

Borderline Kişilik Bozukluğu

Uz. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR*, Dr. Banu IŞIK*

Özet

Borderline kişilik bozukluğu, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu bir kişilik bozukluğudur. Bu yazıda borderline kişilik bozukluğunun temel özellikleri ve bu hastalara yaklaşım biçimi sunulmaktadır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2000;4:44-49

Borderline (sınırdan) kişilik bozukluğu nevroz ve psikoz arasında yer alan, değişken duygulanım, duygudurum, davranış, insan ilişkileri ve benlik imajı ile karakterize bir kişilik bozukluğudur. Bu bozukluk için "ambulator şizofreni", "miş gibi kişilik" (as if personality), "psödonörotik şizofreni" ve "psikotik karakter" gibi adların kullanıldığı olmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-IV'de borderline kişilik bozukluğu adlandırılması kullanılırken, ICD-10'da duygusal olarak değişken kişilik bozukluğu adı tercih edilmiştir.

Kişilik Bozukluğu Nedir?

Allport kişiliği bireyin çevreye uyumunu sağlayan dinamik organizasyon şeklinde tanımlamıştır. DSM-IV'de kişilik bozukluğu, bireyde kendisini öznel sıkıntı ve/veya toplumsal-mesleki işlevsel bozuklukla or-

taya koyan biçimde uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olması biçiminde tanımlanmıştır.

Borderline Kişilik Bozukluğunun Özellikleri

DSM-IV'de borderline kişilik bozukluğu, aşağıdaki ölçütlerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu sürekli bir örüntü olarak tanımlanmıştır:

1. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme,
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişiler arası ilişkiler,
3. Kimlik karmaşası: Belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duygusu,

* SSK Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik,
5. Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da öz kıyım davranışı,
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif dengesizlik,
7. Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme,
8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkeyi kontrol altında tutamama,
9. Stresle ilişkili, gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır disosiyatif semptomlar.

Borderline Kavramının Tarihi

Borderline terimi ilk olarak, klinisyenlerin teşhisten emin olmadıkları, nörotik ve psikotik belirtileri bir arada gösteren hastalar için kullanılmıştır. Birçok klinisyen için bunlar nörotik psikotiğin sınırında duran kişilerdir. İlk kez 1930'ların sonlarında, ABD'de, bu vakalar için 'borderline' terimi kullanılmaya başlandı. Aynı zamanda, bu vakaların şizofreniye yakın oldukları düşünüldüğünden, 'borderline şizofreni', 'latent şizofreni', 'psödonörotik şizofreni' gibi adlar önerildi. Bu yüzyılın ortalarında, terim, başlıca iki anlama işaret ediyordu:

1. Başlangıçta analiz edilebilir görünmesine ve yakın incelemeyle psikozu olmamasına karşın analitik psikoterapiye direnç,
2. Bir başlangıç, zayıf veya atipik bir form biçiminde şizofreniye giden bir durum.

Bazı durumlarda da bu terim, teşhisinde zorlanılan veya psikotiğe yakın görülen hastalar için kullanıldı. Stern, Knight, Gunderson, Singer, Kernberg ve Masterson gibi psikodinamik yönelimli çağdaş yazarlar ise, bir kişilik yapısı olarak bu kavramı kullandılar.

Günümüzde borderline teriminin psikiyatride en az altı farklı kullanımı vardır. Bunlar sırasıyla:

1. Ruhsal işlev veya psişik organizasyon düzeyi
2. Sendrom
3. Kişilik bozukluğu
4. Dinamik bir yapılaşma
5. Prognostik bir yargı
6. İki klasik psikoz (bipolar bozukluk ve şizofreni) arasında olma

Borderline kavramıyla çalışan yazarlar, tanımlamalarında, birbirlerinden ayırabilseler de, bir kişilik yapısı olarak "az bir şekilde bütünleşmiş kimlik", "ilkel savunma düzenekleri", "göreceli olarak sağlam self-obje sınırları", ve makul düzeyde (tam bozulmamış) gerçeği değerlendirme" gibi ortak özelliklerin olduğunda görüş birliği vardır. Bu özellikler, belirli bir davranış kümesinin bulunmasını gerektirmeyebilir. Başka bir deyişle kişi, borderline belirtileri, borderline yapı olsun ya da olmasın, sergileyebilir ya da bir kişinin borderline yapısı olmasına karşın, borderline belirtileri olabilir ya da olmayabilir.

