

PSİKODİNAMİK YAKLAŞIMDA BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE TEDAVİ SÜRECİ ÜZERİNE DERLEME

A REVIEW ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND TREATMENT PROCESS IN PSYCHODYNAMIC APPROACH

Deniz KILIÇ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
20220758@std.neu.edu.tr, denizkl2011@yahoo.com.tr

Mersin / Türkiye

ORCID: 0009-0007-5113-8201

Assist Prof. Dr. Ayşe BURAN

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
ayse.buran@neu.edu.tr

Mersin / Türkiye

ORCID: 0000-0002-9697-7101

ÖZET

Kişilik işleyişi ve psikodinamik çatışmalar, psikanalitik psikopatoloji teorilerinde ve birçok psikodinamik tedavi modelinde merkezi yapılarıdır. Yapılan bir çok çalışma, psikodinamik terapinin kişilik bozukluklarının tedavisinde ilaç tedavisiyle birlikte etkili olduğunu göstermektedir. Kişilik bozuklukları (KB) sağlık kaynakları üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır ve bu durumun özellikle borderline sınırdaki kişilik bozukluğu (BKB) için geçerli olduğu görülmektedir. Kişilik bozuklukları süreklilik gösteren, kalıplaşmış inatçı düşünce tarzı ve tutumlarla seyreden ruhsal rahatsızlıktır. Esneklik göstermeyen inatçı düşünce ve davranış örüntüleri kişilik bozukluğuna sahip bireylerin iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde yıkıcı etkilere, işlevsel bozulmalara ve öznel rahatsızlığa yol açmaktadır. Borderline sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerin öz denetim mekanizmalarında sorun vardır, düşünce ve davranışlarında istikrarsızlık söz konusudur. Kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, yeme bozuklukları veya madde kullanım bozuklukları sıklıkla klinik tabloya eklenir. BKB'nin etiyolojisi hem genetik faktörlerle hem de cinsel ve fiziksel istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimleriyle ilişkilidir. Tüm kişilik bozuklukları gibi, BPB' de ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, uygun tedaviyi başlatmak, kişilik bozukluğunun varlığını erken aşamalarında tespit etmek önemlidir. Bu derleme çalışmasında, literatür taramasında elde edilen bulgular doğrultusunda psikodinamik perspektif ile borderline kişilik bozukluğunu, tedavi sürecini pubmed, scholar veri tabanlı mevcut araştırmalarla ilişkili olarak inceleyeceğiz.

Anahtar Kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, psikodinamik yaklaşım, tedavi süreci

ABSTRACT

The Personality functioning and psychodynamic conflicts are central constructs in psychoanalytic theories of psychopathology and in many psychodynamic treatment models. Many studies show that psychodynamic therapy is effective in combination with medication in the treatment of personality disorders. Personality disorders (PD) are a major burden on health resources and this is particularly true for borderline personality disorder (BPD). Personality disorders are mental disorders characterised by persistent, stereotyped and stubborn ways of thinking and attitudes. Stubborn thought and behaviour patterns that do not show flexibility lead to destructive effects, functional impairments and subjective discomfort in the work life of individuals with personality disorders and in their relationships with other people. People with borderline personality disorder have problems in self-control mechanisms and instability in their thoughts and behaviours. Self-harm behaviours, suicide attempts, eating disorders or substance use disorders are often added to the clinical picture. The aetiology of BPD is related to both genetic factors and adverse childhood experiences such as sexual and physical abuse. Like all personality disorders, BPD emerges during adolescence or young adulthood. Therefore, it is important to detect the presence of personality disorder in its early stages to initiate appropriate treatment. In this review study, in line with the findings obtained in the literature review, we will examine borderline personality disorder with a psychodynamic perspective and the treatment process in relation to existing researches based on pubmed, scholar data.

Keywords: Borderline personality disorder, psychodynamic approach, treatment process

1. GİRİŞ

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü ve bireyi başkalarından ayıran uyum özellikleri ile karakterizedir. Kişinin bilişsel değerlendirmeleri neticesinde iç ve dış dünyaya uyum sağlamak üzere geliştirmiş olduğu düşünme, davranış ve duyum örüntülerini bu özellikler oluşturmaktadır. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme, engellenme ve çatışmalar karşısında başetme şekilleri ve savunma mekanizmalarıdır.(Öztürk ve Uluşahin, 2016). Kişilik bozuklukları süreklilik gösteren, kalıplaşmış düşünce tarzı ve tutumlarla seyreden ruhsal rahatsızlıklarla karakterize bozukluklardır. Esneklik göstermeyen bu inatçı düşünce ve davranış örüntüleri kişilik bozukluğuna sahip bireylerin iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde yıkıcı etkilere yol açmaktadır. Kişilik bozukluğu olan bireylerin içsel yaşantıları ve davranışları toplumun genel ortalamasına göre uygunluk sağlamaz. (Strieker & Gold, 1988). Birçok araştırma, kişilik ve psikopatolojinin bireysel farklılıkların hiyerarşik bir modeli şeklinde bütünleştirilebileceğini öne sürmek için bir araya gelmektedir. Kişilik ve psikopatolojinin içsel olarak bağlantılı olduğu düşüncesi, psikodinamik yaklaşımlar içinde uzun bir geleneğe sahiptir. (Luyte & Fonagy, 2022). Kişilik organizasyonu kavramı, tüm zihinsel deneyimin temel yapı taşları olarak kabul edilen iç nesne ilişkilerine dayalı olarak iç dünyamızın yapılandırılmasını ifade eder. (Gonzalez, 2018). Borderline bozukluğu olan kişilerin öz denetim mekanizmalarında sorun vardır, düşünce ve davranışlarında istikrarsızlık söz konusudur. (Gonzalez, 2018). Borderline kişilik bozukluğu kimlik, kişilerarası ilişkiler ve duygulanımda ani değişimlerin yanı sıra dürtüsel davranış, periyodik yoğun öfke, boşluk hissi, intihar davranışı, kendini yaralama, geçici stresle ilişkili paranoid düşünce ve şiddetli disosiyatif semptomlarla (örneğin, kişinin kendisinin veya çevresinin gerçek dışı olduğu deneyimi) karakterizedir. Borderline kişilik bozukluğu tipik olarak bir ruh sağlığı uzmanı tarafından yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak teşhis edilir. (Campbell vd., 2020). Kendine zarar verme davranışları, intihar girişimleri, yeme bozuklukları veya madde kullanım bozuklukları sıklıkla klinik tabloya eklenir. BKB' nin varlığı, afektif bozuklukların ve travma sonrası stres bozukluğunun tedavisini zorlaştırır ve prognozu kötüleştirir. (Gonzalez, 2018).

