

**T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**MASTERSON YAKLAŞIMINDA BORDERLINE
KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA GELİŞİMSEL
YAKLAŞIM**

Bitirme Projesi

Meral AYDIN

0750Y12203

Danışman: Doç. Dr. Halil EKŞİ

İstanbul, Ocak 2010

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, James Masterson ve Masterson Enstitüsü tarafından yürütülen çalışmalarda ele alınan gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı bağlamında Borderline Kişilik Bozukluğunun intrapsişik gelişimi ve Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı konmuş olan kişilerin içsel yaşantılarına klinisyenlerin nasıl ulaşabileceği ve ne şekilde tedavi edebileceği üzerinde durulmaktadır.

Borderline Kişilik Bozukluğu ilk önceleri Zilboorg (1942) tarafından konulmuş ambulator şizofreni ve takibinde, Helene Deutsch (1942) tarafından konulmuş (miş gibi) kişilik teriminden başlayarak nevroz ve psikoz arasında bir “orta yol” olarak Borderline Kişilik Bozukluğu olarak tanınması; sonrasında Meissner, Giovacchini, Rinsley, Kernberg, Fonagy ve Masterson gibi teorisyenlerin çalışmalarının değerli katkılarıyla elde edilen önemli ilerlemelere yer verilmiştir.

Masterson 1950’li yıllarda ergenlerle yaptığı çalışmalarda tanımladığı “terk depresyonu” ve onun gelişimsel izlerini sürdüğü Mahlerin çalışmaları, bağlanma stillerinin etkileri, Stern’in kendilik yaklaşımı ve sonrasında Schore’un kendiliğin nörobiyolojik gelişimine yer vererek çalışmalarını genişletmiştir.

Masterson ve arkadaşları bölme üzerine temellendirilmiş gelişimsel duraklama içeren intrapsişik yapıların izinde savunmacı bir varoluş sergileyen sahte kendilik uğruna feda edilen gerçek kendiliğin gelişimsel süreçlerini takip etmişlerdir. Yüzleştirme tekniği çatısı altında yapılan terapötik müdahaleler ile bu bölünmüş içsel nesne ve kendilik yapılarının gerçeklik zemininde birleştirilerek; derinlerde cılız kalıp ortaya çıkamayan gerçek kendiliğin uyanışını içeren süreçler üzerinden bir yeniden inceleme çalışması yapılmıştır.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Özet	ii
Giriş	iii
Şekiller Listesi	iv

I.GİRİŞ.....1

1.1. Araştırmanın amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Yöntem	5
1.3.1. Doküman incelemesi	5

II. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLULUĞUNA GENEL BAKIŞ..... 6

2.1.Epidemiyoloji.....	7
2.2. Etiyoloji ve Patogenez.....	8
2.3. Tanı.....	9
2.4. Gidiş ve Prognoz.....	14
2.5. Tedavi.....	14
2.5.1. Psikoterapi.....	14
2.6.2.Farmakoterapi.....	15

III. MASTERSON YAKLAŞIMININ GELİŞİMSEL ÖNCÜLLERİ.....17

3.1. Mahler'in Gelişim Evreleri.....	19
3.2. Daniel Stern'in Kendilik Gelişimi Evreleri.....	22
3.3. Ainsworth'un Bağlanma Stilleri Çalışması.....	24
3.4. McDevit ve Arkadaşlarının İleriye Yönelik (Prospective) Çalışmaları.....	26
3.5. Allan Schore'un Bağlanmaya Nörobiyolojik Bakışı	29

IV. MASTERSON’UN ENTEGRATİF YAKLAŞIMI	35
4.1. Gerçek Kendilik ve Kendilik Kapasiteleri.....	36
4.2. Terk Depresyonu.....	43
4.3.Bölünmüş Nesne İlişkileri Yapılanması	47
4.4. Tanısal Özellikler	50
4.4.1. Ayırıcı Tanı.....	61
4.5. Terapötik Müdahale (Yüzleştirme).....	62
4.6. Terapötik Sürecin İlkeleri ve Evreleri.....	69
V. İLK GÖRÜŞEM DEŞİFRESİ.....	79
VI. VAKA SUNUMU.....	119
6.1.Tanımlama.....	119
6.2. Temel Şikayet.....	119
6.3. Hastalık Geçmişi.....	120
6.4. Psikiyatrik Geçmiş.....	122
6.5. Aile Geçmişi.....	122
6.6. Kişisel Geçmiş.....	124
6.7.İnceleme.....	124
6.8. Ayırıcı Tanı.....	125
6.9. İntrapsişik yapılanma.....	125
6.10. Psikoterapi.....	126
6.11. Karşı aktarım.....	129
SONUÇ VE ÖNERİLER	130
KAYNAKÇA.....	136

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. DSM-IV-R Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri	10
Şekil 2. Gerçek Kendilik: Yapı ve İşlevler	39
Şekil 3. Bozulmuş Gerçek Kendilik ve Kendilik Bozuklukları.....	41
Şekil 4. Borderline Intrapsişik Yapının Bölünmüş Nesne İlişkileri Birimi	49

I. GİRİŞ

“Büyümek istemiyorum, büyümek beni tam da ortadan ikiye bölünmüş bir dünyaya sevk ediyor ve bu dünyanın bir yanı kapkara diğer yanı ıslıl ıslıl ve ben bir o taraftayım bir bu tarafta; hangisiyim bilmiyorum, nerede ne hissettiğimi de hatırlamıyorum. Bir şeye tutunmaya ihtiyacım var, boşluğa dayanamıyorum; boşlukta kalmaktansa tutunduğum şeyin şekline bürünebilirim. Ama çok fazla sokulmak boğar beni bir süre sonra içimde sonsuz öfkeler oluşturur; ya bir anda beni terk ederse diye ve köpürür içimdeki denizler ve içime sığmaz olurlar. Bu hırçın dalgaların öldürücü köpüklerini karşımdakine olduğu gibi yansıtmalıyım, öyle olmalı ki o girdabın köpükleri içinde kaybolmuş bir vaziyette olmalı, tam da benim hissettiğim bu kötülük halini hissetmeli ve ben böylece içimdeki canavardan kurtulabilmeliyim. Çok şey istiyorum aslında hayattan, iyi ve güzel şeylere layığım ama ben bunun için çalışmam, uğraşamam, aynı yerde kalamam, aynı duyguda duramam bunun için birine yapışmalıyım ve o benim için bu dünyayı hazırlamalı ben de bunun karşılığında kendi benliğimden vazgeçebilirim. Bana hazır bir dünya ve sığınacağım bir liman sunarsa biri; ben bu varlık üzerinden yaşayabilirim. Ama sonra bu limanda hapsoldüğüm için içinden çıkamadığım bu varlıktan nefret ederim ama beni bırakmaması için de çılgınca çaba gösteririm. İşte o zamanlarda bir an o tarafta, bir an bu tarafta, bir an iyi bir çocukken bir an kötü bir çocuk olabilirim. Kötü çocuk olduğumda öldürücü öfkemi dışarıya kusabilirim ama eğer öfkeyi kusacağım kişiler beni terk etmekle tehdit eder ya da terk ederse bütün öfkemi dışarıya kusarım ve eğer etrafımda öfkemi kusacağım birini bulamazsam bu öfkemi kendime döndürürüm; olur olmaz kişilerle ilişkiye girerim, olur olmaz para harcarım, kendimi keserim ve hatta kendimi öldürebilirim.”

Bu çalışmada yukarıda belirtilen bağlamda çeşitli görünümelerini görebileceğimiz Borderline Kişilik Bozukluğu üzerindeki geçmişten günümüze yapılmış tüm çalışmalarla ilgili kısaca bilgi aktarılmaktadır.

Masterson yaklaşımında Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireyin bölünmüş intrapsişik yapısı ve işleyişlerinin, gerçek kendilik kurban edilerek sahte kendilik üzerinden ne şekilde devam ettiği aktarılmaktadır. Dünyayı ve gerçeği dürbünün ters tarafından tek bir mercekten görmeye devam ederek davranışlarında tekrarladığı içselleştirilmiş nesne

ilişkilerinin ayrışma bireyleşme evresinin yeniden yakınlaşma alt evresindeki izlerinin ne şekilde sürüldüğü üzerinde durulacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Borderline Kişilik Bozukluğunun organik olarak değerlendirilmesinden çok gelişimsel öncüllerin izlerini sürmek ve nesne ilişkilerinin içsel nesne yapıları ve intrapsişik yapıdaki etkileri ve bu etkilerin bu kişilerin tüm yaşamları boyunca dışa yansımaları ele alınmıştır. Borderline kişilik Bozukluğunda organik getiriye (doğa) bir kader gibi algılamaksızın doğa, bakım ve kaderin birarada işleyen süreçler olduğu ve birbirlerini etkiledikleri üzerinde durulmuştur. Bu genel amaç doğrultusunda araştırmacının cevap bulmayı amaçladığı sorular şunlardır:

1. Nesne arayışının arkasında hangi sistemler çalışmaktadır?
2. İlk nesne ilişkileri ne tür bağlanmalar ortaya çıkarır, bu türlerin anlamlılığı nasıl izlenir?
3. Bağlanma stillerinin yaşamın tüm alanındaki izleri ve etkileri ne şekilde işler?
4. Kendilik doğuştan getirdiğimiz bir şey midir?
5. Kendilik nasıl ortaya çıkar veya nasıl gömülür?
6. Kendiliğin nörobiyolojik yapılanması nasıl oluşur?
7. Kendiliğin organik olarak temsil edildiği bir alan var mıdır?
8. Kendilik temsilleri ve nesne temsilleri nasıl ayrıştırılır?
9. Gerçek kendilik nasıl ortaya çıkar?
10. İçselleştirilmiş parça nesne veya parça kendilik ile bütün bir nesne ve bütün bir kendilik interpersonal etkileşimlerde nasıl tezahür eder?
11. Bölünmüş parça nesne birimi yapılanması nasıldır ve duygulanım ve davranışta nasıl tezahür eder?

