

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.13769770>

Accepted: 16.07.2024

Sınır Kişilik Bozukluğu ve Şema Terapisi Üzerine Derleme

A Review on Post Borderline and Schema Therapy

Funda OFLAZOGLU

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
fundaoflazoglu13@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-9231-451X>

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Lefkoşa, KKTC
meryemkaraaziz@neu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derleme çalışmasının amacı sınır kişilik bozukluğu yaşayan bireylerde şema terapinin kullanımını incelemektir. Yapılan bu çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Bu çalışmanın sonucunda da sınır kişilik bozukluk hastalarında şema terapinin büyük oranda etkili olduğu görülmektedir. Bu derlemenin bulguları, şema terapinin uzun vadeli yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri sağlamada yardımcı olabileceğini düşündürmektedir ve şema terapinin iyileşmeyi hızlandıran bir terapi yöntemi ve kısa süre içerisinde sonuca ulaşabilme yönünden etkin bir yöntem olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: sınır kişilik bozukluğu, borderline, şema terapi, şema mod, kişilik bozuklukları

Abstract

The purpose of this compilation study is to examine the use of schema therapy in individuals with borderline personality disorder. In this study, a systematic review method was used, and no field work or any scales were utilized. The results of this study indicate that schema therapy is largely effective in patients with borderline personality disorder. The findings of this review suggest that schema therapy may assist in long-term lifestyle and behavioral changes, and it has been observed to be an effective method in accelerating recovery and achieving results in a short period.

Keywords: borderline personality disorder, borderline, schema therapy, schema mode, personality disorders

Giriş

Kişilik, insanları birbirinden ayıran tutarlı ve özgün düşünce, duygu ve davranış kalıbıdır. Kişilik bir kimsenin sosyal, fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak bütün yönlerini içermektedir (Keyvan vd., 2021).

Kişilik bozukluğu, ruhsal bozukluğun dışında seyreden bir bozukluk olmakla beraber; bireyin yakın çevresi ve kendi kültürü ile uyumunu negatif yönde etkileyen ve birçok işlevselliği de etkilemektedir. Büyük ölçüde beklenilenin dışında davranışlarda bulunulmasına yol açan, ruhsal hastalıklara nazaran varlığını daha uzun süre devam ettiren ve kronik bir duruma gelebilen bir bozukluktur (Beton, 2021). Bu durumlar bireyde birçok açıdan sorun yaratıyor ise bireye Kişilik Bozukluğu tanısı koyulabilmektedir (Sohrabi ve Karaaziz, 2023).

Kişilik bozuklukları DSM-5'te A kümesi, B kümesi ve C kümesi olmak üzere toplamda üç kümede değerlendirilmektedir (Şaşmaz, 2014). Bu çalışmada kişilik bozukluklarından B kümesinde bulunan sınır kişilik bozukluğu üzerinde durulacaktır (Sohrabi ve Karaaziz, 2023).

Sınır kişilik bozukluğunun tanımlanması çok zor ve karmaşıktır. Ayriyeten tutarsızlık barındırıyor gibi görünebilir ve tartışma içeren tarafları da vardır (Köroğlu ve Bayraktar, 2010).

Senelerden beridir tartışmalı bir tanı olan borderline geçmiş zamanlarda daha çok psikanalitik yönelimi olan ruh hekimleri tarafından ele alınmıştır. Bu bozukluk başlarda psödonörotik veya gizli şizofreniyle eş anlam taşımaktaydı (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Borderline kavramı 1938 senesinde Stern tarafından tanımlanmıştır. Buna karşın bu kavram Kernberg tarafından sınıflandırılmış ve tedavisi üstüne yapılan çalışmalara başlanılmıştır. Sınır kişilik bozukluğuna sahip olan kişilerde kişiler arası ilişkilerinde, kimlik duygusunda ve duygulanımda süregiden ve yaygın bir dengesizlik belirgin bir şekilde görülebilmektedir (Sohrabi ve Karaaziz, 2023).

Sınır kişilik bozukluğu toplumun genelinde yüksek düzeyde görülen patolojilerinden biridir (Şaşmaz, 2014). Bu bozukluk genel nüfusun %0,7 ile %3,5'ini etkileyen ciddi bir bozukluktur (Keyvan vd., 2021). A.B.D. verilerine bakıldığında bu bozukluğun toplumdaki görülme oranı %2-3 iken, psikiyatrik hasta toplumunda ise %15-25 oranındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu bozukluğun kadınlarda yaygınlığının %80 oranında daha fazla olduğu görülmüştür (Şaşmaz, 2014).

