

PAPER DETAILS

TITLE: Borderline Kisilik Bozuklugu: Bir Gözden Geçirme

AUTHORS: Mine ALGAÇ KUTLU

PAGES: 11-20

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/557420>

Derleme Makale
Review Article

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU: BİR GÖZDEN GEÇİRME

Mine ALGAÇ KUTLU*

Öz: Bu çalışmada Borderline Kişilik Bozukluğunun (BKB) özellikleri incelenmiş, etiyolojisindeki psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörler üzerinde durulmuştur. Çocukluk çağı travmalarının önemi uzun yıllar vurgulansa da, BKB gelişiminde tek başına ağırlık taşımadığı, daha etkileşimsel bir model olan biyososyal teorinin bu karmaşık sendromu anlamada daha açıklayıcı olduğu bilinmektedir. BKB’de artmış dürtüsellik kişiler arası olduğu kadar, toplumsal sorunlara da yol açmakta, şiddet ve suç oranlarının artmasına neden olmaktadır. BKB oranını azaltmak için, erken çocukluk döneminden itibaren, risk faktörleri üzerinde toplumun bilinçlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Biyososyal Teori, Duygusal Hassasiyet, Duygusal Kırılganlık, Dürtüsellik, Geçersiz Çevre.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A REVIEW

Abstract: This study reviews the features of borderline personality disorder (BPD) and psychological, biological and social factors underlying its etiology are discussed. Despite earlier strong emphasis on the importance of early childhood trauma, it is not the only factor in BPD development and biosocial theory, as an interactive model, is more descriptive in understanding such a complex syndrome. Increased impulsivity in BPD has both interpersonal and social implications, and causes high rates of violence and crime. In order to decrease the incidence of BPD, It's important to increase awareness in the society about the risk factors of BPD starting from early childhood.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Biosocial Theory, Emotional Dysregulation, Emotional Vulnerability, Impulsivity, Invalidating Environment.

I. Giriş

Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB), genç erişkinlik döneminde başlayan, aşırı dürtüsellik, duygulanımda ve kişiler arası ilişkilerde dengesizlik, benlik algısında yetersizlik ve terkedilmeye karşı aşırı hassasiyet ile karakterize bir sendromdur (APA, 2013; Sargın ve Sargın, 2015). Toplumda görülme sıklığına ilişkin veriler %1,2 ile %6 arasında değişmektedir (Grant ve ark., 2008). Ülkemiz alan yazınında ise yaygınlığına ilişkin geniş örneklemli bir çalışma olmamakla birlikte, çocuk yetiştirmeye ilişkin ebeveyn tutumları göz önünde bulundurulduğunda, bu oranın daha yüksek olabileceği düşünülebilir.

APA’nın DSM 5 sınıflandırmasına göre BKB tanısı koyabilmek için erken ergenliğin başından itibaren birçok bağlamda kendini gösteren aşağıdaki 9 kriterden 5’inin ya da daha fazlasının varlığı gereklidir (APA, 2013): 1)Terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çaba gösterme 2)Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler

* İstanbul Şehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi. e-mail: kutlu_mine@yahoo.com

Geliş Tarihi: 01 Aralık 2017

Received: 01 December 2017

Kabul Tarihi: 10 Nisan 2018

Accepted: 10 April 2018

3)Kimlik karmaşası 4)Kendine kötülüğü dokunacak en az iki dürtüsellik (para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araç kullanma vb.) 5)Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmalar 6)Duygulanımda tutarsızlık 7)Süreğen bir boşluk duygusu 8)Uygunsuz yoğun öfke, öfke denetiminde güçlük 9)Zorlanmayla ilişkili gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.