12. Anneden ayrışma ile anne ile yeniden birleşme ambivalansı nasıl ortaya çıkar?
13. Ayrışmayı gerçekleştiren yapının yeniden yakınlaşma ihtiyacında annenin desteği ve bu desteğin seviyesi neden önem arz eder?
14. Ayrılma – bireyleşme süreçlerinin yaşam boyu etkileri nasıldır?
15. Ayrılma bireyleşme süreci ile terk depresyonunun ilk izleri ne şekilde paralellik arz eder.
16. Kendilik aktivasyonu, terk depresyonu ve savunma dizgileri nasıl işler?
17. Terk depresyonunu deneyimlemek ve orada savunmalar olmaksızın durabilmek intrapsişik yapıda ne şekilde etkili olur?
18. Kişilik bozukluklarını ele almada intrapsişik yapıları esas almak neden önemlidir?
19. Borderline yapılardaki ego yapılanması işlevleri ve gerçekliği değerlendirme ne şekilde işler?
20. Yüzleştirme nasıl bir müdahale yöntemidir ve psikoterapi sürecinde gerçek kendiliğe hitaben ne şekilde kullanılır.
21. Yüzleştirme temelinde uygulanan psikoterapi sürecindeki esas ilkeler nelerdir?
22. Aktarım, aktarım eyleme vurumu, karşı aktarım, karşı aktarım eyleme vurumu ayırıcı tanıda ve psikoterapi sürecinin ilerleyişinde ne tür etkilere sahiptir?
23. Psikoterapide hangi aşamalar ne şekilde izlenir?
24. İlk görüşme nasıl yapılır?
25. Masterson yaklaşımında bir vaka ne şekilde izlenir ve sonlandırılır?

1.2. Araştırmanın Önemi

1941 yılından bu yana çeşitli tanımlamalar ile günümüze gelen Borderline Kişilik Bozukluğu için yapılan araştırmalar halen yetersiz görünmektedir. Borderline Kişilik Bozukluğuna biyolojik temelli yaklaşımları sonrasında yapısal temelli yaklaşımlar izlemiştir.

Masterson yaklaşımında entegratif bir yaklaşım içerisinde hem biyolojik, hem de gelişimsel olarak insan yavrusunun gelişimine paralel olarak bu rahatsızlığın izleri sürülmektedir.

İnsan her şeyden önce sosyal bir varlıktır ve tüm özellikleri ve donanımları ile sosyal bir çevrede varolabilir. Hatta doğumundan itibaren kendine yeten bir birey olabilmesi için de önünde oldukça uzun bir dönem vardır insanoğlunun. Burada yine anne ve bakıcılara önemli roller ve sorumluluklar düşmektedir. Mahler' in (1975) deyiimiyle bebeğin annesinden fiziksel olarak doğumu ile psikolojik doğum evreleri bir silsile olarak ilerlemektedir. Diğer taraftan Stern (1998), nesne arayışının kendisinin birincil dürtü olduğunu belirterek her ne kadar kendilik çekirdeği ile dünyaya gelinse de tüm bu kendilik potansiyellerinin ve duygulanım düzenlemelerinin bir nesne aracılığı ile yapılacağına vurgu yapmıştır. Schore (1994) bu yaklaşımları bir adım daha öteye taşıyarak kendiliğin ve duygulanım düzenlemesi veya duygulanım düzensizliğinin nöronal yapılarını, beyinde temsil edildikleri alanları ve beynin plastisitesi kapsamında gelişim periyotlarının izlerini sürmüştür.

Masterson, bireysellik arayışının en eski izlerini sürerken Mahler'in ele aldığı gelişim evrelerini bu evrelerin ergenlik ve yaşamın ilerleyen yıllarındaki izlerini sürerek “terk depresyonu” kavramına ulaşmış ve bu bağlamda Borderline Kişilik Bozukluğuna geniş bir perspektiften bakarak diğer yapılan çalışmaları dışlamadan; ancak tüm bu çalışmaların verilerini aynı çalışma içerisinde değerlendirerek entegratif bir yaklaşım içerisinde çalışmalarını yürütmüştür. 50 yılı aşkın bir süredir Masterson ve ekibi tarafından devam ettirilen çalışmalar, klinik çalışmalar ile de desteklenmişlerdir.

Psikoterapilerinde klinisyenleri eyleme vurmaları ile oldukça zorlayan Borderline hastalar “yüzleştirme” tekniği ile öncelikle sağlam bir terapötik zeminde tutulmaktadır. Gerçekliği tolere edebilecek ve duygulanım düzenlemesini bugünün gerçeklik temelleri üzerinde yapabilecek bir yapı oluşturduktan sonra, bugüne geçmişten bakmak yerine; geçmişe ve bugüne bugünden bakabilecek kapasiteleri oluşturulmaktadır. Bugünden geçmişi değerlendiren sağlıklı ego intrapsişik yapıyı yeniden yapılandırma çalışmaları yapabilecek, birey kendi içsel süreçlerini değerlendirip tekrarlama zorlantılarını çok daha kısa sürelerde

farkedebilen bir nevrotik yapıda bugünü, bugünün gerçeği ve bugünün duygulanımı ile yaşama olanağına sahip olabilecektir.

Borderline yapıya bu denli değindikten sonra esas önemle vurgulanması gereken konulardan biri de “Borderline anne ve babaların yetiştirecekleri çocuklarla olan etkileşimleri onların intrapsişik yapısı ve kendilik gelişimi üzerinde nasıl etki edecektir?” Konuya bu açıdan bakılacak olunur ise, bu kişilik bozukluğuna yönelik olarak yapılacak her türlü katkı gelecek nesillerin gelişiminde de etkili olacaktır.

1.3.Yöntem

Bu proje hazırlanırken, doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi ile ilgili bilgiler aşağıda aktarılmıştır.

1.3.1. Doküman İncelemesi

Doküman incelemesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar (Yıldırım & Şimşek, 2005, s. 108). Nitel araştırmada doküman incelemesi tek başına bir veri toplama yöntemi olabileceği gibi diğer veri toplama yöntemleri ile birlikte de kullanılabilir. Doküman incelenmesi, hemen her araştırma için kaçınılmaz olan bir veri toplama tekniğidir. Belge yoksa tarih de yoktur (Madge, 1965, s.75). Geleneksel olarak doküman incelemesi, tarihçilerin, antropologların ve dil bilimcilerin kullandığı bir yöntem olarak bilinir.

Dokümanlar, nitel araştırmalarda etkili bir şekilde kullanılması gereken önemli bilgi kaynaklarıdır. Bu tür araştırmalarda araştırmacı, ihtiyacı olan veriyi, gözlem veya görüşme yapmaya gerek kalmadan elde edebilir. Bu anlamda doküman incelemesi, araştırmacıya, zaman ve para tasarrufu anlamında katkıda bulunacaktır. Öte yandan, nitel araştırmalarda gözlem ve görüşme gibi diğer veri toplama yöntemleriyle birlikte kullanıldığında “verinin

çeşitlendirilmesi” amacına hizmet edecek ve araştırmanın geçerliliğini önemli ölçüde arttıracaktır.

Hangi dokümanların önemli olduğu ve veri kaynağı olarak kullanılabileceği araştırma problemi ile yakından ilgilidir. Örneğin eğitim ile ilgili bir araştırmada, şu tür dokümanlar veri kaynağı olarak kullanılabilir; eğitim alanında ders kitapları, program yönergeleri, okul içi ve dışı yazışmalar, öğrenci kayıtları, toplantı tutanakları, öğrenci rehberlik kayıt ve dosyaları, öğrenci ve öğretmen el kitapları, öğrenci ders ödevleri ve sınavları, ders ve ünite planları, öğretmen dosyaları, eğitimle ilgili resmi belgeler, vb. Bunlara ek olarak anılar, günlükler, özel mektuplar, itiraflar gibi kişisel belge ve dokümanların yanı sıra yazılı basın, periyodik yazılı kaynaklar, magazin, dergi ve kitaplar da doküman analizine konu olabilirler (Yıldırım, Şimşek, 2005, s.188).

Doküman incelemesi yapılırken izlenecek bir dizi aşama vardır. Doküman incelemesi belli başlı beş aşamada yapılabilir:

- 1- Dokümanlara ulaşma
- 2- Orijinallliğini kontrol etme
- 3- Dokümanları anlama
- 4- Veriyi analiz etme
- 5- Veriyi kullanma

Ancak, bu aşamalar daha çok genel bir yönerge olarak dikkate alınmalıdır. Her araştırmacı bu aşamaları araştırma probleminin niteliğine, doküman incelemesi sonucunda elde etmeyi hedeflediği veriye veya dokümanları ne kadar kapsamlı ve derinlemesine incelemek istediğine bağlı olarak yeniden yorumlayabilir (Yıldırım, Şimşek, 2005, s.193). Öte yandan, dokümanlar sadece bu tür ek veri kaynağı olarak değil, sadece tek başına bir araştırmanın tüm veri setini oluşturabilir. Bu durumda dokümanların tam bir veri analizine tabi tutulması gereklidir (Bailey, 1982).

2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA GENEL BAKIŞ

Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalar nöroz ile psikoz arasındaki sınırdadır ve sıradışı stabil olmayan afekt (duygulanım), mizaç, davranış, nesne ilişkileri ve benlik imajı ile özellik gösterir. Bozukluk; öncelikle ambulator şizofreni (Zilboorg, 1941), güya (miş gibi) kişilik (Helene Deutsch, 1942), psödonörotik şizofreni (Paul Hoch ve Philip Politan, 1949) borderline durumlar (Knight, 1953), ciddi ego distorsiyonu (Gitelson 1958) psikotik karakter (John Frosch, 1960) terimleriyle tanımlanmıştır. ICD-10'da emosyonel stabil olmayan kişilik bozukluğu olarak adlandırılmıştır (Akt.; Kaplan & Sadock, 2004, s. 310)

Bu kişilik bozukluğunun tanımlanması çok karmaşık ve zordur, ayrıca çelişkiler içeriyor gibi görünebilir, tartışma götüren yanları vardır. Psikozlar (gerçeği değerlendirme bozuklukları), duygudurum bozuklukları, diğer kişilik bozuklukları ve bilişsel bozukluklarla örtüşen bir çok yanı vardır. Geçmişte nevrozla psikoz arasında bir sınırdaki olduğu düşünülüyordu. Borderline Kişilik bozukluğu olan kişiler benlik algısı sorunlarının yanı sıra ayrılma – bireyselleşme sorunları, duygulanım denetimleri sorunları ve yoğun bilişsel bağlanma sorunları yaşarlar (Köroğlu & Bayraktar, 2007, s.59).