Epidemiyoloji

Borderline kişilik bozukluğu, genel popülasyonun %2'sinde görülür. Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat fazladır. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında, bu bozukluğun görülme oranı genel popülasyona göre yaklaşık 5 kat fazladır. Aynı zamanda, madde suistimali, antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluklar için de artmış ailesel risk vardır.

Borderline Kişilik Bozukluğunun Gelişimiyle İlgili Görüşler

Borderline kişilik bozukluğu hakkında yazılanların çoğu, nesne ilişkileri ve diğer çağdaş psikanalitik görüşü temsil eden kişiler tarafından yazılmıştır. Bu kurama göre, borderline bireylerin, erken dönemde bakımlarını üstlenen kişilerle ilgili ilişkilerinin fakir bir şekilde bütünleşmiş veya bozuk olması sonucunda, kişiler arası ilişkilerle ilgili aşırı ve gerçek dışı beklentiler vardır. Bu beklentilerin, düzenli ve devamlı bir şekilde, bireyin yaşantıladığı sorun yaratan beklentileri, duygu ve davranışları belirlediğine inanılır.

Millon, sosyal öğrenme teorisine dayanan bir bakışla, borderline hastalarda temel sorunun kendi kimliğine ait sürekli ve net bir duygudan yoksunluk olduğunu söyler. Netleşmiş bir kimlik duygusu olmaması, başarılı bir kimlik gelişimini aksatan, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkenlerin bir sonucudur. Belirgin ve sürekliliği olan amaçlarının olmayışı, eylemlerin uyumsuz olmasına ve dürtü kontrolü azalmasına yol açar. Sorunlarla baş etmedeki yetersizlik, kişilerin kendi duygularıyla baş etmesindeki zorluğu da kapsar. Millon, borderline hastaların diğer insanlara korunma ve güvence için bağımlı olduklarını öne sürer ve bu yardım kaynağından muhtemel bir ayrılma işaretine karşı son derece duyarlı olduklarını ekler.

Young, kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılmak üzere, şema odaklı kognitif terapi adını verdiği, kognitif-davranışçı bir model geliştirmiştir. Şemalar bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen onun dış dünya ve kendisiyle ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel (kognitif) yapılarıdır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı bilişsel yapılar olan bu şemalar bazen sorunla başa çıkma düzeneği olarak olumlu olabilecekleri gibi bazen de işlevselliğinden uzak ve dolayısıyla olumsuz olabilirler. Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu tür şemalardan oluşur. Şemalar "yetersizim", "sevilmiyorum" gibi koşulsuz mutlak önermeler biçimindedir. Kişilik bozuklukları, bu uyumu bozucu şemaların sonucudur. Borderline kişilik bozukluğundaki, erken uyumu bozucu şemalar şunlardır:

Terk edilme / kayıp: Hastanın bunu muhtemel ifadesi; "Sonsuza dek yalnız kalacağım. Bana yardım edecek kimse olmayacak",

Sevilmeme: "Eğer beni gerçekten tanırsa sevmez veya yakın olmak istemez",

Bağımlılık: "Kendi başıma başedemem. Dayanacak birine ihtiyacım var",

Boyun eğme / bireyselleşme yokluğu: "Diğerlerinin isteklerine, boyun eğmeliyim. Yoksa beni terkeder veya saldırırlar",

Güvensizlik: "İnsanlar beni incitir, saldırır, faydalanır. Kendimi korumak zorundayım",

Yetersiz öz disiplin: "Kendimi kontrol etmem veya disipline olmam mümkün değil",

Duygusal kontrolü yitirme korkusu: "Duygularımı kontrol etmeliyim yoksa kötü şeyler olur",

Suç / cezalandırma: "Ben kötü bir insanım. Cezalandırılmayı hak ediyorum",

Duygusal yoksunluk: "İhtiyaçlarımı karşılayacak, bana güç verecek, ilgilenenler hiç kimse yok".

