

Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğunun Şiddet Davranışı İle İlişkisinin Bir Vaka Örneği Üzerinden İncelenmesi

5. BÖLÜM

Gülçin ŞENYUVA
Burcu TÜRK

GİRİŞ

Genç erişkinlik döneminde başlayan; yoğun dürtüsellik, duygu durumunda ve kişilerarası ilişkilerde dengesizlik, yoğun öfke, kendine zarar verme davranışı, intihar davranışı ve benlik karmaşası ile karakterize olan borderline (sınır) kişilik bozukluğu, nevrotik veya psikotik olarak nitelendirilemeyeceği için bu şekilde tanımlanmaktadır (1, 2). DSM 5'e göre borderline (sınır) kişilik bozukluğunun belirgin özellikleri arasında, benlik imgesinde, kişisel hedeflerde ve kişilerarası ilişkilerde empati güçlüğünün, güvensizliğin, idealleştirmenin ve aynı zamanda değersizleştirmenin olması yer almaktadır. Ayrıca dürtüsellik, risk alma ve/veya düşmanlığın eşlik ettiği bir dengesizlik hali söz konusudur. Bunlara eşlik eden olumsuz duygulanımın bileşenleri olarak duygusal değişkenlik, kaygı, terk edilme korkusu, depresif duygudurum sıralanmaktadır (3).

Borderline kişilik bozukluğunun ortalama popülasyondaki yaygınlığı %1.6-5.9 arası iken, yatarak tedavi olan psikiyatri hastaları arasında ise %20'lere kadar vardığı tahmin edilmektedir (3, 4).

Borderline kişilik özellikleri bulunan bireylerde bütünlüklü ve kararlı bir kendilik tasarımı görülmez. Bazen kendisine çok güvenir ve değerli hissedebilir; bazen de tam aksine işe yaramaz olduğunu düşünebilir ve değersiz hissedebilir. Benzer şekilde nesne tasarımları da dağınıktır ve

yakınındaki önemli kişilere dair algılamaları, tanımlamaları yüzeyseldir. Bunların yanında, kimlik bütünlüğünün olmaması nedeniyle, kronik boşluk, can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tahammülsüzlük görülür. Duygusal, düşünsel ve davranışsal açıdan tutarlı bir kişilik sergileyememe, şiddetli duygusal dalgalanmalara, uç noktalarda yargılara ve dramatik, hatta saldırgan davranışlara yol açabilir (5). Yalnızlığın vereceği olumsuz duygular neticesinde baş etmeye yönelik sahte sosyal ilişkiler geliştirebilirler. Sıklıkla uzun vadeli amaç belirlemede ve amaca yönelmede sorunlar yaşarlar. Bazı vakalarda gerçeği değerlendirme yetisinde de kısmi bir bozulma görülebilir (6).

Borderline kişilik bozukluğu açısından tipik tanı ölçütlerden biri olan dürtüsellik genellikle, alkol-madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, aşırı para harcama, yeme bozukluğu, kendine ve diğerlerine zarar verme davranışları ile kendini gösterir (6, 7, 8).

Borderline kişilik bozukluğunun temelinde bakım verenle güvensiz bir bağlanmanın olması ile beraberinde benlikle ve diğerleriyle ilgili temsillerin olumsuz ve istikrarsız oluşu söz konusudur. Davranışı algılama ve yorumlamaya yönelik becerilerin gelişmesinde oluşan hata, özellikle bağlanma sisteminin aktive olduğu ilişkiel durumlarda, kişilerarası deneyimleri anlama ve yorumlamada güçlükler ortaya çıkarır (9).

tuklu olan kadınlardan dört kat daha fazla oranda borderline kişilik bozukluğu tanısını aldıkları tespit edilmiştir (29).

Borderline kişilik özelliklerinde önemli bir yeri olan dürtüsellik kendini yaralama, aile içi şiddet, intihara teşebbüs, mala zarar verme gibi sonuçlarının borderline kişilik bozukluğunda görüldüğü belirtilmektedir (30).

Borderline kişilik özelliklerinden olan duyguları düzenlemede yaşanan güçlük ile başa çıkabilmek için madde kullanımının kullanılabileceği ileri sürülmektedir (31).