2.1. Epidemiyoloji

Kesin yaygınlık çalışmaları bulunmamaktadır, ancak Borderline Kişilik Bozukluğunun toplumun % 1-2 kadarında bulunduğu düşünülmektedir ve kadınlarda erkeklerden 2 kat daha yaygındır (Kaplan & Sadock, 2004, s.310). Kadınlarda erkeklere göre iki kat sık görülmesinde, erkeklerde daha az tanı konmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı psikiyatride yatarak tedavi gören hastalar arasında % 15 – 20, poliklinik hizmeti alanlarda % 10 sıklıkla görülmektedir. Klinik ortamda en sık görülen kişilik bozukluğudur. (Akvardar, 2007, s.520) Major Depresif Bozukluk, Alkol Kullanım Bozuklukları ve Madde Kötüye Kullanımının Borderline Kişilik Bozukluğu olan kişilerin birinci derece yakınlarında prevalansının artmış olduğu bulunmuştur (Kaplan & Sadock, 2004, s.310).

2.2. Etiyoloji ve Patogenez

Howard H. Goldman'a (1995, s. 321) göre Genetik ve Biyolojik Faktörler üzerinde dururken şunları belirtmiştir: Kernberg (1975) ve Klein (1977) borderline kişilik bozukluğu olan hastaların özellikle de öfke olmak üzere duygu düzenlemede “yapısal temelli” yetersizlikleri olduğunu belirtmişlerdir. Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında yaygın olan depresif hastalıklar ile Borderline Kişilik arasında bir ilişki olabilir.

Howard H. Goldman (1995) Psikolojik Faktörleri de şu şekilde ele almıştır: Kernberg ilk bakım veren kişilere karşı ortaya çıkan ambivalans hislerinin entegre edilmesindeki hatalardan dolayı oluşan psikolojik gelişimde bir duraklama olduğunu ve bu hataların ileri yaşlardaki yakın ilişkilerde de tekrar edilmesi ile devam ettirildiğini öne sürmüştür. Genellikle erken çocukluk döneminde terk edilen ilkel savunma mekanizmaları yetişkinliğe taşınmıştır ve hasta gerçek olmayan iyi veya kötü karikatür karakterleri gibi algıladığı diğerlerini çarpıtılmış bir şekilde değerlendirme eğilimindedir. Bu ya hep, ya hiç düşünce şekli abartılı fiziksel semptom görüntülerini de oluşturmaktadır ve böylece hasta karşıdaki kişiyi ya tam olarak iyi ya da ölümcül derecede kötü görme eğilimindedir. Fiziksel hastalıkların tedavisi abartılı korkunç boyutlardadır.

Mahler (1971) ve Masterson (1972) 16-25 aylar arasında ayrılma – bireyleşme'nin yeniden yakınlaşma alt evresinde oluşan bir bozulmanın (örselenme) sonrasında Borderline Kişilik Bozukluğuna neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu aşamada çocuk bağımsız davranışlar sergiler ve onaylanma, beğenilme ve duygusal “yakıt ikmali” sağlamak üzere birincil bakım veren kişiye geri geri döner. Eleştiren ve reddeden ebeveyn veya yutan ve boğucu ebeveynler bağlanma – ayrışma sıralanımının optimal işleyişini kesintiye uğratırlar (akt.; Goldman, 1995, s.321-322).

2.3. Tanı

DSM-IV'e göre Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı hasta tablo 1 - 1 sıralanan kriterlerin en az beşini gösterdiğinde ve genç yetişkinlik döneminde konabilir. bu maddelerden mevcut olan beş kriter genç erişkinlik döneminde başlamıştır ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu sürekli bir örüntüdür.

Biyolojik çalışmalar tanıda yardımcı olabilir, bazı Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalar kısalmış hızlı göz hareketleri (REM) latansı ve uykuyu sürdürmede bozukluklar, anormal deksametazon supresyon test sonuçları ve anormal tirotropin salınım hormonu test sonuçları gösterirler. Bununla birlikte bu değişiklikler bazı Depresif Bozukluk vakalarında da görülür (Kaplan & Sadock, 2004, s.310).

Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüselliğin olduğu sürekli bir örüntü.

Şekil 1. DSM- IV – TR Borderline kişilik bozukluğu tanı ölçütleri. (DSM-IV-TR, 207, s. 1022-1023)

- (1) Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme. Not: 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.
 - (2) Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması.
 - (3) Kimlik karmaşası: Belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duygusu.
 - (4) Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme)
Not: 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.
 - (5) Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı
 - (6) Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı afektif instabilite örn. yoğun epizodik disfori, irritabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete)
 - (7) Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme
 - (8) Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn. sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke, sık sık kavgalara karışma)
 - (9) Stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiyatif semptomlar
-

Sık görülen bir kişilik bozukluğu olmasına rağmen Borderline Kişilik Bozukluğu klinik uygulamada sıklıkla yanlış ya da az tanı konan bir bozukluktur. Borderline Kişilik Bozukluğu belirgin rahatsızlığa, sosyal, mesleki ve rol işlevselliğinde bozulmaya neden olur ve yüksek oranda kendine zarar verme davranışı (suisid girişimleri gibi) ve tamamlanmış suisidle ilişkilidir. Borderline Kişilik Bozukluğunun önemli bir özelliği süregelen olarak kişilerarası

ilişkilerde, afektlerde, kendilik imajında dengesizlikle birlikte belirgin dürtüselliktir (Akvardar, 2007, s.520).

DSM-IV 'te belirtilen bu kriterlerin çoğu birbiriyle bağlantılıdır. Borderline Kişilik Bozukluğu olanlar için en temel mesele terk edilme riski olmasının ilişki kurma çabasıdır. Başkalarına karşı güven duymada zorluk çektiklerinden ve reddedilme düşünceleri çok yüksek olduğundan yoğun anksiyete yaşarlar. Yalnız kalmaktan kaçınmak ve arzu edilen iletişim nesnesine sahip olmak için self – destructive (kendine – zarar verici) davranışlarda bulunabilirler. Aşırı dozda ilaç kullanımı ve blumik davranış diğer sık görülen self – destructive davranışlardır. Disforik duygular, öfke ve depresyon gibi kendilerinin gereksinimlerini başkalarının dikkate almadığı algısı da gelişir. Dürtüsel davranışlar, rastgele cinsel ilişkiler ve madde bağımlılığı da tek başına olmayı önlemeye yönelik olabilir. Bu kişiler yüzeysel olarak kabul edilebilir ölçüde ilişki kurabilir görünseler bile kişilerarası ilişkilerinin bu nitelikleri taşıması sosyal uyumlarının zayıf olmasına neden olmaktadır. Bilişsel çarpıtmaların çoğu gibi gerçeği değerlendirmedeki bozukluklar da kişilerarası ilişkiler çerçevesinde oluşmaktadır. Terk edilmek üzere olduklarını düşündüklerinde ya da sevdikleri kişilerin güven verici varlıklarının yokluğunda açıkça paranoid hale gelebilirler (Akvardar, 2007, s, 521).

Borderline kişilik bozukluğu olanlar bir nesneye ihtiyaç duyduklarından hem bağımlılık hem de bu nesnenin terk etme riskinden ya da onun tarafından yutulma riskinden dolayı da düşmanlık hissederler. Düzensiz kişilerarası ilişkilere sahiplerdir, bağımlı gibi göründükleri kişiler tarafından hayal kırıklıklarına uğratıldıklarında aşırı derecede öfke gösterebilirler. Yine de yalnız kalmayı tolere edemezler yanında olduğu kişinin duygularına önem vermezler. Sadece yalnızlıklarından kurtulmak için rastgele ilişkilere girebilirler. Sıklıkla kronik boşluk duygularından, can sıkıntısından ve kimliğinin tutarlı muhakemesinin yokluğundan (kimlik dağılması) yakınır; baskı altıydayken başka etkilerin telaşına karşı çoğu zaman hissettikleri kin olan depresyona nasıl girdiklerinden yakınır (Kaplan & Sadock, 2004, s.311).

Akvardar' göre (2007) DSM-IV'te yer alan dokuz kriter esas olarak dört psikopatoloji alanında incelenmekte ve bu alanlarda görülen semptomların Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaları diğer kişilik bozukluklarından ayırt ettiği belirtilmektedir.

Birinci alan afektif sorunlardır: Borderline Kişilik Bozukluğu olanlar yoğun disforik afekt yelpazesine sahiplerdir; öfke, keder, utanç, panik, korku, kronik boşluk ve yalnızlık duyguları yaşarlar. Bu kişiler yaşadıkları çok yönlü duygusal acıyla diğer gruplardan ayırt edilebilirler. Afektif sorunun bir diğer yönü bu hastalarda görülen duygudurum reaktivitesidir; gün içinde kişilerarası ilişkilere göre değişen duygudurum salınımları gösterirler. Hastalar bir anda tartışmacı iken, sonra depresifleşebilirler, biraz sonra da boşluk duygusundan yakınabilirler.

İkinci sorun alanı bilişsel fonksiyonlardır: Hastalar üç düzeyde bilişsel belirtiler gösterirler. (1) Sorun yaratan, ancak psikotik olmayan problemler; kötü olma ile ilgili aşırı değerlendirilmiş düşünceler, depersonalizasyon – derealizasyon gibi disosiyasyon yaşantıları, sanrısız olmayan kuşkuculuk ve referans düşünceleri; (2) yarı psikotik ya da psikoza benzer belirtiler; örn; geçici sınırları belirli bir ölçüde gerçeğe uygun sanrılar, varsanılar (3) gerçek sanrı ve varsanılar. Son kategori çoğunlukla psikotik depresyonla görülür. Ciddi kimlik karmaşası, yanlış inançlar nedeniyle bilişsel alanla ilişkili görülmektedir. (örn. iyi olan bir kişinin hemen ardından kötü olması)

Üçüncü sorun dürtüselliktir: İki tipte görülebilir. İsteyerek fiziksel kendine zarar verici olanlar ve daha genel dürtüsellik gösterenler. Self – mutilasyon, suicidal iletişim ve suicidal girişimleri birinci tipte dürtüsellikğin elemanlarıdır. Borderline Kişilik Bozukluğu olanların davranışları çoğunlukla öngörülemez. Yaşamlarının acı dolu yanları tekrarlayan kendine zarar verme davranışlarına yansır. Başkalarından yardım almak için, öfke ifade etmek için ya da aşırı duygulara karşı kendilerini duyarsız kılmak için bileklerini kesebilir ya da diğer kendini kesme davranışlarında bulunabilirler. İkinci tip dürtüsellik ise madde kötüye kullanımı, yeme bozukluğu, sözel patlamalar ve dikkatsiz araba kullanma şeklinde görülür.