BKB’da başkalarına karşı tutumlar ve duygular hızlı ve anlaşılabilir bir biçimde sertçe değişebilir (Kring, Johnson, Davison ve Neale, 2017). BKB’daki negatif ruh hali değişikliklerinin, majör depresif bozukluktan daha ani, büyük ve beklenmedik olduğu gösterilmiştir (Trull, Solhan, Tragesser, Jahng, Wood, Piasecki ve Watson, 2008). Yoğun öfke nöbetleri kişiler arası ilişkiler açısından önemli bir sorundur. Başkalarının ufak duygu belirtileri bile onlar için büyük hassasiyet taşır (Lynch, Rosenthal, Kosson, Cheavens, Lejuez, ve Blair, 2006). BKB olan kişiler sıklıkla, dürtüselliklerinin fazla olması nedeniyle, kumar oynama, tehlikeli cinsel birliktelikler yaşama, aşırı yeme, madde kullanımı gibi uç noktalarda davranışlar sergileyebilirler. Açık ve uyumlu bir benlik bilinci gelişmediği için değerler, bağlılık ve kariyer seçimi gibi temel konularda büyük sıkıntılar yaşayabilirler. Yoğun terk edilme korkusu nedeniyle yalnız kalmak istemezler. Eğer terk edilirlerse öfke nöbetleri geçirebilir, kendilerine veya başkalarına zarar verebilir veya depresyona girebilirler (APA, 2013).

İntihar olgusu BKB hastalarıyla yakından ilişkili olup, bir çalışmada 20 yılı aşkın bir dönemden sonra bu hastaların %7,5’unun intihar ettiğini göstermiştir (Linehan ve Heard, 1999). BKB tanısı almış 621 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da bu hastalardan %15,5’unun daha önceki yıllarda en az bir kez intihara teşebbüs ettiği gösterilmiştir (Yen, Shea, Pagano, Sanislow, Grilo, McGlashan ve Morey, 2003).

BKB olan hastalar intihar niyeti olmadan çeşitli kendine zarar verme eylemleri de sergileyebilirler. Jiletle kollarını bacaklarını kesebilirler ya da sigarayla bedenlerini yakabilirler. Bu davranışlar zararlı ancak ölüme yol açmayacak kendini cezalandırma davranışlarıdır. BKB hastalarının en az üçte ikisi, hayatlarının bir döneminde bilerek kendilerine zarar verirler (Stone, 1993; Oldham, 2006; Cristea, Centili ve Cotet, 2017).

BKB özelliklerinde önemli bir yere sahip olan dürtüsellik beraberinde riskli, planlanmamış, aniden gelişen ve istenmeyen sonuçlara yol açabilecek davranışları getirir (Yazıcı & Yazıcı, 2010). Dürtüsellik hızla duygusal değişkenliğe yol açarak şiddet davranışı için zemin oluşturur (Edwards, Scott, Yarvis, Paizis ve Panizzon, 2003). Sansone ve arkadaşlarının mahkumlarla yaptığı çalışmalarda, bu kişilerin %25-%50’sinin BKB’na sahip olduğu bulunmuştur. Suçlar arasında ahlak dışı uygunsuz davranışlar, basit veya nitelikli saldırı, madde kullanımına bağlı ihlaller ve halka açık yerde sarhoşluk bulunmaktadır (Sansone, Lam ve Wiederman, 2012). Bir başka çalışmada ise BKB olanların %58’inin ‘bazen’ ya da ‘sık sık’ fiziksel kavgalara karıştıkları, %25’inin başkalarına karşı silah kullandığı gösterilmiştir (Soloff, Meltzer ve Becker, 2003).

BKB olan hastaların dörtte üçü 10-15 yıl sonra tanı kriterlerini karşılamazlar (Zanarini, Frankenburg, Hennen ve Silk, 2006). Birçoğu da 40 yaş itibarıyla artık tanı kriterlerini karşılamaz (Paris, 2002). Öfke ve

dürtüsellikle kıyaslandığında, kendine zarar verme ve intihar davranışı daha hızlı yok olur (Zanarini ve ark., 2006).

BKB hastaları genellikle depresyon, anksiyete ve madde kullanımı ile eştanı alırlar. Duygu durum bozuklukları yaşam boyu hastaların %96'sında görülerek ilk sıraya yerleşir: depresyon oranı %71-%83 arasındadır. Anksiyete bozuklukları %88 ile depresyonu takip eder: %34-%48 oranında panik bozukluk ve %47-%56 oranında PTSSB görülür. Alkol ve madde bağımlılığı %50-%65 arası, yeme bozuklukları ise %7-%26 arasında rapor edilmiştir (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin ve Reynolds, 1998).

