

# Sınır Kişilik Bozukluğunda Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi İlkelerinin Bir Olgu Eşliğinde Tartışılması

Aslıhan Sayın<sup>1</sup>, Dilşad Foto Özdemir<sup>2</sup>, Selçuk Aslan<sup>3</sup>, Aslı Çepik Kuruoğlu<sup>4</sup>, Leyla Zileli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Uz.Dr., <sup>3</sup>Yrd.Doç.Dr., <sup>4</sup>Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Uz.Dr., Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı  
<sup>5</sup>Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

## ÖZET

1940-60'lı yıllar arasında sınır kişilik bozukluğu olan hastalara daha çok preşizofrenik gibi bakılmaktaydı ve dolayısıyla bu tanıyı alan hastalarda psikanalizden kaçınmak, destekleyici psikoterapi uygulamak önerilmekteydi. 1970'li yıllarda Kernberg'in "Sınır Kişilik Organizasyonu" tanımıyla, tedavi yaklaşımında araştırmacı yöne doğru bir kayış oldu. 1980'li yıllardan itibaren eski görüşlere bir dönüş oldu. Terapiden olumsuz etkilenecek hasta profilleri çıkarılmaya çalışıldı. Sınır Kişilik Bozukluğu'nda psikoterapi etkinliğine dair tartışmalar bir çok nedenden kaynaklanmaktadır. Öncelikle bu hastaların heterojen bir grup olduğu gerçeğini kabul etmek önemlidir. DSM kriterlerinin bile halen tartışmalı olduğu bu hasta grubunda, geniş bir spektrum söz konusudur. Çelişkili sonuçların diğer nedenleri de; terapistlerin farklı kuramların destekleyicileri olmaları ve çalışmalarda farklı hasta kriterleri, farklı tedavi ortamları ve ölçme yöntemlerinin kullanılması olabilir. Bu olgu sunumunun amacı, 3,5 yıl süren psikanalitik yönelimli psikoterapiyle görülmüş ve görüşmeler için süpervizyon alınmış, Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı olan bir hastanın terapi süreci eşliğinde, bu hasta grubuyla uğraşan terapistlerin karşılaşılabilecekleri durumları tartışmaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Sınır kişilik bozukluğu, psikoterapi, aktarım, karşı aktarım.

(*Klinik Psikiyatri 2005;8:135-140*)

## SUMMARY

### Discussion of Psychoanalytic Psychotherapy Strategies of Borderline Personality Disorder by Means of a Patient

In 1940-60s patients diagnosed with borderline personality disorder were considered as "preschizophrenic" and so, impossible to be treated with psychoanalysis, rather a more supportive approach was recommended. Kernberg's seminal theoretical work in 1970s that defined borderline personality organization marked a watershed in the approach to treatment and interpretative techniques came back to the ascendancy. In 1980s, there was a return to the old idea and even a tentative list of criteria describing the types of patients who are at the greatest risk for a negative or lack of response to treatment was made. There are few reasons for the discussions about the efficacy of psychotherapy for borderline personality disorder. Firstly, it is extremely important to note that these patients form a heterogenic group so it seems wiser to talk about a 'borderline spectrum', rather than the strict criteria of DSM system. The studies about the efficacy of psychotherapy for borderline patients have contradictory results. The main reason for this is that; studies have used different treatment settings and measuring methods, and clinicians prefer to use their own psychodynamic view. The purpose of this report is to summarize the psychoanalytically oriented psychotherapy of a borderline patient and discuss some important issues about psychotherapy with this group of patients in the light of recent literature.

