

2. VAKA: NEIL VE ARKADAŞLARI. Elli üç yaşındaki bankacı Neil, hayatının yarısından fazlasında depresyon atakları yaşamıştı. Annesi ve babası o henüz gençken hayatını kaybetmişti ve Neil, kendisinden yaşça büyük, mesafeli ve memnun etmesi zor biri olan bekâr ablası tarafından büyütülmüştü. Dini açıdan

tam bir bağnaz olan ablası, Neil'ın her gün kiliseye gitmesi konusunda ısrar ediyor, sıklıkla da onu utanç verici günahlarından dolayı suçluyordu.

Neil büyüdüğünde, karısı tarafından üzerinde baskı kurulan pasif bir adam oldu. Öfkenin kabul edilemez olduğuna inanacak şekilde büyütülmüştü ve hatta başka insanlara karşı öfkeli olmayı bile reddediyordu. İşinde çalışkan ve saygı duyulan biriydi, ancak karısından çok az ilgi görüyordu. Karısı onun sevişmeye yönelik taleplerini reddediyor, bu da Neil'ı hüsrana uğratıyor ve bunalıma sokuyordu. Neil ilk başta kendisini reddettiği için karısına öfkeleniyor, ancak daha sonra suçluluk hissederek öfkelendiği için kendisine kızıyor ve sonra da depresyona giriyordu. Bu süreç, Neil'in hayatının diğer alanlarında da geçerliydi. Kendisine ne zaman kötü davranılsa, bunu hak ettiğini düşünüyordu. Tepkisi gücenmek ve diğer olumsuz duygular olduğunda, bunları sona erdirmek için kendisine baskı yapıyordu. İçsel duygularını kontrol edemediği için daha çok hayal kırıklığı yaşıyor ve kendisine gittikçe daha fazla kızıyordu. Depresyonu daha da kötü bir hal almıştı.

Arkadaşları onu rahatlatmaya çalışıyorlardı. Onun yanında olduklarını ve ne zaman isterse konuşmaya hazır olduklarını söylüyorlardı. İşteki huzursuzluğu ve karısıyla ilişkilerindeki sorunlar konusunda empati kuruyorlardı. Onun, "kötü hissettiği için kötü hissettiğine" işaret ediyorlar ve kendisini toplaması gerektiğini söylüyorlardı. Ancak bu tavsiye işe yaramıyordu; esasen Neil, her şeyden önce arkadaşlarını hayal kırıklığına uğrattığı için kendisini daha kötü hissediyordu. Neil, olumsuz duygularını engellemeye ne kadar çok çalışırsa o kadar başarısız olduğunu hissediyor ve daha fazla bunalıma giriyordu.

Arkadaşlarının SET-UP ifadeleri, Neil'in bu ikilemle yüzleşmesine yardımcı olabildi. Neil, arkadaşlarından çokça *Destek* ve *Empati* cümlesi duydu, ancak onların *Gerçeklik* mesajları faydalı olmadı. Hoş olmayan duygularını yok etmek yerine, Neil'ın önyargısız bir şekilde, bu duyguların gerçek ve uygun olduğunu anlaması gerekiyordu. Kendisinin, "vay başıma gelenler!" batak-

lığına saplanıp kalmasına neden olan kendi kendini kınamasına daha çok katman ilave etmek yerine, eleştirilerle yüzleşmeli ve değişmeye çalışmalıydı.

Daha sonraki *Gerçeklik* ifadeleri, Neil'in pasif davranışının ve karısının ve hayatındaki diğer kişilerin davranışlarının nedenlerini bildirmelidir. Bir dereceye kadar, kendisini diğerleri tarafından istismar edilme durumuna soktuğunu anlamalıdır. Gelecekte bu durumu değiştirmeye çalışabilecek olmasına rağmen, şu an mevcut durumla baş etmelidir. Bu da, öfkeli olduğunu, öfkeli olması için nedenleri olduğunu ve bu öfkeyi kabullenmekten başka seçeneği olmadığını, çünkü en azından şimdilik öfkenin yok olmasını sağlayamadığını kabul etmesi anlamına gelir. Kabul edilemez duyguların varlığından üzüntü duysa da, onları değiştirmeye gücü yoktur (bu, Adsız Alkolikler'de kullanılana benzer bir görüştür). Bu rahatsız edici duyguları kabul etmesi, mükemmel olmayan bir insan olduğunu kabul etmesi ve kontrol edilemez faktörleri kontrol edebileceği yanılgısından kurtulması anlamına gelmektedir. Neil; öfkesini, üzüntüsünü ya da herhangi bir hoş olmayan duygusunu kabullenirse, bu "kötü hissettiği için kötü hissetme" olgusu kısa dönemli olacaktır. Daha sonra hayatının diğer alanlarını değiştirerek hayatına devam edebilir.

Neil'ın işindeki başarısının büyük bir kısmı, çok çaba göstermesinden kaynaklanmıştır. Daha çok çalışmak genellikle daha yüksek dereceleri beraberinde getirir. Daha çok pratik yapmak genellikle daha iyi bir performans sağlar. Ancak hayattaki bazı durumlar bunun tersini gerektirir. Dişinizi ve yumruğunuzu ne kadar çok sıkıp uyumaya çalışırsanız, o kadar çok uykunuz kaçar. Ne kadar çok rahatlamaya çalışırsanız, o kadar gergin hale gelirsiniz. Kaygılı olmamak için ne kadar çok çaba sarf edersiniz, o kadar çok kaygılı olursunuz.

Bu ikilemde kapana kısılmış biri, genellikle en ummadığı zamanda rahatlayacaktır – bu kişi rahatladığında takıntıları ve kendisinden beklentileri de azalır ve kendisini kabullenmeyi öğrenir. Sağlıklı bir aşk ilişkisi isteyen bir borderline karakterin, en umutsuz zamanında ve kendi kendini oyalamaya yönelik şeylerle meşgul olduğu bir zamanda bu tür bir ilişkiyi bulması tesadüf değildir. Çünkü bu zamanlarda başkalarına daha çekici gelir ve yalnızlığın anlık ve gerçekçi olmayan çözümlerine tutunmak için kendisini daha az baskı altında hisseder.

Daimi Mağdur

SKB'si olan bir kişi, sık sık kendisinin mağdur haline geldiği tatsız durumlara dahil olur. Örneğin Neil, kendisini üzerinde başkalarının etkisi olan çaresiz bir kişi olarak algılamaktadır. Borderline davranış genellikle kışkırtıcı ve tehlikelidir ve bir şekilde eziyete davetiye çıkarabilir. Kendisini sürekli istismar eden erkekleri seçen bir kadın, genellikle tekrar ettiği kalıpların farkında değildir. Borderline benliğin bölünmüş bakış açısı, hem özel bir hak sahibi olan yanı hem de mazoşistçe cezayı hak eden değersiz öfkeli bir yanı içermektedir ama kişi, bu iki yanın da farkında olmayabilir. Gerçekten de bu tür bir "davet edilmiş" mağduriyet modeli, genellikle SKB patolojisinin sağlam bir göstergesidir.

Mağdur olmak hoş olmayan bir şey olsa da, çok cazip bir rol olabilir. Aslında bazen, "iyileşmeye" karşı bilinçsiz bir direniş içinde, kendi kendine zarar veren ısrarcı davranışla ifade edilecek şekilde bu kimlik rolünden vazgeçme korkusu var olabilir. Adaletsiz bir dünyanın çalkantılı denizlerinde savrulan çaresiz bir kadın, bazı insanlara çok çekici gelebilir. Kendinden geçmiş ve teselli edilmesi zor genç bir kadınla, başkalarını kurtarmaya ve başkalarıyla ilgilenmeye yönelik güçlü bir arzusu olan bir kişinin bir araya gelmesi, her iki tarafın da ihtiyaçlarını karşılar. Borderline kimlik, kendisine tam ve eksiksiz bir koruma vaat eden "nazik yabancıyı" bulur. Partneri de kendini güçlü, koruyucu, önemli ve ihtiyaç duyulan olarak hissetme –"onu tüm bunlardan kurtaracak kişi" olma– arzusunu tatmin eder.

Bu durumda, kahraman ile harap kadın rolü, karşılıklı olarak birbirini güçlendiren rollerdir. Kahraman, kendisini güç-

lü hisseder ve kadını korumayı kendine amaç edinir. Mazlum borderline kadınsa kendisini daha güvende hisseder ve sorumluluktan kaçınabilir. İkisi de bu rollere tutunurlar. Kadın daha bağımsız görünürse adam kendini tehdit altında hissedebilir ve adam hassasiyet sergilerse de kadın korkabilir.

3. VAKA: ANNETTE. Yoksul bir siyahi ailede doğan Annette, evi terk eden babasını çok küçük yaşta kaybetmişti. Bir dizi başka erkek, kısa süreliğine evdeki "baba" koltuğunu işgal etmişti. Sonunda annesi yeniden evlenmiş, ancak yeni kocası alkolik bir âlemciydi. Annette sekiz yaşına geldiğinde, üvey babası ona ve kız kardeşine cinsel istismarda bulunmaya başladı. Annette, ailesinin en sonunda ekonomik güvenliğe kavuşmasıyla övünen annesine bunları anlatmaktan çekiniyordu. Bu nedenle Annette, üvey babasının tacizini "annesinin iyiliği için" bir sır olarak saklamaya devam etti.

Annette, on yedi yaşında hamile kaldı ve bebeğinin babasıyla evlendi. Ders notlarının genellikle iyi olduğu liseden mezun olmayı başardı, ancak hayatının diğer alanları âdeta bir karmaşadan ibaretti: kocası içki içiyor ve başka kadınlarla takılıyordu. Bir süre sonra Annette'i dövmeye başladı. Fakat Annette daha çok çocuk doğurdu, ağlanıp sızlansa da "çocuklarının iyiliği için" dayanmaya devam etti.

Altı yılın sonunda ve üç çocuk sahibi olmuşken Annette'in kocası onu terk etti. Onun terk edişi bir tür kaygılı rahatlamaya yol açtı – karmaşa sonunda bitmişti ancak bundan sonra ne yapılacağına dair endişeler devam etmekteydi.

Annette, çocuklarıyla birlikte işleri yoluna koymaya çalıştı ancak son zamanlarda kendisini çok bunalmış hissediyordu. Sonra, kendisinden yaklaşık yirmi beş yaş büyük olan (adam tam olarak kaç yaşında olduğunu söylemek istemiyordu) ve kendisiyle ilgilenmeye cömertçe istekli görünen John ile tanıştı. John, Annette'in asla sahip olmadığı iyi baba oldu. Onu destekledi ve korudu. Ona nasıl giyinmesi ve nasıl konuşması gerektiği yönünde tavsiyeler verdi. Bir süre sonra Annette, daha özgüvenli biri haline geldi, iyi bir işe girdi ve hayattan keyif almaya başladı. Birkaç ay sonra John –kısmen– Annette'in evine taşındı. John, hafta sonları onunla birlikte yaşıyordu ancak hafta içinde "ofiste uyumasının daha uygun olduğu" işleri oluyordu.

Annette içten içe John'un aslında evli olduğunu biliyordu ancak hiçbir zaman bunu sormadı. John, kendisinden uzaklaştığında, evden uzakta daha çok vakit geçirdiğinde ve genellikle daha mesafeli hale geldiğinde, Annette öfkesine hâkim oluyordu. Ancak işyerinde bu öfke su yüzüne çıkıyordu ve Annette pek çok terfi fırsatını kaçırdı. Yöneticileri, onun diğerlerinin sahip olduğu akademik niteliklerden yoksun olduğunu ve uyumsuz olduğunu söylüyorlardı ancak Annette bu açıklamaları kabul etmiyordu.

Öfkeli haldeki Annette, işyerinde terfi ettirilmemesini ırk ayrımcılığına bağlıyordu. Gittikçe daha depresif hale geldi ve en sonunda hastaneye yattı.

Hastanede, Annette'in ırksal hassasiyeti daha da arttı. Doktorların, hemşirelerin ve diğer hastaların çoğu beyazdı. Hastane dekoru ve yemekler de "beyazdı". Annette'in yıllarca içinde biriken öfke, sonunda toplumun siyahilere karşı uyguladığı ayrımcılığa odaklandı. Annette, bu küresel meseleye odaklanarak kendi kişisel sıkıntılarından kaçmış oldu.

En zor hedefi, hastanedeki beyaz müzik terapisti Harry idi. Annette, onun sadece "beyaz" müzik çalmakta ısrarcı olduğunu, görünüşünün ve tavrının "beyazlıkla" somutlaşmış olduğunu düşünüyordu. Öfkesini terapiste yönelten Annette, müzik terapisi seanslarından öfkeli bir şekilde uzak duruyordu.

Harry, öfke patlamalarından çekinse bile, Annette'i arayıp buldu. *Destek* ifadesi, Annette'in hastane programındaki ilerlemesiyle ilgili kişisel endişesini yansıtıyordu. Harry, ırk ayrımcılığına uğramanın ne kadar üzücü olduğunu anladığını dile getirerek ve eğitim programındaki tek Yahudi olmasına dair kendi deneyimini aktararak, *Empati* ifadesini sergiledi. Sonra Harry, *Gerçeklik* ya da doğrulukla, Annette'in hayatındaki meselelerle yüzleşme girişiminde bulunarak, toplumdaki ve şirketindeki ırk ayrımcılığına karşı hiddetlenmesinin, *haklı ve önemli olsa da*,

kişisel zihniyetinde değişiklik yapma ihtiyacını bastırdığını belirtti. Harry, Annette'in mağdurluğunu sürdürme ihtiyacının, hayatında olanların sorumluluğunu üstlenmesini engellediğini söyledi. Annette, başkalarının onu kullanmasını sürdürmesindeki rolünü cesurca araştırmak yerine, topluma hiddetlenme konusunda kendini haklı görüyordu. Haklı bir öfke maskesini bürünerek, korkutucu olan her türden öz değerlendirmeden ve değişime neden olabilecek yüzleşmeden kaçınıyor, böylece acizliğini ve çaresizliğini sürekli kılmış oluyordu. Bu da onun, "*kendi* iyiliği için" değişiklik yapmasını engelliyordu.

Diğer müzik terapisi seansında, Annette odadan uzaklaşmadı. Bunun yerine, Harry ve diğer hastalarla yüzleşti. Farklı şarkılar çalınmasını önerdi. Gelecek toplantıda, grup üyeleri Annette'in seçtiği siyahilere özgü birtakım şarkıların çalınmasında hemfikir oldular. Daha sonra Harry, onun iletmek istediği şeyi (*Anlayış*) dinlemeye açık olduğundan ve onunla odada kalma rızasından (*İstikrar*) ötürü, Annette'i tebrik etti.

Harry'nin SET-UP ilkelerine örnek oluşturan yanıtları, aynı zamanda Annette'in patronu, arkadaşları -onun öfke patlamalarına düzenli olarak maruz kalan herkes- için de faydalı olmuştu.

SET-UP iletişimi, SKB'si olan ya da mağdur olmanın avantajlarını (ilgilenilmek, kötü sonuçlar konusunda suçu olmamak, sorumluluk almamak) ve dezavantajlarını (özerkliğin kaybedilmesi, aşırı bağımlılığı sürdürmek, hayattaki ikilemler karşısında tepkisiz kalmak) ön plana çıkararak mağdur rolüne kendini kaptıran herhangi birini özgürleştirebilir. Borderline "mağdur", yine de mesajın üç kısmını da işitmelidir, aksi halde mesajın etkisi kaybolur. Eğer, "*gerçeklik* sizi kurtaracaksa", *Destek* ve *Empati* de, bu ifadenin işitileceğini garantilemek için ona eşlik etmelidir.,

Anlam Arayışı

Dramatik borderline davranışların çoğu, kişinin kendisine sürekli musallat olan boşluğu dolduracak bir şey bulmaya yönelik bitmez tükenmez arayışıyla ilişkilidir. Zarar verici ilişkiler, aşırı

yemek yeme, kendine zarar verme ve uyuşturucular, borderline olan kişinin yalnızlıkla mücadele etmek ve gerçek hissettiren bir dünyada var olduğu algısını edinmek için kullandığı mekanizmalardan bazılarıdır.

4. VAKA: RICH. Rich, kız arkadaşıyla sorunlarını tanımlarken, "Sanırım onu çok fazla seviyorum!" diyordu. Rich, kadınlarla bir dizi başarısız ilişki yaşamış ve otuz yaşında boşanmış bir adamdı. Birlikte olduğu kadınlara takıntılı bir şekilde bağlanıyor, onları hediyelere ve ilgiye boğuyordu. Onlar sayesinde kendini tam, canlı ve tatmin olmuş hissediyordu. Ancak onlardan -ve diğer arkadaşlarından- tam bir itaat bekliyordu. Bu şekilde sadece onların değil, daha önemlisi kendi varlığının kontrolünün elinde olduğunu hissediyordu.

Bu kadınlar bağımsız hareket ettiklerinde, Rich çıldırıyordu. Onları tatlı sözlerle kandırıyor, ısrarcı oluyor ve tehditler savuruyordu. Her zaman her yerde var olan boşluk hissini bertaraf etmek için başkalarını kontrol altında tutmaya çalışıyordu ve eğer isteklerine uymayı reddederlerse, ciddi derecede depresif hale geliyor ve kontrolden çıkıyordu. Var olma ya da otantik olma hissini yeniden kazanabilmek için alkole ve uyuşturucuya başvuruyordu. Bazen, mücadeleyi kaybedeceğini bile bile kız arkadaşlarıyla ve hatta yabancılarla kavga çıkarıyordu. Trafikte, polis müdahalesini gerektiren olaylara kasıtlı olarak dahil oluyordu. Duyusal ya da duygusal hisleriyle temasını kaybetmekten korktuğunda, kendini kesiyordu. Öfke ve acı artık değişikliğe neden olmadığında, kendisini "yanlış anlaşılmış" ve "iyi bir kadının sevgisine ihtiyacı olan" biri olarak gören başka bir kadınla birlikte olmaya başlıyordu. Sonra da süreç en baştan başlıyordu.

Rich, içinde bulunduğu ikileme dair içgörüden yoksundu, yaşananların hep "o sürtüğün suçu" olduğu konusunda ısrarcıydı. Arkadaşlarını kendisine ilgi göstermedikleri ve anlayışlı olmadıkları gerekçesiyle kendisinden uzaklaştırıyordu - *Destek* ve *Empati* ifadeleri işitilmiyordu. Birlikte olduğu kadınlar, ilk başta sempatik geliyordu, ancak *Gerçeklik* bileşeninden yoksundular. Rich, her üç unsurla da karşılaşma ihtiyacı duyuyordu.

SET sisteminin başlıca unsurlarının hiçbirinin işitilmediği bu durumda, *Destek* mesajı, Rich'e ilgi gösterme anlamını taşımaya devam edecekti. *Empati* kısmı da, Rich'in "çok fazla sevme" hissini kabul edecek ancak aynı zamanda boşluk hissini ve bu boşluğu doldurma ihtiyacını anlamasına yardımcı olacaktı.

Gerçeklik mesajı, Rich'in hayatında sürekli tekrarlıyor gibi görünen kalıpları vurgulamaya çalışacaktı. *Gerçeklik* aynı zamanda Rich'in kadınları kullanmasının, uyuşturucu kullanmasına ve kendine zarar verme alışkanlığına –boşluk hissinden kurtulmak ve kendini bütün hissetmek için nesneler ya da hareketler– benzer olduğunu anlamasını sağlayacaktı. Rich, içsel tatminini dışarıda aramaya devam ettikçe, hüsrana ve hayal kırıklığına uğramaya devam eder, çünkü dışsal güçleri ve özellikle de başkalarını, kendisini kontrol ettiği şekilde kontrol edemez. Örneğin, onu bir düzene sokma yönündeki çılgınca çabalarına rağmen yeni bir kız arkadaş, Rich'in kontrol alanın dışında kalan bir miktar bağımsızlığı eninde sonunda elinde tutar. Aynı şekilde, kendi hatası olmasa da ekonomik faktörlere bağlı olarak yeni başladığı bir işi kaybedebilirdi. Rich bu durumlar üzerinde egemenlik *kuramaz*, ancak kendi yaratıcı güçlerini, entelektüel merakını ve diğer benzer şeyleri kontrol *edebilir*. Kişisel ilgi alanları –kitaplar, hobiler, sanat, spor, egzersiz– onun için güvenilir ve kalıcı tatmin kaynakları olabilir.

İstikrar Arayışı

Sürekli olarak tutarsız ve güvenilmez haldeki bir dünyaya uyum sağlamaya çalışmak, SKB'si olan kişi için temel bir sorundur. Bu kişinin evreni kalıplardan ve öngörülebilirlikten yoksundur. Arkadaşlar, işler, beceriler hiçbir zaman güvenilir değildir. Hayatının her alanını denemeye ve yeniden denemeye devam etmesi gerekir; güvenilir bir kişinin ya da durumun tamamıyla tersine döneceğinden –kendisine tamamen ihanet edilmesinden– korkar. Bir kahraman, şeytana; harika bir iş kendisinin var oluşu için bir sıkıntı kaynağına dönüşebilir.

Borderline bireyin kişiler ya da durumlar için nesne sürekliliği algısı (2. Bölüm'e ve Ek B'ye bakınız) yoktur. Tutunacağı bir dal yoktur. Her gün yeni baştan başlamalı, dünyanın güvenilir bir yer olabileceğini kendini kanıtlamak için çaresizce çaba göstermelidir. Güneşin binlerce yıldır doğudan doğması, onun bugün de böyle doğacağı anlamına gelmez. Bu kişi, buna her gün bizzat şahit olmalıdır.

5. VAKA: PAT VE JAKE. Pat, ikinci kocasından boşanma sürecinde olan, yirmi dokuz yaşında çekici bir kadındı. İkinci kocasını da ilki gibi alkolik olmakla ve onu istismar etmesiyle suçluyordu. Avukatı Jake, Pat'i korunmaya muhtaç talihsiz bir kurban olarak görüyordu. İyi olup olmadığından emin olmak için Pat'i sık sık arıyordu. Birlikte öğle yemeklerine çıkmaya başladılar. İş ilerledi ve sevgili oldular. Jake, karısını ve iki oğlunu bırakıp evinden ayrıldı. Henüz boşanmamıştı ancak Pat'le birlikte yaşamaya başladılar.

İlk başlarda Pat, Jake'in zekâsına ve becerisine hayrandı. Pat ne zaman kendini zayıf ve savunmasız hissetse, Jake ona "büyük ve güçlü" biri gibi görünüyordu. Ancak Pat zamanla gittikçe daha talepkâr biri haline geldi. Jake koruyucu olduğu sürece, Pat cilveleşip duruyordu. Ancak Jake'in bazı istekleri olduğunda, Pat saldırganlaşıyordu. Pat, onun işe gitmesine ve özellikle diğer boşanma davalarıyla ilgilenmesine güceniyordu. Çocuklarını ziyaret etmesini istemiyor, Jake'i kendisi yerine çocuklarını seçmekle suçluyordu. Sık sık evden çıkıp geceyi "platonik bir erkek arkadaşla" geçirmesiyle sonuçlanan acımasız tartışmalar başlatıyordu.

Pat, nesne sürekliliği algısından yoksundu (2. Bölüm'e ve Ek B'ye bakınız). Arkadaşlıklar ve aşk ilişkileri sürekli sınanmalıydı çünkü hiçbir ilişkisinde kendini güvende hissedemiyordu. Doymak bilmeyen bir güvende olma ihtiyacı vardı. İlk başta masum ve ilgiye muhtaç göründüğü, sonra onları aşırı taleplerle test ettiği çok sayıda başka ilişkisi de olmuştu. Tüm ilişkiler, tam da onun korktuğu terk edilmeyle sona eriyor, sonra aynı süreci yeni ilişkisinde tekrar ediyordu.

İlk başta Pat, Jake'i destekleyici ve güven verici gördüğünden, ilişkilerini idealize etmişti. Ancak sonra Jake, bağımsız hareket etme sinyalleri verdiğinde, Pat öfkelenmeye, sövüp saymaya ve onu kötülemeye başladı. Jake ofiste olduğunda, Pat sürekli ona telefon ediyordu, çünkü kendisinin aktardığı gibi, "onu unuttuğunu" düşünüyordu. Arkadaşlarına göre Jake, biri Pat için olan hali, biri de normal hali olmak üzere, tamamıyla birbirinden farklı iki insan gibiydi.

Nesne sürekliliğine dair SET yüzleşmeleri, bu borderline ikilemini kabul etmeyi gerektirir. *Destek* ifadeleri, ilginin sürekli ve koşulsuz olduğunu belirtmelidir. Maalesef, SKB ile Pat'in sürekli olarak kabullenmeyi talep etmesi gerekmediğini anlaması zordur. Herhangi bir noktada sinirlendiğinde, kendisine *Destek* verilmesinin sona ereceğinden sürekli korkar. Bu nedenle, ona güven verme çabalarının sonu yoktur ve bunlar asla yeterli değildir.

Empati mesajının, Pat'in Jake'in kendisini rahatlatmaya yönelik sürekli çabasına güvenmeyi henüz öğrenmediği bilgisini doğrulamalıdır. Jake, Pat'in yaşadığı korkunç kaygıların farkında olduğunu ve yalnız olmanın onun için ne kadar ürkütücü olduğunu bildiğini ona söylemelidir.

Gerçeklik ifadeleri, bölünmüş parçaları uzlaştırma girişimlerini içermelidir. Jake, kendisini hayal kırıklığına uğrattığı zamanlarda bile, sürekli olarak Pat'i umursadığını ona açıklamalıdır. Ayrıca Pat'in onu kötüye kullanmasına izin vermeyeceğini de bildirmelidir. Pat'in taleplerine teslim olmak, sadece daha çok taleple sonuçlanacaktır. Pat'i mutlu etmek ve onun tatmin olmasını sağlamaya çalışmak imkânsız bir görevdir, çünkü sonu yoktur – yeni güvensizlikler sürekli ortaya çıkacaktır. *Gerçeklik*, eğer ilişkileri devam edecekse, muhtemelen her ikisi için de sürekli bir terapiyi gerekli kılacaktır.

Masumiyetin Öfkesi

Borderline öfkesi, öngörülemez ve şiddetli olduğundan genellikle korkutucudur. Bu öfke, nispeten önemsiz olaylar tarafından tetiklenebilir ve normal etkileşimler bağlamında bir uyarı olmaksızın bir anda patlak verebilir. Öfke, daha önceden değer verilen kişilere yöneltilebilir. Şiddet tehdidi bazen bu öfkeye eşlik eder. Tüm bu özellikler, borderline öfkesini tipik bir öfkeden farklılaştırır.

Pat bir anda uysal, bağımlı ve çocuksu halinden çıkıp bağırıp çağıran, teselli edilemez ve talepkâr biri haline dönüşebiliyordu. Bir keresinde Jake'e tatlı bir dille romantik bir öğle yemeği yeme önerisinde bulundu. Ancak Jake, öncelikle ofise gitmesi gerektiğini söylediğinde, bir anda ona bağırmaya ve onu ihtiyaçlarını görmezden gelmekle suçlamaya başladı. Acımasızca Jake'in erkekliğine saldırdı, bir koca ve baba olarak başarısızlıklarını ve mesleğindeki başarısızlığını dile getirdi. Onu, görevini kötüye kullanmaktan ötürü baroya şikâyet etmekle tehdit etti. Jake'in onu yatıştırma girişimleri başarısız olduğunda sessizce ondan uzaklaşırdı ve bu da Pat'i daha çok çileden çıkarırdı. Jake daha sonra geri döndüğünde, ikisi de hiçbir şey olmamış gibi davranırdı.

SET-UP prensipleri, her şeyden önce güvenlik meselelerine odaklanmalıdır. İstikrarsızlık dikkate alınmalıdır. Yukarıdaki senaryoda, Pat samimiyetsiz olduğunu söylese de, Jake'in *Destek* ve *Empati* mesajları önce gelmelidir. Bu tür durumlarda, Jake'in Pat'i umursadığını ve onun öfkesini anladığını iddia etmeye devam etmesi mantıksızdır. Hemen, her ikisinin de birbirlerine fiziksel zarar vermesini önleyecek *Gerçeklik* ifadesine geçmelidir. Jake, fiziksel mesafeyi korumak için, Pat'e uzakta durmasını kararlı bir şekilde söylemelidir. Pat'le sakince iletişim kurma isteğini ona bildirmelidir. Eğer Pat buna izin vermezse, Jake durum sakinleşene ve tartışmalarını sürdürebilinceye kadar oradan uzaklaşma isteğini dile getirebilir. Jake, Pat'in kışkırtmalarına rağmen, fiziksel çatışmadan kaçınmaya çaba göstermelidir. Pat, bilinçdışı bir şekilde olsa da, Jake'in onu fiziksel olarak mağlup etmesini isteyebilir; bu ihtiyacı geçmişindeki sağlıksız deneyimlerden kaynaklanmaktadır ve daha sonra bunu Jake'i daha çok eleştirmesi için kullanması olasıdır.

Öfke dolu karşılaşmalarda dile getirilen *Gerçeklik* cümlelerinin, çatışmanın özelliklerine yönelik olmaktan ziyade, temeldeki dinamiklere yönelik olması genellikle daha iyidir. Pat'i öğle yemeğine çıkarmanın mı yoksa ofise gitmenin mi daha önemli olduğuna dair bir tartışma, muhtemelen etkisiz olacaktır. Ancak, Jake, Pat'in belirgin tartışma ihtiyacını ve mağlup edilip zarar görmeye yönelik muhtemel isteğini ele almalıdır. Ayrıca reddedilme ihtiyacı olarak Pat'in davranışıyla yüzleşebilir. Pat, reddedilmekten öyle çok korkuyordur ki, bundan dolayı mı "hızlı olup bir an önce bitirmek" için zemin hazırlıyordur? Temel *Gerçeklik* mesajı, bu davranışın Jake'i ondan uzaklaştırdığı olmalıdır. Jake, Pat'in gerçekten istediği şeyin bu olup olmadığını ona sorabilir.

İstikrar İhtiyacı – Sınırları Belirlemek

Tüm *Gerçeklik* cümleleri, gerçekten de doğru olmalıdır. Zaten istikrarsızlıklar dünyasında yaşayan borderline kişi için, bir eylemin yürürlüğe girmemiş sonuçları hakkında boş tehditler savurmak, uygun olmayan davranışların devam etmesine pasif olarak izin vermekten daha kötüdür. Örneğin, 1987 yapımı ikonik *Öldüren Cazibe* filminde, baş kadın karakter Alex Forrest (Glenn Close tarafından canlandırılmıştı), aşırı derecede çeşitli "klasik" borderline özelliklerini sergilemiş ve yıllarca "çılgın eski sevgilinin" dramatik (komik olana karşı) prototipinin karşılığı olmuştu. Evli bir adam olan Dan Gallagher (Michael Douglas) ile yasak ilişki yaşayan Alex, Dan'in karısını terk etmeyeceği bariz olsa da onun kendisinden uzaklaşmasına izin vermez. Filmin sonuna doğru Dan, ailesi ve Alex mahvolur ya da mahvolmanın eşiğine gelirler. Alex, başkalarını kışkırtarak reddedilmeye karşı direnmeye alışkındı. Dan'in bunu açıkça yapmadan, ilişkiyi bitireceğini söylemesi çok yıkıcıydı. Elbette yoğun bir ilişkinin sona ermesinin ardından, Alex ile "sadece arkadaş" olamayacağını anlamamıştı – bu, borderline karakterin katlanamayacağı orta düzey bir ilişki olurdu.

SKB'si olan insanlar üstü kapalı ifadeleri anlamakta zorlandıkları için, karşı taraf ne istediğini net ve öngörülebilir eylemlerle desteklemelidir. Ergen çocuğunu belirli hareketlerinden ötürü ayrıcalıklarını elinden almakla tehdit eden ve daha sonra bu dediğini yerine getirmeyen bir ebeveyn, sorunu daha da şiddetlendirir. Terapiye sınırlar koyma –ücretlerin oluşturulması, telefon görüşmelerinin sınırlanması gibi– iddiasında olan ve bunu yerine getirmeyen bir terapist, borderline bireyin artan düzeyde uyguladığı testlere zemin hazırlamış olur.

Borderline kişiler genellikle, tehditlerinin ve dramatik eylemlerinin istedikleri şeyi elde etmenin tek yolu olduğu durumları oluştururlar. Tıpkı borderline bireyin kabul edilmeyi koşullu bir şey olarak algılaması gibi, reddedilme de bu şekilde görülebilir. Sadece yeterince çekici veya yeterince zeki veya yeterince zengin veya yeterince talepkâr olduğunda, eninde sonunda istediği şeyi elde edeceğini düşünür. Karşısındaki kişi, onun test etme davranışına ne kadar çok boyun eğiyorsa, bu hareketleri o kadar çok sergileyecektir.

6. VAKA: KEVIN. Bay ve Bayan Hopkins'in, yirmi dokuz yaşındaki oğulları Kevin'e yardım etme çabaları karşılıksız kalmıştı. Yerel bir üniversitede okuduğu dönemde, ara sıra yakınlardaki bir yurtta kalmasının dışında, Kevin hep evde yaşamıştı. Okulda iyi notlar almasına ve öğretmenleri ve işverenleri tarafından sevilmesine rağmen, Kevin her zaman çok az sayıda arkadaşı olan yalnız biriydi. Aile toplantılarından kaçınırdı ve stresli olduğunda şiddetli öfke patlamaları yaşardı. Bay ve Bayan Hopkins, oğullarını sinirlendirmekten korktuklarından onun yanında temkinli davranırlardı.

Bir başka işinden de ayrıldıktan sonra, zamanının çoğunu odasında televizyon izleyerek ve bilgisayar oyunları oynayarak geçirmeye başladı. Ebeveynlerinin destek alması ya da iş bulması veya yüksek lisans yapmayı düşünmesine yönelik ricalarına karşı çıktı. Yemeklerini onlardan ayrı olarak hazırlayıp odasında yiyor, ebeveynleriyle iletişim kurmaktan kaçınıyordu. Annebabası bazen onun kendi kendine çığlıklar attığını duyuyorlar ancak müdahale etmekten çekiniyorlardı.

Bay ve Bayan Hopkins, yalvardılar, talep ettiler ve tehditler savurdular, ancak hiçbiri işe yaramadı. Odasından televizyonu almaya çalıştıklarında, Kevin fiziksel olarak saldırganlaştı ve onları intihara teşebbüs etmekle tehdit etti, çünkü yapabileceği başka bir şey yoktu. Odası berbat bir haldeydi, temizliğe ve ev işlerine yardımcı olmuyordu. Arada sırada bir arkadaşı arayıp onu dışarı çıkmaya davet ediyordu. Kevin o zaman ebeveynlerinden para istiyordu ve ebeveynleri de onun odasından çıkmasını teşvik etmek için bunu seve seve kabul ediyordu. Kevin öğleden sonraya kadar uyuyor ve evden çıktığında geç saatlere kadar dışarıda kalıyordu. Çöp kutusunda içki şişeleri birikmeye başlamıştı.

Bay ve Bayan Hopkins daha sık tartışmaya başladılar. Bay Hopkins, Kevin'i evden kovmak istiyordu, ancak Bayan Hopkins onun kendi başına hayatını sürdüremeyeceğinden korkuyordu. Daha sonra aile bir dizi talihsizlik yaşadı. Bayan Hopkins'e meme kanseri teşhisi konuldu. Bay Hopkins'in işi finansal açıdan gerilemeye girdi. Her iki ebeveyn de daha fazla stresliydiler ve birbirlerinden uzaklaşıyorlardı. Bay Hopkins öfkelenmeye devam ediyordu, ancak her ikisi de şimdilik Kevin'in yaşam tarzına boyun eğmeye sessizce karar verdiler. Ancak yine de endişeliydiler: Biz olmadığımızda oğlumuza ne olacak?

Bir öğleden sonra Kevin, biraz önce bir avuç aspirin içtiğini annesine itiraf etti. Kevin, annesinin ambulans çağırma isteğine pasif olarak karşı çıktı, ancak hastaneye götürülmeye sessizce razı oldu. Birkaç gün süren antidepresan tedavisinin ardından taburcu olan Kevin, bir terapiste görünmeyi kabul etti.

Sonraki birkaç ay işler daha yolundaydı. Kevin, yardımcı öğretmen olarak sevdiği bir iş buldu. Ev işlerinde yardımcı oldu ve akşam yemeklerini ailesiyle birlikte yedi. Arkadaşlarıyla daha çok zaman geçirdi. Ancak bir süre sonra, Kevin ve ailesi daha önceki düzene yeniden geri döndüler. Kevin, ilaçlarını aksattı ve terapi randevularını kaçırmaya başladı. Odasında yalnız başına daha çok zaman geçirir oldu.

Kevin'in terapisti, tüm ailenin birlikte bir aile terapistine görünmesini önerince, Bay ve Bayan Hopkins hayal kırıklığına

uğradı, ancak Kevin'in ilk randevuya gelmemesi onları şaşırtmadı. Ebeveynleri, Kevin'le ilgili bir dizi meselede anlaşmazlığa düştüler, ancak terapistleriyle birkaç hususta hemfikir oldular:

- Bu durum, Kevin'ın ebeveynlerinin ilişkisini etkiliyordu.
- Evdeki ortam dayanılmazdı.
- Bu durum ne kadar uzun sürerse, Kevin'in gelecekte karşılaşacağı sorunlar o kadar çok olacaktı.
- Mevcut dengeyi bozmak, dürtüsel olarak kendine zarar verme davranışının ortaya çıkma tehlikesi de dahil olmak üzere, karışıklığa neden olurdu. (Yine de, bu tehlike zaman geçtikçe daha da arttı.)
- Bay ve Bayan Hopkins, hangi sınırların konulacağı ve hangi taleplerde bulunacakları konusunda hemfikir olmalılar.
- Kevin'in bu sınırlamalara direneceğini bilmeliler ve bu nedenle olası sonuçlara hazır olmalılar.

Terapiste danışan Bay ve Bayan Hopkins'in beklentileri ilk başta birbirlerinden çok farklıydı, ancak her ikisinin de destek verebileceği bir uzlaşıya varabildiler. Dördünün de bulunduğu bir toplantıda, Kevin'e yazılı bir sözleşme sundular. Bu sözleşme, iki aylık bir dönemdeki beklentilerini özetliyordu: Kevin, her hafta evde belirli bir sayıda görevi gerçekleştirecek, işine gitmeye devam edecek ya da başka bir iş bulacak veya bir eğitim programına kayıt olacaktı. Belirli taahhütleri yerine getirmezse, evden ayrılmak zorunda kalacaktı. Bay ve Bayan Hopkins, geçici olarak onu misafir etmeyi kabul eden bazı yerlerin ve aile dostlarının isimlerini verdi. Ebeveynleri, tanımlanmış ihtiyaçları için ona belirli bir süre daha finansal destek vermeye devam edecekti.

Görüşme süresince Bay ve Bayan Hopkins, Kevin'i çok sevdiklerini, onun kendini iyi hissetmesi için ona yardımcı olmak istediklerini söylediler ve mevcut işine devam ettiği için onu tebrik ettiler (*Destek*). Ne kadar mutsuz olduğunun ve mevcut durumundan memnun olmadığının farkında olduklarını söylediler (*Empati*). Sonra üçünün sağlıklarıyla ilgili endişeleri-

ni paylaştılar ve mevcut durumu devam ettirmeye tahammül edemeyeceklerini net bir şekilde ifade ettiler. Aynı zamanda bu meselelerle yüzleşmeyerek bilmeden Kevin'in mutsuzluğuna katkıda bulundukları konusundaki endişelerini de dile getirdiler. Sonunda, geçmişte Kevin'le benzer konuşmaları yaptıklarını, ancak öneri kısmına geçemediklerini söylediler. Kevin'in bu istekleri yerine getirmeyebileceğini tam olarak anladılar ve onun evden ayrılmasına destek vermeye kendilerini hazırladılar (*Gerçeklik*). Kevin'in SKB teşhisini ve bunu takiben son aylarda sağlığına (ve geleceğine yönelik) yaptığı fedakârlıkları kabul etmeleri, iletişimlerinin UP kısmını sergilemiş oldu.

Kevin, ebeveynlerinin sakince sundukları öneriye öfkeli bir tepki göstermesine rağmen, sözleşmeyi imzaladı. İlk başta istekleri yerine getirebiliyor olsa da ikinci ayda işiyle ilgili memnuniyetsizliğini dile getirerek işten kaytarmaya ve odasında kalmaya başladı. Ebeveynleri ona görevlerini nazikçe hatırlattılar. İkinci ay randevusunda, Kevin'in evden ayrılması gerektiği söylendi. İnanmaması ("Şaka yapıyor olmalısınız"), yalvarmaya ("Bunu bana yapamazsınız!") ve sonra da öfkeye ("Aptal sözleşmenizi alıp bir yerinize sokun! Buradan çekip gitmem zaten benim için daha iyi olur!") dönüştü.

Sonraki birkaç ay Kevin, önce bir arkadaşında, sonra kuzeninde, sonra da teyzesinde kaldı. Bir keresinde teyzesine ölse daha iyi olacağını söyleyince, teyzesi onu muayene için acil servise götürdü. Orada intihar düşüncelerini inkâr etti ve sadece öfkeli olduğunu, yaşam tarzından hoşlanmadığını itiraf etti. Ebeveynleriyle devam eden temasındaki düşmanca tutum azaldı. Bir başka öğretmenlik işi bulmasının ardından, hayatında değişiklikler yapmayı kabule ederek eve dönmek istediğini söyledi. Bir yıl içinde, işyerinde tanıştığı bir arkadaşıyla eve çıktı ve kendini geçindirmeye başladı.

Bu Sefer Kimim Ben?

SKB'si olan birey tıpkı bir oyun hamuru gibi kendini şekilden şekle sokabilir. Oyun hamurları, un, su, tuz, boraks ve madeni

yağ içermekteyken, SKB kişiliği güvensizlik, korku ve kaygıdan meydana gelmektedir. SKB'nin bu bukalemun yönü, karşısındaki kişinin onun ne olmasını istediğini hissettiğine dair bir izlenim vererek diğerlerine karşı sıradışı duyarlılığını ortaya koyar. Bu kişiler, hızlıca bariyerin diğer tarafındaki protesto kalabalığının içine süzülebilir, ancak çevrelerinde başkaları olmadan kendi bağımsız görüşlerine sahip olamazlar. Eğer Dalí'nin sürrealist resimleri psikotik hastalıkları temsil ediyorsa o zaman SKB, sanatçının yapay olanı gerçek kişiden ayırt edemediği bir göz yanılsamasıdır. Woody Allen'ın ünlü film karakteri Zelig gibi, SKB'li birey de ondan olmasını istediğiniz kişiye dönüşebilir. Ancak bu süreçte, gerçekte kim olduğu bilincini kaybedebilir.

7. VAKA: CHRISTIE VE MARTIN. Christie, her hafta kilisede Martin'in dikkatini çekiyordu. Bir ilahiyat fakültesi öğrencisi Martin aktif olarak çalışmalara katılıyor ve ayinlerde görev alıyordu. Her hafta yalnız başına pazar ayinine gelen, arkaya yakın bir yerde sessizce oturan ve son kutsamaların ardından hemen kiliseden ayrılan güzel kız dikkatini çekmişti. Sonunda, cemaatin diğer üyeleriyle birlikte arkada oturduğu bir ayinin ardından, merdivenlerden aceleyle inen Christie'ye yetişti.

Christie, yere bakarak sakince konuştu ve papazın vaazlarından ne kadar keyif aldığını söyledi. Sonraki birkaç hafta boyunca Martin, her pazar kiliseden sonra Christie'ye yetişmeye özen gösterdi ve sonunda cesaretini toplayarak onu kahvaltıya davet etti. Konuştukça utangaç Christie açıldı. Bir yatırım firmasında sekreter olduğunu, kedisiyle birlikte yaşadığını ve film izlemekten hoşlandığını anlattı.

Martin, Christie'nin kendisinden hoşlandığını düşünmesine rağmen, Christie, Martin'in cumartesi akşamı çıkma tekliflerini reddediyordu. Aslında, söylediğine göre, Christie çoğu hafta sonu meşguldü, çünkü cuma ve cumartesi günleri patronunun yabancı piyasalarda işleri oluyordu. Martin tam ilişkiden vazgeçmek üzereyken, Christie, perşembe günü gösterime girecek bir filmi birlikte izlemeyi teklif etti. Ondan sonra, perşembe günleri ve bazen de salı günleri, pazar kahvaltılarının yanı

sıra, Martin ve Christie'nin buluşma günleri haline geldi. Aylar geçti ve Martin kıza âşık oldu. Dini hizmetindeki hedeflerini yerine getirmeye çalışırken, çekici, ağırbaşlı, tatlı dilli ve akıllı Christie'yi mükemmel bir eş olarak hayal ediyordu.

Sonra her şey değişti. Martin, komşusundaki bir bekârlığa veda partisine katılmıştı. Partiye gelen polis üniforması giymiş iki kadın, üzerlerinde üniformaları çabucak çıkartıp iç çamaşırlarıyla kalmışlardı. Bekârı "tutuklamak" için partiye geldiklerini söylediler, onun kucağına oturup metal müzik eşliğinde dans etmeye başladılar. Martin gözlerine inanamadı, kadınlardan biri tıpkı Christie'ye benziyordu! Saçı biraz daha uzun, makyajı biraz daha ağırdı ama oydu işte. Kısa bir an için göz göze geldiler, Christie'nin gözleri önce şaşkınlıkla kocaman açıldı, sonra da bakışlarını uzaklaştırdı. Yarım saatlik işveli dansın ve diğer erkeklerle sohbetin ardından, kadınlar aniden ayrılma vaktinin geldiğini söyleyerek üniformalarını alıp gittiler.

Bu olayın ardından, Martin ve Christie kilisede birbirleriyle iletişim kurmaktan kaçındı. Martin, Christie'ye gizlice bir bakış attığında ilgi gösterdiği bu kadını kaybetmenin acısını hissediyordu. Ama sonra beyni, bekârlığa veda partisindeki utanmaz Christie'nin silinmez görüntüsünü ortaya çıkarıyordu. Hipokampusuna yerleşmiş bu korkunç görüntü, amigdalasındaki tutkuyla savaş halindeydi. Prefrontal korteksinin mantığı onu uzak tutuyordu. Ancak aylar sonra, Christie'nin bu iki ayrı görüntüsünü bir araya getirebilmesi gerektiğine karar verdi.

Kiliseden sonra merdivenlerden aşağı inerken peşinden gidip sonunda onu durdurdu ve konuşmasını sağladı. Martin, ağlamaklı bir halde onu ne kadar umursadığını ve partide onu gördüğünde nasıl üzüldüğünü anlattı. Christie, onunla yeniden görüşmeyi kabul etti ve zamanla duygularını paylaşarak verdiği mücadeleleri ve geçmişteki sorunlarını anlattı. Martin, onun ve gelişimsel engelli küçük kız kardeşinin, ebeveynlerini kaybetmelerinin ardından velayetlerini üstlenen amcaları tarafından cinsel istismara uğradıklarını öğrendi. Christie, kendisini ve şu

anda bir bakımevinde olan kız kardeşini ayakta tutabilmek için mücadele veriyordu.

Christie, yükümlülüklerini yerine getirebilmek için kişiliğinin farklı yönlerini nasıl geliştirdiğini anlattı. Yatırım firmasındaki işinde aktif ve güçlüyken, geceleri bekârlığa veda partilerinde cilveli ve baştan çıkarıcı olabiliyordu. Aynı zamanda derin dini ve manevi hisleri de vardı. Martin'e şunları söyledi: "Bu farklı yanlarımı birbirinden ayrı tutmalıyım. Seninle hafta sonları görüşemememin nedeni bu. Başka bir iş yapıyordum. Bir süreliğine *o* Christie olarak kalmalıydım ve o, senin tanıdığın Christie'den farklı biri."

Martin, ilişkilerine devam etmeyi denemek istediğine karar verdi. Christie'yi umursadığına dair *Destek* cümleleri söyleyerek, birlikte olmaya devam etme yönündeki isteğini belirtti. Küçüklüğünde yaşadığı zorlukları ve başarılı olmak ve kız kardeşine bakmak için sahip olmak zorunda olduğu gücü anlayarak, *Empati* cümlelerini ifade etti. *Gerçeklik* ifadeleri, gerçek Christie'nin, kendisinin daha önce tanıdığı, şefkatli ve hassas kadın olduğu görüşünü içeriyordu. Hafta sonu yaptığı işlerde güvende olmasını önemsediğini söyledi. İşinin onu alçak bir duruma düşürdüğünü düşünüyordu. İlave gelir sağlamak için daha uygun işler bulabileceğine inandığını belirtti. Sonunda, eğer bu işe devam ederse, onunla birlikte olmaya devam edemeyeceğini de söyledi.

Christie'nin ilk tepkisi öfke ve savunmaya geçme oldu. Martin'in onu kontrol etmeye çalıştığını düşünerek ona kırıldı. "*Sen* benim kim olmamı istersin?" diye bağırdı. "Herkes ne olmamı istiyorsa o olmaya çalışmaktan bıktım! Benim önceliğim kız kardeşime bakmak ve ne gerekiyorsa onu yapıyorum. Ben neysem oyum!"

Martin, Christie'nin *Empati* ifadelerini işitmediğini fark ederek onun stres etkenlerini anladığını tekrar ifade etti. Daha çok konuşmak için onu kahvaltıya gitmeye ikna etti. Christie, kafedeyken hafta sonu aktivitelerinin "kontrol gücüne sahip olduğu tek zaman" olduğunu ve "başkalarının sürekli onu kontrol etmesi

yarak, "Kendimi gerçek hissetmiyorum. Herkese benim sahte olduğumu söylüyor. Herkes sahte. Senin umurunda değil. Kimsenin umurunda değil," dedi.

Robin çok şaşırmış ve korkmuştu. Boş bir surat ifadesiyle odada dolanıp duran Marnie'ye baktı. Marnie, hafifçe kafa sallayarak Robin'in psikiyatristini aramasını kabul etti. Psikiyatristin onlara dönüş yapmasını beklerlerken, Robin *Destek* ifadelerini dile getirdi: "Ben senin arkadaşınım," dedi Robin gergince. "Seni umursuyorum. Sana yardım etmek istiyorum."

Birkaç dakika sonra doktor dönüş yaptı. Rahatlamış Robin, neler olduğunu anlattı ve doktorun Marnie ile konuşabilmesi için hoparlörü açtı. Doktor, *Destek* ifadesini dile getirerek, "Beni aradığına memnun oldum. Endişeleniyordum," diyerek konuşmasını sürdürdü: "En son bana işlerinden ve ayrılıktan ötürü ne kadar yoğun stres altında olduğunu anlatmıştın. Başına gelenlerin hepsi ve yaşadığın stresi göz önünde bulundurunca her şeyin etrafını kuşattığı hissine kapılman gayet anlaşılır bir şey," diyerek *Empati*'yi vurguladı.

Marnie, ağlayarak, "Ancak hepsi bitti. Artık çok geç. Herkes numara yapıyor. Beni mahvetmeye çalışıyorlar. Bana inanmıyor musun?" dedi.

Doktor, *Gerçeklik* ifadesiyle karşılık verdi: "Söylediğin şeye inanıyorum ve çok acı çektiğine ve yardıma ihtiyacın olduğuna da inanıyorum." Robin'e Marnie'yi hastaneye götürmesini söyledi.

Hastanede geçirdiği iki günün ardından Marnie eve döndü. Robin, ev arkadaşının bu kadar kısa süre içinde tamamıyla iyileşmiş olmasına şaşırıp kaldı. Marnie, "Bir miktar ayar çekilmesine ihtiyacım vardı," diye açıkladı. "İlaçlarımın, uykumun ve beslenmemin ayarlanması beni yeniden kendime getirdi. Keçileri kaçırdığımda seni biraz korkutmuş olmalıyım. Üzgünüm. Sen iyi bir arkadaşsın Robin." Marnie, doktorunu daha düzenli gördüğünü ve işyerinde şimdiden daha az stresli bir çalışma programı düzenlediğini söyledi. "Stresin çok yüksek seviyeye

geldiği ve destek almam gerektiği zamanı fark etmeyi öğreniyorum."

SET-UP prensipleri ilk başta SKB hastalarıyla yapılan çalışmalar için geliştirilmiş olsa da, diğer hastalarla ilgilenirken de faydalı olabilir. İletişim kesintiye girdiğinde, SET-UP, bireylerin başarılı bir şekilde iletilmeyen mesajlara odaklanmalarını sağlayabilir. Eğer kişi, desteklenmediğini ya da kendisine itibar edilmediğini veya yanlış anlaşıldığını hissederse ya da gerçekçi sorunları ele almayı reddederse, özel SET adımları bu zayıf alanları desteklemek için kullanılabilir. Günümüzün karmaşık dünyasında, hem sevgiyi hem mantığı içeren bir dizi net iletişim prensibi, borderline kaosunun yarattığı sıkıntılarla mücadele etmek için gereklidir. Etkili bir ilişki aynı zamanda *Anlayış* ve *İstikar*'ı da gerektirmektedir. İletişimin temel dinamiklerini ve karşı tarafın ihtiyaçlarını anlamak, SET prensiplerini pekiştirir. İstikrar, uzun dönemde değişiklik yaratmak için gereklidir. SKB'si olan bireylerin pek çoğu için, hayatlarında bir komşu, bir arkadaş veya bir terapist gibi şaşmaz birinin bulunması, iyileşmeleri için gereken en önemli unsurlardan biridir. Böyle birinin tutarlılık ve kabullenme (sıklıkla karşılaşılan kışkırtmalar karşısında) haricinde çok az katkısı olabilir, ancak yine de SKB'li kişiye kaotik dünyasında bir değişmezlik örneği sunar.

6

Aile ve Arkadaşlar: Nasıl Başa Çıkmalı?

Fakat o da bir insan; ve ona çok kötü bir şeyler oluyor. Bu yüzden dikkat edilmesi gerek. Yaşlı bir köpek gibi mezara yıkılmasına göz yumulmamalı. Böyle bir insana özen, bunca zamandan sonra özen gösterilmeli.

–Arthur Miller'ın *Satıcının Ölümü* adlı eserinden*

Hiç kimse Ray'le ilgili ne yapacağını tam olarak bilmiyordu. Yıllarca hastanelere girip çıkmış, pek çok doktora görünmüştü, ancak hiçbir zaman tedaviye uzun süreli devam edememişti. Uzun süreli bir işi de olmamıştı. Karısı Denise, bir diş doktorunun ofisinde çalışıyordu ve genellikle Ray'in göğüs ağrısı, baş ağrısı, sırt ağrısı ve depresyonla ilgili yakınmalarını duymazdan gelerek boş vaktinin çoğunu arkadaşlarıyla geçiriyordu.

Ray, varlıklı ve korumacı bir ailenin tek çocuğuydu. O dokuz yaşındayken, babasının erkek kardeşi intihara teşebbüs etmişti. Amcasını çok iyi tanımıyor olsa da, Ray, annesinin ve babasının bu intihardan çok etkilendiklerini fark etmişti. Bu olayın ardından, annesiyle babası daha da korumacı bir hale geldiler ve Ray ne zaman kendini hasta hissetse okula gitmeyip evde kalması konusunda ısrarcı oldular. On iki yaşından sonra Ray, depresyona girdiğini söyledi ve bir dizi terapiste görünmeye başladı.

* Bu alıntı, Mitos-Boyut Yayınları tarafından 2002 yılında yayımlanmış ve çevirisi Aytup İz'at ile Y. Emre İz'at tarafından yapılmış *Satıcının Ölümü: İki Perdelik Bazı Özel Sohbetler ve Ağıt* adlı eserden aktarılmıştır. *–yhn*

Vasat bir öğrenci olarak eğitimine üniversiteyle devam etti ve orada Denise ile tanıştı. Denise, bu zamana kadar ona ilgi gösteren tek kadındı ve kısa bir flört döneminin ardından evlendiler. İkisi de üniversiteyi bırakıp çalışmaya başladılar, ancak evin geçimini sağlamak ve Ray'in devam eden terapi masraflarını karşılamak için Ray'in annesiyle babasına muhtaçtılar.

Çift, çok sık taşındı; Denise ne zaman bir işten ya da yerden sıkılsa, ülkenin farklı bir yerine taşınıyorlardı. Denise çabucak yeni bir iş ve yeni arkadaşlar bulurken, Ray büyük zorluk yaşıyor ve aylarca işsiz kalıyordu.

Her ikisi de daha fazla içmeye başlayınca, tartışmaları şiddetlendi. Münakaşa ettiklerinde bazen Ray, evden ayrılıp ailesiyle yaşamaya dönüyor, ailesi birbirleriyle tartışmaya başlayana dek onlarla kalıp sonra yine Denise'e geri dönüyordu.

Ray'in eşi ile annesi ve babası, onun karamsarlığından ve çok sayıdaki tıbbi yakınmasından ne kadar yorulduklarını sıklıkla dile getirmişlerdi, ancak Ray, onları kendini öldürmekle tehdit etmiş ve annesiyle babasının paniğe kapılmalarına neden olmuştu. Ray'in yeni doktorlara görünmesi konusunda ısrarcı oldular ve çeşitli uzmanlara danışmak için ülkenin çeşitli yerlerine uçtular. Çeşitli prestijli kurumlarda yatarak tedavi görmesini sağladılar, ancak kısa bir süre sonra Ray buralardan çıkışını gerçekleştirdi ve annesiyle babası eve dönmesi için uçak parasını göndermek zorunda kaldılar. Finansal desteklerini keseceklerini sürekli söyleseler de, sözlerine bağlı kalamadılar.