Borderline kişilik bozukluğu (BPD) temelde semptomlardan (öncelikle duygusal düzensizlik) ve bir dizi gerçek kişilik özelliğinden (aşırı öfke, dürtüsellik ve stresle ilişkili paranoid düşünce eğilimi gibi) oluşan bir sendromdur.

Şizotipal kişilik bozukluğu, bilişsel özellikleriyle (referans fikirleri, tuhaf inançlar, eksantrik konuşma) genetik bir durum olarak ana durum olan şizofreni ile "sınırdan" yakından bağlantılı iken, BPD bipolar bozuklukla daha az yakından bağlantılıdır. Kişilik bozuklukları kategorisinde yer alan BKB (Borderline kişilik bozukluğu), sosyal ilişkiler üzerinde yıkıcı etkileri olan, dürtüsellik, duygusal değişkenlik ve ikili duygulara karşı karmaşık savunma mekanizmaları ile karakterize bir kişilik bozukluğu olarak açıklanmaktadır. (Keyvan vd., 2021). Bazı BPD vakaları genetik olarak bipolar bozuklukla bağlantılıdır ve bipolar bozukluğun "sınırdan" yer alır. Ancak bu durum doğum sonrası olumsuz faktörlerden de kaynaklanabilir: ebeveyn zulmü veya ihmali ya da ensest gibi. Bazı bipolar bozukluk hastalarında her ikisi de mevcuttur: bipolar bozukluk için risk genleri ve aile içindeki olumsuz koşullar. Genetik risk genellikle göz ardı edilir. Bundan kaçınmak için, ilk değerlendirmeler her zaman duygudurum bozuklukları için dikkatli ve kapsamlı bir aile öyküsü içermeli ve büyükanne ve büyükbabalara, teyzelere, amcalara ve kuzenlere kadar uzanmalıdır. (Stone, 2019).

2. PSİKODİNAMİK YAKLAŞIM

Psikodinamik yaklaşım açısından terapiler, semptomlar yerine altta yatan (bilinçdışı) süreçlere odaklanarak semptomatolojiyi etkili bir şekilde azaltır.(Vierl vd., 2023). Psikodinamik yaklaşımın ilgilendiği nedensellik (determinizm) açısından insan davranışının altında muhakkak bir sebep bulunmaktadır. Bu bağlamda davranışlar, duygular ve düşünceler rastgele biçimde oluşmazlar. İnsan davranışlarının sonuçlarına bakarak davranışın sebeplerine ulaşılabilir. (Yıldırım ve Kumcağız, 2022). Kişilik işleyişi ve psikodinamik çatışmalar, psikanalitik psikopatoloji teorilerinde ve birçok psikodinamik tedavi modelinde merkezi yapılarıdır. Birbirleriyle nasıl ilişkili olduklarına dair uzun süredir devam eden kavramsal bir tartışma olmasına rağmen, bu soruya ilişkin ampirik kanıtlar hala azdır. (Vierl vd.,2023). Psikodinamik paradigmanın kökenleri Freud'un insan davranışına ilişkin psikanalitik teorilerine dayanmaktadır. Bu yaklaşım özellikle, insan davranışlarını yönlendiren enerji kaynaklarına ve motivasyonel güçlere dikkat çeker. "içeride" olanı dikkate alarak eylemler: duyguları, ilişkileri de dahil olmak üzere bireylerin iç dünyası bireyler arasında ve grupların dinamikleri tarafından yaratılan "gerçeklikte" (Neumann & Hirschhorn,1999). Freud ayrıca nevroitik semptomların veya işlevsiz davranışların kişinin iç dünyasının tezahürleri olduğuna inanıyordu. Sürücüler olduğunu ve bu tür dışa vurum davranışlarının ve bu tür davranışların, "bu tür davranışları anlamaya giden kraliyet yolu" bilinçdışı süreçler olarak görülmektedir.(Freud, 1900, s. 608). Bu bakış açısı, her nevroitik belirti ya da eylemin altta yatan bir sebebi olduğunu ifade ediyordu. Belirli işlevsiz kalıpların tekrarı, spesifik nedenlerin varlığına işaret etmektedir. Karar verme ve davranışın altında yatan motivasyonel alt akımlardır. Psikodinamik yaklaşımın gösterdiği gibi, bu alan ilk köklerinden bu yana uzun bir yol kat etmiştir. Freud'un psikanalitik kavram ve tekniklerinin klinik hastalarda daha geniş ölçekte uygulanmasına liderlerin ve kuruluşların dinamikleri ve işleyişi araştırmacıların ve uygulayıcıların çalışmaları aracılığıyla psikanaliz ve örgütsel çalışmaların kesişim noktasında çalışan psikanalitik teori ve teknikler dinamik psikiyatri gibi alanlardan elde edilen bulguları da içerecek şekilde giderek daha sofistike hale gelmiştir, gelişim psikolojisi, etoloji, antropoloji, sinirbilim, bilişsel teori, aile sistemleri teorisi ve bireysel ve grup psikoterapisi. Klinik mercek, sosyal psikoterapi alanındaki pratik sorunları ve fırsatları ele alır. (Kets de Vries vd., 2014).