**Key Words:** Borderline personality disorder, psychotherapy, transference, counter-transference.

## GİRİŞ

Sınır Kişilik Bozukluğu'nda psikoterapi etkinliğine dair tartışmalar bir çok nedenden kaynaklanmaktadır. Öncelikle bu hastaların heterojen bir grup olduğu gerçeğini kabul etmek önemlidir. DSM kriterlerinin bile halen tartışmalı olduğu bu hasta grubunda, geniş bir spektrum söz konusudur. Bu spektrum, daha olgun (histerik tanımı gibi) ve işlevsel hastalardan, psikoz sınırında hatta preşizofrenik diye nitelendirilen hasta grubuna kadar uzanmaktadır (Stone 2000). Bu açıdan bakıldığında, DSM dilinden konuşmak yerine, 'borderline yapılanmadan' bahsetmek daha akılcı gibi gözükmektedir. Klinik pratik açısından baktığımızda; özellikle ayaktan terapiye alınan hasta grubu için, 'elit hasta, elit terapist' kavramı kullanılabilir; her hafta terapi ücretini karşılayabilecek düzeyde bir hasta zaten işlevselliğinin iyi olduğunu söyleyebileceğimiz bir hastadır. Bu hastalarla uğraşan terapistlerin de belirli bir terapi eğitiminden geçmiş, supervizyon alabilecek olanaklara sahip kişiler olacağını düşünmek yanlış olmayacaktır. Psikoterapi etkinliğine dair çelişkili sonuçların bir diğer nedeni de; terapistlerin farklı kuramların destekleyicileri olmaları, ve kendi kuramları dışında olan yöntemleri tümüyle eleştirme, kendi yöntemlerinin ise olumsuz yönlerine değinmek istememe yönelimlerinden kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer neden; çalışmalarda farklı hasta kriterleri, farklı tedavi ortamları ve ölçme yöntemlerinin kullanılmasıdır. Dolayısıyla şimdilik yapabileceğimiz tek şeyin; dogmatik, idealojik görüşlerin yerini bilimsel verilerin alacağını, farklı yaklaşımların olumlu yönlerinin birleştirilerek uygulanmasını ve bu yaklaşımın bilimsel sonuçlarını görmeyi ummak olduğunu söyleyebiliriz.

Günümüzde Sınır Kişilik Bozukluğu için tedavi seçimini yaparken, DSM kriterlerinin 3 ana belirti grubunu kapsadığını unutmamak gerekir; (1) kimlik sorunları, (2) affekt düzenlenmesinde sorunlar, (3) dürtüsellik. Bu yapı, tedaviyi oldukça etkilemektedir. Öncelikle, bu kadar farklı patolojilerin olması, tek bir tedavi yaklaşımından çok, her patoloji için en uygun olan yaklaşımların birleşiminin önemini düşündürmektedir. Örneğin; bilişsel disorganizasyon ve psikotik ataklar sırasında düşük doz nöroleptik faydalı olacakken, parasuisidal davranışlar için Linehan'ının diaylektik davranışçı

terapi önerilebilir. Kişiler arası sorunlar interpersonal terapiyle ele alınacakken, kendilik yapısındaki eksiklikten kaynaklanan sorunlar Kohut'un self-psikolojisine uyan bir yaklaşımla ele alınabilir. Kısacası, hastanın sorununa odaklı olarak, bir çok tedavi yönteminin birleştirilmesi gerekebilir (Oldman ve ark. 2001).

Genel tedavi stratejileri; bireysel olarak hastanın ihtiyacını karşılayacak şekilde düzenlenmelidir. Belirtiler önem sırasına göre ele alınmalıdır. Tüm müdahalelerin en başında gelecek olan, tabi ki hastanın ve terapistin güvenliği konusudur. Terapötik ilişkiyi sağlamlaştıracak müdahaleler de önceliklidir.

Bu olgu sunumunun amacı, 3,5 yıl süren psikanalitik yönelimli psikoterapiyle görülmüş ve görüşmeler için süpervizyon alınmış, Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı olan bir hastanın terapi süreci eşliğinde, bu hasta grubuyla uğraşan terapistlerin karşılaşılabilecekleri durumları tartışmaktır. Hastanın kimliği saklı tutulmak amacıyla Öykü takma adı kullanılmıştır.