Arkadaşlar ve işler, tatmin edici olmayan karşılaşmaların ayırt edilemez belirsizliği haline geldi. Ne zaman yeni tanıştığı biri ya da yeni girdiği bir iş Ray'i hayal kırıklığına uğratsa, Ray bu kişi ya da işten uzaklaşıyordu. Annesiyle babası çaresizdi, Denise ise onu görmezden geliyordu. Ray, kendisi dahil kimse onu durdurmaksızın kontrolden çıkmaya devam etti.

Arkadaşlarda ve İlişkilerde SKB'nin Fark Edilmesi

Temelde yatan şiddetli karmaşaya rağmen, görünüşte, SKB olan birini belirlemek çok zor olabilir. Diğer ruh hastalıklarına –şizofreni, bipolar (manik-depresif) bozukluk, alkolizm ya da yeme bozuklukları gibi– sahip pek çok kişinin aksine, SKB'li yetişkin, genellikle işyerinde ve sosyal durumlarda alenen bir hastalık belirtisi göstermeden, aşırı derecede iyi performans sergileyebilir. Gerçekten de, borderline davranışın bazı belirtileri, gayet normal görünen birinin ani, öngörülemez ve "apansız" şekilde öfke patlamaları, aşırı şüphecilik ya da intihara meyilli depresyon sergilemesidir.

Beklenmedik öfke patlamaları, hem SKB'li kişinin kendisi hem de ona yakın olanlar için genellikle çok korkutucu ve alışılmadık şeylerdir. Daha belirgin semptomların aniliği ve aşırılığı nedeniyle, ilgili taraf kolayca yanılgıya düşebilir ve bunun farklı bir hastalıktan ziyade SKB'nin yaygın bir belirtisi olduğunu fark edemeyebilir. Örneğin, aşırı doz alarak ya da bileklerini keserek kendini öldürmeye çalışan birine depresyon teşhisi konabilir ve antidespresan ilaçlar ve kısa süreli destekleyici psikoterapiyle tedavi edilmeye çalışılabilir. Hasta sadece klinik depresyon yaşıyorsa, bu uygulama durumunu düzeltebilir ve görece hızlı bir şekilde ve tamamıyla iyileşebilir. Ancak zarar verici davranışlar SKB'nin bir göstergesiyse, kendine zarar verme hali devam edecek ve tedaviyle azalmayacaktır. Bu kişi hem depresyon *hem de* SKB yaşıyorsa (yaygın bir ikili), bu yaklaşım hastalığın sadece kısmen tedavi edilmesini sağlayacak, ancak diğer sorunlar devam edecektir. SKB semptomları fark edilmezse, intihara meyilli davranışlar ya da kendine zarar verme eylemlerinin tedaviye rağmen devam etmesi, hasta, doktor ve ilgili herkes için kafa karıştırıcı ve hüsrana uğratıcı hale gelecektir.

Yirmi üç yaşındaki manken Abby, bir kimyasal bağımlılık biriminde alkolizm tedavisi gördü. Bu tedaviye çok iyi yanıt verdi, ancak alkolden uzak durmaya devam ettiği sürece, giderek artan bir şekilde bir *bulimiya* hastası haline geldi. Daha sonra

yeme bozukluğu biriminde tedavi görmeye başladı ve buradaki tedavisi de başarıyla tamamlandı.

Birkaç hafta sonra, mağazalarda, ofislerde, hatta araba sürerken bile şiddetli panik ataklar yaşamaya başladı ve sonunda evden çıkmaktan korkar hale geldi. Bu fobilere ilaveten, gittikçe daha da depresifleşiyordu. Fobi kliniğine başvurmayı düşündüğü sırada, bir psikiyatri danışmanı, onun semptomlarının tümünün SKB belirtisi olduğunu fark ederek, borderline konusunda uzmanlaşmış bir psikiyatri biriminde tedavi görmesini önerdi. Daha önce gördüğü tedaviler, genellikle alkolizm ya da *bulimiya*ya odaklanmışken, bu tedavi hayatını ve tedavisini daha bütünsel bir bakış açısıyla ele alıyordu.

Sonuç olarak Abby, sorunlarını, kendisinin ayrı, olgun ve daha bağımsız biri haline gelmeye yönelik çabalarını engelleyen anne-babasıyla olan çelişkili ilişkisiyle bağdaştırmayı başardı. Çeşitli hastalıklarının, anne babasının isteklerinden suçluluk hissetmeden kaçış yolu sağladığını fark etti. Bulimiya'sı, alkolizmi ve kaygıları, tüm enerjisini alıyor, anne babasıyla tartışmalara girmesini engelliyordu. Dahası, üstlendiği "hasta" rolü, onlarla ilişkisini düzeltmek zorunda hissetmesini engelleyen bir bahaneydi. İlginç bir şekilde, bu hastalık aynı zamanda onun annesiyle babasına *bağlı* olmasını da sağlıyordu: Anne babasının evlilikleriyle ilgili pek çok ciddi sorunları (annesi ağrı kesicilere bağımlıydı ve babası kronik depresifti) olduğundan, onların patolojik rollerini kopya ederek onlarla temas halinde kalıyordu.

Kısa bir süre hastanede yattıktan sonra, hastane dışında bireysel psikoterapi almaya devam etti. Ruh hali iyileşti, kaygılarından ve fobilerinden kurtuldu. Aynı zamanda alkolden uzak durmaya ve temizlenmeye de devam etti.

Abby'nin vakası, çok önemli görünen belirgin bir davranışın, esasen bir ya da daha fazla özelliği –istikrarsız ilişkiler, dürtüsellik, ruh hali değişimleri, şiddetli öfke, intihar tehditleri, kimlik rahatsızlıkları, boşluk hissi ya da terk edilmekten kaçınmaya yönelik çılgınca çaba gösterme– yetersiz teşhise hatta yanlış teşhise neden olabilecek psikiyatrik semptomlarla sonuçlanan

temeldeki SKB'nin göstergesi olabileceğini ve onu gizleyebileceğini göstermektedir.

Başa Çıkma ve Yardım Etme

SKB'nin ilgi çekmeye yönelik kasıtlı bir çaba değil, bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Borderline bireyin ne ayakta durmaya gücü ne de ayakta durmasını sağlayacak bir dayanağı vardır. Ona sinirlenmek, değişmesi için tatlı sözlerle ikna etmeye çalışmak ve yalvarmak faydasızdır; yardım ve motivasyon olmaksızın davranışını kolay kolay değiştiremez.

Ancak bu, onun çaresiz olduğunu ve yaptıklarından dolayı sorumlu tutulamayacağını göstermez. Esasen, tam tersi geçerlidir. Mazeretsiz bir şekilde ve korunmadan, ilk başta onları değiştirmek için kendinde yeterli gücü bulamasa da, eylemlerinin gerçek sonuçlarını kabullenmelidir. Bu haliyle SKB, diğer elverişsiz durumlardan farklı değildir. Tekerlekli sandalyeye mahkûm bir birey, diğer insanlarda acıma ve şefkat hissi uyandırır, ancak gitmek istediği yerlere tekerlekli sandalyesiyle erişim sağlamak ve aracının onu istediği yere götürecek kadar iyi durumda olduğundan emin olmak, onun sorumluluğudur.

Borderline davranışın uç noktaları, diğer insanların tipik bir şekilde o kişiye anlayışsız bir tavırla, "Seni tembel beceriksiz, kendini topla ve davranışlarına çekidüzen ver," şeklinde cevap vermesine ya da "Seni zavallı, sen bunu yapamazsın; ben sana yardım edeceğim," diyerek başını okşamasına neden olur. Herkes, bu etkileşimlerinin borderline olan kişinin tepkilerini nasıl teşvik edeceğinin ya da engelleyeceğinin farkında olmalıdır. SKB'li kişiyle etkileşimde olanlar, bir yandan onun değerli olduğunun güvencesini verecek, bir yandan da gerekli beklentileri doğrulayacak şekilde ince bir çizginin üzerinde yürümelidir. Aşırı tepki vermeksizin, destekleyici bir şekilde karşılık vermelidirler. Sarılmak ya da elini tutmak gibi şefkat gösterileri ve fiziksel temas, o kişinin değerli biri olduğunu hissetmesini sağlayabilir, ancak istismarcı bir şekilde olduğunda güveni engeller.

Eğer ilgi gösterme, *aşırı* korumacılıkla sonuçlanırsa, borderline birey kendi davranışının sorumluluğunu üstlenmeyi bırakır. *Destek* ve *Empati* arasında *Gerçeklik* ile kurulan hassas denge, ideal yaklaşım şeklidir (5. Bölüm'e bakınız).

Pek çok ortamda, SET-UP prensiplerinin *Gerçeklik* kısmına odaklanmak, eylemlere yönelik mantıklı bir rehberlik sağlayabilir. Ancak intihar tehdidi varsa, bir ruh sağlığı uzmanı ya da intiharı önleme kuruluşuyla temasa geçmenin zamanı gelmiştir. İntihar tehditlerinin, duygusal şantaj haline gelmesine izin verilmemelidir, çünkü bu sayede arkadaş ya da ilişki, borderline bireyin talep ettiği şekilde davranmaya yönelik manipüle edilmiş olur. Tehditler ciddiye alınmalı ve profesyonel yardım almasını istemek gibi anında ve öngörülebilir şekilde gerçekçi karşılıklar bulmalıdır (bir *Gerçeklik* karşılığı).

Kırk bir yaşında bekâr bir erkek olan Jack, bir yandan okula dönme girişiminde bulunurken bir yandan da yarı zamanlı bir işte çalışıyordu. Dul annesi, ona ekonomik destek vermeye devam ediyordu ve Jack ne zaman işinde, okulunda ya da ilişkisinde başarısız olsa, onun hedeflerine ulaşamadığını ısrarla söyleyerek çaresizliğini pekiştiriyor ve kendisiyle birlikte yaşamak için "eve" dönmesini öneriyordu. Terapinin kapsamında, Jack'in çaresizliğini sürdürme ve bu çaresizliğin sağladıklarından yararlanma eğiliminin farkına varmasını ve annesinin kontrolü ele geçirme ihtiyacını ve Jack'in bağımlılığını artırmadaki rolünü anlamasını sağlamak bulunuyordu.

Bazen değişimi başlatmak için tek bir kişi yeterli olur. Jack'in annesi, onun bağımlılığına ilgisini (*Destek*), anlayışını (*Empati*) ve hakikati kabullenmesini (*Gerçeklik*) –Jack'in kendi eylemlerinin sorumluluğunu daha çok üstlenmesi ihtiyacı– vurgulayan SET-UP cevaplarıyla karşılık verebilir. Eğer annesi kendi davranışını değiştirmeye istekli değilse, sorunlarında annesinin rolünün farkına varan ve kendisini ondan uzaklaştıran kişi, Jack olmalıdır. Jack'in ya da annesinin eylemi, ilişkide daha sağlıklı etkileşimleri sağlayacak değişimi başlatabilir.

Özel Ebeveynlik Sorunları

SKB'den mustarip bireylerin çoğu, çocukluklarını karakteristik özelliklerle tanımlamaktadırlar. Sıklıkla geçmişlerinde bir duygusal, fiziksel ya da cinsel istismar hikâyesi vardır. Genellikle ebeveynlerden biri eksiktir ya da ortada yoktur, vakit alan ev dışı ilgi alanları, hobileri ya da kariyer hedefleri vardır veya alkol/madde bağımlısıdır.

Eğer her iki ebeveyn de evde yaşıyorsa, ilişkilerinde genellikle anlaşmazlık hâkimdir. Sıklıkla çocuk yetiştirmeyle ilgili bir uzlaşı yoksunluğu vardır ve bunun sonucu olarak, ebeveynlerden biri, genellikle anne, başlıca ebeveynlik rolünü üstlenir. Bu tür ebeveynler, çocuklarının karşısında nadiren ortak bir cephe oluşturabilirler. Bu tür çocukların dünyası, tutarsızlık ve geçersizliklerle doludur. Çocuk ne zaman bir düzene ihtiyaç duysa tutarsızlıklarla; ne zaman istikrara ihtiyaç duysa dengesizlikle karşılaşır. Bu nedenle, geleceğin borderline yetişkini, istikrarlı bir kimlik bilinci geliştirme fırsatından yoksun kalır.

Borderline bireyin annesi, bariz bir şekilde ruhsal açıdan hasta olabilir, ancak patolojisi genellikle oldukça güç algılanır niteliktedir. Hatta diğer insanlar tarafından, çocuklarına tam "adanmışlığından" ötürü mükemmel anne olarak bile görülebilir. Ancak daha derinlemesine bir gözlem, çocuklarının hayatlarındaki aşırı müdahaleciliğini, karşılıklı bağımlılığı pekiştirmesini ve çocuklarının olgunlaşmasına ve bağımsızlaşmasına izin vermeye razı olmadığını gözler önüne sermektedir. Borderline annelerin borderline çocukları olduğu sıklıkla gözlemlenmektedir.

Ayrılma veya boşanmanın ardından, istikrarlı bir çocuk yetiştirme sürecini devam ettirmeye çalışmak özellikle zorlayıcıdır. Tüm yönetsel figürlerin –ebeveynler ve üvey ebeveynler– tutarlılığı, belirli sınırlar dahilinde çocuk yetiştirme kurallarını oluşturmada en önemli niteliktir. Ancak bu, ayrıldığı eşiyle savaşını sürdürmek için, bilinçli ya da bilinçsiz olarak çocukları kullanan borderline ebeveyn için zor olabilir. Diğer ebeveyn, tartışma konularında seçici davranarak mücadeleyi asgari seviye indirmeye çalışmalıdır. Kendini savunmaya çalışmak ya da suçlamalarda bulunmak, dargınlığı değiştirmeyecek ve sadece çocuğun/çocukların kafasını karıştıracaktır. Karşı çıkmak veya diğer ebeveynin talimatlarını engellemek, sadece kaosu artırmaya yarar. Genellikle en iyi yaklaşım, çocuklara olan karşılıklı bağlılığı kabul ederek konuşmaların odağını kişisel ilişkiden farklı bir yöne çevirmek ve çocuklar için en iyi neyse ona odaklanmaktır. Genellikle ortak bir zemin bulunur ve tartışmalar en aza indirilebilir.

Erken Ayrılıklar

Ebeveynlerden ayrı kalmak, özellikle de yaşamın ilk yıllarında, borderline bireyin geçmişinde yaygın olarak görülen bir durumdur. Görünüşte bu ayrılıklar önemsiz gibi dursalar da aslında çok etkilidirler. Örneğin, bir kardeşin doğumu, birkaç haftalığına anneyi normal aktivitelerinden uzaklaştırır, ancak anne geri döndüğünde büyük kardeşe önceki kadar ilgi göstermezse, büyük çocuğun bakış açısına göre anne yok olmuş ve yerine neredeyse tamamen küçük kardeşe odaklanmış başka biri gelmiştir. Sağlıklı bir ortamda bulunan sağlıklı bir çocuk için, bu travmanın kolaylıkla üstesinden gelinebilir, ancak borderline ortamında bulunan borderline öncesi bir çocuk için yaşadığı bu durum pek çok kaybından birini temsil edebilir ve terk edilme olarak algılanabilir. Uzun süreli hastalıklar, sık seyahatler, boşanma ya da bir ebeveynin ölümü, gelişmekte olan çocuğu kritik zamanlarda tutarlı annelikten yoksun bırakır, istikrarsız ve güvensiz dünyasında güven ve istikrar sağlayabilme becerilerini engeller.

Çocukluk Çağı İstismarı Travması

Yoğun duygusal, fiziksel ve/veya cinsel istismar, SKB olan kişilerin geçmişinde yaygın rastlanan travmalardan biridir. Bir ça-

lışma, SKB hastalarının yüzde 71'inin geçmişe dair travmatik istismara uğramış olduğunu gözler önüne sermiştir. Doksan yedi farklı çalışmayı içeren bu analizde, SKB'li bireylerin klinik olmayan kontroller sonucunda tespit edilen oranın neredeyse on dört katı oranında çocuklukta sıkıntılı süreç yaşadıkları tespit edilmiştir. Kötü muamelenin en yaygın biçimleri, fiziksel ihmal ve ardından duygusal istismardı. Bu SKB hastalarının yaklaşık üçte biri, fiziksel ya da cinsel istismara uğramıştı.[178]

Bir çocuk istismara uğradığında, sürekli kendini suçlamaktadır, çünkü (bilinçli ya da bilinçdışı şekilde olsun) bu, elindeki seçeneklerin en iyisidir. Eğer yetişkini suçlarsa, kendisine bakamayacak durumdaki beceriksizlere bağımlı olması, onu dehşete düşürecektir. Eğer kimseyi suçlamazsa, ıstırabı rastlantısal ve öngörülemez ve hatta daha korkutucu hale gelir, çünkü bunu kontrol etme ümidi yoktur. Kendini suçlamak, istismarı anlamasını kolaylaştırır ve bu nedenle kontrol etmesini mümkün kılar – bir şekilde istismara kendisinin neden olduğu hissine kapılarak bunu sonlandırmak için bir yol bulabilir ya da pes edip kendisinin "kötü" olduğunu kabul eder.

İstismara uğrayan çocuk, hayatının erken dönemlerinde kötü olduğunu, kötü şeylerin olmasına neden olduğunu öğrenirse, cezalandırılma beklentisi içine girer ve sadece cezalandırıldığında kendini güvende hissedebilir. Daha sonra, bu alışkın olduğu, güvenli cezalandırılma hissini pekiştirmesinin bir yolu kendine zarar verme olabilir. İstismarı bir tür sevgi olarak görüp kendi çocuklarını da istismar edebilir. Yetişkin olduğunda, bir çocuğun nefretle sevginin birbirine girdiği, her şeyin sadece iyi ve kötüden ibaret olduğu ve sadece istikrarsızlığın istikrarlı olduğu karmaşık dünyasına mahkûm olmuş olabilir.

Çocuk istismarı, fiziksel şiddet ve sapkın cinsellikten daha örtülü şekillerde gerçekleşebilir. Sözlü taciz, alay, aşağılama veya soğuk sessizlik şeklindeki duygusal istismar da aynı derecede hasar verici olabilir.

Stephanie, babasını asla mutlu edemiyordu. Küçükken, babası ona "şişko" diye hitap ediyor, babasını memnun etmek için

spor yapmaya yönelik acemi erkeksi çabalarına gülüyordu. Notları mükemmelden daha düşük olduğunda ya da mutfağı temizlemeye çalışırken yanlışlıkla tabak kırdığında "aptal" damgası yiyordu. Babası, balodaki straplez elbisesiyle dalga geçmiş ve mezuniyet gününde, Stephanie'ye ısrarla "hiçbir işe yaramadığını" söylemişti.

Stephanie, bir yetişkin olarak her zaman kendine karşı güvensizdi, onu öven iltifatlara asla inanmıyor ve memnun edilmesi imkânsız kişileri ümitsizce memnun etmeye çalışıyordu. Bir dizi kötü ilişkinin ardından Stephanie en sonunda ilgili ve destekleyici biri gibi görünen Ted ile tanıştı. Ancak Stephanie, her fırsatta onun sadakatini test ederek ve bağlılığını sorgulayarak ilişkiyi baltalıyordu, çünkü değer verdiği hiç kimsenin ona değer vermeyeceğine ikna olmuştu.

Ted'in, Stephanie'nin geçmişini anlaması ve güvenin sadece uzun bir süreç kapsamında gerçekten inşa edilebileceğinin farkına varması gerekiyordu. Hiç kimse beklemek istemez. Ted ise beklemeye razı olmuştu ve hem kendisi hem de çift, bu sayede karşılıklı olarak destekleyici uzun süreli bir ilişkiye kavuşmuştu.

Hayat Döngüsü Süresince SKB

Kapsamlı bir İngiliz-Amerikan ortak çalışması, on iki yaş civarı sergilenen önemli borderline semptomlarının, on sekiz yaştan yetişkinliğe geçişte yaygın işlev bozukluğunun belirleyicisi olduğunu göstermiştir.[179] Bazı çocuk doktorları, hangi küçük çocukların borderline yetişkinlere dönüşeceğini erken yaştaki davranışlarıyla bilebileceklerini söyleseler de, SKB'nin ilk teşhisi genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde konulur.

Ergenlikte SKB

Doğası gereği ergenlikteki sıkıntılarla SKB birbirine çok benzemektedir: Hem tipik ergen hem de SKB'li ergen, bireysel kimlik

edinme ve ebeveynlerinden bağımsızlaşma mücadelesi verir; arkadaşlarla bağ kurma ve gruplarla özdeşleşme peşindedir; yalnız kalmaktan kaçınmaya çalışır; çarpıcı ruh hali değişimleri ve öfke patlamaları yaşar ve genellikle dürtüselliğe meyillidir. Gençlerin dikkatlerinin kolay dağılması ve dalgınlıkları, borderline dissosiyatif deneyimlere ve bir amaca yönelip o yönde hareket etmekte zorlanmaya benzerdir. Ergenlerin ilginç giyim tarzları, ilkel beslenme alışkanlıkları ve baş ağrıtıcı müzik zevkleri genellikle farklı bir kimlik oluşturmaya yöneliktir ve belirli akran gruplarıyla ilişkilidir ki bu çabalar, SKB'yle mücadele eden gençlerin çabalarına benzerdir.

Normal bir ergen iç karartıcı bir müzik dinleyebilir, karamsar bir şiir yazabilir, intihar etmiş ünlü isimleri yüceltebilir, dramatik bir şekilde çığlık atıp ağlayabilir ve tehditler savurabilir. Ancak, normal bir ergen bileklerini kesmez, aşırı yemek yiyip günde birkaç defa kusmaz, uyuşturucuya bağımlı olmaz ya da annesine saldırmaz; SKB'nin gelişiminin habercisi olan bu uç davranışlardır. Bazı ebeveynler, ergenin sorunlarını geçici sanarak ya da tipik bir gencin ilgi çekme teşebbüsü olarak görerek bu sorunların (aşırı doz uyuşturucu gibi) ciddiyetini inkâr ederler. Çocukların dramatik yollarla ilgi çekmeye çalıştığı doğru olsa da, ne intihar girişimleri ne de yıkıcı davranışlar "normal"dir. Ebeveynler bunun yerine, yeni başlayan borderline kişilik ya da başka bir bozukluk olasılığını değerlendirmeli ve bu ergen, bir uzman tarafından muayene edilmelidir. Diğer psikiyatrik bozukluklara sahip gençlerle karşılaştırıldığında, borderline ergenler, en şiddetli patoloji ve işlev bozukluklarından birini sergilerler. Borderline ergenler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tıbbi sorunları sergileme bakımından daha yüksek oranlara sahiptirler. Bu kişilerin sigara, alkol ve diğer maddelere bağımlı olma olasılıkları da yüksektir.[180]

Genellikle diğer kişiler –ebeveynler, öğretmenler, işverenler, arkadaşlar– normal gencin borderline davranışına doğru sınırı geçtiğini, ergenin kendisi bile fark etmeden önce fark edeceklerdir. Sürekli uyuşturucu kullanımı, bir dizi çalkantılı ilişki ya

da anoreksik aç kalma, daha derin sorunların varlığına ilişkin ipuçlarıdır. Bunları birbirinden bağımsız şekilde yıkıcı davranışlar olarak görüp o şekilde tedavi etmek gibi bir eğilim olsa da, bireysel semptomlardan ziyade gencin bütün işlevsellik biçimi muayenenin odağını oluşturmalıdır. Bu, özellikle de intihar potansiyeli düşünüldüğünde çok önemlidir.

İntihar, gençler arasındaki ölümlerin başlıca nedenidir ve özellikle depresif, uyuşturucu bağımlısı, dürtüsel veya saldırganca davranan ve az sayıda destek sistemine sahip –bunların hepsi SKB'nin belirleyici özellikleridir– gençler arasında yaygındır.[181,182] Kendine zarar verme tehditleri *her zaman* ciddiye alınmalıdır. "Sadece ilgi çekmek için" kendine zarar verme çabaları trajik bir şekilde tersine dönebilir. "Gerçek intiharı", "ilgi çekme isteğinden" ayırt etmeye çalışan ebeveynler, durumu anlayamazlar – her ikisi de ciddi patolojik davranışlardır ve tedaviyi, sıklıkla da yatarak tedaviyi gerektirirler.

Borderline ergende kendine yıkıcı davranışla baş etmek, boşanma ve üvey ebeveynlik durumunda karmaşık bir hale gelmektedir. Boşanmış taraflar arasında tatsızlık devam etse dahi, çocuklarıyla ilgilenmek için işbirliği yapmaları gerekir. Tüm taraflar ve vasiler, "Sen benim gerçek annem/babam değilsin" tutumuna ve sınır belirleyici kurallara yönelik diğer itirazlara karşı birlikte hareket etmelidirler.

Genç Yetişkinlikte SKB

Yirmili yaşlarındaki borderline yetişkin, büyümenin yeni zorluklarıyla karşı karşıyadır. İş ve ilişkiler alanında ömür boyu sürme potansiyeli olan taahhütlere ve nasıl bir insan olmak istediği konularına kafa yorar. Artık ebeveynlerinin yönetiminin ve eğitimsel idarenin ötesine geçtiği için, kendini özerk bir bağımsızlık konusunun içinde bulur. İnsan beyni, yirmili yaşların ortalarına kadar olgunlaşmaya devam etmektedir, bu nedenle kişi, hayatını değiştiren kararları alırken ergenlik dürtüselliğinin, dengesizliğin ve kaygının esiri olmaya devam edebilir.

Olgunlaşan Borderline Yetişkin

SKB teşhisi konmuş pek çok kişi, tedaviyle ya da tedavi olmaksızın, zamanla gelişir. Pek çoğu tamamen iyileşir. Tamamıyla iyileşmeyen, yüksek işlevsellik düzeyindeki borderline yetişkinler yine de başarılı bir kariyer yapabilir, geleneksel aile rollerini üstlenebilir ve arkadaş grubu ve destek sistemlerine sahip olabilir. Genellikle kendi bağımsız varlıkları kapsamında, kendileriyle ve o boşlukta yaşayan diğer kişilerle ilgili tekrarlayan hayal kırıklıkları yaşasalar da, tatmin edici hayatlar yaşayabilirler.

Bununla birlikte, daha düşük işlevsellik düzeyinde olan SKB'liler, bir işi elde tutmada ve arkadaşlıkları sürmede daha çok zorluk yaşarlar, aile ve destek sistemlerinden yoksun olabilirler; daha fazla yalnızlık yaşayabilirler ve kendi kişisel evrenlerinde daha çaresiz "kara deliklerde" kalabilirler.

Öngörülemezlik unsuru ve düzensiz davranış devam edebilir. Bu durum, yalnız ve tek başına kalmış bireyde daha barizdir, ancak örneğin, sözde mutlu aile babasını iyi tanıyan biri, onun davranışında yüzeysel rasyonaliteye ters düşen tutarsızlıkları fark edebilir. İşyerinde, başarılı bir iş insanı ya da profesyonelin bile, onunla yakın çalışan kişiler tarafından, dengesizlik havasını yansıtan şeyin ne olduğunu tam olarak tespit edemeseler bile, bir miktar tuhaf olduğu anlaşılabilir. Bunun yerine, başarılı bir iş insanı işyerinde tamamıyla normal görünebilir, ancak evde istismarcı ve mantıksız davranışlar sergileyebilir.

Çoğu borderline yetişkin, yaş aldıkça "sakinleşebilir". Dürtüsellik, ruh hali değişimleri ve kendine zarar verme davranışlarında dramatik yoğunluk açısından azalma görülür. Bir tür kimlik duygusu ve bağlantı kurulmuş olur. Bu örüntü, değişimin nesnel bir yansıması ya da bu kişiyle birlikte yaşayan veya çalışanların öznel bir değerlendirmesi olabilir; arkadaşlar ve sevgililer bu kişinin dengesiz hareketlerine zamanla alışmış olabilir ve tuhaflığı artık fark etmiyor ya da tepkisiz kalıyor olabilirler.

Bunun nedeni belki de kişinin, ihtiyaçlarını karşılamak için artık periyodik patlamalar gerektirmeyen –aşırı alkol tüketimi,

intihar tehditleri ya da dramatik hareketler– daha rutin bir yaşam tarzına geçmesi olabilir. Muhtemelen yaş aldıkça borderline yaşamın çılgın temposunu sürdürecek enerjiyi veya dayanıklılığı kaybedebilir. Ya da belki de bazıları için olgunlaştıkça gerçekleşen doğal bir iyileşme süreci söz konusu olabilir. Her durumda, SKB'li kişilerin pek çoğu, tedavi olsun ya da olmasın, zamanla daha iyi hale gelir. Gerçekten de, pek çoğu, dokuz belirleyici kriterden (1. Bölüm'e bakınız) beşini artık sergilemiyorsa, "iyileşmiş" olarak görülebilir. Bu harap edici hastalığın uzun dönemli seyrinin çok umut verici olduğu akıllardan çıkarılmamalıdır (7. Bölüm'e bakınız).

Bu nedenle, SKB'li kişiyle birlikte yaşayanlar, bu kişinin davranışlarının zamanla daha tahammül edilebilir hale gelmesini umut edebilirler. Bu noktada, öngörülemez tepkiler daha öngörülebilir hale gelir ve bu nedenle idaresi kolaylaşır, bu kişiler için de daha sağlıklı bir şekilde nasıl sevip sevileceğini öğrenmek mümkün hale gelir.

Yaşlanan Borderline Hastası

Huysuzluk, öfke, terk edilme korkusu ve zayıf ilişkiler gibi SKB semptomları, hayatın ilerleyen dönemlerinde devam ederse, özellikle de borderline bir ebeveynle tahammül edilebilir ilişkiler sürdürmek zor olur. Bu tür zor durumlarda yetişkin bir çocuk, muhtemelen ne olursa olsun bir tür ilişki sürdürmeyi tercih eder, ancak bu ilişki onu sürekli üzen bir ilişki olmamalıdır. Ne de olsa, ilişkiyi sürdürmesi gerektiği kişi annesidir!

Borderline bir ebeveyn, ihtiyaçları karşılanmazsa suçluluğu tetikleyebilir. Başka insanlardan uzaklaşmışsa, çocukları onun tek sosyal bağı olabilir. Bu tür durumlarda, sağlayabileceğiniz desteğin tutarlı sınırlarını korumaya çalışmalısınız. Ebeveyn sürekli olarak yapmıyorsa, farklı aktiviteleri ve ilişkileri teşvik etmek faydalı olabilir.

Lois'in annesi, onu sık sık arayarak şiddetli baş ağrılarından, yalnızlığından ve hayata karşı duyduğu nefretten yakınıyordu.

Babası uzun zaman önce öldüğünden ve kardeşleri de aileden uzaklaştığından, Lois "iyi kız evlat" olarak, annesiyle ilgilenen tek çocuktu ve ilişkiyi sürdüren tek aile üyesiydi.

Annesi yalnız ve ıstırap içinde olduğunda, Lois kendisini suçlu hissediyordu. Annesine karşı duyduğu sevgiye ve annesinin tetiklediği suçluluk duygularına rağmen, annesinin gitgide daha yardıma muhtaç ve kendi kendine bakmaya gönülsüz hale geldiğini gördükçe Lois, öfkelenmeye başladı. Annesinin artan bağımlılığıyla, kendisinden yararlanmaya başladığını fark etti. Ancak Lois, öfkesini belli ettiğinde annesi daha ağlamaklı ve çaresiz bir hale geliyor ve dolayısıyla döngü tekrar ediyordu. Lois, kendini bu birbirine kenetlenmiş sistemden kurtardığında ve kendi şartları çerçevesinde tutarlı teması sürdürdüğünde, annesi daha sağlıklı bir kendi kendine yeterlik sağlamaya zorlanmış oldu.

İşyerinde SKB

İşyeri ortamında, borderline çalışanlar genellikle tuhaf ve acayip olarak görülürler. Kendilerini izole etmeye, kişisel bağlantılar kurmaktan kaçınmaya ve asabilik, şüphe ve tuhaflık özellikleriyle başkalarını kendilerinden uzak tutmaya meyillidirler. Kimileri sürekli fiziksel rahatsızlıklardan ya da kişisel sorunlardan yakınıp durur ya da ara sıra paranoya ve öfke krizleri yaşar. Bazılarıysa işyerinde mükemmel derecede normal davranışlar sergileyebilir, ancak işyerinin dışında iş arkadaşlarının yanındayken tuhaf ve huzursuz görünebilir. Hollanda merkezli bir çalışma, SKB'li işçilerin (ve hatta resmi SKB tanısı için yeterli olmayan SKB semptomlarından bazılarını sergileyenlerin), iş performanslarının önemli derecede olumsuz etkilendiğini tespit etmiştir. Bu çalışanlar, daha çok iş güvensizliğine, karar vermeyle ilgili daha çok soruna, daha az iş arkadaşı desteğine ve daha yüksek düzeyde strese sahiptir.[183]

Birçok işveren, başlangıçta çalışanların alkol ve uyuşturucu kullanımı sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış bir kurum içi danışmanlık olan işçi destek programları uygulamaktadır. Günümüzde bu programlar, çalışanların diğer duygusal sorunlarının yanı sıra hukuki ve finansal sıkıntılarla baş etmelerine yardımcı olmak için de kullanılmaktadır.

İşçi destek programlarındaki psikolojik danışmanların çoğu, alkol ve uyuşturucu kullanımının ya da depresyon ve psikoz gibi belirgin psikiyatrik hastalıkların belirtilerini tespit etmek konusunda donanımlıdır, ancak SKB'nin daha karmaşık semptomlarına o kadar aşina olmayabilirler. Hatta çalışanın yöneticisi, iş arkadaşları, psikolojik danışmanı ve hatta kendisi işlevsiz ve zarar verici bazı davranışların farkında olsalar bile, kişinin bu davranışları daha yaygın olarak tanınan bir bozuklukla açıkça ilişkilendirilemeyeceği için, borderline çalışan, tedaviye başvurmayabilir.

Müstakbel işveren, geçmişinde sık iş değişikliği olan bir başvuru sahibinin borderline özellikler taşıdığından şüphelenebilir. Bu iş değişiklikleri genellikle kişisel çatışmalarla (aslında çoğu zaman doğrudur) açıklanacaktır. Diğer işten ayrılma durumlarına çok iyi yapılandırılmış (hatta monoton) bir rutini bozan önemli bir değişiklik –yeni bir yönetici, yeni bir bilgisayar sistemi ya da iş tanımındaki bir değişiklik– neden olabilir.

Borderline çalışan, çok yaratıcı ve kendini işine adamış biri olabileceğinden değerli bir çalışan olabilir. Daha yüksek seviyede işlevsellik gösterdiğinde renkli, ufuk açıcı ve diğerlerine ilham veren biri olabilir. Pek çoğu, beklentilerin açıkça ifade edildiği sınırları belli, iyi yapılandırılmış bir ortamda azami seviyede performans sergiler. Kimileri de daha yaratıcı ve hayalperest olmalarına imkân tanıyan, düzenlemelerin olmadığı işlerde başarılı olur.

İş arkadaşları, borderline kişinin dünyayı siyah ya da beyaz olarak algılama eğilimini fark ettiklerinde ve sistematik yapıyı tercih etmesini anladıklarında, onunla daha kolay iletişim kurabilirler. Talimatlar kesin ve beklenen sonuçlar belli olduğunda, borderline çalışan daha az stresli olacaktır. İş arkadaşları, onun çevresinde dalga geçmekten ve iyi niyetli şakalar yapmaktan kaçınmalıdır, bunlar borderline çalışanın kolaylıkla yanlış yorumlayabileceği şeylerdir. Kişi, diğerlerinin şakalarının he-

defi haline geldiğinde, devreye girmek işe yarayabilir. Başarılı çalışmalarının sıklıkla övülmesi ve hatalarının gerçekçi ve eleştirel olmayan bir şekilde kabul edilerek iyileştirme önerilerinde bulunulması, borderline çalışanın işyerindeki performansına katkı sağlayabilir.

Benzer şekilde, borderline bir çalışan yönetici ya da üst yönetici pozisyonunda olduğunda, çalışanlar bu siyah-beyaz düşünce tarzını kabul etmeli ve bununla baş etmeyi öğrenmelidir. Çalışanlar, hayal kırıklığını azaltan bir anlayışla o kişinin değişkenliğini beklemeyi ve kabul etmeyi öğrenmelidir. Küçük meselelere yönelik mantıksal tartışmalara girmekten kaçınmalıdırlar, çünkü tutarlılık her zaman mümkün olmayabilir. Güvenilir geribildirim ve değerlendirmeler sağlamak için kurumda farklı yerlerde müttefikler aramalıdırlar. Daha önemli sorunlarla ilgili olarak, çalışanlar bir araya gelerek patrona başvurabilirler.

Oyun Sırasında SKB

SKB'li birey, oyun sırasında genelde öngörülemez ve bazı zamanlar da çok şaşırtıcıdır. Eğlence ve oyun konusunda büyük zorluk yaşayabilir, aktivitenin rahat doğasıyla tamamen orantısız bir ciddiyet sergileyebilir. Bu kişi, ilk başta oldukça hoş görünen, ancak oyun ilerledikçe giderek artan derecede öfkeli ve kızgın hale gelen yeni tenis partneriniz olabilir. Ona sürekli olarak bunun sadece bir oyun olduğunu hatırlatmanıza rağmen, tepinip kendi kendine söylenebilir, raketi fırlatıp sporu bırakacağına dair yeminler edebilir. Bu kişi, oğlunuzun çocuklarla çok iyi anlaşan ancak aniden genç hakemi çılgınca taciz etmeye başlayan ya da kendi uzantısı olarak gördüğü kendi oğluna bile öfkeli bir şekilde zalimce davranan antrenörü olabilir. Bu örnekler, aslında borderline olmayan bazı kişilerde görülen borderline benzeri özellikleri tanımlasa da, bu davranışlar aşırı hale geldiğinde veya tutarlı bir şekilde sürekli olduğunda, gerçek bir sınırda kişilik belirtisi olabilir.

Bu yoğunluk, kişinin gevşeme ve eğlenceli vakit geçirme becerisini baltalar. Başkalarının eğlenmeye yönelik girişimleri onu üzebilir ve sinirlendirebilir. Onu kandırmak neredeyse imkânsızdır. Eğer borderline partnerinizle tenis oynamaya devam etmeyi tercih ederseniz, SET-UP prensiplerinin akıllıca kullanılması, bu deneyimi daha tahammül edilebilir hale getirebilir (5. Bölüm'e bakınız).

Kendi Duygularınızı Anlama

Hayatındaki iniş çıkışlar sürecinde SKB'li birine eşlik ederseniz, özellikle suçluluk, öfke ve korku gibi çeşitli duyguları deneyimlemeye hazır olmalısınız. Kendi kendine zarar verme hali olduğunda, bu kişiler çaresiz görünebilir ve kendi davranışlarının sorumluluğunu, zaten kabul etmeye hazır başka kişilere yükleyebilirler. Suçluluk, dürüstçe yüzleşmenin karşısında büyük bir engeldir. Benzer şekilde, kendisine, başkalarına ve size karşı vereceği fiziksel zarar endişesi, etkileşimleri başlatmak için etkili bir caydırıcı olabilir. Sıklıkla meydana geldiği üzere, kendinizi manipüle edilmiş hissettiğinizde ya da belirli bir davranıştan hoşlanmayıp o davranışa anlam veremediğinizde gösterilen yaygın tepki, öfkedir.

Anlayış ve *İstikrar* (5. Bölüm'de yer verdiğimiz SET-UP iletişim paradigmasının UP kısmı), herhangi bir ilişkiyi sürdürmenin önemli iki bileşenidir. Bu bileşenler, SKB'li biriyle bağlanımı idare etmekte de özellikle önemlidir. SET'i ve diğer iletişim tekniklerini uygulamak, kargaşayı yönetmek konusunda fayda sağlayabilir. Aynı zamanda, kendi duygularınızı da sürekli olarak değerlendirmelisiniz. Üzüntünüzle şefkatinizi eşdeğerli hale getirmeniz ve zamanın ruhu, sağlıklı bir ilişki sürdürmenize imkân tanıyabilir.

Bireysel Borderline Semptomlarıyla Baş Etme

İkinci Bölüm'de ve diğer kitabımızda[184] SKB'nin dokuz belirleyici kriterini ele alıyoruz. Ancak bizim SKB olarak tanımladığımız şeyin pek çok yüzü vardır. Resmi teşhis için dokuz belirle-

yici kriterin beşinin mevcut olması gerekir. Bu permütasyonlar, semptomların 256 farklı olası kombinasyonuna ve ihtimal dahilinde SKB'nin 256 farklı tezahürüne yol açmaktadır. Belirgin bir öfke, çılgın ruh hali değişimleri ve kendine zarar verme dürtüselliği sergileyen bir SKB hastası, başlıca semptomları terk edilme korkusu, boşluk hissi ve tutarsız benlik algısı olan bir SKB hastasından oldukça büyük farklılıklar göstermektedir. SET-UP teknikleri, borderline bireylerle iletişim kurmada önemli faydalar sağlasa bile, *belirli* borderline ifadelerle baş edebilmek için *tek bir* etkili strateji oluşturmak neredeyse imkânsızdır. Belirli borderline semptomlarıyla baş edebilmeye ilişkin teknikler aşağıda yer almaktadır ve bunların bir kısmı, yazarın daha önceki kitabında[185] tanımlanmıştır.

Terk Edilme Korkusuyla Baş Etme (1. Kriter)

Borderline öfkesinin insanları kendisinden uzaklaştıran yansıması, terk edilme korkusudur. (Gerçekten de, bu iki özelliğe bu kitabın adında işaret edilmiştir!) Yalnız kalma korkusu; bozuk ilişkiler, bozulmuş bir kimlik hissi ve boşluk duygusu gibi diğer SKB semptomlarına karışır. SKB'si olan sevdiğiniz bir kişi, terk edilmekten kaçınmak için sürekli güvence altında olma talebinde bulunabilir ve bağımlılık derecesinde muhtaçlık sergileyebilir.

- ***Geçiş nesneleri kullanın.*** Tıpkı çoğu zaman bir pelüş hayvanla seyahat eden Prenses Diana gibi (3. Bölüm'e bakınız), bağlantıların temsilleri ayrılık söz konusu olduğunda faydalı olabilir. Bir fotoğraf ya da giysi parçası taşımak, kendini yalnız hissettiği zamanlarda SKB'li kişiyi yatıştırabilir ve ona güven verebilir. "Ortak şarkınızı" çalması için onu teşvik etmek ya da gün boyu sizin kazağınızı giymesi de rahatlamasını sağlayabilir.
- ***Hazırlıklı olun.*** SKB'li pek çok kişi için, gelecekteki, özellikle de eşin kısa iş gezisi gibi istenmeyen bir etkinlik bilinçdışına

itilir. Bu kişiyi üzeceğini bildiğiniz bir durumu ele almaktan kaçınmayın. Bunun yerine, düzenli aralıklarla ona geziyi hatırlatın ve bu hatırlatmayı olumlu haberlerle destekleyin: "Ben o iş gezisine gitmeden bir gece önce birlikte kulübe gidelim mi?"

Siz yanında değilken onu rahatlatacak alternatif kaynaklar bulun. Arkadaşlarıyla buluşma ayarlamak, kulüp toplantılarına katılmak ya da egzersiz yapmak gibi...

- ***Dengeli ve disiplinli sınırlar belirleyin.*** Size muhtaç, sevdiğiniz borderline olan kişinin taleplerini asla tam olarak yerine getiremeyebilirsiniz, ancak güvenli bir şekilde sürdürebileceğiniz bir ilişki seviyesi gibi, istikrarlı bir şekilde uygulayabileceğiniz sınırlar belirlemeye çalışın: "Baba, her gece ziyaretine gelmediğim için üzüldüğünü biliyorum, ancak her perşembe akşamı gelmeyi planlıyorum, böylece birlikte akşam yemeği yiyebiliriz."

İlişkideki İstikrarsızlıkla Baş Etme (2. Kriter)

SKB'li kişinin siyah-beyaz bakış açısı, onunla tutarlı ilişkiler sürdürmeyi zorlaştırır. Sizin bir melekten şeytana dönüşebileceğinize dair algısından bahsetmeye gerek bile yoktur. Bu bozuk dünya görüşü ve diğerleri, bu kişilerin kim olduğuna dair tutarsız bir anlayışın yansımasıdır (3. Kriter).

- ***Ne kahraman ne de günah keçisi olun.*** "Melek" olduğunuz düşünüldüğünde, olumlu idealleştirmeyi tartışmasız kabul edin. Alçakgönüllü bir şekilde, "Ah, hayır, ben o kadar mükemmel değilim," diyerek karşı çıkmanız, SKB mağduru için sadece hüsrana neden olur; diğer taraftan, ne kahraman misyonunu ne de kötü adam rolünü üstlenin.

Lindsey, ilişkilerinin ilk döneminde Nelson'a sürekli ne kadar mükemmel olduğunu ve -önceki nefret dolu erkek arkadaşla-

rına kıyasla– ne kadar "anlayışlı" olduğunu söyleyip duruyordu. Onun idealleştirmesiyle koltukları kabaran Nelson, onu "tüm sıkıntılarından kurtaracağına" ve onu koruyacağına söz verdi. Lindsey'in anne babasıyla ve patronuyla sert bir şekilde konuştu. Onun karman çorman mali durumunu düzenledi. Saçlarını ve giyim tarzını değiştirmesini sağladı. Tahmin edileceği üzere, sürekli idealize etme döneminin ardından, Lindsey kendisini manipüle edilmiş hissetti ve "egemen" bir zalime dönüşmesine hayret eden Nelson'a öfkelenmeye başladı.

- ***Sorumluluk alın ancak mantıksız kötülemelere karşı çıkın.*** Borderline partnerinizin davranışlarındaki ani değişimleri anlamaya çalışın. Size kızgın olmasını ve nedenini kabul edin. Ancak bu neden eğer doğru değilse, kötülemeyi otomatik olarak kabul etmeyin. Tekrarlayan saldırılara karşı durduktan sonra, şöyle diyebilirsiniz: "Seni havaalanından almadığım için bana kızgın olduğunu anlıyorum, ancak biliyorsun ki seni daha önce defalarca kez karşıladım ama bu defa işten izin alamadım."

Daha önceki karşılamalarınızı vurguladıktan sonra savunmacı tutumu sürdürmeyin. Daha fazla açıklama bu kişilerin öfkesini artırabilir. Bazen en iyi yaklaşım, basitçe şöyle deyip bırakmaktır: "Seni hayal kırıklığına uğrattığım için üzgünüm."

- ***Hazırlıklı olun.*** Olası bir yüzleşmeye hazır olmak faydalı olabilir. Borderline partnerinizin nasıl tepki vereceğini tahmin etmeniz ve sizin nasıl karşılık vereceğinizi tasarlamanız, duygularınızı kontrol altında tutmanıza yardımcı olabilir. Potansiyel etkileşimlerin provasını yapmak, SET cevaplarının ve diğer yaklaşımların işe yaramasını sağlar.

Kimlik Karmaşasıyla Baş Etme (3. Kriter)

SKB'li kişilerin tipik sözlerinden biri, "Gerçekte kim olduğumu bilmiyorum," ifadesidir. Güvenilir, tutarlı bir kimlik duygusu

geliştirmek, SKB'li birey için önemli bir zorluktur. Diğer insanlarla etkileşiminde, genellikle "numara yaptığını" hisseder – bir bukalemun gibi olabilir, Demokratların arasında Demokrat, Cumhuriyetçilerin arasında Cumhuriyetçi olabilir. Fakat gecenin bir yarısında, tek başınayken, gerçekte neye inandığını bilmez. Hedeflerin ve ilgi alanlarının peşinden gitmekte zorlanabilir. Boşluk hissiyle ilişkilendirilebilen işlere, eğitimsel hedeflere, ilişkilere bağlılık sağlayamayabilir (7. Kriter). Bu spektrumun diğer ucunda, dogmatik kültürünün nasıl düşünmesi, nasıl hissetmesi ve nasıl davranması gerektiğini belirleyen kült bir organizasyona tutunarak kimlik eksikliğini telafi edebilir.

- ***Kazanma ihtimali olmayan ikilemi açıklayın.*** Kim olduğunun ve ne istediğinin sürekli olarak dalgalandığı bazı durumlarda, bu kişilerin tek tutarlı duyguları hayal kırıklığı ve kin olabilir. Bu tür durumlarda, sizin ne söylediğinizin ya da ne yaptığınızın önemi yoktur –bir şey yapsanız da size lanet olsun, yapmasanız da. Bu türden kazanma ihtimali olmayan ikilemlerde gerçekten de galip gelemezsiniz.

SET'i bir araç olarak kullanarak durumun dinamiklerini açıklamak faydalı olabilir: "Bu akşam arkadaşlarımla çıkacağımı söylediğimde çok sinirlendiğini biliyorum. Ancak sen sinirlendiğinde ve ben de evde kalacağımı söylediğimde, seni 'suçladığımı' söyledin. Bak, hayatımın en önemli parçası olduğunu biliyorsun (*Destek*) ve son zamanlarda babanla çok şey yaşadığını biliyorum (*Empati*). Ne yaparsam yapayım kızacağın için evde kalacağım; ancak senin düşündüğün gibi suçluluk duygusundan ötürü değil (*Gerçeklik*). Bunu benim için önemli olduğundan ve zor zamanlar geçirdiğin için yapacağım (*Destek, Empati*)."

- ***Yönü değiştirin.*** Kazanma ihtimali olmayan bir duruma gireceğinizi anladığınızda, önce partnerinizin görüşünü ortaya çıkarmasını sağlayın. "Bu konuda pek emin değilim. Sen ne düşünüyorsun?"

- ***Paradokstan faydalanın.*** Yirmi iki yaşındaki Nora, üniversiteyi üç defa terk etmişti. İyi bir dönem geçiriyor, sonra cesareti kırılıyor, dersleri aksatmaya ve derslerden kaldığı notlar almaya başlıyordu. Ebeveynleri her defasında yeniden kaydolması için ona baskı yapıyorlardı. Bu defa babası bilinçli bir şekilde farklı bir yaklaşım izledi. "Belki de üniversite sana göre bir yer değildir. Güzel bir iş bularak hayatta daha mutlu olabilirsin," dedi. Nora ilk başta alınmış ve sinirlenmişti. Üniversiteye gidebilecek kadar akıllı olduğunu biliyordu ve aynı zamanda iyi eğitimli olmaksızın tatmin edici bir iş bulamayacağını da biliyordu. Babasının söyledikleri, Nora'nın, "Ben size gösteririm" tavrını harekete geçirdi. Birkaç hafta sonra, babasına küstahça okula geri döneceğini ve okul masraflarını karşılamak için bir öğrenci bursuna başvurduğunu söyledi. Ayrıca bu defa üniversiteyi bitireceğini de sözlerine ekledi. Sonuç, babasının umduğu gibi olmuştu.
- ***Bir ekibe katılın.*** Borderline partnerinizle bir grup aktivitesine –bir spor takımı, dini bir etkinlik, hayırseverlik kampanyası ya da toplumsal bir projeye– katılın. Tüm bunlar, sosyal ilişkileri güçlendirir ve kimliği belirleyen ilgi alanlarını harekete geçirir.
- ***Olumlu ve tutarlı olun, onun* yanında *durun.*** Tutarsız kimlik, hayattaki istikrarsızlıklardan kaynaklanır. Partneriniz, geçmiş deneyimlerden ötürü, sizin söylediğiniz şeyi yapacağınıza dair şüphe hissedebilir. Sizin, geliştirmeniz gereken olumsuz özellikleri görmezden gelmeksizin olumlu davranışları ön plana çıkaran güvenilir bir kaynak olmanız, borderline partneriniz için önem taşımaktadır.

Kendine Zarar Veren Dürtüsellikle Baş Etme (4. Kriter)

SKB, kişinin kendine zarar verme dürtüselliğiyle kısmen tanımlanan tek tıbbi teşhistir. Dürtüsel eylemler, özellikle de kendine zarar verme içerdiğinde, SKB'li bireyin arkadaşları ve ilişkileri için aşırı derecede sinir bozucu olabilir. Dürtüsellik, özellikle de

sıklıkla böyle olduğu gibi, hayatın nispeten istikrarlı olduğu bir noktada ortaya çıktığında sinir bozucudur. Gerçekten de, kendine zarar verme davranışları, tam olarak bu kişilerin hayatları yoluna girdiği için ortaya çıkabilir ve kişiler bu krizsiz ortamda kendilerini huzursuz hissedebilir.

Örneğin, Larry'nin sıkıcı bir evliliği vardı. Phyllis ile yirmi yıldan fazla bir süredir evlilerdi ve birbirleriyle nadiren etkileşim içine giriyorlardı. Larry büyük bir şirkette çalışırken, Phyllis de oğullarını büyütmüştü. Larry, günlük rutin ve dürtüsel davranışlardan ibaret gönüllü bir hapishane hayatı yaşıyordu. Giyinmek ve giysilerini düzenlemek için saatler harcıyordu. Geceleri yatmadan önce, kontrol duygusu sağlayabilmek amacıyla belirli ritüelleri tamamlıyordu – elbise dolabının kapakları özel bir şekilde açık bırakılmalıydı, banyodaki lavabo özenle temizlenmeliydi, sabun ve tuvalet malzemeleri belirli bir düzende yerleştirilmeliydi.

Ancak bu sıkı disiplinli düzen içinde Larry, dürtüsel şekilde sarhoş oluyor, kavgaya karışıyor ya da hiçbir şey söylemeden aniden bir günlüğüne şehirden uzaklaşıyordu. Bir defasında, "nasıl hissettireceğini görmek için" dürtüsel bir şekilde aşırı doz kalp ilacı almıştı. Genellikle Phyllis'in öfkesi karşısında ağırbaşlı ve sakin dururdu, ancak bazen "uzaklaşma" ihtiyacından dolayı onu suçlar ve önemsiz bir meseleden dolayı tartışma çıkarırdı.

Birkaç ay içkiden uzak durdu ana sonra tam da içkiden uzak durduğu için övgüler aldığı sırada, aşırı derecede sarhoş olurdu. Karısı, arkadaşları ve danışmanları ona yalvarır, onu tehdit ederlerdi ama bunlar bir işe yaramazdı.

- ***Öngörün.*** Bir süre ayık kaldıktan sonra, Phyllis, Larry'ye geçmişte işler iyi gittiğinde, aşırı alkol tüketimine dönüşen baskılar yaratmış olduğunu hatırlatabilir. Yakın bir arkadaşı ya da ilişkisi, geçmişte yaşananları vurgulayarak kendine zarar veren dürtüselliğin başlangıcını işaret eden duyguların daha çok farkında olmasına yardımcı olabilir. Buna, *Destek* cümleleri eşlik edebilir, dolayısıyla bu söylenenler nefret

dolu "işte yine başlıyorsun" eleştirisi olarak anlaşılmazlar. Bu şekilde, kişi kaotik ve öngörülemez olarak algıladığı davranışlarının, gerçekten anlaşılabileceğini, öngörülebileceğini ve böylece kontrol edilebileceğini öğrenir. Ancak, yine de kendini eleştiriliyormuş gibi hissetse bile, öngörmek, kişinin "gösteririm sana!" tavrındaki yıkıcı davranışlarını tekrar etmemesi yönünde onu motive eden bir karşıtlık sağlayabilir.

SKB'li bireye davranışının olası sonuçlarını her yönüyle açıklamak bazen onu yatıştırabilir. On beş yaşındaki kızı, ilişkisinin yasaklandığı erkek arkadaşıyla yeniden evden kaçmakla onu tehdit ettiğinde, Terry gerçekçi bir tavırla tepki vermişti: "Ah, tatlım, esasen bunu yapmamanı isterdim. Çünkü biliyorsun ki o zaman polisi aramak zorunda kalacağız, onlar da seninle Jordan'ı bulacak ve Jordan tekrar tutuklanacak. Sen de yeniden hastaneye gitmek zorunda kalacaksın, ki oradan nefret ettiğini biliyorum. Ve muhtemelen bu sefer seni daha uzun süre hastanede tutmak isteyecekler. Tüm bunları yaşamaktansa seninle daha çok konuşmayı tercih ederim."

- ***Rutinin bir parçası olun.*** Hassas zamanlarda, birlikte yapabileceğiniz sağlıklı aktiviteler –yoga dersleri, eğitsel ya da dini dersler gibi– ayarlayın.
- ***Öfkeye ve kendinden nefret duygusuna odaklanın.*** SKB'den mustarip sevdiğiniz kişiye aşırı derecede alkol tüketmek için dışarı çıkmaması adına yalvarmanız muhtemelen bir işe yaramaz. Ancak neden bu kadar öfkeli olduğunu ve bu öfkeyle neden bu şekilde kendine zarar vererek baş etmesi gerektiğini sormanız daha etkili olabilir. Eyleme dökmek yerine, onun konuşmasını sağlamak büyük bir ilerleme getirir.