Psikodinamik yaklaşımlar, psikiyatrik sınıflandırmaya yönelik herhangi bir yaklaşımın geçerliliğini değerlendirmek için ampirik olarak desteklenen temel ilkeleri tanımlayarak bu sorunu çözmeye çalışır.(Luyten & Fonagy, 2022). Son çalışmalar psikoterapilerin, özellikle de diyalektik davranış terapisi ve psikodinamik yaklaşımların borderline semptomlar ve ilgili sorunlar için etkili olduğunu göstermektedir; bununla birlikte, çalışma sayısını, örneklem boyutlarını ve genel metodolojik kaliteyi artırmak kesinlikle gereklidir. Terapistler, her bir hasta için kanıta dayalı en iyi müdahaleye karar vermek üzere sağduyularını ve klinik deneyimlerini kullanmalıdır. (Gonzalez, 2018).

3.ETİYOLOJİ

BKB' nin gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu bağlamda nörolojik nedenlerin, erken çocukluk döneminde ihmal, istismar, ebeveyn/bakıcı ayrılığı ve kaybı gibi tutum ve davranışların, içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki patolojinin bu bozukluğun gelişiminde rol oynadığı kabul edilmektedir. (Keyvan vd., 2021). BKB' nin etiolojisi hem genetik faktörlerle hem de cinsel ve fiziksel istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimleriyle ilişkilidir. (Campbell vd., 2020). Olumsuz çocukluk deneyimleri de BKB belirti şiddeti ile ilişkilidir. BPD' nin tutarlı bir sendromu tipik olarak ergenlik döneminde (12 yaşından sonra) başlar. BKB genellikle içselleştirme bozuklukları (depresyon ve anksiyete), dışsallaştırma bozuklukları (davranış sorunları, hiperaktivite ve madde kullanımı) veya her ikisinin belirtileriyle birlikte görülür veya birlikte gelişir.(Bohus vd., 2021). Çeşitli çalışmalar, BKB tanısının çocuk istismarı ve ihmali ile diğer kişilik bozukluklarından daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir. BKB hastalarında bu oran %30 ila 90 arasında değişmektedir. BKB, düşük mesleki ve eğitimsel kazanım, uzun süreli ilişki eksikliği, artan partner çatışması, cinsel risk alma, düşük sosyal destek seviyeleri, düşük yaşam memnuniyeti ve artan hizmet kullanımı gibi çeşitli kötü sonuçlarla ilişkilidir.(Bohus vd., 2021). Nedensel faktörler sadece kısmen bilinmektedir, ancak genetik faktörler ve çocukluk döneminde fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz olaylar bozukluğun gelişimine katkıda bulunur. (Kernberg & Michels, 2009). Olumsuz ortamlara maruz kalan çocuklar duygusal tepkileri nasıl anlayacaklarını, etiketleyeceklerini, düzenleyeceklerini veya tolere edeceklerini öğrenememekte ve tersine, duygusal engelleme ile aşırı duygusal değişkenlik arasında gidip gelmektedirler. (Cattane vd., 2017).

4.EPIDEMİYOLOJİ

BKB, genel nüfusun yaklaşık %2'si gibi yüksek bir yaygınlığa sahiptir, ancak bu hastaların çoğu ya yetersiz tespit ya da tedavi talebini azaltan düşük hastalık iç görüsü nedeniyle tedavi görmemektedir. Uzun süreli takip çalışmaları nispeten iyimser olmamızı sağlamaktadır, çünkü zaman içinde çoğu hasta, belki de dürtüselliğin yaşa bağlı olarak azalması nedeniyle, artık tanı kriterlerini karşılamamaktadır. (Gonzalez, 2018). BKB'nin bir bağlanma ve duygu düzenleme bozukluğu olarak anlaşılması, erken çocukluk deneyimlerinin bozukluğun gelişimindeki önemini vurgulamaktadır. (Cattane vd., 2017). Borderline kişilik bozukluğu yetişkinlerin yaklaşık %0,7 ila %2,7'sini etkilemektedir ve işlevsel bozulma ve daha fazla tıbbi hizmet kullanımı ile ilişkilidir.(Campbell vd., 2020). BKB' nin yaygınlık oranları genel toplumda %0,2-1,8, psikiyatrik yatan hastalar arasında %15-25 ve tüm psikiyatrik ayaktan hastaların %10'u arasındadır. Yıllar boyunca öne sürülen farklı etiopatolojik teoriler arasında en çok destek göreni 1993 yılında Linehan tarafından öne sürülen teoridir. Bu teoriye göre BKB biyolojik ve psikososyal faktörler, özellikle de biyolojik temelli mizaç kırılganlıkları ile çocukluk dönemindeki olumsuz ve travmatik deneyimler arasındaki etkileşimlerin bir sonucu olabilmektedir. (Cattane vd., 2017). BKB' li kişilerin çoğunda duygudurum bozuklukları (örn. majör depresyon veya bipolar bozukluk) (%83), anksiyete bozuklukları (%85) veya madde kullanım bozuklukları (%78) gibi eşlik eden ruhsal bozukluklar vardır. BKB' nin etiolojisi hem genetik faktörlerle hem de cinsel ve fiziksel istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimleriyle ilişkilidir.(Campbell vd., 2020).

5. DSM SÜRECİ

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 çılgınca 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 duygumu.

4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknircasına 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 bunaltı). 7. Süreğen bir boşluk duygusu. 8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkelerini 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. (APA, 2013).