Dördüncü sorun alanı stabil olmayan yoğun ilişkilerdir: Bir yanda yalnız kalmayı önleyecek çaresiz girişimlerle; örn, tekrar tekrar telefonla arama ya da fiziksel olarak yapışıp

kalma ile kendisini gösteren derin terk edilme korkusu vardır. Diğer yanda sık tartışmalar, tekrarlayan ayrılıklar, başkalarında korku ve öfke yaratan uygunsuz davranışlar nedeniyle ilişkilerde karmaşa görülür. Yakın oldukları kişilere bağımlı olabilirler ancak engellenme yaşadıklarında yakın arkadaşlarına yoğun öfke gösterebilirler. Yalnız kalmaya tahammül edemezler, tatminkar olmasına aldırmaksızın çılgınca ilişki arayışına girebilirler. Yalnızlığı gidermek için kısa süreli bir yabancıyı arkadaş olarak kabul edebilir ya da rastgele cinsel ilişki yaşayabilirler. Sıklıkla kronik boşluk ve sıkıntı hissinden yakınırırlar (Akvardar, 2007, s.521).

Borderline Kişilik Bozukluğu olanların kendilerini algılamalarında ya karmakarışıklık ya da bir dağınıklık vardır. “Kim” olduklarına ilişkin kararlı bir algıyı sürdürmekte zorluk çekerler, kendilerini sunuş ya da kimliklerini nasıl algıladıklarını anlatışlarında sürekli bir değişiklik olur. Bu belirsizlik sonucu kişi, tutumlarını, davranışlarını ya da duygularını biçimlendirmek üzere tutarlı bir amaca doğru yönelemez. Varoluşlarına bir anlam yükleyemeyince, davranışlarının eşgüdümünü sağlayacak, dürtülerini denetim altına alacak ya da özlemlerini gerçekleştirmek için amaca yönelik araçları yapılandıracak dayanakları ve yol gösterici kılavuzları bulamazlar, dolayısıyla nereye “demirleyeceklerini” bilemezler, yalpalayıp dururlar. Darmadağınıklık ve bütünleşememişlik duyguları yüzünden sürekli bir kararsızlık içindedirler, yaşamlarında sendeleyip dururlar ve bir çocuk gibi, gelip geçici ilgi ya da isteklerine göre tepkiler verirler ve kendilerine gelip geçici yollar çizerler. Amaçsız kalırlar, yeteneklerini ve güçlerini belirli bir çerçeve içinde değerlendiremezler, belirli bir yolda karar kıлып orada yürüyemezler ya da birleşip bütünleşmiş, sürekliliği olan bir benlik algısının öğelerini oluşturacak toplumsal bir rolün gereklerini yerine getiremezler.

Kimlik algılarındaki tutarsızlığın ya da kendilerini tanımlayamamanın ikincil bir sonucu olarak, başkalarına ileri derecede bağımlı olmaya yatkındırlar. Başkalarına eşit bir varlık olduklarına dair algılarını sürdürebilmek için korunmaya ve güven verilmeye gereksinim duyarlar, ancak dayandıkları bu dış kaynaklardan kopmaya ve ayrılmaya karşı ileri derecede duyarlı olurlar ve ayrılma karşısında çok incinebilir ve kırılabilirler (Köroğlu & Bayraktar, 2007).

2.4. Gidiş ve Prognoz

Zamanla ufak değişiklikler olsa da Bozukluk tam anlamıyla stabildir. Uzun süreli çalışmalar şizofreniye doğru bir progresyon göstermediği yönündedir, ancak hastalar yüksek sıklıkla Major Depresif Bozukluk epizodlarına sahiptir. Tanı genellikle 40 yaşından önce hastalar iş, evlilik ve diğer seçimler için girişimde bulundukları zaman konur ve yaşam döngülerinin normal dönemlerinde anlamak mümkün olmaz (Kaplan & Sadock, 2004, s.311).

Araştırmalar Borderline Kişilik Bozukluğu belirtilerinin çocukluğun geç latans döneminde başladığını, ancak tedavinin genellikle geç ergenlik dönemine dek araştırılmadığını göstermektedir. Değişken gidiş, erken erişkinlikte sıklıkla şiddetli afektif ve dürtü kontrol bozukluğu epizodları ile kronik bir dengesizlik örüntüsü gösterir. Çalışmalar şizofreniye doğru gelişimin olmadığını göstermektedir. Hastalarda major depresyon insidansı yüksektir. Örselenme ve suisid riski genç erişkinlik yıllarında en yüksektir ve yaşla giderek azalır. Dördüncü ve beşinci onyıllarda bu kişiler ilişkilerinde ve işlevselliklerinde daha dengeli olma eğilimindedir (Akvardar, 2007, s.525).

2.5. Tedavi

Tedavide psikoterapi ve farmakoterapi ayrı ayrı ele alınmıştır.

2.5.1. Psikoterapi

Psikoterapi terapist kadar hasta için de zordur. Analizi zor olan Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalar kolaylıkla regrese olur, dürtülerini eyleme koyarlar, sabit veya değişen negatif veya pozitif aktarım gösterirler. Eğer terapist hastanın bilinçsizce terapisti belli bir tip davranışa yönlendirdiğinin farkına varamazsa karşı aktarım sorunları olarak yansıtılmalı özdeşim ortaya çıkabilir. Savunma mekanizması olarak bölme hastanın terapist ve

çevresindekilere gidip gelen bir şekilde aşık olmasına ve nefret etmesine yol açar. Gerçek yönelimli yaklaşım bilinçdışı derinliklerinin araştırılmasından daha etkilidir.

Davranış terapisi Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalarda dürtü kontrol etmede, öfke patlamalarında, reddedilme ve eleştiriye duyarlılığı azaltmada kullanılmaktadır. Sosyal becerilerin eğitimi, özellikle videodan yararlanma, hareketlerinin başkalarını nasıl etkilediğini göstermede ve bu şekilde kişilerarası ilişkileri düzeltmede yardımcı olabilir (Whisman, 2008).

Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastalar, hem bireysel hem de grup temelinde yoğun psikoterapi uygulanan hastane ortamlarında sıklıkla iyi olurlar. Ayrıca eğitilmiş görevlilerin değişik disiplinlerinin olmasından ve uğraşı, yeniden yaratma ve mesleki terapilerle de etkilenirler. Ebeveyn istismarı gibi aile içi çatışmalar veya diğer baskılar olduğu için ev ortamı hastanın rehabilitasyonu zarar veriyorsa; bu gibi programlar özellikle yardımcıdır. Aşırı dürtüsel, kendine zarar verici veya kendini sakat bırakan Borderline Kişilik Bozukluğu olan hasta, hastanenin koruyucu ortamında güven altında alınabilir. İdeal şartlar altında, düzelme gösterene kadar hastanede kalırlar; bu süre bazı vakalarda bir yıldan fazla olabilir. Hastalar daha sonra gündüz hastaneleri ve dinlenme evleri gibi özel destekleyici sistemlere gönderilebilirler.

2.5.2. Farmakoterapi

Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaların psikoterapisi yoğun araştırma isteyen bir alandır ve seçilecek tedavidir. Son zamanlarda farmakoterapi de tedavi rejimine eklenmiştir.

Borderline Kişilik Bozukluğu için farmakoterapi hastanın tüm işlevselliğine zara veren spesifik kişilik özelliklerinin çözümlenmesinde kullanılır. Antipsikotikler öfke kontrolü, düşmanlık ve kısa psikotik epizodlar için kullanılmaktadır. Antidepresanlar bu hastalarda yaygın olan depresif mizacı sağlar. MAO İnhibitörleri (MAOI) bazı hastalarda dürtüsel davranışı hafifletmede etkili olmaktadır. Benzodiazepinler, özellikle alprazolam (Xanax) anksiyete ve depresyona yardımcıdır, ancak bazı hastalar bu sınıftaki ilaçlarla engellenememe

(disinhibition) gösterirler. Karbamazepin (Tegretol) gibi antikonvulzanlar bazı hastalarda global işlevsellikte düzelme yapabilir. Fluoxetin gibi serotonerjik ajanlar bazı vakalarda yararlı bulunmuştur (Kaplan & Sadock, 2004, s.310).

3. MASTERSON YAKLAŞIMININ GELİŞİMSEL ÖNCÜLLERİ

Öncelikle Masterson kendi klinik çalışmalarını takiben New York ve California'daki meslektaşlarının çalışmaları ile günümüze ulaşmış 32 yıllık bir çalışmadır ve halen bu çalışmalar devam ettirilmektedir. Bu araştırmalar bir lisans üstü eğitim enstitüsü açılmasına ve ülke çapında bir derneğin kurulmasına yol açmıştır. Masterson yaklaşımı, kendilik gelişimi ve nesne ilişkileri konularına entegratif bir yaklaşım içerisinde kendilik gelişimi bozuklukları için eşsiz bir bakış açısı kazandırmıştır.

Masterson 32 yıllık bir araştırma sonucunda ortaya çıkmış, öncelikle Dr. Masterson'un kendi klinik çalışmaları ve takip eden yıllarda süren eğitimin akabinde New York ve California'daki meslektaşlarının çalışmaları ile günümüze ulaşmıştır ve halen devam etmektedir. Bu araştırmalar ayrıca bir lisans üstü eğitim enstitüsü açılmasına ve ülke çapında bir derneğin kurulmasına da yol açmıştır. Masterson Yaklaşımı, kendilik gelişimi ve nesne ilişkileri konularına birleşik bir bakışla, kendilik gelişimi bozukluklarının tüm klinik cilvelerine benzersiz bir bakış açısı kazandırmıştır.

Masterson, Borderline Kişilik bozukluğu ile ilgili çalışmalarını 1950'lerde New York Paine Whitney Psikiyatri Hastanesi'nin Erişkin Borderline Hasta Kliniğinde önce psikiyatr sonra da şef olarak çalıştığı yıllarda başlatmış ve sürdürmüş olduğu çalışmalara temellendirmiştir. Burada yapmış olduğu 12 yıllık çalışmalarında ergen karmaşası gibi görünen rahatsızlıkların bu dönemde tamamiyle tedavi edilmiş olmasına rağmen yetişkinliklerinde de aynı sorunların ortadan kalkmamış olduğunu, yıkıcı karakter özellikleri ve ego bozukluklarının erişkinliklerinde de önemli sorunlara yol açtıklarını bulmuş ve bu bağlamda o günkü psikiyatrik deneyimin yetersiz kaldığı sonucuna varmıştır. Bu projenin sonuçları 1967 yılında *Ergenliğin Psikiyatrik İkilemi* isimli bir kitapta yayınlandı. Ergenler "büyüdükçe durumun ortadan kalkmadığı" sonucuna varılmıştı. Değerlendirmelerin üzerinden beş yıl geçtikten sonra ergenlerin %50'sinin sorunları şiddetle devam ediyordu (Masterson, 1984).