Dikkat eksikliği ve hiperaeraktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda ileride birçok psikiyatrik problemin yanısıra BKB geliştiği de görülmüştür (Sevinç, Şengül, Çakaloz ve Herken, 2010). Philipsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şiddetli BKB semptomları olan hastaların öykülerinde büyük oranda çocukluk DEHB bulunduğunu göstermişlerdir. DEHB olan çocukların maruz kaldığı duygusal yoksunluk ve istismarın şiddeti BKB nin gelişimini belirlemektedir (Philipsen, Limberger, Lieb, Feige, Kleindienst, Ebner-Priemer, Barth, Schmahl ve Bohus, 2008).

II. BKB ve Etiyolojik Yaklaşımlar

Birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi BKB'nin gelişiminde de biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere farklı faktörlerin rol oynadığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Paris, 2009). Bu gözden geçirmede genetik ve biyolojik yaklaşımların yanısıra farklı psikolojik kuramlar da incelenmiştir. Ancak hiçbir yaklaşım BKB gibi karmaşık bir sendromun etiyolojisini açıklamakta tek başına yeterli değildir. Linehan'ın biyososyal teorisi BKB oluşumunu biyolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi ile açıkladığından, bu gözden geçirmede üzerinde biraz daha derinlemesine durulmuştur.

A.Beck'in Bilişsel Davranışçı Kuramı

Bu yaklaşımda insanın yaşam ve çevre ile ilgili algılamaları esastır. Bu algılar olayların yorumunu etkileyerek davranışlar ve duygusal tepkiler üzerinde önemli rol oynarlar. BKB olan bireylerde en temel üç algının; “Dünya tehlikeli ve zararlı bir yer”, “Ben güçsüzüm ve zarar görebilirim” ve “Doğduğumdan beri kabul edilmeyen biriyim” olduğu görülmüştür. Bu algılar, bireyin her zaman temkinli olması, uyanıklığı elden bırakmaması ve kontrollü olması sonucunu doğurur. Buna bağlı olarak kaygı, tehlikeli olabileceği düşünülen durumlara karşı aşırı hassasiyet, tedbirlilik ortaya çıkar ve uyanık-savunmacı tutum gelişir. Başkaları güvenilmez ve potansiyel olarak zarar verebilecek kişilerdir. Buna siyah beyaz düşünme tarzı gibi çarpıtmalar da eklendiğinde ani duygusal değişiklikler ve uyumsuz davranışlar ortaya çıkmaktadır (Beck, 1995; Beck ve Freeman 1990).

B.Psikanalitik Kuram

Borderline ve narsistik yapılar aynı spektrumun farklı uçları olarak ele alınır (Anlı ve Bahadır, 2012). Kendilik psikolojisinin kurucularından Kohut'un narsizm ile ilgili görüşleri BKB'a ışık tutmaktadır. Kohut'a göre narsizm sağlıklı bir gelişimsel yapıdır. Narsistik gelişim iki hat üzerinden olur: “Büyükleme Kendilik” ve “İdealleştirilmiş Ebeveyn İmagosu”. Bu iki hat

birbirine paralel olarak gelişir ve çocuğun değer, amaç ve ideallerinin oluşmasını sağlar. Bu aşamada bakımverenler tarafından ihtiyaçlar karşılanmazsa travmatik hayal kırıklıkları oluşur. Eğer bu hayal kırıklıkları “idealleştirilmiş ebeveyn imagosu” hattında ise, kaygılı anlarda birey kaynaşmak istenen güç kaynağı ile savunmacı-büyüklenmeci kendilik arasında kalmaktadır. Yaşanan hayal kırıklıkları nedeniyle, bakım verenin yatıştırıcı-sakinleştirici özellikleri içselleştirilemez, tehlike hissedilme anında dağılma ve borderline kişilik özellikleri ortaya çıkar (Kohut, 1971).