DSM-5 önerilen haliyle kişilik bozukluklarının teşhisine yönelik yaklaşımda önemli bir değişim sunmaktadır. DSM-III ve DSM-IV'te özetlenen tanı kriterleri ve eksen II' nin tanıtımı, klinik uygulamada dikkati bu sendromlara odaklamayı ve tanı, epidemiyoloji, psikobiyoloji, klinik seyir ve tedavi üzerine araştırmaları teşvik etmeyi amaçlamıştır. Bir tanı sistemi klinik açıdan uygun olmalı, uygulamada görülen kişilik sendromları spektrumunu kapsamalı, tanınmalarını kolaylaştırmalı ve kişiliğin değerlendirilmesi ve tedavisinde uzmanlaşmamış olanlar da dahil olmak üzere meşgul klinisyenler tarafından kullanılabilir kadar basit olmalıdır. (Shedler vd., 2010). DSM' nin önceki versiyonundaki Kişilik Bozuklukları (KB) tanı sistemindeki temel sorunlar, DSM' nin revize edilmesine yol açmıştır. Bu nedenle, DSM-5'te kişilik bozukluğu özelliklerinin teşhisi için çok boyutlu bir sistem önerilmiştir. DSM-5'in boyutsal yaklaşımında, kişilik bozuklukları tanısı, kişilik işleyiş düzeylerine (Kriter A) ve kişilik özelliği alanlarına (Kriter B) dayanmaktadır. (Campbell vd., 2020). DSM-5'e göre, kişilik bozuklukları üç ana kategoride sınıflandırılır: Paranoid Kişilik Bozukluğu: Şüphencilik, güvensizlik, diğerlerini sürekli kötü niyetli düşünme ve suçlama eğilimi ile karakterizedir. Borderline Kişilik Bozukluğu: Kendine zarar verme veya intihar düşünceleri, duygusal dengesizlik, yoğun ve kararsız ilişkiler, özdeğer sorunları gibi belirtileri içerir. Narsistik Kişilik Bozukluğu: Kendini önemseme, başarı arzusu, diğerlerini küçümseme, empati eksikliği gibi özellikler gösterir. Diğer kişilik bozukluğu türleri arasında antisosyal kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, schizoid kişilik bozukluğu ve schizotipal kişilik bozukluğu bulunmaktadır. Her biri farklı semptomlar ve davranış örüntüleri ile karakterize edilir. Geniş kişilik bozukluğu boyutlarının sayısı ve türü konusunda giderek artan bir mutabakat vardır; benzer boyutlar klinik ve klinik olmayan örneklerde bulunabilir, bu da kişilik bozukluğu olan kişilerin kişilik bozukluğu olmadığını düşündürmektedir. (Deary vd., 1998).

6. PSİKODİNAMİK YAKLAŞIMDA BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Borderline Kişilik Bozukluğunu (BPD) anlamaya yönelik psikodinamik yaklaşımlardaki merkezi kavramlardan biri Nesne İlişkileri Teorisidir. Bu teori, birincil bakıcılarla yaşanan erken deneyimlerin bireyin içselleştirilmiş ilişki temsillerini şekillendirdiğini ve bunun da sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme becerilerini etkilediğini öne sürer. BPD' nin psikodinamik anlayışında önde gelen bir isim olan Kernberg'e göre, bu nesne ilişkilerinin doğası genellikle kimliğin bütünleşmesiyle bağlantılıdır. Başka bir deyişle, erken dönem ilişkilerdeki bozukluklar, BKB'nin ayırt edici semptomları olan dengesiz bir benlik duygusuna ve duyguları düzenlemede zorluğa yol açabilir. (Gonzalez, 2018). Kernberg'in psikodinamik modeline göre, çocukluk çağı travması çarpık ve dengesiz içselleştirilmiş nesne ilişkilerine yol açabilir. Bu erken dönem deneyimleri, BKB'nin karakteristik özelliği olan sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme zorluklarına katkıda bulunabilir. Erken çocukluk travmasının BKB'nin gelişimindeki rolünü anlamak etkili tedavi için çok önemlidir, çünkü altta yatan bu sorunların ele alınması semptomların hafifletilmesine ve genel işleyişin iyileştirilmesine yardımcı olabilir. BKB'li hastalar, terapötik ilişkileri de dahil olmak üzere mevcut ilişkilerinde genellikle geçmişlerindeki ilişki kalıpları bilinçsizce tekrarlarlar.

Bu durum hem hastada hem de terapistte yoğun ve yönetilmesi zor duygulara yol açabilir, bu da aktarım ve karşı aktarım konularını tedavide çok önemli bir husus haline getirir. Psikodinamik terapinin, bu sorunları ele alarak ve güçlü bir terapötik ittifakı teşvik ederek, BPD tedavisinde kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sağladığı görülmektedir. (Uscinska vd., 2019). Psikodinamik bir bakış açısıyla, borderline kişilik bozukluğunun ve sıklıkla eşlik eden ağır kişilik bozukluklarının ortak özellikleri, çelişkili sevgi ve nefret duyguları altında benlik temsillerinin ve nesne temsillerinin entegrasyon eksikliğinden kaynaklanan benlik kavramının entegrasyon eksikliği olacaktır. Bu nedenle hastanın öznel yaşamı çelişkili ve kaotik kalmakta, ciddi kimlik sorunları ve bununla yakından ilişkili olarak diğerlerinin algısını entegre edememe, dolayısıyla süreksiz, kaotik, çelişkili sosyal davranışları motive etmektedir. (Kernberg & Michels, 2009). Giderek artan sayıda kanıt, psikodinamik terapinin, bazı durumlarda ilaç tedavisiyle birlikte, kişilik bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. (Strieker & Gold, 1988).