### Öykü'nün Öyküsü:

Öykü, bize başvurusu sırasında 26 yaşında olan, bayan, bekar, 2 senelik yüksek okul mezunu olan bir hastaydı. Dissosiyatif bir yaşantı sonucu geldiği Acil Serviste ilk psikiyatrik muayenesi yapılmış, daha ayrıntılı değerlendirme için polikliniğe yönlendirilmişti. Poliklinikte yapılan değerlendirmesinde, ana şikayetlerinin "sürekli bir boşluk hissi, insan ilişkilerinde yaşadığı tutarsızlık, acı çekmekten ve erkek arkadaşlarından dayak yemekten hoşlanma, kendine zarar verici davranışlarda bulunma, hayatı anlamsız bulma" olduğunu söylemiş, tedavi motivasyonu yüksek olarak değerlendirildiği için Nevroz Servisine yatışı yapılmıştı.

Öykü klinikte yatarken alınan özgeçmiş bilgilerinde, özellikle erken dönem parental ilişkilerinde yaşadığı sevgi ve ilgi açlığı dikkat çekmekteydi. Doğumundan itibaren kendisini evde istenmeyen bir çocuk olarak hissetmiş (bunu ailede bu konunun sık sık dile getirilmesinden anlıyordu), maddi sorunlarla uğraşan babasının ilgisini hiç görmemiş, "cahil ama iyi niyetli" annesinin diğer iki ağabeyi ile yakından ilgilenip, kendisini geri planda

tuttuğunu düşünmüştü. Konuşması 3 yaşına kadar gecikmişti ve ilkokul sonlarına kadar parmak emmesi ve gece işemeleri devam etmişti. Yaşadığı temas açlığını duvarlara sürtünerek gidermeye çalıştığını hatırlıyordu. Ailesi tarafından benimsenmediğinin bir kanıtı olarak evde ağabeylerinin bir sürü fotoğrafı olmasına rağmen kendisinin hiç fotoğrafının olmamasını örnek gösteriyordu.

İlkokul birinci sınıftayken, aynı apartmanda oturan 3 tane üniversite öğrencisi tarafından, ilkokul sonu-ortaokul başı ne kadar sürdüğünü tam olarak hatırlayamadığı dönemde de dayısı tarafından birkaç defa cinsel tacize uğramış. Çok korkup tedirgin olduğu halde, ailesinin kızıp kendisini suçlayacağından korktuğu için bu tacizlerden kimseye bahsetmemişti. O dönem gece altına idrar kaçırmaları artmış, gece sık sık annesinin yanına gidip ağlamış, fakat annesi onu tekrar yatağına göndermişti. Öykü, şu anda erkek arkadaşlarıyla yaşadığı tutarsız ilişkilerini ve cinsel tatminsizliğini bu cinsel taciz olaylarına bağlamaktaydı.

Hastanede yattığı 2 ay süresince haftada 3 saat bireysel psikoterapi, 2 saat etkileşim ağırlıklı grup psikoterapisi, ilaç tedavisi olarak da Fluoksetin 20 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi. İlk haftalarda tedavi motivasyonu düşük görünen Öykü, klinikte ayrıldığı erkek arkadaşıyla tekrar birleşmek amacıyla yattığını söylemekteydi. Zamanla bireysel terapistle (D.F.Ö.) sağlıklı ve güven dolu bir ilişki kurmaya başlamasından sonra, gerek bireysel, gerek grup terapilerinde kendini açmaları başladı ve insanlarla yaşadığı kişiler arası sorunlar açısından iç görü geliştirmeye başladığı gözlemlendi. Bireysel terapistine hayatı boyunca olan ve klinikte de devam eden para çalma isteğini dile getirdi. Tacizlerinden bahsettiği dönemde gece birkaç defa altın idrar kaçırmaları oldu ve parmak emmeleri tekrar başladı. 2 ay yatarak tedavisi sonunda Öykü'nün tedavi motivasyonunun ve psikolojik zihinliliğinin yüksekliği göz önüne alınarak ve olası bir regresyondan dolayı tedavisinin devam etmesi gerektiği düşünüldüğünden ayaktan psikoterapiye alındı.