C.Şema Modeli

Young tarafından geliştirilen şema modelinde ise çocukluk döneminde temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması; fiziksel, sözel, cinsel travmalar; bakım verenle ilişkinin kalitesi gibi faktörler erken dönem uyumsuz şemaların ortaya çıkmasına neden olur. Şema modelinden tanımlanan 18 şemanın tümünün BKB’de görüldüğü belirlenmiştir. Bu şemalar arasında en belirgin olanlar terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk, boyun eğcilik, kusurluluk, cezalandırılma olabilir. Bu şemalarla başa çıkabilmek için birey modlar geliştirir. BKB’de en yaygın görülen beş mod terk edilmiş çocuk, öfkeli çocuk, kopuk korungan, cezalandırıcı ebeveyn ve sağlıklı yetişkin modlarıdır. Modlar arası hızlı geçişler duygu durum değişikliklerini ve dürtüsellliği açıklamaktadır. Modun özelliğine göre de madde kullanımı, aşırı yeme, kontrolsüz para harcama, tehlikeli cinsellik gibi davranışlar ortaya çıkar. Şema terapi ile hedef, ilk başta çok zayıf olan veya hiç olmayan sağlıklı yetişkin modunu güçlendirmektir (Young, Klosko ve Weishaar, 2017).

D.Genetik Faktörler

Aile öyküleriyle yapılan çalışmalar BKB gelişiminde genetik etkinin de önemli olabileceğini göstermiştir. Genetik geçiş BKB’da %40’a kadar etkili olabilmektedir. Genetik hassasiyetin ve TPHi genine bağlı serotonerjik fonksiyon bozukluğunun BKB riskini artırabileceği öngörülmektedir (Courtney-Seidler, Klein ve Miller, 2013). Willson’un çalışması da BKB olan ve çocukluk çağı istismarı olan bireylerde TPHi gen mutasyonuna işaret etmektedir (Willson, Stanley, Brent, Oquendo, Huang ve Mann, 2009). Diğer bazı çalışmalar da TPHi polimorfizmi ile intihar ve kendine zarar verme davranışları arasında bağlantı bulunmuştur (Bellivier, Chaste ve Malafosse, 2004; Pooley, Houston, Hawton ve Harrison, 2003). Bu bulgular dopamin, MAO ve vazopresin gibi nörotransmitter sistemlerindeki yetersizliğin BKB özellikleriyle bağlantılı olmasını da doğrulamaktadır (Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009).

E.Nörobiyolojik Faktörler

Nörobiyolojik görüntüleme yöntemleri ile korteksin belli bölümlerindeki gri madde azalması ve amigdala faaliyetinde artış, prefrontal korteks ile amigdala arasındaki bağlantının bozulması gibi nörobiyolojik bulgulara ulaşılmıştır. Amigdala duygu tepkiselliği ile güçlü ilişkisi olan bir beyin bölgesidir. Amigdalanın faaliyetinin, aralarında duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluğunun bulunduğu, yoğun duygusallığın görüldüğü çeşitli bozukluklarda arttığı gözlemlenmiştir. BKB olan insanlarda da

amigdala faaliyetinde artış görülmektedir. Amigdala etkilenimi, BKB'daki duygulanım bozukluğunun anlaşılmasında önemli bir yere sahip olabilir (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017).