Larry, terapi sırasında, görünürde öngörülemez olan davranışlarının başkalarına karşı, en çok da kendisine karşı öfkesini temsil ettiğini anlamaya başladı. Karısına nasıl kötü muamele etmeye başladığının veya kendine kızdığında içmeye başladığının farkına vardı. Bu dürtüsel davranış, suçluluk ve kendi kendini cezalandırmayla sonuçlanıyor ve bu da günahlarının kefaretini ödemesini sağlıyordu. Larry, kendine daha çok değer vermeye ve kendi ideallerine, inançlarına daha çok itibar göstermeye başlayınca kendine zarar verme eylemleri de azaldı.

İntihara Meyilli ve Kendini Yaralama Davranışlarıyla Baş Etme (5. Kriter)

İntihar tehditleri ve intihara meyilli davranışlar, her zaman ciddiye alınmalı ve destek için bir uzmana başvurulmalıdır. SKB hastalarında intihar riski, yüzde 10 civarındadır, bu da genel nüfustaki intihar oranının neredeyse bin katıdır.[186] Borderline semptomlarının çoğu, yaş aldıkça hafiflese de (bu bölümdeki Olgunlaşan Borderline Yetişkin kısmına bakınız), intihar riski yaşam boyunca devam eder ve bazı çalışmalar bu riskin yaşla birlikte arttığını öne sürmektedir.[187] Kişinin geçmişinde yer alan kendine zarar verme eylemi, intihar için en güçlü risk faktörüdür.

SKB'li her iki cinsiyetin de intihara teşebbüs oranları birbirine benzer olsa da, erkekler genellikle daha başarılı olur ve daha çok yara alırlar.[188,189] Daha önce intihar teşebbüsünde bulunmuş yaşlı hastalar, borderline ve onunla ilişkili kalıcı özellikler sergilemeye daha meyillidirler. İlk defa intihar girişiminde bulunan yaşlı hastaların karakter patolojisi sergileme olasılıkları daha düşüktür, ancak yüksek derecede obsesiflik ve çevrelerini kontrol etme arzusu sergilerler. Hayatın erken dönemlerinde benimsenmesi olası bu özellikler, depresyon ve bir kontrol kaybı hissiyle bir araya geldiğinde, umutsuzluk duygusuna ve intihar fikri oluşumunun artmasına katkı sağlayabilir.[190]

İntihara meyilli olmayan kendini yaralama davranışı, kendini kesme, yakma ve kafaya vurma gibi eylemleri içermektedir. SKB'de bu davranışlar, gerginliği yatıştırmak, kendi kendini cezalandırmak, soyutlanma ya da dissosiyasyon hissiyle baş

edebilmek, bir kontrol duygusu oluşturmak ya da tehlikeli bir heyecan ihtiyacını gidermek için kullanılabilir. Kendini yaralama davranışıyla karşılaşmak, özellikle aile ve arkadaşlar için zorlayıcı olabilir. Hamilelik süresince kendine zarar verme düşüncelerinin, doğum sonrası giderek artan depresyonla ve zayıf bir anne-çocuk bağıyla ilişkisi vardır.[191] İntihara meyilli olmayan kendini yaralama davranışı genellikle ergenlikte başlar ve dünya genelindeki yaygınlık oranı yüzde 18'dir.[192] Bu semptom, SKB için belirleyici bir kriter olsa da bazı uzmanlar intihara meyilli olmayan kendini yaralama davranışlarının farklı bir bozukluk olarak görülmesi gerektiğini öne sürmektedirler. DSM-5'in "İleri Çalışmalar için Koşullar"* kısmı, intihara meyilli olmayan kendini yaralama davranışı için ayrı bir teşhis kriteri önermiştir. (DSM-5 ve alternatif teşhis modelleri için Ek A'ya bakınız.)

- ***Yardım isteyin.*** İntihar tehditleri veya eylemleri her zaman ciddiye alınmalıdır. Destek almak için bir sağlık uzmanını, acil servisi, yardım hattını ya da başka bir yeri arayın.
- ***Ortamı koruma altına alın.*** Zarar vermede kullanılma potansiyeli olan nesneleri kaldırın ya da en aza indirin. Artık kullanılmayan ilaç kutularını ortadan kaldırın. Gereksiz keskin araçları yok edin. Tabanca ve diğer silahları ortadan kaldırın.
- ***Kişiyi kendi kendine zarar verme eyleminden uzaklaştıracak alternatif eylemler bulun.*** Yoğun bir egzersiz ya da başka bir fiziksel aktivite yapın. Kille şekillendirme yapmak ya da piyano veya başka bir müzik aleti çalmak gerilimi azaltabilir. Küvette sıcak bir banyo veya buz banyosu faydalı olabilir. Bazen buz küplerini tutmak, arzu edilen batma hissini sağlar ancak çok daha zararsızdır. Pek çok SKB'li birey için amaç, kan görmektir ve vücudunun bazı bölümlerini zorla (biraz rahatsızlık yaratmak için) kırmızı keçeli kalemle işaretleyerek bu kısmen sağlanabilir.

* Bu kısım, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında hazırlanan DSM-5'te bulunmasına rağmen Hekimler Yayın Birliği tarafından yayımlanan Türkçe baskısına dahil edilmemiştir. *–yhn*

Ruh Hali Dengesizliğiyle Baş Etme (6. Kriter)

SKB'li bireyler, çevrelerindeki insanlara ve nesnelere karşı çok duyarlıdırlar. Duygusal değişiklikler genellikle çevresel koşullara duyarlıdır ve bir duygudan diğerine hızla geçiş yapılabilir. Özellikle olumsuz tepkiler, yoğun olabilir. Fonksiyonel MRI kullanılarak yapılan bir çalışma, negatif uyaranlara karşı beynin verdiği tepkileri incelemiştir. Sonuçlar, SKB hastalarında yüksek bir duyarlılık olduğunu gözler önüne sermiştir. Diğer kişilerin, tekrarlayan aynı stres verici uyaranlara alışma olasılığı daha yüksekken, SKB'li kişiler duygusal açıdan daha tepkisel hale gelmiş ve devam eden stresli tepkilerden oluşan bir beyin yapısı sergilemişlerdir.[193]

Ani ruh hali değişimleri, hem SKB'li birey için hem de çevresindekiler için eşit derecede kafa karıştırıcı olabilir. Meredith, küçük yaşlardan beri huysuzluğunun farkındaydı. İşler yolunda gittiğinde heyecan ve coşkunun zirvesine çıkar, sonra da herhangi bir işaret olmaksızın umutsuzluğun dibini boylardı. Ebeveynleri, çevresinde sessizce hareket ederek ve öfkesine asla meydan okumayarak onun bu huysuzluğunu hoş görürlerdi. Okulda, öngörülemezliğinden huzursuzluk duyan arkadaşları bir yanında olurlar bir yok olurlardı. Kimileri ona "manik-depresif" der ve aksiliğiyle dalga geçmeye çalışırlardı.

Kocası Ben, onun "nazikliğinden" ve "eğlence anlayışından" etkilendiğini söylerdi. Ancak Meredith, eğlenceli bir kişiden intihara meyilli birine çarpıcı bir geçiş yapabilirdi. Benzer şekilde, Ben ile etkileşimi de neşe dolu bir ilişkiden kasvetli bir yalnızlığa dönüşebiliyordu. Ruh hali kesinlikle öngörülemezdi ve Ben günün sonunda işten eve döndüğünde onu nasıl bulacağından hiçbir zaman emin olamazdı. Bazı zamanlar, eve girmeden önce şapkasını bir sopaya takıp kapı eşiğinden uzatarak kucaklanacak mı, görmezden mi gelinecek yoksa azarlanacak mı, görmesi gerektiğini düşünüyordu.

Meredith açısından, ilaçlarla geçmeyen bu ruh hali değişimleri stres vericiydi. Terapide kendisine verilen görev, bu ruh hali değişimlerini fark etmesi ve onları hangi durumların tetikle-

diğini anlaması, onların sorumluluğunu üstlenmesi ve onları telafi ederek uyum sağlamayı öğrenmesiydi. Depresyondayken, onu tanımlayabilir ve kötü bir ruh hali içinde olduğunu ve elinden geldiğince uyum sağlamaya çalışacağını çevresindekilere açıklayabilirdi. Eğer durumunu rahatça açıklayamayacağı insanlarla birlikteyse, dikkat çekmekten kaçınıp kendisine yönelik bazı taleplerle uğraşmaktan uzak durabilirdi. Temel hedef, kendisine ve başkalarına karşı istikrar –tutarlı ve güvenilir tutum ve davranışlar– sağlamayı içermekteydi.

Ben, tipik bir "yapsan da sana lanet olsun, yapmasan da" senaryosunun içine sıkışıp kalmıştı. Meredith'in depresyon dalgalanmalarıyla yüzleşmek, daha fazla uzaklaşma ve öfke uyandırıyordu, ancak onları görmezden gelmek de ilgi eksikliği anlamına gelebilirdi. Bu nedenle, bu umutsuz görünen sıkıntılı durumda, çiftin terapisti onlara aşağıdaki faydalı tavsiyelerde bulundu:

- ***Kazanma ihtimali olmayan ikilemi açıklayın*** (Bu bölümde yer alan Kimlik Karmaşası kısmına bakınız).
- ***Etkin bir şekilde öteleyin.*** Şimdiki zamanda yaşamak, çoğu insan için cazip bir kural olarak önerilmektedir. Ancak algı ve duyguların borderline deneyimleri, tamamıyla *o anda* var olmaktadır. Ve mevcut *o an,* bir bağlam ya da mukayese olmaksızın her dakika değişebilmektedir. Öncesinde ne olduğu ya da sonrasında ne olacağı, kişinin o an hissettiklerini etkilememektedir.

Bu kişiler, *o anda* talepkâr ve sabırsız davranabilirler ve bu tepki kısa bir süre sonra geçersiz kılınacak, inkâr edilecek ve kötülenecek olsa bile, bir tepkide ısrarcı olabilirler. Bazı durumlarda, yoğun duygusallık süresince bir talebi kabul etmek yerine oyalamak daha faydalı olabilir. Faydalı olabilecek olası yanıtlar şunlardır: "Bununla ilgili endişeni anlıyorum, ancak öncelikle programımı kontrol etmeme izin ver." "Bunu kısa süre içinde yapmak istediğini anlıyorum, ancak bazı şeyleri yeniden düzen-

leyebilir miyim diye bakmam lazım." "Şu an bazı şeylerle meşgulüm, sana dönüş yapacağım."

- ***Daha fazla tutarlılık oluşturun.*** Borderline birey, hayatını karmaşık hale getiren tutarsız davranışlarının çoğunlukla farkında olmayabilir. Çelişkili tutumlarını nazikçe anlatmak ve tutarlı bir bakış açısı benimsemek için birlikte çaba göstermek faydalı olabilir. "Tenis dersi için o özel eğitmeni sonunda ayarladığımızda sen çok heyecanlandın, ancak bazı günler coşku doluyken bazen ondan hoşlanmadığını ve ders almak istemediğini söylüyorsun. Her ikisi de bana uyar, ancak bu konu hakkında enine boyuna konuşmalı ve derslere devam edip etmeyeceğimize karar vermeliyiz."

Kronik Boşluk Hissiyle Baş Etme (7. Kriter)

Borderline boşluk hissi, aşırı derecede acı vericidir. Bu kişiler, bir amaç veya değer duygusundan yoksundurlar. Kendilerinin vereceği hiçbir şey olmadığına ve sevgi ya da ilgi görecek kadar değerli olmadıklarına inanırlar. SKB'nin belirleyici kriterlerinin pek çoğu gibi, yabancılık hissettiren boşluk hissi de belirsiz kimlik duygusu (3. Kriter), huysuzluk (6. Kriter) ve terk edilme duygusu (1. Kriter) gibi diğer semptomlarla ilişkilendirilebilir. Kişiyi tamamen tüketen bir boşluk hissi, borderline bireyin içine kapanmasına yol açabilir. İletişimsizlikten ve izolasyondan kaçınmak önemli bir hedeftir.

- ***Fiziksel aktiviteyi teşvik edin.*** Bu kişilerin evden çıkmasını sağlayın. Birlikte yürüyün, koşun ya da bir egzersiz dersine katılın. Fiziksel güç harcama ve dış mekân aktiviteleri, bu kişileri içine çekildikleri kara delikten uzaklaştırır.
- ***Yeni hobileri destekleyin.*** Hobiler, müzik dinlemek ya da kitap okumak, boşluğun bir kısmını doldurabilecek bir entelektüel dürtü sağlar.
- ***Sosyal ilişkileri destekleyin.*** Çeşitli topluluklara, gönüllü or-

ganizasyonlara, sosyal kulüplere ya da derslere katılmak izolasyonu azaltabilir.

Öfkeyle Baş Etme (8. Kriter)

Öfke patlamaları, bir belirti göstermeksizin ortaya çıkabilir ve durumla orantısız görünebilir. Bu patlamalar, tahmin edilebilir bir şekilde, sıklık açısından tahmin edilemezdirler. SKB'den mustarip sevdiğiniz kişinin üzüntüsünde kademeli bir ilerleme gözlemleyemeyebilirsiniz. Muhtemelen gürültülü ve yıkıcı bir şekilde üzerinizden geçmeden önce raylarda ilerleyen trenin düdüğünü duymaz, ışıklarını görmezsiniz. Sizin önemsiz bir olay olarak görebileceğiniz bir şey için bir anda sakin halinden çıkıp öfkelenebilir. Ani patlama, sizin için olduğu kadar o kişinin kendisi için de çok şaşırtıcı olabilir. Sakin kalmak ve öfkeli kelimeler sarf etmemek zor olabilir. Eğer damarınıza basılmasına izin verirseniz, bu kişi bu durumdaki rolünü inkâr edebilir ve bunu sizin üstünüze atabilir: "Ben sinirli değilim, sinirli olan sensin!" SKB'nin "Senden nefret ediyorum!" kısmına tahammül etmek, ilişki açısından en zorlayıcı şeydir.

- ***Ortalığın durulmasını bekleyin.*** Ona karşılık vermeden önce azarlamalarının bitmesini bekleyin. Sonra, öfke patlamasının gürültüsüne zıt bir sessizlik anı olması için sabredin.
- ***Yatıştırın.*** Onun sesi yükseldikçe, siz sesinizi alçaltmaya çalışın. O fiziksel olarak daha hareketliyken, siz kendi fiziksel dışavurumlarınızı kontrol altında tutmaya çalışın.
- ***Yeniden odaklanın.*** Öfkenin kaynağını görmezden gelmek durumu daha da alevlendirir, ancak ilgili bir alanla yüzleşmek işlerin yoluna girmesine yardımcı olabilir.

Allison, daha fazla çalıştığı, kendisiyle ve bebeğiyle daha az vakit geçirdiği için öfkeli olduğu Michael'e bağırıyordu. Bebekleri sesten uyanmıştı ve ağlamaktaydı. Michael'in azarlaması bitince Michael sakin bir ses tonuyla SET ifadelerinden faydalandı,

programını ayarlamaya yönelik niyetini vurguladı ve sonra da Allison'ın bir anne olarak yaptığı fedakârlığa, huzurlu ve sağlıklı bir aile ortamı yaratma arzusuna ne kadar hayran olduğuna odaklandı. Bu şekilde Michael, ilgi odağını evlilikle ilgili gerilimden alıp Allison'ın bir anne olarak önceliklerine yöneltti.

- ***Adil bir tartışma yürütün.*** Mahrem ve hassas karşılıklarla misilleme yapmayın: "Tıpkı babanın sana yaptığı gibi, sen de şimdi bana vuracak mısın?" Öfkeyi hastalık ya da hormonal bir durum olarak algılayıp görmezden gelmeyin: "Bugün ilacını içtin mi?" "Âdet döneminde misin?"
- ***Güvende olun.*** Fiziksel şiddet riski olduğunu hissediyorsanız, ortamı terk edin. Çocuklar için güvenliği sağlayın, tartışmaya dahil olmayan kişileri de ayrı tutun. Borderline öfkesi genellikle gerekçelendirilemez, bu nedenle tartışma ve münakaşa gereksizdir ve sadece durumu daha da alevlendirir. Bunun yerine, fikirlerdeki farklılığı ve hemfikir olmadığınızı kabul ederek çatışmayı soğutmaya çalışmalısınız. Ortam daha sakin olduğunda tartışmanın devamı getirilebilir.

Paranoyak veya Dissosiyatif Semptomlarla Baş Etme (9. Kriter)

Şizofreni gibi diğer psikiyatrik hastalıklarda görülen psikotik yönlerin aksine, SKB'de gerçeklik çarpıtmaları –öfke patlamaları ve ruh hali değişimlerinde olduğu gibi– genellikle stresli zamanlarda aniden ortaya çıkar. SKB psikozu olan bir kişi, genellikle mesafeli ve sersemlemiş görünür. Gerçeklikten koptuğunu hisseder ve diğer kişilerin gerçek olmadığını düşünebilir. Paranoyak korkuları olabilir. Bazı karşıt görüşlerin aksine, SKB'li hastalar başkaları için nadiren tehlike oluştururlar.

- ***Güvenli ve rahat bir ortam sağlayın.*** Tanıdığı ve güvendiği kişilerle sakin ve alışkın olduğu bir ortamı sağlayın. Potansiyel silahlardan uzaklaşın ve kendinizi tehdit altında his-

settiğinizde oradan uzaklaşmak için odada çıkışa yakın bir pozisyonda konumlanın.

- ***Karşı tarafı sakinleştirin.*** Alçak ve güven veren bir ses tonu kullanarak iletişimi tehdit teşkil etmeyen bir halde sürdürün. Ataklara genellikle stresli olaylar neden olduğundan, teselli edici olun.
- ***Doğrudan meydan okumalardan kaçının.*** Deneyimiyle ilgili onunla tartışmayın. Yanılsamasını onaylamak zorunda değilsiniz, ancak onun algıladığı şeyi kabul ettiğinizi belirtebilirsiniz.
- ***Destek alın.*** Durumu yatıştırmayı başarsanız bile, sonrası için profesyonel bir destek ayarlayın.

Ne Söylememeli?

Borderline bireyler, sözlere karşı çok hassas olabilirler. Şimdiye kadar, SET ve diğer yaklaşımlardan bahsederek, borderline zorlanmaları durumunda ne söylemeniz gerektiğini vurguladık. Ancak aynı zamanda, ne *söylenmemesi* gerektiğini anlamak, hangi sözlerin ya da eylemlerin durumu daha da kötüleştireceğini bilmek de önemlidir.

- ***Onur kırıcı sözler söylemekten kaçının.*** "Aptallaşma!" ya da "Bu delilik!" gibi sıradan bir sözün ardından SKB'li birey, eleştirel söze odaklanabilir ve "Demek benim deli olduğumu düşünüyorsun!" gibi bir karşılık verebilir.
- ***Alçaltan ya da doğrudan karşı çıkan ifadelerden kaçının.*** Onun algısına karşı çıkmak sadece durumu daha da kötüleştirir. "Olay o şekilde olmamıştı" ya da "Aşırı tepki veriyorsun!" cümleleri, *Empati* ifadelerini baltalayan ve daha fazla çatışmaya davetiye çıkaran cümlelerdir.
- ***Sorumluluğunuzu inkâr etmeyin.*** Kastettiğiniz şeyi farklı yöne çekme çabalarınız ("Söylediğimi yanlış anlıyorsun!" "Sadece şaka yapıyordum!" "Şakadan anlamaz mısın sen?"), suçu onun üzerine atıyormuşsunuz gibi görünür ve daha

fazla savunmacı tavra neden olur. Davranışınızın sorumluluğunu üstlenin.

- ***Yalan söylemeyin.*** *Gerçeklik* ifadesini dile getirirken nazik olun, ancak yalan söylemeyin. Tutarsızlıklar ve yalanlar, borderline deneyimlerinin sıklıkla karşılaşılan yönleridir. Ortaya çıkarılan bir yalan, güven ve itibar oluşturma ihtiyacını baltalar.
- ***En nihayetinde işin peşini bırakmayı bilin.*** Boşa kürek çekmeyin. Tıpkı bir çocuğun sürekli "Peki neden?" diye sorup durması gibi, borderline birey de belirli bir konuyu ısrarla tartışmaya devam edebilir. Aynı sözleri söylediğinizi fark ederseniz, ilerlemeye çalışın: "Hâlâ tatmin olmadığının farkındayım, ancak bence bu konu hakkında bu kadar tartışma yeterli. Şimdilik böyle kalsın. Farklı bir konuda yardımına ihtiyacım var."
- ***Mizah konusunda özenli olun.*** Genellikle en iyisi mizahtan uzak durmaktır. Borderline hassasiyeti, iyi niyetli şakalaşmayı değersizleştirme ve aşağılama olarak yorumlayabilir. Sadece eğlenceli bir mizah duygusuna yer veren uzun dönemli bir ilişkide şakalaşma faydalı olabilir. Kabul edilen mizah, kişinin bir adım geri çekilmesini ve bakış açısını geliştirmesini sağlayabilir. Bu tür durumlarda, durumun kara mizah yönünü işaret etmek tartışmanın yoğunluğunu azaltabilir. "Karının bu boşanmayı ertelemek için yaptığı saçmalıklar çok sinir bozucu olmalı, ancak bunların bir kısmı âdeta Lucy'nin aklını kaçırdığı bir kötü durum komedisi gibi görünüyor. Bu kadar sinir bozucu olmasaydı, neredeyse tuhaf bir şekilde komik olurdu!"

Bu kitapta şimdiye kadar SKB'nin *ne olduğundan* ve *nedeninden* bahsettik. Kişisel ilişkilerin nasıl ilerleyeceğine yönelik olarak SET-UP ve diğer stratejileri ele aldık. İlerleyen bölümlerde daha çok SKB'nin *nasıl olduğunu* –profesyonel tedavinin nasıl işe yaradığını ve hangi yöntemlerin kullanışlı olduğunu– ele alacağız.

7

Terapiye Başvurmak ve Başlamak

Ona bir yıl daha vereceğim, sonra Lourdes'e gidiyorum.

–Woody Allen'ın *Annie Hall* adlı filmde psikiyatristi hakkında söyledikleri.

Ülke çapında tanınan bir psikiyatrist olan Dr. Smith, yeğeni hakkında konuşmak için beni aradı. Yeğeni depresif bir haldeydi ve iyi bir psikoterapiste ihtiyacı vardı. Dr. Smith, beni tavsiye ettiğini söylemek için aramıştı.

Bir randevu ayarlamak zor oldu. Söz konusu yeğen benim müsait olduğum zamanlara göre kendi programını ayarlayamadığı için ben kendi programımı onunkine göre yeniden düzenledim. Dr. Smith'in bana güvenini boşa çıkarmamak için uzlaşmacı ve başarılı olmak konusunda kendimi baskı altında hissediyordum. Bildiklerimi uygulamaya yeni başlamıştım ve profesyonel becerilerimin onaylanmasına ihtiyaç duyuyordum. Yine de bu hislerin kötüye işaret olduğunu biliyordum: Gergindim.

Julie, çarpıcı derecede çekiciydi. Uzun boyluydu ve sarışındı, kolaylıkla bir manken olabilirdi. Yirmi beş yaşındaydı, hukuk okuyordu, zeki ve konuşkandı. Randevuya on dakika geç kaldı

ama ne özür diledi ne de hatasını üstlendi. Ona yakından baktığımda, sanki içindeki bir üzüntüyü ya da tükenmişliği örtmeye çalışırmışçasına yaptığı yoğun göz makyajını görebiliyordum.

Ailenin tek çocuğu olan Julie, sürekli seyahat halindeki başarılı ebeveynlerine çok bağlıydı. Yalnız kalmaya dayanamadığı için bir dizi ilişkisi olmuştu. Hayatındaki erkekler ilişkiyi bitirdiğinde, Julie yeni bir ilişkiye başlayana dek aşırı derecede depresif oluyordu. Şu an "iki ilişki arası" dönemdeydi. Son sevgilisi onu terk etmişti ve "onun yerine koyacağı kimse yoktu."

Tedavisinin rutin hale gelmesi uzun sürmedi. Seans sonuna yaklaştığımızda her defasında önemli bir şeyi gündeme getiriyordu ve bu nedenle randevularımız biraz geç bitiyordu. Seanslar arasında yaptığımız telefon görüşmeleri sıklaştı ve uzamaya başladı.

Altı hafta boyunca haftada bir kez buluştuk, ancak sonra bunu haftada ikiye çıkarmaya karşılıklı karar verdik. Yalnızlığından ve ayrılıklarıyla ilgili yaşadığı sıkıntılardan bahsediyor; kendini sürekli umutsuz ve yalnız hissediyordu. Arkadaşlarına karşı öfke patlamaları yaşadığını söyledi fakat bu öfke patlamalarını gözümde canlandırmam zordu, çünkü ofisimdeyken çok ağırbaşlıydı. Uykuya dalmakta güçlük çekiyordu, iştahı kesilmişti ve kilo kaybediyordu. İntihardan bahsetmeye başladı. Ona antidepresan verdim, ancak daha da depresifleşti ve okuldaki derslerine odaklanamamaya başladı. Sonunda, üç aylık bir tedavinin ardından, giderek artan intihar fikirleri olduğunu söyledi ve kendini asmayı hayalinde canlandırmaya başladı. Ona hastaneye yatmasını tavsiye ettim, gönülsüzce kabul etti. Bu aralıksız depresyon haliyle baş edebilmek için daha yoğun bir çalışma gerektiği açıktı.

Öfkesine ilk kez, hastaneye giriş yaptığı gün, Julie hastaneye gelme kararını açıkladığı sırada şahit oldum. Sessizce ağlayarak, hastaneye yatacağını babasına açıklarken hissettiği korkudan bahsediyordu.

Sonra birdenbire yüzünde sert bir ifade belirdi ve şöyle dedi: "Bu şıllık ne yaptı biliyor musun?" Julie'nin, onun kaydını ya-

pan hemşire Irene'yi kastettiğini hemen anlayamadım. Öfkeli bir halde, hemşirenin onunla ilgilenmediğini, tansiyon aletini beceriksizce kullandığını ve öğle yemeği tepsisinin karıştığını anlattı. Zarif güzelliği, öfke ve dehşet dolu bir yüze dönüşmüştü. Masaya vurmasıyla yerimden zıpladım.

Birkaç gün sonra Julie'nin talepleri ve azarı hastanedeki birimde yankılanmıştı. Hemşirelerden ve hastalardan bazıları onu yatıştırmaya çalışıyordu; diğerleriyse sinir krizi geçirip etrafa bir şeyler fırlattığında ve grup seanslarını terk ettiğinde ıslık çalıyordu. Kata adım attığımda, hemşirelerden biri, "*Hastanız* bugün ne yaptı biliyor musunuz Doktor Bey?" diye sordu. Sanki Julie'nin davranışından ben sorumluymuşum da onu kontrol altına almadığım için personelin kınamalarını hak ediyormuşum gibi, "hastanız" kelimesini özellikle vurgulamıştı. "Siz aşırı korumacısınız. O sizi manipüle ediyor. Sorunlarıyla yüzleşmesi gerek."

Ben de hemen kendimi –ve Julie'yi– savunmaya geçtim. "Desteğe ve ilgiye ihtiyacı var," diye karşılık verdim. "Kendisine ebeveynlik edilmesine ihtiyacı var. Güvenmeyi öğrenmesi gerek." Kararımı sorgulamaya nasıl cüret ederler! Ben cüret ediyor muyum?

Julie, ilk birkaç gün hemşirelerden, diğer hastalardan ve diğer doktorlardan yakınıp durdu. Benim anlayışlı ve şefkatli olduğumu, daha önce görüştüğü tüm terapistlerden daha bilgili olduğumu söyledi.

Üç gün sonra, taburcu olmak için ısrar etti. Hemşireler şüphe içindeydi; onu yeterince iyi tanımıyorlardı. Julie onlara kendisinden fazla bahsetmemişti, grup terapisinde de pek konuşmuyordu. Sadece kendi doktoruyla konuşuyordu fakat intihar fikirlerinin yok olduğunu ve "hayatına geri dönmesi gerektiğini" söyleyerek ısrar ediyordu. Sonunda taburcu olmasına izin verdim.

Ertesi gün, sarhoş bir şekilde ve bilekleri kesik içinde yalpalayarak acil servise geldi. Onu yeniden hastaneye yatırmaktan başka seçeneğim yoktu. Hemşireler açıkça, "Size söylemiştik," demeseler de kibirli bakışları aşikâr ve tahammül edilemezdi.

Onlardan her zamankinden daha çok uzak durmaya çalıştım. Julie'nin terapisini bireysel olacak şekilde yeniden düzenledim ve onu grup seanslarından çıkardım.

İki gün sonra taburcu olmak istedi. Talebini reddettiğimde âdeta sinirden köpürdü. "Bana güvendiğini, beni anladığını sanmıştım. Senin umurundaki tek şey, hâkimiyet. Sen insanları kontrol etmeye bayılıyorsun!" dedi.

Belki de haklıdır, diye düşündüm. Belki de ben aşırı kontrolcü, aşırı güvensiz biriyimdir. Ya da o benim hassas noktama, ilgili ve güvenilir olma ihtiyacıma saldırıda mı bulunuyordu? Suçluluğumu ve mazoşizmimi mi alevlendiriyordu? Burada mağdur o muydu, yoksa ben miydim?

"Senin farklı olduğunu düşünmüştüm," dedi. "Senin özel olduğunu sanmıştım. Gerçekten ilgilendiğini sanmıştım." Sorun şu ki, ben de öyle sanmıştım.

Haftanın sonunda, sigorta şirketi beni her gün arayıp onun devam eden hastane yatışı hakkında sorular soruyordu. Hemşireler, onun kendine zarar verme konusunda artık ısrarcı olmadığını not etmişti ve Julie de taburcu olmak için baskı yapmaya devam ediyordu. Onu taburcu etmeye karar verdik, ancak gün boyunca programlı gruplara katılabileceği ve akşamüzeri evine dönebileceği bir şekilde her gün hastaneye gelmesini istedik. İkinci gününde, geç kaldı, geldiğinde darmaduman ve akşamdan kalmaydı. Ağlamaklı bir halde bir gece önce barda bir yabancıyla karşılaşmasını anlattı. Durum benim için netleşiyordu. Sınır koyulmasını, kontrol edilmeyi ve düzen istiyordu, ancak bu bağlılığı kabul edemiyordu. Bu nedenle kontrolleri gerekli kılmak için saldırganca davranıyor ve sonra öfkelenip kontrol edilme arzusunu inkâr ediyordu.

Ben bunu görebiliyordum, ancak o göremiyordu. Yavaş yavaş onu görmek için sabırsızlanmayı bıraktım. Her seansta başarısızlığım bana hatırlatılıyordu, onun iyileşmesini ya da ortadan kaybolmasını dilediğimi fark ettim. Bana, eski oda arkadaşının doktorunun kendisi için daha iyi olacağını söylediğinde, bunu kendisinden ve karşılaştığı gerçek sorunlardan kaçma

isteği olarak yorumladım. Bu noktada bir değişikliğin ona zarar verebileceğini biliyordum, ancak içimden *kendi* iyiliğim için doktorlarını değiştirmesini umdum. Hâlâ kendini öldürmekten bahsediyordu ve ben suçluluk duygusuyla, bunu yaparsa benim için neredeyse utanç verici bir rahatlama olacağını düşünüyordum. Onun değişimleri beni değiştirmiş, bir mazoşistten bir sadiste dönüştürmüştü.

Hastanedeki üçüncü gününde, başka bir hasta evinde olduğu sırada kendini astı. Çok korkan Julie deliye döndü. "Sen ve şu hemşireler neden onun kendini öldüreceğini bilemedi?" diye bağırdı. "Onun bunu yapmasına nasıl izin verdiniz? Neden onu korumadınız?"

Julie mahvolmuştu. *Onu* kim koruyacaktı? Acısından kurtulmasını kim sağlayacaktı? Sonunda bu kişinin Julie'nin kendisi olması gerektiğini fark ettim. Onun bedeninde başka biri yaşamıyordu. Kimse onu tam olarak anlayamaz ve koruyamazdı. Bunun önce ben farkına varmaya başladım, sonra da bunu Julie anladı.

Duygularından ne kadar kaçmaya çalışırsa çalışsın, kendi olmaktan kaçamayacağını anlayabildi. Olduğunu düşündüğü kötü insandan kurtulmak istemesine rağmen, kendini kusurlarıyla birlikte kabullenmeyi öğrenmeliydi. Sonuç olarak, sadece Julie olmakta bir sorun olmadığını görebildi.

Julie'nin çalışanlara öfkesi, "kendisine bir şans veren" intihar eden hastaya yöneldi. Onun sorumluluğunu görünce, kendi sorumluluğunu da fark etti. Onu gerçekten umursayan kişilerin, tıpkı annesiyle babasının yaptıkları gibi, onun her istediğini yapmasına izin vermediklerini anladı. Bazen umursamak, sınır koymak anlamına geliyordu. Bazen umursamak, ona duymak istemediği şeylerin söylenmesi demekti. Ve bazen umursamak, onun kendisiyle ilgili sorumluluğunu ona hatırlatmak anlamına geliyordu.

Kısa bir süre sonra hepimiz –Julie, çalışanlar ve ben– işbirliği içinde çalışmaya başladık. Sevilebilir, bilge ve hatasız biri olmaya çalışmayı bıraktım, tutarlı ve güvenilir olmak, *orada bulunmak* daha önemliydi.

Birkaç hafta sonra Julie, hastanedeki ayakta tedavi programından ayrılıp ofis terapimize geri döndü. Hâlâ yalnız ve kaygılıydı, ancak artık kendine zarar verme ihtiyacı hissetmiyordu. Daha da önemlisi, yalnızlığa ve korkuya tahammül edebileceği gerçeğini kabul ediyor, ancak hâlâ kendisini önemsiyordu.

Bir süre sonra, onunla gerçekten ilgilendiği belli olan yeni bir erkek hayatına girdi. Ben de Julie'nin öğrendiği bazı şeylerin aynısını öğrendim – hoş olmayan duyguların kim olduğumu büyük ölçüde belirlediğini ve kendime ait bu hoş olmayan yanlarımı kabullenmenin hastalarımı daha iyi anlamamı sağladığını.

Tedaviye Başlamak

SKB tedavisi yapan terapistler, genellikle tedavinin zorluklarının hem profesyonel yetenekleri hem de sabırları üzerinde büyük bir baskı oluşturduğunu fark ederler. Tedavi seansları fırtınalı, can sıkıcı ve öngörülemez olabilir. Tedavi dönemi çok yavaş ilerleyebilir ve gerçek değişime ulaşmak yıllar alabilir. Çoğu SKB hastası, ilk birkaç ay içinde tedaviyi bırakır.

Borderline hasta tedaviye diğer kişisel ilişkileriyle aynı şekilde tepki verdiği için tedavi zordur. Bu kişiler, terapisti bazen ilgili ve nazik olarak görürken, başka bir an hilekâr ve caydırıcı olarak algılayabilir.

SKB'li hasta terapide aşırı talepkâr, bağımlı ve manipülatif olabilir. Seanslar arasında sürekli olarak telefon etmesi veya mesaj göndermesi ve sonra bir anda beklenmedik biçimde terapistin ofisinde belirip terapist onunla hemen görüşmezse kendisine zarar vermekle tehdit etmesi alışılmadık bir durum değildir. Terapiste ve terapinin seyrine yönelik öfkeli söylemler yaygın şeylerdir. Genellikle terapistin hassasiyetini çabuk kavrar ve tıpkı hayatındaki diğer kişilere yaptığı gibi onu da öfkelenmesi, kendinden şüphe etmesi ve umutsuzluğa düşmesi için kışkırtır.

SKB'ye katkıda bulunan çok çeşitli nedenler ve bu kapsamdaki aşırı davranışlar göz önünde bulundurulduğunda, çok çeşitli

tedavi yöntemleri vardır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Sınırda Kişilik Bozukluğu Hastalarına Yönelik Tedavi Kılavuzu"na göre, "SKB için birincil tedavi yöntemi, semptom odaklı farmakoterapi ile tamamlanan psikoterapidir."[194] Psikoterapi, bireysel terapi, grup terapisi ya da aile terapisi şeklinde olabilir. Hastanede ya da dışarıda gerçekleştirilebilir. Terapi yaklaşımları, bireysel terapi ve grup terapisi olarak birleştirilebilir. Bazı terapi yaklaşımları daha psikodinamiktir – yani, geçmiş deneyimler ve bilinçdışı duygular ile mevcut davranışlar arasındaki bağlantıyı ön plana çıkarır. Diğer yaklaşımlar daha bilişsel ve yol göstericidir, bilinçdışı motivasyonları ele almaktan ziyade mevcut davranışları değiştirmeye odaklanırlar. Bazı terapilerde zaman sınırı vardır, ancak çoğu açık uçludur.

Bazı tedavilerden genellikle kaçınılır. Katı davranış değişiklikleri nadiren kullanılır. Yapılandırılmamış bir ortamda serbest çağrışımın kullanıldığı klasik divan psikanalizi, ilkel savunma mekanizmaları hırpalanmış SKB hastası için yıkıcı olabilir. Hipnoz, panik ve hatta psikozla sonuçlanan alışılmadık bir trans haline neden olabileceği için bir terapi yöntemi olarak genellikle tercih edilmez.

Terapinin Hedefleri

Tüm tedavi yaklaşımlarının ortak bir hedefi vardır: daha az gizemli, daha az zararlı ve daha keyifli olacak şekilde deneyimlenen bir dünyada daha verimli işlev gösterebilmeyi sağlamak. Süreç genellikle mevcut davranışların verimsizliğine yönelik bir içgörü geliştirmeyi içerir. Bu, işin kolay kısmıdır. Daha zor olan, eski refleksler üzerinde çalışmak ve hayatın stresiyle mücadele etmenin yeni yöntemlerini geliştirmek konusundaki gerekliliği kişinin kendi kendine anlaması sürecidir.

Herhangi bir terapinin en önemli kısmı, hasta ile terapist arasındaki ilişkidir. Bu etkileşim, güven, nesne sürekliliği ve duygusal yakınlığın temellerini oluşturur. Terapist, güvenilir bir figür olmalı, gelişmekte olan tutarlı bir kimliği yansıtan bir

ayna görevi görmelidir. Bu ilişkiyle birlikte, borderline birey başkalarına uygun beklentilerinin ve güveninin kapsamını artırmayı öğrenir.

Terapistin nihai hedefi, hastasından kurtulmaya (onu elde tutmaya değil) çalışmaktır. Bu, hastayı kontrol altında tutarak değil, muayene için dikkatini belli alanlara yönlendirerek gerçekleştirilir. Terapist, bir yol gösterici olarak görev yapıp ilgi alanlarına işaret ederek fırtına koşullarında rotayı yeniden belirlemeye yardımcı olsa da, pilot koltuğunda kararlı bir şekilde pilotun oturması gereken kişi hastadır. Bu yolculuğa bazen aile üyeleri ve sevdikleri de katılır. Temel amaç, hastanın evine dönüp ilişkilerini bitirmek yerine onları iyileştirmesidir.

Bazı kişiler psikiyatri ve psikoterapi konusunda endişe duyarlar, bu süreci bir tür "zihin kontrolü" ya da Svengali* benzeri sakallı hipnozcular tarafından robotlara dönüştürülen çaresiz, bağımlı hastalara uygulanan bir davranış değiştirme yöntemi olarak görürler. Popüler kültür, özellikle de sinema, "akıl hastalıkları uzmanını" çoğu zaman hastalarından daha çok tedaviye ihtiyacı olan bir beceriksiz ya da zeki ve alçak bir suçlu olarak tasvir eder. Maalesef, tıpkı bazı kişilerin bu doğru olmasa da iradeleri dışında hipnoz edilebileceklerine inanmaları gibi, bazı kişiler de iradeleri dışında "terapi edilebileceklerine" inanırlar. Muhtemelen bu tür başarısız "beyin yıkama" girişimlerinin en ünlü örneği, sözde onarım ya da dönüştürme terapisi olarak ortaya çıkmıştır. Bu güvenilmez ve bilimsel olmayan uygulama, homoseksüel ya da biseksüel kişileri heteroseksüele çevirmeye çalışırken, çoğunlukla manevi veya acı dolu davranışsal yöntemlerden faydalanır. Onarım terapisi, pek çok resmi psikoloji kurumu tarafından reddedilmiş ve birçok eyalette yasaklanmıştır. Psikoterapinin amacı, hastanın bireyselleşmesine ve daha fazla özgürlük ve kişisel itibar elde etmesine yardımcı olmaktır. Süreçle ilgili mantıklı olmayan korkular, kişileri kendi kendilerine dayattıkları esaretten kurtulup kendini kabullenme fırsatından yoksun bırakır.

* George Du Maurier tarafından yazılan *Trilby* adlı romandaki bir karakter. Svengali, Trilby'i hipnoz yöntemiyle büyük bir şarkıcıya dönüştürmektedir. *–çn*

Terapinin Süresi

Birkaç yıl süren yoğun ve sık terapi gerektiren psikanalizin geçmişteki önemi nedeniyle, çoğu insan herhangi bir psikoterapi türünü uzatılmış ve bu nedenle de pahalı olarak görür. Terapötik araç gereçlere ilaçların ve özel tedavilerin eklenmesi, pratik ve uygun fiyatlı tedavi ihtiyacını karşılamaktadır. Kırık kemikler iyileşir ve enfeksiyonlar temizlenir, ancak ruhtaki bazı yaralar daha uzun süreli tedavi gerektirebilir.

Eğer terapi kısa sürerse, yüzeysel olduğundan kuşku duyulabilir. Eğer terapi yıllar boyu sürerse, o zaman da bunun saf ve muhtaç hastalarını finansal açıdan köleleştirmek suretiyle zenginleşen psikoterapistlerin bir oyunundan ibaret olup olmadığından şüphelenilebilir.

Mevcut durumda, daha uzun SKB terapisinin, kısa terapilere göre üstün olduğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır.[195] Peki öyleyse, terapi ne kadar sürmelidir? Bunun yanıtı, hedeflere bağlıdır. Hedef alınan semptomların –depresyon, yoğun anksiyete veya öfke patlamaları gibi– iyileşmesi, haftalar ya da aylar gibi kısmen kısa bir süre içinde gerçekleşebilir. Eğer hedef daha kapsamlı bir yeniden yapılanma ise, daha uzun bir süre gerekebilir. SKB zaman içinde genellikle "iyileşir". Bu da kesin bir tanımla, hastanın, DSM-5'teki dokuz belirleyici kriterden beşini artık sergilemediği anlamına gelmektedir (2. Bölüm'e bakınız). Yine de, bazı bireyler tedavinin devamını gerektiren engelleyici semptomları sergilemeye devam edebilirler.

Terapi sekteye uğrayabilir. Farklı terapistler ve farklı yöntemlerle, borderline hastaların çok çeşitli terapiler almaları alışılmadık bir durum değildir. Terapiye ara vermek, fikirleri sağlamlaştırmak ya da yeni içgörüler denemek veya sadece hayata ayak uydurmak ve büyüyüp olgunlaşmak için zaman tanımak niyetiyle faydalı olabilir. Ekonomik sınırlamalar, hayattaki önemli değişiklikler ya da sadece tedavinin yoğunluğundan kurtulup dinlenme ihtiyacı, ara vermeyi gerektirebilir. Bazen işlevsellikte önemli değişiklikler elde etmek için yıllar süren bir terapi gerekebilir. Değişiklikler yavaş yavaş gerçekleştiğinde, daha fazlasının yapılmasının gerekip gerekmediğini ya da "olabildiğince iyi" sonuçlara ulaşılıp ulaşılmadığını belirlemek zor olabilir. Terapist, hem borderline hastanın sağlıksız davranışlarıyla yüzleşmelerden kaçma eğilimini hem de terapistine (ve başkalarına) bağımlı olacak şekilde tutunma eğilimini göz önünde bulundurmalıdır.

Bazı kişiler için terapi, hiçbir zaman resmen sona ermeyebilir. Bu kişiler, güvendikleri bir terapistle aralıklı olarak devam eden temaslardan büyük fayda sağlayabilirler. Bu tür düzenlemeler, hastanın hayatını yönlendirmek için bu ilişkilere muhtaç olmaması koşuluyla, daha özgür bir hayata doğru olan yolculuğundaki "yakıt ikmalleri" olarak görülebilir.

Psikoterapi Nasıl İşe Yarar?

Bu bölümün ilerleyen kısımlarında ve gelecek bölümde göreceğimiz üzere, SKB'nin tedavisi için çeşitli terapötik yaklaşımlar mevcuttur. Bu yaklaşımlar, bireysel olabileceği gibi, grup ve aile ortamlarında da uygulanabilir. Bunların pek çoğu, iki temel yönelimden türemiştir: *psikodinamik psikoterapi* ve *bilişsel davranışçı terapi (BDT)*. İlkinde, geçmiş ve şimdiki zamanın çatışması, daha verimli bir geleceği oluşturan kalıpların keşfedilmesi için kullanılmaktadır. Bu terapi şekli, daha yoğun, haftada bir ya da daha fazla seans içeren ve genellikle daha uzun süren bir terapidir. Etkili terapi, net hedeflerle yapılandırılmış ve tutarlı bir şekilde olmalıdır. Aynı zamanda, değişen ihtiyaçlara uyum sağlamak için esneklik de içermelidir. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar mevcut düşünme süreçlerini ve engelleyici tekrarlayıcı davranışları değiştirmeye odaklanır; bu terapi şekli, geçmişle daha az ilgilidir. Tedavi daha sorun odaklıdır ve genellikle zaman kısıtlaması vardır. Bazı terapi programları, iki yönelimi birleştirmektedir.

Yapı ne olursa olsun, terapist, danışanlarının deneyimlerini incelemeleri için onlara rehberlik etmeye çalışır ve yeni davranışları denemeleri için bir mihenk taşı görevi görür. En nihayetinde, hasta hayattaki kendi seçimlerini kabul etmeye ve kendi

kontrolü dışındaki güçler tarafından yönlendirilen çaresiz bir piyon olarak algıladığı benlik algısını değiştirmeye başlar. Bu sürecin büyük bir kısmı, terapist ile hasta arasındaki temel ilişkiden meydana gelir. Herhangi bir terapide, çoğu durumda, *aktarım* ve *karşıt aktarım* adı verilen yoğun duygular ortaya çıkar.

Aktarım

Aktarım, hastanın hayatındaki diğer önemli kişilerle daha önce yaşadığı duygu ve davranışları, terapiste gerçekçi olmayan şekilde yansıtmasını ifade etmektedir. Örneğin, bir hasta doktora çok öfkelenebilir fakat bu öfkesi doktorun söylediklerine değil, doktorun geçmişinde onda çok öfke uyandırmış annesine benzediği hissine dayanmaktadır. Ya da bir hasta, hayalindeki koruyucu baba figürünü temsil eden terapistine âşık olduğunu düşünebilir. Aktarım kendi başına ne olumlu ne de olumsuzdur, ancak her zaman bir çarpıtmadan, geçmiş duyguların mevcut nesnelere yansıtılmasından kaynaklanır.

Borderline aktarımı, hayatının diğer yönleri için de geçerli olduğu gibi, muhtemelen son derece tutarsızdır. Bu kişiler terapistlerini bir an için sevecen, yetenekli ve dürüst biri olarak görürken, hemen sonra onun aldatıcı, hilekâr ve merhametsiz biri olduğunu düşünebilirler. Bu çarpıtmalar, terapistle bir ittifak kurulmasını epey zorlaştırır. Ancak bu ittifakın kurulması ve sürdürülmesi, herhangi bir tedavinin en önemli kısmıdır.

Tedavinin başlangıç evrelerinde, borderline hasta hem terapistle yakınlık kurmak ister hem de bundan korkar. Kendisiyle ilgilenilmesini ister, ancak bunalmaktan ve kontrol altına alınmaktan korkar. Kendisiyle ilgilenmesi için doktoru tahrik etmeye çalışır ve doktorun onun "hayatını kontrol altına almaya" yönelik çabalarına karşı isyan eder. Terapist, onun nutuklarına karşı durmak konusunda tutarlı ve kararlı oldukça nesne sürekliliği (3. Bölüm'e bakınız) sağlanır – borderline birey, terapistinin onu terk etmeyeceğine inanmaya başlar. Bu güvenli yerden çıkıp yeni ve daha güven verici ilişkiler kurabilir. Ancak

başlangıçta, bu tür yeni arkadaşlıkları sürdürmek zor olabilir, çünkü geçmişte, yeni ittifakların kurulmasını bir tür sadakatsizlik olarak algılamış olabilir. Hatta sosyal ilişkilerini geliştirdiği takdirde, eşinin, arkadaşının ya da terapistinin kıskanıp öfkeleneceğinden korkar.

Terapi ilerledikçe, kişi daha rahat olmaya başlar ve güvenilir bir bağlılık oluşur. Fakat terapiyi sonlandırmaya hazırlandığı sırada, ilişkideki karmaşa yeniden canlanabilir. Önceki işlevsellik biçimleri için yanıp tutuşabilir ve ilerlemeye ihtiyaç duyduğu için öfkelenebilir; kendisini, bir gölün yarısından fazlasını çoktan yüzmüş olduğunu fark eden ve ayrıldığı kıyıya dönmektense, dinlenmeden önce diğer kıyıya doğru devam etmeye karar veren yorgun bir yüzücü gibi hissedebilir.

Bu noktada, SKB hastası aynı zamanda ayrık olma özelliğiyle de baş edebilmeli ve değişimi etkileyenin terapist değil, kendisi olduğunu anlamalıdır. Uçma yeteneğini ilk olarak "sihirli tüyüne" bağlayan ancak sonra kendi yeteneklerinden ötürü olduğunun farkına varan Dumbo gibi, borderline birey de bağımsız işlev göstermeye yönelik kabiliyetlerinin farkına varmalı ve bu kabiliyetlerini kabul etmelidir. Ayrıca, artık işe yaramayanların yerine yeni başa çıkma mekanizmaları geliştirmelidir.

Kişi iyileştikçe aktarımın yoğunluğu azalır. Öfke, dürtüsel davranışlar ve ruh hali değişimlerinin –genellikle terapistin lehine ya da aleyhine olurlar– şiddeti azalır. Panik halindeki bağımlılık yavaş yavaş yok olur ve yerini gittikçe artan bir özgüvene bırakır; öfke patlamaları azalır ve bunların yerine kişiye, kendi hayatının egemeni olmaya yönelik daha büyük bir kararlılık hali gelir. Sabırsızlık ve kapris azalır, çünkü kişi asalaklık derecesinde bir bağımlılık ihtiyacı duymadan geliştirebileceği bağımsız bir kimlik duygusuna sahip olmaya başlar.

Karşıt Aktarım

Karşıt aktarım, terapistin gerçekçi düşüncelerden ziyade, kendi geçmiş deneyimlerine ve ihtiyaçlarına dayalı duygusal tepkile-

rini hastaya yansıtması anlamına gelmektedir. Örneğin, kendisini daha ilgili, şefkatli biri olarak görme ihtiyacından ötürü, hastasını daha yardıma muhtaç ve çaresiz gören ve yüzleşmeden kaçınan bir doktor gibi.

Borderline hastanın terapisti de dahil olmak üzere, başkaları hakkında sezgileri çoğu zaman kuvvetlidir. Bu duyarlılık sıklıkla terapistin kendi çözümlenmemiş hislerini ortaya çıkarır. Doktorun takdir edilme, ilgi ve kontrol etme ihtiyacı bazen borderline bireyi uygunsuz davranışta bulunması için kışkırtabilir. Doktor, hastasına karşı aşırı korumacı olabilir ve bağımlılığı destekleyebilir. Aşırı kontrolcü olabilir ve hastanın onun tavsiyelerine uymasını talep edebilir. Kendi sorunlarından şikâyet ederek, kendisiyle ilgilenmesi için hastayı teşvik edebilir. Finansal kazanç sağlama ya da sadece duygusal uyarılma amacıyla hastadan bilgi alabilir. Hatta ona "yakınlığı öğretmek" maksadıyla, hastasıyla cinsel ilişkiye bile girebilir. Terapist, tüm bunları "çok hasta" durumdaki hasta için yaptığını söyleyerek rasyonelleştirebilir, ancak gerçekte kendi ihtiyaçlarını tatmin etmektedir. Bu karşıt aktarım duyguları, güvenilir bir doktor veya terapist ile hasta arasındaki etik olmayan davranış örnekleriyle sonuçlanabilir.

SKB'si olan bir hasta, terapistin kendi öfke, hayal kırıklığı, kendinden şüphelenme ve umutsuzluk hislerinin yansımasını harekete geçirebilir. Kendi profesyonel özsaygısına meydan okuyan duygulara kapılan terapist, hastasına karşı gerçek bir karşıt aktarımsal nefret hissedebilir ve onu tedavi edilemez olarak görebilir.SKB tedavisi öyle can sıkıcı ve çileden çıkarıcı hale gelebilir ki, bazı profesyoneller "sınırda" terimini, aşırı derecede sinir bozucu ya da tedaviye iyi yanıt vermeyen hastalar için aşağılayıcı bir etiketleme olarak kullanırlar. Böyle durumlarda "sınırda" kelimesi, hastasının bilimsel teşhisinden ziyade, terapistin karşıt aktarımsal hayal kırıklığını daha doğru bir şekilde yansıtır.

Hasta-Terapist Uyumu

Bu kitapta tanımlanan tüm tedaviler, borderline hasta için etkili yaklaşımlar olabilir, ancak hiçbir terapötik yöntemin istikrarlı olarak bir diğerinden üstün olduğu ya da her durumu eşit oranda tedavi edici olduğu kanıtlanmış bir şey değildir. İyileşme ile tutarlı bir şekilde ilişkili görünen tek faktör, hasta ile terapist arasındaki pozitif ve karşılıklı saygıya dayalı bir ilişkidir.

Bir doktorun bir ya da daha çok borderline hastayı tedavi etmekte başarılı olması, diğer hastaları tedavi etmekte de başarılı olacağı anlamına gelmez. Başarının temel belirleyici faktörü, genellikle taraflar arasındaki pozitif ve iyimser bir duygu paylaşımıdır – bu, bir tür hasta-terapist uyumudur.

İyi bir uyumu tam olarak tarif etmek zordur, ancak bu hem hastanın hem de terapistin, terapi sürecinde sağlam bir ittifak sürdürerek terapinin öngörülebilir karmaşasına tahammül edebilme becerilerini ifade etmektedir.

Terapistin Rolü

SKB tedavisi, çeşitli terapilerin –bireysel terapiler, grup ve aile psikoterapileri, ilaçlar ve hastane yatışı– bir araya getirilmesini gerektirebileceği için, terapistin tedavideki rolü kullanılan farklı terapiler kadar çeşitli olabilir. Doktor, zıtlaşan ya da yönlendirme yapmayı tercih etmeyen biri olabilir; kendiliğinden öğüt verip tavsiyelerde bulunabilir ya da daha az değişim başlatıp hastanın terapi sürecinin daha ağır yükünü üstlenmesini bekleyebilir. Belirli bir doktor veya tedavi yönteminden daha önemli olan, hem hastanın hem terapistin sahip olduğu rahatlık ve güven hissidir. Her ikisi de birbirinden bağlılık, güvenirlik ve gerçek bir işbirliği görmelidir.

Karşılıklı rahatlık hissini sağlamak için hem hasta hem de doktor birbirlerini anlamalı ve ortak amaçları paylaşmalıdır. Yöntemler konusunda fikir birliğine varmalı ve birbirlerine uygun bir tarzları olmalıdır. En önemlisi de, terapist bir borderline hastayı tedavi ederken bunun farkında olmalıdır.

Terapist, geçmiş psikiyatri öyküsü çelişkili teşhisler, birden çok hastane yatışı ya da pek çok ilaç denemeyi içeren bir hastayı tedavi etmeye başladığında, SKB ile uğraştığından şüphelenmelidir. Hasta, önceki terapilerinden atıldığını ve sağlık personelinin kendisine isim takacağı ("Aşırı Doz Eddie" gibi) duruma gelecek kadar çok kez acil servise gelmesinden ötürü, acil serviste istenmeyen kişi ilan edildiğini söyleyebilir.

Deneyimli bir doktor aynı zamanda hastaya yönelik karşıt aktarım tepkilerinin de farkında olabilmelidir. Borderline bireyler, terapistler de dahil olmak üzere, genellikle başkalarında güçlü duygusal tepkiler uyandırırlar. Eğer muayenenin başlarında, terapist hastayı korumaya veya kurtarmaya, onun sorumluluğunu üstlenmeye yönelik güçlü duygular hissediyorsa ya da hastaya karşı aşırı öfke duyuyorsa, bu yoğun tepkilerin SKB'li kişiye karşı gösterilen tepkiler olduğunun farkına varmalıdır. O zaman terapistin görevi, kendi duygularının farkında olmak, onları düzenlemek ve hastayı daha iyi anlamak için bu duygularını terapide kullanmaktır.

Terapist Seçimi

Farklı stillere sahip terapistler, borderline hastalara karşı eşit derecede başarı sergileyebilirler. Buna karşılık, SKB konusunda özel uzmanlığa ya da ilgiye sahip ve genellikle borderline hastaları tedavi etmede başarılı olan doktorların her hastada başarı sağlayacağının garantisi yoktur.