Şema terapi modeli kişinin içindeki sağlıklı yetişkinin güçlenmesini hedef alan davranışçı, bilişsel, dinamik, kişiler arası ve yaşantısal tekniklerini birleştiren aynı zamanda kökleri çocukluk ve ergenlik dönemine dayanan, işlevsel olmayan şemaları değiştiren bütüncül bir kuram ve terapidir (Gök, 2022). Şema terapi modeli Young ve arkadaşlarınca bağlanma, nesne ilişkileri, bilişsel-davranışçı, gestalt ve yapılandırmacı psikanalitik yaklaşımların birleştirilmesi ile oluşturulan yenilikçi ve sistemli bir terapi modeli şeklinde ifade edilmektedir (Beton, 2021). Şema terapi yönteminin etki düzeyinin diğer terapi yöntemlerine nazaran daha güçlü olmasının sebebi de bu yöntemde odaklanılanın temel duygusal ihtiyaçlar ve bireylerin terapi esnasında ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılamayı öğrenmeyi sağlamaya yönelik çalışmasıdır (Şaşmaz, 2014). Şema terapi modeline en son şema modları kavramı eklenmiştir. Şema modları sağlıklı ve patolojik yanlarından oluşur. Aynı zamanda belirli ve farklı temalar etrafında toplanır. Sınır kişilik bozukluğu olan hastaların değişkenlik gösteren davranışlarını daha iyi açıklamak isteyen Young ve arkadaşları, modları da içeren bir model sunmuşlardır. Şema modu kişinin o an için aktif olan şemaları veya uyumlu, uyumsuz şema faaliyetleri şeklinde tanımlanmıştır (Ertürk ve Kaynar, 2017).

Sınır kişilik bozukluğunda terk edilmiş çocuk, öfkeli çocuk, kopuk korungan, cezalandırıcı ebeveyn ve sağlıklı yetişkin en çok ortaya beş moddur. Modların özelliklerine bakıldığında ise, aşırı yeme, madde kullanımı, tehlikeli cinsel aktiviteler ve kontrolsüz para harcama gibi davranışların sergilendiği görülmüştür. Bu terapi yöntemi birey için hiç

bulunmayan veya çok zayıf sağlıklı yetişkin modunu güçlendirebilmeyi amaçlamıştır (Sohrabi ve Karaaziz, 2023).

Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğunun Tanımı

Klinik popülasyonda içerisinde en sık rastlanan kişilik bozukluğu olarak dikkat çeken sınır kişilik bozukluğunun tanımlanması oldukça karmaşık ve zor ruh sağlığı problemidir (Gök, 2022).

Borderline kavramı nevroz ve psikoz arasındaki farkları tanımlamak için ilk kez 1938 senesinde Stern tarafından kullanılmış olup, Melitta Schimderberg, sınır kişilik bozukluğunu bir tür karakter bozukluğu olarak tanımlayan ilk kişidir. Kerberng ise bu bozukluktan borderline kişilik örgütlenmesi şeklinde bahsetmiştir (Beton, 2021). Kernberg borderline kişilik örgütlenmesinin tanımını, nevrotik ve psikotik kişilik yapılarının arasında bulunan kimlik bütünleşmesinde ilkel savunmaların kullanılması, başarısızlık ve gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalar şeklindedir (Kahya vd., 2022). Genç yetişkinlik döneminde başlayan, kişiler arası ilişkilerde ve duygulanımda dengesizlik, terk edilmeye karşı yoğun hassasiyet, benlik algısında yetersizlik ve başarısızlık ile karakterize bir sendromdur (Kutlu, 2020).

Bu bireyler toplumsal, cinsel ve mesleki kimliklerinde derin tutarsızlık ve güvenme problemleri gösterirler. Güçlü bir kimlik gelişimleri olmamıştır. Anında hayal kırıklığına uğrarlar, çökkünlük ve bunaltı semptomlarına sahiptirler. Genelde psikoaktif maddelere yönelme, antisosyal, hızlı yaşam gayeleri, atak (impulsive) davranışlar, kendilerine zarar verme eğilimleri (vücudunu sigara ile yakma, jilet ile kesme ve intihar girişimleri) gösterirler. Bireyin davranışlarında belirgin bir şekilde yalnız kalmaya dayanamama ve yalnız kalma korkusu hakimdir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bu bozukluk hafif düzey ve ağır düzey diye iki şekilde ele alınabilmektedir. Ağır düzeyde sınır kişilik bozukluğu belirtileri nevrotik yapılanmayla benzerlik göstermektedir. Bu tür kişilik yapılanması olan kişiler boşlukta kalma veya terk edilme tehlikesine karşı kişiye veya nesneye yapışarak bir savunma şekli oluştururlar. Hafif düzeyde sınır kişilik bozukluğu ise savunma mekanizmasını, boşlukta kalma veya terk edilme tehlikesine karşı uzaklaşma şeklinde ifade eder (Türk, 2020).