Beck'in teorisine göre, bireyin kendisi, diğer insanlar ve yaşamla ilgili temel sayıltıları, algılamayı ve olayların yorumunu etkileyerek, hem davranış hem de duygusal yanıtlar üzerinde önemli bir rol oynar. Borderline bireylerle kognitif terapi esnasında ortaya

çıkan üç temel sayıltı bu bozuklukta merkezi önem taşır. Bunlar; 'dünya tehlikeler ve kötü niyetlerle doludur', 'ben güçsüz ve zarar görmeye müsait biriyim' ve 'ben doğuştan kabul edilemez biriyim' dir. Açıktır ki bir insanın, dünyanın tehlike dolu olduğuna inanması ve kendisini göreceli olarak güçsüz görmesi, herhangi bir özgül korkuya göre çok daha önemlidir ve yaşamının tümünü etkileyen önemli sonuçlar doğurur. Bu, uyanıklığı ve dikkati elden bırakmanın, risk almanın, zayıflığın ortaya çıkmasının, kontrolsüz olmanın, kolaylıkla kaçamayacağı bir ortamda bulunmanın vs. her zaman tehlikeli olduğu sonucuna götürür. Böylece, süregen gerilim ve kaygıya, tehlike işaretleri için uyanıklığa, kişiler arası ilişkilerde tedbirliliğe, kontrolü zor olan duygulardan rahatsız olmaya yol açar. Bu tür kaçınma davranışları, zayıflık ve zarar görebilirlik düşüncesini besler ve uyanık-savunmacı olma tutumunun sürdürülmesine neden olur.

Borderline bireyler bu tehlike ortamında, birilerine dayanarak güç almayı da tehlikeli görürler. Çünkü bu, reddedilme, terk edilme ve eğer doğuştan gelen kabul edilemez yanı keşfedilirse saldırıyı getirebilir. Borderline bireyler bir ikileme karşı karşıyadır. Düşmanlıkla dolu bir dünyada, göreceli olarak herhangi bir emniyet kaynağı olmaksızın yardımsız olduklarını düşünmektedirler; bu nedenle herhangi birine tam güvenmeden yalnızlık ile bağımlılık arasında gider gelirler. Beck, borderline bireylerin, "kognitif çarpıtmalar" adını verdiği düşünce bozuklukları gösterdiklerini söyler. Bu kognitif çarpıtmalar nedeniyle, kişinin gerçek dışı beklentileri olabilir. Kognitif çarpıtmalar çok çeşitli olabilir, ancak bunlardan en önemlisi Beck'in "Hep ya da hiç" tarzında düşünce adını verdiği düşünce çarpıtmadır. Buna aynı zamanda ikicil (dichotomous) düşünce, kutupsal düşünce adı da verilir. Bu, yaşantıları birbirini dışlayan kategoriler şeklinde yorumlama eğilimidir (iyi veya kötü, başarı veya yenilgi, güvenilirlik veya hilecilik). "Eğer tamamıyla başarılı değilsem, başarısızım demektir". Yaşantı devamlılığı olan bir çizgi şeklinde görülmez. Bu siyah veya beyaz tarzında düşünme, çizginin ortalarına düşen şeylerin de uçlarda yorumlanmasına neden olur. Durumları bu şekilde aşırı abartılı yorumlama, aşırı duygusal tepkilere zemin oluşturur. Ek olarak, bu ikili bakış, uçlardan birinden diğerine kayarak değişkenlik gösterebilir. Bu kaymalar, ani duygusal değişikliklere, dramatik davranışlara yol açar. Doğuştan kabul edilemez oldukları düşüncesi bireyi, kabul görmek için bu

gerçeği başkalarından saklamaları yoluna götürür. Keşfedilme korkusu nedeniyle yakınlık ve açıklıktan uzak durabilir. Bu, yakınlık ve güvenlik ihtiyacının giderilmesini engeller. Bu durumda da ikicil düşünce devreye girerek 'istediğimi asla elde edemem, her şey faydasız' sonucuna yol açar. Engellenme veya engellenme beklentisi -yakınlaşma ve bağımlılık isteğiyle ilgili- yoğun öfkeye yol açar. Bağımlılık ve yakınlık isteğinin doymu da tehlikeli görülür, çünkü düşman bir dünyada bağımlı olmak, çaresizlik ve zarar görebilirlik anlamına gelir.