Hasta, çeşitli ruh sağlığı uzmanlarından birini seçebilir. Psikiyatristler tıbbi eğitimleri gereği psikoterapi yöntemlerinde yılların deneyimine sahip olsalar da (ve doktorlar gibi, eş zamanlı hastalıklarla baş etme, ilaç reçete etme ve hastaneye yatışı yönetme konusunda yetkin profesyoneller olsalar da), diğer profesyoneller de -psikologlar, sosyal çalışmacılar, psikolojik danışmanlar, psikiyatrik klinisyen hemşireler- aynı zamanda borderline hastalara yönelik psikoterapide uzmanlaşabilirler.

Genel anlamda, SKB konusunda başarılı bir terapist, muhtemel bir hastanın genellikle fark edebileceği belirli niteliklere sahiptir. SKB tedavisi konusunda deneyimli olmalı ve hastanın nesne sürekliliği kazanmasına yardımcı olmak için hoşgörülü ve kabullenici olmalıdır. Borderline bir hastayla yapılan terapinin kendisini karşı karşıya bırakacağı çarpıtmalara uyum sağlayabilmek için esnek ve yenilikçi olmalıdır. Mizah anlayışına sahip olmalıdır ya da en azından, hastaya uygun bir örnek teşkil etmek ve böylesi bir terapinin gerektirdiği sürekli yoğunluktan koruyacak net bir muhakeme gücüne sahip olmalıdır.

Tıpkı doktorun ilk değerlendirme görüşmeleri esnasında hastayı değerlendirmesi gibi, birlikte verimli bir şekilde çalışıp çalışmayacaklarını belirlemek için hasta da doktoru değerlendirmelidir.

Hasta, ilk olarak, terapistin kişiliği ve tarzı konusunda rahat olup olmadığını düşünmelidir. Onunla açıkça ve içten bir şekilde konuşabilecek midir? Yoksa terapisti çok göz korkutucu, çok baskıcı, çok etkisiz ve çok tahrik edici midir?

İkinci olarak, terapistin değerlendirmesi ve amaçları hastanınkiyle uyuşmakta mıdır? Tedavi, her iki tarafın da aynı bakış açısını paylaştığı ve aynı dili kullandığı bir işbirliği olmalıdır. Terapi neye ulaşmaya çalışmalıdır? O hedefe ulaşıldığı nasıl anlaşılır? Terapinin süresi ne kadar olmalıdır?

Son olarak, önerilen yöntemler, hasta için kabul edilebilir midir? Öne sürülen psikoterapi türü ve görüşmelerin sıklığı konusunda hemfikir olunmalıdır. Doktor ve hasta bireysel görüşme mi yapacaklar yoksa başka insanlarla birlikte mi görüşecekler? Haftalık bireysel terapiyi ve eşle aralıklı şekilde ortak görüşmeleri içeren birleşik bir yaklaşım mı izlenecek? Terapi daha keşfedici mi yoksa daha destekleyici mi olacak? İlaç tedavisi ve hastane yatışı gerekecek mi? Ne tür ilaçlar kullanılacak ve hangi hastanelere yatış sağlanacak?

Bu başlangıçtaki değerlendirme süreci genellikle en azından bir, sıklıkla daha fazla görüşme gerektirmektedir. Hem hasta hem de klinisyen, birlikte çalışmaya yönelik kendi beceri ve is-

tekliliklerini değerlendirmelidir. Bu tür bir değerlendirme, bir tür hatasız değiş-tokuş olarak görülmelidir. Uyum sağlanamadığı için terapisti ya da hastayı suçlamak yersiz ve muhtemelen imkânsızdır. Gerekli şey, terapötik bir ittifakın mümkün olup olmadığını belirlemektir. Ancak hasta, görüştüğü her psikoterapisti kabul edilemez bulmaya devam ediyorsa tedaviye bağlılığı sorgulanmalıdır. Muhtemelen, kendisiyle ilgilenecek ve manipüle edebileceği "mükemmel" doktoru aramaktadır. Ya da terapiden kaçınıyor olduğu olasılığını göz önünde bulundurmalı ve mükemmel olmayan bir doktoru seçerek daha iyi olma amacını sürdürmelidir.

İkinci Bir Görüş Almak

Terapi bir kez başladığında, tedavinin durması ve başlaması ya da terapinin şeklinin zamanla değişmesi alışılmadık bir durum değildir. Borderline hasta iyileşme sağladıkça tedavisinde değişiklikler gerekebileceğinden, düzenlemelerin yapılması elzem olabilir.

Yine de bazen, acı veren meseleler üzerine çalışırken terapinin ne zaman takılıp kaldığını ayırt etmek zor olur; bazen bitmemiş bir işin acı verici farkındalığından bağımlılık ve devam etme korkusunu ayırmak zor olur. Böyle zamanlarda, aynı çizgide ilerlemek mi yoksa bir adım geri atıp grubu yeniden oluşturmak mı gerektiği sorusu ortaya çıkar. Tedavi, aile üyelerini kapsamaya başlamalı mıdır? Grup terapisi düşünülmeli midir? Terapist ve hasta, ilaçları yeniden değerlendirmeli midir? Bu noktada, başka bir doktora danışmak gerekebilir. Genellikle tedaviyi yapan terapist bunu önerecektir, ancak bazen hastanın kendi başına da bu seçeneği düşünmesi gerekebilir.

Hasta, ikinci bir seçenek talebinden ötürü doktorun güceneceğinden korksa da, yetkin ve özgüvenli bir terapist böyle bir talebe karşı çıkmayacak, savunmaya geçmeyecektir. Ancak bu, hastanın ikinci bir değerlendirme talebinin zor meselelerden bir kaçış mı olduğu yoksa bilinçdışı bir şekilde yaptığı kızgın bir azarlama mı olduğunu anlamak için bir fırsattır.

Alternatif olarak, başka bir tıbbi görevlinin değerlendirmesini tavsiye eden kişi doktorun kendisi de olabilir. Bu gibi durumlarda, hasta kendini reddedilmiş hissedip bu duruma gücenebilir, bu yüzden terapist diğer tıbbi görevliye danışmasının ardından kendisine geri dönebileceğini ve yeni bir terapiste tamamıyla devredilmediğini hastaya açıkça belirtmelidir. İkinci bir fikir, tedavinin ilerleyişinde yeni bir bakış açısı sağlaması için hem hasta hem de doktor açısından faydalı olabilir.

Terapiden Azami Verimi Almak

Tedaviyi işbirliği içeren bir ittifak olarak görmek, terapiden azami verimin sağlanması açısından en önemli adımı oluşturur. Borderline hasta sıklıkla bu temel prensibi gözden kaçırır. Bunun yerine kişi bazen tedavinin amacının doktoru memnun etmesi ya da onunla çatışması olduğunu, kendisiyle ilgilenilmesi ya da hiçbir sorun yokmuş gibi davranılması olduğunu düşünür. Bazı hastalar terapiyi kurtulma, ödeşme ya da arkadaş edinme fırsatı olarak görürler. Ancak tedavinin esas amacı, *iyileşmek* olmalıdır.

SKB'li birey, terapinin parametrelerinin sık sık kendisine hatırlatılmasına ihtiyaç duyabilir. Doktorun erişilebilirliği ve sınırlamaları da dahil olmak üzere, temel kuralları, zaman ve kaynak kısıtlamalarını ve hemfikir olunmuş karşılıklı amaçları anlamalıdır.

Hasta, kendisini, zamanını ve kaynaklarını, kendisini daha iyi anlamaya ve hayat tarzında değişiklikler yapmaya çalışmaya yönelik korkutucu göreve cesurca adadığı gerçeğini gözden kaçırmamalıdır. Terapide dürüstlük, bu nedenle *hastanın* iyiliği için çok önemlidir. Acısını gizlememeli ya da bakımını emanet ettiği terapiste karşı oyunlar oynamamalıdır. Terapisti kontrol etme ihtiyacından ya da onun tarafından beğenilme arzusundan vazgeçmelidir. Varsayılan bir rolü gerçekleştirme yönündeki borderline arayışında bu kişi, terapisti memnun etme zorunluluğu olmadığı, ancak bir partner olarak onunla birlikte çalışması gerektiği gerçeğini gözden kaçırabilir.

En önemlisi, hasta daima tedavisi konusunda aktif olarak işbirliği yaptığı hissine sahip olmalıdır. Tamamıyla pasif bir rol üstlenmekten, doktora tamamen teslim olmaktan ya da terapistinin katkısını dinlemek istemeyen, rekabetçi ve çekişmeli bir rakip olmaktan kaçınmalıdır. Terapist ile uygun bir ilişki oluşturmak, borderline bireyin ruh sağlığını edinmeye yönelik yolculuğuna başlarken, ilk ve en önemli görevidir.

Doğru Terapisti Bulmak

Yukarıda da değinildiği gibi, psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve hemşireler gibi çeşitli ruh sağlığı uzmanları, iyi bir tedavi sağlayabilecek klinisyenlerdir. Çevrimiçi kaynaklar; uzmanlar hakkında eğitim geçmişi, deneyim süresi ve lisans alma gibi birtakım nesnel biyografik bilgileri sağlayabilir. Konumun erişilebilirliğini, sigortanın kapsamını ve ücretleri kolaylıkla belirleyebilirsiniz. Bu mesleklerin ulusal kuruluşlarının çoğunda konumları gösteren rehberler bulunur. Kişisel yetkinlik ya da çevrimiçi öneriler de (bu kitabın Kaynaklar bölümünde yer alanlar dahil) bir yönlendirme sağlayabilir, ancak hasta ve terapist arasındaki özel bireyselleştirilmiş ilişki nedeniyle, bunlar kendi kararlarınızın yerine geçmemelidirler. Sonuçta, bu bölümde daha önce açıklandığı gibi, terapist-hasta ilişkinizin uyumlu olup olmadığını belirlemek için birkaç görüşme gerekebilir.

Terapötik Yaklaşımlar

Birçok klinisyen, terapi yönelimlerini keşfedici ve destekleyici tedaviler olarak ayırırlar. Bu tarzlar birbiriyle örtüşseler de, terapinin yoğunluğu ve kullanılan yöntemler bakımından farklılaşırlar. Bir sonraki bölümde göreceğimiz üzere, SKB tedavisinde bir dizi terapi stratejisi kullanılmaktadır. Bazıları bir tarzı ya da diğerini uygularken, bazıları da her ikisinin unsurlarını bir arada kullanır.

Keşfedici Psikoterapi

Keşfedici psikoterapi, klasik psikanalizin değiştirilmiş bir halidir. Seanslar genellikle haftada bir veya birkaç kez yapılır. Bu terapi şekli, destekleyici terapiden (aşağıya bakınız) daha yoğundur ve daha iddialı bir amaca -kişilik yapısını düzenlemek- sahiptir. Terapist, belirli davranışların yıkıcılığına işaret etmek ve onları yok etme umuduyla bilinçdışı örnekleri yorumlamak yerine, yüzleşmeyi kullanarak hastaya çok az doğrudan rehberlik sağlar.

Terapinin daha az yoğun olduğu şekillerdeki gibi, temel odak noktası şimdi ve burada üzerinedir. Genetik yeniden yapılandırma, çocukluk ve gelişimsel meselelere (3. Bölüm'e bakınız) odaklanmasıyla önemlidir, ancak klasik psikanalizden daha az ön plana çıkarılmıştır. Tedavinin erken örtüşen aşamalarının temel amaçları, kendine zarar verici nitelikte olan ve tedavi sürecini bozan davranışları azaltmak, hastanın değişime bağlılığını sağlamlaştırmak (terapiyi gereğinden önce sonlandırmak da dahil) ve hastayla doktor arasında güven verici, güvenilir bir ilişki tahsis etmektir. Sonraki aşamalar, bağımsız, kendi kendini kabullenen bir kimlik duygusu oluşturma, tutarlı ve güvenilir ilişkiler kurma, yalnızlığa ve ayrılıklara (terapistten ayrılık da dahil olmak üzere) adaptif şekilde tahammül edebilme süreçlerini vurgulamaktadır.[196,197]

Keşfedici terapide aktarım, destekleyici terapiden daha yoğun ve daha belirgindir. Terapiste bağımlılık, idealize etme ve değersizleştirmeyle birlikte, tıpkı klasik psikanalizde olduğu gibi daha tutkulu bir şekilde yaşanır.

Destekleyici Terapi

Destekleyici psikoterapi, genellikle haftada bir kez ya da daha az gerçekleştirilir. Doğrudan tavsiye, eğitim ve güvence, keşfedici terapide kullanılan yüzleşme ve bilinçdışı materyalin yorumlanmasının yerini alır. Pek çok terapist, SKB teşhisini açıklar ve hastaların bu konuda kendilerini eğitmeleri için onları teşvik eder.

Bu yaklaşım, keşfedici terapiye göre daha az yoğundur ve daha adaptif savunmaları destekler. Destekleyici psikoterapide doktor, hastayı çözümlenemeyen acı dolu anıları ele almaktan caydırarak bu anıların bastırılmasını pekiştirebilir. Küçük obsesif kaygıların kökenlerini sorgulamaktan ziyade, terapist bunları "hobiler" ya da küçük tuhaflıklar olarak teşvik edebilir. Örneğin, hastanın dairesini temiz tutma ihtiyacı bir neden olarak ele alınmayabilir, ancak hasta kendini bunalmış hissettiğinde, egemenlik ve kontrol duygusunu korumak için yararlı bir araç olarak kabul edilebilir. Bu, amacı savunmaları analiz etmek ve sonra da onları yok etmek olan psikanalizle çelişmektedir.

Destekleyici terapi, mevcut ve daha pratik meselelere odaklanarak, intihara meyilli ve diğer kendine zarar verme davranışlarını tam anlamıyla keşfetmek yerine onları yok etmeye çalışır. Dürtüsel eylemler ve kaotik kişilerarası ilişkiler belirlenir ve bunlarla yüzleşilir, ancak bunlara neden olan altta yatan nedenlere yönelik içgörünün edinilmesi şart değildir.

Sıklığı gerektiği şekilde azalmadan önce, destekleyici terapi bir süre düzenli şekilde devam edebilir. Aralıklı temaslar süresiz olarak devam edebilir ve terapistin sürekli erişilebilirliği çok önemlidir. Terapi, diğer kalıcı ilişkiler oluştuğunda ve tatmin edici faaliyetler hastanın hayatında daha çok önem kazandığında yavaş yavaş sona erer.

Destekleyici terapide, hasta terapiste daha az bağımlı olma ve daha az yoğun aktarım oluşturma eğilimindedir. Bazı klinisyenler, bu terapi şeklinin borderline hastalarda kalıcı değişiklik yaratma ihtimalinin az olduğunu öne sürseler bile, diğer uzmanlar bu tedavi şekliyle borderline hastalarda önemli davranış değişiklikleri sağlamışlardır.

Grup Terapileri

Grup terapileri çeşitli biçimlerde gerçekleşir. Odak tartışma grupları ya da Adsız Alkolikler gibi kendi kendine yardım gruplarında süreç, bir terapist olmadan ilerler. Bazı terapi grupları

temelde başa çıkma becerilerini öğretmek için tasarlanmıştır. Diğerleri güven inşa etmek için tasarlanan kişilerarası ilişkilere odaklanır. SKB'li kişileri grup içinde tedavi etmek çok mantıklıdır. Grup terapisi, borderline hastanın, başkaları tarafından uyarılan duyguları tanıyarak tek bir kişiye (terapist gibi) yöneltiği duygu yoğunluğunu seyreltmesini sağlar. Grup içindeyken, duygusal yakınlık ve mesafe arasındaki sürekli mücadeleyi daha kolay kontrol edebilir; odak noktasının kendisi olduğu bireysel terapinin aksine, grupta ilgiyi üzerine toplayabilir ya da kendinden uzaklaştırabilir. Diğer grup üyeleri tarafından yapılan yüzleştirmeler, idealize edilmiş ya da değersizleştirilmiş bir terapistin yüzleştirmelerinden daha kolaylıkla kabul edilebilir. Çünkü bir arkadaş, "onun neler yaşadığını gerçekten anlayan biri" olarak algılanabilir. Borderline bireyin talepkâr doğasına, benmerkezciliğine, soyutlayıcı geri çekilmesine, aşındırıcılığına ya da sosyal uygunsuzluğuna grup üyelerince daha etkili bir şekilde meydan okunabilir. Buna ilaveten, grubun umut, ilgi ve fedakârlık ifadelerini daha kolay kabul edebilir.[198,199,200]

Diğer grup üyelerinin süreci, gelişim için bir model oluşturabilir. Bir grup üyesi bir amaca ulaştığında, onun gelişimine şahit olan ve başarısını içtenlikle paylaşan diğer grup üyelerine ilham verebilir. Borderline ilişkilerin karakteristik özelliği olan çekişme ve rekabetçilik, grup ortamında canlı bir şekilde sergilenebilir, belirlenebilir ve bireysel terapide mümkün olmayan yöntemlerle ele alınabilir. Yüksek ve düşük işlevsellik düzeyi sergileyen SKB hastalarından ve SKB hastası olmayanlardan oluşan karma bir grupta, tüm katılımcılar fayda sağlayabilir. Daha sağlıklı hastalar, daha uyumlu işlevsellik için örnek teşkil edebilirler. Ve duygularını ifade etmekte zorlanan hastalara, borderline hastalar duyguya daha fazla erişim göstererek karşılık verebilir. Son olarak grup, borderline bireylerin dış dünyanın cezalandırmasına maruz kalma riski olmaksızın, diğer kişilerle farklı davranış biçimlerini deneyebileceği canlı, nefes alan bir deney laboratuvarı imkânı sunar.

Ancak, grup terapisini borderline bireyler için potansiyel

açıdan cazip bir tedavi yöntemi yapan özellikler, aynı zamanda bu tür hastaların grup ortamına direnme nedenleridir. Bireysel ilgi görme arzusu, diğerlerini kıskanma ve onlara güvenmeme ve samimi yakınlığı hem isteme hem de bundan korkma, çoğu SKB hastasının grup tedavisine girmek istememesine neden olmaktadır. Yüksek işlevsellik sergileyenler grup terapisinin bu sıkıntılarına tahammül edebilirler ve ilişkilerindeki sorunları ele almak için "canlı" deneyimleri kullanırlar. Düşük düzeyde işlevsellik gösteren SKB hastalarıysa genellikle grup terapilerine katılmazlar ve katılırlarsa da bu terapilerde uzun kalmazlar.

Borderline hasta, psikodinamik grup terapisinde önemli engellerle karşılaşabilir. Sadece kendisiyle ilgilenmesi ve empatiden yoksun olması, başkalarının sorunlarına müdahil olmasını engelleyebilir. Eğer kaygıları normalden çok sapmışsa ve hisleri çok yoğunsa, kendisini izole edilmiş ve kopmuş hissedebilir. Örneğin, çocukluk dönemindeki ensesti, sapkın cinsel uygulamaları ya da yoğun uyuşturucu kullanımını ele alan bir hasta, diğer grup üyelerini şoke etmekten korkabilir. Ve gerçekten de, bazı üyeler bu üzücü konularla ilgilenmekte zorlanabilirler. Bazıları, ihtiyaçlarının terapist tarafından karşılanmadığı hissine kapılabilirler. Bu tür durumlarda kendileriyle ilgilenilebileceğini düşündükleri yöntemlerle birbirlerini kollamaya teşebbüs edebilirler. Bu da hastalarla grup ortamı dışında temas kurmaya ve birbirlerini "tedavi etmeye" çalışırken bağımlılık ihtiyaçlarının sürekli hale gelmesine neden olabilir. Grup üyeleri arasındaki aşk ve iş ilişkileri genellikle felaketle sonuçlanır, çünkü bu hastalar, ilgilenilmesi gereken verimsiz arayışların bir devamı niteliğindeki ilişkiyi keşfetmek için grubu nesnel şekilde kullanamayacaklardır.

Yirmi dokuz yaşındaki Elaine, iki yıllık bireysel psikoterapinin ardından grup terapisine yönlendirildi. Dört kız kardeşin en büyüğü Elaine, babası tarafından cinsel istismara uğramıştı. İstismar, o beş yaşındayken başlamış ve on yıldan fazla bir süre devam etmişti. Annesini zayıf ve etkisiz, babasını talepkâr ve memnuniyetsiz olarak görüyordu. Ergenlik dönemindeyken

bütün ailenin bakıcısı haline gelmişti. Kız kardeşleri evlenip çocuk sahibi olmuşlardı, ancak Elaine önce üniversiteye gidip sonra da yüksek lisans yaparken bekâr kalmıştı. Az sayıda kız arkadaşı vardı ve nadiren birileriyle çıkardı. Romantik ilişkileri iki evli ve kendisinden çok daha yaşlı yöneticiyle yaşadıklarından ibaretti. İşten arta kalan vaktinin çoğunu aile işlerine, hasta aile üyeleriyle ilgilenmeye ve genel olarak aile sorunlarıyla uğraşmaya harcıyordu.

Yalnız ve depresif Elaine, bireysel terapiye başvurmuştu. Sosyal işlevselliğindeki sınırlamaların farkında olarak, daha sonraları grup terapisine sevk edilmek istedi. Burada kısa süre içinde başkalarına yardımcı olan ancak kendi sorunlarını inkâr eden bir konuma geldi. Sık sık, grup üyelerine yeterince yardımcı olmadığını düşündüğü terapiste öfkeleniyordu.

Grup üyeleri, daha önce yüzleşemediği meseleleri incelemesi için Elaine'i teşvik ettiler – Elaine sürekli kaşlarını çatıyor ve göz korkutucu yüz ifadeleri takınıyor, öfkeli sözler sarf ediyordu. Bu süreç pek çok can sıkıcı ayı kapsasa da, Elaine sonunda kadınları küçümsediğini kabul etti, ki bu, grup ortamında açıkça belli oluyordu. Erkek terapiste duyduğu öfkenin aslında babasına duyduğu öfkeden kaynaklandığını anladı ve diğer erkeklerle ilişkilerinde bu baba-kız ilişkisini sürdürmeye yönelik dürtüsel eylemlerinin farkına vardı. Elaine, grupta erkeklerle ve kadınlarla etkileşime girmenin yeni yollarını denemeye başladı. Bununla eş zamanlı olarak, aile sorunlarının boğuculuğundan da kendini uzak tuttu.

Çoğu standart terapi (8. Bölüm'e bakınız), grup terapisiyle bireysel tedaviyi birleştirmektedir. Zihinselleştirme temelli terapi gibi bazı yaklaşımlar, psikodinamik ve keşfedicidir, terapistten daha az yönlendirmeyi içerir. Diyalektik davranış terapisi (DDT) ve Duygusal Öngörülebilirlik ve Problem Çözme İçin Sistem Eğitimi (STEPPS) gibi diğer yaklaşımlar, daha destekleyici, davranış odaklı ve eğitimseldir. Yönlendirici olmayanların aksine, beceri gelişimini, uzun konuşmaları, "ev ödevi" niteliğinde görevleri ve tavsiyeleri vurgulamaktadır.

Aile Terapileri

Aile terapileri, ebeveynleriyle sıkıntılı ilişkilerinden çıkıp sonunda kendi eşleri ve çocuklarının dahil olduğu kalıcı çatışmalara giren bazı borderline hastaların tedavisi için mantıklı bir yaklaşımdır.

Aile terapisi bazen hastane dışında uygulanmakla birlikte, genellikle bir kriz döneminde veya hastanede yatış sürecinde başlatılır. Böyle bir durumdayken, ailenin tedaviye katılmaya karşı gösterdiği dirençle daha kolay baş edilebilir.

Borderline bireylerin aileleri, çeşitli nedenlerden ötürü tedavi konusunda çoğu zaman tereddütlü olurlar. Hastanın sorunlarından dolayı kendilerini suçlu hissedebilirler ve suçlanmaktan korkarlar. Ayrıca borderline aile sistemindeki bağlar genellikle çok sağlamdır; aile üyeleri genelde dışarıdaki insanlara karşı şüphe duyarlar ve değişimden korkarlar. Aile bireylerinin, hastanın davranışlarının devamında (bilinçli ya da bilinçsizce) payı olsa bile, ailenin tutumu genellikle, "Onu iyileştirin, ancak suçu bize atmayın, bizi işin içine katmayın ve hepsinden önemlisi de bizi değiştirmeyin," şeklinde olur.

Yine de aileden bir miktar destek almak şarttır, çünkü bu destek olmazsa terapi baltalanabilir. Ergenler ve genç yetişkinlere yönelik aile terapisi, hastayı ve ebeveynlerini, bazen de kardeşlerini kapsar. Evli olan ya da ciddi bir ilişki içindeki yetişkin borderline bireye yönelik aile terapisi ise genellikle eşi ya da sevgiliyi ve bazen de çiftin çocuklarını kapsar. (Maalesef ABD'deki pek çok sağlık sigortası poliçesi, *evlilik terapisi* ya da *aile terapisi* şeklinde adlandırılan tedaviyi karşılamaz.)

Borderline aile etkileşiminin dinamikleri genellikle iki uçtan birini yansıtır – aile üyeleri ya çok güçlü bir şekilde birbirlerine bağlıdır ya da birbirlerinden kopukturlar. İlk durumda, tüm aile üyeleriyle ittifak kurmak önemlidir, çünkü onların desteği olmadan hasta bağımsız bir şekilde tedaviyi sürdüremez. Aile üyelerinin arası bozuksa, terapist aile katılımının potansiyel etkisini özenle irdelemelidir. Barışmaları mümkün ve sağlıklıysa, bu önemli bir amaç olabilir; ancak barışmaları zarar vericiyse ve

gerçekçi değilse, hastanın onlarla bir araya gelme hayallerinden vazgeçmesi gerekebilir. Esasen, idealize edilmiş bir aile ilişkisinin kaybının yasını tutmak, terapide önemli bir dönüm noktası olabilir.[201] Keşfedici psikoterapiye direnen aile üyeleri, STEPPS terapi programında (8. Bölüm'e bakınız) sunulduğu üzere, psikoeğitimsel bir terapiye dahil olmaya razı olabilir.

Yirmi altı yaşındaki Debbie, depresyon, kendine zarar verme, alkolizm ve bulimiya geçmişiyle hastaneye başvurdu. Aile değerlendirme görüşmeleri, kocasıyla dengesiz ancak özünde destekleyici bir ilişkisi olduğunu ortaya çıkardı. Terapi süreci, daha önce açıklanmayan cinsel istismar olaylarına odaklanmaya başladı. Debbie, sekiz yaşlarındayken, kendisinden yaşça büyük bir komşu çocuğu tarafından cinsel istismara uğramıştı. Bu çocuk, ona cinsel istismarda bulunmasının yanı sıra onu likör içmeye zorlamış, sonra da şişeden idrarını içirmişti, ki bu daha sonra kusmasına neden olmuştu. Ayrıca Debbie, onun ileriye gitme girişimlerine karşı çıkınca ona saldırmıştı.

Bu geçmiş olaylar, mevcut patolojisinde yeniden canlanıyordu. Bu hatıralar gün yüzüne çıktıkça, Debbie pasif alkolik babasına ve kendisini koruyamadığını düşündüğü zayıf, ilgisiz annesine karşı duyduğu uzun soluklu öfkenin farkına varmaya başladı. Daha önce ebeveynleriyle mesafeli ve yüzeysel bir ilişki sürdürmesine rağmen, geçmiş acılarını ve onlarla ilgili hayal kırıklıklarını ortaya çıkarmak için ebeveynleriyle bir aile terapisi görüşmesi yapmak istiyordu.

Tahmin ettiği üzere, ebeveynleri bu açıklamalardan çok rahatsız olmuşlardı. Ancak Debbie ilk defa babasının alkolizminin ve babasıyla annesinin mesafeli oluşunun kendisinde yarattığı hayal kırıklıklarıyla yüzleşti. Aynı zamanda hepsi birbirlerine olan sevgisini pekiştirerek bu sevgiyi ifade ederken yaşadıkları zorlukların farkına vardılar. Debbie, ilişkilerinde önemli bir değişiklik olmayacağını kabul etmesine rağmen, çok şey başardığını hissetti ve aile ilişkilerindeki uzaklığı ve başarısızlıkları kabul ederek rahatladı.

Aile terapisine yönelik terapötik yaklaşımlar, bireysel tera-

pininkilere benzemektedir. Kapsamlı bir hikâye önemlidir ve bu, aile ağacının inşa edilmesini içerebilir. Bu tür bir diyagram, büyükanne ve büyükbabaların, vaftiz ebeveynlerinin, aynı adı taşıyanların ve diğer önemli akrabaların nesiller boyunca aile ilişkilerini etkilemiş olabileceğini ortaya koyabilir. Örneğin, Yahudi soykırımından kurtulanların ikinci ve üçüncü nesli üzerindeki etkiler, bilimsel çalışmalar ve popüler kültür açısından büyük ilgi uyandıran bir alandır.[202]

Bireysel terapide ve grup terapisinde olduğu gibi, aile terapisi yaklaşımları da temelde destekleyici-eğitsel ya da keşfedici-yeniden yapılandırıcı olabilir. İlkinde, terapistin temel amaçları, aileyle ittifak kurmak; çatışmaları, suçlamaları ve savunmacılığı en aza indirmek ve üyeleri karşılıklı olarak destekleyici hedeflere yönelik çalışmaları için birleştirmektir. Keşfedici-yeniden yapılandırıcı aile terapisi ise daha iddialıdır, aile üyelerinin aile sistemindeki tamamlayıcı rollerini tanımaya daha odaklıdır ve bu rolleri değiştirmeye çalışmaktadır.

Elaine (daha önce Grup Terapisi kısmında bahsetmiştik), terapisinde bir noktada ebeveynleriyle ilişkisine odaklandı. Onları babasının cinsel istismarına yönelik açıklamasıyla yüzleştirdikten sonra, onlara karşı hayal kırıklığı hissetmeye devam etti. Her iki ebeveyn de istismarla ilgili daha fazla konuşmayı reddetti ve tedavisine devam etmesi konusunda onun cesaretini kırdı. Onların bu davranışlarından ötürü Elaine'in kafası karışmıştı. Bazen çok fazla bağımlı ve sıkı sıkıya bağlıydılar, diğer zamanlardaysa Elaine, özellikle de onun çocukluk lakabına sürekli atıfta bulunduklarında, çocuk yerine koyulduğunu hissediyordu. Elaine aile görüşmeleri yapma talebinde bulundu, onlar da bunu gönülsüzce kabul ettiler.

Bu görüşmeler sırasında, Elaine'nin babası, saldırılarını detaylı olarak hatırlamadığını söylemeye devam etse de, sonunda bu suçlamaların doğru olduğunu kabul etti. Annesi, duygusal açıdan pek çok biçimde kocası ve çocuklarına karşı ulaşılamaz olduğunun farkına vardı ve istismara yönelik kendi dolaylı sorumluluğunu kabul etti. Elaine, babasının da çocukluğunda

cinsel istismara uğradığını ilk kez öğrendi. Terapi, gizli saklı şeyleri açığa çıkarma ve aile içinde daha iyi bir iletişim sağlama bakımından başarıya ulaştı. Elaine ve ebeveynleri ilk defa birbirleriyle birer yetişkin gibi konuşmaya başladılar.

Sanatsal ve Dışavurumcu Terapiler

Bireysel terapiler, grup ve aile terapileri, hastaların duygu ve düşüncelerini sözlerle ifade etmelerini gerektirir, ancak borderline hastalar genellikle bu alanda yetersizdirler ve içsel kaygılarını sözlerden ziyade eylemler aracılığıyla ifade etmeye meyillidirler. Dışavurumcu terapiler, geleneksel olmayan yollarla iletişimi desteklemek amacıyla sanat, müzik, edebiyat, fiziksel hareket ve dramadan faydalanır.

Sanat terapisinde, hastalardan çizimler, resimler, kolajlar, otoportreler, kilden objeler, bez bebekler gibi içsel duygularını ifade eden çeşitli şeyler yapmaları istenir. Hastalara, içsel sırlarını, saklı korkularını ve gizledikleri şeyleri temsil eden şeyler çizebilecekleri boş sayfaların olduğu bir defter verilir. Müzik terapisi, ulaşılmaz duyguları harekete geçirmek için çeşitli melodilerden ve şarkı sözlerinden faydalanır. Müzik genellikle, sakin bir ortamda duyguları ortaya çıkarır ve meditasyonu destekler. Beden hareketleri ve dans, duyguları ifade etmek için fiziksel çabadan faydalanır. Psikodrama adlı bir diğer dışavurumcu terapi türünde, hastalar ve "terapist-yönetmen" bir hastanın belirli sorunlarını canlandırır. Bibliyoterapi de hastaların kitap okuduğu ve edebiyatı, kısa öyküleri, tiyatro oyunlarını, şiirleri, film ve videoları tartıştığı bir terapi yöntemidir. Edward Albee'nin *Kim Korkar Virgina Woolf'tan* adlı tiyatro eseri, okunmak ve sahnelenmek için tanınmış bir eserdir, çünkü hastalar, kendi hayatlarındaki sorunları yansıtan öfke ve hayal kırıklığı dolu satırları okurken, bu eserin duygusal sahneleri onlara bir duygusal boşalma imkânı sağlar.

Nicole'ün kronik depresyonu, ağabeyinin küçük yaşlarından itibaren onu maruz bıraktığı ve kendisinin yeni yeni hatırlama-

ya başladığı cinsel istismarla ilişkiliydi. Yirmi beş yaşındayken ve yalnız yaşarken, zihni erken yaştaki bu deneyimlerinin hatıralarıyla dolup taştı ve sonunda depresyonu kötüleşince hastaneye yatması gerekti. Kendini suçluluk duygusu altında ezilmiş hissediyordu, hatırladıklarını başkalarına anlatamıyor ve altta yatan öfkeyi ortaya çıkaramıyordu.

Sanat ve müziği birleştiren bir dışavurumcu terapi programı sırasında, terapistler Nicole'ün kaçınmaya çalıştığı öfkenin daha çok farkına varması için ona destek verdi. Fonda yüksek sesli, heyecan verici rock müzik çaldığı sırada, öfkesinin ona nasıl hissettirdiğini çizmesi istendi. Önce, kendisini de şaşırtacak şekilde penisler çizdi ve sonra şekilleri değiştirdi. İlk başta bu çizdiklerinden korku ve utanç duyuyordu, ancak kısa süre içinde farkındalığı arttı ve öfkesini ve misilleme yapmaya yönelik bariz arzusunu kabul etti.

Nicole, çizimlerine ilişkin duygusal tepkilerini tartışırken, geçmişte yaşadığı istismarı ve bununla ilgili duyguları tanımlamaya başladı. Sonunda hem bireysel olarak doktorlarla hem de grup içinde daha açık bir şekilde konuşmaya başladı, bu da ona bu korkutucu deneyimler üzerinde ustalaşma ve onları uygun bir bakış açısına yerleştirme fırsatı sağladı.

Psikoeğitimsel Terapiler

Hastaları ve aileleri kendi hastalıkları hakkında eğitmek, tıp alanında eski bir gelenektir. Bir hastalık (diyabet ve şizofreni gibi) hakkında bilgi sahibi olmak ve onun en iyi nasıl tedavi edileceğini ve onunla nasıl baş edileceğini öğrenmek, tedavinin önemli unsurlarındandır. Tedavi tesislerinden, kitaplardan ya da internet sitelerinden bilgi edinilebilir. Borderline hastalara yönelik bir psikoeğitimsel grup programı örneği, İtalyan doktorlarla işbirliği içinde McLean Hastanesi'nde geliştirildi. Bu altı haftalık program, SKB'nin belirleyici teşhis kriterleri, genetik ve çevresel faktörler, ilişkili bozukluklar (depresyon gibi), hastalığın seyri ve tedavi yaklaşımları hakkında bilgi sunuyordu. Bu psi-

koeğitimsel terapiye katılan borderline hastaların, destekleyici terapi alan bir kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında, önemli ölçüde iyileşme kaydettikleri ve uygulanan ölçeklerde daha az kötüleşme gösterdikleri tespit edildi.[203]

Hastane Yatışı

Borderline hastalar, hastaneye yatan psikiyatrik hastaların yüzde 20'sini oluşturmaktadır ve SKB, hastane ortamında karşılaşılan açık ara en yaygın kişilik bozukluğudur.[204] Dürtüsellik, kendine zarar verme davranışları (intihar, aşırı doz uyuşturucu kullanımı gibi) ve ani psikotik ataklar, genellikle acilen hastaneye yatış gerektiren durumlardır.

Hastane, SKB'nin sıklıkla kaotik olan dünyasını kontrol altına alıp düzenlemek için korumalı, yapılandırılmış bir ortam sağlar. Diğer hastaların ve personelin desteği ve katılımı, borderline hastanın bazı algılarına meydan okuyan, bazı algılarını da onaylayan önemli bir geribildirim sunmaktadır.

Hastane, hastanın dış dünyadaki çatışmalarını en aza indirger ve kendisine yönelik yoğun bir değerlendirme yapması için büyük bir imkân tanır. Aynı zamanda, borderline birey ile dış dünya (terapisti de dahil olmak üzere) arasındaki yoğun ilişkilere bir mola vermesini ve bu yoğunluğun hastane ortamındaki diğer personele yayılmasını sağlar. Bu korunaklı ve daha taraf-sız ortamda, hasta kişisel hedeflerini ve terapi programını yeniden değerlendirebilir.

Borderline hasta, ilk başta tipik olarak hastaneye yatmayı reddeder, ancak taburcu olma zamanı geldiğinde, hastane ortamına öyle alışmıştır ki genellikle taburcu olmaktan korkar. Kendisiyle ilgilenilmesine ihtiyaç duymaktadır, ancak aynı zamanda diğer hastaları kontrol altına almaya ve onlara "yardımcı olmaya" çalışan bir koğuş lideri haline de gelebilir. Bazı zamanlar kendi feci sorunlarından bunalmış görünebilir, bazen de büyük bir yaratıcılık ve girişkenlik sergiler.

Hastaneye yatan borderline hasta, karakteristik olarak

hastane personeliyle bölme ve yansıtmalı özdeşleşmenin (2. Bölüm'e ve Ek B'ye bakınız) büyüleyici bir ikili dansını sergiler. Personelin bir kısmı onu acınası ama sempatik bir sokak çocuğu olarak görürken diğerleri onun egoist ve sadist bir kışkırtıcı olduğunu düşünür. Bu farklı bakış açıları, hastanın tıpkı hayatındaki diğer insanlara da yaptığı gibi, hastane personelini tamamıyla iyi (destekleyici, anlayışlı) ve tamamıyla kötü (zıtlaşan, talepkâr) olarak bölmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Hastane personeli, kendilerine atanan bu yansıtmaları –hem "iyi" ("Beni tek anlayan kişi sensin") hem de "kötü" (Beni umursamıyorsun, sadece para kazandığın için buradasın") – kabul ettiklerinde, yansıtmalı özdeşleşme döngüsü tamamlanmış olur: "iyi" personel ile "kötü" personel arasında çatışma başlar.

Bu çatışmanın ortasında, hastaneye yatmış SKB'li hasta, kendi dış dünyasının kişilerarası ilişki kalıplarını tekrarlar: nihayetinde hayal kırıklığına yol açan, karşı konulmaz bir korunma arzusu, sonra terk edilme hissi ve en sonunda kendine zarar verme davranışları ve duygusal geri çekilme. Kişi, hastane ortamında bu çatışmalar üzerine kafa yorma fırsatı bulur.

Acil Hastane Yatışı

1990'lardan beri hastane hizmetlerinin maliyetlerindeki artış ve sigorta şirketlerinin sıkı kısıtlamaları, hastane temelli tedavi programlarının yeniden yapılandırılmasına neden olmuştur. Günümüzde hastaneye yatışların çoğu, intihar teşebbüsleri, şiddet içeren öfke patlamaları, psikotik çöküşler veya kendine zarar verme atakları (uyuşturucu kullanımı, kontrol dışı anoreksiya/blumiya gibi) da dahil olmak üzere potansiyel tehlike taşıyan şiddetli krizleri sonucunda gerçekleşmektedir. Sigorta şirketleri genellikle hastanın hastanede yatışını birkaç günle sınırlar. Pek çoğu, sadece sürekli olarak ve belgelenmiş bir "kendine ve/veya başkalarına zarar verme durumu" olması halinde hastane masraflarını karşılamaktadır.

Kısa süreli hastane yatışı esnasında, bir tam fiziksel ve nörolojik değerlendirme gerçekleştirilir. Hastane ortamı, yapıya ve sınır belirlemeye odaklanır. Destek ve olumlu ilişki vurgulanır. Tedavi, kargaşaya yönelik pratik ve uyarlanabilir tepkilere odaklanır. Mesleki ve günlük yaşam becerileri değerlendirilir. Uygun olduğunda aileyle ortak görüşmeler başlatılır. Hasta ile personel arasında şekillendirilen bir ilişki, karşılıklı beklentileri ve sınırları sağlamlaştırmaya yardımcı olur. Böyle bir iletişim, hastanın katılmak zorunda olduğu günlük terapi programının ve hastanın hastanede yatışla ilgili, perosnelin de kendisiyle birlikte ele alma konusunda uzlaştığı belirli amaçlarının ana hatlarını çizebilir.

Kısa süreli hastane yatışının temel amaçları, tetikleyici krizleri ortadan kaldırmayı ve kendine zarar verme davranışlarına son vermeyi içermektedir. Örneğin, kendini vurma düşüncesi olan bir hastanın eşinden, silahları evden uzaklaştırması istenebilir. Kişisel ve çevresel güçlü yönler belirlenerek desteklenir. Tedaviyle ilgili önemli meseleler gün yüzüne çıkarılır ya da yeniden değerlendirilir. Psikoterapi yaklaşımlarında ilaçlarda değişiklik yapılması önerilebilir. Bu meselelerin daha derinlemesine incelenmesi, yatan hasta biriminde kısa bir süreyle sınırlıdır ve ayakta tedavi sürecinde daha kapsamlı bir şekilde ya da kısmi hastaneye yatış (bu bölümün ilerleyen kısımlarında ele alınacaktır) gibi daha az yoğun bir programla devam ettirilebilir. En önemli iş, hastayı mümkün olduğunca kısa süre içinde dış dünyaya döndürmek, gerilemeden ve hastaneye bağımlı olmaktan kaçınmak olduğundan, taburcu olma ve tedavi sonrası bakım planları hastanın hastaneye kabulünden hemen sonra başlar.

Uzun Dönemli Hastane Yatışı

Ani hastane yatışı günler sürerken, uzun dönemli hastane yatışı genellikle aylar sürebilir. Günümüzde uzun süreli hastane yatışı oldukça nadir hale gelmiştir ve çok zengin kişilere ya da psikiyatrik hastalıklar için istisnai sigorta kapsamına sahip olanlara

özgüdür. Uzun süreli bakımı gerektiren ancak yirmi dört saat hastaneye kapatılmanın gerekmediği pek çok durumda, terapi, kısmı hastaneye yatış gibi daha az kısıtlayıcı bir ortamda devam edebilir. Uzun dönemli hastane yatışının destekçileri, daha çaresiz bir role gerilemenin tehlikesinin farkındadır, ancak gerçek kişilik değişiminin kontrollü bir ortamda, daha kapsamlı ve yoğun bir tedavi gerektirdiğini savunurlar. Uzun süreli hastaneye yatışın belirtileri, kronik düşük motivasyon, yetersiz veya zararlı sosyal destekler (patolojik bir aile sistemine dahil olma gibi), bir iş sahibi olmayı ya da kendi kendine yeter olmayı engelleyen şiddetli işlev bozuklukları ve hastane dışı terapilerde ya da kısa süreli hastane yatılarında tekrarlayan başarısızlıkları kapsamaktadır. Bu tür özellikler, dış ortama erken dönüş olasılığını ortadan kaldırır.

Daha uzun süreli hastane yatışlarında ortam daha az yapılandırılmış olabilir. Hastanın tedavi için daha ortak sorumluluk üstlenmesi teşvik edilir. Mevcut sorunlara ilaveten, hastane personeli ve hasta, geçmiş örnek davranış kalıplarını ve aktarım meselelerini keşfeder. Hastane, borderline hastanın belirli sorunlarını tespit ettiği ve hastane personeli ve diğer hastalarla etkileşim kurarak çeşitli çözümlere yönelik deneyler yaptığı bir laboratuvar işlevi görebilir.

Jennifer (1. Bölüm'e bakınız) en sonunda uzun süreli olarak hastaneye yatmıştı. Hem kelimenin tam anlamıyla hem de mecazen, birkaç ayını bir dolabın içinde geçirdi. Genellikle odasındaki dolabın içinde oturuyor, hastane personelinden saklanıyordu. Bir süre sonra terapistiyle daha çok ilişkilenmeye başladı, ona öfkelenir oldu ve onun öfkesini tetikleme çabasına girişti. Hastaneden ayrılmayı talep etti ve bunun için yalvardı. Personel sağlam bir duruş sergiledikçe babasından daha çok bahsetmeye başladı – onun kocasına ve diğer tüm erkeklere nasıl benzediğini anlattı. Jennifer, duygularını kadın personelle paylaşmaya başladı. Bunu yapmak, kadınlara güven ve saygı duymadığı için ona her zaman zor gelmişti. Hastanede kaldığı esnada daha sonra, kocasından boşanmaya ve oğlunun velayetini bırakmaya karar verdi. Bu eylemler onu incitse de, bunları "bencil olmayan bencillik" olarak değerlendirdi – kendisine bakmak, sevdiği kişiler için yapabileceği en büyük fedakârlıktı. Sonunda okula geri döndü ve diplomasını aldı.

Uzun süreli hastane yatışının amaçları, kısa süreli hastane yatışının amaçlarını kapsamaktadır – sadece işlevsiz alanları belirlemekle kalmaz, aynı zamanda bu özellikleri değiştirir. Dürtülerin artan kontrolü, daha az ruh hali değişimi, başkalarına güvenme ve onlarla ilişki kurma konusunda daha becerikli olma, daha tanımlı bir kimlik hissi ve hayal kırıklığına daha fazla tahammül edebilme, başarılı bir hastane tedavisinin en açık işaretlerindendir. Eğitsel ve mesleki hedefler, uzun süreli bir hastane yatışı sırasında gerçekleştirilebilir. Pek çok hasta, hastaneden çıktıktan sonra çalışmaya ya da okula gitmeye başlayabilir. Sağlıklı olmayan hayat düzenlerindeki değişiklikler – evden taşınmak, boşanmak gibi– tamamlanmış olabilir.

Uzun süreli hastane yatışının en büyük olası tehlikesi gerilemedir. Eğer hastane personeli hastayla aktif olarak ilgilenip onu motive etmezse, borderline birey kendi hayatını yönlendirmek için başkalarına daha bağımlı olduğu daha çaresiz bir konuma düşebilir.

Psikiyatri hastanesinin bir "tımarhane" olduğu, beyaz gömlekler giymiş, halüsinasyon gören ve sersemletici ilaçlar ile şok tedavisinin tahribatıyla beyhude bir şekilde mücadele eden bir nüfusla dolu olduğu (tıpkı Ken Kesey'in *Guguk Kuşu* adlı eserinde tarif edilen yer gibi) klişesi artık söz konusu değildir. Günümüzde hastaneler, resmen tanınmış bakım standartlarını karşılamak üzere, Sağlık Kurumları Akreditasyonu Ortak Komisyonu gibi devlet kurumları tarafından düzenli olarak denetlenmekte ve düzenlenmektedir.

Kısmi Hastane Yatışı

Kısmi (ya da günlük) hastane yatışı, hastanın gün boyunca ya da günün büyük bir kısmında hastanedeki aktivitelere katılması ve

akşam olduğunda evine dönmesi şeklinde bir tedavi yaklaşımıdır. Kısmi yatış programları aynı zamanda okul ya da iş sonrası akşamları da uygulanabilir ve başka seçeneklerin olmadığı durumlarda konaklamaya da imkân tanıyabilir. Bu yaklaşım, kendileri ve başkaları için tehlike oluşturmayan, daha az aktif gözetim ihtiyacı duyan bireylere uygun bir yaklaşımdır.

Bu yaklaşım, SKB hastasının hastane programına dahil olmaya devam etmesine, hastanedeki yoğun ve yapılandırılmış bakımdan faydalanmasına ve bu arada da bağımsız bir hayat sürdürebilmesine imkân sağlamaktadır. Hastaneye bağımlılık, uzun süreli hastane yatışında olduğundan daha zayıftır. Kısmi yatış, geleneksel hasta bakımından daha ucuz olduğundan, maliyet açısından genellikle tercih edilmektedir.

Daha yoğun bakım gerektiren ancak yirmi dört saat gözetim ihtiyacı olmayan, hastaneye yatırılma halinde şiddetli gerileme riski olan, hastaneden çıkınca dış dünyaya geçiş yapabilen, hastane bakımı gördüğü sırada mesleki ya da akademik meşguliyetini sürdürmesi gereken ya da bakımla ilgili katı finansal kısıtlamaları olan SKB hastaları bu yaklaşımdan faydalanabilirler. Hastane ortamı ve terapi hedefleri, ilişkili hasta programının hedeflerine benzerdir.

Tedavinin Getirileri

İlerleyen iki bölümde göreceğimiz üzere, SKB tedavisi genellikle standartlaşmış psikoterapik yaklaşımların ve belirli semptomları hedef alan ilaç tedavisinin birleşimi şeklinde gerçekleştirilir. Bir zamanlar SKB, umutsuzluk ve öfkenin teşhisi olarak görülürken, artık hastalığın seyrinin önceden düşünüldüğünden daha iyi ilerlediğini biliyoruz. Ayrıca pek çok hastanın kendi geçmişlerinin kaosundan kurtularak üretken bir hayata devam ettiğini biliyoruz.

Tedavi süreci meşakkatli olabilir. Ancak yolculuğun sonunda yeni bakış açılarına kavuşulur.

Bir borderline hasta, terapistine şöyle demişti: "Sürekli koşulsuz kabulden bahsediyorsunuz ve ben yakın geçmişimde bir yerlerde bunu hissetmeye başladım. Bu harika... Siz bana kendimi açabileceğim güvenli bir alan sundunuz. Ben, zihnimin derinliklerinde bir yerde kaybolmuştum. Siz bana, kendi gerçek benliğimi ortaya çıkarabilmeme yetecek kabulü ve özgürlüğü sağladınız."

8

Özel Psikoterapi Yaklaşımları

İçimde bir canavar var... Bu beni korkutuyor. Benim yukarı ve aşağı, ileri ve geri hareket etmemi sağlıyor ve ben bundan nefret ediyorum. Beni rahat bırakmazsa öleceğim.

–Bir SKB hastasının günlüğünden

Gerçek hayat, ufak değişiklikler meydana geldiğinde yaşanır.

–Leo Tolstoy

SKB, farmakolojik tedaviden (ilaç tedavisinden) ziyade psikososyal terapilerin etkinliğini gösteren kanıta dayalı çalışmaların daha fazla olduğu tek büyük psikiyatrik hastalıktır. Bu nedenle, diğer birçok bozukluğun tedavisinden farklı olarak, ilaçlar psikoterapinin ikincil bileşenleri şeklinde görülmektedir. Birkaç psikoterapi yaklaşımının etkili olduğunun kanıtlanmasının yanı sıra, psikoterapinin zahmetli ve kapsamlı çabasının da kişilik bozukluklarının tedavisi için uygun maliyetli olduğu kanıtlanmıştır.[205]

SKB tedavisi için kullanılan psikoterapi, bu kitabın ilk iki baskısının yayımlanmasından bu yana çok ilerleme kaydetmiştir. Titiz araştırmaların ve klinisyenler tarafından sürekli

geliştirilmesinin sonucunda, çeşitli biçimleri olan iki temel terapi ekolü ortaya çıkmıştır: bilişsel davranışçı yaklaşımlar ve psikodinamik yaklaşımlar. Her grupta çeşitli farklı stratejiler geliştirilmiştir ve bu stratejilerin her biri kendi teorik prensipleri ve yöntemleriyle desteklenmektedir. Pek çok psikoterapi stratejisi, grup terapilerini ve bireysel terapileri bir araya getirir. Bir kısmı daha psikodinamik ve bir kısmı daha davranışçı olmasına rağmen, pek çoğu her ikisinin unsurlarını birleştirir. Hepsi, ilk yazar tarafından geliştirilen ve 5. Bölüm'de ele alınan SET-UP özelliklerini yansıtan bir iletişimi benimser: hastaya *Destek*, onun mücadelesine karşı *Empati*, *Gerçeklik* veya hakikat meseleleriyle yüzleşme, sorunlara yönelik *Anlayış* ve tedavide *İstikar*'a yönelik bir bağlılık.

Çeşitli terapi yaklaşımlarının savunucuları, örneğin pratisyenlere belirli tedavileri uygulamalarında yardımcı olacak kullanım kitapçıkları derleyerek terapötik yöntemlerini standartlaştırmaya çalışmışlardır. Bu yolla, terapinin uygulayıcıdan bağımsız olarak, tutarlı ve eşit derecede etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi umulmaktadır. (Kabaca olsa da açık bir benzetme şu şekilde olabilir: Starbucks ya da McDonald's gibi bir gıda şirketi, nerede faaliyet gösterirse göstersin, tezgâhın arkasında kim olursa olsun, kahve veya hamburgerinin aynı tadı vermesi için içeriklerini standartlaştırır.) Standartlaştırma, aynı zamanda belirli bir psikoterapi yaklaşımının etkinliğini destekleyebilecek ya da çürütebilecek kontrollü çalışmalarda kanıt toplamayı da kolaylaştırır.

Standartlaştırmanın altında yatan teori şudur: Tıpkı hastanın şişedeki hangi Prozac hapını aldığının (yuttuğu sürece) bir fark yaratmaması gibi, hastanın katılımı sağlandığı sürece psikoterapiyi kimin uyguladığı da önemli değildir. Bununla birlikte, kişilerarası ilişkiler bir hapı alıp hazmetmekten tamamıyla farklıdır, bu nedenle aynı yönergeleri takip eden tüm psikoterapistlerin hastalarında aynı sonuçlara ulaşacaklarını varsaymak muhtemelen safçadır. Gerçekten de, SKB çalışmasında öncü olan Dr. John G. Gunderson, bu başarılı yöntemleri esas geliş-

tirenlerin, takipçilerinin sahip olmayabilecekleri belirgin bir karizma ve özgüven sahibi olduklarını vurgulamıştır.[206] Buna ilaveten, çoğu terapist bu kadar kısıtlı bir yaklaşımı fazla katı bulabilir.[207]

Farklı psikoterapi stratejileri çeşitli farklılıklar gösterse de pek çok ortak noktaya da sahiptir. Hepsi, hastaya yönelik net hedefler belirlemeye çalışır. Öncelikli bir erken dönem hedefi, kişinin kendisine ve tedaviye zarar verici davranışlarını ortadan kaldırmaktır. Resmi olarak "kılavuz haline getirilmiş" tüm terapiler yoğundur, genellikle haftada bir ya da daha fazla istikrarlı temas gerektirir. Bu terapilerin hepsinde, terapistin yüksek derecede ve özel eğitimli olması ihtiyacı ortadadır ve pek çoğu diğer ekip üyeleriyle işbirliği yapmayı ve/veya süpervizyon almayı gerektirir. Terapistler, geleneksel psikanalize göre hastalarıyla daha aktif bir etkileşim içindedirler. Bu terapiler zaman ile emek açısından yoğun ve genellikle pahalı olmalarından ötürü çoğunlukla sigortalar tarafından tamamen karşılanmadıklarından (örneğin sigortalar, Diyalektik Davranış Terapisi'nde gerekli olan terapistler arası görüşmeleri karşılamaz – sonraki sayfalarda yer alan Diyalektik Davranış Terapisi kısmına bakınız), bunların etkililiğini araştıran çalışmaların pek çoğu, üniversitelerde ya da bağışlarla desteklenen ortamlarda gerçekleştirilmektedir. Özel bir yaklaşım oluşturmaya çalışan çoğu toplumsal ve özel tedavi protokolü, resmi programların kısaltılmış halleridir.

Artık mesele sadece "beni iyileştirebilecek herhangi bir ruh doktoru bulma" meselesi değildir (elbette bu şekilde şanslı olmak mümkün olsa da). Karmaşık toplumumuzda, hasta her türlü faktörü göz önünde bulundurur ve bulundurmalıdır: zaman ve masraf, terapistin deneyimi ve uzmanlığı gibi. Hepsinden önemlisi, terapist ve onun tedaviye yönelik özel yaklaşımı konusunda hastanın içinin rahat olması gerekir. Bu nedenle okurun bu bölümün geri kalanını en azından belirli yaklaşımlara aşina olmaya yönelik bir bakış açısıyla okuması tavsiye edilmektedir, çünkü bu yaklaşımları (ve kısaltmalarını) terapötik sürecin bazı aşamalarında muhtemelen tekrar göre-

cektir. İstenen bir hasta-terapist uyumu (7. Bölüm'e bakınız) arayışında, müstakbel bir hasta bu tanımlanan yaklaşımlardan bir kısmını araştırıp tercih edilen tedaviyi sunan bir klinisyenden destek almak isteyebilir.