Sınır Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi

SKB'nin gelişiminde de birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere çeşitli etkenler görülmektedir (Kutlu, 2020).

Biyolojik Etkenler

SKB'nin biyolojik geçişi üzerinde duran araştırmalar sonucu bu iki değişkenin arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Set, 2020). Aile öykülerine bakıldığında bu bozukluğun gelişiminde biyolojik faktörlerin de önem taşıdığı gözlemlenmiştir. Biyolojik geçiş SKB'de %40 oranında etki gösterebilmektedir. SKB riskini, biyolojik hassasiyetin TPHi genine bağlı serotonerjik fonksiyon bozukluğunun arttırabileceği öngörülmüştür. Willson'un yaptığı araştırma da bu bozukluğa sahip ve çocukluk dönemi istismarı olan kişilerde TPHi gen değişimine işaret etmektedir. TPHi polimorfizmi ile kendine zarar verme eğilimleri ve intihar arasında bağlantı bulunan başka çalışmalar da vardır. Bu bulgular SKB özellikleriyle vazopresin, dopamine ve MAO gibi nörotransmitter sistemlerindeki yetersizliğin bağlantılı olduğunu da doğrulamaktadır (Kutlu, 2020).

Psikolojik Etkenler

Erken çocukluk çağlarında bireyin yetersiz destek görmesi, bakımsızlık ve ilgisizlik gibi travmanın kavramsallaştırılmasında yer alan faktörler bu bozukluğun gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Tekin, 2021).

Sosyal Etkenler

Çocukluk döneminde yaşanan ebeveyn ayrılımları, çocuğa karşı şiddet, cinsel istismar gibi travmatik olaylar oluş sebepleri arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalar sonucu çocukluk çağında duygusal, bedensel ve cinsel kötü davranış öyküsü bulunduğu sonucuna varılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Az ebeveyn sevgisi, caydırıcı ebeveyn cezaları ve tutarsız ebeveynlik SKB'nin gelişimiyle ilişkilidir, fakat özgül değildir. Erişkinlikte bu bozukluğun yatkınlığına sebebiyet veren nedenler arasında, beş yaşından önce çocukları annelerinden ayırmak da yer almaktadır. SKB'nin en önemli risk faktörünün çocukluk dönemi cinsel istismarın olduğuna inanılmıştır. Ancak yapılan çalışmalar çocukluk dönemi cinsel istismarın SKB'ye sahip olan kişilerin geçmişinde çok sık rastlanmasına rağmen, bir hayli zayıf ve ayırt edici olmayan bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Keyvan vd., 2021).

Sınır Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Genel popülasyonda bu bozukluğun yaygınlığı %2 oranında iken servislerde yatan hastalarda %20 ve kliniklerde tedavi gören hastalarda %10 oranında SKB görülmektedir. Amerika'da gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde yetişkin kişilerin %2'sinde ve erkeklerde kadınlara oranla üç kat daha az rastlanmaktadır. İngiltere'de gerçekleştirilen çalışmalara ele alındığında kişilik bozukluğu %4,4 oranında belirtilirken SKB oranının %0,7 olduğu kanısına varılmıştır. Diğer ülkelerde de yakın seviyede oranlara rastlandığı görülmektedir. Batı ülkelerinin haricinde rastlanılan ve kliniğe başvuran kişilerin %6 oranında olduğu ifade edilmiştir. SKB'nin Türkiye'de görülme oranına dair bilgiye rastlanılmaktadır (Tekin, 2021).

Başka ülkelerde yapılan çalışmalara göre toplumda SKB teşhisi alan gençlerin oranının %3 olduğu belirtilmiştir. 14-16 yaşları arasındaki kişilerde görülme sıklığının %0,9-1,4 oranında olduğu söylenmiştir. Ele alınan bu bulgular bilhassa 14-17 yaşları arasında SKB'nin artış gösterdiğini belirtilen verilerle de uyumludur. Bu bozukluğun görülme sıklığı kriterlerin azaltılarak düzenlendiği bir araştırmada %0,8 oranından %14 oranına yükseldiğini göstermiştir. İlgili çalışmalar incelendiğinde gençlerde %3,2 yetişkinlerde ise %5,9 oranında SKB görüldüğü sonucu elde edilmiştir. Elde edilen bu sonuçların SKB tanı kriterlerini yetişkinlerin gençlere oranla yaklaşık iki kat daha fazla karşıladığı görülmektedir (Set, 2020).