Borderline Kişilik Bozukluğunun Klinik Özellikleri

Bu bozukluğun önemli özellikleri, dengesizlik ve neredeyse sürekli bir kriz durumudur. Stres altında, borderline hastalarda, psikotik belirtiler ve major depresyon çıkabilir. Karakteristik olarak, manipülatif, kendine zarar verici eylemlerle veya daha az sıklıkla başkalarına yönelik öfkeyle, eyleme vurma (acting out) mekanizmasına başvururlar. Borderline hastalar hemen daima duygusal karmaşa ve kriz içindedirler; doktora başvuruları da bu şekilde olur. Borderline kişilik bozukluğunun en belirgin görünümü duygusal tepkilerinin yoğunluğu, duygudurumlarındaki değişebilirlik ve sergiledikleri belirtilerin çeşitliliğidir. Çökkün duygu durumdan bir süre sonra kızgın ve tartışmacı daha sonra da hiç bir duyguları olmadığı şeklinde yakınmalarla doktorun karşısına çıkabilirler. Davranışları kestirilemez.

Borderline kişiliğin bir sendrom olarak özellikleri ise, en iyi olarak Gunderson tarafından ortaya konmuştur. Buna göre borderline hastaların altı önemli özelliği vardır. Bunlar:

1. Azalmış başarı (azalmış iş kapasitesi)
2. Dürtüsellik
3. Manipülatif suicidal tehditler
4. İyi sosyalizasyon (sıklıkla yüzeysel bir uyum)
5. Yakın ilişkilerde bozukluklar
6. Hafif veya kısa psikotik epizodlar

Ayrırcı Tanı

Diğer kişilik bozuklukları, borderline kişilik bozukluğuyla karıştırılabilir çünkü belirli bir takım özellikleri ortaktır. Bu nedenle özgül bazı özelliklerine göre bozukluğu ayırt etmek önemlidir. Bununla beraber, bir kişide borderline kişilik bozukluğu dışında bir ya

da bir kaç kişilik bozukluğunun tanı ölçütleri karşılanıyorsa, hepsinin tanısı bir arada konabilir.

Histriyonik kişilik bozukluğu da, ilgi çekme, manipülatif davranış ve hızlı değişen duygularla belirli olabilirse de, borderline kişilik bozukluğu, kendine zarar verme, yakın ilişkilerde öfkeli ayrılıklar ve kronik biçimde yoğun bir boşluk hissi ve yalnızlık duygusunun olması ile ayırt edilir. Hem borderline hem de şizotipal kişilik bozukluğunda, paranoid düşünceler ya da illüzyonlar bulunabilir, ancak bu belirtiler borderline kişilik bozukluğunda daha gelip geçici, kişiler arası ilişkilere daha duyarlı ve dış yapılanmadan daha çok etkilenen bir özellik gösterir. Paranoid kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu da küçük uyarılara öfkeyle tepki gösterme ile belirli olabilirse de, benlik algısının görece değişkenlik göstermemesi, kendine zarar vermenin, dürtüsellik ve terk edilme kaygılarının görece az olması ile borderline kişilik bozukluğundan ayırt ettirir. Hem antisosyal kişilik bozukluğu hem de borderline kişilik bozukluğu, manipülatif davranışla belirli ise de, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler, çıkar sağlamak, güç elde etmek ya da başka türlü bir maddi doyum sağlamak için manipülatif olurken, borderline kişilik bozukluğunda amaç daha çok ilgi çekmeye yönelik olur. Hem bağımlı kişilik bozukluğu, hem de borderline kişilik bozukluğu, terk edilme korkuları ile belirlidir; ancak borderline kişilik bozukluğu, terk edilmeye, duygusal açıdan boşlukta kalma, öfke duyma ve karşıt isteklerde bulunma ile tepki verirken, bağımlı kişilik bozukluğu buna, giderek artan bir suskunlukla ve baş eğici bir tutumla tepki verir. Borderline kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğundan, ilişkilerinin tutarsız ve gergin olması ile ayırt edilir.

Borderline Hastalara Yaklaşım Biçimi

Borderline hastalar, en sık intihar düşünceleri olmak üzere, pek çok acil durumla, psikiyatri acil servislere başvururlar. Tedavi ekibine büyük zaman kaybettirirler ve usandırıcı olabilirler. Bu hastaların idaresi genellikle zordur ve sıklıkla dikkat çekmek ve öfke ifade etmek için başvurdukları intihar davranışları, çevrelerini yönlendirme amacı taşıyabilir (manipülasyon). Bununla birlikte, intihar davranışlarının ölümüne neden olma riski de her zaman vardır. Böyle durumlarda hedef, uzun süreli tedavi amaçlarını baltalamadan krizi çözecek bir plan oluşturmaktır.