Bilişsel ve Davranışçı Terapiler

Bilişsel davranışçı yaklaşımlar, mevcut düşünme sürecini ve engelleyici tekrarlanan davranışları değiştirmeye odaklanmaktadır. Bu tür terapi, psikodinamik yaklaşımlara (aşağıdaki Psikodinamik Terapiler kısmına bakınız) kıyasla geçmişle daha az ilgilidir. Tedavi, daha sorun odaklıdır ve genellikle bir süre kısıtı vardır.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Aaron Beck tarafından geliştirilen tedavi sistemi Bilişsel Davranışçı Terapi, zarar verici düşünce ve davranışları belirlemeye, bunları daha istendik inanç ve tepkilerle değiştirmeye odaklanmaktadır.[208] Çarpık düşünceyi ("Ben kötü biriyim"; "Herkes benden nefret ediyor") ve işe yaramayan davranışları ("Belki de sadece bir içki içebilirim") işaret etmeye yönelik aktif çabalar, bu duygu ve eylemleri değiştirmek için tasarlanan ev ödevleriyle birleştirilir. Girişkenlik eğitimi, öfke yönetimi dersleri, gevşeme egzersizleri ve duyarsızlaştırmadan faydalanılabilir. Tipik olarak, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin kısıtlı bir süresi vardır, diğer tedavilerden daha az yoğundur ve bu nedenle genellikle daha az masraflıdır. Sıradaki tedavi programları, BDT'den türetilmiştir.

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)

Washington Üniversitesi'nden Dr. Marsha M. Linehan tarafından geliştirilen Diyalektik Davranış Terapisi, standart bilişsel davranışçı terapinin bir türevidir ve etkililiğini gösteren en

kontrollü çalışmaları içermektedir. Tedavinin *diyalektiği*, SKB hastalarının karşı karşıya kaldıkları içsel "zıtlıkları" çözme hedefine –yani hastanın aynı kişiyi veya aynı durumu önce sevip sonra nefret etmek gibi çelişkili duygu durumlarını müzakere etme ihtiyacına– atıfta bulunmaktadır. Bu sistemdeki daha temel bir diyalektik, hastanın elinden geldiğince çok çabaladığı, çabalarından ve mevcut işlevsellik düzeyinden memnun olması için teşvik edildiği ve aynı zamanda daha fazla değişmeye ve daha iyisini başarmaya çalıştığı paradoksunu çözüme kavuşturma ihtiyacıdır.[209,210]

DDT, borderline hastaların duygusal aşırı tepkiselliğe karşı genetik/biyolojik hassasiyetleri olduğunu varsaymaktadır. Bu bakış açısı, beynin duygusal tepkilerle en yakından ilişkili kısmı olan limbik sistemin SKB hastalarında hiperaktif olduğu varsayımında bulunur. Bu terapiyi uygulayanlara göre ikinci faktör, geçersiz kılan bir çevredir: yani, diğer kişilerin bireyin duygularının gelişimini göz ardı etmesi, reddetmesi ya da ters düşmesi. Bu tür etkileşimlerle karşı karşıya kalan birey, başkalarına ya da kendi tepkilerine güvenemez. Duygular kontrol dışı ve değişkendir. Diyalektik Davranış Terapisi bu dengesiz duyguları yatıştırmak için *bilinçli farkındalığı* (aşırı duygusal tepkisellik, yargılama ya da geçersiz kılma olmaksızın mevcut anda ne olduğuna ilgi gösterme süreci) vurgulamaktadır.

DDT, tedavinin ilk aşamalarında değiştirmek için önce en ciddi sonra da daha kolay davranışlarla karşı karşıya gelinen hiyerarşik bir hedef sistemine odaklanmaktadır. Hemen ele alınan en yüksek öncelik, intihar tehdidi ve kendini yaralamaya yönelik davranışlardır. İkinci en yüksek öncelikli hedef ise, kaçırılan randevular ya da ev ödevlerinin tamamlanmaması gibi, terapiyi engelleyen davranışları ortadan kaldırmaktır. Üçüncü öncelik, yıkıcı kompülsiyonlar, rasgele cinsel ilişkide bulunma ya da suç oluşturan davranışlar gibi sağlıklı bir hayat kalitesini engelleyen davranışları ele almaktır. Bu davranışlar arasında en kolay değişiklik yapılabilecekler öncelikle hedeflenir. Dördüncü öncelik, davranışsal becerileri artırmaya odaklanmaktır.

Yapılandırılmış program dört ana bileşen içermektedir:

1. Yeni öğrenilen becerileri pekiştirmek ve kişinin kendi kendisini engelleyen davranışları en aza indirmek için haftalık bireysel psikoterapi.
2. SKB ve DDT ile ilgili eğitsel materyal, ev ödevleri ve duyguları daha iyi kontrol etme yöntemlerini öğretmek, kişilerarası ilişkileri geliştirmek ve bilinçli farkındalığı artırmak için müzakerelerden faydalanan haftalık grup terapisi. Her hafta, hastalara günlük olarak doldurmaları için bir DDT "günlük sayfası" verilir. Bu günlüğe kendine zarar verme davranışlarını, uyuşturucu kullanımını, yıkıcı duyguları ve hastanın bu tür günlük streslerle baş etme çabalarını kaydetmeleri istenir.
3. Hastalara, acillik olmadan önce gelişen stresle baş edebilmelerine yardımcı olmak için telefon koçluğu (DDT'nin özgün bir özelliğidir). Görüşmeler, herhangi bir zamanda her an ulaşılabilen koçlarla yapılır, ancak hastanın kendine zarar verme davranışında bulunmasından *sonra* yapılması uygunsuz kabul edilir.
4. Tedaviyi uygulayan kişilerin becerilerini ve tükenmişlikle mücadeleye yönelik motivasyonlarını artırmak için terapi ekibinin tüm üyeleriyle haftalık toplantılar.

Duygusal Öngörülebilirlik ve Problem Çözme İçin Sistem Eğitimi (STEPPS)

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin kılavuz temelli bir başka çeşidi, Iowa Üniversitesi'nde geliştirilen STEPPS'tir. Tıpkı DDT gibi, STEPPS de SKB hastasının duygu ve dürtülerini ayarlayamamasına odaklanır. STEPPS'in özgün modifikasyonları, kısmen daha az maliyetli bir program geliştirme isteğiyle üretilmiştir. STEPPS, bireysel seanslar içermeyen bir grup terapisidir. Aynı zamanda daha kısa olacak şekilde de tasarlanmıştır – haftalık iki saatlik yirmi grup terapisinden (DDT'den beklenen tipik

bir yıllık sürece karşılık) oluşur. Bu program ayrıca borderline bireyin sosyal sistemlerini tedaviye dahil etmenin önemini de vurgulamaktadır. Eğitim seansları "aile üyelerini, bireyin hayatındaki diğer önemli insanları, sağlık hizmeti uzmanlarını ya da kişinin düzenli olarak iletişimde bulunduğu herhangi birini ve kişilik bozukluğuyla ilgili bilgi paylaşımında bulunmak istediği kişileri"[211,212] kapsayabilir. STEPPS, üç temel bileşeni bünyesinde barındırır:

1. Seanslar, SKB ve şema (sevilmeme duygusu, güvensizlik, suçluluk, kimlik yoksunluğu, kontrolü kaybetme korkusu gibi kişinin kendisi ve başkaları hakkındaki bilişsel çarpıtmaları) hakkında eğitim verir.
2. Sorun yönetimi, dikkat dağıtılması ve iletişimi geliştirme gibi duyguları daha iyi kontrol etme becerileri öğretilir.
3. Üçüncü bileşen; sağlıklı beslenme, sağlıklı bir uyku düzeni, egzersiz ve hedef belirleme gibi temel davranışsal becerileri öğretir.

STEPPS'in ikinci safhası, STAIRWAYS (hedef belirleme, güvenme, öfke yönetimi, dürtü kontrolü, ilişki davranışı, senaryo yazma, girişkenlik eğitimi, yolculuğunuz ve şemanın gözden geçirilmesi aşamalarının İngilizce baş harfleri) sistemidir. Bu, STEPPS modelini pekiştiren beceri eğitimi "seminerleri"nin ayda iki kez olmak üzere bir yıllık uzantısıdır. Kendi kendine yetecek şekilde tasarlanan ve diğer terapi katkılarını kabul etmeyen DDT'nin aksine, STEPPS diğer terapi katılımını tamamlamak için tasarlanmıştır.

Şema Terapi

Şema Terapi, bilişsel, Gestalt ve psikodinamik teorilerin unsurlarını bir araya getirmektedir. Aaron Beck'in öğrencisi Dr. Jeffrey Young tarafından geliştirilen Şema Terapi, şemalardan kaynaklanan uyumsuz davranışları kavramsallaştırmaktadır.

Bu modelde şema; istikrarsızlık, aşırı hoşgörü, ihmal ya da istismarla karşı karşıya kalan, biyolojik olarak savunmasız bir çocukta zamanla geliştirilen dünya görüşleri olarak tanımlanır. Şemalar, çocuğun, ebeveynlikteki bu başarısızlıklarla başa çıkma çabasıdır. Bu tür başa çıkma mekanizmaları, yetişkinlikte uyumsuz hale gelmektedir. Şema kavramı, psikodinamik teorilerden türetilmiştir. Şema Terapi, bu çarpık tepkilere meydan okur ve yeniden ebeveynlik olarak adlandırılan bir süreç aracılığıyla yeni başa çıkma yolları öğretir.[213]

Çoklu şemalar, borderline hastaların tanımladığı ve borderline semptomlarıyla ilişkili beş temel şema modeli olarak gruplanabilir:

1. Terk edilmiş ve istismara uğramış çocuk (terk edilme korkusu)
2. Öfkeli çocuk (öfke, dürtüsellik, ruh hali dengesizliği, tutarsız ilişkiler)
3. Cezalandırıcı ebeveyn (kendine zarar verme, dürtüsellik)
4. Mesafeli koruyucu (dissosiyasyon, kimlik yoksunluğu, boşluk hissi)
5. Sağlıklı yetişkin (hasta için örnek oluşturan terapistin rolü – diğer modelleri yatıştırır ve korur.)

Her bir durum için belirli tedavi stratejileri uygundur. Örneğin, terapist, terk edilmiş ve istismara uğramış çocuk modeli için beslenme ve ilgi göstermeyi vurgular. Mesafeli koruyucu modelinde, duyguların ifade edilmesi teşvik edilir. Yeniden ebeveynlik, karşılanmamış çocukluk ihtiyaçlarını karşılamaya çalışır. Terapistler geleneksel terapilere kıyasla iletişime daha açıktırlar, genellikle hediyeler alıp verir, telefon numaralarını ve diğer kişisel bilgilerini paylaşırlar, kendilerini gerçek, dürüst ve ilgili olarak yansıtırlar. Sıcaklık, övgü ve empatiyi iletmek Şema Terapi'nin en önemli terapist özelliklerindendir. Hastaların, şema ve SKB konusunda bir şeyler okumaları teşvik edilir. Rol yapma, diyalog sergileme ve görselleştirme (stresli senar-

yoları görselleştirme ve rolünü yapma) gibi Gestalt yöntemleri kullanılır. Girişkenlik eğitiminden ve diğer bilişsel davranışçı yöntemlerden faydalanılır. Şema Terapisi'nin olası bir tehlikesi, yeniden ebeveynlikteki sınır yüzleşmesidir. Terapistler, aktarım ve karşıt aktarım gerilemesine karşı son derece dikkatli olmalıdırlar (7. Bölüm'e bakınız).

Psikodinamik Tedaviler

Psikodinamik yaklaşımlar, daha üretken bir gelecek oluşturabilecek kalıpların keşfedilmesi hedefiyle, tipik olarak geçmiş ile şimdinin müzakeresini kullanır. Bu terapi türü, haftada bir ya da daha fazla seansı olduğundan, bilişsel davranışçı terapiden daha yoğun bir terapidir. Terapist, net hedeflerin olduğu düzenli ve tutarlı bir format uygulamalı, ancak değişen ihtiyaçlara uyum sağlayacak kadar da esnek olmalıdır.

Aktarım Odaklı Psikoterapi (AOP)

Aktarım odaklı psikoterapi, Dr. Otto Kernberg ve Cornell'deki meslektaşlarının daha geleneksel psikanalitik kaynaklardan geliştirdiği kılavuz temelli bir programdır.[214,215] Terapist, ilk başta terapideki rollerin ve sınırların anlaşılmasına odaklanır. Tıpkı DDT gibi, AOP'nin öncelikli kaygıları da intihar tehlikesi, terapinin kesilmesi, dürüst olmama gibi şeylerle ilgilidir. Diğer tedavi yaklaşımları gibi, AOP de hayatın ilk dönemlerindeki psikolojik hayal kırıklıklarıyla ilgili biyolojik ve genetik hassaslık rolünü kabul eder.

SKB hastalarında görülen başlıca savunma mekanizmalarından biri, *kimlik yayılması*dır. Bu, kişinin hem kendisine hem de başkalarına yönelik çarpık ve dengesiz bir benlik duygusu anlamına gelir. Kimlik yayılması, kişinin kendisini ve başkalarını lunapark aynasındaki bulanık, hayalet benzeri, zar zor algılanan ve gerçek olmayan çarpıtmalarmış gibi algılamasına yol açar. SKB'nin bir diğer özelliği de ısrarlı bölmedir – algıları siyah veya

beyaz, doğru veya yanlışın aşırı ve karşıt ikililerine bölmek, ki bu kişinin başka bir insanın ya da bir durumun tamamıyla iyi ya da kötü olduğu inancıyla sonuçlanır. Buna ilaveten, eğer tamamıyla iyi olan kişi, borderline bireyi hayal kırıklığına uğratırsa, eskiden iyi olan insan neredeyse bir gecede tamamıyla kötü kişiye dönüşebilir.

AOP, kimlik yayılması ve bölmenin normal gelişimdeki ilk temel unsur olduğunu varsayar. Ancak SKB'de zıt duygu ve algıların normal ve gelişen entegrasyonu engelleyici bir bakımverme tarafından bozulur; diğer bir deyişle, borderline birey olgunlaşmamış bir işlevsellik düzeyinde takılıp kalır (3. Bölüm'e bakınız). Boşluk hissi, şiddetli duygusal gelgitler, öfke ve kaotik ilişkiler bu siyah-beyaz düşünce yapısından kaynaklanmaktadır. AOP, haftada iki kez gerçekleştirilen ve terapistle ilişkinin incelendiği bireysel seanslardan oluşmaktadır. Bu şimdi ve buradadaki aktarım deneyimi (7. Bölüm'e bakınız), hastanın yaşam deneyiminde çok yaygın olan bölünmeyi mevcut anda yaşamasını sağlar. Terapistin ofisi, hastanın duygularını güvenilir ve korunaklı bir ortamda gözden geçirmesini ve daha sonra da kavrayışını dış dünyaya genişletmesini sağlayan bir tür laboratuvar işlevi görmektedir. Terapistle çalışırken edinilen entelektüel anlayışla duygusal deneyimin karışımı, kimlik ile başkalarına yönelik algının sağlıklı entegrasyonunu sağlayabilir.

Zihinselleştirme Temelli Terapi (ZTT)

Dr. Peter Fonagy tarafından yaratılan *zihinselleştirme* terimi, insanların kendilerini, başkalarını ve çevrelerini nasıl anladıklarını tanımlamaktadır. Birey, zihinselleştirmeyi kullanarak kendisinin ve başkalarının neden bu şekilde etkileşim kurduğunu anlar ve bu da başkalarının duygularıyla empati kurabilmesini sağlar.[216,217] Bu terim, *psikolojik zihinlilik* (duygularla davranışlar arasındaki bağlantıyı anlamak) ile *bilinçli farkındalık* (Diyalektik Davranış Terapisi'nin bir hedefi; yukarı bakınız) kavramlarıyla örtüşmektedir. Fonagy, erken çocukluk döneminde başlayan

zihinselleştirmenin normal gelişimi engellendiğinde, yetişkin patolojisinin, özellikle de SKB'nin ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bu kavramsallaştırma, bir ebeveyn figürüne sağlıklı bağlanmayla ilgili psikodinamik teorilere dayanmaktadır (3. Bölüm'e bakınız). Eğer çocuk, bir ebeveynle uygun bir şekilde bağ kuramazsa, ebeveyninin ya da kendisinin duygularını anlamakta zorluk çeker. Duygularını ya da davranışlarını dayandıracağı sağlıklı bir bağlamı yoktur. Nesne sürekliliği sağlanamaz. Çocukta terk edilme korkuları baş gösterir ve başkalarından uzaklaşır. Bu gelişimsel başarısızlık, ya çocuğun mizacından (biyolojik ya da genetik kısıtlamalar) ya da ebeveynin fiziksel veya duygusal istismar, terk edilme, bağımsızlığın engellenmesini içeren patolojisinden veya her ikisinden de kaynaklanabilir.

ZTT, diğer insanlarla en iyi şekilde işlev gösterebilmek için öncelikle inançların, güdülerin, duyguların, arzuların, nedenlerin ve ihtiyaçların anlaşılması gerektiği varsayımına dayanmaktadır. ZTT'nin amacı, duygularına karşı tepki göstermeden önce hastanın duygularını derinlemesine düşünmesine yardımcı olmaktır. Aynı zamanda hastanın, yanlış anlamalara karşı bir kontrol olması açısından, başkalarının düşünce ve eylemlerini de daha dikkatli bir şekilde ele alması teşvik edilir.

Bu yöntemin etkililiğini doğrulamaya yönelik veriler, Bateman ve Fonagy tarafından, çoğunlukla İngiltere'deki günlük kısmi hastane ortamında belgelenmiştir.[218,219] Bu tasarımda hastalar on sekiz ay boyunca, haftada beş gün hastanede tedavi görürler. Tedavi, haftada üç kez gerçekleşen psikanalitik yönelimli grup terapisini, bireysel psikoterapiyi, sanat, müzik ve psikodrama programlarını içeren dışavurumcu terapiyi ve gerektiğinde ilaç tedavisini kapsar. Günlük personel görüşmeleri ve istişareler yapılır. Kılavuz temelli bir sistemi uygulayan terapistler, hastanın mevcut zihinsel durumuna odaklanırlar, algıdaki çarpıklıkları belirlerler ve hastada kendisi ve başkaları hakkında alternatif bakış açıları yaratmaya çalışırlar. Çoğu davranışçı yöntem DDT'ye benzese de, ZTT'nin psikodinamik yapısının bir kısmı, Aktarım Odaklı Psikoterapi (AOP) ile örtüş-

mektedir. (Profesyonel okur, ZTT'nin zihinselleştirmesindeki çarpıklıkların, AOP'deki kimlik yayılması ve bölme kavramlarını içerdiğini; ikili aşırılıklarla ilgili zorlukların DDT'de teorileştirilen diyalektik paradoksları hatırlattığını fark edecektir.)

ZTT sisteminin yukarıda tanımlanan yoğun gündüzlü hastane tedavisini daha az yoğun hastane dışı tedaviyle karşılaştıran Hollanda merkezli bir çalışma, her iki yaklaşımın da semptomlarda benzer seviyelerde önemli derecede iyileşme oluşturduğunu ortaya koymuştur. Ancak, gündüzlü hastane tedavisi, kişilerarası işlevsellik ve hayat kalitesi ile kendine zarar verme davranışlarının azalması konularında daha fazla iyileşme sağlamıştır.[220]

İyi Psikiyatrik Yönetim (İPY)

Dr. John G. Gunderson birkaç yıl önce, borderline hastaların çoğunun bu uzmanlaşmış programların pek çoğuna erişimlerinin olmadığını fark etti. Bununla birlikte, çoğu psikiyatrist ve diğer uzmanlar da bu programları uygulamak için gereken formel eğitime sahip değildi. Çoğu terapistin uygulaması için "yeterince iyi" olarak adlandırdığı ve çoğu SKB hastasının iyileşme sağlayabileceği şekilde bilişsel, davranışçı ve psikodinamik unsurları bir araya getiren, daha uygulanabilir olduğunu düşündüğü pratik bir terapi süreci geliştirdi. Bu süreçte, borderline hastanın ilişkilerindeki aşırı duyarlılığa özel bir önem gösterilmektedir.[221]

Gunderson, İPY için sekiz temel prensip belirlemiştir (pek çoğunun 5. Bölüm'de yer verdiğimiz SET-UP'ta karşılığı vardır):

1. *Psikoeğitim verin.* Hastaya bağlı olarak, SKB teşhisini, genetik ve çevresel faktörleri ve diğer klinik bilgileri ele almak uygun olabilir (SET-UP'taki karşılığı *Anlayış*'tır).
2. *Tepkisel değil aktif olun.* Duyarlı, müdahil ve ilgili olun (karşılığı *Destek* ve *Empati*'dir).
3. *Düşünceli olun.* Eyleme geçmeden önce düşüncenizi şekillendirin.

4. *Gerçek ve profesyonel olun.* Hatalarınızı kabul edin. Birtakım kişisel paylaşımlarda bulunmakta sorun yoktur.
5. *Değişim beklentisi içinde olun.* Gerçekçi hedeflere bağlı kalın ve teslim olmayın (*İstikrar*).
6. *Hastaları sorumlu tutun.* Hastaların kendi eylemlerinden sorumlu olmasını sağlayın (SET-UP'taki *Gerçeklik* kısmında olduğu gibi).
7. *Dışarıdaki hayata odaklanın.* Sosyal, kişilerarası ve mesleki meseleleri ön plana çıkarın.
8 *Esnek ve pragmatik olun.* Doğaçlama yapın. Hastanın ihtiyaçlarına göre kendinizi ayarlayın.

İPY'nin başlıca hedefi olan değişim, üç temel ayakta gerçekleşir:

1. *Zihinselleştirme*: "Öncelikle düşünmeyi" öğrenme. Eyleme geçmeden önce düşünme. Kişinin kendi duygularının farkında olması, başkalarının duygularını ve motivasyonunu tanıması (ZTT'deki gibi).
2. *Sosyal rehabilitasyon*: Sosyal ve mesleki rutinler oluşturma. Daha iyi ilişkiler geliştirme. Günlük yaşam aktivitelerini iyileştirme (DDT'deki gibi).
3. *Düzeltici deneyimler*: Dış dünyadaki ilişkiler için bir model olarak terapistle içselleştirilebilen, güvenilir ve güven verici bir ilişki geliştirmek (AOP'deki gibi).

Tedavilerin Karşılaştırılması

Kısa bir hikâye, terapistlerin terapideki aynı durumu ele almak için bu çeşitli yaklaşımlardan nasıl faydalandıklarını göstermeye yardımcı olabilir:

Yirmi dokuz yaşında bekâr bir muhasebeci olan Judy, terapistinin ofisine geldiğinde oldukça öfkeliydi. Babasıyla şiddetli bir tartışma yaşamıştı ve babası ona sürtük demişti. Doktoru, bu hakarete neyin neden olduğunu sorduğunda Judy daha

çok öfkelendi, terapisti babasının tarafını tutmakla suçladı ve peçete kutusunu odanın bir ucuna doğru fırlattı.

DDT terapisti, Judy'nin öfkesine ve fiziksel patlamasına odaklanabilir. Onun hayal kırıklığıyla empati kurar, dürtüsel hareketini kabul eder ve sonra da hayal kırıklığını şiddete başvurmadan açığa vurması konusunda onunla çalışabilir. Aynı zamanda, babasıyla ilgili hayal kırıklıklarıyla baş edebilmesinin de yollarını bulmaya çalışır.

Şema Terapisi uygulayan bir terapist, öncelikle Judy'nin kendisiyle ilgili yanlış anlamasını düzeltmeye çalışır ve ona öfkeli olmadığını ve tamamıyla onun tarafında olduğunu temin eder.

ZTT uygulayan bir doktor, Judy'nin o anda hissettikleri ve düşündükleri arasında ilişki kurmasını sağlamaya çalışır. Aynı zamanda, konuşmaları esnasında babasının neye tepki verdiğini düşündüğü (zihinselleştirdiği) şey üzerine kafa yormasını sağlamaya çalışır.

AOP terapisti, Judy'nin onu babasıyla karşılaştırmasını ele alır. Judy'nin terapist olarak kendisi hakkındaki değişken duygularına odaklanır.

İPY uygulayan doktor, önce Judy'nin şiddeti karşısında kendi telaşını belli edebilir. Onu sinirlendirdiği için pişmanlığını ifade edebilir. Sonra da sorduğu soruya karşı Judy'nin verdiği aşırı tepkiyi işaret ederek öfkesini boşaltmasının farklı yollarını onunla birlikte keşfedebilir.

Diğer Terapiler

Daha az uygulanan bir dizi farklı terapi yaklaşımı da tanımlanmıştır. Bu ekollerin pek çoğu, terapistlerin uygularken faydalanmaları için el kitapları oluşturmuştur. Syracuse'daki New York Eyalet Üniversitesi'nden Robert Gregory ve ekibi, Dinamik Yapısökümcü Psikoterapi'yi geliştirmişlerdir. Bu terapi yöntemi, özellikle madde bağımlılığı gibi daha karmaşık

bozukluklara sahip ve daha zorlayıcı borderline hastalara yöneliktir.[222] Haftalık bireysel, psikodinamik yönelimli seanslar, bozulmuş bilişsel algıları harekete geçirmeye ve hastanın daha uyumlu ve tutarlı bir benlik duygusu geliştirmesine yardım etmeye yöneliktir.

Stockbridge, Massachusetts'teki Austen Riggs Center'da geliştirilen İttifak Temelli Terapi, özellikle intihara meyilli ve kendine zarar verme davranışlarına odaklanan bir psikodinamik yaklaşımdır.[223] AOP'ye benzer şekilde, terapötik ilişkiye ve bunun kendine zarar verme eylemlerini nasıl etkilediğine odaklanılır.

SKB'li ve diğer kişilik bozukluklarına sahip hastaların tedavisi için tasarlanan Yoğun ve Kısa Süreli Dinamik Psikoterapi, Kanadalı bir ekip tarafından geliştirilmiştir.[224] Haftalık bireysel seanslar, savunmalardan ve geçmiş travmalarla bu duygular arasındaki bağlantılardan sorumlu olan bilinçdışı duygulara odaklanmaktadır. Tedavinin genellikle altı aylık bir süre boyunca devam etmesi beklenir.

Borderline hastalar için yoğun bireysel tedavi sağlamanın zorluğunun farkına varan Şilili uzmanlar, bir grup terapisi sistemi olan Aralıklı-Sürekli Eklektik Terapi'yi geliştirdiler.[225] Haftalık doksan dakikalık grup terapisi seansları on oturumluk döngüler halinde gerçekleştirilir. Hastalar, kendilerinin ve terapistlerinin seçimi halinde, daha sonraki döngülere devam edebilirler. Psikodinamik bir bakış açısı, hastayı anlamaya rehberlik eder, ancak yorumlama en aza indirilmiştir. Her seansın ilk yarısı yapılandırılmamış bir tartışmanın teşvik edildiği açık ve destekleyici bir periyottan oluşur; ikinci yarı ise zor duygularla baş etme becerilerinin öğretildiği bir sınıf ortamı gibi tasarlanır (DDT ve STEPPS'teki gibi).

Hangi Terapi En İyisidir?

Tüm bu "harf salatası" halindeki tedavi tasarımları, genellikle kılavuz temelli programlardan faydalanarak tedaviyi standartlaştırmaya ve etkililiği sağlamak için kontrollü çalışmalar ge-

liştirmeye çalışmaktadır. Hepsi de biçimlendirilmiş terapinin karşılaştırmalı spesifik olmayan destekleyici "sıradan tedavilerden" üstünlüğünü kanıtlayan evrimleşmiş çalışmalardır. Bazı araştırmalar, bu farklı tedavilerin karşılaştırmalı sonuçlarını incelemiştir.

Bir çalışma, SKB hastalarına yönelik bir yıllık ayakta tedavi sonuçlarını üç farklı yaklaşımla karşılaştırdı: Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT), Aktarım Odaklı Terapi (AOP) ve psikodinamik destekleyici terapi.[226] Üç gruptaki hastalar depresyon, anksiyete, sosyal ilişkiler ve genel işlevler bakımından ilerleme kaydettiler. Hem DDT hem de AOP, intihar düşüncelerini önemli derecede azalttı. AOP ve destekleyici terapi, öfke ve dürtüselliği azaltmada daha etkiliydi. AOP, asabiyeti ve sözlü ve fiziksel saldırıları azaltma konusunda en etkili yöntem oldu.

Hollanda merkezli üç yıllık bir çalışma, borderline hastaların tedavi sonuçları bakımından Şema Terapi ile Aktarım Odaklı Terapi'yi karşılaştırdı.[227] İlk yılın ardından, her iki tedavi grubunda da SKB semptomlarında önemli derecede azalma görüldü. Fakat üçüncü yılda, Şema Terapi hastaları büyük ölçüde iyileşme gösterdi ve terapiyi bırakanların sayısı azaldı. Hollanda merkezli bir diğer çalışma da bu iki psikoterapi tasarımının maliyet açısından etkililiklerini karşılaştırdı.[228] Bu araştırma, zaman içinde yaşam kalitesindeki iyileşme (kişilerin kendi kendilerine uyguladıkları bir anketle belirlenen) ile tedavinin maliyetini ölçme girişiminde bulundu. Her ne kadar AOP sonrası hayat kalitesi, Şema Terapi sonrasındaki hayat kalitesine göre biraz daha yüksek olsa da, karşılaştırılabilir iyileşmenin toplam maliyeti Şema Terapi'de önemli ölçüde daha verimliydi.

Diyalektik Davranışçı Terapi'yi tamamlayan SKB hastalarıyla, İPY'yi tamamlayan hastaları karşılaştıran iki yıllık bir çalışma, hemen hemen benzer sonuçlar ortaya koydu.[229] Her iki grup da pek çok ölçümlenebilir alanda önemli ve kıyaslanabilir iyileşme sergiledi. Her iki gruptakilerin de yüzde 60'tan fazlası resmi SKB teşhisi için artık yeterli özelliklere sahip değildi. Hayat kalitesi her iki grupta da eşit derecede ve önemli ölçüde

iyileşti. Ancak bağımsız yaşamadaki kalıcı eksiklikler bunu geri planda bıraktı. Her iki grupta da hastaların yarısından fazlası işsiz olmaya ve üçte birinden fazlası maluliyet desteği almaya devam etti.

Dinamik Yapısökümcü Psikoterapi (DYP) ile Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) gören hastaları karşılaştıran bir yıllık bir çalışma, her iki grupta da önemli ölçüde semptom azalması tespit etti. Yine de, DYP tedavisinde terapiyi yarıda bırakma oranı daha azdı ve daha iyi sonuçlar elde edildi.[330]

Tüm bu çalışmalar farklı tedavileri karşılaştırmaya yönelik takdire şayan girişimler olsa da, hepsi eleştirilebilir niteliktedir. Hasta ve terapist seçimi, kullanılan ölçütlerin geçerliği ve herhangi bir bilimsel çalışmayı etkileyen çok sayıda kontrol edilmemiş değişken, insanın davranışsal tepkilerini karşılaştırma girişimlerini çok zorlaştırmaktadır. Daha geniş nüfuslara yönelik devam eden çalışmalar, toplu olarak birçok hasta için faydalı olabilecek diğer terapötik yaklaşımları aydınlatabilir. Ancak bir kişiyi diğerinden farklılaştıran DNA'mızın kökenindeki karmaşık varyasyonlar göz önünde bulundurulduğunda, her birey için ideal olan "en iyi" tedaviyi ortaya çıkarmak kesinlikle imkânsızdır.

Tüm başarılı terapötik müdahalelerin, özellikle terapistle güvenilir ve güven veren bir ilişki gibi ortak özellikleri vardır. Ayrıca herhangi bir belirli yaklaşımın tutarlı bir şekilde diğerlerinden daha iyi olduğu kanıtlanmış bir şey değildir. Bir çalışmadaki hastaların büyük bir çoğunluğunda üstünlük gösteren bir tedavi, *sizin* için uygun bir seçim olmayabilir. Birinin diğerine *uymadığı* ilaçlar alanında da bu aynı şekilde geçerlidir. Bu nedenle, bu çalışmalardan çıkarılması gereken başlıca husus, hangi tedavinin en çok işe yaradığı değil, psikoterapötik tedavinin işe *yaradığıdır*! Gerçekten de, tıpkı *Alice Harikalar Diyarı*'ndaki Dodo'nun yarıştan sonra bağırdığı gibi, "Herkes kazandı ve herkes ödül almalı!" durumu söz konusudur.

Ne yazık ki, psikoterapi hem mecazen hem de kelimenin tam anlamıyla yıllarca değer kaybetmiştir. Psikolojik hizmetler,

tıbbi hizmetlerden daha düşük bir oranda geri ödeme almaktadır. Bir klinisyenin bir hastayla bir saatlik müdahalesiz etkileşimi (örneğin, diyabet için diyet ve davranışsal düzenlemeler, iyileşen bir yaranın bakımına ilişkin talimat ya da psikoterapi gibi) için yapılan sigorta ödemesi, rutin tıbbi prosedürler (küçük cerrahi müdahale, steroid enjeksiyonu gibi) için yapılan ödemenin küçük bir kısmına karşılık gelmektedir. Amerika'daki pek çok özel sigorta şirketi, bir saatlik psikoterapi için, çoğu ayakta gerçekleştirilen pek çok küçük cerrahi müdahaleye yönelik geri ödeme oranının onda birinden azını ödemektedir.

ABD, daha çok kişiye daha uygun fiyatla sağlık hizmeti sağlama arayışını sürdürürken, kabaca eşdeğer olan ancak daha az masraflı tedavilere yönelik talepler olacaktır. Bu tür bir sistemde esnekliği korumak önemli olduğundan, doktor ve hasta arasındaki kutsal ilişkideki bireyselliğe imkân tanıyan tıp *sanatına* leke sürülmemesi gerekmektedir.

Gelecekteki Araştırmalar ve SKB'ye Yönelik Özel Terapiler

Gelecekte, genetik ve biyolojik araştırmalardaki ilerlemeler, terapilerin belirli hastalar için bireyselleştirilmesini sağlayabilir. Tıpkı tek bir ilacın *tüm* SKB hastalarını tedavi etmek konusunda diğerlerinden daha iyi sayılamaması gibi, bu yaklaşımları karşılaştırmaya yönelik girişimlere rağmen herhangi bir terapötik yaklaşımın da hepsi için daha iyi olacağı söylenemez. Terapistler, herkese farazi bir *en* iyi yaklaşımı uygulamaya çalışmaktansa, farklı hasta ihtiyaçlarına yönelik özel terapi yaklaşımlarını uygulamalıdırlar. Örneğin, intihara önemli derecede meyilli ya da kendi kendine zarar verme davranışlarında bulunan SKB hastaları, ilk olarak Diyalektik Davranışçı Terapi gibi bilişsel/davranışçı yaklaşımlara en iyi yanıt verirler. Yüksek işlevsellik düzeyi sergileyen hastalar psikodinamik yaklaşımlara daha iyi yanıt verebilirler. Mali kısıtlamalar ya da zamanlama kısıtlamaları, süre kısıtlı terapilerin tercih edilmesine neden olurken, tekrarlayan zarar verici yaşam örüntüleri daha uzun dönemli ve

daha yoğun tedavileri gerektirebilir. Bazı terapistler bir kılavuzda açıklanan belirli bir süreci yakından takip ederler. Diğerleriyse çeşitli yöntemleri birleştirecek şekilde eklektik terapötik bir yaklaşım uygulayabilirler. En iyi uyumu (7. Bölüm'e bakınız) yakalamak için, hastanın uzmanın yaklaşımını anlaması ve bu yaklaşıma karşı rahat olması gerekir.

Çoğu tıp uzmanlığının (örneğin oftalmoloji) karmaşık durumlar ya da ilgili organın kısımları (örneğin retina, kornea) için alt uzmanlık alanları geliştirmesi gibi, SKB için en ideal tedavi de aynı yöne doğru ilerliyor olabilir. Örneğin bazı programlar, kendilerini kesen ya da sakat bırakan hastalar için özel olarak tasarlanmıştır. Gelecekte, SKB için uzmanlaşmış bakım merkezleri, özel eğitimli uzmanlar ve belirli semptomlara odaklanma, daha etkili tedavi yönetimleri sunabilir.

9

İlaçlar: Bilim ve Vaat

Bir hap seni daha büyük yapar ve bir hap seni küçültür...

–Jefferson Airplane'in solisti Grace Slick tarafından yazılan "White Rabbit" [Beyaz Tavşan] isimli şarkıdan.

Doktorlar; haklarında çok az şey bildikleri ilaçları, haklarında çok az bildikleri hastalıkları iyileştirmek için, haklarında hiçbir şey bilmedikleri insanlara reçete eden kişilerdir.

–Voltaire

Psikoterapi, SKB için tanınmış başlıca tedavi yöntemi olsa da, çoğu tedavi planı ilaç tedavisinin dahil edilmesine yönelik önerileri de içermektedir. Ancak, ilaçlar genellikle borderline hastalar için aşırı gerilimli ikilemler yaratırlar. Bazı hastalar, ilaçların "borderline" oluşlarını "iyileştirmeye" yönelik cazip vaatleri karşısında büyülenmektedir. Bazıları da zombilere dönüşmekten korktuklarından her tür ilaca karşı koyar. Biliminsanları, henüz bir *borderline* virüsü ayırt edemediklerinden, SKB'nin her yönünü tedavi edecek herhangi bir "antibiyotik" bulunmamaktadır. Bununla birlikte ilaçlar, hastalıkla ilişkili semptomları (tıpkı depresyon için antidepresan kullanılması gibi) tedavi et-

mek ve dürtüsellik gibi kişinin kendi kendisini baltalayan özelliklerini dizginlemek için faydalıdırlar.

Voltaire'nin yakınmasına rağmen, doktorların ilaçların bir hastalığı nasıl ve niçin tedavi ettikleri konusundaki bilgileri her geçen gün artmaktadır. SKB'nin genetiği ve nörobiyolojisindeki yeni keşifler, bu ilaçların nasıl ve neden etkili olabileceğini anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Genetik

Fiziksel ve zihinsel hastalıkların nedenleriyle ilgili doğa mı, yetiştirme mi tartışmaları elbette yıllardır hararetli bir şekilde devam etmektedir, ancak son çeyrek yüzyıldaki kalıtım, gen haritalaması ve moleküler genetik alanlarındaki bilginin genişlemesiyle, doğanın rolü daha anlaşılır hale gelmiştir. Bu tartışmaya yönelik bir yaklaşım, ikiz çalışmalarının kullanılmasıdır. Bu tür çalışmalarda, farklı aileler tarafından evlat edinilen tek yumurta ikizleri (aynı genetik yapıya sahip), hastalık mevcudiyeti bakımından yıllar sonra incelenmişlerdir. İkizlerden birinin SKB sergilemesi halinde, farklı bir ortamda yetiştirilen diğer ikize de SKB teşhisi konma olasılığı, bazı araştırmalarda yüzde 35 ila yüzde 70 oranına kadar çıkmakta, bu nedenle de doğanın daha etkili olduğunu savunan argüman ağırlık kazanmaktadır.[231] Belirli SKB özellikleri de –anksiyete, duygusal değişkenlik, intihar eğilimleri, dürtüsellik, öfke, heyecan arayışı, saldırganlık, bilişsel sapmalar, kimlik karmaşası ve ilişki sorunları– oldukça genetik olabilir.

Kalıtım ayrıca aile üyelerine kadar uzanmaktadır. SKB hastalarının akrabalarında duygudurum ve dürtü bozuklukları, madde bağımlılığı ve özellikle SKB ve antisosyal kişilik gibi kişilik bozukluklarının görülme oranı anlamlı derecede yüksektir.[232]

İnsanlığımız, bireyi belirleyen detaylı ve benzersiz kromozom zincirinden oluşur. Belirli bir gen tek başına kaderimizi belirlemese de, farklı kromozomlardaki DNA kodlarının birleşimleri, hastalığa karşı duyarlılığımıza katkıda bulunabilir. Bireysel

genler; Alzheimer hastalığı, meme kanseri ve diğer hastalıklarla ilişkilendirilmiştir; ancak diğer kromozomal yapı ve çevresel faktörlerin de katkısı vardır. Moleküler genetik, SKB ile ilişkili belirli gen değişikliklerini (polimorfizmler) tespit etmiştir. İlginç bir şekilde, bu genler serotonin, norepinefrin ve dopamin nörotransmitterlerinin üretimi ve metabolizması ile ilgilidir. Bu nörotransmitterler, beyin hücreleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır ve hangi genlerin aktif olup olmayacağını etkiler. Bu nörotransmitterlerdeki değişimler, duygudurum bozuklukları, dürtü düzensizliği, çözülme ve ağrı duyarlılığıyla ilişkilendirilmiştir.

Nöroendokrinoloji

Diğer endokrin (hormon) nörotransmitterleri borderline patolojisiyle yakın ilişkilidir. SKB'de (ve diğer bazı hastalıklarda), NMDA (N-metil D-aspartat) düzensizliği tespit edilmiştir ve bu, dissosiyasyon, psikotik ataklar ve biliş bozukluklarıyla ilişkilidir.[233] SKB'de vücudun opioid (endorfin) sisteminde bozukluklar sergilenmektedir ve bu, dissosiyasyon deneyimleriyle, acıya duyarlılıkla (özellikle de kendine zarar veren bireylerde) ve uyuşturucu kullanımıyla ilişkilendirilmiştir.[234] Asetilkolin; SKB ile ilişkilendirilen hafızayı, dikkati, öğrenmeyi, duygudurumunu, saldırganlığı ve cinsel davranışları etkileyen bir diğer nörotransmitterdir.[235]

Kronik ve tekrarlayan stres de aynı zamanda nöroendokrin dengesini bozabilir. Stres, kortizol salgılayan ve vücudun bağışıklık sistemini harekete geçiren hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseni harekete geçirmektedir. Olağan akut stres durumunda, bu sistem vücudun savaş ya da kaç mekanizmasını etkin bir şekilde harekete geçirir. Dahili geribildirim mekanizması, daha sonra bir termostat gibi işlev göstererek ekseni durdurup vücudu dengeye kavuşturur. Ancak, devam eden stres onarıcı döngüyü bozar ve stres alarmı beynin karakteristik bölgelerinde büzülme de dahil olmak üzere, vücutta olumsuz etki-

ye yol açarak hız kesmeden devam eder. Bu model, SKB, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, majör depresyon ve belirli anksiyete bozuklukları dahil olmak üzere çeşitli bozukluklarda gözlemlenmiştir.

Hipotalamusta üretilen oksitosin de hipofiz bezi tarafından salgılanarak kana karışmaktadır. Bu hormon, artan sosyal duyarlılık, samimi duygular, güven ve düşük seviyede anksiyete ile ilişkilidir (ve bazen "aşk hormonu" ya da "kucaklaşma hormonu" olarak da adlandırılır). Bazı çalışmalar, borderline kadınlarda oksitosin seviyelerinin daha düşük olduğunu öne sürmektedir.[236]

Nörolojik İşlev Bozukluğu

Beyin işlevlerindeki bozukluklar, genellikle SKB ile ilişkilendirilmektedir. Borderline hastaların önemli bir alt grubu, kafa travması, ensefalit, epilepsi, öğrenme güçlüğü, EEG (elektroensefalogram ya da beyin dalgası) anormalliği, uyku düzeni bozuklukları ve anormal silik nörolojik bulgulara dair "hafif belirtiler" içeren bir geçmişe sahiptir.[237,238]

Gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri –fMRI (fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme), CT (bilgisayarlı tomografi), PET (pozitron emisyon tomografisi) ve SPECT (bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi) gibi– SKB ile ilişkili birtakım anatomik ve fizyolojik sapmaları aydınlatmıştır. Daha önce değinildiği üzere (3. Bölüm'e bakınız), bu çalışmalar beynin prefrontal korteks gibi yürütücü düşünme ve kontrolle ilgili kısımlarında yetersiz aktivite gösterirken, amigdala, hipokampus ve singulat kıvrımı gibi derin beyin yapılarını kapsayan beynin duygusal tepkilerle ilgili bölümlerinin (limbik sistem) aşırı aktif olduğunu belirtmektedir.[239] Aktigrafların (dinlenme-aktivite örüntülerini ve uyku-uyanıklık sirkadiyen ritimlerini ölçen gelişmiş bilek monitörleri) kullanıldığı bir çalışma, bipolar hastalarla ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bu bölümdeki bozuklukların SKB'deki artan dürtüsellik ve duygudurum dengesizliği ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir.[240]

Gelecekteki Değerlendirmeler

Genetik ve nörobiyolojideki bu ilerlemeler sayesinde, biliminsanları eninde sonunda patolojinin farklı görünümlerini daha belirgin bir şekilde alt türlere ayırabilecekler ve doktorlar da bu bilgiye dayanarak, belirli bir hastaya belirli bir ilacı daha kesin bir şekilde "uyarlayabilecekler". Bir benzetme yapacak olursak: Psikiyatrik hastalıklara yönelik mevcut anlayışımız, doktorların bulaştırıcı etkeni uygun bir şekilde üretilmesinden önce, 1900'lerin başında ve ortalarında enfeksiyonlara dair anlayışımıza benzemektedir. Yüz yıl önce doktorlar zatürre teşhisi koyabiliyorlardı, ancak bulaştırıcı etkenin bakteri mi, virüs mü, yoksa mantar kaynaklı mı olduğunu tespit edemiyorlardı. Yetmiş yıl önce bakterileri tanıyabiliyorlardı ancak hangi antibiyotiğin en etkili olabileceğini belirleyemiyorlardı. Ancak, biliminsanları bakterileri nasıl kültür yapacaklarını keşfettiklerinde ve belirli antibiyotiklere yönelik hassasiyetlerini belirlediklerinde, doktorlar belirli bir ilacı en büyük başarı olasılığıyla reçete edebilmeye başladılar. Diğer bir deyişle, doktorlar sadece enfeksiyon ve zatürreyi tedavi etmiyorlardı, aynı zamanda *Staphylococcus aureus* gibi belirli bir tür bakteriyi de tedavi ediyorlardı. Benzer şekilde, gelecekte, psikiyatrik hastalıklarla ilgili "kültür yapabilmeyi" ve en iyi tedaviyi belirleyebilmeyi umut ediyoruz. Sadece teşhise yönelik tedavi uygulamayacak, aynı zamanda bireyin özgün biyolojisini de tedavi edeceğiz. Tıpkı kanser tedavisindeki hassas tıbbın genetik biyogöstergelere dayanarak belirli kemoterapi yaklaşımlarını belirleyebilmesi gibi, hassas psikiyatri de birbirinden ayrı sendromlar için belirli bir tedaviyi uygulayabilecek. Sonuç olarak, endikasyon dışı kullanım (bir ilacın, resmi olarak onaylandığı durumlar dışında kullanılması) tartışma konusu olacaktır, çünkü ilaç belirli bir hastalığa yönelik değil belirli bir biyolojik sürece yöneltilecektir. Böyle bir noktada, teşhis, bireysel semptomların tanımlanmasına göre değil, biyofizyolojik belirleyicilere göre konulacaktır. Bu, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün teşhise yönelik Araştırma Etki Alanı Kriterleri'nin nihai hedefidir. (Ek A'ya bakınız.)

İlaçlar

Genetik ve beyin fizyolojisi alanlarındaki keşifler, pek çok fiziksel ve zihinsel duruma yönelik yeni ilaçların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Farmakolojide, özellikle de biyoteknoloji alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir; kısacası, son yirmi yılda çok sayıda psikoterapötik ilaç geliştirilmiş ve bunların bazılarının birtakım SKB semptomlarını tedavi etmede etkili olduğu kanıtlanmıştır. SKB teşhisi için özel olarak hiçbir ilaç hedeflenmemiş olsa da, araştırmalar üç temel grup ilacın –antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler ve nöroleptikler (antipsikotikler)– bozuklukla ilişkili pek çok uyumsuz davranışı iyileştirdiğini ortaya koymuştur.[241]

Antidepresanlar

Araştırmaların çoğu, antidepresanların, özellikle de seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI ya da SRI) kullanımını incelemiştir. Bu ilaçlar arasında, Prozac (fluoksetin), Zoloft (sertralin), Paxil ya da Pexeva (paroksetin), Luvox (fluvoksamin), Celexa (sitalopram) ve Lexapro (essitalopram – sitalopram ile ilişkili) bulunmaktadır. SRI olarak addedilen daha yeni ilaçlar arasında Viibryd (vilazodon) ve Brintellix (vortioksetin) bulunmaktadır. Tahmin edileceği üzere bu ilaçlar, duygudurum dengesizlikleri ve boşluk hissi, reddedilme duyarlılığı ve anksiyete gibi depresyon belirtileri için etkili olmuştur. Buna ilaveten, SRI'ların depresif semptomların yokluğunda bile, orantısız öfke ve öfke patlamalarını, saldırgan davranışları, yıkıcı dürtüselliği ve kendine zarar verme eylemlerini azalttığı kanıtlanmıştır. Pek çok çalışmada, SKB semptomları üzerinde olumlu etkide bulunması için bu ilaçların normal dozlarından daha yüksek (örneğin, günde 80 mg Prozac'tan, 200 mg Zoloft'tan daha fazla) dozlar gerekli olmuştur. İlgili bir grup ilaç, serotonin-nöropinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar), henüz yeterince detaylı bir şekilde araştırılmamıştır, ancak benzer olumlu etkilere sahip olabilirler. Bu ilaçlar arasında, Effexor (venlafaksin), Pristiq (desvenlafaksin – venfalaksin ile ilişkili) ve Cymbalta (duloksetin) bulunmaktadır. Daha yakın bir zamanda geliştirilen SNRI'lar olan Fetzima (levomilnasipran) depresyona yönelik; Savella (milnasipran) ise tıbbi olarak sadece fibromiyaljiye yönelik bir ilaçtır.

Trisiklik antidepresanlar (TCA'lar) ve monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI'lar) gibi daha eski antidepresanlar da incelenmiştir. TCA'lar arasında Elavil (amitriptilin), Tofranil (imipramin), Pamelor ya da Aventyl (nortriptilin), Vivactil (protriptilin), Sinequan (doksepin), Norpramin (desipramin), Asendin (amoksapin), Surmontil (trimipramin) ve diğerleri bulunmaktadır. Bu ilaçlar genellikle daha az etkilidir ve bazı durumlarda duygusal kontrolü azaltmaktadır. Bu nedenle, SKB teşhisi konan hasta, TCA sınıfındaki ilaçlara dikkat etmelidir.

Aralarında Nardil (fenelzin), Parnate (tranilsipromin), Emsam (selegilin) ve Marplan (izokarboksazid) bulunan MAOI'ların, SRI'lara benzer şekilde SKB üzerinde etkili oldukları görülmüştür. Ancak, MAOI'ların daha fazla yan etkisi olması muhtemeldir ve aşırı doz alımı halinde daha tehlikelidirler, diyet ve eş zamanlı ilaç kısıtlamaları gerektirmektedirler ve bu nedenle çok daha az kullanılırlar.

Duygudurum Dengeleyiciler

Bu ilaç grubunda, doğal oluşumlu bir element olan lityum ve nöbet önleyici ilaçlar –Depakote (valproat), Tegretol (karbamazepin), Trileptal (okskarbazepin – karbamazepin ile ilişkili), Lamictal (lamotrigin) ve Topamax (topiramat) – bulunmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği rehberleri, SRI'ların veya diğer müdahalelerin etkisiz olması ya da sadece kısmen etkili olması halinde bu gruptaki ilaçları önermektedir. Bu ilaçlar, normal dozlarda, ruh halini dengelemeye, anksiyeteyi azaltmaya, dürtüselliği, saldırganlığı, asabiyeti ve öfkeyi daha iyi kontrol etmeye yardımcı olmaktadır. Neurontin (gabapentin), Dilantin (fenitoin), Gabatril (tiagabin), Keppra (levetirasetam), Zonegran

(zonisamid) ve diğerleri de bu ilaç grubunda yer almaktadır, ancak bu ilaçların SKB hastalarındaki etkisini test eden çalışmalar sınırlıdır.

Nöroleptikler (Antipsikotikler)

Bu ilaçlar, borderline hastalardaki bilişsel-algısal bozuklukların ilk tedavisi için önerilmektedir. Paranoya, dissosiyatif semptomlar ve gerçekdışılık hisleri (DSM-5'teki 9. Kriter – 2. Bölüm'e bakınız) başlıca hedef alanlarıdır. Bu ilaçlar SRI'larla birleştiğinde, genellikle yaygın dozlardan daha düşük dozlarda, öfke ve saldırganlık hissini yatıştırır; ruh halini dengeler; anksiyeteyi, obsesif düşünmeyi, dürtüselliği ve kişilerarası duyarlılığı azaltır.

İlk çalışmalar, Thorazine (klorpromazin), Stelazine (trifluoperazin), Trilafon (perfenazin), Haldol (haloperidol), Navane (tiotiksen) ve Loxitane (loksapin) gibi daha eski nöroleptiklere yönelik gerçekleştirilmiştir. Atipik antipsikotikler olarak adlandırılan daha yeni ilaçlar, daha az karmaşık yan etkiler gösterecek şekilde etkililik sergilemişlerdir. Bu ilaçlar arasında Zyprexa (olanzapin), Seroquel (ketiapin), Risperdal (risperidon), Abilify (aripiprazol) ve Clozaril (klozapin) bulunmaktadır. Bu gruptaki diğer ilaçlar –Invega (paliperidon – risperidon ile ilişkili), Fanapt (iloperidon), Saphris (asenapin), Geodon (ziprasidon), Vraylar (kariprazin), Latuda (lurasidon) ve Rexulti (brekspiprazol) – ya henüz çalışılmamıştır ya da kesin olmayan sonuçlar elde edilmiştir.

Anksiyolitikler

Anksiyete önleyicilerin, anksiyete konusunda akut olarak faydalı olmalarına rağmen, dürtüselliği artırdıkları ve bağımlılık yapabildikleri görülmüştür. Bu sakinleştiriciler arasında, öncelikle benzodiazepinler olarak bilinen Xanax (alprazolam), Ativan (lorazepam), Tranxene (klorazepat), Valium (diazepam) ve Librium (klordiazepoksit) bulunmaktadır. Serotonin üzerinde

daha büyük ve uzun süreli etkiye sahip bir benzodiazepin olan Klonopin (klonazepam), salırganlık ve anksiyete semptomlarını tedavi etmekte başarı sağlamıştır ve bu nedenle muhtemelen SKB için faydalı tek benzodiazepin olabilir.

Opioid Antagonistleri

Revia ya da Vivitrol (naltrekson), analjezik ve öforik hisleri tetikleyen endorfinin vücut tarafından salgılanmasını engeller. Bazı raporlar, bu ilacın kendine zarar verme davranışlarını engellediğini ortaya koymuştur.

Diğer İlaç Tedavileri

Omega-3 yağ asidi ilaçları haricindeki homeopatik veya bitkisel tedavilerin genellikle başarısız olduğu görülmüştür. Küçük bir çalışma, bu maddenin kadınlardaki saldırganlığı ve depresyonu azalttığını tespit etmiştir.[242]

Nörotransmitter glutamatı modüle eden maddeler SKB'de araştırılmıştır. Bu alt maddelerden ikisinin, N-asetilsistein aminoasidi ve Rilutek (riluzol), –amyotrofik lateral skleroz (Lou Gehrig hastalığı) tedavisi için kullanılan bir ilaç– iki borderline hastada kendine zarar verme davranışlarını önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir.[243] Diğer glutamat modülatörlerinin (öksürük baskılayıcı olarak yaygın şekilde kullanılan dekstrometorfan dahil) depresyona yönelik kullanımları araştırılmıştır. En çok incelenen ketamindir.[244] Genellikle hayvanlarda kullanılan bir anestezik olarak geliştirilen ketamin, gece kulüplerinde Special K. olarak bilinen bir uyuşturucu olarak da kullanılıyordu ve son zamanlarda dirençli depresyon tedavisi için onaylanmıştır. Fakat SKB semptomları bakımından incelenmemiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Uygulama Kılavuzu, ilaçların belirli bir semptom kümesini hedeflemesini önermektedir. Kılavuz, SKB semptomlarını üç temel gruba ayırmaktadır: duygu-

durum dengesizliği, dürtü kontrol bozukluğu ve bilişsel-algısal bozukluklar. Önerilen tedavi yaklaşımlarının bir algoritması, bir önceki seçeneğin etkisiz olması halinde kullanılabilecek alternatif yöntemlerle birlikte, Tablo 9-1'de yer almaktadır.

Tablo 9-1. SKB semptomlarını tedavi etmeye yönelik farmakoterapi

Semptom	1. Seçenek	2. Seçenek	3. Seçenek	4. Seçenek
Duygudurum dengesizliği	SRI	Farklı SRI ya da SNRI	NL, klonazepam ekle; ya da MAOI'ya başvur	MS ekle
Dürtü kontrolü bozukluğu	SRI	NL ekle	MS ekle; ya da MAOI'ya başvur	
Bilişsel-algısal bozukluklar	NL	SRI ya da MAOI ya da farklı NL ekle		

SRI = serotonin geri alım inhibitörü; normal dozdan fazlası gerekebilir.
NL = nöroleptik; genellikle düşük dozda.
MAOI = monoamin oksidaz inhibitörü
MS = duygudurum dengeleyici.