Sınırdaki Kişilik Bozukluğunun Belirtileri

SKB olan bireyler başkalarıyla ilişkilerinde, duygularında, benlik imajlarında dengesizlik ve tutarsızdırlar. Madde kullanımı bozuklukları, gelişimsel problemler, duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, uyum bozuklukları ve davranış bozuklukları ile yakın semptomlara sahip yanları vardır (Bayat ve Şengül, 2007). Bu bozukluğa sahip bireyler her zaman bunalım içindedirler. Sürekli bir kriz yaşamaktadırlar. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu gelip geçici dönemleri olabilmektedir. Kendilerine zarar verme eğilimleri veya özkıyım girişimlerinde bulunabilmektedirler. Yalnız kalmaya dayanamazlar ve büyük bir nesne yoksunluğu hissederler. İmgesel ya da gerçek terk edilmeden kaçınabilmek için alışılmamış yollara başvurumaktadırlar. Çoğunlukla manipülatif davranırlar (Köroğlu ve Bayraktar, 2010). Devamlı boşluk duygusu, dürtüsellik, öfkeyi kontrol etmede zorlanma,

kimlik kargaşası ve çözülme belirtileri gibi semptomlar da bu bozukluğun semptomları arasında yer almaktadır (Sohrabi ve Karaaziz, 2023). Aynı zamanda analitik olarak istismar temelli ilişki yapılarına sahiptirler. Yaşama biçimleri toplum normlarına uyumlu olmasına rağmen ayrıntılı olarak incelendiğinde yaşamlarında dağınıklık hakimdir. İlişkilerinde ve aktivitelerinde sabit kalmada zorluk yaşamaktadırlar. Durmadan iş değiştirme eğilimleri vardır. Yakın bir tablo eğitim açısı için de geçerlidir.

Çizgileri belirli olan aşk ve ilişki dizaynına sahip olamazlar. Cinsel partner tercihlerini rastgele yaparlar. Cinsel partner tercihlerinde devamlılık yoktur ve kısa zamanlı aşk ilişkileri yaşarlar. Cinsel istekleri, tek eşli cinsel birlikteliklerde yok olur. Sapkınlık düzeyinde cinsel düşüncelere sahip olabilirler ve yakın ilişkileri sürdürme kabiliyetleri düşüktür (Türk, 2020).

Bu bozukluğa sahip kişilerin bağımlı, depresyon, kaygılı, agorafobi, panik bozukluk, kayıp ve reddedilmeye eğilimli oldukları gerçekleştirilen araştırmalar sonucu ortaya konmuştur (Bayat ve Şengül, 2007).

Sınırdaki Kişilik Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım SKB'nin temel problemi ruhsal ve ego gelişimindeki bütünleştirme döneminde meydana gelen bir noksanlık sonucu olduğunu söylüyor (Tekin, 2021).

Mahler birleşme-ayrılma fazının alt basamaklarından rastgele birine yoğunlaşmanın az indirmeyi hedefleyen bir yaklaşım olduğunu, ödipal tesirlerin göz ardı edilmesinin bu durumu anlamayı güçleştirdiğini; Gunderson SKB olan hastaların aileleri ile alakalı ampirik çalışmalarının yeterli olmayan annelik ve babalık işlevinin yalnızca elişimin belli aşamaları için değil, çocukluk döneminin tümünde geçerli olduğunu gösterdiğini ifade etmektedir. Esmen, Rinsley ve Masterson'u haksız yere anneleri çokça suçladıklarını, bilişsel işlev bozukluğu gibi yapısal faktörleri göz önünde bulundurmamış olduklarından dolayı eleştirmektedir (Tunçelli, 2008).

Beck'in Bilişsel Davranışçı Kuramı

Beck'in kuramcısı olduğu bu yaklaşımda esas olan kişinin çevre ve hayatla ilgili algılamalarıdır. Bu algılar durumların yorumunu tesir ederek duygusal tepkiler ve davranışlar üzerinde önemli role sahiptirler. SKB olan kişilerde en temel üç algının; "Dünya tehlikeli ve zararlı bir yer", "Ben güçsüzüm ve zarar görebilirim" ve "Doğduğumdan beri kabul edilmeyen biriyim" olduğu gözlemlenmiştir. Bu algılar, kişinin daima dikkatli, kontrollü ve uyanık olması gerektiği sonucunu doğurur. Tehlike yaratabileceği düşünülen olaylara karşı fazla hassasiyet, tedbirlik, kaygı buna bağlı olarak ortaya çıkar ve savunmacı-uyanık tutumu gelişir. Diğer insanlar potansiyel olarak zarar verebilecek ve güvenilmezdir. Ayrıca siyah beyaz düşünme tarzı gibi saptırmalar da buna ilave edildiğinde, uyumsuz davranışlar ve ani değişiklikler meydana gelmektedir (Kutlu, 2020).

Nesne İlişkileri Kuramı

SKB'yi, nesne ilişkileri kuramı gelişimsel bir bozukluk olarak görmektedir. Çoğu önerme bu bozukluğun nedenini çocuk ve anne ilişkisi içinde aramaktadır. Aile kuramları buna karşılık olarak, erken çocukluk çağındaki ihmaller veya ailedeki yapısal bozukluktan kaynaklanan örseleyici olaylar sonucu meydana geldiğini iddia etmektedir (Tunçelli, 2008).