Bu çalışmanın ortaya çıkardığı sorular vardı ve bunlar üzerinde ne yapılabilirdi diye düşünülen sorular şunlardı: Bu patolojik karakter özellikleri neydi? Nereden kaynaklanıyorlardı? Onları nasıl belirleyebilir, tanıyabilir ve nasıl daha iyi tedavi yöntemleri geliştirebilirdi (Masterson, 1989, s.13).

Masterson bölümüne bu araştırmaya yönelik olarak oluşturduğu ekibi ile bir rahatsızlıktan çok bir hastalık olduğunu düşündüğü bu durumu derinlemesine inceleme çalışmaları yapmışlardır. Ancak ekibin yaptığı çalışmalarda eyleme vurmaları ortadan kaldırmaya yönelik olarak tasarlanmış olan çalışmaların başarısıyla doğru orantılı olarak, hastaların giderek daha fazla depresif olduğunu ve bunun ardından da eyleme vurma alışkanlıklarını yeniden hayata geçirmeye çalıştıklarını görmüştür. Özetle, hastalar iyileştikçe kendilerini daha kötü hissetmeye başlamış ve savunma mekanizmalarını geri istemişlerdir.

Bu noktada Masterson duruma daha farklı bir açıdan bakıp, gidişatı tam tersinden sorgulama ihtiyacı duymuş ve şu soruyu sormuştur: Acaba tüm bu eyleme vurmalar depresyondan kurtulmak için miydi? Bu noktada artık depresyonu ve onun geçmişe yönelik izlerini araştırma süreci içerisine girdi. İleriki bölümlerde açıklanacak olan “Terk Depresyonu” bağlamında klinik çalışmalarını sistematize etmiştir.

Mahler’in çocuklarda ayrılma- bireyleşme evrelerinden geçen kendilik gelişimi gözlemleri ile ilgili çalışmalarının raporlarını okuyan Masterson, bu her iki çalışmadaki ortak eğilimi farketmiş ve bu çalışmayı çok daha yakından izlemiştir. Bu dönemde klinikteki araştırma kapsamındaki depresif ergenler ve de ebeveynleri; o anda yaşadıkları çatışmalar yerine gittikçe daha eskiye dayanan ayrılma deneyimleri ve nihayet annenin çocuğun ortaya çıkan kendiliğini kabul edememesi hakkında konuşmaya başlamışlardı. Mahler’in çalışmaları normal bir kendiliğin erken gelişimi araştırmaları konusunda bilgi verirken Masterson’un çalışmalarında takip ettiği ergen hastalarının o normal sürecin bozukluklarını ve de Borderline Kişilik Bozukluğunda kendilik gelişimindeki aksamayı dramatik bir biçimde tanımlıyor ve gösteriyorlardı. Ayrılma- bireyleşme sürecinde çocukların sergiledikleri davranışlar ve arkasından gözlenen depresyon süreçlerinin ergenlerde gözlemledikleri süreçlerle bire bir örtüşüyor olduğunu farkederek Masterson; Mahler’in çalışmalarını izleyerek Borderline Kişilik Bozukluğu çalışmalarına sağlam bir dayanak temin etmiştir.

Annenin çocuğun kendiliğini tanımaktaki eksikliği; bunun sonucunda ortaya çıkan terk edilme depresyonu ve egonun gelişiminin durmasına neden oluyordu. Bu incelemeler ayrıca bu gelişimsel bozuklukla baş etmek için kullanılan tedavinin dizaynı içine entegre edilen bir terapi tekniği üzerinde

durulmasına yol açtı; yüzleştirme. Yüzleştirme, ergenlerin savunmalarının terk edilme depresyonu ile yüzleştirilmesi depresyonun çözümlenmesine yol açtı, bu şekilde ergenin gelişen, aktive olan kendiliği üzerindeki tikanıklık kalkarak veya hafifleyerek gelişim kesildiği yerden devam etti. Bu bulgular 1972 yılında *Borderline Ergenin Tedavisi: Gelişimsel Bir Yaklaşım* isimli bir kitapta yayınlandı (Masterson, 1989).

3.1. Mahler'in Gelişim Evreleri

Mahler ve Arkadaşları iki buçuk aylardan otuz birinci aylara gelene dek belli bir grup çocuk ile yaptığı doğrudan gözlemleme çalışmaları neticesinde çocuklardaki gelişimsel olarak 4 evreyi izlediklerini belirtmişlerdir (Mahler ve Ark, 2003).

1. Otistik Evre : 0 – 2 aylar
2. Sembiyotik evre : 3 – 18 aylar
3. Ayrılma Bireyleşme evresi : 18 – 36. Aylar. Bu evre 3 alt evreyi içerir
 - a. Farklılaşma
 - b. Alistırma
 - c. Yeniden yakınlaşma
4. Bireyselliğin pekişmesi ve coşkusal kendiliğin gelişimi evresi

Ayrılma – bireyleşme Masterson'un çalışmaları bağlamında Borderline Kişilik Bozukluğunu gelişimsel oluşumu ile ilgili olarak yeniden yakınlaşma alt evresinde annenin libidinal ulaşılabilirliğinin önemi üzerinde durmuştur. Bu dönemde yeni yürümekte olan çocuk hem bir yandan anneden uzaklaşma ve kendi yönelimi bağlamında dünyayı keşfetme uğraşları içinde olmak istemektedir hem de bir yandan anneye her an ulaşabileceğinden emin olma arzusu içerisinde anneye geri dönme ihtiyacı duymaktadır. Mahler'in "libidinal refuiling" (libidinal yakıt ikmali) olarak isimlendirdiği terim çocuk için hayati önem taşır.

Mahler çalışmasında, doğumdan üç yaşa kadarki dönemde bebeğin bir dizi gelişimsel evreden geçtiğini ve bu dönem boyunca giderek artan bir ayrışma - farklılaşma süreci yoluyla içselleştirilmiş kendilik ve öteki temsillerinin yaratıldığını öne sürer. Her evrede, çocuğun ihtiyaçları ve kapasiteleri doğrultusunda meydana gelen gelişimsel dönüm noktaları vardır ve böylece her bir evre anneye farklı talepler getirir. Annenin çocuğun değişen ihtiyaçlarına nasıl cevap verdiği, çocuğun doğuştan getirdiği yapısal özellikler ile birleşerek gelişimin seyrini belirler. Mahler der ki: “Teorim, bebek ile anne arasındaki döngüsel sürece özel bir vurgu yapar. Burada anne, bebeğin dış gerçeklik ve iç dünyasıyla ilgili olarak, kılavuzluk eden bir fener ve tampon işlevi görür.” (akt.; Pearson, 2009a).

Günümüz koşulları üzerinden günlük yaşam koşullarından bir metafor ile açıklar isek; arabanızla herhangi bir yere gideceğiniz zaman depomuzdaki yakıtın ne kadar yetip yetmeyeceğini kontrol ederiz. Ya yakıtımızın yeteceği kadar yere gidip orada yakıt ikmali sağlayabileceğimiz bir benzin istasyonu oması yönünde bir tercihte bulunuruz ki bu noktada orada bir benzin istasyonu olduğundan emin olmamız gerekir. Ya da depomuz zaten doludur ve çok daha uzun bir yol gidebiliriz ancak gideceğimiz mesafeyi yine depomuzdaki yakıt belirleyecektir ve bu bitince mutlaka yeniden yakıt ikmali yapmamız gerekmektedir. Ayrıca bir diğer önemli husus da deponuza alabileceğinden daha fazla yakıt yükleyemezsiniz, eğer bu yapılmaya çalışılır ise bu aracınızın taşıyamayacağı bir sistem olarak dışarıya atılacak ve bu durumun içerde yarattığı karışıklığın uygunsuz yansımaları dışardan gözlemlenebilecektir. Yani deponuzun hacminin ve taşıyabileceği yakıt kapasitesinin de önemi burada devreye girer.

Burada esas mesele bir çocuğun kendi duygusal yakıtını üretebilmesine olanak sağlayacak gerekli yakıtın çocuğun ihtiyaçlarına uygun ve dış gerçeklik ile çocuğun iç dünyasındaki duygulanımları rezonans edecek bileşenleri içerir şekilde çocuğa verilmesidir. Bu sağlanabilir ise çocuk hem kendiliğini ortaya çıkarır ve kendilik kapasitelerini genişletme yolunda ilerleyebilir ve aynı zamanda da bu kapasiteleri realize edecek olan gerekli ego temelleri de sağlam atılmış olacaktır. Böylece ego ve kendilik yanyana senkronize bir şekilde birbirlerini destekleyerek ilerleme olanağına sahip olacaklardır.

Yeniden yakınlaşma alt evresindeki çocuk için de henüz yakıt üretme sistemleri yani; kendi duygusal ve ego kapasiteleri oluşmamış ve gelişmemiş olduğundan, anneden bu duygusal ve egosunu destekleyici, duygularını düzenleyici yakıtı almaya ihtiyaç duyar. Bu evredeki gelişimsel

başarısızlık, kendiliğin ve egonun gelişimsel duraklamasıyla sonuçlanır ve bu da bireyin kendilik aktivasyonu ve nesne ilişkileri ya da Freud'un deyimiyle kişinin sevmeye ve üretme kapasitelerinde sorunlara yol açar.

Mahler, bir kimlik duyumuna ulaşabilmek için benliğin örgütlenmesi ve dürtülerin yansızlaşması konusunda iki koşulun karşılanması gerektiğini vurgulamıştır. Bunlar: (1) Kendilik algısal-içalgısal (interoceptive-proprioceptive) uyarılar yapının oluşmasını engelleyecek kadar sürekli ve yoğun olmamalıdır; dolayısıyla kendilik sınırlarının oluşabilmesi iç organlar merkezli sinir ağlarından bedensel benliğin dışsal kabuğuna geçiş gereklidir ve (2) anne, iç ve diğer uyarıları bebek için tamponlayabilmeli ve örgütleyebilmelidir. Ortakyaşamsal dönemde annenin libidinal hizmetleri ve alıştırma dönemindeki incinmeler ve çarpmalar çocuğun bedensel farkındalığının ana hatlarını belirler. Ancak, süreklilik sergileyen biricik ve ayrı bir kişilik duyumunun oluşması yaklaşık 2 yaşında ortaya çıkan ayrılma – bireyleşme döneminin yeniden yaklaşma alt evresinin sonunda gerçekleşir. Çocuğun bu evrede yeniden ortaya çıkan yapışmacılığı ve cesurca girişkenliği anne tarafından sabit ama eşduyumsal bir tutumla karşılanmalıdır. Bu annesel tutumun içselleştirilmesi, çocuğun hem muhtaç hem de tüm güçlü kendilik imgelerini birleştirmesine ve kendiliğin gerçekçi bir algısını oluşturmaya yardımcı olur (Akt:Akhtar, 2009, s.90).