Endikasyon Dışı Kullanım Hakkında

ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), SKB hastalığı için herhangi bir ilacı resmi olarak onaylamış değildir, bu nedenle SKB tedavisine yönelik yaygın olarak kullanılan ilaçların hepsi endikasyon dışı ilaç görülmektedir. *Endikasyon dışı* terimi hoş görünmese de, tecrübesiz kişiler için düpedüz riskli bile olabilir, çeşitli durumlar için endikasyon dışı ilaç kullanımı oldukça yaygındır. Bir ilaç şirketi bir ilacı pazara sunmak için ortalama 1 milyar dolar harcadığından, çoğu şirket çok çeşitli durumlar için veya dar dozaj aralıkları dışında onay aramaz, çünkü bu stratejiler FDA onayı şansını azaltabilir ve ilacı geliştirme maliyetini önemli ölçüde artırabilir. Örneğin, SRI'ların depresyon, Travma Sonrası Stres

Bozukluğu, anksiyete ve bazı ağrı bozuklukları gibi çeşitli durumlara fayda sağladığı bilinse de, ilaç üreticisi, FDA onayını –ya da FDA'nın reddini– almak için gereken ekstra maliyeti üstlenmek istemeyebilir. Bir doktor onaylanmamış bir durum için ya da tavsiyelerin dışında bir dozda ilaç yazdığında, bu endikasyon dışı olarak kabul edilir. Ne yazık ki, sağlık bakımı şirketleri ya da sağlık sigortası şirketleri, (bazen pahalı olan) bu endikasyon dışı ilaçların reçetelerine onay vermeyebilir.

Muadil İlaçlar

En basit ifadeyle bir muadil ilaç, orijinal ilaçla aynı birincil veya aktif içeriğe sahiptir; genel anlamda hemen her zaman orijinal ilaçtan daha ucuzdur. Ancak bu, muadil ilacın markalı muadili ile *özdeş* olduğu anlamına gelmemektedir. Sağlıklı gönüllülerdeki kan düzeylerinin yüzde 20 oranında varyasyon göstermesi halinde, ki bu bazı hastalar için önemli bir farklılıktır, FDA bir muadil ilacı markalı ilaçla "eşdeğer" kabul etmektedir. Muadil ilaç, aktif olmayan bileşenleri ve dağıtım sistemi (tablet ya da kapsül) bakımından da orijinalinden farklı olabilir. Dahası, bir muadil ilaç diğerinden çok farklı olabilir (teorik olarak, kan düzeyinde yüzde 40'a kadar varyasyon gösterebilir). Burada önemli husus, eğer muadil ilacı tercih etmek önemli ölçüde tasarruf sağlıyorsa, buna değebilir. Ancak, eğer semptomlar yeniden ortaya çıkarsa, markalı ilaca dönmek en iyisidir. Buna ilaveten, işe yarayan bir muadil ilaç kullanıyorsanız farklı bir muadil ilaca geçmeyin. Aynı zamanda, bazı eczacılar ve doktorların hastaların muadil ilaçlar kullanmaları halinde prim aldıklarını bilin. Muadil ilaç, hasta açısından daha az masraflı olabilir, ancak eczacıya daha fazla kâr sağlar. Hastalar ayrıca ucuz bir muadil ilaç satın almak için sigortadan faydalanmalarının, ilacı doğrudan satın almaktan daha masraflı olabileceğinin bilincinde olmalıdır.

Diğer Fiziksel Tedaviler

Elektroşok tedavisi (ECT) depresyon için fayda sağlayan bir te-

davi yöntemi olsa da, SKB için faydalı değildir.[245] Depresyonlu SKB'nin beyin bölgelerinin elektromanyetik uyarılması mekanizması olan Transkraniyal Manyetik Stimülasyon ile tedavi edilmesine yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu az sayıda çalışma, SKB'nin öfke, duygudurum dengesizliği, dürtüsellik ve kişilerarası duyarlılık gibi semptomlarında iyileşme olduğunu ortaya koymuştur.[246]

Bölünmüş Tedavi

Çoğu hastayı, birden fazla sağlık uzmanı tedavi etmektedir. Terapi genellikle tıp profesyoneli olmayan bir uzman (psikolog, sosyal çalışmacı ya da psikolojik danışman) tarafından yönetilebilir, ilaçlar ise bir doktor (psikiyatrist ya da aile hekimi) tarafından reçete edilir. Bu uygulamanın avantajları, daha az masraflı olması (bu nedenle sağlık şirketleri tarafından teşvik edilmektedir), daha fazla profesyoneli içermesi ve terapinin ve ilaç meselesinin birbirinden ayrılmasıdır. Ancak bu ayrılma aynı zamanda dezavantajlı da olabilir, çünkü hastaların sağlık uzmanlarını "iyi doktor" ve "kötü doktor" olarak ayırması olasılığını doğurmakta ve tedaviyle ilgili kafa karışıklığına neden olmaktadır. Aynı hastayı tedavi eden uzmanlar arasındaki yakın iletişim, sürecin başarıya ulaşması için gereklidir. Bazı durumlarda, hem tıbbi yönetim hem de psikoterapi yöntemleri alanında uzman bir psikiyatrist tercih edilebilir.

SKB Tedavi Edilebilir mi?

Tıpkı hastalığın kendisi gibi, uzmanların SKB'den mustaripler için hastalığın seyrine yönelik görüşleri de hızla yön değiştirmektedir. 1980'lerde, Eksen II olarak adlandırılan kişilik bozukluklarının kalıcı ve zaman içinde değişmez olduğu düşünülüyordu. DSM-III-R, o dönemde kişilik bozukluklarının "çocukluk ya da ergenlik döneminde başladığını ve azalma ya da artış olmaksızın yetişkinliğe doğru istikrarlı bir şekilde de-

vam ettiğini" öne sürmüştü.[247] Bu görüş, daha aralıklı olan ve ilaç tedavisine daha iyi yanıt verdiği düşünülen çoğu Eksen I bozukluğunun (majör depresyon, alkolizm, bipolar bozukluk, şizofreni gibi) tersidir. SKB'deki intihar oranları yüzde 10'a yaklaşmıştır.[248] Tüm bu hususlar, SKB'nin hastalık seyrinin kötü olduğunu öne sürmektedir.

Ancak, artık kişilik özelliklerinin zamanla değişebileceği ve bu değişikliklerin yaşam süresinin herhangi bir aşamasında gerçekleşebileceği genel anlamda kabul edilmektedir.[249] SKB'li bireylerin uzun dönemli değerlendirilmeleri, zamanla önemli iyileşme olduğunu göstermiştir.[250,251,252] SKB hastalarını on yılı aşkın süre boyunca izleyen bu çalışmalarda, hastaların üçte ikilik bir kısmının SKB'nin dokuz belirleyici kriterinden beşini artık sergilemediği ve bu nedenle "iyileşmiş" kabul edilebileceği, çünkü resmi DSM tanımını artık karşılamadıkları ortaya çıkmıştır. İyileşme, tedaviyle ya da tedavisiz gerçekleşmiştir, ancak tedavi gören hastalar daha kısa sürede iyileşme sergilemişlerdir. Çoğu hasta tedaviye devam etmiş ve hastalığın nüksetmesi zamanla azalmıştır. Bu iyimser bulgulara rağmen, bu hastalar artık resmi olarak SKB hastası olarak tanımlanamasalar da, bazıları sosyal ve mesleki ilişkilerini bozan kişilerarası işlevlerde zorluk yaşamaya devam etmişlerdir. Bu da, intihara meyilli davranışlar ve kendine zarar verme davranışları, yıkıcı dürtüsellik ve yarı psikotik düşünme gibi SKB'nin daha akut ve belirgin semptomlarının (bozukluğu belirleyen başlıca semptomların), daha kalıcı semptomlara (terk edilme korkusu, boşluk hissi, bağımlılık gibi) göre tedaviye daha iyi yanıt verdiğini öne sürmektedir. Kısacası, hastalığın seyri en başta düşünüldüğünden açıkça çok daha iyi olsa da, bazı borderline bireyler süregelen sorunlarla mücadeleye devam etmektedirler.

Hastalığı yenenler, daha büyük bir güven kapasitesine sahiptirler ve tatmin edici ilişkiler kurarlar. Daha net bir amaç duygusuna ve kendileri hakkında daha tutarlı bir anlayışa sahiptirler. Bir anlamda, bazı sorunlar devam etse bile, borderline kişiliğin parçalanmış kalıntılarıyla bezeli hayatlar sürdürmektedirler.

10

Anlayış ve İyileşme

Buradaysa, *gördüğün gibi, sırf aynı yerde kalabilmek için* vargücünle *koşman gerekir. Eğer başka bir yerlere varmak istiyorsan, en azından bunun iki katı hızlı koşmalısın*

–Lewis Carroll'un *Aynanın İçinden* adlı eserinden*

"Sanki içimde hiçbir zaman dolduramayacağım bir eksiklik varmış gibi hissediyorum." Yirmi sekiz yaşında çekici ve zarif bir kadın olan Elizabeth, esasen aile hekimi tarafından terapiye yönlendirilmişti. Kendisinden on yaş büyük ve aynı zamanda bir zamanlar patronu olan kocasıyla altı yıldır evliydi. Beş ay önce bir kızı olmuştu ve şu an şiddetli bir depresyon geçirmekteydi.

Kendisinin adlandırabileceği, "dünyanın geri kalanının burada olduğumu bilmesini sağlayacak" bir şeyin özlemini çekmekteydi. İçinde, "gerçek benliğinin" çocukça duygulardan oluşan bir bataklık olduğunu hissediyor ve "çirkin ve kötü" duygularını sürekli saklıyordu. Bu farkındalıklar kendine duyduğu nefrete dönüştü; pes etmek istedi.

* Bu alıntı, Norgunk Yayıncılık tarafından 2019 yılında yayımlanmış ve çevirisi Armağan Ekici tarafından yapılmış *Aynanın İçinden ve Alice'in Orada Karşılaştıkları* adlı eserden aktarılmıştır. *–yhn*

Elizabeth, son altı yıl içinde –hepsi iş vasıtasıyla tanıştığı erkeklerle olmak üzere– dokuz evlilik dışı ilişkiye girmişti. İlişkileri, babasını kaybetmesinden kısa bir süre sonra başlamıştı. Çoğu tamamıyla kontrolü altında olan ilişkilerdi, önce başlatıyor ve sonra da bitiriyordu. Bu erkeklerin, onun ilişkiye öncülük edip sonra aniden bitirmesi karşısındaki şaşkınlıkları ona heyecan verici geliyor ve kendisine güç kattığını düşünüyordu. Stephen Sondheim'ın *Follies* adlı müzikalindeki Buddy isimli karakter gibi, Elizabeth de "Tanrım-beni-neden-sevmiyorsun-ah-aslında-seviyormuşsun-sonra-görüşürüz bunalımlarını" yaşıyordu. Elizabeth, fiziksel yakınlıktan hoşlanıyordu ancak aşırı duygusal ilişki kurmaktan korktuğunu biliyordu. Bu ilişkilerde kontrol kendisinin elinde olmasına rağmen, bu ilişkileri hiçbir zaman cinsel açıdan tatmin edici bulmuyordu. Kocasına karşı da cinsel arzusu yoktu. Seksi, ilişkileri "eşitlemek" ve kontrolü elde tutmak için kullandığını itiraf etti; bu şekilde kendini daha güvende hissediyordu. Kişiliğinin ve zekâsının bir erkeği elde tutmaya yetmeyeceğini düşünüyordu.

Katolik bir işçi ailede büyüyen Elizabeth'in üç ağabeyi ve kendisinden küçük bir kız kardeşi vardı. Kız kardeşi, beş yaşındayken boğulmuştu. Elizabeth, o zaman henüz sekiz yaşındaydı ve annesinin daha içine kapanık hale geldiğine şahit olmak dışında bu olayın pek bilincine varmamıştı.

Elizabeth kendisini bildi bileli annesi, onu sürekli olarak "kötü" olmakla suçlayan aşırı eleştirel biriydi. Genç bir kızken, annesi onunla kiliseye gelmesi konusunda ısrarda bulunurdu ve babasını Elizabeth'in odasına bir kilise mihrabı inşa etmeye zorladı. Elizabeth, annesinin egemenliği altındaki pasif ve sessiz babasına kendisini daha yakın hissediyordu. Elizabeth'in ergenliğe girmesiyle babası daha mesafeli ve daha az sevecen hale geldi.

Elizabeth, büyüme çağında sessiz ve utangaçtı. Annesi onun erkeklerle ilişkisini onaylamaz ve kızlarla ilişkilerini de yakından gözlerdi. Elizabeth'in "kabul edilebilir" arkadaşlar edinmesi beklenirdi. Ağabeyleri daima annesinin gözdeleriydi, Elizabeth

"onlardan biri" olmak için onlarla şakalaşıp dururdu. Lisede notları iyiydi, ancak üniversiteye gitmek için teşvik edilmedi. Mezuniyetinden sonra sekreter olarak tam zamanlı çalışmaya başladı.

Zaman geçtikçe annesiyle tartışmaları arttı. Lisedeyken bile, annesi onu bir "aylak" olmakla kınıyor ve Elizabeth'in cinsel bir deneyimi olmamasına rağmen, sürekli önüne gelenle beraber olmakla suçlayıp duruyordu. Bir süre sonra, annesiyle münakaşalara bir süre tahammül ettikten sonra, kendi başına yaşamak için yeterince para biriktirmiş oldu.

Bu karmaşa sırasında, Elizabeth'in patronu Lloyd, karısından ayrılmış ve sancılı bir boşanma sürecine girmişti. Elizabeth, onu teselli ederek şefkat gösterdi. O da bunun karşılığında Elizabeth'i cesaretlendirip destekledi. Flört etmeye başladılar ve Lloyd'un boşanmasından kısa bir süre sonra evlendiler. Doğal olarak, annesi, özellikle de kendisinden on yaş büyük ve sapmış bir Katolik ve boşanmış bir adamla evlendiği için onu azarladı.

Babası mesafeli durmaya devam etti. Elizabeth'in evlenmesinden bir yıl sonra da hayatını kaybetti.

Beş yıl sonra, evliliği parçalanmak üzereydi ve Elizabeth kocasını suçluyordu. Lloyd'u, gençliğini çalan bir "hırsız" olarak görüyordu. Onunla tanıştığında henüz on dokuz yaşındaydı ve o kadar ilgiye muhtaçtı ki güvende olabilmenin karşılığında gençliğini vermişti – o yıllar, onun "ne olmak istediği, ne olabileceği, ne olması gerektiği konusunda deneyler yapabileceği" yıllardı.

Tedavinin ilk aşamalarında Elizabeth, en son ve en önemli gizli ilişkisi David'den bahsetmeye başladı. Kendisinden on iki yaş büyüktü, eski bir aile dostuydu ve kilise papazıydı. Elizabeth'in tüm ailesinin, özellikle de annesinin tanıdığı ve sevdiği birisiydi. O, Elizabeth'in temas kurabildiğini hissettiği tek erkekti. Bu ilişki, onun kontrol etmediği tek ilişkiydi. Bir küs bir barışık geçirdikleri iki yıldan uzun bir süre içinde, David ilişkiyi aniden sonlandırıp sonra yeniden başlattı. Elizabeth, daha sonra psikiyatristine David'in çocuğunun babası olduğunu itiraf etti. Kocası görünüşe göre olan bitenden bihaberdi.

Elizabeth daha çok içine kapandı. Sık sık seyahate çıkan kocasıyla ilişkisi kötüleşti. Annesine ve ağabeylerine karşı daha çok yabancılaştı ve arkadaşlıklarını bitirdi. Kocasını da terapiye dahil etme girişimlerine direndi, Lloyd'un ve doktorunun "kocasının tarafında olmak" için gizli bir anlaşma yaptıklarını düşünüyordu. Terapi bile onun kimseye güvenemeyeceği çünkü hayal kırıklığına uğrayacağına yönelik inancını pekiştirdi. Tüm duygu ve düşünceleri çelişkilerle doluydu, sanki çıkmazlarla dolu bir labirentteydi. Cinselliği, bu labirentten çıkmasının tek yoluymuş gibi görünüyordu.

Terapisti, "kontrolü elinde bulunduran kişi" olduğundan, sıklıkla Elizabeth'in yakınmalarının hedefi oluyordu. Ona bağırıyor, onu beceriksizlikle suçluyor ve terapiyi bırakmakla tehdit ediyordu. Onun da öfkelenmesini, kendisine bağırmasını, onunla görüşmeyi kesmesini ya da savunmacı hale gelip kalması için ona yalvarmasını bekliyordu. Ancak terapisti ikisini de yapmadı, Elizabeth de terapistinin soğukkanlılığının onun duygusuz olmasının kanıtı olduğunu söyleyerek ona bağırdı.

Kocasının sık iş seyahatlerine alışmış olsa da, yalnız kaldığında daha fazla korkmaya başladı. Bu seyahatler sırasında, nedeni belirsiz şekilde yerde uyuyordu. Lloyd eve döndüğünde, Elizabeth ona sürekli bağırıyordu. Gittikçe daha depresif hale geldi. İntihar, onun için bir seçenek olmaktan ziyade bir kader haline geldi, sanki her şey bu sona doğru ilerliyordu.

Elizabeth'in gerçeklik algısı gitgide zayıfladı. "Psikotik" olmayı, zihninde "herhangi bir yere gidebileceği" bir hayal dünyasında yaşamayı arzuladı. Bu dünya gerçeklikten çok uzak olmalıydı, hiç kimse –hatta en iyi psikiyatrist bile– ona ulaşamamalı ve "derinlerde ne olduğunu görmemeliydi."

Hayallerinde, onun takdire şayan tüm özelliklerinin değerini bilen ve ona sonsuz ilgi gösteren güçlü ve yakışıklı bir erkek tarafından korunduğunu tasavvur etti. Onu önce eski bir öğretmeni, sonra jinekoloğu, sonra veterineri ve sonunda psikiyatristi olarak hayal etti. Elizabeth, tüm bu erkekleri güçlü olarak görüyordu, ancak aynı zamanda bilinçaltında bu kişile-

rin erişilemez olduklarını da biliyordu. Yine de hayallerinde, bu erkekler onun cazibesiyle büyüleniyorlar ve tıpkı bir süreliğine David'de olduğu gibi, ona karşı koyamıyorlardı. Gerçeklik onun yazdığı senaryoya uymadığında –bu erkeklerden biri flörtü haline gelmediğinde– umutsuzluğa kapılıyor, yeterince etkileyici olmadığını düşünerek kendine karşı nefret besliyordu.

Nereye baksa kendisinden daha güzel, daha zeki, daha iyi kadınlar görüyordu. Saçının daha güzel olmasını, gözlerinin farklı bir renk olmasını, cildinin pürüzsüz olmasını istiyordu. Aynaya baktığında genç ve güzel bir kadının yansımasını değil, sarkık göğüslü, koca göbekli yaşlı ve çirkin bir kadın görüyordu. Değer verdiği tek şey güzellik olan bir kadın olduğu için kendinden nefret ediyordu. Ağabeyleri gibi erkek olmak isterdi, çünkü o zaman "kaale alınabilirdi."

Hastane dışında aldığı terapisinin ikinci yılında, Elizabeth, en sevdiği amcasının ölümü dahil olmak üzere, birtakım kayıplar yaşadı. Tekrarlayan rüyalar ve kâbuslar ona musallat olmuştu, ne zaman uyanık olduğunu bile anlayamıyordu. Depresifliği ve intihar eğilimi artınca sonunda hastaneye yattı.

Daha yoğun bir terapiyle, travmatik çocukluk anılarını hatırlamaya, Pandora'nın kutusunu açmaya başladı. Annesinin uyguladığı yoğun fiziksel şiddeti ve uyguladığı cinsel istismarı –annesinin ona vajinal duş ve lavman yaptığı ve "temizlemek" niyetiyle onu okşadığı zamanları– hatırladı. Bu ritüeller, Elizabeth sekiz yaşlarındayken, kız kardeşinin ölümünden kısa bir süre sonra başlamış ve ergenliğe kadar devam etmişti. Anıları arasında annesinin yüzüne bakıp yumuşak, huzurlu bir ifade görmesi de vardı; bunlar Elizabeth'in hatırladığı kadarıyla, annesinin onu kınamadığı tek zamanlardı.

Elizabeth, dolabın içinde saatlerce oturduğunu ve yatağında cinsel saldırıya uğramaktan korktuğu için sıklıkla yerde uyuduğunu hatırladı. Bazen bir kurdele ya da okulda kazandığı bir ödülle birlikte uyurdu. Bu eylemler onu rahatlatıyordu ve yetişkin olduğunda da bunları sürdürdü, genellikle yatağını yere yapıyor ve sessiz bir odada ya da karanlık bir dolabın içinde vakit geçiriyordu.

Elizabeth, hastanede kişiliğinin farklı yönlerinden bahsetti. Farklı insanlar olma fantezilerini ve hatta bu kişilik bölümlerine farklı isimler verdiğini anlattı. Bu personalar özgün becerilere sahip bağımsız kadınlardı ve başkaları tarafından hayranlık duyuluyorlar ya da küçümseyici bir tavırla sosyal ilişki kurmaktan kaçınıyorlardı. Elizabeth, ne zaman bir şeyi başarsa, bunun bu ayrı kişilik bölümlerin yetenekleri sayesinde olduğunu düşünüyordu. Bu bileşenleri tutarlı bir benlik kavramına dahil etmekte büyük zorluk yaşıyordu.

Yine de, bunları kişilik bölümleri olarak kabul etti ve bunlar onun işlevselliğini asla devralmadılar. Net bir amnezi ya da dissosiyasyon dönemi geçirmedi, semptomları dissosiyatif kişilik bozukluğu (çoklu kişilik) özellikleri olarak da görülmedi – ki bu sendrom, genellikle SKB ile ilişkilendirilir.

Elizabeth, bastırmak zorunda kaldığı arzuları ve duyguları ifade etmek için bu "diğer kadınları" kullandı. Kendisinin değersiz olduğuna inanarak, bu diğer kısmi kimliklerin daha bağımsız ve daha güçlü varlıklar olduğunu hissetti. Hastanedeyken yavaş yavaş onların her zaman kendisinin birer parçası olduğunu öğrendi. Bunun farkına varmak ona rahatlık ve huzur verdi. Düşündüğünden daha güçlü ve daha az deli olduğuna inanmaya başladı, bu da hayatında bir dönüm noktası oldu.

Ancak henüz zafer kazanmış sayılmazdı. Tıpkı bir alay komutanı gibi, kişiliğinin çeşitli yönlerinin önünde dizilmesini emretti ve birlik olmadan savaşa giremeyecekleri sonucuna vardı. Elizabeth –varlığının özü– hâlâ değişimden, sevgiden ve başarıdan korkuyordu, hâlâ beyhude bir güvenlik arayışı içindeydi ve hâlâ ilişkilerden kaçıyordu. Kendini kabullenmek, düşündüğünden de zor olacaktı.

Elizabeth hastaneden ayrıldıktan sonra, ayakta tedaviye devam etti. O iyileştikçe, kocasıyla ilişkisi kötüleşti. Ancak her zaman yaptığı gibi onu ya da kendisini suçlamak yerine, farklılıkları çözüme kavuşturup onunla birlikteliğini sürdürmeye çalıştı. Aile üyeleriyle sağlıksız ilişkilerden kendini uzak tuttu. Özgüvenini artırdı. Üniversite hazırlık kursuna gitmeye başladı

ve dikkate değer derecede başarılı olarak akademik ödüller kazandı. Tıpkı çocukluğunda yaptığı gibi, ilk aldığı ödülü yastığının altına koyarak uyudu. Daha sonra hukuk fakültesine girdi ve sınıfındaki en iyi öğrenci olduğu için ödüle layık görüldü. Hem erkeklerle hem kadınlarla yeni ilişkiler kurdu ve bu ilişkilerinde kontrol etme ihtiyacı hissetmeden rahat olduğunu fark etti. Kadınlığıyla daha barışık hale geldi.

Elizabeth, yavaş yavaş iyileşmeye başladı. "Perdelerin kalktığını" hissediyordu. Bu duyguyu, ıvır zıvırla dolu karanlık bir tavan arasında değerli bir antika aramaya benzetti – orada bir yerlerde olduğunu biliyordu ancak ortalık karışık olduğu için onu göremiyordu. Sonunda onu gördüğünde, ona ulaşamadı çünkü "işe yaramaz bir çöp dağının altında gömülü" kalmıştı. Ancak artık, sanki bir şimşek çakması odayı kısacık bir an için aydınlatmış gibi, o nesneye giden açık yolu görebiliyordu.

Bu aydınlanma anları çok kısaydı. Geçmiş şüpheleri, âdeta lunaparklarda insanı tuhaf gösteren aynalardaki yansımalar gibi çirkin suratlar şeklinde ortaya çıkıyordu. Çoğu zaman, bir yürüyen merdivende aşağıya doğru, bir adım ileri iki adım geri şeklinde yuvarlandığını hissediyordu. Kendini hafife almaya ve başarılarını başkalarına atfetmeye devam etti. Ancak ilk gerçek değişimi –bir avukat olması– neredeyse bir gerçeklikti. Beş yıl önce okuldan bile bahsedemezdi, kaydolma cesareti bile yoktu. Depresyonlarının özellikleri değişmeye başladı: başarısızlığa ilişkin depresyonunun başarı korkusuna dönüştüğünü fark etti.

Büyüme ve Değişme

Elizabeth'in sık sık dile getirdiği gibi, "Değişim gerçekten zor bir iştir!" Sağlıksız durumlardan bilinçli olarak uzak durma ve daha sağlıklı temeller inşa etme isteği gerektirir. Süregelen bir dengedeki şiddetli kesintilerle baş edebilmeyi gerektirir.

Darwinci evrim gibi, bireysel değişim çok sayıda deneme ve yanılmayla, neredeyse fark edilmeden gerçekleşir. Birey, içgüdüsel olarak değişime direnir. Bir tür bataklıkta yaşayabilir, ancak bu *onun* bataklığıdır; timsahların nerede olduğunu, bataklığın içinde neler olduğunu bilir. Bu bataklığını terk etmek, bilinmeye doğru yolculuğa başlamak, belki de daha soğuk, daha karanlık, hatta daha tehlikeli bir bataklığa girmek anlamına gelebilir.

Dünyası siyah-beyaz değişkenlerle bezeli borderline birey için değişimin belirsizliği daha korkutucudur. Bir diğerinin uçurumuna kontrolsüzce düşme korkusundan dolayı bir aşırılığa tutunabilir. Örneğin, SKB'li anoreksiya hastası, küçük bir lokmanın bile tüm kontrolünü kaybetmesine ve obeziteye yol açacağı korkusuyla kendini aç bırakarak yemek yemenin dehşetinden uzak tutar.

Borderline değişim korkusu, kişinin "frenlerine" yönelik temel bir güvensizlik içerir. Daha sağlıklı kişilerde bu psikolojik frenler bir ruh halinin ya da davranışın zirvesinden eğimli yolun "gri bölgesine" doğru yumuşak bir inişe imkân tanır. Frenlerinin tutmayacağından korkan borderline yetişkin, duramamaktan, tepenin aşağısına kadar kontrol dışı bir şekilde kaymaktan korkar.

Değişim, yavaş yavaş olsa da, otomatik reflekslerin değişmesini gerektirir. Kişi, âdeta bir çocuğun komik suratlar yapıp diğerlerini güldürmeye çalıştığı, diğerlerinin de gülmemek için mücadele verdiği bir çocuk oyununda gibidir. Uzun yıllar içinde oluşan bu tür refleksler, sadece bilinçli, motive çabayla değiştirilebilir.

Yetişkinler bazen içgüdüsel bir tepkiye karşı çıkmak için benzer bir çabaya girerler. Yabancı bir muhitte havlayan sinirli bir köpekle karşılaşan bir adam, tehlikeden uzaklaşmaya yönelik otomatik reflekse direnir. Koştuğu takdirde köpeğin peşinden geleceğinin ve daha büyük bir tehlikeyle karşı karşıya kalacağının farkındadır. Bunun yerine, tam tersi (genellikle de daha ihtiyatlı) bir eylemde bulunur – tamamen hareketsiz durarak köpeğin kendisini koklamasına izin verir ve sonra yoluna devam eder.

Psikolojik değişim etkili olmayan otomatik reflekslere direnmeyi, bilerek ve isteyerek başka alternatiflere yönelmeyi gerektirir – bunlar, otomatik tepkiden farklı, hatta o tepkinin tam tersi olan seçeneklerdir. Bazen bu yeni davranış şekilleri korkutucu olabilir, ancak genellikle başa çıkmanın daha etkili yollarıdır. Elizabeth ve psikiyatristi, haftalık düzenli bireysel psikoterapide onun değişim yolculuğunu başlattılar. İlk temaslar, Elizabeth'i güvende tutmaya odaklandı. Bilişsel yöntem ve öneriler ilk temasları etkiledi. Elizabeth birkaç hafta boyunca doktorun antidepresan kullanmaya başlama tavsiyesine karşı çıktı, ancak ilaç almayı kabul ettikten kısa bir süre sonra ruh halinde önemli ölçüde iyileşmeler olduğunu fark etti.

Değişimin Başlangıcı: Öz Değerlendirme

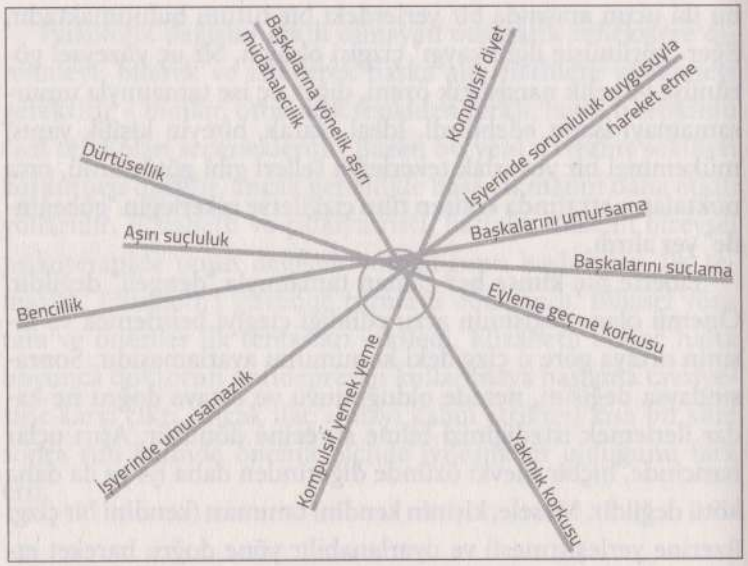
SKB olan biri için değişim, tümüyle yeniden yapılanmadan ziyade, aşamalı bir ince ayar yapma anlamına gelmektedir. Kilo vermeye yönelik yapılan ve çok kısa sürede çok fazla kilo verme isteğine karşı çıkan rasyonel diyet planlarında, en iyi sonuçlar zamanla yavaş yavaş ve aşamalı bir şekilde elde edilmektedir. Buna benzer şekilde, SKB'deki değişim de ilk başta ufak tefek değişimlerle, tıpkı başarılı bir diyet planında olduğu gibi kaçınılmaz gerileme dalgalarına rağmen kabullenme ve teşvikle yavaş yavaş başlatılır. Değişim, kendi kendini değerlendirmeyle başlar: SKB'den mustarip kişi, yeni bir rota çizmeden önce mevcut durumunun farkında olmalı ve değişimin hangi yönde ilerlemesi gerektiğini anlamalıdır.

Kişiliği, her biri belirli bir karakter özelliğini temsil eden bir dizi kesişen çizgi olarak düşünün (Şekil 10-1'e bakınız). Her bir özelliğin uç noktaları çizginin en sonunda bulunmaktadır, merkezde de ikisinin ortası vardır. Örneğin, "işyerinde sorumluluk duygusuyla hareket etme" çizgisinde, bir uç obsesif derecede aşırı endişeyi ya da işkolikliği, diğer uç ise sorumsuzluk ve ilgisizliği göstermektedir. Ortadaysa, sakin bir profesyonellik gibi,

bu iki ucun arasında bir yerlerdeki bir tutum bulunmaktadır. Eğer "görünüşle ilgili kaygı" çizgisi olsaydı, bir uç yüzeysel görünüşe yönelik narsisistik özeni, diğer uç ise tamamıyla umursamamayı işaret edebilirdi. İdeal olarak, bireyin kişilik yapısı mükemmel bir yuvarlak tekerleğin telleri gibi görünürdü, orta noktaların etrafında kesişen tüm çizgilerse tekerleğin "göbeğinde" yer alırdı.

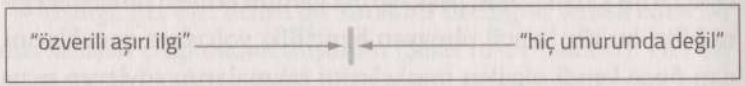
Elbette hiç kimse her zaman tamamıyla "dengeli" değildir. Önemli olan, değişimin arzu edildiği çizgiyi belirlemek ve kişinin ortaya göre o çizgideki konumunu ayarlamasıdır. Sonrasındaysa değişim, nerede olduğunuzu ve ortaya doğru ne kadar ilerlemek istediğinizi bilme sürecine dönüşür. Aşırı uçlar haricinde, hiçbir mevki özünde diğerinden daha iyi ya da daha kötü değildir. Mesele, kişinin kendini tanıması (kendini bir çizgi üzerine yerleştirmesi) ve uyarlanabilir yöne doğru hareket etmesidir.

Örneğin, "başkalarını umursama" çizgisini (Şekil 10-2'ye bakınız) ayrı tutarsak, bir ucu ("özverili aşırı ilgi"), başka insanlara karşı gösterilen ilginin kişinin kendisine ilgi göstermesini engellediği noktayı temsil eder; bu tür bir kişi değerli hissetmek için kendisini tümüyle başkalarına adama ihtiyacı hissedebilir. Bu pozisyon, bir tür bencil bir bencil olmama hali sayılabilir, çünkü bu kişinin "ilgisi" bilinçaltındaki bencilliğe dayanmaktadır. Diğer uçta ("hiç umurumda değil"), başkalarını pek umursamayan, sadece kendini düşünen narsisist biri bulunmaktadır. Ortası ise bir tür denge halidir – başkalarını umursama ve kendi ihtiyaçlarıyla ilgilenme zorunluluğunun birleşimi. Merhamet özelliği bu orta bölgede bulunan bir kişi, önce kendi önemli ihtiyaçlarını karşılayarak başkalarına yardım etmeyi umabileceğini bilir; bu tür bencil olmayan bencillik, yolculara çocuklarından önce kendi oksijen maskelerini takmalarını söyleyen uçuş öncesi talimatlara benzemektedir.



ŞEKİL 10-1. Birbirleriyle kesişen çizgiler dizisi olarak kişilik.

Kişi kendisini nesnel olarak spektruma yerleştirme farkındalığını kazandığında ve sonra da davranışını ortaya doğru ayarladığında değişim gerçekleşir. Mevcut pozisyonunu gerçekçi olarak orta noktanın solunda konumlandıran bir birey, başkalarına daha sıklıkla hayır demeye çalışır ve genellikle kendinden daha emindir. Kendini orta noktanın sağına yerleştiren kişiyse, başkalarının ihtiyaçlarına daha duyarlı olan bir eylem rotası çizmeyi tercih ederek ortaya yaklaşacaktır. Bu pozisyon, kadim Yahudi bilgini ve bilgesi Hillel'in şu sözünü yansıtmaktadır: "Ben kendim için değilsem, kim benim için olacak? Ama yalnızca kendim içinsem, ben kimim? Ve şimdi değilse, ne zaman?"



ŞEKİL 10-2. "Başkalarını umursa" kişilik özelliği çizgisi.

Elbette hiç kimse daima "orta noktada" kalamaz; kişi, bir yöne ya da diğerine fazla eğildiğinde tahterevalliyi dengeleyecek şe-

kilde çizgideki pozisyonunu sürekli olarak ayarlamak zorundadır. Ayrıca kişi, çizgi boyunca dayanıklı bir pozisyon edinerek eğilimlerini ve sınırlamalarını kabul etmek zorundadır. Eğer bireyler hassasiyet, suçluluk ya da dürtüsel sorumluluk gibi unsurların kendilerini merkezin soluna doğru ittiğini kabul ederlerse, merkezden çok uzaklaşma riskinin farkında olarak ve sağa eğilmek için fırsatları tanıyarak, bu pozisyonu kabul etmeleri mantıklı olabilir.

Değişimi Uygulamak

Gerçek değişim, otomatik refleksleri değiştirmeye yönelik münferit girişimlerle deney yapmaktan fazlasını gerektirir; eski davranışların yerine, sonunda eskileri kadar doğal ve rahat hale gelen yeni alışkanlıkları getirmeyi içerir. Değişim, düşmanca davranan bir köpekten sessizce sıvışmaktan fazlasıdır; değişim, o köpekle nasıl arkadaşlık kurulabileceğini öğrenmek ve onu yürüyüşe çıkarmaktır.

Başlangıçta, bu tür değişiklikler genellikle rahatsız edicidir. Bir benzetme yapmak gerekirse, bir tenis oyuncusu, el arkası vuruşunun düzeltilmesi gerektiğine karar verebilir. Bu nedenle vuruşunu düzeltmek için bir dizi tenis dersi almaya başlar. Oyun tarzını geliştirmek için öğrendiği yeni yöntemler, ilk başta kötü sonuçlar doğurabilir. Yeni tarzında, eski vuruş tarzında olduğu kadar rahat değildir. Önceki tekniğine geri dönme eğiliminde olur. Fakat sürekli pratik yaptıktan sonra eski kötü alışkanlıklarından kurtulup daha etkili ve en sonunda daha rahat bir kas hafızası elde edebilir. Benzer şekilde, psikolojik değişim de eski reflekslerin yerine yenilerinin konmasını gerektirir. Ancak sürekli pratik yapmak böyle bir değişimi verimli ve rahat hale getirebilir ve böylece değişim kalıcı olarak gerçekleşmiş olur.,

Yavaş Yavaş İlerlemeyi Öğrenmek

Nasıl ki binlerce kilometrelik bir yolculuk tek bir adımla başlıyorsa, borderline bireylerin iyileşme sürecine doğru yolculuk-

ları da küçük bir adımla başlar. Değişim, SKB için muazzam bir mücadeledir; bu bozukluğunun kendine özgü özelliklerinden ötürü diğer bozukluklara göre çok daha zordur. Bölme ve nesne sürekliliğinden yoksun olma (2. Bölüm'e bakınız) bir araya gelerek kişinin kendisine ve başkalarına güvenmesine ve rahat ilişkiler kurmasına engel oluşturur.

Değişimi başlatmak için kişi, imkânsız çıkmazından kurtulmalıdır: Kendisini ve diğerlerini kabullenmek için güvenmeyi öğrenmelidir, ancak başkalarına güvenmek esasen kişinin kendisine –yani, başkalarıyla ilgili kendi algılarına– güvenmeye başlaması anlamına gelir. Ayrıca başkalarının tutarlılığını ve güvenirliğini de kabul etmeyi öğrenmelidir – bu, diğer kişiler odadan çıktığında "yok olduklarına" inanan küçük bir çocuk gibi biri için oldukça zor bir görevdir. Elizabeth, tedavisinin başlarında psikiyatristine şöyle demişti: "Seni göremediğim zamanlarda sanki yok olmuşsun gibi geliyor."

Tıpkı ayağı sakat biri gibi, SKB'li birey de yavaş yavaş ilerleyerek yürümeyi öğrenmelidir. Bir kişi, bir bacak travmasından sonra yatalak olursa, bacak kasları körelir ve kasılır; çok kuvvetli egzersiz yapmaya çalışırsa da bacağını daha kötü incitebilir. Bunun yerine, yavaş yavaş ilerlemeyi öğrenmeli, gücünü kademeli olarak toplamak için bacağına yeterince yük bindirmeli, ancak çok fazla zorlayıp iyileşmesini de engellememelidir (hafif, ancak dayanılmaz olmayan bacak ağrısına katlanabilir). Benzer şekilde, SKB'nin iyileşmesi de kişinin kendisini daha ileriye gitmeye zorlayarak yeterince baskı uygulamayı gerektirir. Elizabeth'in terapisi ilerledikçe, bilişsel müdahaleler yerini daha psikodinamik bir yaklaşıma bıraktı, dikkati daha çok geçmiş deneyimleri ile mevcut fonksiyonlarının arasındaki bağlantılara odaklandı. Bu değişim boyunca, terapistin müdahaleleri azaldı ve Elizabeth terapinin yönlendirmesinden daha fazla sorumlu hale geldi.

Geçmişi Geride Bırakmak

SKB'li bireyin dünya görüşü, çoğu insanınki gibi, ailenin evrenin küçük evreni olarak işlev gösterdiği çocukluk dönemi deneyimleriyle şekillenmektedir. Daha sağlıklı bireylerin aksine, SKB'li kişi ne kendini diğer aile üyelerinden kolaylıkla ayırabilir ne de ailesini dünyanın geri kalanından ayırabilir. Gerçekten de tüm ilişkileri, ailesindeki ilişkiler gibi görür. Ve buradaki patolojik etkileşimleri normal olarak kabul etmeye devam eder.

Dünyasını bir yetişkinin gözünden göremeyen borderline birey, hayatı bir çocuk gibi –bir çocuğun yoğun duyguları ve bakış açısıyla– deneyimlemeye devam eder. Küçük bir çocuk cezalandırıldığında ya da azarlandığında kendisini sorgusuz sualsiz kötü olarak görür; annesinin kötü bir gün geçirme ihtimalini aklına getiremez. Sağlıklı çocuk olgunlaştığında, genişleyen dünyasını daha az karmaşık ve daha az dogmatik olarak görür. Ancak SKB söz konusu olduğunda birey, bir yetişkinin bedeninde sıkışıp kalmış bir çocuk gibidir.

Yazar Graham Greene, *The Power and the Glory* [Güç ve Zafer] adlı romanında şöyle yazmıştır: "Çocukluk döneminde her zaman kapının açıldığı ve geleceğin içeri alındığı bir an vardır." Pek çok borderline çocukluk döneminde, yetişkinliğin sorumlulukları çok erken başlar; kapı daha hızlı ve daha çok açılır, ancak kişi ışıkla karşılaşamaz. Ya da onunla karşılaşmayı bu kadar zorlaştıran şey kapının amansızca açılmasıdır.

SKB'de değişim, kişi yetişkin "merceğiyle" mevcut deneyimlerini görmeyi ve geçmiş hatıralarını gözden geçirmeyi öğrendiğinde gerçekleşir. Bu yeni "vizyon", televizyonda yıllardır görmediği eski bir korku filmini izlemek gibidir: bir zamanlar büyük ekranda korkutucu olan film, ışıklar açıkken ve küçük ekrandayken yavan hatta aptalca gelebilir. Filmi ilk gördüğünüzde neden bu kadar korkmuş olduğunuzu anlayamazsınız.

Elizabeth, psikoterapi yolculuğuna adamakıllı başladığında, erken çocukluk dönemi duygularına farklı bir gözle bakmaya başladı. Bu duyguları kabul etmeye, kendi deneyiminin değerini anlamaya başladı. Bu ilk duygu ve deneyimler olmasaydı, hukuk alanındaki yeni kariyerine taşıdığı şevk ve motivasyonun aynısını getiremeyeceğini fark ederek şunları söyledi: "Çocukluğumda doğan duygular hâlâ bana musallat oluyorlar. Ancak

onları artık farklı bir gözle görüyorum. Nefret ettiğim yönleri şimdi bir parçam olarak kabul ediyorum."

Durumu Olduğu Gibi Kabullenmek

SKB'de değişimin en büyük engellerinden biri, bir şeyleri salt uçlarda değerlendirme eğilimidir. Kişi ya tamamıyla mükemmel ya da tamamıyla başarısız olmalıdır; kendisini ya en yüksek notu ya da daha yaygın şekilde en düşük notu vererek değerlendirir. En düşük nottan ders almak yerine, bunu bir utanç sembolü gibi taşır ve bu nedenle kendi davranış kalıplarından ve öğrenip büyümesini sağlayacak kalıplardan bihaber şekilde, aynı hataları tekrar tekrar yapar.

Eğer mevcut durum mükemmel değilse reddedilir. Durumu olduğu gibi kabullenmek istemez, sürekli pas geçer ve eline dört as gelmesini bekler. Eğer kazanmayı garantilemezse, o eli oynamaz. Elinde olanı olduğu gibi kabullenmeyi öğrendiğinde ve becerikli bir şekilde oynadığında hâlâ kazanabileceğini anladığında iyileşme başlar.

Çoğu kişi gibi borderline bireyler de bazen kararsızlıkla donup kalırlar. Çeşitli alternatifler onları bunaltır, karar verme yetileri olmadığını hissederler. Ancak olgunlaştıkça seçenekler ona daha az korkutucu gelir ve hatta gurur ve bağımsızlık kaynağı haline gelebilir. Bu noktada, sadece kendisinin verebileceği kararlarla karşı karşıya olduğunu anlayabilir. Elizabeth şunları söylemişti: "Kararsızlığımın kökenlerinin başarının başlangıcı olduğunu anlıyorum. Demek istediğim, seçim yapmanın ıstırabı, aniden seçimleri görüyor olmamda."

Sınır Belirleme: Bir Kimlik Oluşturma

SKB tedavisinde başlıca hedeflerden biri, ayrı bir kimlik hissi oluşturmak ve başkalarıyla birleşme eğiliminin üstesinden gelmektir. Biyolojik terimlerle söyleyecek olursak bu durum, parazit yaşam formundan ortak yaşam haline, hatta bağımsızlığa geçmek gibidir. Hem parazitlik hem bağımsızlık ürkütücü olabilir ve çoğu kişi kendine güvenmenin ilk kez yürümek gibi olduğunu düşünür.

Biyolojide, parazitin varlığı tamamıyla konak organizmaya bağlıdır. Parazit kene köpekten çok fazla kan emerse köpek ölür ve kısa süre sonra kene de ölür. İnsan ilişkileri daha az parazit halde ve daha simbiyotik olduklarında daha iyi işlev gösterirler. Simbiyozda iki organizma daha iyi gelişir ancak varlıklarını bağımsız olarak sürdürebilirler. Örneğin, bir ağaçta büyüyen yosun, ağacı doğrudan güneş ışığından koruyarak ona fayda sağlayabilir ve ağacın büyük yeraltı suyu kaynağına erişim sağlayarak da kendine faydası olur. Ancak ağaç ya da yosun öldüğünde, diğeri daha az iyi bir şekilde olsa da hayatta kalmaya devam edebilir. SKB'li kişi bazen, zorlayıcı bağımlılığı sımsıkı tutunduğu kişiyle ilişkisini en sonunda mahvedecek bir parazit olarak işlev görür; bu kişi ilişkiden ayrıldığında, SKB'li birey yıkılabilir. Bu kişi başkalarıyla daha işbirlikçi ilişkiler kurmayı öğrenebilirse, hepsi daha mutlu bir şekilde yaşamayı öğrenir.

Elizabeth'in diğerlerine karşı hissettiği artan rahatlığı, psikiyatristiyle ilişkisiyle başladı. Onu azarlayıp eleştirerek ve terapiyi bırakmakla tehdit ederek sadakatini aylarca test etmesinin ardından Elizabeth, psikiyatristinin kendisine bağlılığına güvenmeye başladı. Psikiyatristinin kusurlarını ve hatalarını kendisini yüzüstü bırakmasının kaçınılmazlığına bir kanıt olarak görmek yerine, bunları kabul etmeye başladı. Elizabeth bir süre sonra aynı güveni hayatındaki diğer kişilere karşı da geliştirmeye başladı. Ayrıca, tıpkı başkalarını olduğu gibi kabul ettiği şekilde kendisini de kabullenmeye başladı.

Elizabeth iyileşmeye devam ettikçe içindeki özü kaybetmeyeceğine dair güveni artıyordu. Önceden bir grup insan içindeyken kendisini mahcup ve oraya ait değilmiş gibi hissederek kıvranırken; artık başkalarının yanında kendisini rahat hissedebiliyor, onların kendi sorumluluklarını almalarına ve kendisinin de kendi sorumluluğunu üstlenmesine imkân tanıyordu. Bir zamanlar bir gruba uyum sağlamak için kendini bir rolü üstlen-

mek zorunda hissederken, artık daha sabit, değişmez bir benlik duygusuna sahipti; artık daha kolay bir şekilde "aynı durumda" kalabiliyordu. Sabit bir kimlik oluşturmak, kişinin kendisini tanımlaması için bir başkasına dayanmaksızın tek başına ayakta kalabilme becerisini geliştirmesi anlamına gelmektedir. Kendi içgüdülerine ve yargılarına güvenmesi ve sonra başkalarının geribildirimini beklemek yerine harekete geçmesi demektir.

İlişkiler Kurmak

Borderline birey bağımsız bir temel kimlik duygusu oluştururken kendisini diğerlerinden ayırır. Değişim, başkalarını bağımsız kişiler olarak kabul etmeyi ve onların mücadelesini anlamak için empati kurmayı gerektirir. Kusurlar ve hatalar sadece kabul edilmekle kalmamalı, aynı zamanda kendisinden bağımsız olduğu, zihinselleştirme sürecinin bir parçası olduğu bilinmelidir (8. Bölüm'e bakınız). Bu görevde başarısız olunduğunda, ilişkiler sekteye uğrar. Prenses Diana, Prens Charles ile masal gibi bir evlilik hayalinin kaybı üzerine tuttuğu yası şu şekilde ifade etmişti: "Genç bir kızken pek çok hayalim vardı. Kocamın bana bakmasını istedim, umut ettim... O bir baba figürü olacaktı, beni destekleyecek, cesaretlendirecekti. Ancak bunların hiçbirini elde edemedim. Buna inanamıyorum. Bunların hiçbirini görmedim. Bu sadece bir rol değişimiydi."[253]

SKB'de kişi, başkalarının olumlu ve olumsuz yönlerini entegre etmeyi öğrenmelidir. Borderline kişi bir başka kişiyle yakınlaşmak isterse, çaresizce değil, rahat bir şekilde bağlanmak için yeterince bağımsız olması gerektiğini bilmelidir. Parazit olarak yaşamamalı, ortaklaşa yaşam sürmelidir. İyileşme sürecinde kendisi ve diğerleriyle ilgili bir tutarlılık geliştirir; başkalarına karşı ve başkalarıyla ilgili kendi algılarına karşı güven gelişir. Dünya daha dengeli, daha orta karar bir hal alır.

Tıpkı bir dağa tırmanırken olduğu gibi, dağcı tüm manzaraların değerini bildiği zaman tam anlamıyla deneyim sahibi olmuş olur: yukarıya bakıp hedefini sağlam bir şekilde göz önünde tutmak, aşağıya bakıp ilerlemesinin farkına varmak. Ve son olarak, dinlenmek, etrafa bakmak ve o an bulunduğu noktadan görünen manzaraya hayranlık duymak. Deneyimin bir kısmı, hiç kimsenin zirveye ulaşamayacağını, hayatın sürekli bir dağa tırmanıştan ibaret olduğunu kabul etmektir. Ruh sağlığının epey önemli bir kısmı, yolculuğun değerini bilmekten ibarettir. Bu kapsamda, on iki adım programı toplantılarının çoğunda edilen Huzur Duası'nı kavrayabilmek yerinde olur: "Tanrım, bana değiştiremeyeceğim şeyleri kabul etme huzuru, değiştirebileceğim şeyleri değiştirme cesareti ve aralarındaki farkı anlayabilmem için bilgelik bağışla."

Değişimin Başkaları Üzerindeki Etkisinin Farkına Varmak

Bir kişi terapiye ilk başladığında, genellikle değişiklik yapması gerekenin başkaları değil *kendisi* olduğunu anlamaz. Ancak kendisi değişiklikler yaptığında, hayatındaki önemli kişiler de buna ayak uydurmalıdır. İstikrarlı ilişkiler, bir denge halini sürdüren dinamik, değişken sistemlerdir. Bu sistemdeki bir kişi başkalarıyla ilişki kurma yöntemlerinde önemli değişiklikler yaparsa, diğerleri de dengeyi yeniden sağlamak için kendilerini ona göre ayarlamalıdır. Bu ayarlamalar yapılmazsa sistem çökebilir ve ilişki parçalanabilir.

Örneğin, Alicia şiddetli depresyon ve anksiyete şikâyetleriyle psikoterapiste başvuruyor. Terapide, kendini değersiz hissetmesinden sorumlu tuttuğu alkolik kocası Adam'la ilgili söylenip duruyor. Sonunda parçalanan evliliğinde kendi rolünün –diğer kişilerin ona bağımlı hale gelmesine yönelik kendi ihtiyacı, onları utandırmaya yönelik çift taraflı ihtiyacı ve bağımsızlık elde etmeye yönelik korkularının– farkına varıyor. Adam'ı eskisi kadar suçlamamaya başlıyor. Bağımsız yeni ilgi alanları ediniyor ve ilişkiler kuruyor. Ağlama krizlerine son veriyor, kocasının içki içmesiyle ve sorumsuzluğuyla ilgili tartışmalar başlatmayı bırakıyor ve evlilikteki denge düzeliyor.

Madalyonun öbür yüzündeyse, Adam bu durumu öncekinden olduğundan çok daha rahatsız edici bulabilir. Eski dengeyi yeniden kurmak için bilinçdışı bir çabayla içki içmeyi artırabilir ve Alicia'yı mağdur bakıcı rolüne geri dönmeye zorlayabilir. Onu başka erkeklerle görüşmekle suçlayabilir ve ona dayanılmaz gelen ilişkisini bozmaya çalışabilir.

Ya da Adam, değişimin gerekli olduğunu ve bu patolojik dengenin sürdürülmesindeki sorumluluğunun farkına varmaya başlayabilir. Eylemlerini daha net bir şekilde görme ve tıpkı karısının yaptığı gibi hayatını gözden geçirme fırsatına sahip olabilir.

Terapiye katılmak, ilgili herkes için değerli bir deneyim olabilir. Elizabeth'in bilgisi arttıkça, kocası ona daha cahil göründü. Elizabeth daha açık görüşlü hale geldikçe –bir durumdaki gri alanları algılayabildikçe– kocası dengeyi yeniden sağlamak için daha siyah-beyaz bir düşünce tarzına sahip oldu. Elizabeth, "birilerini geride bıraktığı" hissine kapıldı. Bu kişi, kendisiydi – ya da daha doğrusu, artık ihtiyaç duymadığı ve istemediği bir parçasıydı. Kendi deyimiyle o, "büyüyordu."

Elizabeth'in tedavisi yavaşladıkça doktoruyla görüşme sıklığı azaldı, ancak hayatındaki diğer önemli insanlarla hâlâ uğraşmak zorundaydı. Uyuşturucu sorununu kabul etmeyi reddeden ağabeyiyle tartıştı. Ağabeyi onu "kendini beğenmiş" olmakla, "yeni psikolojik saçmalığını silah olarak kullanmakla" suçladı. Aile içi iletişim eksikliği üzerine şiddetli tartışmalar yaptılar. Ağabeyi ona, tüm "deli doktorlarına" gittikten sonra bile hâlâ "berbat durumda" olduğunu söyledi. Elizabeth, hâlâ talepkâr olan, sürekli yakınan ve sevgisini göstermekten aciz annesiyle tartıştı. Onu sevdiğini iddia eden ancak yoğun bir şekilde içmeye devam eden ve Elizabeth'in eğitimini sürdürme arzusunu eleştiren kocasıyla uğraştı. Kocası onunla ve çocuklarıyla vakit geçirmeyi reddediyordu ve Elizabeth bir süre sonra onun sıklıkla ortadan kaybolmasının başka bir kadınla ilişkisi olmasından kaynaklandığını fark etti.

Elizabeth son olarak, başkalarını değiştirme gücüne sahip

olmadığını anlamaya başladı. Aile üyelerini daha iyi anlamak için ve daha fazla çatışmaya girmekten kendini korumak amacıyla, kendisi için koruyucu sınırlar koyabilmek adına, SET-UP yöntemlerinden faydalandı. Onları olduğu gibi kabul etmeye başladı, elinden geldiğince onları sevdi ve kendi hayatına devam etti. Yeni arkadaşlara ve yeni aktivitelere ihtiyacı olduğunu fark etti. Elizabeth, bunu "eve gitmek" olarak adlandırdı.

Ek A

SKB Teşhisi İçin Alternatif Modeller

Bazı klinisyenlerin ve araştırmacıların eleştirilerine rağmen, Amerikan Psikiyatri Birliği, *Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın beşinci baskısında (2013), daha önceki baskılarında yer alan SKB teşhis modelini korudu. DSM-5'in II. Bölümü'nde SKB teşhisi konması için hastanın en az beşini sergilemesi gereken dokuz kriter listelenmektedir. Daha detaylı bilgi için 2. Bölüm'e bakınız.

Bu *kategorik* yaklaşımın birtakım sınırlılıkları vardır.