Freud'a göre dürtülerin -agresyon ve libido- daima bir başka bireyde, yani bir nesneyle bağlantılı şekilde deneyimlendiğine dikkat çekilmiştir (Clarkin vd., 2012).

Sınır Kişilik Bozukluğunun DSM-V Sınıflandırılması ve Tarihçesi

Sınır terimine 1880 senelerine kadar pek rastlanılmamıştır. Lombroso, 1870 senesinde delilik ile normallik arasındaki çizgide yer alan ve suç işleyen bazı vakaları açıklamıştır. Lombroso suç işleyen kişilerin sınırları bulunmadığından dolayı normal kabul edilmelerine katılmadığını, suç işleyen kişiler ele alarak yaptığı çalışmalarda belirtmiştir. O çağdaki isimlendirilmesiyle ilk sınır vakalar sosyopatlar şeklindedir. Açık açık bir akıl hastalığı görünümü göstermeyen fakat bununla beraber hiçbir zaman normallik çizgileri içinde de bulunmayan vakalar bundan az bir zaman sonra açıklanmaya başlanmıştır (Tunçelli, 2008).

İlk kez 1938 yılında psikanalist Adolph Stern borderline (sınır) kavramından bahsetmiştir. Sınır kavramını psikotik ve nevrotik belirtiler sergileyen bir grup hastayı açıklamak için kullanan Stern, aynı zamanda kişilerin fazla stres oluşturan bir durumla karşı karşıya kaldıklarında psikotik davranış ve düşünce şekilleri gösterdiklerini az bir zaman sonra ise sağlıklı işlevsellik düzeylerine geri döndüklerini belirtmiştir (Set, 2020). Bu kavram için 1941 senesinde Zilboorg; gerçeği değerlendirme yetisi olan ancak duygulanımda bozulmalar gösteren, çoğu zaman öfke atakları ile seyreden hafif şizofreni olarak açıklamıştır. 1942 senesinde Deutsch ise; sınır kavramını durmadan bir kimlik algısının olmadığı psikotik bir bozukluk şeklinde açıklamıştır. Polatin ve Hach ilerleyen zamanda pananksiyete, pan seksüalite, pan fobiden oluşmuş psödonörotik şizofreni ifadesini ileri sürmüştür. Melitta Schmiderberg SKB'nin bir karakter olduğunu söyleyen ilk kişidir. SKB'den, Sınır Kişilik Örgütlenmesi olarak söz eden isim ise Kernberg'tir (Beton, 2020). Kernberg, Sınır Kişilik Örgütlenmesi kavramını kullanarak kendilik tasarımı ve içselleştirilmiş nesnenin değişiklik ve niteliklerinin önemini altını çizmiştir (Tunçelli, 2008).

1970'li senelerde Singer ve Gunderson ilerleyen zamanda Zanarini, SKB'nin açıklayıcı semptomlarını temel alan çalışmaları gözden geçirerek SKB'nin; psikotik olmaya elverişli düşünce bozukluğu, manipülatif özellikli intihar girişimleri, kendilerine zarar verme, yutulma/terk edilme/yok olma kaygıları, ilgili olunmasını bekleme ve tedavi süresince başarılı olmama gibi açıklayıcı özelliklerini ifade etmişlerdir (Karakas, 2020).

1980 senesinde ilk kez DSM-III'te bir tanı kategorisi olarak yer almaya başlayan SKB, ilerleyen zamanda Gunderson bu tanıyı Kernberg'in gerçeklik algısını yitirmeyen ancak ilkel savunmaları sık sık kullanarak dissosiyatif çözümleri olan Sınır Kişilik Örgütlenmesi teriminden ayırmıştır. SKB'ye dürtüsellikle ve duygudurum bozukluklarında görülen semptomlarla alakalı semptomlar da eklenerek DSM-IV'te kapsamı genişletilmiştir. SKB'nin bu kapsamda bir duygudurum bozukluğu olduğunu savunan kişiler de bulunmaktadır (Beton, 2020).

DSM-V'te Sınır Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çığınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)

2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü.

3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.

4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. Para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)

5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.

6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).

7. Süreğen bir boşluk duygusu.

8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).