Mahler'in teorisiyle tanışan Masterson, aydınlanma anı olarak tariflediği noktada, tedavi ettiği Borderline ergenlerin dinamikleri ile ayrılma-bireyleşme evresinin, yeniden yaklaşma alt evresine giren bebeklerin verdiği mücadeleler arasındaki paralellikleri farketti. Bu paralellikler karşısında Masterson, Borderline Kişilik Bozukluğunun yeniden yaklaşma alt evresinde meydana gelen gelişimsel bir duraklama sonucunda ortaya çıktığı sonucuna vardı. Yeniden yaklaşma alt evresinin temel görevi, o ana kadar iç içe geçmiş olan intrapsişik kendilik ve nesne temsillerinin ayrışmasıdır. Bu, Daniel Stern'in çekirdek kendilik ile çekirdek ilişki alanından ayrılan çocuğa dair yaptığı tariflemeye benzer. Burada, çocuğun psişesini örgütleyen zihinsel prensip öteki ile tek-zihinliliktir. Çocuk, bu alandan ayrılarak, öznel kendilik ve öznelarası ilişki alanına geçmeye çalışır. Bu alanı örgütleyen prensip ise kendilik ile ötekinin ayrı fakat ilişki içindeki zihinlere sahip olmalarıdır.

Yeniden yaklaşma alt evresi çocuk için önemli bir gelişimsel kazanımdır. Hareket edebilme, dil, sembolizasyon ve giderek daha fazla bireyleştiği ve sosyal olarak daha farkında bir kendilik

oluşturduğu bütün diğer kapasitelerini kullanmaya doğru büyük adımlar bu evrede atılır. Ancak yeniden yakınlaşma alt evresinde sadece bunlar değil krizler de vardır. Çünkü bireyleşme çabalarıyla birlikte anne ile çocuğun kaynaşmış veya tek bir zihin değil iki farklı insan olduğu farkedilir ve bu farkındalık, çocuk bir yandan kendi ayrışmasını tamamlamaya çalışırken diğer yandan büyük bir ayrılık kaygısını tetikler.

Nesne sürekliliğinin eksikliği yas tutma, ikricikliğe katlanma ve ilişkilerde uygun ve yeterli uzaklığı sürdürme yetilerini bozar. İçsel bütünlükteki eksiklikler, paranoya, erotomani ve geçmişe yönelik yatıştırılmaz özleme yol açan yapılar geliştirilerek dengelenmeye çalışılır.

3.2.Daniel Stern'in Kendilik Gelişimi Evreleri

Mahler'in gözleme yaptığı çalışmalara bir itiraz olarak Stern kendi deneysel çalışmalarını öne sürmüştür; otistik ve simbiyotik dönemlerin olmadığı, bebeğin doğumundan itibaren ayrı bir varlık olarak kendisi ve annesini ayırt ettiğinin altını çizerek, bebeğin kendilik çekirdeği ile dünyaya geldiğini belirtmiştir. Stern bu bağlamda ve deneysel çalışmaları ışığında bebeğin gelişiminde 4 evre önermiştir.

Görünen kendilik : 0 – 2 aylar

Çekirdek kendilik : 2 – 6 aylar

Özneler arası kendilik: 7 – 9 aylar

Sözel kendilik : 15 – 18 aylar

Stern bebeğin doğumdan itibaren anneden ayrı bir varlık olduğunun farkında olmasına rağmen duygusal ayrılma konusunda aynı şekilde net bir tutum sergileyemeyeceğini belirtmiştir. Bu bağlamda annenin çocuğu nasıl gördüğünün ve bunları çocuğa nasıl yansıttığının önemli olduğunu belirtmiştir.

Stern ayrıca bebeğin anneye yönelmesinin birincil dürtülerinden kaynaklanmanın ötesinde olduğunu ve nesne arayışının kendisinin birincil bir dürtü olduğunu belirtmiştir. Yaptıkları deneylerde 0-2 ay arasındaki bebeklerin yastıklarının bir yanına annesinin

göğsünden alınan pedi koymuşlar, diğer tarafa ise bir başka anneden alınan pedi koymuşlardır. Bebek yatağında uyurken annenin göğüs pedinin olduğu yöne dönerek uyumuştur. Pedler yer değiştirildiğinde bebek yine annenin göğüs pedinin olduğu yöne dönerek uyumuştur. Annenin göğüs pedi alınıp bir diğer annenin göğüs pedi bırakıldığında bu pede doğru dönerek uyumamıştır (Stern, 2000).

Nesne arayışının birincil dürtü olması bağlamında intersubjektivite kesişebilir ara yüzeyler üzerinden işlemektedir. Öznellikler arasında kesişebilir alanların doğası ve gelişim seyri her bir öznelliğin kendini ifade ediş biçimini farklı görüntülerle sergilemelerine neden olacaktır. Bu kesişebilir alanlarda çocuğun kendi öznel dünyasında yaşantılandırıkları annenin sözlü dünyasında ifade ettikleri ile çakışır çünkü anne çocuğun öznel algısından farklı bir şey ifade eder ve bu sözel ve sözel olmayan yeni bir paralel dünya oluşturur. Böyle anlar anne ve çocuk arasındaki intersubjektiviteyi kesintiye uğratar. Çocuğun sözel olmayan dünyasından farklı bir sözel ifadede bulunarak yapılan empatik başarısızlık çocuğun dünyadaki deneyimlerin yeni kodlarını öğrenmesinde ona rehberlik eder (Stern, 1998). Buradan yola çıkarsak Stern bebeğin ayrı bir kendilik çekirdeği ile doğmasına rağmen anneden psikolojik olarak tamamen ayrı olması ve bu çekirdeklerin kapasitelerini tek başına geliştirme yeteneğinden yoksun olduğunu belirtmiştir.

Bu bağlamda Stern'in ortaya koyduğu bu yeni bilgiler, Masterson'un çalışmalarını temellendirdiği Mahler'in çalışmalarını doğrulamıyor gibi görünmesine rağmen; aslında tam da bir sağlamasını yaparak teyit etme olanağı sunmuştur. Mahler ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan anneler rastgele seçilmişlerdi, gözlem ortamı dışında ev ortamlarında incelenmemişlerdi. Bu gözlem çalışmasına katılan 17 bebeğin anneleri ile ilgili olarak geriye dönük bir çalışma yapıldığında 16 annenin çeşitli psikolojik sorunları olduğu ve çocuğa gelişim evrelerinde gerekli desteği veremediğini göstermiştir.

Bowlby'e göre yaşamın ilk yıllarında bakıcının çocuğa verdiği tepkiler ve onun yakınlık isteğine karşı sergilediği davranışlar çocuk tarafından zihinsel temsiller olarak kodlanır. Bowlby zihinsel temsilleri içsel çalışan temsiller olarak tanımlar (akt.; Güngör, 2000, s.7), bu içsel çalışan modeller, birbirleriyle ilişkili olan iki farklı boyuttan oluşmaktadır: "Benlik modeli" kendisine yönelik olarak iyi mi kötü mü, değerli mi değersiz mi ya da

başkaları tarafından ne denli sevildiğine dair algılarını içerir. Bir bebeğin kendi başına kendisiyle ilgili iyi ya da kötü bir yargıda bulunması veya kendisini değerlendirmesi mümkün değildir. Bebek kendiliği ile ilgili ilk tasarımları annesinin veya anne yerine geçen, kendisine bakım veren kişinin gözlerindeki, ve yüzündeki ifadeden temin etmektedir (Erten, 2004, s.117). Bu tasarım çocuğun benlik modelidir. “Diğeri modeli” ise ihtiyacı olduğunda diğeri insanlardan ne kadar yardım isteyebileceğine ve kişilerin güven vericiliğine dair değerlendirmelerini yansıtmaktadır. Bu modelin oluşum kaynağı da yine annedir.

Bowlby, bağlanma sisteminin doğuştan yürürlükte olduğunu ancak kişilerarası etkileşim örüntülerinin zihinsel modellere dönüşümünün, yaşamın ilk yılının son çeyreğinde “nesne sürekliliği” kavramının kazanılması ile başladığını savunmaktadır. Bağlanma örüntülerinin sürekliliğinde rol oynayan zihinsel modellerin ilk yıllarda esneklik gösterebilir, yeniden örgütlenebilir ve çevreye duyarlı olmasına rağmen; Bowlby’e göre ilk yıllardaki bu esneklikle birlikte, bağlanma figürü ile aynı türden tekrarlayan etkileşimler, zihinsel modellerin yapılanmasına, pekişmesine yol açar ve böylece değişime karşı direnç göstermeye başlar (akt.; Güngör, 2000, s.9).

3.3. Ainsworth’un Bağlanma Stilleri Çalışması:

Bireysel farklılıkları sınamak amacıyla ilk olarak Ainsworth, Bleher, Waters ve Wall (1978) tarafından Bowlby’nin kuramı temel alınarak “Yabancı Durum” (strange situation) adı altında belirlenen deneysel bir süreçte 12 – 18 aylık bebekleri incelemişlerdir. Ainsworth ve Arkadaşları belirledikleri birkaç örneklem üzerinde yaptıkları ayrıntılı gözlemler neticesinde üç farklı bağlılık türü belirlemişlerdir.

Güvenli Bağlılık (secure): Güvenli bağlanma stiline sahip bebekler annelerini güvenli bir sığınak olarak kullanmışlar ve anneleriyle birlikteyken rahatça çevreyi keşfe çıkmışlardır. Bu bebekler annelerinin yokluğunda çok az huzursuzluk belirtisi göstermiş ve yabancı kişi ile rahatlıkla iletişim kurabilmişlerdir. Anneleri geri döndüğünde kolayca sakinleşebilmekte ve çevreyi keşfe devam etmektelerdir.