Daha yakın zamanlarda, kanıta dayalı tedavilere yapılan vurguyla birlikte, belirli kişilik bozukluğu türlerini tedavi etmek için psikodinamik terapi modelleri geliştirilmiş ve araştırılmıştır (Bateman ve Fonagy 2012; Clarkin ve ark. 2006; Yeomans ve ark. 2015). Alan gelişmeye devam ettikçe, kanıta dayalı modeller ve klinik analitik uygulama arasındaki diyalog her ikisini de zenginleştirmektedir. Odak noktamız psikanalizden ziyade psikodinamik terapilerdir, çünkü birincisi özellikle PB'li hastalarla çalışmanın zorluklarını ele almak için geliştirilmiştir, oysa daha geleneksel psikanaliz uygulaması, spesifik tanının önemine ve tekniğin uygulanmasının tanıya veya kişilik bozukluğunun ciddiyet düzeyine göre ayarlanmasının tavsiye edilebilirliğine odaklanmama eğilimindedir. (Kernberg & Michels, 2009). Bu nörobiyolojik ve psikolojik yapısal varsayımların her ikisi de klinik ve ampirik araştırma verileriyle örtüşmektedir, ancak nörobiyolojik eğilim ve yapıların psikolojik gelişim ve ondan türeyen yapılarla nasıl ilişkili olduğunu hala açıklığa kavuşturmamız gerekmektedir. (Kernberg & Michels, 2009).

7. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TEDAVİ

BKB tedavisi zor ama yine de mümkün bir hastalıktır. Tedavi yaklaşımları olarak psikofarmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımların ya da her ikisinin kombine edildiği yaklaşımlar da mevcuttur. (Keyvan vd., 2021). Giderek artan sayıda kanıt, psikodinamik terapinin, bazı durumlarda ilaç tedavisiyle birlikte, kişilik bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu klinik sentez, klinik teoriye ve kişilik bozuklukları alanındaki son araştırmalara dayalı olarak teşhis ve tedaviye yönelik sistematik bir yaklaşımın ana hatlarını çizmektedir. (Strieker & Gold, 1988). Diyalektik davranış terapisi ve psikodinamik terapi ile psikoterapi, BKB için ilk basamak tedavilerdir; psikoaktif ilaçlar ise BKB'nin birincil semptomlarını iyileştirmemektedir. (Campbell vd., 2020). Psikoterapi, BKB için ana tedavidir; ilaç tedavisi yalnızca ilaç gerektiren komorbid durumlar için veya psikososyal müdahalelerin yetersiz kaldığı bir kriz sırasında endikedir. Uzmanların yanı sıra uzman olmayanların da BPD'nin farkında olması, uygun erken müdahalenin anahtarıdır. (Bohus vd., 2021). Sınırdaki kişilik bozukluğu (BKB) ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmasına rağmen, klinik uygulamada tanı ve tedavi genellikle yetişkinlik dönemine kadar ertelenmektedir. Ön araştırmalar, BPD'li gençlerde yapılandırılmış tedaviler için iyi sonuçlar göstermektedir. BKB için erken müdahale programları, işlevsellik düzeyinin iyileştirilmesinde umut verici sonuçlar göstermektedir. (Hessels & Blom, 2021). Diyalektik davranış terapisi ve psikodinamik kısmi hastane programları kontrolden çıkmış hastalar için etkili tedavilerdir ve ilaç tedavisi depresyon, anksiyete ve dürtüsel saldırganlığı azaltabilir. Bu engelleyici klinik durumun anlaşılması ve yönetimi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Mevcut stratejiler, bozukluğun nörobiyolojik temellerine ve klinisyenlere daha iyi ve daha uygun maliyetli tedavilerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır. (Kramer, 2020).