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda, ciddi işlev bozuklukları görülür. İlişkileri, dengesiz, gergin, ve fırtınalıdır. Bu dengesizliğe bağlı olarak, diğerleri hakkındaki görüşlerinde ani ve dramatik değişiklikler olabilir. Bu hastalarda, stresli deneyimler -sıklıkla bir ilişkinin yokluğu- varolmadıkları duyguları, disosiyatif durumlar, referans fikirler, hipnogojik fenomenler ve yanlış tedavi edildiğine dair gerçek dışı suçlamalar gibi, geçici, psikoz benzeri, kognitif ve algısal çarpıtmalara neden olabilir.

Borderline kişilik bozukluğunu düşündüren ip uçları şöyle sıralanabilir:

Hastanın getirdiği yakınmalar açısından:

1. Sorun ve belirtilerin geniş çeşitlilik göstermesi ve haftadan haftaya değişmesi,
2. Olağandışı belirtiler ve bunların olağandışı bileşimleri,
3. Durumla orantısız, yoğun duygusal tepkiler,
4. Kendini cezalandırıcı ve zarar verici davranışlar,
5. İmpulsif, az planlanmış davranışlar, daha sonradan bunların 'aptalca', 'delice' veya 'faydasız' olarak adlandırılması,
6. Kısa psikotik belirti dönemleri (yanlışlıkla şizofreni tanısı alabilir),
7. Amaçlar, öncelikler, duygular ve cinsel yönelimle ilgili karmaşa,
8. Boşluk veya anlamsızlık duyguları.

Kişilerarası ilişkilerde;

1. Stabil yakın ilişki yokluğu,
2. İnsanları ya idealize etme ya da aşağılama eğilimi, bu ikisi arasında gidip gelme,
3. Yakınlık ve cinselliği birbirine karıştırma eğilimi.

Borderline hastalar duygudurum, amaçlar ve ilişkide gösterdikleri dengesizlikler nedeniyle doktorla ilişkide işbirliğine aşırı bir direnç gösterirler. Yoğun duygusal tepkiler ve bunlar arasında geçişler gözlenir. Hekimle ilk karşılaşmasında henüz hiç tanımadan dünyanın en iyi doktoru olduğunuzu söyleyebilir, ardından en ufak bir engellenmede ya da destek ve anlayış eksikliğinde tam tersini söyleyip hakaret edebilir. Hastanın bu değişkenliğine empati yaparak bunu onun rahatsızlığını anlamada bir araç olarak kullanmak önemlidir. Hastayı belli bir konuya

odaklamak zordur. Bir söylediğinden biraz sonra vazgeçebilir. Açık uçlu sorulara daha iyi cevap verirler, eleştirel ve reddedici bir tutum takınmadıkça görüşme rahat sürebilir.

Borderline kişilik bozukluğunun asıl tedavisi uzun süreli psikoterapidir. Fakat, terapilerini bir çok kez, kızgın ve dürtüsel bir şekilde sonlandırır. Genel olarak, hekime karşı hızla karşı aktarım geliştirirler. Birinci basamak hekimini değersizleştirebilecekleri gibi, aşırı bir değer de yükleyebilirler. Empati kurmak faydalıdır, hastanın yararına karar verebilmek için yeterince objektif kalmak gerekmektedir. Görüşme odasında, kabul edilebilir ve edilemez davranışlar için sınırlar belirlenmelidir. Borderline hasta tedavi ekibini bölebilir, buna karşı dikkatli olunmalıdır.