Kaçınan Bağlılık (Anxious – avoidant): Bu bağlanma stiline sahip bebekler annelerinden ayrıldıklarında çok fazla tepki göstermemekte ve anneleri ile yeniden bir araya geldiklerinde anneleri ile temas kurmaktan kaçınmakta, daha çok çevre ile ilgilenmeyi tercih etmektedirler.

Kaygılı – Kararsız Bağlılık (anxious – resistant): Bu bağlanma stiline sahip bebekler annelerinden ayrıldıklarında yoğun bir kaygı, gerilim ve kızgınlık yaşamakta, yabancı kişi ile iletişim kurmayı reddetmektedirler. Anneleri geri döndüğünde kolayca sakinleşememekte ve çevreyi keşfetme konusunda isteksiz davranmaktadırlar (Sümer & Güngör, 1999, s.77-80).

Ainsworth ve arkadaşlarının Bowlby'nin kuramının temel sayıltılarını ilk kez sistematik olarak sınavan, çocukların davranış düzeyindeki tepkileri gözlemlenerek elde edilen bu çalışma sonucunda; “güvenli”, “kaçınan”, “kararsız” olmak üzere üç çeşit bağlanma stili ortaya konmuştur.

Main ve arkadaşları geliştirdikleri yarı yapılandırılmış Yetişkin Bağlanma Görüşmesi yöntemi, anılardaki boşuklar, duraksamalar, tutarsızlıklar ve anlatımın örgütleniş biçimi gibi göstergelerin farklı zihinsel temsillerle ve bağlanma stilleriyle bağlantılı olduğu varsayımı üzerine kurulmuştur.

Bu görüşmeler sonucunda Main ve arkadaşları (1995), Yabancı Durum'daki bebeklerin sınıflandırmalarına benzer şekilde özerk (güvenli bağlanmaya karşılık gelmektedir), saplantılı ve kayıtsız olmak üzere üç tür bağlanma stili saptamışlardır. Özerk bireyler geçmişteki bağlanma yaşantılarına ve onların şimdiki kişilikleri üzerindeki etkisine değer veren, geçmişteki ilişkileri olumlu olsun ya da olmasın betimlemelerinde genel olarak tutarlı ve açık olan kimselerdir. Saplantılılar, geçmiş bağlanma yaşantılarıyla çok fazla meşgul olan ve bunları takınaklı bir şekilde anlatan ancak anlatımlarında tutarlılık ve açıklık gözlenmeyen ve ebeveynleriyle geçmişteki yaşantılarını betimlerken kızgınlık gösteren kişilerdir. Kayıtsız bireyler ise, bağımsızlıklarına aşırı değer veren, çocukluk anılarını hatırlamada güçlük çeken, betimlemelerinde tutarsız olan, ebeveynlerini idealleştiren ve

geçmişteki olumsuz yaşantılarının kişilikleri üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığını vurgulayanlardır (akt:Güngör, 2000, s.20-23).

3.4. McDevitt ve Arkadaşlarının İleriye Yönelik (Prospective) Çalışmaları

Kişilik bozukluklarının psikanalitik psikoterapisinin gelişimine önemli bir kapı açan Mahler'in çalışması, Stern ve bağlanma araştırmacıları tarafından eleştirilmiştir. Stern otistik veya ortak yaşamsal bir evre olmadığını ve aslında bebeğin doğumdan itibaren anneyi ayrı bir varlık olarak görebildiğini bulgulamıştır. Bağlanma araştırmacıları da uygulama evresinde anneye ilgili bir "*farkındasızlık*" hali ve ayrıca yeniden yakınlaşma evresinde de bir ikirciklilik saptamamıştır. Ayrıca bu araştırmacıların hiçbirisi gelişimsel bir büyülenme ya da gelişimsel bölünme savunmasına rastlamamıştır. Hastalarda görülen büyülenme muhtemelen ebeveynle özdeşleşmekten kaynaklanmaktadır (Masterson, 2008b, s.46).

Bağlanma araştırmacıları Mahler'in, çalışmalarında güvenli bağlanma içindeki çocuklardan ziyade güvensiz bağlanma yaşayan çocukları incelediğini savunmuştur. Peki, bu noktada karşımıza çıkan, klinik olarak son derece kullanışlı olagelmış bir teorinin hiç de görüldüğü gibi olmadığı şeklindeki aşık paradoks nasıl çözümlenebilir? Mahler acaba güvenli bağlanan çocukları mı yoksa güvensiz bağlanma içindeki çocukları mı incelemiştir? Bununla ilgili olarak Mahler'in yazdığı ortak yaşamsal evre içinde çocuğun bireyleşmesi karşısında annenin verdiği tepkiler hakkındaki raporları ile Bergman, Fahey ve Mcdevit'in (1997) üç çocuk üzerine yazdığı iki takip raporundan bilgi edinilebilir.

Çalışmada kullanılan çocuklar "normal donanımlı" çocuklardır, fakat bu çocukların seçilme kriterleri çok belirgin değildir ve seçildiklerinde sadece iki buçuk ila on aylıktırlar. Anneler ikili birimin bir parçası olarak incelendiği ve Roşah testine tabi tutulduğu halde altyapıları ve kişilikleri üzerine bir rapor yoktur. Ancak bunların yanında anne-çocuk etkileşimi üzerine, annenin kendi çocuğunun bireyleşmesi karşısında patolojik bir tutum sergileyebildiğine dair birkaç açıklama vardır. (Mahler vd, 2003, s. 58-62). 13 anneden 11'i ortak yaşam evresinde çocuklarının ayrılma bireyleşmeleri karşısında patolojik bir tutum sergilemiştir. Bütün bu bilgiler, annelerin zaten sağlıklı değil, kişilik bozukluğu yaşayan

kişiler olduğunu düşündürmektedir. Çocuklardan 10 tanesi de kaçınmacı bağlanma içinde görünmektedir (Masterson 2008b, s.47).

Bergman, Fahey ve McDevitt 21 çocuktan 15'ini yetişkinlik dönemlerine (25-30 yaş) kadar incelediler. Bu noktada bu araştırmayla ilgili klinik malzeme içerenlerden sadece üçü raporlanmıştır. Bergman ve Fahey iki çocuk üzerine şu şekilde rapor vermiştir:

İlk çocuğun annesi, kendi annesiyle olan ilişkisinde zorluklar yaşamıştı; annesiyle yakın olmayı arzulamıştı. Ve kendi bebeği olunca da ona yapışmış, onu idealize etmiş ve onun büyümesiyle birlikte kendini reddedilmiş hissetmiştir. Çocuk ise, genel olarak iyi bir bireyleşme kapasitesi ile birlikte güvensiz bağlanma sergilemektedir ve dönüşümlü olarak yapışma-direnme davranışları göstermektedir. Yetişkin olduğunda ise işyerinde ikili ilişkilerle ve kocasıyla kurduğu ilişkilerle uyum sağlamış görünmektedir.

İzlenim: Bu ikili, borderline bir anne ve savunma sistemleri güçlü ve iyi uyum sağlamış borderline bir çocuk gibi görünmektedir.

İkinci çocuğun annesi ise kendi annesinden alamadığı koşulsuz sevgiyi kızıyla yaşamak istemektedir. Anne, çocuğun ihtiyaçlarından çok kendi ihtiyaçlarına odaklanmış durumdadır. Kızı krize girdiğinde geri çekilip, çocuğun dikkati başka yere odaklandığında kendini reddedilmiş hissetmektedir. Kızın anneye ilişkisi güvensiz bağlanma ve dönüşümlü olarak yapışma-direnme şeklindedir. Tuvalet eğitimi yüzünden çıkan kavgalar sebebiyle yetişkinlikte de devam eden bir kabızlık geliştirmiştir. Meslek olarak öğretmenliği seçmiştir. Erkeklerle ilişki kurarken ciddi sorunlar yaşamaktadır. Birkaç kötü ilişkisi olmuştur, aşırı derecede ilaç kullanmaktadır, aşırı kiloludur ve sonuç olarak da psikoterapiye başvurmuştur.

İzlenim: Annede narsisistik kişilik bozukluğu vardır. Kızda ise ya borderline kişilik bozukluğu ya da narsisistik kişilik bozukluğu görülmektedir.

McDevitt'in (1997) üçüncü çocuk hakkındaki raporu: Anne çocuksulaştırmaya varan olumlu bir destek sağlıyor gibi görünmektedir. Bu destek, kızını mücadele edeceği alanlarla karşılaşmaktan korumaktadır. Bağlanma 19. ayda geçirilen bir enfeksiyona kadar güvenlidir. Bundan sonra çocuk gerilemiş ve annesine yapışmıştır. Yeniden yakınlaşma evresinde ise bunun üstesinden gelmiştir. Yetişkin hale geldiğinde utangaç, engellenmiş, erkeklerle ilişki

kurmada sorunlar yaşıyan biri olmuştur. Sonuç olarak psikonevroz için başarılı bir psikoterapi almıştır.

İzlenim: Bu çocuk pre-ödipal (ödipal öncesi) evreyi başarıyla atlatmış fakat ödipal evrede çatışma yaşamıştır.

Üç vakada da denekler güvensiz bağlanma göstermiş ve bir tanesi bunu yeniden yakınlaşma krizinin çözülmesiyle atlatabilmiştir. Bu üç örnek güvensiz bağlanma fikrinin geçerliliğini doğrulamakta olsa da, daha kesin bir sonuca ulaşmak için diğer vakaların takip süreçlerinin incelenmesi de gerekmektedir.

Aşağıdaki göstergeler Mahler'in deneklerinden en azından yarısının güvensiz bağlanma yaşadığı olasılığını artırmaktadır.

1. 21 çocuktan 11'inin ortak yaşamsal evrelerinde çocuğun bireyleşmesini desteklerken annenin yaşadığı zorlukların türü.
2. Bu çocuklar tarafından sergilenen güvensiz bağlanma.
3. Hayatlarının sonraki aşamalarında izlenen üç çocukta görülen güvensiz bağlanma ve diğer sorunlar.
4. Mahler'in kendi hipotezini psikotik çocuklarla yaptığı çalışmalardan geliştirmiş olması ve bunu "normal" çocuklarda da bulgulamak istemesi.
5. Stern'in ne otistik ne de ortak yaşamsal bir evre veya bölünme ve büyülenme bulgulamaması.
6. Bağlanma araştırmacılarının, çalışmalarında ne uygulama evresinde anneyle ilgili bir farkındasızlık hali ne de yeniden yakınlaşma evresinde bir ikirciklilik saptamamış olması.
7. Mahler'in ortak yaşama -ayırılma-bireyleşmeye- ilişkin kuramının kişilik bozukluklarına tıpa tıp uyması (Masterson, 2008b, s. 49).