9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

Sınır Kişilik Bozukluğunun Tedavisi

SKB için en uygun tedavi biçiminin Amerikan Psikiyatri Birliği tedavi kullanım kılavuzunda psikoterapi olduğu ifade edilmiştir. Farmakoterapinin düşünlük ve akut dekompanasyon durumlarında hedef semptomlara karşı kullanabileceği belirtilmiştir. Psikoterapi ile birleştirilmiş farmakoterapinin en uygun tedavi olduğu fikri günümüzde oldukça yaygındır (Karakaş, 2020). SKB oldukça uzun süren bir tedavi sürecine sahiptir. Bu hastalığa sahip bireyler hastanede veya ayakta tedavi görmektedirler. Kişinin dürtüsellik nedeniyle kendine zara verme eğiliminde bulunması, bağımlılığa neden olacak maddeler kullanmış olması, atak geçirmesi ve gelişigüzel cinsellik yaşaması gerekmektedir (Tekin, 2021).

Psikoterapötik yaklaşımlar ele alındığında uygulanan yaklaşımların; Psikanalitik ve Psikanaliz Psikoterapiler 'den bilhassa Grup Terapisi, Şema Terapi, Aktarım Odaklı Psikoterapi ile Destekleyici Terapi ve Bilişsel Terapinin olduğu görülmektedir (Keyvan, vd., 2021).

Grup psikoterapilerinin bilhassa SKB'de, Bion ve Kernberg gibi kuramcılarının yaklaşımlarına göre sürdürülen grup terapi süreçlerinde ilkel olan savunma düzenekleri ve nesne ilişkilerine odaklanması, bu bozukluğu olan kişilerin psikoterapinin desteklediğini, güç verdiğini ve tamamladığını ifade etmiştir (Tekin, 2021).

SKB'nin tedavisinde farmakolojik yaklaşıma göre kullanılan; antikonvülzan, antipsikotik, benzodiazepin, antidepresan, lityum, anksiyolitik ve türlü duygudurum düzenleyicileridirler. Bu hasta grubundaki melankolik semptomların üzerinde antidepresan tüketiminin beklenildiği kadar etkili olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda antidepresan tüketiminin duygudurum düzenleyici ajanlardan divalproik asit öfke üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Mizaç semptomları üzerinde aripiprazol, diğer ilaçların aksine olumlu yönde etki göstermiştir.

SKB için tedavi biçimleri ele alındığında psikoterapötik ve psikofarmakolojik yaklaşımlarının ikisinden ayrı ayrı yararlanılmasının yanı sıra her iki yaklaşımın da bir arada kullanıldığı durumlar da olmaktadır (Keyvan, vd., 2021).

Şema Terapi Tanımı

Şema terapi modeli, Young ve arkadaşları tarafından bağlanma, nesne ilişkileri, bilişsel-davranışçı, gestalt ve yapılandırmacı psikanalitik yaklaşımları birleştirerek meydana gelen sistemli ve yenilikçi bir terapi modeli olarak açıklanmıştır (Beton, 2020). Kişilik bozuklukları veya kronik anksiyete veya depresif bozukluğu olan bireylerin özel gereksinimlerine uyarlanmak üzere standart bilişsel terapinin yeniden düzenlenmesi olarak da ifade edilebilir. Şema terapi modeli bireylerin duygusal dengeyi sağlayabilmelerinde, bireylere destek olabilmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır.

Erken dönem uyumsuz şemalar da şema terapinin içinde yer almaktadır. Şema modları, şema terapi modeline daha sonradan eklemiştir. Şema terapinin gelişim süreci incelendiğinde yapılan araştırmalar sonucu modların bu süreçte en temel kavramlardan biri olduğu görülmüştür. Şema terapi ve şema modu terapisi iki ayrı yaklaşım olarak alınmak yerine, şema modunun şema terapinin ileri bir bileşeni kabul edilir (Gök, 2020).

Şema Terapi Tarihçesi

Teknik ve teorik bir yaklaşım olan ŞT'nin kurucusu Jeffrey Young'tır. Teknik gözlemlerini göz önünde bulundurarak, uğraş verici ve kolay olmayan vakalar hakkındaki düşüncülerine de dayanarak meslektaşları ile birlikte bu yaklaşım geliştirip literatüre katmıştır. İlk etapta kişilik bozukluğuna sahip kişilere ve BDT'nin etkisinin yeterli olmadığı kronik zihinsel bozukluklu kişileri tedavi etmek amacıyla geliştirmiştir. Aynı zamanda yenilikçi bir tedavi yaklaşımlardan birisidir. ŞT ciddi ruh sağlığı problemleri olan kişiler için son zamanlarda gittikçe yaygınlaşan bir tedavi metot halini almıştır (Oğurlu, 2023).