### **Psikoterapinin 1. yılı:**

Psikoterapiye karar verildikten sonra; tüm hasta grupları için, fakat özellikle sınır kişilik bozukluğu

tanısı olan hastalar için tedavi başında mutlaka yapılması gereken 'terapi kontratı' konuşulmalıdır. Bu kontratta mutlaka tedavinin amaçları hastayla birlikte değerlendirilmeli, tedavi sırasında hastanın ve terapistin görevlerinin neler olacağı açıkça belirtilmelidir. Bunun dışında; tedavi seansları, nerede, ne zaman ve ne sıklıkta olacağı, krize müdahaleler konusunda neler planlanabileceği, klinisyenin ulaşılabilir olduğu saatler, ücret ve ödeme şeklinin nasıl olacağı üzerinde de anlaşmaya varılmalıdır (Gabbard 2001). Öykü'yle yapılan terapi kontratı çerçevesinde, eski terapist tarafından yeni terapist ile (A.S.) tanıştırıldı, görüşmelerin sıklığı haftada 1 olarak belirlendi, hem Öykü'ye, hem de terapist için uygun olan bir saat üzerinde anlaşıldı, terapi sorumlulukları ve seans ertelenmesi/iptal edilmesi konusunda nasıl iletişim kurulacağı belirlendi, terapi süresinin şimdilik 1 yıl olacağı, fakat bu sürenin sonunda devam edip etmeme konusunda birlikte karar verileceği konuşuldu ve görüşmeler hakkında terapistin zaman zaman konsültasyon alabileceği anlatıldı.

Ayaktan psikoterapinin ilk aylarında Öykü'nün yeni terapistle ilgili yaşadığı güçlükler temel terapi konusuydu. Sınır Kişilik Bozukluğu olan hastaların temel savunma mekanizmalarından biri olan bölme, bu aşamada devreye girmişti (Adler 1993); Öykü eski terapistini ölküleştirenken, yeni terapistini değersizleştiriyordu. Sürekli kıyaslanan ve aşağılanan yeni terapistin yaşadığı olumsuz karşı aktarım duyguları (öfle, çaresizlik, yetersizlik) bu dönemde süpervizör (L.Z.) tarafından ele alındı ve hastanın da fayda görebileceği şekilde uygun terapi yorumları haline dönüştürüldü. Öykü'nün bu bölme mekanizmasının, hayatındaki ilişkileri de nasıl etkilediği görüşülmeye başlandı. Terapistin bu olumsuz aktarım duygularını 'tutabilmesi' ve hastanın hazır olduğu zaman bunları hastaya öğütülmüş şekilde geri verebilmesi sayesinde, Öykü'nün yavaş yavaş eski terapistinden yenisine geçebildiği, ve yeni terapistle de güven dolu bir ilişkiye girdiği gözlemlendi. Bunun terapi ortamına yansımaları, Öykü'nün bu dönem arka arkaya yaptığı itiraflar şeklinde oldu: klinikte yatarken tedavi ekibinin ilgisini çekebilmek için gece özellikle altına yapmıştı, cinsel tacizlerini o dönem annesiyle paylaşmış, annesinin yorumu "Umarım hamile değilsindir, yoksa seni de kendimi de öldürürüm"

şeklinde olmuş, dayıyla eski samimiyette ilişkisine devam etmişti. Öykü bunları terapiye getirdiğinden dolayı desteklendi, bu yalanların altında yatan olası duygular konuşuldu. Bu kabullenici tutum sonrası Öykü olumlu aktarım duygularını terapistine dile getirmeye başladı, fakat bu dönemde terapiye getirdiği rüyaların içeriği ambivalan aktarım duygularını göstermekteydi:

"Okula gidiyorum diye evden çıkıyorum fakat okul hastane olmuş, kan bankasını falan görüyorum. Çok heyecanlı ve telaşlıyım, sınıfımı bulamıyorum, oysa herkes bulmuş ve yerine oturmuş. Dar bir koridordan arkadaşlarımla geçmem gerekiyor. Herkes geçiyor, ben sıkışıp kalıyorum. Üzerimdekiler yırtılıyor, göğsüm görünüyor, zor kurtuluyorum. Oradan bir dükkanın önüne gidiyorum, insanlar üstümü başımı düzeltmeye çalışıyorlar, fakat bunu ışığın altında yaptıkları için kızıyorum, utanıyorum, sanki orada yapmasalar daha iyi olur diye düşünüyorum çünkü vücudum çok kötü kokuyor. Sonra tekrar okula giriyorum, sizi bulmak için öğretmenler odasına gidiyorum. Sizin uzun, sarı, kabarık saçlarınız var, çok değişmişsiniz, abartılı gibi. Benimle değil cep telefonunuzla ilgileniyorsunuz. Çok bozulup üzülüyorum. Dışarı çıkıyorum, duvarda bir levha var. O levhadan hangi derse girdiğinizi öğrenmeye çalışıyorum (psikoloji? psikiyatri?), fakat levha çok karanlık, resimler falan aşınmış, göremiyorum."

## **Psikoterapinin 2. yılı:**

Terapistin Acil rotasyonun devreye girmesi ve görüşmelerin bu yüzden birkaç defa aksaması, Öykü'de tekrar olumsuz aktarım duygularının gelişmesine neden oldu. Bu dönemde terapi süresi birlikte alınan bir kararla uzatılmıştı fakat görüşmelerin aksaması, Öykü'de terapistin onu "bu şekilde başından atmaya çalışması" fantezisi yaratıyordu. Bu aşamada kullandığı "yansıtma" yoluyla; terapistini tıpkı geçmişte kendisini kullanıp işleri bittikten sonra bir kenara atmış olan agresörler gibi algıyordu. Terapistte olan öfkesini ve hayal kırıklığını: "Ölsem haberiniz olmayacak. Pardon, tabi haberiniz olur, beni acilin morgunda görürsünüz, 'Aaa, Öykü ölmüş' dersiniz" şeklinde dile getirdi. Bu dönem kendine zarar verme, rastgele cinsel davranış ve çalma gibi eyleme vurma davranışları göstermeye başladı. Bu dönem tera-

pistin karşı aktarım duyguları tekrar oluştu, "yansıtma özdeşim" nedeniyle terapist kendini Öykü'yü ihmal ediyormuş, ona yardımcı olamıyormuş gibi hissetmeye başladı, ve terapistte oluşan bu çaresizlik duyguları ve bu duyguların oluşmasında hastanın kullandığı "yansıtma özdeşim" mekanizması süpervizyon saatlerinde ele alındı.

Sınır kişilik bozukluğunda bu öfkenin klinik olarak önemi; terapistte yansıtılmasıdır. Yansıtma özdeşim yoluyla hastanın hükmeden zalim ve hükmedilen zavallı şeklindeki iç dünyası gerçekleştirilmeye çalışılarak, terapistte zalim rolü verilir ve hasta bilinç dışı şekilde terapistini bu yönde provoke etmeye çalışarak, onu ve tehlikesini kontrol etmeye çalışır. Bunlar terapistte karşı aktarım duygularını oluşturursa, hastanın beklentisi gerçekleşmiş olur (Gabbard 1989). Hastanın bilinçli farkındalığı için tolere edilemeyecek düzeyde olan ilkel öfkenin bir kısmı kendine zarar verici davranışlar şeklinde ortaya çıkabilir. Sürekli intihar eğilimi de, kendine yönelmiş öfkenin kliniğe yansımalarının bir çeşididir. Nefret duygusunun yoğun olduğu hastalarda kendilik (self) bütünleşmesinin henüz tamamlanmamış olduğunu görürüz. 'İyi' ve 'kötü' kendilik ve nesne tasarımlarını birbirinden uzak tutarak 'iyi'leri korumaya almıştır (Kernberg 1994). Bu tip hastalarda tedavinin ana amacı, bu "kendilik taslaklarını" birleştirmesini sağlayarak öznellik duygusunu arttırmaktır. Kleinian bakış açısında göre; paranoid-şizoid bir durumdan depresif duruma geçişini sağlamaktır. Terapist hastaya her iki kısmının da aynı kişiye ait olduğunu öğretmelidir (Adler 1989).