KDT'nin bireyin yaşam kalitesini arttıran, bireye problem çözme becerileri kazandıran; DDT'nin disfonksiyonel davranışlarını azaltan, yaşam doyumunu arttıran destekleyici bir yaklaşım niteliğinde olması; S. vakasının özellikle rastgele cinsel ilişkiler kurması, madde kullanımı, intihar girişimi ve kendine zarar verme gibi davranışları üzerinde terapötik sürecin faydalı olabileceğini düşündürmüştür.

Borderline kişilik bozukluğunda görülen duygu düzenleme sorunları, dürtüsellik, alkol-madde kullanımı, kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri ve kişilerarası ilişkilerde zorluklar olarak kendini göstermesine karşın adli psikoloji ve hukukta cezai ehliyetini ortadan kaldırmadığı düşünülmektedir. Ancak bu tür sıkıntıların şiddet ve suç davranışı olasılığını arttırdığı yapılan az sayıda olan çalışmalarda görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarının sınırlı olması ve bu konuda çalışmaların artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu vakanın tedavi sürecine bakıldığında borderline (sınır) kişilik bozukluğu hastalarının tedavisinde KDT ve DDT'nin yararlı yöntemler olduğunu, psikoterapi sürecinde hastanın davranışlarının bilhassa şiddet içeren davranışlarının değiştiğini, ancak değişimin uzun sürede ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca bu çalışma şiddet eğilimli bireylerin suçluya dönüşmesi noktasında tedavi yaklaşımlarının önemine de dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Grant BF, Chou P, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008;69(4):533-45.
2. Türkçapar H, Işık B. Borderline kişilik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 4.2, 2000: 44-49.
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. (DSM-V), American Psychiatric Publishing: London, England, 695-700.
4. Aydın BN, Sınır kişilik bozukluğunun suç ve şiddet ile ilişkisi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 19.1, 2016: 37-44.
5. Şahin D (2009). Kişilik Bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 22 (4): 45-55.
6. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51:936-50.
7. Ögünç NE, Eren N, Şahin D, Temiz E, Saydam MB. Borderline kişilik bozukluğunun MMPI profil özellikleri. *J Psychiatric Nurs* 2018;9:161-9.
8. Edwards DW, Scott CL, Yarvis RM, Paizis CL, Panizzon MS (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder and spousal violence. *Violence Vict*, 18: 3-14.
9. Fonagy P, Target M, Gergley G, Allen JG, Bateman AW. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
10. Bowlby J (1973). *Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger*. NY: Penguin, s. 211-237.
11. Dutton DG (2010). *The abusive personality*, 2nd ed. New York: Guilford Press, s. 178-190.
12. Sakarya D, Çevik A. Sınırdaki (Borderline) kişilik bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3:40-6.
13. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
14. Sungur MZ. Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. *Psikoterapiler El Kitabı*. Tangör A (Ed). Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Kitap 1997;4: 50-66
15. Sungur MZ. Bilişsel-davranışçı terapilerin temel ilke ve özellikleri ve entegre yaklaşımın yararları, *3P DERGİSİ HAZİRAN* 2003;11 (Ek.2);31-38
16. Sungur MZ. Davranış tedavileri. *Psikiyatri Bülteni* 1993; 2 (3): 109-115
17. Dimeff LA, Koerner K. Overview of dialectical behavior therapy. *dialectical behavior therapy in clinical practice. Applications Across Disorders and Settings*. 1st ed. New York. The Guilford Press; 2007. p.1-18.
18. Linehan MM. Rationale for dialectical behavior therapy skills training. *Skills Training Manual for treating Borderline Personality Disorder*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2014. p.3-13.

19. Rosenthal MZ, Lynch TR. Dialectical behavior therapy. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.2619-27.
20. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. 2010. p.7-82.http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf.
21. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
22. Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
23. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
24. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills* 9:191-198, 1959.
25. Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule(Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
26. Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy basics and beyond*. New York: Guilford Press.
27. Tye, C.S., & Mullen, P.E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006, 40:266-271. DOI:10.1080/j.1440-1614.2006.01784.x
28. Logan C, Blackburn R (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *Int J Law Psychiatry*, 32: 31-38.
29. Goodman M, New A (2000). Impulsive Aggression in Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2: 56-61.
30. Chapman AL, Cellucci T (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among in carcerated females. *Addict Behav*, 32: 1131-1145.