F.Bowlby'nin Bağlanma (*Attachment*) Teorisi

Bowlby (1988) bağlanmayı, insanların zorlu zamanlarda kendileri için önem teşkil eden kişilere yakın olmak ve bu yakınlığı sürdürmek için geliştirdikleri duygusal bağ olarak tanımlamıştır. Bebek için ilk bağlanma nesnesi, ilk bakım veren kişidir. Bakım veren kişi ile bebek arasındaki göz, ten ve ses ile kurulan bu duygusal bağ hem bakım veren, hem de bebekte birbirine ait olma ve bütün olma duygusu yaratır. Erken dönemde bakım veren ile bebek arasında doyurucu ve yeterli bir bağlanma gerçekleşirse (güvenli bağlanma), bireyin çevresine uyum sağlama ihtimali artar, sosyal ilişkilerde veya psikolojik açıdan problem yaşama olasılığı azalır (Sable 2008). İhtiyaçların sağlıklı biçimde karşılanmaması sonucunda da güvensiz bağlanma (*insecure attachment*) gelişir (Bowlby, 1988). Güvensiz bağlanma olan çocuklar bakım verenin imgesini tam olarak oluşturamadıklarından, yokluğunda kendilerini sakinleştiremezler, kaygılı görünürler ve güven sorunu yaşarlar. BKB'ndaki patolojiyi açıklamak için Bowlby'nin kuramı birçok araştırmacıya yol gösterici olmuştur. Gunderson (1996) Borderline patolojisinin çekirdeğini "Yalnızlığa Tahammül Edememe"nin oluşturduğunu ve erken bağlanma sorunlarına bağlı olarak kişinin kendi kendini yalnızlık durumunda "sakinleştiremediğini" öne sürmüştür. Borderline kişilerin davranış özelliklerini güvensiz bağlanmış bir çocuğun abartılı reaksiyonlarına benzetir. Örneğin, başkalarına sıkı sıkı yapışma, bağımlılık ihtiyaçlarından dolayı korku, terkedilme endişesi ve bağlanılan/bakım veren kişinin yakınlığının sürekli kontrol edilmesi.

G.Çocukluk Dönemi Travmaları

Özellikle son 30 yılda yapılan araştırmalar çocukluk çağı travmalarının birçok kişilik bozukluğu gelişiminde olduğu gibi BKB'da da önemli rol oynadığını ortaya koymuştur. Erken dönem çalışmalar bu travmalar arasında daha çok ebeveyn ayrılığı, ebeveyn kaybı, ebeveyn ilgi ve korumadaki yetersizliğinin üzerinde durur (Bradley, 1979; Walsh, 1977; Goldberg, Mann, Wise ve Segall, 1985). Ancak 1990'lardan sonraki araştırmalar daha çok çocukluk dönemi cinsel istismarı üzerine yoğunlaşmıştır. BKB bir travma spektrum bozukluğu olarak değerlendirilmiş ve BKB olan hastaların çocukluk öykülerinde cinsel istismar oranının yüksekliğine dikkat çekmişlerdir (Menon ve ark., 2016). Cinsel istismar bir bağlanma figürü tarafından (high betrayal trauma) gerçekleştirildiğinde ise (ebeveyn veya başka bir yakın bakım veren) travmanın etkileri çok daha şiddetli olmakta, amneziler ortaya çıkmakta (Freyd, 1996) ve BKB gelişimi için nedensel bir rol oynamaktadır (Herman, Perry ve van der Kolk, 1989).

Çocukluk çağı istismarı ve özellikle cinsel istismar BKB gelişimi için önemli bir belirleyici olmakla birlikte her travma yaşayan çocukta BKB gelişmeyebilir. Aynı şekilde her BKB hastasının çocukluğunda da travma öyküsü bulunmayabilir (Graybar ve Boutillier, 2002). Bu noktada Linehan'ın Biyososyal Teorisi BKB etiolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal

faktörlerin etkileşimini vurgulayarak konuya kapsamlı bir yaklaşım getirmektedir.

H.Linehan'ın Biyososyal Teorisi

Diyaletik Davranışçı Terapi Kuramının öncülerinden Marsha Linehan tarafından geliştirilen Biyososyal Teoriye göre BKB duygu düzenleme sistemindeki bir bozukluktan kaynaklanmaktadır. BKB olan bireyler, biyolojik bir yatkınlık nedeniyle duygusal kırılganlıkları (emotional vulnerability) yüksektir ve duygularını düzenlemede yetersiz kalırlar. Bu yetersizlik, geçersiz bir çevre (invalidating environment) ile etkileşime girdiğinde BKB gelişimi için gerekli zemin hazırlanmış olur (Linehan, 1993).