Çocukluktaki kronik travmatik istismar veya ihmalin, başkaları hakkında (tehlikeli ve kötü huylu), kişinin kendi yetenekleri hakkında (güçsüz ve savunmasız) ve bir kişi olarak değeri hakkında (kötü ve kabul edilemez) neredeyse sarsılmaz temel varsayımların gelişmesine yol açtığı varsayılmaktadır. Bunların borderline hastaların karmaşık semptomatik sunumunun altında yattığı varsayılmaktadır. 1,5-4 yıl süren ve 5 aşamadan oluşan bir tedavi protokolü tanımlanmaktadır: (1) bir çalışma ilişkisinin kurulması; (2) semptom yönetimi (semptomlar üzerinde daha fazla kontrol kazanma); (3) düşünme hatalarının düzeltilmesi; (4) duygusal işleme ve çocukluk travmasının bilişsel olarak yeniden değerlendirilmesi ve şema değişiklikleri; ve (5) sonlandırma. (Arntz, 1994). BKB' li hastalar, terapötik ilişkileri de dahil olmak üzere mevcut ilişkilerinde genellikle geçmişlerindeki ilişki kalıpları bilinçsizce tekrarlarlar. Bu durum hem hastada hem de terapistte yoğun ve yönetilmesi zor duygulara yol açabilir, bu da aktarım ve karşı aktarım konularını tedavide çok önemli bir husus haline getirir. Psikodinamik terapi, bu sorunları ele alarak ve güçlü bir terapötik ittifakı teşvik ederek, BPD tedavisinde kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sağlayabilir. (Kernberg & Michels, 2009). Borderline hastalarda karakterolojik temelli depresyon, öfke nöbetleri ve genel olarak duygulanım fırtınaları, yaygın anksiyete ve dissosiyatif semptomların sıklıkla gelişmesi, anksiyolitik, antidepresan ve duygudurum dengeleyici ilaçların ve son zamanlarda düşük doz atipik nöroleptiklerin kullanımını teşvik etmiştir. Belki de en önemli bulgu, bazı borderline hastaların geniş bir ilaç yelpazesinden birine veya diğerine yanıt vermesidir, ancak bu hastaların yalnızca yaklaşık %30'u uzun bir süre boyunca tatmin edici bir şekilde yanıt vermektedir. (Kramer vd.,2020). Aylarca süren tedaviden sonra, başlangıçta ilaçlara olumlu yanıt veren birçok hasta ilaçların etkinliğini kaybetme eğilimindedir ve duygusal semptomatolojilerinin altında yatan yapısal yatkınlık ilaçların etkilerini geçersiz kılıyor gibi görünmektedir. Şu anda ilaç tedavisinin başlıca rolünün, psikoterapötik tedavi bağlamında yardımcı bir tedavi aracı olduğu görülmektedir. (Kramer vd., 2020). Aynı zamanda, psikodinamik psikoterapilerdeki değişimin kilit mekanizması, karşılıklı olarak bölünmüş içselleştirilmiş, duygusal olarak yatırım yapılmış nesne ilişkilerinin bilişsel entegrasyonu ile ilgili olabilir. Ancak bu bilişsel bütünleşme, yalnızca hasta-terapist etkileşimindeki duygusal olarak yatırım yapılan ilişkiler bağlamında etkili olabilir. Bu iki psikolojik ve nörofonksiyonel duygulanım aktivasyonu ve modifikasyonu süreci muhtemelen birbirleriyle ilişkilidir. Bu ilişkinin nasıl anlaşılacağı, nörobiyolojik ve psikodinamik araştırmaları birbirine bağlamak için mevcut mücadeledeki birçok araştırma sorusundan birini göstermektedir.(Kernberg & Michels, 2009). Mevcut tedaviler, etkilerinden kısmen sorumlu olabilecek birçok ortak unsura sahiptir. Çeşitli çalışma tasarımı faktörlerinin, hasta özelliklerinin ve tedavi parametrelerinin BPB için psikoterapi sonucu üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç duyulacaktır. Psikolojik terapilerle tedavi arasındaki farkların çok değişkenli modelde anlamlı olmaması, bu farkların muhtemelen sosyodemografik değişkenler ve BKB'li kadın ve erkekler arasındaki komorbidite farklılıklarından kaynaklandığını göstermektedir. (Dehlbom, 2022).

Sınırdaki kişilik bozukluğu için çeşitli özel terapilerin toplumda olağan tedaviden daha üstün olduğuna dair sağlam kanıtlar vardır. Bununla birlikte, bu özel tedavilerden herhangi birinin diğerlerinden daha etkili olduğuna dair güvenilir bir kanıt yoktur. Buna ek olarak, mevcut tedaviler, etkilerinden kısmen sorumlu olabilecek birçok ortak unsura sahiptir. Çeşitli çalışma tasarımı faktörlerinin, hasta özelliklerinin ve tedavi parametrelerinin BPB için psikoterapi sonucu üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç duyulacaktır. (Ellison, 2020). Açıklanan tüm yapılar, mevcut davranışın incelenmesinde geçmiş deneyimlerin kalıntılarının önemini vurgulamakta ve psikodinamik yaklaşımın son ortak varsayımına yol açmaktadır: bireyin mevcut işlevinin gelişimsel olarak anlaşılması gerekliliğine olan inanç, daha sonraki kişilik gelişiminin yapı taşları olarak bebeklik ve çocukluk deneyimlerinin önemine özellikle vurgu yapmaktadır. (Strieker & Gold, 1988) Borderline Kişilik Bozukluğu olarak adlandırılan hastaların tedavisinin genellikle son derece zor olduğu düşünülmektedir. Yakın zamana kadar, bu ağır bozukluğun bilişsel-davranışsal terapiye dayandırılacağı kavramsallaştırmalar yeterince gelişmemiştir.(Arntz, 1994).

Devam eden cinsel istismar, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda görülen düzensiz kişilerarası davranış ve işlevselliğin belirli yönlerinin güçlü bir belirleyicisi olabilir. Dünyanın boş, kötü niyetli bir yer olduğu beklentisinin köklerinin bir kısmı çocukluktaki cinsel istismar deneyimlerinin tekrarlanmasına dayanıyor olabilir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda bu kötü niyet beklentisi, psikoterapide gerileme ve uzaklaşma davranışları yoluyla kendini gösterebilir. (Silk & Hill, 1995). BKB, düşük mesleki ve eğitimsel kazanım, uzun süreli ilişki eksikliği, artan partner çatışması, cinsel risk alma, düşük sosyal destek seviyeleri, düşük yaşam memnuniyeti ve artan hizmet kullanımı gibi çeşitli kötü sonuçlarla ilişkilidir. Psikoterapi, BKB için ana tedavidir; ilaç tedavisi yalnızca ilaç gerektiren komorbid durumlar için veya psikososyal müdahalelerin yetersiz kaldığı bir kriz sırasında endikedir. (Bohus vd., 2021).