Bu öfkenin ve yansıtma özdeşimin ele alınması, o dönemki terapinin ana konusu oldu. Yansıtma özdeşimin yorumlanmasını, geçmişte buna benzer yaşadığı duyguları ve ilişkileri ayırt edebilmesi izledi. Özellikle anneye karşı bu zamana kadar sözelleştirmekten korktuğu olumsuz duyguları ifade edebilmeye başladı. Bu dönem Öykü, bölme savunma mekanizmasının farkına varmaya başladı, bunu kendi cümleleriyle şu şekilde ifade ediyordu:

"İçimde bir şeyler var. Sanki bir şeyleri birleştirememişim. Paramparçayım sanki. Farklı olaylarda farklı parçaları tepki veriyor. Sanki ben bir bütün olamıyorum. Bu da beni tutarsız yapıyor." Bölme savunma mekanizmasının yorumlanmasıyla terapiye yeni bir süreç başladı.

### Psikoterapinin 3. yılı:

Bu dönem Öykü'nün "kendilik bütünlüğünü" sağlama çabası belirgindi. Kendi deyimiyle "eksik kalan parçalarını" tamamlamak amacıyla özellikle erkek arkadaşlarıyla kurduğu simbiyotik ilişkilerin doğasının ve bu tarz ilişki kurmanın getirdiği kişiler arası sorunların farkına varmaya başladı. Bu durum terapistiyle de ülküleştirme-değersizleştirme uçlarında giden ilişkisini de daha dengeli hale getirdi, bu dönem ilişkiye yansıyan en önemli özellik aynalanma ihtiyacıydı. Kendiliğini gerçekleştirmek çabası, bir işe girmesi ve daha dengeli ve düzeyli arkadaşlıklar kurması şeklinde özel hayatına da yansdı. Kendiliğini yeniden onarma çabası, terapiye getirdiği şu yaşantıyla güzel bir şekilde özetleniyordu:

"Yerde tek kanadı kırılmış bir kelebek gördüm. Önce öldüreyim, acı çekmesin diye düşündüm. Sonra birden eski halim aklıma geldi. Benim de kanadım kırılmıştı, ama siz beni öldürmediniz, yaşatmak için çaba gösterdiniz. Kelebeği yerden aldım, pencere pervazına koyacaktım. Sonra orada güneşten pişer diye düşündüm. Avucumun içinde kelebek, ne yapayım diye düşünürken, kelebek avucumdan aşağıya düştü. Büro 5. katta ama yere düştüğünde halen yaşadığını gördüm."

Terapinin son aylarında görüşmelerin ana teması, yaşadığı ayrılık anksiyetesi olmaya başladı. Terminasyona girildiğinin farkına vardıkça, geçmiş yaşantısında, özellikle de anneye ilgili yaşadığı ayrılık anksiyetesi içeren anılarını getirmeye başladı. Bu hastaların özellikle hassas olduğu konular ayrılık, kayıp ve terk edilme olduğu için, terminasyon dönemi oldukça zor bir dönemdir. Sınır Kişilik Bozukluğunda ayrılıkla baş etme güçlükleri ve yalnızlığa tahammül edememe gibi özellikler, travmatik çocukluk çağı ayrılık deneyimlerine, 'rahatlatan bir introjekte' sahip olamamış bu hastalarda nesne sürekliliğinin tam olarak gelişmemiş olmasına, çocukluk çağında gelişen güvensiz bağlanma tarzını erişkin ilişkilerinde de sürdürüyor olmalarına bağlanmıştır (Goldstein 1997). Bu temalar terminasyon sürecinde ele alındığında, regresyon ve eyleme vurum davranışları ortaya çıkabilir. Tam bitiş tarihini aylar önce belirlemekte fayda vardır. Eğer bu gün yaklaşmışsa fakat hasta bitirmeye hazır görünmüyorsa, ertelenebilir. Terminasyondan önce terapistin, ilerde hastanın

karşılaştığı kriz anlarında vakit ve çevresel şartlar elverdiğince ulaşılabilir olduğunu söylemek, eğer ihtiyaç duyarsa terapiye başka bir kaynakla devam edebileceğini söylemek önemlidir (Gunderson 1996).