Duygusal Kırılganlık (Emotional Vulnerability)

Yüksek duygusal hassasiyet, yüksek duygusal tepkisellik (hızlı ve güçlü reaksiyonlar) ve duygusal başlangıç noktasına (baseline) yavaş geri dönüş olarak tanımlanabilir. Duygusal kırılganlık, yüksek duygusal hassasiyet, duygusal tepkilerin hızlı ve güçlü olması ve duygusal başlangıç seviyesine (baseline) yavaş geri dönüş olarak tanımlanabilir (Linehan, 1993). Nörobiyolojik çalışmalar, duygusal kırılganlığın temelinde fonksiyonu bozulmuş serotonerjik aktivite, anormal beyin elektriksel aktivitesi ve düzensiz REM olduğunu göstermektedir. Ayrıca amigdala ve hipokampus, prefrontal lob ve korteks hacminin de azaldığı gösterilmiştir. BKB olan kişilerin negatif uyaranlara daha hassas oldukları ve duygu algılamasında olumsuz değerlendirmenin daha ön planda olduğu görülmüştür (Courtney-Seidler ve ark., 2013).

Geçersiz Çevre (Invalidating Environment)

Geçersiz bir çevrede bireyin duyguları dikkate alınmaz ve birey saygı görmez. Bireyin duygularını ifade etme çabaları görmezden gelinir ve hatta birey cezalandırılabilir. Geçersizliğin en uç denebilecek şekli, cinsel ya da cinsel olmayan ve istismarcı ebeveynin çocuğu çok sevdiğini iddia ettiği ancak yine de çocuğa zarar verdiği istismardır (Kring ve ark., 2017).

Varsayılan iki etken, duygusal kırılganlık ve geçersiz çevre, birbirleriyle dinamik bir şekilde etkileşime geçer. Örneğin, duygusal kırılganlığı olan çocuk, ailesinden ciddi taleplerde bulunur. Bu durumdan usanan ebeveynler, çocuğun bu gibi patlamalarını ya görmezden gelir ya da çocuğu cezalandırır. Bu eylemler çocuğun duygularını bastırmasına neden olur. Bastırılan duygular bir patlama olacak şekilde birikir ve takip eden her duygusal patlama ebeveyn tepkisi ile karşılaşarak pekişir (Kring ve ark., 2017).

Duygularını düzenleyemeyen bireyde kendine zarar verme, intihar, agresyon, madde kullanımı gibi davranışlar gelişir (Courtney- Seidler ve ark., 2013).

I.Tedavi

BKB tedavisinde diyaletik davranış terapisi, transferans odaklı psikoterapi, şema terapi, kognitif analitik terapi tercih edilebilir (Courtney-Seidler ve ark., 2013). DDT'nin standart tedavi protokolünde bireysel terapi, beceri eğitimi, telefon görüşmeleri ve konsültasyon ekibinin toplantıları yer alır (Sargın ve Sargın, 2015). Şema terapide ise terapist sınırlı yeniden ebeveynlik yaparak ihtiyaçları karşılanmamış ve terk edilmiş çocuğun ihtiyaçlarını

karşılamaya, öfkeli ve dürtüsel çocuğun taleplerine sınır koymaya ve cezalandırıcı ebeveyni devre dışı bırakmaya çalışarak bireyin sağlıklı yetişkinini güçlendirmeyi hedefler (Young ve ark., 2017).

III. BKB ve Toplumsal Sorunlar

BKB sonuçları itibarıyla toplumsal açıdan önem taşıyan bir sorundur. İlişki problemleri, yeniden mağduriyet kavramı, şiddet, yüksek suç oranları bunlardan bazılarıdır.