1. Her bir kritere aynı ağırlık ve önem verilmektedir, ancak niteliksel ağırlık derecesi ve karşılaştırmalı önem değerlendirilmemektedir. Bu da, SKB hastalarının çeşitli farklı durumları için daha bireyselleştirilmiş tedavi planları oluşturulmasının önüne geçmekte ve daha doğru sonuç tahminleri oluşturmayı engellemektedir.
2. Bu kriterlerin pek çoğu, diğer kişilik bozukluğu teşhisleri için eşit şekilde geçerlidir. Bu da genellikle çoklu teşhislerle sonuçlanmaktadır.
3. DSM-5'te "kişilik bozukluğu", "süregiden ve esneklikten yoksun", "zaman içinde sabit" olan ve "strese ve bozulmaya" yol açan "kalıcı bir model" olarak tanımlanmaktadır.[254] Ancak, beş kriteri sergileyen birey, herhangi bir anda bir semptomdan kurtulduğunda (mesela, artık intihar eğilimi olmadığında), devam eden sıkıntısına rağmen teşhisin gereklerini artık karşılamamaktadır. Birdenbire, "kalıcı", "süregiden", "esneklikten yoksun" ve "sabit" bir kişilik işlevselliği düzeyi ortadan kalkmış olmaktadır.
4. Son olarak, kategorik sistem, dokuz belirleyici kriterden herhangi beşini bir araya toplamaktadır. Bu nedenle, çoğu hasta SKB'nin kategorik tanımına uymasına rağmen birbirlerinden oldukça farklı görünebilir ve çeşitli tedavi yaklaşımları gerektiren çok farklı belirgin davranışlar sergileyebilir.

Önerilen mevcut terapiler, SKB'nin alt türlerine odaklanmıştır ve diğer temel semptomlar için faydalı olmayabilir. Örneğin, Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), temel olarak kişinin kendi kendisini baltalayan davranışlarına odaklanabilir, ancak boşluk hissi ya da kimlik karmaşasının daha belirgin olduğu durumlarda daha az fayda sağlayabilir. Aktarım Odaklı Terapi (AOT), kişilerarası işlevselliğe odaklanabilir ancak kişinin kendi kendisini baltalayan dürtüselliği konusunda daha az faydalı olabilir. DDT, AOT ve diğer tedavi modelleriyle ilgili detaylı bilgi için 8. Bölüm'e bakınız.

Bu nedenlerden ötürü, *boyutsal* modeller önerilmiştir. Bu yapılar, kişilik bozukluğunun ayrı bir gerçeklikte mahsur kalmadığını, normallikle bir süreklilik içinde olduğunu kabul etmektedir. Boyutsal modeller, duygusal düzensizlik, yıkıcı dürtüsellik, düşmanlık, kimlik karmaşası ve kişilerarası işlev bozukluğu da dahil olmak üzere, SKB'nin temel özelliklerine daha çok odaklanmaktadır.[255] Bunlar, örneğin, normal hayal kırıklığı ile karamsarlığın patolojik öfke ve duygusal dengesizlikle ne zaman kesişeceğini belirleyen işlevsellik düzeylerini ve bozulma derecesini değerlendirmektedir. Boyutsal kavramlar, "borderline olmanın" farklı şiddet seviyelerine yol açan semptomlarının şiddet derecelerini kabul etmektedir. Bunun aksine, kategorik

sistem bir semptomun ve en nihayetinde, mevcut olsun ya da olmasın, bir kişilik bozukluğuna klinisyen tarafından öznel olarak karar verilmesini kapsamaktadır.

Kişilik Bozuklukları İçin Alternatif DSM-5 Modeli

DSM-5'in III. Bölümü, kategorik yaklaşımın zorluklarını ele alma çabasıyla, kişilik bozukluklarını belirlemek için, çok daha karmaşık olsa da alternatif bir model tanımlamaktadır. Bu model, kişilik bozukluklarının normallikle bir süreklilik içinde olduğu ve şiddet derecesine göre belirlendiğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, model belirli bozuklukları tanımlamak için birtakım kategorik belirleyicileri korumaktadır.

Bu model, üç temel bileşen içermektedir:

Birincisi, dört belirli alandaki şiddet seviyesinin ölçümüdür: 1. *Kimlik* (eleştirel benlik algısı, boşluk hissi); 2. *Öz yönetim* (amaçlarda ve değerlerde istikrarsızlık); 3. *Empati* (başkalarının duygu ve ihtiyaçlarını anlama becerisinden yoksunluk); 4. *Yakınlık* (tutarsız, karmaşık ilişkiler). Bu alanlardaki bozulma seviyesi, kişilik bozukluğunun mevcut olup olmadığını belirlemektedir.

İkinci olarak, patolojik kişilik özellikleri, yirmi beş örnekle (kişilik özellikleri) açıklanan beş kapsamlı alanda toplanmıştır. Bu beş kapsamlı alan, kişilik özelliklerinin kesişen çizgilerini ve sağlıklı bir orta yol bulma isteğimizi tanımladığımız 10. Bölüm'deki şekil 10-1'i anımsatmaktadır.

Söz konusu beş alan şunlardır:

Olumsuz Duygulanıma (kaygılı, depresif, öfkeli, vb.) karşı *Duygusal Denge*

Kayıtsızlığa (çekingen, içine kapanık, vb.) karşı *Dışadönüklük*

Antagonizme (hilekâr, manipülatif, vb.) karşı *Yumuşak başlılık*

Disinhibisyona (dürtüsellik, risk alma, vb.) karşı *Sorumluluk duygusuyla hareket etme*

Psikotikliğe (acayiplik, tuhaf davranış, vb.) karşı *Kolay anlaşılabilirlik*

(Elbette, özellikteki zıt uç da patolojik olabilir. Bu nedenle, *dışadönüklük*, maniye dönüşebilir. *Sorumluluk duygusuyla hareket etme*, aşırı obsesif-kompulsif davranışa dönüşebilir.)

Son olarak, alternatif model, altı kişilik bozukluğunu –SKB, antisosyal kişilik bozukluğu, narsist kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu– tanımlayan kategorik faktörleri benimsemektedir. Bunlar, belirleyici kriterler biraz farklılık gösterse de, DSM-5'in II. Bölümü'nde yer alan kriterlere karşılık gelmektedir. İlginç bir şekilde, II. Bölüm'de tanımlanan bozuklukların dördü (paranoid, şizoid, histriyonik, bağımlı), bu dört bozukluğu açıklayan çalışmaların yetersizliği nedeniyle alternatif modelin kapsamı dışında tutulmuştur.

Kişilik işlevselliğinde orta ya da daha fazla bozulmanın tespit edilmesinin ardından, model SKB ile tanımlanan yedi patolojik "özelliği" listelemektedir. SKB'nin dokuz belirleyici kriterinden en az beşinin teşhisin konulması için yeterli olduğu II. Bölüm'e benzer şekilde, bu modelde SKB teşhisinin konulması için bu yedi "özellikten" en az dördünün sergilenmesi gerekmektedir.[256]

1. ***Duygusal dengesizlik*** (*Olumsuz Duygulanım*'ın bir parçası): sık duygudurum değişimleri, olaylar karşısında orantısız yoğun duygular
2. ***Kaygılı olma hali*** (*Olumsuz Duygulanım*'ın bir parçası): panik hissi, belirsizlik korkusu, kontrolü kaybetme endişesi
3. ***Ayrılma güvensizliği*** (*Olumsuz Duygulanım*'ın bir parçası): reddedilme korkusu, aşırı bağımlılık ve özerkliği kaybetme korkusu
4. ***Depresiflik*** (*Olumsuz Duygulanım*'ın bir parçası): umutsuzluk hissi, kötümserlik, utanç, değersizlik hissi; intihar düşünceleri
5. ***Dürtüsellik*** (*Disinhibitasyon*'un bir parçası): amaçsızca ve sonuçları düşünmeksizin sergilenen dürtüsel hareketler; planları takip etmekte zorlanma; stresli olduğunda kendine zarar verme

6. ***Risk alma*** (*Disinhibitasyon*'un bir parçası): tehlikeli, kendine zarar verme olasılığı olan eylemler; kişisel sınırların ve kişisel öfkenin reddi
7. ***Düşmanlık*** (*Antagonizm*'in bir parçası): ufak şeylere karşı öfke patlamaları

Sergilenen kriterlerden en azından biri Dürtüsellik, Risk alma ya da Düşmanlık olmalıdır.

SKB için belirlenen bu kriterler, özellikle de kronik boşluk hissi ve stresle ilgili geçici paranoid düşünceleri ya da dissosiyatif deneyimleri olmak üzere, II. Bölüm'de yer verilen bazı kriterleri göz ardı etmektedir. SKB'nin ayırıcı ve belirgin bir özelliği olan aşırı idealleştirme ve değersizleştirmenin söz konusu olduğu tutarsız ve yoğun ilişki modeli, bu paradigmada sadece ima edilmektedir.

Açıkça göründüğü gibi, alternatif model, DSM-5 II. Bölüm modelinden çok daha karmaşıktır. Araştırmacılar için faydalı olabilir, ancak klinisyenler için uygulanabilir değildir ve kabul görmesi için gelecekte çok daha fazla iyileştirme gerektirecektir. Yine de, kişilik bozukluklarını daha iyi anlamak ve onlar için daha etkili bir tedavi geliştirmek için bir başlangıç girişimi niteliğindedir.

Kişilik Bozukluklarına İlişkin ICD-11 Modeli

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD), dünya genelindeki psikiyatrik bozukluklar da dahil olmak üzere, tüm tıbbi hastalıkların tanımlanmasına yönelik en çok kullanılan modeldir. Mevcut revizyonu olan ICD-10,[257] Duygusal Yönden Dengesiz Kişilik Bozukluğu teşhisini tanımaktadır. Bu tanının iki çeşidi belirtilmiştir: Dürtüsel Tip (patlamaya hazır, öfke dolu, ürkütücü) ve Borderline Tip (bozulmuş benlik algısı, boşluk hissi, terk edilme korkusu, tutarsız ilişkiler, duygusal krizler, intihar eğilimi veya kendine zarar verme eylemleri). Nisan 2019'da öne sürülen on

birinci sürümü üzerinde hâlâ değişiklikler yapılmaktadır. Resmi onay ve yürürlüğe koyma işlemlerinin 2022'de ya da daha sonra yapılması beklenmektedir.*

ICD-11'deki vurgu, öncelikle büyük ölçüde strese ve bozulmaya neden olan önemli kişisel işlev bozukluğunu ve başkalarının yanında rahatsız olmayı bünyesinde barındıran bir kişilik bozukluğunun varlığının saptanmasıdır. İkinci öncelik ise, hafif, orta ve yoğun olmak üzere şiddet derecesini belirlemektir.

ICD-11 sistemi daha sonra, normallikle bir süreklilik içinde olan altı kişilik modeline atıfta bulunur. Bunlar, bazı farklılıklar olsa da, alternatif modelde tanımlanan beş alana karşılık gelmektedir. Altıncı tanımlama, *Borderline Modeli*'dir. Bu tanımlama, esas olarak DSM-5'in II. Bölümü'nde listelenen kriterler kapsamında tanımlanmaktadır ancak teşhis için sergilenmesi gereken asgari kriter sayısı belirlenmemiştir.[258] Hem DSM-5'teki III. Bölüm'ün hem de ICD-11'in boyutsal perspektifleri şunları öngörmektedir: hastanın iyileşmesi halinde, kişilik bozukluğu teşhisi korunabilirken şiddet derecesinde azalma görülebilir. Bunun aksine, DSM-5 II. Bölüm'deki sistem ise kişilik bozukluğunun salt olarak varlığına ya da yokluğuna işaret etmektedir.

Araştırma Etki Alanı Kriterleri (RDoC)

ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH), Araştırma Etki Alanı Kriterleri'ni (RDoC) bir araştırma projesi olarak başlattı. DSM ve ICD'den farklı olarak, bu kriterler şu anda klinik teşhis için uygulanabilir olarak kabul edilmemektedir. RDoC daha ziyade, ruhsal bozuklukların nedenlerini ve gelişimini belirlemek için nörobilim alanında artan bilgi birikiminden faydalanmaya çalışan bir araştırma aracıdır.[259]

RDoC; duygu, biliş, motivasyon ve sosyal etkileşim sistemlerini temsil eden insan davranışı kalıplarını önermektedir. Bu faktörler; genler, moleküller, hücreler, nöral devreler, fizyoloji, davranışsal eğilimler, kişisel bildirimler ve resmi testlerle ilgili yeni araştırmalarla ilişkilendirilecektir.[260]

* 1 Ocak 2022 itibarıyla kullanılmaya başlanmıştır. *-yhn*

Bu yeni araştırma alanlarıyla ilişkili olacağı belirlenen alanlar şunlardır:

Olumsuz değerler (korku, kaygı, kayıp)
Olumlu değerler (çaba, ödül temelli tepki)
Bilişsel sistemler (dikkat, algı, dürtüsellik, hafıza, dil)
Sosyal süreçler (iletişim, kendini tanıma, kültür, aile, travma)
Uyarılma ve düzenleme sistemleri (uyku-uyanıklık döngüleri, aktivasyon)
Duyumotor sistemleri (motor refleks uyarıcıları, başlatma/ket vurma)

Yeni araştırmalar, SKB'ye yönelik yeni bakış açılarını ortaya çıkarabilir. Genetik bağlantılar olumsuzluk unsurlarını (boşluk, terk edilme korkusu) daha fazla aydınlatabilir. Nörolojik devreler dürtüsellikle ilişkilidir. İçsel ve dışsal uyaranlara karşı biyolojik duyarlılık, sosyal sistemleri, uyarılma ve duyumotor sistemlerini etkileyebilir. Belirli semptomları yeni bilimsel keşiflerle karşılaştırarak irdelemek mümkün olabilir.

Geleceğin DSM'si, bu alternatif değerlendirmelerin çoğunu benimseyecektir. Ruh hastalıklarıyla ilgili daha çok şey öğrendikçe, teşhiste daha emin olabileceğiz. Bu da kişiye özel tedaviyi daha etkili hale getirecektir.

Ek B

Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Gelişimi

Sınırda kişilik kavramı, esasen psikanalitik yazarların teorik formülasyonları aracılığıyla gelişmiştir. Mevcut DSM-5 kriterleri -bu bozukluğu tanımlamaya yönelik gözlemlenebilir, nesnel ve istatistiksel olarak güvenilir prensipler- psikanalitik teorisyenlerin son yüzyıldaki daha soyut ve kuramsal yazılarından türetilmiştir.

Freud

Yüzyılın başında, Sigmund Freud'un dönemi boyunca psikiyatri, nörolojiyle uyuşan bir tıp dalıydı. Psikiyatrik sendromlar, gözlemlenemeyen, zihinsel veya "bilinçsiz" mekanizmaların aksine, doğrudan gözlemlenebilir davranışlarla tanımlanıyordu ve ruh hastalıklarının çoğu nörofizyolojik sapmalara dayandırılıyordu.

Freud'un kendisi deneyimli bir nörofizyolog olmasına rağmen, zihni farklı kanallar aracılığıyla inceledi. Bilinçdışı kavramını geliştirdi ve insan davranışının fizyolojikten ziyade psikolojik olarak incelenmesine öncülük etti. Ancak bu fizyolojik

mekanizmaların kendi psikolojik teorileriyle çakışacak şekilde er ya da geç ortaya çıkacağına dair inancını da korudu.

Freud'un dönüm noktası niteliğindeki çalışmasından bir yüzyıl sonra, dönüp dolaşıp neredeyse aynı noktaya gelmiş bulunuyoruz. Günümüzde, tanısal sınıflandırmalar yine gözlemlenebilir olgularla tanımlanmakta ve SKB ile diğer ruhsal bozukluklara yönelik yeni araştırma sınırları, psikolojik ve çevresel faktörlerin etkisini kabul ederken, yine nörofizyolojik faktörleri keşfediyor.

Freud'un bilinçdışı zihin açıklaması psikanalizin temelini oluşturur. Kendisi, psikopatolojinin ilkel, bilinçdışı dürtüler ile bilinçli zihnin bu kabul edilemez düşüncelerin farkındalığa dahil olmasını önleme ihtiyacı arasındaki çatışmadan kaynaklandığına inanıyordu. Teorilerini keşfetmek için önce hipnoz, sonra da "serbest çağrışım" ve diğer klasik psikanaliz yöntemlerini kullandı.

Tuhaf bir biçimde, Freud, klasik psikanalizi ilk olarak bir tedavi şeklinden ziyade bir araştırma aracı olarak kullanma niyetindeydi. Renkli vaka öyküleri –"Sıçan Adam", "Kurt Adam", "Küçük Hans", "Anna O" gibi– gelişen teorilerini desteklemek kadar psikanalizi bir tedavi yöntemi olarak tanıtmak amacıyla da yayımlanmıştı. Şimdiki pek çok psikiyatrist, Freud'un histeri ve diğer nevroz türlerini sergilediğini düşündüğü bu hastaların, günümüzde açıkça borderline kişilikler olarak tanımlanacağına inanmaktadır.

Freud Sonrası Psikanaliz Yazarları

Freud'dan sonraki psikanalistler, modern SKB kavramına başlıca katkıda bulunanlardı.[261] 1925 yılında, Wilhelm Reich, *The Impulsive Character* [*Dürtüsel Karakter*] adlı kitabında, kliniğinde karşılaştığı bazı sıradışı kategorik bozukluklara psikanaliz uygulama girişimlerini anlattı. "Dürtüsel karakter"in genellikle aynı anda iki belirgin biçimde çelişkili duygudurumuna girdiğini, ancak bölme mekanizması –bu, borderline kişilikle

ilgili sonraki tüm teorilerin, özellikle de Kernberg'in teorisinin (aşağıda açıklanmaktadır) merkezi haline gelen bir kavramdır– yoluyla, görünürde bir rahatsızlık duymaksızın iki durumu da sürdürebildiğini tespit etti.

1920'lerin sonlarında ve 1930'ların başında, İngiliz psikanalist Melanie Klein'in takipçileri, psikanalizin ulaşamayacağı noktada gibi görünen ve bugün muhtemelen SKB hastası olarak görülebilecek pek çok hasta vakasını araştırdılar. Klein'cılar biyolojik-yapısal faktörlerin aksine, psikolojik dinamiklere odaklandılar.

Borderline terimi, ilk olarak 1938'de Adolph Stern tarafından nevroz ve psikozların başlıca tanısal sınıflandırmalarına uymayan bir grup hastayı tanımlamak için kullanıldı.[262] Stern, onların "sınırda" olduğunu düşünüyordu. Bu bireyler, açıkça nevrotik hastalardan daha hastaydılar –esasen, "klasik psikanaliz için çok fazla hastaydılar" – ama psikotik hastalar gibi sürekli olarak gerçek dünyayı yanlış yorumlamıyorlardı. Nevrozlu hastalar gibi çok çeşitli anksiyete semptomları sergileseler de, nevrotik hastalar genellikle daha sağlam, daha tutarlı bir kimlik duygusuna sahiptiler ve daha olgun başa çıkma mekanizmaları kullanıyorlardı.

1940'lar ve 1950'ler boyunca, diğer psikanalistler mevcut patolojik tanımlara uymayan bir hasta popülasyonunu fark etmeye başladılar. Bazı hastalar nevrotik ya da hafif derecede semptomatik görünüyordu, ancak özellikle psikanaliz olmak üzere, geleneksel psikoterapi gördüklerinde, "ortaya çıkıyorlardı." Aynı şekilde, hastaneye yatmaları, semptomları şiddetlendiriyor ve hastanın çocuksu davranışlarını ve terapist ile hastaneye karşı bağımlılığını artırıyordu.

Diğer hastalar şiddetli derecede psikotik görünüyorlardı, genellikle şizofreni teşhisi alıyorlardı ve şaşırtıcı şekilde çok kısa sürede ani ve beklenmedik bir iyileşme sağlıyorlardı. (Bu çarpıcı iyileşme, şizofreninin olağan seyriyle uyumlu değildi.) Diğer hastalar da depresyonu akla getiren semptomlar sergiliyorlardı, ancak ruh hallerindeki radikal dalgalanmalar manik-depresif ya da depresif bozuklukların olağan profiline uymuyordu.

Psikolojik testler de yeni ve benzersiz bir sınıflandırmanın varlığını doğruladı. Belli hastalar, yapılandırılmış psikolojik testlerde (IQ testi gibi) normal performans sergilediler, ancak anlatıma dayalı kişiselleştirilmiş yanıtlar verilmesini gerektiren yapılandırılmamış projektif testlerdeki (Rorschach mürekkep lekesi testi gibi) yanıtları, daha geri kalmış, daha çocuksu düzeyde bir düşünme ve hayal kurma sergileyen psikotik hastaların yanıtlarına daha çok benziyordu.

Bu savaş sonrası dönemde, psikanalistler kısa ve öz bir tanımlama geliştirmeye çalışarak sendromun farklı yönlerine odaklandılar. Pek çok açıdan bu durum, bir filin çevresinde durup onun çeşitli anatomik bölgelerini dokunarak onları belirlemeye çalışan görme engelli adamları anlatan eski bir hikâyeye benziyordu. Her adam, dokunduğu bölgeye bağlı olarak, farklı bir hayvanı tanımlıyordu. Benzer şekilde, araştırmacılar da SKB'nin farklı yönlerine dokunup tanımladılar, ancak organizmanın bütününü göremediler. Çoğu araştırmacı (Zilboorg, Hoch ve Polatin, Bychowski ve diğerleri)[263,264,265] ve DSM-II (1968),[266] hastalığı tanımlamak için "ambulatuar şizofreni", "şizofreni öncesi", "psödonevrotik şizofreni" ve "latent şizofreni" gibi terimleri kullanarak bozukluğun şizofreniye benzer yönleri etrafında bir araya geldiler. Diğerleri, bu hastaların tutarlı bir kimlik duygusundan yoksun olmalarına odaklandı. 1942 yılında, Helene Deutsch, içsel ve dışsal duygusal deneyimlerini o anda içinde bulundukları durumlara ve birlikte oldukları kişilere uydurmak için bukalemun benzeri bir değişimle içsel boşluk hissinin üstesinden gelen bir grup hastayı tanımladı. Başkalarının sevgisini kazanmanın veya korumanın bir yolu olarak, başkalarının niteliklerini benimseme eğilimini "mış gibi kişiliği"[267] olarak adlandırdı.

1953 yılında, Robert Knight, "borderline durumları"[268] ele alırken *borderline* terimi yeniden canlandırdı. Bazı hastaların belirgin şekilde farklı semptomlar sergilemesine ve farklı teşhislerle sınıflandırılmalarına rağmen, ortak bir patolojiye sahip olduklarını tespit etti.

Knight'in çalışması yayımlandıktan sonra, *borderline* terimi daha tanınır hale geldi ve Stern'in genel borderline kavramını bir teşhis olarak kullanma olasılığı daha kabul edilir oldu. 1968 yılında, Roy Grinker ve meslektaşları, borderline hasta için dört alt tür belirledi: (1) psikozun sınırında olan ciddi şekilde hasta grup; (2) çalkantılı kişilerarası ilişkiler, yoğun duygudurumları ve yalnızlık içeren "çekirdek borderline" kümesi; (3) diğerleri tarafından kolayca etkilenen ve tutarlı kimlikten yoksun "mış gibi" grubu; (4) özgüveni zayıf olan ve spektrumun nevrotik ucunda yer alan hafif derecede bozulmuş grup.[269]

Yine de, tüm bu kapsamlı öncü çalışmalara rağmen, SKB teşhisi klinisyenler arasında hâlâ belirsizliğini koruyordu. Bu tanı, pek çok uzman tarafından, iyi anlaşılmayan, terapiye direnen ya da iyileşmeyen hastaların koyulduğu bir yer olarak, bir "çöp sepeti tanısı" olarak kabul edildi ve bu durum, 1970'lere kadar böyle sürdü.

Borderline kişilik daha kesin olarak tanımlandıkça ve diğer sendromlardan ayırt edilebilir hale geldikçe, muğlak ve damgalayıcı ismi değiştirme girişimlerinde bulunuldu. Bir noktada, 1970'lerin sonunda DSM-III'ün geliştirilmesi sırasında, "dengesiz kişilik" terimi kısa bir süre düşünüldü. Ancak, borderline karakter patolojisinin istikrarsızlığı açısından daha dengeli olduğu düşünüldü ve bu isim, sendromu daha iyi tanımlamadığından kalıcı olmadı. 2020 yılında, İngiltere'deki Psikiyatristler için Kraliyet Okulu, *kişilik bozukluğu* ifadesinin bile aşağılayıcı olup olmadığını sorgulayan "Kişilik Bozukluğu Teşhisi Konulabilen Kişilere Yönelik Hizmetler" adlı bir makale yayımladı. Bununla birlikte, SKB'nin yerini alacak başka bir isim önerilmedi.

1960'lar ve 1970'lerde, iki büyük düşünce ekolü, borderline sendromunu tanımlamak için tutarlı bir dizi kriter belirlemek üzere değişim geçirdi. Doğa ve toplum bilimlerindeki bazı diğer disiplinler gibi, psikiyatri de ideolojik olarak iki temel kampa bölünmüştü – biri daha kavram odaklıydı, diğeriyse daha ziyade laboratuvar koşullarında daha kolay test edilebilecek ve incelenebilecek tanımlayıcı, gözlemlenebilir davranıştan etkilenmişti.

Harvard'dan John G. Gunderson'ın önderliğini yaptığı ve pek çok araştırmacının tercih ettiği ampirik ekol, raporlanabilir kriterlere dayanan ve bu nedenle araştırma ve inceleme için daha erişilebilir yapılandırılmış ve daha davranışçı bir tanımlama geliştirdi. Bu tanımlama yaygın şekilde kabul gören tanımlama oldu ve 1980 yılında DSM-III tarafından benimsenerek, DSM-IV ve DSM-5'te de bu haliyle sürdürüldü (2. Bölüm'e bakınız).

Cornell'den Otto Kernberg'in önderlik ettiği ve pek çok psikanalist tarafından tercih edilen daha kavram odaklı ekol, sendromu açık davranışlardan ziyade, içruhsal işleyiş ve savunma mekanizmalarına dayandırarak tanımlayan daha psikoyapısal bir yaklaşım önermektedir.

Kernberg'in Borderline Kişilik Örgütlenmesi (BKÖ)

1967 yılında, Otto Kernberg, mevcut DSM-5'in SKB kavramından daha kapsamlı bir kavram olan Borderline Kişilik Örgütlenmesi (BKÖ) kavramını öne sürdü. Kernberg'in kavramsallaştırması, BKÖ'yü nevrotik ve psikotik kişilik örgütlenmelerinin ortalarında bir yere yerleştiriyordu.[270,271] Kernberg tarafından tanımlandığı üzere, BKÖ'lü bir hasta, gerçeklik algısı şiddetli derecede çarpık ve normal fonksiyonları imkânsızlaşan psikotik bir hastadan daha az yetersizdir. Diğer yandan, BKÖ'lü birey, duygusal çatışmalar sonucunda anksiyete yaşayan nevrotik kişilik örgütlenmesine sahip bir kişiden de daha yetersizdir. Nevrotik hastanın kimlik algısı ve savunma mekanizmaları genellikle BKÖ'lü olanlardan daha uyumludur.

Borderline Kişilik Örgütlenmesi, SKB'yi ve paranoid, şizoid, antisosyal, histerik ve narsisistik kişilik bozukluğu gibi diğer kişilik bozukluklarını kapsamaktadır. Buna ilaveten, obsesif-kompulsif ve kronik anksiyete bozukluklarını, hipokondriyazisi, fobileri, cinsel sapkınlıkları ve dissosiyatif tepkileri (çoklu kişilik bozukluğu olarak da bilinen dissosiyatif kimlik bozukluğu gibi) de içine almaktadır. Kernberg'in sisteminde, SKB teşhisi konmuş hastalar, BKÖ olarak sınıflandırılan hastaların sadece

yüzde 10 ila 25'ini oluşturmaktadır. SKB teşhisi konmuş bir hastanın, genel BKÖ teşhisi içinde biraz daha düşük işlevsellik düzeyinde olduğu ve daha yüksek şiddet derecesine sahip olduğu düşünülmektedir.

Kernberg'in sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM'sinde resmen kabul edilmemiş olsa da, çalışmaları teorik bir model olarak hem klinisyenleri hem araştırmacıları önemli derecede etkilemiştir (ve etkilemeye devam etmektedir). Aktarım odaklı psikoterapi (AOP), Kernberg'in formülasyonlarına dayanmaktadır (8. Bölüm'e bakınız). Genel anlamda, Kernberg'in şeması aşağıda yer verilen içsel mekanizmaları vurgulamaktadır.

Değişken Gerçeklik Algısı

Tıpkı nevrotik semptomlar sergileyenler gibi, SKB hastaları da çoğu zaman gerçeklikle temas kurarlar, ancak borderline hasta stres altındayken kısa bir psikotik duruma gerileyebilir. Yirmi dokuz yaşında evli bir kadın olan Marjorie, artan depresyon ve evlilik uyumsuzluğu için terapiye başvurmuştu. Akıllı ve konuşkan bir kadın olarak, ilk sekiz seansı boyunca sakin bir şekilde iletişim kurdu. Kocasıyla ortak bir görüşmeyi hevesle kabul etti, ancak seans boyunca alışılmadık bir şekilde yüksek sesle konuşarak kavgacı bir tutum benimsedi. Kendini kontrol etmeksizin, sadakatsizlik iddiasıyla kocasını azarlamaya başladı. Terapistini, kocasından yana olmakla ("Siz erkekler hep birbirinizi tutarsınız!") ve her ikisini de kendisine karşı bir komplo kurmakla suçladı. Rahat, hafif derecede depresif bir kadından öfkeli bir paranoyağa doğru bu ani dönüşüm, borderline bireylerde gözlemlenen gerçekliğin hızla değişen sınırlarının oldukça karakteristik bir özelliğidir.

İşlevsellikte Belirgin Olmayan Zayıflıklar

SKB hastaları, hayal kırıklığına tahammül etmekte ve anksiyeteyle baş etmekte çok zorlanırlar. Kernberg'in sisteminde, dür-

tüsel davranış bu gerilimi dağıtma girişimidir. Bu biteyler aynı zamanda hatalı yüceltme yöntemlerinden faydalanırlar; yani, hayal kırıklıklarını ve rahatsızlıklarını sosyal olarak uyumlu yollarla aktaramazlar. Empati, şefkat ve suçluluk sergileseler de, bu ifadeler genellikle duyguların gerçek dışavurumu olmasından ziyade, görünürdeki amaçlara yönelik otomatik ve manipülatif hareketlerdir. Gerçekten de, SKB hastası, tıpkı öfke nöbetinden birdenbire çıkarak gülümseyen ve kahkaha atan bir çocuk gibi, sadece birkaç dakika önce gerçekleşen dramatik bir taşkınlığı tamamıyla unutmuş gibi davranabilir.,

İlkel Düşünme

SKB'li bireyler, yapılandırılmış bir işte ya da profesyonel bir ortamda iyi performans gösterebilirler, ancak kendinden şüphe etmeler, kuşkular ve korkular yüzeyin altında bekler. Bu içsel düşünce süreçleri, öğrenilmiş ve prova edilmiş basmakalıp sözlerle maskelenmiş şekilde, şaşırtıcı derecede basit ve ilkel olabilir. Bu kişileri koruyan koruyucu yapıyı delen herhangi bir durum, içlerinde gizlenmiş kaotik tutkuların taşmasına yol açabilir. Yukarıdaki Marjorie örneği, bu hususa ışık tutmaktadır.

Projektif psikolojik testler aynı zamanda BKÖ'deki ilkel düşünme süreçlerini de açığa çıkarmaktadır. Bu testler –Rorschach ve Tematik Algı Testi (TAT) gibi– hastanın bunları kullanarak bir hikâye oluşturduğu mürekkep lekeleri veya resimler gibi belirsiz uyaranlarla çağrışımlar oluşturmaktadır. Bunlara dair borderline yorumlar, şizofrenik ve diğer psikotik hastaların yorumlarına benzemektedir. Genellikle nevrotik semptomlar sergileyen bir grupta gözlemlenen tutarlı ve organize tepkilerin aksine, borderline hastaların tepkileri genellikle tuhaf ve ilkel imgeler içermektedir – örneğin, nevrotik hastanın bir kelebek gördüğü resimde, borderline birey birbirini yiyen vahşi hayvanlar görebilir.

İlkel Savunma Mekanizmaları

Bir savunma mekanizması olan bölme (2. Bölüm'e bakınız), SKB'linin belirsizlik ve karmaşanın yarattığı anksiyeteden kurtulmak için oluşturduğu aşırılıklar dünyası algısını –kişilerin ve nesnelerin ya iyi ya kötü, ya dost yanlısı ya düşmanca, ya sevgi ya da nefret dolu olduğu görüşü– muhafaza etmektedir.

Kernberg'in kavramsallaştırmasında, bölme genellikle büyülü düşünmeye yol açar: batıl inançlar, fobiler, takıntılar ve dürtüler, bilinçdışı korkulara karşı bir tılsım olarak kullanılır. Bölme aynı zamanda ikincil savunma mekanizmalarını da doğurur:

- ***İlkel idealleştirme*** – bir kişiyi ya da nesneyi ısrarla "tamamen iyi" kategorisine yerleştirme ve böylece bu kişinin hatalarını fark etmekten kaynaklanacak anksiyeteden kaçınma.
- ***Değersizleştirme*** – bir kişi veya nesne hakkında değişmez bir olumsuz görüş; idealleştirmenin tersi. Borderline birey bu mekanizmayı kullanarak kendi öfkesinden suçluluk duymaktan kaçınır – "tamamen kötü" olan kişi bunu kesinlikle hak etmiştir.
- ***Her şeye kadir olma*** – kişinin başarısız olmayacağına inanması ve hatta ölüme karşı hissettiği sınırsız güç. (Her şeye kadir olma hissi aynı zamanda narsisistik kişiliğin de yaygın bir özelliğidir.)
- ***Yansıtma*** – benliği için kabul edilemez özellikleri reddetme ve bunları başkalarına atfetme.
- ***Yansıtmalı özdeşleşim*** – yansıtanın, yansıtmanın nesnesi olan başka bir kişiyle devam eden manipülatif bir ilişkiyi sürdürdüğü, daha karmaşık bir yansıtma biçimi. Diğer kişi, ifadelerinin devam etmesini sağlamaya çalışan yansıtma yapan kişi için bu kabul edilemez özellikleri "kuşanır".

Örneğin, SKB teşhisi konmuş genç ve evli bir adam olan Mark, kendi sadist ve öfkeli dürtülerini kabul edilemez buluyor ve

bunları karısı Sally'e yansıtıyor. Sally, o zaman Mark tarafından (siyah beyaz bakış açısında) "tamamıyla öfkeli bir kadın" olarak algılanıyor. Sally'nin tüm eylemleri sadistik olarak yorumlanıyor. Mark, öfkeli tepkiler yaratmak için bilinçsizdışı şekilde onun damarına basıyor, böylece yansıtmalarını onaylatmış oluyor. ("Ben kızgın değilim. Kızgın olan sensin!") Bu şekilde, Mark hem korkuyor hem de Sally'ye yönelik algısını kontrol ediyor.

Benliğin Patolojik Kavramı

Kernberg'in oluşturduğu kimlik yayılması kavramı, SKB'li bireyin tutarlı bir temel kimlik duygusundan yoksun olmasıdır. Sınırda kimlik, âdeta bir jöle kıvamındadır – onu içeren herhangi bir yapının şeklini alabilir, ancak onu tutmaya çalıştığınızda ellerinizin arasından kayıp gider. Bu öz yoksunluğu, DSM-5'in SKB tanımındaki üçüncü kriterde özetlenen kimlik bozukluklarına yol açmaktadır (2. Bölüm'e bakınız).

Başkalarına Yönelik Patolojik Algı

Kimlik yayılması kavramı, tutarlı bir benlik kavramının yoksunluğunu tanımlarken, *nesne sürekliliği* kavramı ise başkalarına yönelik tutarlı bir algının yoksunluğuna işaret etmektedir. Kendi özgüveninin mevcut koşullara bağlı olması gibi, borderline birey başka birine karşı tutumunu da temelinde daha tutarlı ve birbiriyle bağlantılı bir dizi deneyimin bulunduğu daha istikrarlı ve kalıcı bir algı yerine, o kişiyle en son karşılaşmasına dayandırmaktadır.

Çoğu zaman, bir kişi veya nesne mevcut olmadığında bu kişi veya nesnenin anımsattıklarına tutunamaz. Tıpkı yatıştırıcı bir anne figürünü temsil eden bir geçiş nesnesine bağlanan bir çocuk gibi (*Peanuts* adlı çizgi filmde, Linus'un battaniyesine bağımlılığı gibi), diğer kişi kendisinin yanındaymış gibi hissetmek için resimler ya da giysiler gibi nesneleri kullanır. Örneğin, sınırda kişilik özelliklerine sahip bir kişi, evinden kısa bir

süreliğine bile ayrıldığında, alışkın olduğu ortamın yatıştırıcı anımsatıcıları olarak yanına birçok kişisel nesne alır. Oyuncak ayılar ve diğer pelüş oyuncaklar yatakta kendisine eşlik eder, aile fotoğrafları odaya özenle yerleştirilir. Eğer karısı evde yoksa ve yalnız kalmışsa, aşinalığın verdiği huzuru yakalamak için karısının fotoğrafına ve giysi dolabına uzun uzun bakar, karısının yastığını koklar.,

Pek çok borderline birey için "gözden uzak olan gönülden de uzak olur" sözü, yoğun bir şekilde gerçeği ifade etmektedir. Sevdiği kişiden ayrıldığında panik başlar çünkü ayrılığın kalıcı olduğunu zanneder. Hafıza, bir görüntüyü korumak için yeterince kullanılamadığından, ilgili nesnenin görüntüsünü, sesini ve ona hissettirdiklerini unutur. Terk edilme ve yalnızlığın panik duygusundan kaçmak için, çaresizce tutunmaya çalışır – teması sürdürmek için telefon etmek, mektup yazmak gibi her yolu kullanır.

Geçen yüzyılda, SKB'ye ilişkin kavramsallaştırmamızdaki ilerlemeler, bu hastalara yönelik anlayışımızın ve tedavi yöntemlerimizin gelişmesini sağlamıştır. Bu yüzyılda ilerlerken, hepimizin ortak noktası olan insanlık üzerindeki nörobiyolojik, genetik ve çevresel etkilere dair anlayışımızın daha da gelişmesini umuyoruz.

Teşekkür

Dr. Kreisman, desteği ve sabrıyla, kendi yaptığı her şeyi mümkün kılan eşi Judy'ye sonsuza dek minnettardır. Browne & Miller Literary Associates'teki temsilcimiz Danielle Egan-Miller'a ve Penguin Random House'tan Lauren Appleton'a bu projeye yönelik destekleri için teşekkür ediyoruz.

İlave Okumalar

Genel İnceleme Yazıları

"Borderline Personality Disorder." *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 8, no. 1, 1997. SKB'li kişilerin, uzmanların ve ailelerin yorumları.

Bokian, N. R., V. Porr ve N. E. Villagran. *New Hope for People with Borderline Personality Disorder*. Roseville, CA: Prima Publishing, 2002. Uzman olmayan kişilere daha iyi bir öngörü sağlayan bir kitap.

Friedel, R. O. *Borderline Personality Disorder Demystified: An Essential Guide for Understanding and Living with BPD*, gözden geçirilmiş baskı. Boston: De Capo Press, 2018. Ailelerin faydalanabileceği bir kitap.

Gunderson, J. G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008. Esasen pratisyen hekimlere hitap eden, geniş kapsamlı kaynakları içeren bir kaynak.

Gunderson, J. G. ve P. D. Hoffman. *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005. Klinisyenlerin ve ailelerin faydalanabileceği bir kaynak.

Kreisman, J. J. ve H. Straus. *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder*. Hoboken, NJ: Wiley, 2004. Ge-

nellikle hastanın bakış açısıyla, SKB semptomlarının detaylı değerlendirmesini, SKB ile baş edebilme önerilerini içeren, ailelere yönelik bir kaynak.

Kişi ve Aile Hikâyeleri

Aguirre, B. A. *Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Complete Guide to Understanding and Coping When Your Adolescent Has BPD*. Beverly, MA: Fair Winds Press, 2007. SKB'li ergenle baş edebilme.

Gunderson, J. G. ve P. D. Hoffman. *Beyond Borderline: True Stories of Recovery from Borderline Personality Disorder*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2016. SKB'li kişilerin hikayeleri.

Kreger, R. *The Essential Family Guide to Borderline Personality Disorder*. Center City, MN: Hazelden, 2008. *Diken Üstünde Olmayı Bırakın* kitabının devamı niteliğinde, aileler için öneriler.

Kreger, R. ve P. T. Mason. *Diken Üstünde Yürümeyi Bırakın.* İmge Kitabevi, 2016. Yol gösterici bir rehber.

Kreisman, J. J. *Talking to a Loved One with Borderline Personality Disorder: Communication Skills to Manage Intense Emotions, Set Boundaries & Reduce Conflict.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2018. Uygulanabilir iletişim yöntemleri.

Manning, S. Y. *Loving Someone with Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 2011. SKB'li sevdiğinizle anlaşabilmek.

Moskovitz, R. *Lost in the Mirror: An Inside Look at Borderline Personality Disorder,* 2. ed. Dallas: Taylor Publications, 2001. SKB'li bireyin ıstırabının detaylı tanımlaması.

Reiland, R. *Get Me Out of Here: My Recovery from Borderline Personality Disorder*. Center City, MN: Hazelden Publishing, 2004. Kişisel bir hikaye.

Roth, K. ve F. B. Friedman. *Surviving a Borderline Parent: How to Heal Your Childhood Wounds and Build Trust, Boundaries, and Self- Esteem*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2003. SKB'li çocukların ebeveynleri için.

Walker, A. *Siren's Dance: My Marriage to a Borderline: A Case Study*. Emmaus, PA: Rodale, 2003. Bir eşin deneyimi.

Notlar

1. Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğunun Dünyası

1. Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Rise B. Goldstein ve ark., "Prevalence Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions," *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008): 533–44.
2. Rachel L. Tomko, Timothy J. Trull, Phillip K. Wood ve ark., "Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning," *Journal of Personality Disorders* 28 (2014): 734–50.
3. Klaus Lieb, Mary C. Zanarini, Christian Schmahl ve ark., "Borderline Personality Disorder," *Lancet* 364 (2004): 453–61.
4. Mark Zimmerman, Louis Rothschild ve Iwona Chelminski, "The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients," *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 1911–18.
5. Donna S. Bender, Andrew E. Skodol, Maria E. Pagano ve ark., "Prospective Assessment of Treatment Use by Patients with Personality Disorders," *Psychiatric Services* 57 (2006): 254–57.
6. Marvin Swartz, Dan Blazer, Linda George ve ark., "Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community," *Journal of Personality Disorders* 4 (1990): 257–72.

7. James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman ve ark., "Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders," *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–606.
8. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen ve ark., "Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108–114.
9. Renée El-Gabalawy, Laurence Y. Katz ve Jitender Sareen, "Comorbidity and Associated Severity of Borderline Personality Disorder and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample," *Psychosomatic Medicine* 72 (2010): 641–47.
10. Lachlan A. McWilliams ve Kristen S. Higgins, "Associations Between Pain Conditions and Borderline Personality Disorder Symptoms: Findings from the National Comorbidity Survey Replication," *Clinical Journal of Pain* 29 (2013): 527–32.
11. Frances R. Frankenburg ve Mary C. Zanarini, "The Association Between Borderline Personality Disorder and Chronic Medical Illnesses, Poor Health-Related Lifestyle Choices, and Costly Forms of Health Care Utilization," *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (2004): 1660–65.
12. Frances R. Frankenburg ve Mary C. Zanarini, "Personality Disorders and Medical Comorbidity," *Current Opinion in Psychiatry* 19 (2006): 428–31.
13. Cheng-Che Shen, Li-Yu Hu ve Ya-Han Hu, "Comorbidity Study of Borderline Personality Disorder: Applying Association Rule Mining to the Taiwan National Health Insurance Research Database," *BMC Medical Informatics and Decision Making* 17 (2017): 8.
14. Taylor Barber, Whitney Ringwald, Aidan Wright ve ark., "Borderline Personality Disorder Traits Associate with Midlife Cardiometabolic Risk," *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 11 (2020): 151–56.
15. Mehmet Dokucu ve Robert Cloninger, "Personality Disorders and Physical Comorbidities: A Complex Relationship," *Current Opinion in Psychiatry* 32 (2019): 435–41.
16. Craig Johnson, David Tobin ve Amy Enright, "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population," *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9–15.
17. Joel Paris ve Hallie Zweig-Frank, "A 27-Year Follow-Up of Patients with Borderline Personality Disorder," *Comprehensive Psychiatry* 42 (2001): 482–84.
18. Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage ve ark., "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–29.
19. Thomas Widiger ve Paul T. Costa Jr., "Personality and Personality Disorders," *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1994): 78–91.
20. John M. Oldham, "Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder," *Focus* 3 (2005): 396–400.
21. Robert L. Spitzer, Michael B. First, Jonathan Shedler ve ark., "Clinical Utility of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis," *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 356–74.
22. Amerikan Psikiyatri Derneği, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed., Text Revision (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013): 663.
23. Lisa Laporte ve Herta Guttman, "Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and Other Personality Disorders," *Journal of Personality Disorders* 10 (1996): 247–59.
24. Mary C. Zanarini, Lynne Yong, Frances R. Frankenburg ve ark., "Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients," *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (2002): 381–87.
25. Elizabeth Lippard ve Charles Nemeroff, "The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders," *American Journal of Psychiatry* 177 (2020): 20–36.
26. Kyle Esteves, Christopher Jones, Mark Wade ve ark., "Adverse Childhood Experiences: Implications for Offspring Telomere

Length and Psychopathology," *American Journal of Psychiatry* 177 (2020): 47–57.

27. Ayline Maier, Caroline Gieling, Luca Heinen-Ludwig ve ark., "Association of Childhood Maltreatment with Interpersonal Distance and Social Touch Preferences in Adulthood," *American Journal of Psychiatry* 177 (2020): 37–46.
28. Carolyn Z. Conklin ve Drew Westen, "Borderline Personality Disorder in Clinical Practice," *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 867–75.
29. Thomas H. McGlashan, "The Chestnut Lodge Follow-Up Study III: Long-Term Outcome of Borderline Personalities," *Archives of General Psychiatry* 43 (1986): 20–30.
30. L. Hastrup, P. Jennum, R. Ibsen ve ark., "Societal Costs of Borderline Personality Disorders: A Matched-Controlled Nationwide Study of Patients and Spouses," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140 (2019): 458–67.
31. Louis Sass, "The Borderline Personality," *New York Times Magazine,* 22 Ağustos 1982, 102.
32. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen ve ark., "Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 163 (2006): 827–32.
33. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, D. Bradford Reich ve ark., "Time to Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-Year Prospective Follow-Up Study," *American Journal of Psychiatry* 168 (2010): 663–67.
34. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, D. Bradford Reich ve ark., "Attainment and Stability of Sustained Remission and Recovery Among Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study," *American Journal of Psychiatry* 169 (2012): 476–83.
35. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, D. Bradford Reich ve ark., "Fluidity of the Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-Up," *American Journal of Psychiatry* 173 (2016): 688–94.
36. J. Christopher Perry, Elisabeth Banon ve Floriana Ianni, "Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders," *American Journal of Psychiatry* 156 (1999): 1312–21.

2. Kaos ve Boşluk

37. Stefano Pallanti, "Personality Disorders: Myths and Neuroscience," *CNS Spectrums* 2 (1997): 53–63.
38. Jerold J. Kreisman ve Hal Straus, *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder* (Hoboken, NJ: Wiley, 2004): 13.
39. K. Schroeder, H. L. Fisher, I. Schafer ve ark., "Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder: Prevalence and Clinical Management," *Current Opinion Psychiatry* 26 (2013): 113–19.
40. Heather Schultz ve Victor Hong, "Psychosis in Borderline Personality Disorder: How Assessment and Treatment Differs from a Psychotic Disorder," *Current Psychiatry* 16 (2017): 25–29.
41. Jess G. Fiedorowicz ve Donald W. Black, "Borderline, Bipolar, or Both?" *Current Psychiatry* 9 (2010): 21–32.
42. Mark Zimmerman, Caroline Balling, Kristy Dalrymple ve ark., "Screening for Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients with Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 80 (2019): 18m12257.
43. Adam Bayes ve Gordon Parker, "Differentiating Borderline Personality Disorder (BPD) from Bipolar Disorder: Diagnostic Efficiency of DSM BPD Criteria," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 141 (2020): 142–48.
44. M. Zimmerman ve T. Morgan, "The Relationship Between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder," *Dialogues in Clinical Neuroscience* 15 (2013): 79–93.
45. Mark Zimmerman, "Borderpolar: Patients with Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder," Lecture at Psych Congress, 4 Ekim 2019.
46. Henrik Anckarsater, Ola Stahlberg, Tomas Larson ve ark., "The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development," *American Journal of Psychiatry* 163 (2006): 1239–44.
47. Ralf Kuja-Halkola, Kristina Lind Juto, Charlotte Skoglund ve

ark., "Do Borderline Personality Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Co-Aggregate in Families? A Population-Based Study of 2 Million Swedes," *Molecular Psychiatry* (2021): 341–49.

48. Carlin J. Miller, Janine D. Flory, Scott R. Miller ve ark., "Childhood Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and the Emergence of Personality Disorders in Adolescence: A Prospective Follow-Up Study," *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008): 1477–84.
49. Alexandra Philipsen, Mathias F. Limberger, Klaus Lieb ve ark., "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder as a Potentially Aggravating Factor in Borderline Personality Disorder," *British Journal of Psychiatry* 192 (2008): 118–23.
50. Andrea Fossati, Liliana Novella, Deborah Donati ve ark., "History of Childhood Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Symptoms and Borderline Personality Disorder: A Controlled Study," *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 369–77.
51. Pavel Golubchik, Jonathan Sever, Gil Zalsman ve ark., "Methylphenidate in the Treatment of Female Adolescents with Co-occurrence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder: A Preliminary Open-Label Trial," *International Clinical Psychopharmacology* 23 (2008): 228–31.
52. C. Schmahl, M. Meinzer, A. Zeuch ve ark., "Pain Sensitivity Is Reduced in Borderline Personality Disorder, but Not in Posttraumatic Stress Disorder and Bulimia Nervosa," *World Journal of Biological Psychiatry* 11 (2010): 364–71.
53. Randy A. Sansone ve Lori A. Sansone, "Chronic Pain Syndromes and Borderline Personality," *Innovations in Clinical Neuroscience* 9 (2012): 10–14.
54. Matthias Vogel, Lydia Frenzel, Christian Riediger ve ark., "The Pain Paradox of Borderline Personality and Total Knee Arthroplasty (TKA): Recruiting Borderline Personality Organization to Predict the One-Year Postoperative Outcome," *Journal of Pain Research* 13 (2020): 49–55.
55. Randy A. Sansone ve Lori A Sansone, "Borderline Personality and the Pain Paradox," *Psychiatry* 4 (2007): 40–46.

56. James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman ve ark., "Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders," *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–606.
57. Vedat Sar, Gamze Akyuz, Nesim Kugu ve ark., "Axis I Dissociative Disorder Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood Trauma," *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (2006): 1583–90.
58. Richard P. Horevitz ve Bennett G. Braun, "Are Multiple Personalities Borderline?" *Psychiatric Clinics of North America* 7 (1984): 69–87.
59. Julia A. Golier, Rachel Yehuda, Linda M. Bierer ve ark., "The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events," *American Journal of Psychiatry* 160 (2003): 2018–24.
60. Melanie S. Harned, Shireen L. Rizvi ve Marsha M. Linehan, "Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 167 (2010): 1210–17.
61. Jack Tsai, Ilan Harpaz-Rotem, Corey E. Pilver ve ark., "Latent Class Analysis of Personality Disorders in Adults with Posttraumatic Stress Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions," *Journal of Clinical Psychiatry* 75 (2014): 276–84.
62. Andrew E. Skodol, John G. Gunderson, Thomas H. McGlashan ve ark., "Functional Impairment in Patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 159 (2002): 276–83.
63. T. J. Trull, D. J. Sher, C. Minks- Brown ve ark., "Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: A Review and Integration," *Clinical Psychological Review* 20 (2000): 235–53.
64. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen ve ark., "Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108–14.
65. Randy A. Sansone ve Lori A. Sansone, "Substance Use Disorders

and Borderline Personality: Common Bedfellows," *Innovations in Clinical Neuroscience* 8 (2011): 10–13.

66. Drew Westen ve Jennifer Harnden-Fischer, "Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 547–62.
67. Alexia E. Miller, Sarah E. Racine, E. David Klonsky, "Symptoms of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa Have Differential Relationships to Borderline Personality Disorder Symptoms," *Eating Disorders* (15 Temmuz 2019): 1–14 doi: 10.1080/10640266.2019.1642034.
68. Randy A. Sansone ve Lori A. Sansone, "Personality Pathology and Its Influence on Eating Disorders," *Innovations in Clinical Neuroscience* 3 (2011): 14–18.
69. Regina C. Casper, Elke D. Eckert, Katherine A. Halmi ve ark., "Bulimia: Its Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia Nervosa," *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 1030–35.
70. Shirley Yen, Jessica Peters, Shivani Nishar ve ark., "Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts," *JAMA Psychiatry* 78 (2021): 187–94.
71. Sidra Goldman-Mellor, Mark Olfson, Cristina Lidon-Moyano ve ark., "Association of Suicide and Other Mortality with Emergency Department Presentation," *JAMA Network Open* 2 (2019); doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.17571.
72. Beth S. Brodsky, Kevin M. Malone, Steven P. Ellis ve ark., "Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior," *American Journal of Psychiatry* 154 (1997): 1715–19.
73. Paul H. Soloff, Kevin G. Lynch, Thomas M. Kelly ve ark., "Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study," *American Journal of Psychiatry* 157 (2000): 601–8.
74. Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage ve ark., "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–29.

75. Christina M. Temes, Frances R. Frankenburg, Garrett M. Fitzmaurice ve ark., "Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients with Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up," *Journal of Clinical Psychiatry* 80 (2019): 30–36.
76. D. E. Rodante, L. N. Grendas, S. Puppo ve ark., "Predictors of Short- and Long-Term Recurrence of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 140 (2019): 158–68.
77. Amerikan Psikiyatri Derneği, DSM-5 (2013): 663–66.
78. Christian G. Schmahl, Bernet M. Elzinga, Eric Vermetten ve ark., "Neural Correlates of Memories of Abandonment in Women with and Without Borderline Personality Disorder," *Biological Psychiatry* 54 (2003): 142–51.
79. Norman Rosten, *Marilyn: An Untold Story* (New York: New American Library, 1967), 112.
80. Natalie Dinsdale ve Bernard Crespi, "The Borderline Empathy Paradox: Evidence and Conceptual Models for Empathic Enhancements in Borderline Personality Disorder," *Journal of Personality Disorders* 27 (2013): 172–95.
81. Gregor Domes, Nicole Ower, Bernadette von Dawans ve ark., "Effects of Intranasal Oxytocin Administration on Empathy and Approach Motivation in Women with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial," *Translational Psychiatry* Açık Erişim 9 (2019); doi: 10.1038/s41398-019-0658-4.
82. Norman Mailer, *Marilyn: A Biography* (New York: Grosset & Dunlap, 1973), 86.
83. Mailer, *Marilyn*, 108.
84. Robert Wolf, Phillip Thomann, Fabio Sambataro ve ark., "Orbitofrontal Cortex and Impulsivity in Borderline Personality Disorder: An MRI Study of Baseline Brain Perfusion," *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262 (2012): 677–85.
85. Barbara Stanley, Marc J. Gameroff, Venezia Michalsen ve ark., "Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population?" *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 427–32.
86. John G. Gunderson and Lois W. Choi-Kain, "Working with Patients Who Self-Injure," *JAMA Psychiatry* 76 (2019): 976–77.

87. Randy A. Sansone, George A. Gaither ve Douglas A. Songer, "Self-Harm Behaviors Across the Life Cycle: A Pilot Study of Inpatients with Borderline Personality," *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 215–18.

88. P. Moran, C. Coffey, H. Romaniuk ve ark., "The Natural History of Self-Harm from Adolescence to Young Adulthood: A Population-Based Cohort Study," *Lancet* 379 (2012): 236–43.

89. Paul H. Soloff, Kevin G. Lynch ve Thomas M. Kelly, "Childhood Abuse as a Risk Factor for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder," *Journal of Personality Disorders* 16 (2002): 201–14.

90. Nikolaus Kleindienst, Martin Bohus, Petra Ludascher ve ark., "Motives for Nonsuicidal Self-Injury Among Women with Borderline Personality Disorder," *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 230–36.

91. Rosemarie Kleutsch, Christian Schmahl, Inga Niedtfeld ve ark., "Alterations in Default Mode Network Connectivity During Pain Processing in Borderline Personality Disorder," *Archives of General Psychiatry* 69 (2012): 993–1002.

92. Thomas H. McGlashan, Carlos M. Grilo, Charles A. Sanislow ve ark., "Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders," *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 883–89.

3. Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Kökenleri

93. Randy A. Sansone ve Lori A. Sansone, "The Families of Borderline Patients: The Psychological Environment Revisited," *Psychiatry* 6 (2009): 19–24.

94. A. Amed, N. Ramoz, P. Thomas ve ark., "Genetics of Borderline Personality Disorder: Systematic Review and Proposal of an Integrative Model," *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 40 (2014): 6–19.

95. Charlotte Skoglund, Annika Tiger, Christian Rück ve ark., "Familial Risk and Heritability of Diagnosed Borderline Personality Disorder: A Register Study of the Swedish Population,"

Molecular Psychiatry, çevrimiçi yayın 3 Haziran 2019: 1–10; doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0.