Sınır Kişilik Bozukluğunda Şema Terapisi

SKB'de ŞT yöntemi türlü müdahaleler kapsayan üç tedavi evresinden meydana gelmektedir. Duygusal düzenleme ve bağlanma, şema modu değişikliği ve özerkliğin geliştirilmesi tedavinin üç evresini oluşturmaktadır. ŞT'de yararlanılan değişim dört temel mekanizmaya sahiptir. İlk olarak sınırlı ebeveynlikten oluşan bu mekanizmalar diyalog çalışması ve imgeleme, eğitim ve yeniden yapılandırma, son olarak da davranış örüntüsünü kırmadan meydana gelmektedir. Bahsi geçen mekanizmaların her biri tedavi evreleri için önemli role sahiptir. Ayrıyeten danışanların terapistleri ile iyi bir terapötik ilişki kurmaları, yaşamsal faaliyetlerinin farklılık göstermesi ve şema mod kavramsallaştırılması bu modelde en yararlı etkenlerden biridir (Keyvan vd., 2021).

İlgili Araştırmalar

Yapmış olduğu çalışmada Kutlu sınır kişilik bozukluğunun niteliklerini araştırmış olup, bu bozukluğun etiyolojisindeki sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlere dikkat çekilmiştir. Çocukluk dönemi yaşanan örseleyici olayların önemi üzerinde uzun seneler durulsa da SKB'nin gelişiminde yalnız başına rol oynamadığını ifade etmektedir. Bununla birlikte anlaşılması güç olan bu sendromu daha etkileşimsel bir model olan biyososyal teori ile daha iyi açıklanacağını bilindiğini belirtmiştir. Bu çalışma, SKB'de artış gösteren dürtüsellüğün yalnızca insanlar arası değil, toplumsal problemlere de yol açtığını, bununla birlikte suç ve şiddet oranlarının da yükselmesine sebebiyet verdiğini bildirmektedir. Erken çocukluk çağından itibaren toplumun risk faktörleri üzerinde bilinçlenmesin SKB düzeyini azaltmada önemi olduğunu ifade etmiştir (Kutlu, 2018).

2020 yılında yürütmüş olduğu araştırmada Set SKB'nin ciddi bir patolojik rahatsızlık olduğunda söz etmiştir. Araştırma çocukluk ile ergenlik çağındaki etkenlerden hangilerinin SKB'nin erişkinlik dönemindeki gelişimine öncülük ettiğini ortaya koymayı amaçlamıştır. Set bu nedenle araştırmasında SKB'yi tanımlamış, yaygınlığıyla ilgili çalışmalarını incelemiş ve ergenler için SKB'nin sebeplerini aktarmıştır (Set, 2020).

Tekin yapmış olduğu çalışmada SKB'nin meydana gelmesine sebep olabilecek faktörler başka kuramsal yaklaşımlar tarafından ele almıştır. Bu araştırmada SKB, nedenselliği ve psikolojik yaklaşımları üzerinde durulmuştur. Tekin'in bu çalışmasında bilişsel davranışçı yaklaşım, psikanalitik kuram, Bowlby'in bağlanma kuramının SKB'nin sebeplerine dair izah edilen fikirler ve şema modeli yer almaktadır (Tekin, 2021).

Başka bir çalışma da Beton tarafından yapılmıştır. Bu çalışma günümüzde SKB'nin oldukça rastlanan bir psikopatoloji olduğunu dile getirmiştir. Bu bozukluğun tanı ölçütleri DSM-V ve ICD-10 gibi tanılama sistemlerine göre belirlenmiş ve SKB'ye yönelik belirli yaklaşımların literatüre geçtiğini belirtmiştir. Şema terapi yönteminin de bu yaklaşımlardan birisi olduğu ifade etmiştir. Beton bu araştırmanın amacının SKB ve şema terapi ile ilgili bilgi vermek ve şema terapinin bu bozuklukta etkinliğini tartışmak olduğunu söylemiştir. Literatür taraması yöntemi bu çalışma için lazım olan bilgileri toplamada kullanılmıştır. SKB ve şema terapi ile ilgili alanyazında yer alan makale, kitap, dergi, doktora ve yüksek lisans tezlerinden faydalanılmıştır. İlgili literatür yardımıyla beraber şema terapi kavramı, şemaların alanları, şemaların temelleri, şema modları, borderline kavramı, bu bozuklukta şema terapisi kullanımı kavramlarından söz edilmiştir. Beton'un literatürdeki bilgiler ile sınırlandırdığı bu çalışmada SKB'nin şema boyutları açısından literatürde oldukça yararlı sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmektedir (Beton, 2021).

Gök'ün 2022 yılındaki çalışmasında şema modu yaklaşımı, sınırda kişilik bozukluğu tedavisi üzerindeki etkisi birbirinden farklı araştırmalarla ispatlanmış olan bütüncül bir model olduğu belirtilmiştir. Bu derleme çalışmasında Gök, sınırda kişilik bozukluğunun kökenlerini, sınırda kişilik bozukluğunda şema modlarının oluşma evresini ve bu ilgili modların sınırda kişilik bozukluğu teşhisi alan danışanların tedavi sürecindeki rolünü mevcut literatür ışığında ele almıştır. Sınırda kişilik bozukluğu tedavisinde şema mod yaklaşımının, geleneksel tedavi yöntemlerine kıyasla daha etkili sonuçlar sağladığını gösteren araştırmalar, tedavisi zor ve zaman alan bu bozukluk için önemli bir ilerleme olduğunu ifade etmiştir (Gök, 2022).