BKB ve Suç

Aşırı otonomik uyarılma ile bağlantılı olan dürtüsellik, hızlı duygusal değişikliğe neden olarak şiddet davranışına zemin hazırlar (Edwards, Scott, Yarvis, Paizis ve Panizzon, 2003). Dürtüsellik beraberinde planlanmamış, bulunulan ortama uygun olmayan, sonuçları düşünülmemiş, zararlı davranışları da beraberinde getirir (Yazıcı ve Yazıcı, 2010). Öfke, dengesiz duygulanım, yetersiz risk değerlendirme kapasitesi, dürtüsellik ve reddedilme korkusu ile birleştiğinde şiddet için gerekli zemin hazırdır (Sinnamon, 2014). BKB olanlar, antisosyal kişiliklerdeki amaç yönelimli öfkeden farklı olarak patlayıcı-dürtüsel bir saldırganlık gösterirler (Barros ve Serafim, 2008). Sonuç olarak kendini yaralama, aile içi şiddet, intihar, başkalarına veya mala zarar verme gibi suç davranışları ortaya çıkar.

BKB ve Yeniden Mağduriyet Kavramı

BKB olan bireylerin yakın ilişkilerde yaşadıkları zorlu yaşantıları düşünüldüğünde, yeniden mağduriyet (reviktimasyon) konusu önem kazanmaktadır. BKB olan bireyler duygu düzenlemede zorluk, şiddete yönelik ve dürtüsel davranış, terk edilmeyi önlemek adına yoğun çabalar göstermeleri nedeniyle travma mağduru olabilirler (şiddet veya cinsel istismar). Yine BKB olan kadınların değişik partnerlere maruz kalmaları nedeniyle şiddet mağduru olma ihtimalleri artmaktadır (Oruçlular, 2016).

IV. Sonuç

BKB çok faktörlü etiyojolojiye sahip bir kişilik bozukluğudur. Tedavisi, birçok psikolojik sorunla kıyaslandığında uzun ve zahmetlidir. Toplum üzerindeki yansımaları da BKB'ı farklı bir yere oturtmaktadır. BKB'nun tedavisi ve önlenmesi sadece ruh sağlığı uzmanlarının sorumluluğunda olmayıp, ailelerin, resmi kuruluşların, eğitimcilerin ve ilgili birçok kesimin de ilgi alanında olmalıdır.

Ülkemizde çocuk yetiştirmede, anlamaya ve eşlik etmeye değil, itaat etmeye ve cezalandırmaya yönelik geleneksel ebeveyn tutumları göz önünde bulundurulduğunda; her ne kadar çocukluk çağı cinsel istismarının yaygınlığı konusunda net rakam olmasa da, oranın yüksek olduğu düşünüldüğünde, uluslararası BKB oranından daha yüksek bir orana sahip olduğumuz tahmin edilebilir.

Çocukluk döneminde duygu düzenleme sorunları ve DEHB olan çocukların erken dönemde teşhis edilip, takiplerinin, bireysel tedavilerinin, aile eğitimlerinin yapılması önemlidir. Bu çocuklar için özel eğitim programları ve kurumlarının yaygınlaştırılması sağlanabilir.

Anne-Baba Okulları ile çocuk sahibi olmayı planlayan ailelere ön eğitim verilmesi de önleyicilik açısından önemli bir adımdır. Yeniden

mağduriyet kapsamında, BKB olan veya özellikleri taşıyan bireylerin ortamlarını değiştirmek, becerilerini zenginleştirmek, kendilerini mağdur edecek kişilerden uzaklaşmasını sağlamak veya uygun partner seçmeleri konusunda yol göstermek gerekir.