Terminasyon döneminde Öykü'yü ayrılığa hazırlamak amacıyla terapi seanslarının sıklığı yavaş yavaş azaltıldı ve bunun gerekçesi açıklandı. Bu dönem terapisti karşı yaşadığı öfke ve hayal kırıklığını sözelleştirmesi açısından cesaretlendirildi ve bu duyguları, geçmiş yılların aksine, çok daha olgun bir şekilde dile getirebildiği gözlemlendi. Bu noktada, yaşadığı duyguları şöyle bir benzetme ile dile getirdi:

"Bir ev varmış ve 1 hafta içinde badana edilmesi gerekiyormuş. Herkes bu işin nasıl yapıldığı onlara öğretilmişti için ilk günden badana yapmaya başlamış. Bana ise insanlar badana yapmayı son günde öğretmişler. Evi badana yapmak için bir gün sürem kalmış, o yüzden zorlanıyorum galiba."

### SONUÇ

1940-60'lı yıllar arasında SKB olan hastalara daha çok preşizofrenik gibi bakılmaktaydı ve dolayısıyla bu tanıyı alan hastalarda psikanalizden kaçınmak, destekleyici psikoterapi uygulamak önerilmekteydi (Aronson 1989). Bu yüzden hastaların savunmaları analiz edilmek yerine destekleniyordu, terapi sırasında regresyon sınırlandırılıyordu. Tedavinin yapısı da buna göre düzenlenmişti; yüz yüze görüşmeler yapıyordu, serbest çağrışıma izin verilmiyordu, terapist daha aktifti ve seans sıklığı daha azdı. Terapinin önceden belirlenmiş amaçları vardı, tedavi daha çok dış gerçek olaylara odaklanıyordu ve 'şimdi ve buradan' daha çok, 'orada ve o zamana' önem veriliyordu.

1970'li yıllarda Kernberg'in "Sınır Kişilik Organizasyonu" tanımıyla, tedavi yaklaşımında araştırmacı yöne doğru bir kayış oldu. Tedavi amacı sadece uyumu iyileştirmekten çok, kişilik yapısının değişimi olmaya başladı. Terapi daha yoğun (haftada birkaç kez), daha araştırmacı ve iç görü kazandırıcı, ve daha regresyona izin veren bir hale geldi. Amaç psikolojik olgunlaşmaydı; gelişimsel süreçteki takılmaları ele almak, bölünmüş kendilik ve nesne tasarımlarını birleştirme, aşırı agresyonu nötralize etmek, savunmaları daha olgun düzeye çıkarmaktı. Aktarım ve karşı aktarımın anlaşılması

önem kazandı. Farklı terapistler, farklı kuramlar doğrultusunda, araştırmacı terapiyi farklı yöntemlerle uygulamaya başladılar. Tematik odak farklı yaklaşımlarda değişmekteydi. Kernberg; hastanın agresyonu, hostilitesi, bölme, yansıtma gibi savunmaları ve haset üzerinde dururken, daha çok Mahlerian görüşten etkilenen Rinsley ve Masterson, ayrılma-bireyleşme süreci konuları olan terk edilme, depresyon ve yeniden yaklaşma krizine önem verdiler. Kohut ve Winnicottan etkilenen Adler ve Buie; yalnızlık, benlik saygısı, empatik ayrılık ve geçiş fenomenleri üzerinde durdular. Terapistlerin stilleri de, bağlı oldukları kuramcılara göre değişmekteydi. Kohut ve Winnicottan etkilenenlerin daha sıcak, empatik bir yaklaşımı varken, Kleinian'lar daha meydan okuyucu, yüzleştirici bir tarza sahipti. Daha varoluşsal ve ilişki bazlı çalışanlar, terapi sırasında daha 'gerçekçi' insani bir yaklaşım uyguluyorlardı. Esnekliğe ve hastayla anlamlı bir emosyonel ilişki kurmaya önem veriyorlardı. Daha klasik yaklaşımda olanlar ise daha mesafeli ve nötral duruyorlardı (Aronson 1989).