Sınırdaki kişilik bozukluğunu (BPD), başlangıçtaki birleşme ve ayrılık ikiliğindeki bir kısıtlamadan kaynaklandığı ve benliğin uyum için birleşmiş bakıcıya bağımlı kaldığı şeklinde tanımlar. Benliğin bu şekilde zayıflaması, 3 yaşından önce çekirdek benliğin oluşumunun raydan çıkmasından kaynaklanmaktadır. BKB hastaları bu nedenle tutarlı bir benliğe sahip değildir ve yakın ilişkilerdeki bir çatlaktan dolayı parçalanma tehdidi altında kaldıklarında panik ve öfke ile tepki verirler. BKB hastalarının savunmalarının en karakteristik özelliği bölünme ve bunun sonucunda ilişkiler içinde idealleştirme ve değersizleştirme. Benlik psikolojisi perspektifinden bakıldığında, BKB hastasının benliği idealleştirme, yansıtma ve alter ego aktarımlarından oluşan bir matrisin içine gömülü uygun empatik yanıt verme aşamasına göre gelişecektir. Tedavi, hastanın bağımsızlık çabası etrafında gelişen aktarıma odaklanmalıdır. (PsycINFO Veritabanı Kaydı (c) 2019 APA, tüm hakları saklıdır). (Wastell, 1992). Borderline kişilik bozukluğunun (BPD) tanınabilir semptomları ve özellikleri ergenlik döneminde ortaya çıkar. Ancak, BKB'nin uzun süredir devam eden bir hastalık olduğu ve kişilik özelliklerinin yetişkinliğe kadar stabil olmadığı yönündeki klinik görüşler nedeniyle, bu bozukluğu yetişkinlikten önce teşhis etmeye veya araştırmaya karşı direnç olmuştur. Bu durum, gençlerde BKB'nin gelişimi ve risk faktörleri hakkında çok az bilgi edinilmesine yol açmıştır. (Stepp, 2012).

Psikoterapi, BKB için tercih edilen tedavidir. Diyalektik davranış terapisi ve psikodinamik terapi gibi psikoterapi, semptom şiddetini -0,60 ile -0,65 arasındaki orta etki büyüklükleriyle (standardize edilmiş ortalama fark) olağan bakımdan daha fazla azaltmaktadır. Herhangi bir psikoaktif ilacın BKB'nin temel semptomlarını tutarlı bir şekilde iyileştirdiğine dair kanıt yoktur. Ayrık ve ciddi komorbid ruhsal bozukluklar için, örneğin majör depresyon, seçici serotonin geri alım inhibitörleri essitalopram, sertralin veya fluoksetin gibi farmakoterapi reçete edilebilir. İntihar davranışı veya düşüncesi, aşırı anksiyete, psikotik ataklar veya hastayı veya başkalarını tehlikeye atabilecek diğer aşırı davranışlardan oluşan BPD'deki akut krizin kısa süreli tedavisi için, düşük potensli antipsikotiklerin (örn. ketiapin) reçete edilmesini veya sedatif antihistaminiklerin (örn. prometazin) etiket dışı kullanımını içerebilen kriz yönetimi gereklidir. Bu ilaçlar diazepam veya lorazepam gibi benzodiazepinlere tercih edilir. (Campbell vd., 2020). Psikopatolojinin kavramsallaştırılması ve tedavisinde statik, bozukluk merkezli bir yaklaşımı tamamlamak için gelişimsel, kişi merkezli bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu ve kişilik ve psikopatolojinin en iyi şekilde dinamik adaptasyon girişimleri olarak kavramsallaştırıldığıdır. (Luyten & Fonagy, 2022).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kişilik bozuklukları (KB) sağlık kaynakları üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır ve bu durum özellikle sınırdaki kişilik bozukluğu (BKB) için geçerli görülmektedir. Tüm PB'ler gibi, BPD de ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkar. Bu nedenle varlığının tespit edilmesi önemlidir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (5. baskı) belirtildiği üzere, borderline kişilik bozukluğu (BPD) kişilerarası ilişkilerde, benlik imajında ve duygulanımda yaygın bir istikrarsızlık örüntüsünün yanı sıra belirgin dürtüsellik ile karakterize ciddi bir ruhsal hastalıktır. Bu durum erken yetişkinlik veya ergenlik döneminde ortaya çıkar ve ciddi işlevsel bozulmaya ve öznel rahatsızlığa yol açar.

BKB'de doğru tanı, doğru tedavi ve müdahaleler açısından ve hastalığın klinik seyrini doğru tahmin edebilmek için önemlidir. BKB'nin etiolojisi hem genetik faktörlerle hem de cinsel ve fiziksel istismar gibi olumsuz çocukluk deneyimleriyle ilişkilidir. Araştırmalar, çocukluk çağı travmasının, özellikle de istismar ve ihmalin, BKB' nin gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir. BKB' nin bir bağlanma ve duygu düzenleme bozukluğu olarak anlaşılması, erken çocukluk deneyimlerinin bozukluğun gelişimindeki önemini vurgulamaktadır. Kernberg' in psikodinamik modeline göre, çocukluk çağı travması çarpık ve dengesiz içselleştirilmiş nesne ilişkilerine yol açabilir. Bu erken dönem deneyimleri, BKB'nin karakteristik özelliği olan sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme zorluklarına katkıda bulunabilir. Erken çocukluk travmasının BKB' nin gelişimindeki rolünü anlamak etkili tedavi için çok önemlidir, çünkü altta yatan bu sorunların ele alınması semptomların hafifletilmesine ve genel işleyişin iyileştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Bu erken dönem deneyimleri, BKB'nin karakteristik özelliği olan sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme zorluklarına katkıda bulunabilir. Erken çocukluk travmasının BKB' nin gelişimindeki rolünü anlamak etkili tedavi için çok önemlidir, çünkü altta yatan bu sorunların ele alınması semptomların hafifletilmesine ve genel işleyişin iyileştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Borderline Kişilik Bozukluğunu (BPD) anlamaya yönelik psikodinamik yaklaşımlardaki merkezi kavramlardan biri Nesne İlişkileri Teorisidir. Bu teori, birincil bakıcılarla yaşanan erken deneyimlerin bireyin içselleştirilmiş ilişki temsillerini şekillendirdiğini ve bunun da sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme becerilerini etkilediğini öne sürer. BPD' nin psikodinamik anlayışında önde gelen bir isim olan Kernberg' e göre, bu nesne ilişkilerinin doğası genellikle kimliğin bütünleşmesiyle bağlantılıdır. Başka bir deyişle, erken dönem ilişkilerdeki bozukluklar, BKB'nin ayırt edici semptomları olan dengesiz bir benlik duygusuna ve duyguları düzenlemede zorluğa yol açabilir. BKB' nin bir bağlanma ve duygu düzenleme bozukluğu olarak anlaşılması, erken çocukluk deneyimlerinin bozukluğun gelişimindeki önemini vurgulamaktadır. Olumsuz erken dönem deneyimleri, BKB'nin karakteristik özelliği olan sağlıklı bağlar kurma ve duyguları düzenleme zorluklarına katkıda bulunabilir. Psikodinamik terapi, bu sorunları ele alarak ve güçlü bir terapötik ittifakı teşvik ederek, BPD tedavisinde kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sağlayabilmektedir. Kişilik bozuklukları, DSM sisteminde ayrı bir eksene yerleştirilmiş olmalarına rağmen uygulamada yaygındır. Psikoterapi, BKB için ana tedavidir; ilaç tedavisi yalnızca ilaç gerektiren komorbid durumlar için veya psikososyal müdahalelerin yetersiz kaldığı bir kriz sırasında endikedir. Psikodinamik açıdan bilgili bir klinisyen, klinik ortamda nesne ilişkileri örüntüsünün yeniden yaratılması nedeniyle kişilik bozukluklarını tanıyabilir. Erken çocukluk travmasının BKB' nin gelişimindeki rolünü anlamak etkili tedavi için çok önemlidir, çünkü altta yatan bu sorunların ele alınması semptomların hafifletilmesine ve genel işleyişin iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır. Giderek artan sayıda kanıt, psikodinamik terapinin, bazı durumlarda ilaç tedavisiyle birlikte, kişilik bozukluklarının tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir. BPD'li gençlerde yapılandırılmış tedavilerden iyi sonuçlar elde edilmekte birlikte BKB için erken müdahale programları, işlevsellik düzeyinin iyileştirilmesinde de umut verici sonuçları göstermektedir.