Sohrabi'nin Karaziz ile beraber yürüttüğü araştırmada ŞT'nin SKB'li kişiler üzerinde uygulanmasını incelemek amaçlanmıştır. Bu araştırmanın yöntemi sistematik derleme olup kullanılan herhangi bir ölçek ve yapılmış bir saha çalışması içermemektedir. Araştırmalar 2006 ve 2022 yılları arasında olup yalnızca İngilizce dilindeki araştırmalar ele alınmıştır. Araştırmacılar ŞT yönteminin SKB'li kişilerin tedavisinde iyileştirmeyi hızlandırması ve terapi sürekliliğini artırması sebebiyle hastalardaki semptomları yüksek düzeyde azaldığı ya da ortadan kalktığı sonucuna varmıştır. (Sohrabi ve Karaaziz, 2023).

Sonuç ve Öneriler

Genelde tedavi edilemez bir patoloji olarak görülen SKB için güncel araştırmalarda ŞT yönteminin tedaviye yanıt vermede ve hastaların iyileşme düzeyinde artış olduğu görülmektedir. ŞT yetişkinlik döneminde davranışların üzerinde etkisi olan ve çocukluk dönemindeki tecrübeler, gözlemler ve algılananları açıklamaktadır. SKB olan hastalarda bağımlılık, terk edilme, kusurluluk, duygusal yoksunluk, yetersiz öz bakım ve boyun eğcilik şemaları görülme olasılığı yüksektir. Şemaların hem ayrı ayrı hem de beraber görüldüğü hastalar vardır. Şema mod beraber görülen şemaları daha iyi açıklar. Şema modları beş mod ile anlatılır. Modlar kişinin durumuna göre şekil alır ve kesinlikten bahsetmez.

Kaynakça

- APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2012). Borderline kişiliğin psikoterapisi. *MK Helvacioğlu, Çev.). Kocaeli: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları.*
- Bayat, S., & Şengül, N. K. (2007). Kişilik Bozuklukları. *Bilge Kadın Araştırma Merkezi.*
- Beton, M. (2021). Borderline Kişilik Bozukluğunda Şema Terapisinin Etkinliği. *Academic Social Resources Journal*, 6(25), 861-873.
- Ertürk, İ. Ş., & Kaynar, G. (2017). Kişilik Bozukluklarında Şema Terapi Yaklaşımı. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(12), 97-114.
- Gök, A. (2022). Sınırdaki Kişilik Bozukluğunda Modları Anlama ve İyileştirme Üzerine Bir Derleme. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research.*
- Kahya, Y., Munguldar, K., & Gün, M. (2022). Borderline Kişilik Envanteri'nin Psikometrik Özelliklerinin Ergen Örnekleminde Sınanması. *Psikoloji Çalışmaları*, 42(2), 365-395.
- Karakaş, Ş. Sınırdaki kişilik bozukluğu tanılı olabilen impulsivite ve agresyonun serum ghrelin, D vitamini ve lipit yerleşimi ile ilişkisi.
- Keyvan, A., Ceylan, F., & Pamukcu, V. (2021). Borderline Kişilik Bozukluğu Üzerine Bir İnceleme. *Atlas Journal*, 7(42), 1976-1985.
- Koroğlu, E. (2010). Kişilik Bozuklukları. *Ankara: HYB Basım Yayın.*
- Kutlu, M. A. (2018). Borderline kişilik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5), 11-20.
- Oğurlu, F. E. Şema Terapi.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Set, Z. (2020). Borderline Kişilik Bozukluğunun Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi.*
- Sohrabi, A. K., & Karaaziz, M. (2023). Borderline Kişilik Bozukluğu ve Şema Terapinin Uygulanması Üzerine Sistemik Bir Derleme. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(9), 1123-1134.
- Şaşmaz, İ. B. (2014). *Erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme güçlüğünün borderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk üzerindeki yordayıcı etkisi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Tekin, M. (2021). Borderline kişilik bozukluğunun nedensellik ve psikolojik kuramlar açısından değerlendirilmesine dair bir gözden geçirme. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(04), 100-105.
- Tunçelli, B. (2008). *Sınır kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış kadınların benlik saygısı, öfke, kendini ayarlama ve kaygı değişkenleri bakımından karşılaştırılması* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Türk, ME (2020). Ergenlerde sosyal medya bağlantılarının kapsamı, akran ilişkileri ve kişilik oranları ile ilişkilerin incelenmesi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3 (5), 97-112.