1980'li yıllardan itibaren eski görüşlere bir dönüş oldu. Bazı yazarlar, sınır kişilik bozukluğu olan hastaların terapiden fayda görmelerinin imkansız olduğunu, hatta bazı sınır kişilik bozukluklarının psikiyatryle tanışmadan önce daha iyi bir yaşam sürdürdüklerini söylemeye başladılar. Terapiden olumsuz etkilenecek hasta profilleri çıkarılmaya çalışıldı. Bunlar arasında; aşırı mazoüstik ve narsisistik olanlar, daha önceden tedavi başarısızlığı öyküsü olan hastalar, yasal sorunlardan veya ikincil kazançlardan dolayı terapiye başvuranlar, anti-sosyal ve kriminal davranışları olanlar, yapay bozukluğu olanlar, iatrojenik olarak infantilize edilmiş hastalar yer almaktaydı (Aronson 1989).

Bu olgunun psikanalitik yönelimli psikoterapisi süresince, yukarıda bahsedilen tedavi yöntemleri ve kuramsal yaklaşımlardan sadece bir tanesine sıkı sıkıya bağlı kalmak yerine, eklettik bir yaklaşım tercih edildi. Terapinin ilk yılında, hastanın ego gücü henüz zayıf olduğu ve henüz tam bir terapötik iş birliği sağlanmadığı için, daha çok destekleyici psikoterapötik yaklaşım benimsendi ve savunmaların derinlemesine analizinden kaçınıldı. Terapinin ikinci ve üçüncü yılında hastanın özellikle bölme ve yansıtma-yansıtılmalı özdeşim gibi savunma mekanizmaları yorumlanmaya başlandı ve bu savunmaların hem terapötik ilişkide, hem de diğer kişiler arası ilişkilerinde yarattığı zorluklar konusunda hastada iç görü geliştirilmeye çalışıldı. Terapinin terminasyon döneminde hastada ortaya çıkan ayrılık anksiyetesinin yeni bir regresyona yol açmaması için yeniden destekleyici yaklaşıma yönelme oldu, fakat gerekli yerlerde iç görü kazandırmaya yönelik yorumlara devam edildi.

Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı almış bir hastayla yapılan psikanalitik yönelimli bir psikoterapiyi, ilgili literatür bilgileri eşliğinde özetlemeye çalıştık. Genelde terapistler tarafından 'zor' veya 'terapiden fayda görmesi ümitsiz' hastalar olarak değerlendirilen bu hasta grubunun da, yeterli zaman ve ilginin gösterilmesiyle, en azından "sınır" durumdan çıkarılıp, "nevrotik" bir birey haline getirilebileceğini göstermesi açısından, Öykü'nün öyküsünün bize çok şey öğrettiğini düşünmekteyiz.

---

Yazışma adresi: Dr. Aslihan Sayın, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Beşevler, Ankara, asli-hansayin@yahoo.com.

---

#### KAYNAKLAR

- Aronson TA (1989) A critical review of psychotherapeutic treatments of the borderline personality. *J Nerv Ment Dis*, 177: 511-528.
- Stone MH (2000) Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin N Am*, 23: 193-210.
- Oldman JM, Philips KA, Gabbard GO ve ark. (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158 (Suppl 1): 6-11.
- Gabbard GO (2001) Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin*, 65: 41-57.
- Adler KS (1993) Object relations issues in the treatment of the preoedipal character. *Am J Psychoanal*, 53: 19-34.
- Gabbard GO (1989) Patients who hate. *Psychiatry*, 52: 96-106.
- Kernberg OF (1994) Aggression, trauma and hatred in the treatment of borderline patients. *Psychiatr Clin N Am*, 17: 701-14.
- Adler G (1989) Uses and limitations of Kohut's self psychology in the treatment of borderline patients. *J Am Psychoanal*, 37: 761-85.
- Goldstein WN (1997) Dynamically oriented psychotherapy with borderline patients. *Am J Psychother*, 51: 14-30.
- Gunderson JG (1996) The borderline patient's intolerance to aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*, 153: 752-758.