KAYNAKÇA

- Arntz A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: a challenge for cognitive-behavioural therapy. *Behaviour research and therapy*, 32(4), 419–430.
- Bradley, R., & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 17(4), 92
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540.
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2021). Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, 11(11), 2142.

Campbell, K., Clarke, K. A., Massey, D., & Lakeman, R. (2020). Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question. *International journal of mental health nursing*, 29(5), 972–981.

Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(1), 221

Deary, I. J., Peter, A., Austin, E., & Gibson, G. (1998). Personality traits and personality disorders. *British Journal of Psychology*, 89(4), 647-661.

Dehlbom, P., Wetterborg, D., Lundqvist, D., Maurex, L., Dal, H., Dalman, C., & Kosidou, K. (2022). Gender differences in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(3), 277.

Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for borderline personality disorder: Does the type of treatment make a difference?. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7, 416-428.

Gonzalez-Torres M. A. (2018). Psychodynamic psychotherapies for borderline personality disorders. Current developments and challenges ahead. *BJPsych international*, 15(1), 12–14. <https://doi.org/10.1192/bji.2017.7>

Hessels, C. J., & Blom, G. (2021). Vroege interventie voor borderline-persoonlijkheidsstoornis: een casus ter illustratie van het programma HYPE [Early intervention for borderline personality disorder]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 63(1), 64-69.

Jonathan Shedler, Aaron Beck, Peter Fonagy, Glen O Gabbard, John Gunderson, Otto Kernberg, Robert Michels, Drew Westen. *American Journal of Psychiatry* 167 (9), 1026-1028, 2010

Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505-508.

Kets de Vries, Manfred F.R. and Cheak, Alicia, *Psychodynamic Approach* (June 19, 2014). *Insead Working Paper No. 2014/45*

Keyvan, A., Ceylan, F., & Pamukcu, V. (2021). Borderline kişilik bozukluğu üzerine bir inceleme. *Atlas Journal*, 7(42), 1976-1985.

Kramer, U., Grandjean, L., Beuchat, H., Kolly, S., Conus, P., de Roten, Y., Draganski, B., & Despland, J. N. (2020). Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 335.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461

Luyten, P., & Fonagy, P. (2022). Integrating and differentiating personality and psychopathology: A psychodynamic perspective. *Journal of personality*, 90(1), 75–88. <https://doi.org/10.1111/jopy.12656>

Saxena, M., Tote, S., & Sapkale, B. (2023). Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder: Etiology, Diagnosis, and Management. *Cureus*, 15(11).

Silk, K. R., Lee, S., & Hill, E. M. (1995). Borderline personality disorder symptoms. *Am J Psychiatry*, 152, 1059-1064.

Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 40, 1-5.

Stone M. H. (2019). Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodynamic psychiatry*, 47(1), 5–26. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.1.5>

Stone M. H. (2022). Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. *Psychodynamic psychiatry*, 50(1), 45–63.

Strieker, G., & Gold, J. R. (1988). A psychodynamic approach to the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 2(4), 350-359.

Uscinska, M., Gagliano, N., Polla Mattiot, A., & Bellino, S. (2019). Borderline Personality Disorder and Childhood Trauma: The Posited Mechanisms of Symptoms Expression. *IntechOpen*.

Wastell, C. A. (1992). Self psychology and the etiology of borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(2), 225.

Vierl, L., Juen, F., Benecke, C., & Hörz-Sagstetter, S. (2023). Exploring the associations between psychodynamic constructs and psychopathology: A network approach. *Personality and mental health*, 17(1), 40–54. <https://doi.org/10.1002/pmh.1559>

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. L. (2021). *Psychodynamic psychotherapies*. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Personality Disorder

Yıldırım, O., & Kumcağız H. (2022). Psikodinamik yaklaşıma göre insan davranışının incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(40), 103-132. <https://doi.org/10.14520/adyusbd.105268>