Birinci basamak hekimi olarak, borderline kişilik bozukluğu olan bir hastayla karşılaşıldığında, yapılacak olan ilk iş, hastanın ne derece riskli olabileceğinin değerlendirilmesidir. Borderline hastalarda en sık karşılaşılan acil durum, genellikle bileklerin kesilmesi ya da aşırı dozda ilaç alınmasıyla gerçekleştirilen intihar davranışlarıdır. Hastanın bu davranışının ölümcüllük derecesini değerlendirmek gereklidir. Kendine zarar verici eylem, ölme niyetiyle yapılmış bir girişim mi yoksa ölme niyeti olmaksızın, yardım çağrısı olarak kullanılan bir davranış mı? Davranış yinelenirse, ölüme götürebilir mi? Geçmişte benzer deneyimler var mı yoksa ilk kez mi yapılmış? Hastaneye yatması gerekiyor mu? Hastaneye yatırılmayacaksa başka ne tür seçenekleri var? Krize müdahale akut stresi ortadan kaldıracak mı ya da hasta bu davranışa başvurmasına neden olmuş çevreye geri gönderilirse eskisinden daha fazla bir ümitsizliğe kapılabilir mi? Eğer hasta intihar davranışı ile geldiyse, bu davranış dikkat çekmek için mi tasarlanmış, başkaları tarafından kurtarılmaya girişimi mi, amacına ulaşmış mı, kim kurtarmış? Davranışın nedeni disforik bir duygulanımdan kurtulmak olabilir mi? Böyleyse, bu duygulanım en azından kısa süre için düzelmiş mi? Davranışın amacı hastaneye yatırılmak mıydı? Yanıt evetse, şu anda hastaneye yatırılması hastanın uzun dönem izlenmesini nasıl etkileyecek? Sık ve kısa süreli hastane yatışları istenen sonucu vermeyeceği gibi hastane bağımlılığını da pekiştirebilir. Davranışın amacı belli bir durum üzerinde denetim sağlamak mıydı? Böyleyse amacına ulaşmış mı? Tüm bunlar dikkatle değerlendirilmelidir.

Ayrıca madde kötüye kullanımı, gelişigüzel cinsel ilişkiler, tıknırcasına yeme ve çıkartma, kavgacılık ve dürtü denetiminin bozuk olduğunu gösteren diğer belirtiler açısından da hastayı değerlendirmek gerekir. Hastanın o anda nasıl bir tedavi almakta olduğu değerlendirilmeli, imkan varsa hastanın terapistiyle ilişkiye geçilmeli, sürmekte olan tedavi bağlamında acil durumun çözümlenmesine yönelik bir plan hazırlanmalıdır.

İlaç tedavisi asıl tedavi yaklaşımı olan psikoterapiye ek olarak geçici kriz durumlarında belirtilere yönelik ya da eğer eklenen psikiyatrik bir başka hastalık varsa (depresyon, panik bozukluk vb) uygulanmalıdır. Borderline hastaların tedavisinde kullanımı

denenen başlıca ilaç grupları arasında, serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, lityum, antikonvülzanlar, antipsikotikler, uyarıcılar ve benzodiazepinler sayılabilir. Borderline hastalarda serotonin geri alım inhibitörlerini (fluoksetin vb) deneyen çalışmalarda impulsif agresyon ve dürtüsel saldırganlık üzerine olumlu etkiler gözlenmiştir. Trisiklik ilaçlar gerek etki azlığı gerekse yan etkileri ve toksite potansiyelleri yüzünden borderline hastalarda kullanılmamalıdır. Lityumun özellikle affektif değişkenlik ve impulsiviteyi azaltıcı etkileri vardır. Antipsikotiklerin ise düşük dozlarda impulsivite, paranoya, şizotipal özellikler üzerine olumlu etkileri vardır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, American Psychiatric Association.
2. Beck AT, Freeman A (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, London, The Guilford Press.
3. Beck AT, Weishaar M (1989) Cognitive therapy. Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. A Freeman, KM Simon, LE Beutler et all. (Ed), New York, Plenum Press, s.21-35.
4. Beck JS (1995) Cognitive Therapy Basics and Beyonds. New York, Guilford Press, s.118-120.
5. Cloninger CR, Svrakic DM (2000) Personality disorders. Kaplan and Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s.1723-1764.
6. Gunderson JG, Phillips KA (1996) Personality disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins Company, s.1425-1461.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Mood disorders. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Seventh ed, Baltimore, Williams &Wilkins, s.731-751.
8. Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Birinci Basamak Psikiyatri El Kitabı. İstanbul Turgut Yayıncılık ve Ticaret AŞ. s.327-329.
9. Othmer E, Othmer SC. The Clinical Interview using DSM-IV. Vol. 1, Fundamentals, Washington, American Psychiatric Press, Inc.
10. Trestman RL, deVeguar M, SieverLJ (1995) The American Textbook of Psychopharmacology. AF Schatzberg, CB Nemeroff (Ed), London, American Psychiatric Press Inc, s.753-762.
11. Young JE, Lindemann MD (1992) An Integrative schema focused model for personality disorders. J Cognitive Psychotherapy, 6:11-24.