96. John G. Gunderson, Mary C. Zanarini, Lois W. Choi-Kain ve ark., "Family Study of Borderline Personality Disorder and Its Sectors of Psychopathology," *Archives of General Psychiatry* 68 (2011): 753–62.

97. Ted Reichborn-Kjennerud, Eivind Ystrom, Michael C. Neale ve ark., "Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder," *JAMA Psychiatry* 70 (2013): 1206–14.

98. M. A. Distel, J. J. Hottenga, T. J. Trull ve ark., "Chromosome 9: Linkage for Borderline Personality Disorder Features," *Psychiatric Genetics* 18 (2008): 302–7.

99. Joanne Ryan, Isabelle Chaudieu, Marie-Laure Ancelin ve ark., "Biological Underpinnings of Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder: Focusing on Genetics and Epigenetics," *Epigenomics* 8 (2016): 1553–69.

100. Jerold J. Kreisman ve Hal Straus, *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder* (Hoboken, NJ: Wiley, 2004), 13–15.

101. Katja Bertsch, Matthias Gamer, Brigitte Schmidt ve ark., "Oxytocin and Reduction of Social Threat Hypersensitivity in Women with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 170 (2013): 1169–77.

102. Sabine Herpertz ve Katja Bertsch, "A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin," *American Journal of Psychiatry* 172 (2015): 840–51.

103. Natalie Thomas, Caroline Gurvich ve Jayashri Kulkarni, "Borderline Personality Disorder, Trauma, and the Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis," *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 15 (2019): 2601–12.

104. Barbara Stanley ve Larry J. Liever, "The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model," *American Journal of Psychiatry* 167 (2010): 24–39.

105. Alan R. Prossin, Tiffany M. Love, Robert A. Koeppe ve ark., "Dysregulation of Regional Endogenous Opioid Function in

Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 167 (2010): 925–33.

106. Eric Lis, Brian Greenfield, Melissa Henry ve ark., "Neuroimaging and Genetics of Borderline Personality Disorder: A Review," *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 162–73.
107. Dan J. Stein, "Borderline Personality Disorder: Toward Integration," *CNS Spectrums* 14 (2009): 352–56.
108. Ning Yuan, Yu Chen, Yan Xia ve ark., "Inflammation-Related Biomarkers in Major Psychiatric Disorders: A Cross-Disorder Assessment of Reproducibility and Specificity in 43 Meta-Analyses," *Translational Psychiatry* 9 (2019): 1–13.
109. Paul A. Andrulonis, Bernard C. Glueck, Charles F. Stroebel ve ark., "Organic Brain Dysfunction and the Borderline Syndrome," *Psychiatric Clinics of North America* 4 (1980): 47–66.
110. Margaret Mahler, Fred Pine ve Anni Bergman, *The Psychological Birth of the Human Infant* (New York: Basic Books, 1975).
111. T. E. Lawrence'tan Charlotte Shaw'a bir mektup (18 Ağustos 1927), şuradan alıntı: John E. Mack, *A Prince of Our Disorder: The Life of T. E. Lawrence* (Boston: Little, Brown, 1976), 31.
112. Sally B. Smith, *Diana in Search of Herself* (New York: Random House, 1999), 38.
113. Jenna Kirtley, John Chiocchi, Jon Cole ve ark., "Stigma, Emotion Appraisal, and the Family Environment as Predictors of Carer Burden for Relatives of Individuals Who Meet the Diagnostic Criteria of Borderline Personality Disorder," *Journal of Personality Disorders* 33 (2019): 497–514.
114. Andrea Fossati ve Antonella Somma, "Improving Family Functioning to (Hopefully) *Improve* Treatment Efficacy of Borderline Personality Disorder: An Opportunity Not to Dismiss," *Psychopathology* 57 (2018): 149–59.
115. Norman Mailer, *Marilyn: A Biography* (New York: Grosset & Dunlap, 1973): 86.
116. *The Mail on Sunday* (1 Haziran 1986), şuradan alıntı: Sally B. Smith, *Diana in Search of Herself*, 10.
117. Andrew Morton, *Diana: Her True Story–In Her Own Words* (New York: Simon & Schuster, 1997), 33–34.
118. John G. Gunderson, John Kerr ve Diane Woods Englund, "The

Families of Borderlines: A Comparative Study," *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 27–33.

119. Hallie Frank ve Joel Paris, "Recollections of Family Experience in Borderline Patients," *Archives of General Psychiatry* 38 (1981): 1031–34.
120. Ronald B. Feldman ve Herta A. Gunman, "Families of Borderline Patients: Literal-Minded Parents, Borderline Parents, and Parental Protectiveness," *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 1392–96.

4. Sınırda (Borderline) Toplum

121. Christopher Lasch, *The Culture of Narcissism* (New York: Norton, 1979), 34.
122. Louis Sass, "The Borderline Personality," *New York Times Magazine* (22 Ağustos 1982), 13.
123. Peter L. Giovacchini, *Psychoanalysis of Character Disorders* (New York: Jason Aronson, 1975).
124. Christopher Lasch (1978): 5.
125. David S. Greenwald, *No Reason to Talk About It* (New York: Norton, 1987).
126. Paul A. Andrulonis, kişisel iletişim, 1987.
127. Patrick E. Jamieson ve Dan Romer, "Unrealistic Fatalism in U.S. Youth Ages 14 to 22: Prevalence and Characteristics," *Journal of Adolescent Health* 42 (2008): 154–60.
128. Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Sağlık Tahminleri, "Adolescent Heath Epidemiology," 2016.
129. Oren Miron, Kun Hsing Yu, Rachel Wilf-Miron ve ark., "Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2000–2017," *JAMA* 321 (2019): 2362–64.
130. Nikki Graf, "A Majority of U.S. Teens Fear a Shooting Could Happen at Their School, and Most Parents Share Their Concern," Pew Research Center, 18 Nisan 2018.
131. "Number, Time, and Duration of Marriages and Divorces," Washington, DC: ABD Nüfus Bürosu, 2005: 7–10; Philip N. Cohen, "The Coming Divorce Decline," *Socius* 5 (2019): 1–6; https://doi.org/10.1177/2378023119873497.

132. Philip N. Cohen, "The Coming Divorce Decline," *Socius* 5 (2019): 1–6; https://doi.org/10.1177/2378023119873497.

133. Christopher Lasch, *The Culture of Narcissism*, 30.

134. Pew Research Center, Fact Sheet, 14 Mayıs 2019, https://www.pewforum.org/fact-sheet/changing-attitudes-on-gay-marriage.

135. Robert P. Jones ve Daniel Cox, "How Race and Religion Shape Millennial Attitudes on Sexuality and Reproductive Health," 2015 Y Kuşağı, Cinsellik ve Üreme Araştırması bulguları, Kamu Araştırma Merkezi, 2015.

136. Jason Fields, "Children's Living Arrangements and Characteristics: March 2002," Mevcut Nüfus Raporları, P20-547, ABD Nüfus Bürosu, 2003.

137. ABD Nüfus Bürosu Raporu, "American Families and Living Arrangements," 17 Kasım 2016.

138. Stephanie Kramer, "U.S. Has Highest Rate of Children Living in Single-Parent Households," Pew Research Center, 12 Aralık 2019.

139. Jason Fields, ABD Nüfus Bürosu, 2003.

140. Edward F. Zigler, "A Solution to the Nation's Child Care Crisis," Ulusal Sağlık Politikaları Forumu'nda sunulan çalışma, Washington, DC (1987), 1.

141. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, Çocuklar ve Aileler Birimi, *Child Maltreatment 2003* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2003), Temel Bulguların Özeti, 4–34.

142. David Brooks, "The Nuclear Family Was a Mistake," *The Atlantic* (Mart 2020).

143. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, Çocuklar, Gençler ve Aileler Birimi, *Child Maltreatment 2007* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2009), 24.

144. Judith L. Herman, *Father-Daughter Incest* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981).

145. Çocuk İhmal ve İstismarı Bilgileri Ulusal Mesaj Merkezi, Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect, Washington, DC, 2005.

146. Susan Jacoby, "Emotional Child Abuse: The Invisible Plague," *Glamour* (Ekim 1984); Edna J. Hunter, şuradan alıntı: *USA Today* (Ağustos 1985): 11.

147. W. Hugh Missildine, *Your Inner Child of the Past* (New York: Simon & Schuster, 1963).

148. Judith Wallerstein ve J. B. Kelly, "The Effect of Parental Divorce: Experiences of the Preschool Child," *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14 (1975): 600–16.

149. A.g.e.

150. M. Hetherington, "Children and Divorce," in *Parent-Child Interaction: Theory, Research, and Prospect*, ed. R. Henderson, *Psychiatric Opinion* 11 (1982): 6–15.

151. David A. Brent, Joshua A. Perper, Grace Moritz ve ark., "Post-Traumatic Stress Disorders in Peers of Adolescent Suicide Victims: Predisposing Factors and Phenomenology," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (1995): 209–15.

152. Chaim F. Shatan, "Through the Membrane of Reality: Impacted Grief and Perceptual Dissonance in Vietnam Combat Veterans," *Psychiatric Opinion* 11 (1974): 6–15.

153. Chaim F. Shatan, "The Tattered Ego of Survivors," *Psychiatric Annals* 12 (1982): 1031–38.

154. "Concern Mounts Over Rising Troop Suicides," CNN.com, 3 Şubat 2008; www.cnn.com/2008/US/02/01/military.suicides (18 Ağustos 2009 tarihinde erişildi).

155. Chaim F. Shatan, "War Babies," *American Journal of Orthopsychiatry* 45 (1975): 289.

156. "Faith in Flux: Changes in Religious Affiliation in the U.S.," Din ve Kamusal Yaşam Pew Forumu, 27 Nisan 2009, http://pewforum.org/Faith-in-Flux.aspx (7 Temmuz 2010 tarihinde erişildi).

157. Amanda Lenhart ve Mary Madden, "Social Networking Websites and Teens," Pew İnternet ve Amerikan Yaşamı Projesi, 7 Ocak 2007, www.pewinternet.org/Reports/2007/Social-Networking-Websites-and-Teens.aspx (2 Eylül 2009 tarihinde erişildi).

158. Monica Anderson ve Jinjing Jiang, "Teens, Social Media, and Technology," Pew Research Center, https://www.pewresearch.org/internet/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018.

159. Robin Hamman, "Blogging4business: Social Networking and Brands," Cybersoc.com, 4 Nisan 2007, www.cybersoc.com/2007/04/blogging 4busine/ (14 Eylül 2009 tarihinede erişildi). Yazının ulaşma tarihi: 4 Nisan 2007, Microsoft bulgularının özeti.
160. Jean M. Twenge ve W. Keith Campbell, *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement* (New York: Free Press, 2009), 1–4.
161. Amanda Lenhart, "Teens and Mobile Phones over the Past Five Years," Pew Research Center, 2009.
162. "Mass Shooting Tracker," *Mass Shooting Tracker*. 14 Ocak 2018 tarihinde orijinalinden arşivlendi.
163. Michael S. Schmidt, "F.B.I. Confirms a Sharp Rise in Mass Shootings Since 2000," *New York Times*, 24 Eylül 2014; "Mass Shootings in America 2009–2020," Everytownresearch.org (25 Nisan 2020 tarihinde erişildi).
164. "Healthcare, Mass Shootings, 2020 Presidential Election Causing Americans Significant Stress," Amerikan Psikoloiji Derneği, Amerika'da Stres Anketi, 2019.
165. Madde İstismarı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Birimi (SAMHSA), *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the U.S.: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health* (Rockville, MD: Davranışsal Sağlık İstatistikleri ve Kalitesi Merkezi, 2019).
166. Larry Alton, "We're Underestimating the Role of Social Media in Mass Shootings, and It's Time to Change," thenextweb.com (6 Mayıs 2020 tarihinde erişildi).
167. Jonathan Wareham, "Should Social Media Platforms Be Regulated?" *Forbes*, 10 Şubat 2020.
168. Nili Solomonov ve Jacques P. Barber, "Conducting Psychotherapy in the Trump Era: Therapists' Perspectives on Political Self-Disclosure, the Therapeutic Alliance, and Politics in the Therapy Room," *Journal of Clinical Psychology* 75 (2019): 1508–18.
169. Sarah R. Lowe ve Sandro Galea, "The Mental Health Consequences of Mass Shootings," *Trauma, Violence, and Abuse* 18 (2017): 62–82.

170. Sarah R. Lowe ve Sandro Galea, 2017, 79–82.
171. MSNBC *All In with Chris Hayes*'deki ifadeler, 12 Mayıs 2020 ve MSNBC News, 14 Mart 2020.
172. Megan A. Moreno, "Cyberbullying," *JAMA Pediatrics* 168 (2014): 500.
173. Mitch van Geel, Paul Vedder ve Jenny Tanilon, "Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis," *JAMA Pediatrics* 168 (2014): 435–42.
174. "Identity Theft by Households, 2005–2010," ABD Adalet Bakanlığı, Adalet İstatistikleri Bürosu, 2011, NCJ 236245; "Victims of Identity Theft, 2016," Adalet İstatistikleri Bürosu, 2019, NCJ 251147.
175. GlobalWebIndex (2015), "The Demographics of Tinder Users" (27 Nisan 2020 tarihinde erişildi).
176. "Crimes Linked to Tinder and Grindr Increase Seven-Fold," *Daily Telegraph* (UK), 16 Mart 2016; Alyssa Murphy, "Dating Dangerously: Risks Lurking Within Mobile Dating Apps," *Catholic University Journal of Law and Technology* 26 (2018).
177. J. Strubel ve T. A. Petrie, "Love Me Tinder: Body Image and Psychosocial Functioning Among Men and Women," *Body Image* 21 (2017): 34–38.

6. Aile ve Arkadaşlar: Nasıl Başa Çıkmalı?

178. C. Porter, J. Palmier-Claus, A. Branitsky ve ark., "Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-analysis," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 141 (2020): 6–20.
179. Jasmin Wertz, Avshalom Caspi, Antony Ambler ve ark., "Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings from a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 59 (2020): 1165–77.e2.
180. Andrew M. Chanen, Martina Jovev ve Henry J. Jackson, "Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents with Borderline Personality Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 297–306.

181. David A. Brent, Joshua A. Perper, Charles E. Goldstein ve ark., "Risk Factors for Adolescent Suicide: A Comparison of Adolescent Suicide Victims with Suicidal Inpatients," *Archives of General Psychiatry* 45 (1988): 581–88.

182. Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage ve ark., "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–29.

183. Trees Juurlink, Margreet Ten Have, Femke Lamers ve ark., "Borderline Personality Symptoms and Work Performance: A Population-Based Survey," *BMC Psychiatry* 18 (2018): 202.

184. Jerold J. Kreisman ve Hal Straus, *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder* (Hoboken, NJ: Wiley, 2004).

185. Jerold J. Kreisman, *Talking to a Loved One with Borderline Personality Disorder: Communication Skills to Manage Intense Emotions, Set Boundaries & Reduce Conflict* (Oakland, CA: New Harbinger, 2018).

186. Barbara Stanley, Marc Gameroff, Venezia Michalsen ve ark., "Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population?" *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 427–32.

187. Randy Sansone, George Gaither ve Douglas Songer, "Self-Harm Behaviors Across the Life Cycle: A Pilot Study of Inpatients with Borderline Personality Disorder," *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 215–18.

188. Leo Sher, Sarah Rutter, Antonia New ve ark., "Gender Differences and Similarities in Aggression, Suicidal Behavior, and Psychiatric Comorbidity in Borderline Personality Disorder," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 139 (Ek) (2019): 145–53.

189. Galit Geulayov, Deborah Casey, Liz Bale ve ark., "Suicide Following Presentation to Hospital for Non-fatal Self-Harm in the Multicentre Study of Self-Harm: A Long-Term Follow-up Study," *The Lancet Psychiatry* 6 (2019): 1021–30.

190. Anna Szücs, Katalin Szanto, Aidan Wright ve ark., "Personality of Late- and Early-Onset Elderly Suicide Attempters," *International Journal of Geriatric Psychiatry* 35 (2020): 384–95.

191. Hannah Gordon, Selina Nath, Kylee Trevillion ve ark., "Self-Harm Ideation, and Mother-Infant Interactions: A Prospective Cohort Study," *Journal of Clinical Psychiatry* 80 (2019): 37–44.

192. J. J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape ve ark., "International Prevalence of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury and Deliberate Self-Harm," *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 6 (2012): makale no. 10; doi: 10.1186/1753-2000-6-10.

193. Bryan Denny, Jin Fan, Samuel Fels ve ark., "Sensitization of the Neural Salience Network to Repeated Emotional Stimuli Following Initial Habituation in Patients with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 175 (2018): 657–64.

7. Terapiye Başvurmak ve Başlamak

194. Amerikan Psikiyatri Derneği, "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001, Ekim Eki): 4.

195. Paul Links, Ravi Shah ve Rahel Eynan, "Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges," *Current Psychiatry Reports* 19 (2017): 16.

196. Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).

197. James F. Masterson, *Psychotherapy of the Borderline Adult* (New York: Brunner/Mazel, 1976).

198. Norman D. Macaskill, "Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 61–73.

199. Wendy Froberg ve Brent D. Slife, "Overcoming Obstacles to the Implementation of Yalom's Model of Inpatient Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 371–88.

200. Leonard Horwitz, "Indications for Group Therapy with Borderline and Narcissistic Patients," *Bulletin of the Menninger Clinic* 1 (1987): 248–60.

201. Judith K. Kreisman ve Jerold J. Kreisman, "Marital and Family Treatment of Borderline Personality Disorder," *Family Treatment of Personality Disorders: Advances in Clinical Practice* içinde, ed. Malcolm M. MacFarlane (New York: Haworth Clinical Practice Press, 2004): 117–48.

202. Bina Nir, "Transgenerational Transmission of Holocaust Tra-

uma and Its Expressions in Literature," *Genealogy* 2 (2018): 49; https://doi.org/10.3390/genealogy2040049.

203. Maria Ridolfi, Roberta Rossi, Giorgia Occhialini ve ark., "A Clinical Trial of a Psychoeducation Group Intervention for Patients with Borderline Personality Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 81 (2020): 41–46.
204. Thomas A. Widiger ve Allen J. Frances, "Epidemiology and Diagnosis, and Comorbidity of Borderline Personality Disorder," *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* içinde, ed. Allen Tasman, Robert E. Hales ve Allen J. Frances, vol. 8 (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1989): 8–24.

8. Özel Psikoterapi Yaklaşımları

205. Anna Bartak, Djora I. Soeteman, Roes Verheul ve ark., "Strengthening the Status of Psychotherapy for Personality Disorders: An Integrated Perspective on Effects and Costs," *Canadian Journal of Psychiatry* 52 (2007): 803–9.
206. John G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2. ed. (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008): 242–43.
207. Cameo F. Borntrager, Bruce F. Chorpita, Charmaine Higa-McMillan ve ark., "Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practices: Are the Concerns with the Evidence or with the Manuals?" *Psychiatric Services* 60 (2009): 677–81.
208. Aaron T. Beck, Arthur Freeman ve Denise D. Davis, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2. ed. (New York: Guilford, 2004).
209. Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (New York: Guilford, 1993).
210. Marsha M. Linehan, *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*, 2. ed. (New York: Guilford, 2014).
211. Nancee Blum, Bruce Pfohl, Don St. John ve ark., "STEPPS: A Cognitive-Behavioral Systems-Based Group Treatment for Outpatients with Borderline Personality Disorder – A Preliminary Report," *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 301–10.
212. Donald Black ve Nancee Blum, *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorder: Implementing STEPPS Around the Globe*, 1. ed. (New York: Oxford University Press, 2017).
213. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko ve Marjorie E. Weishaar, *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (New York: Guilford, 2003).
214. Otto F. Kernberg, Michael A. Selzer, Harold W. Koeningsberg ve ark., *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients* (New York: Basic Books, 1989).
215. Frank E. Yeomans, John F. Clarkin ve Otto F. Kernberg, *A Primer for Transference- Focused Psychotherapy for the Borderline Patient* (Lanham, MD: Jason Aronson, 2002).
216. Peter Fonagy, "Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient," *International Journal of Psychoanalysis* 72, 4. kısım (1991): 639–56.
217. Anthony Bateman ve Peter Fonagy, "Mentalization- Based Treatment," *Journal for Mental Health Professionals* 33 (2013): 595–613.
218. Anthony Bateman ve Peter Fonagy, *Mentalization- Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide* (Oxford, UK: Oxford University Press, 2006).
219. Anthony Bateman ve Peter Fonagy, "8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual," *American Journal of Psychiatry* 165 (2008): 631–38.
220. Maaike Smits, Dine Feenstra, Hester Eeren ve ark., "Day Hospital versus Intensive Out-Patient Mentalisation-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Multicentre Randomised Clinical Trial," *British Journal of Psychiatry* 216 (2020): 79–84.
221. John Gunderson, *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder* (Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2014).
222. Robert J. Gregory ve Anna L. Remen, "A Manual-Based Psychodynamic Therapy for Treatment-Resistant Borderline Personality Disorder," *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 45 (2008): 15–27.

223. Eric M. Plakun, "Making the Alliance and Taking the Transference in Work with Suicidal Borderline Patients," *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 269–76.

224. Allan Abbass, Albert Sheldon, John Gyra ve ark., "Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial," *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 211–16.

225. Antonio Menchaca, Orietta Perez, and Astrid Peralta, "Intermittent-Continuous Eclectic Therapy: A Group Approach for Borderline Personality Disorder," *Journal of Psychiatric Practice* 13 (2007): 281–84.

226. John F. Clarkin, Kenneth N. Levy, Mark F. Lenzenweger ve ark., "Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study," *American Journal of Psychiatry* 164 (2007): 922–28.

227. Josephine Giesen-Bloo, Richard van Dyck, Philip Spinhoven ve ark., "Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy," *Archives of General Psychiatry* 63 (2006): 649–58.

228. Antoinette D. I. van Asselt ve Carmen D. Dirksen, "Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Cost-Effectiveness of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy," *British Journal of Psychiatry* 192 (2008): 450–57.

229. Shelley McMain, Tim Guimond, David Steiner ve ark., "Dialectical Behavior Therapy Compared with General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up," *American Journal of Psychiatry* 169 (2012): 650–61.

230. Robert J. Gregory ve S. Sachdeva, "Naturalistic Outcomes of Evidence-Based Therapies for Borderline Personality Disorder at a Medical University Clinic," *American Journal of Psychotherapy* 70 (2016): 167–84.

9. İlaçlar: Bilim ve Vaat

231. Ted Reichborn-Kjennerud, "Genetics of Personality Disorders," *Psychiatric Clinics of North America* 31 (2008): 421–40.

232. Randy A. Sansone ve Lori A. Sansone, "The Families of Borderline Patients: The Psychological Environment Revisited," *Psychiatry* 6 (2009): 19–24.

233. Bernadette Grosjean and Guochuan E. Tsai, "NMDA Neurotransmission as a Critical Mediator of Borderline Personality Disorder," *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 103–15.

234. Antonia S. New, Marianne Goodman, Joseph Triebwasser ve ark., "Recent Advances in the Biological Study of Personality Disorders," *Psychiatric Clinics of North America* 31 (2008): 441–61.

235. Bonnie Jean Steinberg, Robert L. Trestman ve Larry J. Siever, "The Cholinergic and Noradrenergic Neurotransmitter Systems and Affective Instability in Borderline Personality Disorder," *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* içinde (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005): 41–62.

236. Katja Bertsch, Ilinca Schmidinger, Inga D. Neumann ve ark., "Reduced Plasma Oxytocin Levels in Female Patients with Borderline Personality Disorder," *Hormones and Behavior* 63 (2013): 424–29.

237. Mary C. Zanarini, Catherine R. Kimble ve Amy A. Williams, "Neurological Dysfunction in Borderline Patients and Axis II Control Subjects," in *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005): 159–75.

238. José Manuel De la Fuente, Julio Bobes, Coro Vizuete ve ark., "Neurologic Soft Signs in Borderline Personality Disorder," *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (2006): 541–46.

239. Eric Lis, Brian Greenfield, Melissa Henry ve ark., "Neuroimaging and Genetics of Borderline Personality Disorder: A Review," *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 162–73.

240. Niall McGowan, Guy Goodwin, Amy Bilderbeck ve ark., "Actigraphic Patterns, Impulsivity and Mood Instability in Bipolar Disorder, Borderline Personality Disorder and Healthy Controls," *Acta Psychiatrica Scandinavica* 141 (2020): 374–84.

241. Amerikan Psikiyatri Derneği, "Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 158 (2001, Ekim Eki).

242. Mary C. Zanarini ve Frances R. Frankenburg, "Omega-3 Fatty Acid Treatment of Women with Borderline Personality Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Pilot Study," *American Journal of Psychiatry* 160 (2003): 167–69.

243. Christopher Pittenger, John H. Krystal ve Vladimir Coric, "Initial Evidence of the Beneficial Effects of Glutamate-Modulating Agents in the Treatment of Self-Injurious Behavior Associated with Borderline Personality Disorder" (Editöre Mektup), *Journal of Clinical Psychiatry* 66 (2005): 1492–93.

244. Kyle Lapidus, Laili Soleimani ve James Murrough, "Novel Glutamatergic Drugs for the Treatment of Mood Disorders," *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9 (2013): 1101–12.

245. Ulrike Feske, Benoit Mulsant, Paul Pilkonis ve ark., "Clinical Outcome of ECT in Patients with Major Depression and Comorbid Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2073–80.

246. Kfir Feffer, Sarah K. Peters, Kamaldeep Bhui ve ark., "Successful Dorsomedial Prefrontal rTMS for Major Depression in Borderline Personality Disorder: Three Cases," *Brain Stimulation* 10 (2017): 716–17.

247. Amerikan Psikiyatri Derneği, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised*, 3. ed. (DSM-III-R) (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987): 16.

248. Michael H. Stone, *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice* (New York: Guilford, 1990).

249. Wiebke Bleidorn, Patrick Hill, Mitza Back ve ark., "The Policy Relevance of Personality Traits," *American Psychologist* 74 (2019): 1056–67.

250. Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen ve ark., "The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and Implications of the First Six Years of Prospective Follow-Up," *Journal of Personality Disorders* 19 (2005): 505–23.

251. Andrew E. Skodol, John G. Gunderson, M. Tracie Shea ve ark., "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Overview and Implications," *Journal of Personality Disorders* 19 (2005): 487–504.

252. John G. Gunderson, Robert L. Stout, Thomas H. McGlashan ve ark., "Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study," *Archives of General Psychiatry* 68 (2011): 827–37.

10. Anlayış ve İyileşme

253. Andrew Morton, *Diana: Her New Life* (Philadelphia: Trans-Atlantic Publications, 1995), 155.

Ek A: Sınırda Kişilik Bozukluğu Teşhisi İçin Alternatif Modeller

254. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed. (DSM-5) (Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013), 645.

255. Lee Anna Clark, Bruce Cuthbert, Roberto Lewis-Fernandez ve ark., "Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC)," *Psychological Science in the Public Interest* 18 (2017): 72–145.

256. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed. (DSM-5), 663–66.

257. *International Classification of Diseases*, 10. rev. (ICD-10) (Geneva: Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

258. *International Classification of Diseases*, Önerilen 11. rev. (ICD-11) (Geneva: Dünya Sağlık Örgütü), 2019.

259. Joel Yager ve Robert E. Feinstein, "Potential Applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) to Clinical Psychiatric Practice: How RDoC Might Be Used in Assessment, Diagnostic Processes, Case Formulation, Treatment Planning, and Clinical Notes," *Journal of Clinical Psychiatry* 78 (2017): 423–32.

260. K. Bertsch, Kısım Editörü, "The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Initiative and Its Implications for Research on Personality Disorder," *Current Psychiatry Reports* 21 (2019).

Ek B: Sınırda Kişilik Bozukluğu'nun Gelişimi

261. Michael H. Stone, "The Borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects, and Prognosis," *American Journal of Psychotherapy* 31 (1977): 345–65.
262. Adolph Stern, "Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses," *Psychoanalytic Quarterly* 7 (1938): 467–89.
263. Gregory Zilboorg, "Ambulatory Schizophrenia," *Psychiatry* 4 (1941): 149–55.
264. Paul Hoch ve Philip Polatin, "Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia," *Psychiatric Quarterly* 23 (1949): 248–76.
265. Gustav Bychowski, "The Problem of Latent Psychosis," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 4 (1953): 484–503.
266. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2. ed. (DSM-II) (Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Derneği, 1968).
267. Helene Deutsch, "Some Forms of Emotional Disturbance and the Relationship to Schizophrenia," *Psychoanalytic Quarterly* 11 (1942): 301–21.
268. Robert P. Knight, "Borderline States," *Bulletin of the Menninger Clinic* 17 (1953): 1–12.
269. Roy R. Grinker, Beatrice Werble ve Robert C. Drye, *The Borderline Syndrome* (New York: Basic Books, 1968).
270. Otto Kernberg, "Borderline Personality Organization," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15 (1967): 641–85.
271. Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).

Dizin

A

Aaron (kendi yolunu bulmaya çalışan tarikat üyesi), 62, 243, 246, 313
Abby (üst üste binen hastalıklar), 172, 173
ağrı
  beynin algısı, 68, 82
  ağrı paradoksu, 46
  kendini yaralama, 64, 67
aile
  SKB çocukluklarının karakteristik özellikleri, 176, 177
  gelişen aile yapıları, 115-117
  babanın yokluğu, 119-122,
  sosyal medyadaki "yapay aile", 124-126
  aile travması ve SKB arasındaki bağlantı, 92-93
  geniş aileyle ilişkiler, 102, 123
  tüm ailenin tedavisi, 91, 92, 228-231
aile terapisi, 210, 228, 229, 230
Akıl Defteri (film), 62
aktarım, 214, 215, 216, 218, 223, 224, 236, 248, 249
aktarım odaklı psikoterapi (AOP), 137, 248-255, 305
Albee, Edward, 135, 231
Alicia ve Adam (bir ilişkideki değişimlerin etkisi), 289, 290
alkolizm, 18, 21, 26, 84, 108, 172, 173, 229, 271
Allison ve Michael (öfkeyi yeniden odaklama), 200, 201
Amin ve Michelle (yıkıcı bir ilişkinin tarafları), 57
Anderson ailesi (kaotik, SKB'li ev hayatı), 74, 80
anksiyolitikler (anti aksiyete ajanları), 266
Ann ve Lian (bir ilişkide mazoşizm ve sadizm), 110
anneler. *bkz.* kadınlar
Annette (kendini kurban olarak gösterme), 150, 151, 152
anoreksiya nervoza, 38, 41, 50, 91
antidepresanlar
  monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI'lar), 264, 265
  seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI ya da SRI'lar), 264, 265
  serotonin-nöropinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar), 264
  trisiklik antidepresanlar (TCA'lar), 264, 265
antipsikodikler (nöroleptikler), 264, 265
antisosyal kişilik bozukluğu, 48, 295

Araştırma Etki Alanı Kriterleri, 23, 263, 297
aşırı hareketlilik, 123
Asrın Vebası: Narsisizm İlleti, 126
Audrey, (aşırı ruh hali değişimleri), 68
ayrılma kaygısı, 85, 90

B

babalar. *bkz.* erkekler
Barlow, Lisa (SKB üzerinde kültür ve aile etkisi), 96, 97, 98
Beck, Aaron, 243, 246
beyin
  beyin hasarı ya da hastalığı, 83, 262
  beyin metabolizması ve yapısındaki değişiklikler, 83, 262
  limbik sistem, 244
  nörotransmitterler, 82, 260, 261, 267
  acıyı algılama, 68, 83
  olumsuz uyarıcıya tepkiler, 197
bibliyoterapi, 231
bilinçdışı zihin, 300
bilişsel davranışçı yaklaşımlar, 243-248
bipolar bozukluk, 19, 38, 43, 44, 83, 271
bir kimlik kazanma için metot oyunculuğu, 59
bölünme
  bir savunma mekanizması olarak, 27, 28, 89, 90, 248, 249, 307
  hastane çalışanlarının bakış açıları, 234
  siyaset tartışırken, 127, 128
  Wilhelm Reich'in araştırması, 300, 301
bölünmüş tedavi, 270
Borderline Kişilik Örgütlenmesi (BKÖ)
  tanımı, 304
  ilkel düşünme, 306
  bir savunma mekanizması olarak bölünme, 307
  işlevsellikteki zayıflıklar, 305, 306
boşanma, 80, 101, 115, 119, 120, 155, 177, 181, 274
boşluk hissi, 24, 25, 35, 50, 52, 69, 101, 133, 173, 188, 199, 247, 264, 271, 293, 294, 296
bulimiya, 21, 49, 50, 172, 229

C-Ç

Campbell, W. Keith, 125
Carlos (kendine zarar verme davranışı), 65, 66
Carrie (SKB'li hasta), 37, 38, 39, 40, 41, 57, 70, 71
çatışmalar
  ergenlik, 90-92
  çocukluk, 89, 90
  travma, 92, 93
çevre
  SKB'nin gelişimi üzerindeki etkileri, 81
  nesne ilişkileri teorisi, 84-89
  ebeveyn-çocuk ilişkisi, 84
  silahları ve zararlı nesneleri ortadan kaldırma, 197
Christie ve Martin (kimlikle ilgili sorunlar), 163, 164, 165, 166
cinsiyet
  ve SKB, 30, 31
  rolleri, 99, 100,
  eşcinsel evlilikler, 111-114
  cinsel yönelim, 114, 115
  transseksüalizm, 114, 115
Clarke, Mary, 93
çocukluk çağı istismarı, 177-179
çocukluk gelişimi
  ebeveynlerin boşanma döneminde çocuğun fiziksel yakınlık ihtiyacı, 120
  gelişen aile yapılarının çocuklar üzerindeki etkisi, 115, 116
  çocuk yetiştirmede tutarsızlıklar, 176
  nesne ilişkileri teorisi, 84-89
  ebeveyn-çocuk ilişkisi, 84
  ayrılma-bireyleşme dönemi, 86-89,
  çocukluk deneyimlerini yetişkin olarak inceleme, 284-286
çocukluk gelişiminin yeniden yaklaşma dönemi, 86
coğrafi hareketlilik, 80, 101, 103, 123, 124
çoklu kişilik bozukluğu, 304
Covid-19 pandemisi, 86, 112, 129

D

Debbie (aile terapisi), 229
değişim
  toplumsal değişimin insanlar üzerindeki etkisi, 104, 105
  korkusu, 278-280
  sık ve köklü, 61
  yavaş yavaş ilerlemeyi öğrenme, 283, 284
  evlilik ve hamilelik esnasında düzenlemeler yapma, 112, 113
  dengeli bir ilişki kurma için düzenlemeler yapma, 289-291
  kişinin kişilik özelliklerini düzenleme, 282, 283
  uygulama, 293
  öz değerlendirme, 280-283
depresyon, 43
Destek ifadeleri (SET-UP iletişim sistemi), 156
Deutsch, Helene, 302
Diana, Galler Prensesi, 33, 89, 93, 188, 288
dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 18, 21, 43-45,83
Dinamik Yapısökümcü Psikoterapi, 253, 256
dissosiyatif bozukluklar, 47
dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB), 18, 304
diyalektik davranış terapisi (DDT) 34, 88, 242, 243, 244, 249, 293
dışavurumcu terapiler, 231
"doğa mı, yetiştirme mi" tartışması, 260
Dünya Sağlık Örgütü, 23, 296
dürtüsel davranışlar, 215
dürtüsellik
  ile baş etme, 192-195

bir SKB kriteri olarak, 62, 63
durum bozuklukları, 41
duygudurum bozuklukları, 261
duygudurum dengeleyiciler, 264
duygular
duygusal hemofili, 24-27
duygusal aşırı tepkisellik, 244
bir SKB hastasıyla uğraşırken, 187
duygusal öngörülebilirlik ve problem çözme için sistem eğitimi (STEPPS), 227, 229, 245, 246, 254

E

ebeveynlik
yaygın SKB rolleri ve aile meseleleri, 31, 176, 177
tutarlı annelik, 177
gelişen aile yapılarının çocuklar üzerindeki etkileri, 115, 116
aşırı davranışlar, 31
babanın yokluğu, 119-122, 176
aşırı hoşgörülü çocuk yetiştirme uygulamaları, 122, 123
yeniden ebeveynlik, 247, 248
çocukluk gelişiminin ayrılma-bireyleşme dönemi, 86-89,
cinsiyet rollerinin değişimi, 111-114
üvey ebeveynlik, 181
Elaine (grup terapisi), 226, 227, 230, 231
Elizabeth (SKB'de iyileşme süreci) 272-278, 280, 284-287, 290, 291
empati, 56, 70, 87, 88, 138, 147, 249, 253, 288
Empati ifadeleri (SET-UP iletişim sistemi) 153
ergenlik, 90-92, 130, 131, 179-181
yetişkinlik, 182, 183
erkekler
babanın yokluğu, 119-122, 176
çalışan baba, 112
erken ölüm, 52
etik meseleler. *bkz.* karşıt aktarım

F

fiziksel aktivite, 196
Fonagy, Peter, 249, 250
Freud, Sigmund, 33, 99, 102, 299, 300

G

geçiş nesneleri, 88, 89, 188
gelişimin ayrılma-bireyleşme dönemi, 84-89
gençler, 62, 120, 126, 131, 181
genç yetişkinlik, 181
genetik, 80-84, 94, 95, 260, 261
Gerçeklik ifadeleri (SET-UP iletişim sistemleri) 139, 145, 148, 156, 165
Giovachinni, Peter L. 107
Gloria ve Alex, 142-146
glutamat, 82, 267
Greene, Graham, 285
Gregory, Robert, 253
Grindr, 132, 133
Grinker, Roy, 303
grup bağlılıkları, 104
grup terapileri, 224-227
Gunderson, John G., 241, 251, 304, 311, 312
güven, 287, 288

H

hamilelik
esnasında düzenlemeler yapma, 112, 113
esnasında kendine zarar verme fantezileri, 196
hastane yatışı
acil, 234, 235
SKB hastalarının, 233, 234
tedavi standartları, 236, 237
uzun dönemli, 235-237
kısmi, 237, 238
Hewitt, James, 89
Hillel, 282
hipnoz, 211, 300
histriyonik kişilik bozukluğu, 42, 295
Hitler, Adolf, 33
hormonlar
kortizol, 82
nörotransmitterler, 82, 262
oksitosin, 82, 262

I-İ

ICD-11 kişilik bozuklukları modeli, 296, 297
ihmal, 26, 47, 92, 93, 118, 119, 178, 247
ilaç tedavisi
antidepresanlar, 264, 265
anksiyolitikler, 266, 267
ilaçların kişiselleştirilmesi, 263
muadil ilaçlar, 269
homeopatik ve bitkisel tedaviler, 267
ketamin, 267
duygudurum dengeleyiciler, 264
nöroleptikler (antipsikotikler), 264
endikasyon dışı kullanım, 268, 269
opioid antagonistleri, 267
kişilik bozuklukları için olanlar, 41, 259, 260
semptom kümesine göre, 268
iletişim
SKB hastalarıyla başa çıkarken kaçınılması gereken ifadeler, 202, 203
terapi seansları arasında, 209
SET-UP ilkelerini kullanma, 169
inflamatuar, 26, 83
intihar
ve SKB hastaları, 21, 25, 52, 195, 196
toplu intiharlar, 61, 62
riskleri, 21, 108, 195
intihar tehditleri, 64, 65, 175, 195
ve gençler, 180, 181
intihara meyilli olmayan kendini yaralama davranışı, 196

işyeri
SKB'li meslektaşlar ya da yöneticilerle başa çıkma, 184-186
işçi destek programları, 184, 185
SKB'li bir çalışanı işe alma, 184, 186
işyerinde SKB'yi yönetme, 29, 30
istismar
ve suçluluk, 178
çocukluk çağında, 26, 93, 117-119, 178-179
ayrılma ve boşanma esnasında, 119-120
çocukların kromozomları üzerindeki etkisi, 26
duygusal, 118-119, 178-179
ihmal, 118-119
fiziksel, 118, 178
cinsel, 118, 178
İttifak Temelli Terapi, 254
iyi psikiyatrik yönetim (İPY), 251

J

Jack (başka insanlara bağımlı olan SKB hastası), 175
Jennifer (SKB hastası), 13, 14, 15, 16, 17, 24, 28, 65, 236
Joyce (kendine zarar verecek şekilde alkol kullanımı), 63
Judy (farklı terapilerin karşılaştırılması), 252, 253, 310
Julie (SKB tedavisindeki zorluklar), 75, 204, 205, 206, 207, 208, 209
Justin (aşırı ruh hali değişimleri), 68

K

kabile siyaseti, 127,128
kadınlar
SKB'li kadınlar, 30, 31
tutarlı annelik, 177
geleneksel rollerin gelişimi, 111-114
SKB'li hastaların anneleri, 176, 177
çalışan anne, 111, 112
karakter, 42, 54, 69, 80, 83, 90, 158, 195, 211, 273, 280, 300, 303
karşıt aktarım, 214, 216, 218, 248
Kedi Beşiği (Vonnegut), 124
kendi başına kalma, 53
kendine zarar verme
alternatif eylemler, 196
sebepleri, 65, 66, 81, 82
kendini cezalandırma olarak, 51, 64-66
ciddiye alma, 181
Kennberg, Otto, 248, 304
ketamin, 267
Kevin ve Bay ve Bayan Hopkins (hasta takibi), 159, 160, 161, 162
Kim Korkar Virgina Woolf'tan (Albee), 231
kişilik
kişinin kişiliğinde değişim yapma, 282, 283
kesişen özellikler dizisi olarak, 281-283, 294-296
kişilik bozuklukları
antisosyal kişilik bozukluğu, 48, 49
ve Sınırda Kişilik Bozukluğu (SKB), 48, 49
tanılama, 21, 22
Duygusal Yönden Dengesiz Kişilik Bozukluğu, 296
histriyonik kişilik bozukluğu, 42, 295
narsisistik kişilik bozukluğu, 48
semptomları, 41
özellikleri, 40, 41
tedavisi, 41
kişilik bozuklukları için alternatif DSM-5 modeli, 294-296
kitlesel okul saldırıları, 108, 128
kimlik
oyuncuların kimlik arayışı, 92, 93
SKB'si olan bir kişinin bukalemun yönü, 162, 191
ayrı bir kimlik hissi kazanma, 286-288
cinsiyet kimliği, 114, 115
kimlik yayılması, 248, 249, 308
otantik olmama ("numara yapıyor olma"), 60
istikrarsızlığı, 58, 59, 190-192
net bir kimlik hissi olmaması, 25, 26
köklü yaşam değişiklikleri yapma, 61
tarikatlar aracılığıyla kabul ve yapı arayışı, 61
ve özsaygı, 59
kimlik hırsızlığı, 130-132
Klein, Melanie, 301
Knight, Robert, 302, 303
korku
terk edilme korkusu, 53, 54, 188, 189, 308, 309
felaket bir olay korkusu, 107, 108
değişim korkusu, 278-280
kortizol, 261

L

Larry ve Phyllis (kendine zarar verme davranışlarıyla başa çıkma), 193, 194, 195
Lasch, Christopher, 100, 107, 109, 125
Lawrence, T. E., 33, 88
Lennon, John, 117
LGBTQ+ konuları
onarım terapisi, 211
Grindr, 132, 133
eşcinsel evlilik, 114
cinsel yönelim, 114
transeksüalizm, 114
Lindsay ve Neslon (sağlıksız bir ilişkiyle baş etme), 189, 190
Linehan, Marsha 34, 243
Lisa (istikrarsız aile yaşamı), 96,-99, 103, 108, 110, 118, 124
bkz. Barlow, Lisa
Lois (yaşlı bir SKB hastasıyla ilgilenme),183, 184
Lorenzo (geçici sanrılar), 72, 73

M

madde kötüye kullanımı, 49, 69, 180
Mahler, Margaret, 85, 86
Mailer, Norman, 59, 92
maliyetler
  şema terapi ve aktarım odaklı psikoterapinin maliyet etkililiği, 255
  hastane tedavisinin, 234
  psikoterapilerin geri ödemesi, 257
  SKB'nin toplumsal maliyetleri, 32
manipülasyon
  ifadeleri, 55
  kendine zarar verme olarak, 66
Marilyn (Mailer), 33, 34, 54, 59, 62, 92, 93
Marilyn: An Untold Story (Rosten), 54
Marjorie (gerçeklikten hızlıca kopma), 305, 306
Mark ve Sally (yansıtmalı özdeşleşim), 307, 308
Marnie ve Robin (stres yaratan sanrılar), 166-168
mazoşizm, 110, 207
Melanie (borderline etkileşimleri olan ailedeki ergen), 91, 301
Meredith ve Ben (hızlı ruh hali değişimleriyle baş etme), 197, 198
"mış gibi" kişiliği, 302, 303
Michelle ve Amin (yıkıcı bir ilişkinin tarafları), 57
Missildine, Hugh, 118
mizaç, 40, 80
mizah, 203
Monroe, Marilyn, 33, 34, 54, 59, 62, 92
muadil ilaçlar, 269
Murthy, Vivek, 129
mükemmeliyetçilik, 146
müzik terapisi, 151, 152

N

narsisistik kişilik bozukluğu, 48, 304
Narsisizm Kültürü (Lasch), 100, 125
Neil (kötü duyguları kabul etme), 146, 147, 148, 149
nesne sürekliliği, 56, 85, 88, 89, 155, 210, 214, 219, 308
nesne ilişkileri teorisi, 84-89
Nicole (dışavurumcu terapi programı), 231, 232
Nora(bir paradoks yaklaşımını kullanma), 192
nöroendokrinoloji, 261
nöroleptikler (antipsikotikler), 264
nörotransmitterler, 82, 261

O-Ö

öfke
  öfkeye odaklanma, 194
  şiddetli öfke, 70-71, 200
  ruh sağlığı uzmanlarına karşı, 70-71
  tahmin edilemeyen öfke patlamaları, 172, 173, 199, 200
  işyerinde, 29, 30oksitosin, 82, 262
Okul Saldırıları, 108, 128
Öldüren Cazibe (film), 158
omega-3 yağ asidi ilaçları, 267
Opioid Antagonistleri, 267
otizm spektrum bozukluğu (OSB), 51
öz değerlendirme, 280-283
özsaygı, 59

P

paranoid sanrılar, 43
Pat ve Jake (nesne sürekliliği), 155, 156, 157, 158
psikanaliz, 71, 300, 301
psikodinamik tedaviler
  geçmişe ve şimdiye odaklanan, 248
  iyi psikiyatrik yönetim (İYP), 251, 252
  zihinselleştirme temelli terapi, 249-251
  aktarım odaklı psikoterapi, 248
psikodrama, 231
psikoeğitim grubu programları, 251
psikoterapi
  farklı stratejilerin ortak yanları, 241, 242
  keşfedici terapi, 223
  kişilik bozuklukları için, 41
  SKB'nin birincil tedavisi olarak, 209, 210, 240-243
  süreci, 213, 214
  geri ödeme oranları, 257
  standardizasyonu, 241
  destekleyici terapi, 223, 224
psikoz
  şizofrenide, 43
  stresli durumlarda geçici psikoz, 71, 72, 201

R

Raniere, Keith , 61
Ray (SKB'si olan diğer kişilere karşı öfke), 170, 171
Reich, Wilhelm, 300
Rich (boşluk hissi), 153, 154
Rosten, Norman, 54
ruh hali değişimleri
  ani ve aşırı, 68, 197-199
  olumsuz uyarıcıya beyin tepkileri, 197
  duygusal hemofili, 24-27
ruh sağlığı
  ruh sağlığı bozuklukları tanılarındaki artış, 126, 127
  bir yolculuk olarak, 288, 289
  kitlesel okul saldırılarının uzun dönemli etkileri, 128-130
Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)
  DSM-I, 21
  DSM-II, 21
  DSM-III, 19, 21, 270
  DSM-5, 19, 23, 40, 53, 196, 212, 266, 292-296, 299, 304, 308,
  kişilik bozuklukları için alternatif DSM-5 modeli, 294-296

kategorik paradigmalar, 19, 20, 295, 296
SKB için tanısal kriterler, 53-73, 187-202, 212, 292, 293
tanılamaya boyutsal yaklaşım, 22, 23, 293
ICD-11 kişilik bozuklukları modeli, 296, 297
Araştırma Etki Alanı Kriterleri (RDoC), 297, 298

S-Ş

Sam (bir romantik partner bulma zorlukları), 57
Sanchez, Jill, 72
Sass, Louis, 102
SET-UP iletişim sistemi
hakkında, 135-137, 169,
etkili psikoterapinin temeli olarak, 241
vaka çalışmaları, 142-169
hedefleri, 136, 137
bir SKB ilişkisini sürdürmek için, 187
Destek, Empati ve Gerçeklik boyutları, 137-141
Anlayış ve İstikrar boyutları, 141, 142
SET-UP iletişim stratejilerinin kullanıldığı vakalar
Annette (kendini kurban olarak gösterme), 150- 152
Christie ve Martin (kimlikle ilgili sorunlar), 163-166
Gloria ve Alex (çelişkili iddialar), 142-146
Kevin ve Bay ve Bayan Hopkins (hasta takibi), 159-162
Marnie ve Robin (stres yaratan sanrılar), 166-168
Neil (kötü duyguları kabul etme), 146-149
Pat ve Jake (nesne sürekliliği), 155-158
Rich (boşluk hissi), 153, 154
Sınırda Kişilik Bozukluğu (SKB)
farklı yaş gruplarında, 31, 179-184
ve ilişkili kişilik bozuklukları, 48, 49
ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 45
ve otizm spektrum bozukluğu (OSB), 51
tanısı için kategorik kriterler, 24, 292, 293
ünlülerde ve kurgusal karakterlerde SKB, 32, 33, 158
bukalemun yönü, 163, 302
duygudurum bozukluklarıyla karşılaştırılması, 43, 44
şizofreni ve psikozla karşılaştırılması, 43
ve dürtüsel davranışlar, 50, 51
diğer tıbbi hastalıklarla bağlantısı, 19, 21
karşıt aktarım, 215, 216
tanı kriterleri, 53-73, 187-202, 212, 292, 293
tanı ve tanımı konusundaki zorluklar, 18, 19, 101, 102, 172, 173, 301-304
tanılamaya boyutsal yaklaşımlar, 22, 23, 293
ve dissosiyatif bozukluklar, 47
ve yeme bozuklukları, 49, 50
gelişiminde çevresel etkiler, 81, 84, 94, 95
gelişimi, 299-309
genetik bileşeni, 80-84, 95, 260, 261,
coğrafi ve kültürel etmenler, 32
SKB'si olan birine yardım etme, 174, 175,
ve hastane yatışı, 233-238
tanısının artması, 101, 102
semptomların etkileşimi, 73, 172, 173
ve ağrı toleransı, 45, 46
patolojisi, 35, 36
ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 47
ve erken ölüm, 52
iyileşme, 182, 270, 271
diğer bozukluklarla ilişkisi, 41-43, 172, 301-304
araştırma ve tedavi ilerlemeleri, 34, 35, 240-243, 254-258, 297, 298
ve sosyoekonomik faktörler, 31
ve somatizasyon bozukluğu, 46
SKB ile başa çıkarken kaçınılması gereken ifadeler, 202, 203
SKB istatistikleri, 17, 18, 20, 21, 35
ve madde kötüye kullanımı, 49, 180
alt türleri, 302, 303
ve intihar, 21, 25, 52
aktarım, 214, 215
tedavisi, 91, 92, 173, 212, 213, 238, 239, 240-243, 263
siber zorbalık, 126, 130
siyaset, 128
somatizasyon bozukluğu, 18
Sometimes I Act Crazy (Kreisman ve Straus), 81, 311
sosyal faktörler
değişen aile yapıları ve etkileşimleri, 99, 100
kültürel değişimler, 100, 101
kutuplaşma, 105, 106
sosyal değişimler, 100, 103
sosyal yeniden yakınlaşma, 102, 103
sosyal medya
siber zorbalık, 126, 130
"yapay aile", 124
ve fiziksel etkileşimler, 101
kitlesel okul saldırıları ve nefret suçlarının uyarı işaretleri, 127, 128
sosyoekonomik faktörler, 31
Stephanie (duygusal istismar), 178, 179
STEPPS, 227, 229, 245, 246, 254
Stern, Adolph, 301, 303
stres
SKB ve diğer anksiyete bozukluklarına etkisi, 261, 262

stres verici durumlarda geçici psikoz, 71, 72, 201
Şema Terapi, 246-248, 253, 255
şizofreni, 18, 19, 38, 41, 43, 72, 83, 172, 232, 271, 301, 302

T

tarikatlar, 61, 62
tedavi
kaçınma yaklaşımları, 210
SKB ve ilave bir ruh sağlığı hastalığının tedavisi, 172
ilaçların kişiselleştirilmesi, 263
tüm ailenin, 91, 92
çeşitli seçenekleri değerlendirme, 254-257
farmasötiklerin endikasyon dışı kullanımı, 268, 269
fiziksel (farmasötik olmayan) tedaviler, 269, 270
öneriler, 210
getirileri, 238, 239
bölünmüş terapi, 270
semptom kümesine göre,
terapi
sanat terapisi, 231, 232
bibliyoterapi, 231
bilişsel davranışçı yaklaşımlarla psikodinamik tedavilerin karşılaştırılması, 252, 253
onarım terapisi, 211
süresi, 212, 213
seanslar arasında gereğinden fazla iletişim, 209
dışavurumcu terapiler, 231, 232
aile terapisi, 228-231
ikinci bir görüş alma, 220, 221
hedefleri, 210, 211, 219
grup terapisi, 224-227
değerlendirme aşaması ve tedavi planı, 219, 220
müzik terapisi, 231
psikodrama, 231
terapistler
yazarın deneyimleri, 204-209
terapist seçme, 218-220
karşıt aktarım, 215, 216, 218
SKB hastalarının tedavisindeki zorluklar, 209
doğru terapisti bulmak, 222, 242
hastayla arasındaki ilişkiler, 210, 211, 217, 241, 242
terk edilme
korkusu, 53, 54, 188, 189, 308, 309
ayrılma-bireyleşme döneminin yeniden yaklaşma aşaması, 86-88, 90, 102-104
Terry (dürtüsellik eğiliminin tahmin edimesi), 194
test, psikolojik, 13, 41, 70, 155, 159, 179, 266, 287, 303
The Centaur (Updike), 54
The Impulsive Character (Reich), 300
"The 'Me' Decade and the Third Great Awakening" (makale), 125
The Power and the Glory (Greene), 285

Tillich, Paul, 53
Tinder, 132, 133
Tolstoy, Leo, 60, 69, 74, 240
Tough Love grupları 145
travma
çocukluk çağı istismarı travması, 177179
SKB ile bağlantısı, 92, 93
travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), 18, 38, 122
Twenge, Jean M., 125

U-Ü

Uluslararası Hastalık Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü. *Bkz.* ICD-11 kişilik bozuklukları modeli
Updike, John, 54

V

van Gogh, Vincent, 70
Vonnegut, Kurt, 60, 124

W

Wolfe, Tom, 33, 125

Y

yalnızlık, 129
yaşlanma
ile SKB, 30
yaşam döngüsü boyunca SKB, 179-184
yaşlı bir SKB hastasıyla ilgilenme, 184
ve intihar girişimleri, 195
"yapay aile", 124
yeme bozuklukları, 49, 50, 61
Yoğun ve Kısa Süreli Dinamik Psikoterapi, 254
Young, Jeffrey, 246
yutulma, 55, 85, 87

Z

zaman
geçmişi değersizleştirme, 107
gelecek korkusu, 107, 108
cevap vermeden önce oyalama, 198
zihinselleştirme, 249, 288
Zihinselleştirme Temelli Terapi (ZTT), 137, 249, 250, 251, 252, 253
zorbalık
bkz. siber zorbalık

Sınırda ya da borderline kişilik bozukluğu (SKB) çok şiddetli ve korkutucu duygudurum değişimlerine, kişinin bir an öforik, sonraki an umutsuz ve depresif olmasına neden olur. Bu kitapta, Psikiyatr Jerold J. Kreisman ve Hal Straus, SKB'nin doğası ve semptomlarından SKB'li kişilerle iletişim yöntemlerine, psikoterapi yaklaşımlarından tıbbi tedavilere ve iyileşme sürecine kadar pek çok önemli noktaya değiniyor. Gündelik hayatta borderline bireylerle etkileşimlerde kullanılabilecek, anlaşılması kolay yöntem ve tavsiyelere yer veriyor. Ayrıca, bu bozukluğun nörolojik, genetik ve gelişimsel kökenlerine ışık tutan en yeni araştırmaları sunarak SKB ile madde bağımlılıkları, cinsel istismar, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile yemek bozuklukları arasındaki bağlantıları ortaya koyuyor.

Bu konuda hazırlanmış en kapsamlı çalışmalardan biri olan *Senden Nefret Ediyorum – Beni Bırakma*, hem SKB hastaları hem de onların aileleri, arkadaşları, meslektaşları ve alanda çalışan uzmanlar ile öğrenciler için çok değerli bir kaynak.

"Bu kitap hastaların, onların yakınlarının ve iyileşmesine yardımcı olan diğer herkesin kitaplığında yer almalı."
—RANDI KREGER, *Diken Üstünde Olmayı Bırakın* kitabının yazarı







www.ithakiyayingrubu.com