Kaynakça

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual disorders. Washington, DC: Author.
- Anlı, İ., bahadır, G. (2012). Kendilik psikolojisine göre narsisistik ve sınır kişilik bozukluğu. Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 27, 1-12.
- Barros, D.M., Serafim, A.P. (2008). Association between personality disorder and violent behavior pattern. Forensic Sci Int, 179, 19-22.
- Beck, A.T., Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1995). Cognitive therapy basics and beyonds. New York: Guilford Press.
- Bellivier, F., Chaste, P., Malafosse, A. (2004). Association between the TPH gene A218C and suicidal behavior. A meta-analysis. American Journal of Medical Genetics: PartB Neuropsychiatric Genetics, 124B, 87-91.
- Bowlby, J. (1988). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic Books.
- Bradley, S.J. (1979). The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: A pilot study. Am J Psychiatry, 136, 424-426.
- Comprehensive Psychiatry, 53(2), 176-180.
- Courtney-Seidler, E.A., Klein, D., Miller, A.L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. Clin Psychol Sci Prac, 20, 425- 444.
- Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder- A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 74(4), 319-328.
- Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A biosocial developmental model of borderli ne personality: Elaborating and extending Linehan's theory. Psychological Bulletin, 135, 495-510.
- Edwards, D.W., Scott, C.L., Yarvis, R.M.,Paizis, C. L., Panizzon, M.S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder and spousal violence. Violence and Victims; New York Vol. 18, Iss. 1, : 3-14.
- Freyd, J.J., DePrince, A.P., Gleaves, D.H. (2007). The state of betrayal trauma theory: reply to McNally-conceptual issues, and future directions. Memory, 15, 295-311.
- Goldberg, R.L., Mann, L.S., Wise, T.N., Segall, E.A. (1985). Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. Hillside J Clin Psychiatry, 7, 134-140.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson F.S., Saha, T.D., Ruan, W.J. (2008). Prevalance, 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(4), 533-545.

- Graybar, S.R., Boutulier, L.R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychother Theory Res Pract Train*, 39(2), 152-62.
- Gunderson, JG. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatr*, 153, 752-758.
- Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Kohut, H. (1971). *Kendiliğın Çözümlemesi*. İsyenbul: Metis Yayınları.
- Kring, A.M., Johnson, S.L., Davison, G., Neale, J. (2017). *Anormal Psikolojisi/Psikopatoloji*. İstanbül: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive -behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), *Cost- effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers* (pp. 291-305). New York: Oxford University Press.
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C.W., & Blair, R.J.R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655.
- Menon, P., Chaudhari, B., Saldanha, D., Devabhaktuni, S., Bhattacharya, L. (2016). Childhood sexual abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Industrial Psych Journal*, 25, 101-106.
- Oldham JM. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Oruçlular, Y. (2016). Sınırdaki kişilik bozukluğunun nedeni ve sonucu olarak kişiler arası travma: Gözden geçirmeye dayalı bir model önerisi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(37), 76-88.
- Paris, J. ((2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290.
- Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 315-323.
- Philipsen, A., Limberger, M.F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., Barth, J., Schmahl, C., Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 118-123.
- Pooley, E.C., Houston, K., Hawton, K., Harrison, P.J. (2003). Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPHA779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychological Medicine*, 33, 775-783.
- Sable, P. (2008). What is adult attachment? *Clin Soc Work J*, 36, 21-30.

- Sansone, R.A., Lam, C., Wiederman, M.W. (2012). The relationship between illegal behaviors and borderline personality symptoms among internal medicine outpatients.
- Sevinç, E., Şengül, C., Çakaloğlu, B., Herken, H. (2010). Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eşitlik. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47(2), 139-143.
- Sinnamon, G.C.B. (2014). Psychopathology and criminal behavior (chapter 11). In: Petherick W. Ed. *Applied crime analysis: A social science approach to understanding crime, criminals and victims*. 1st ed, Academic Press, 242-244.
- Soloff, P.H., Meltzer, C.C., Becker, C. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 123(3), 153-163.
- Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York: W W Norton & Co.
- The tryptophan hydroxylase-1 A218C polymorphism is associated with diagnosis, but not suicidal behavior, in borderline personality disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 150B, 202-208.
- Trull, T.J., Solhan, M.B., Tragesser, S.L., Jahng, S., Wood, P.K., Piasecki, T.M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 647-661.
- Walsh, F. (1977). *The family of the borderline patient*. New York: Jason Aronson.
- Wilson, S.T., Stanley, B., Brent, D.A., Oquendo, M.A., Huang, Y.Y., Mann, J.J. (2009).
- Yazıcı, K., Yazıcı, A.E. (2010). Dürtüsellikğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:254-280.
- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C. (2003). Axis I and Axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 375-381.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar M.E. (2017). *Şema Terapi*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.