3.5. Allan Schore'ın Bağlanmaya Nörobiyolojik Bakışı

Günümüz nörobiyolojik araştırmaları beynin yapılanmasının tamamen genetik olmadığı, doğumdan sonra dış dünya ile etkileşimle sürekli bir adaptasyon gösterdiği ve gelişiminin değişik seviyelerde ve değişik şekillerde olduğunu ifade etmekteledir. İlk yıllarda gelişen ve oluşan beynin yapısı daha sonraki yıllarda da etkileşime açık olmaya devam ediyor ve her an nöronal bir plastisite içinde kendini yenilemeye ve geliştirmeye devam ettiği artık bilinmektedir.

Nöronlar arasındaki lehimlenme (wiring) için ilk 3 yıl önemlidir. Bu dönemde beynimizdeki snaptik harita tamamlanmıştır. Beyin plastisitesini sürdürmekle beraber genellikle ömrünün geri kalan kısmında bu ilişki örüntüsünü kullanır. Bu dönemin sonunda nesne ile ilişki kurma örüntüsü (kişilik) de büyük ölçüde şekillenmiştir. Snaptik bağlantı oluşumları azalarak 10 yaşına kadar devam eder. İlk üç yaşta beyin normalden daha fazla snaps oluşturmuştur. Bu yaştan sonra, kullanılmayan snapslar (kullanılmayan diğer nesne ile ilişki kalıpları) ortadan kalkmaya başlarlar. Dolayısıyla hayatının üçüncü yılına doğru bir çocuğun çağrışımları daha zengindir. Hayatı herkesten daha zengin ve renkli algılar. Onun snaptik zenginliği, bu dönemde yoğun olarak kullanmaya başlayacağı iradesi ile seçebileceği zengin bir nesne ile ilişki kipleri (kişilikler) ağı sunar. Bu zengin ve karmaşık snaptik ağ aynı zamanda sinestetiktir; sesin kokusu, tadın sesi, görüntünün dokunma hissini çağrıştırması çok daha kolaydır. Bu modaliteler arasındaki ayrışma yetişkinlerdeki gibi henüz tamamlanmamıştır ve içiçedir.

Affect Regulation (1994) (Duygulanım Düzenlemesi) ve Affect DisRegulation (2003) (Duygulanım Düzenlenememesi) isimli iki temel kitabında bebekle anne arasındaki etkileşime bağlı olarak bebeğin kendiliğinin nörobiyolojik gelişiminin nasıl olduğunu ve nerelerde olduğunu anlamaya ve göstermeye çalışmıştır. Allen Schore'a göre yaşamımızın ilk üç yılında etkin olan sağ beynimiz duygularımızın muhafaza edildiği ve düzenlendiği merkezdir. Sol beyin ise ikinci yılda etkili olmaya başlar ve daha çok bilişsel, mantıksal ve bilimsel alanımızı belirler, kendini mantıkla ve kelimelerle ifade eder. Sağ beyin yaşamın ilk üç yılında etkin olarak gelişimine devam ederken; sözel ve mantıklı değildir, daha çok bilinçdışı ve sezgisel olarak kendini ifade eder. Karşıdaki insanın yüz ifadesinden, ses tonundan ve vücut

postüründen yola çıkarak sezgisel olarak iletişimi devam ettirir. Sözel ifade yeteneğine sahip olmadığından durumsal ve sözsüz etkileşimleri içeren her türlü uyarıcı tarafından etkilenir ve kendini de bu şekilde ifade eder.

Doğumdan sonraki ilk yıllarda beyin, özellikle korteksin gelişmesiyle doğumdaki boyutunun iki buçuk katı büyüklüğe ulaşır. İnsan beyninin gelişimi bilindiği gibi doğumdan sonraki beş ve altıncı aylarda başlar ve on sekizinci ve yirmi dördüncü aylara kadar devam eder. Akson ve sinir hücresi liflerinin gelişiminin büyük kısmı ve bunların tüm davranışlarının temelinde yatan bağlantıları erken ve geç bebeklik döneminde meydana gelir. Schore’a göre bu dönemde sağ beyin orbitofrontal, prefrontal korteksinde duyguların kontrolü ve duygusal ilişkiler için bir merkez ortaya çıkar ve bu merkez kendiliğin nörobiyolojik merkezi olarak adlandırılır. “Bir insanda kendilik nerededir?” diye sorduğumuzda bugün için verebileceğimiz cevap “sağ beyin orbitofrontal korteksidir” diyebiliriz. Sağ beyinde yer alan orbitofrontal korteksin anneye etkileşimi sonucu kendiliğin oluşumu ortaya çıkar; böylece kendiliğin oluşumuyla beraber bebek artık kendi duygularını düzenleyebilir hale gelebilir. Eğer bu ortaya çıkmamışsa veya yapılanmamışsa bir çocuğun kendi duygularını düzenlemesi mümkün olamamaktadır. Bu nedenle ilk bakıcı ile olan etkileşim duyguların temel düzenleyicisi olur ve aynı zamanda ortaya çıkıp gelişerek olgunlaşacak olan orbito-prefrontal korteksin de temelini oluşturur (akt.; Özakkaş, 2009).

Anne ile bebek arasındaki bu etkileşimde, duygularını birbirinden ayırtıramayacak, duygularını bir diğeri ile farklılaştıramayacak kaotik ve karmaşık bir dünya içerisinde olan bebek, annenin yüzündeki ifadeyi, mimikteki en ufak değişikliği algılayarak karşılıklı bir senkronizasyon yapar. Bununla duyguların nasıl tanımlandığını, nasıl oluştuğunu belki de aynı nöronlar vasıtasıyla algılamakta, içselleştirmekte, yardımcı bir ego fonksiyonuyla kendi düzenleyemediği, anlayamadığı ve tanımlayamadığı duyguları annenin yüzündeki ifadeler, ses tonundaki değişimler ve vücut postürü sayesinde anlamlandırabilir hale gelmektedir. Henüz sol beyni bu düzeyde gelişmediğinden bebek, ona göre kaotik olan dünyayı da kelimelere ve mantığa dökemeyecek ve bu aşamada anne veya bakıcı sağ beyinde fırtınalar halinde ve kaotik bir şekilde duygu seline kapılan prefrontal korteksin düzenleyici işlevlerinin geçici görevini üstlenecektir.

Gelişim süreci içerisinde empati becerisinin ilerleyişini inceleyen gelişim psikologları, bebeklerin henüz başkalarından ayrı bir varlık olduklarını tam olarak kavrama gücüne sahip olmadan önce dahi başkasının sıkıntısından rahatsız olduklarını saptamışlardır. Hoffman'a göre, bir yaşındaki bir çocuk bir başkasının düşüp ağladığını gördüğünde kendisi de o sıkıntıyı hisseder; duygu birliği o kadar güçlü ve doğrudandır ki, sanki acı çeken kendisiymiş gibi baş parmağını ağzına götürür ve başını annesinin kucağına gömer. İlk yaşından sonra çocuklar diğerinden ayrı olduklarının farkına vardıklarında; kendi oyuncak ayılarını ağlayan bir başka bebeğe vererek diğerini etkin bir şekilde yatıştırmaya çalışırlar (akt.,Goleman, 2005).

Yine gelişim sürecinde belki de kişilerarası etkileşimde rol alan en önemli unsurlardan biri olan endişe de anne tarafından bebeğe aktarılmaktadır. Sullivan'a göre bebek, kendisine bakım veren kimse ile etkileşimleri sonucunda endişeyi öğrenir ve bu duygudan kaçınmak için her şeyi yapar (akt.; Kulaksızoğlu, 2005). Dolayısıyla bu noktada annenin durumu ve bebeği ile olan her türlü etkileşimi neticesinde bebeğin duygu düzenleme sistemlerine etki etmiş olacaktır.

Anne ile çocuk yüz yüze pozisyonda iken bebek duygularının düzenlenmesini anne vasıtasıyla almaktadır. İşte çocuğun ihtiyaçlarının geliştiği sıralarda acı, sıkıntı, mutluluk, hüznün, keder; tüm duygusal çeşitliliği anne fark edip yerinde, yeterince ve zamanında müdahale ile çocuğa cevap verebiliyorsa, yani onunla bir eş duyum içerisinde, onunla bir senkronizasyon içerisinde çocuğu ile etkileşebiliyorsa çocuk kaotik dünyayı yavaş yavaş düzenlemeye, regüle etmeye ve anlamlandırmaya başlayacaktır. Bunun oluşabilmesi için çocuğu ile ilgili, çocuğunu hissedebilen, çocuğunu anlayabilen ve idrak edebilen bir annenin bulunması şarttır. Çocuğun bu kaotik dünyadan kurtuluşu ve kendiliğin merkezinin sağ beyinde kurulabilmesi için böyle bir anneye ihtiyaç duyulmaktadır. Annenin sıkıntılarından arınmış ve kendi iç dünyasındaki duygu durumunu düzenleyebilme kapasitesinin yüksek olması gerekmektedir. Böyle bir anne sayesinde çocuk kendi iç dünyasını düzenleyebilmekte, geçici olarak anneden ödünç aldığı bu yetilerini introjeksiyon, projeksiyon ve idendifikasyon (içe atma – yansıtma ve özdeşim) döngüleriyle zamanla içselleştirmektedir. İlk iki yıl boyunca

çocuğun bu duygusal durumunun düzenlenmesi sağ beyin sayesinde mümkün olabilmektedir. Sağ beyin korteksi doğumdan itibaren üç yıl içerisinde iki buçuk kat büyümektedir.

Duygular bu şekilde regüle edildikten, düzenlendikten ve kendiliğin ilk duygusal merkezi, sezgisel merkezi nöronal bağlantılar sayesinde sağ prefrontal kortekste yerleştikten sonra bunların söze, mantığa, belki de bilime dökülmesi gerekmektedir. Sol beyin bu andan itibaren devreye girmekte, duygular artık sözlü bir ifadeye dönüşebilmektedir. İki yaşından itibaren de bebeğin sol beyni, sol korteksi aktifleşmekte ve büyümeye devam etmektedir. Sağ beyin ile sol beyin arasındaki bu kortikal bağlantı ve beyinsel bağlantılar çocuğun dış dünya ile irtibatını devam ettirmekte, oradaki sağlıklı iletişimini, kendini ifade etmeyi, yatıştırma ve kendilik kapasitelerini de meydana getirmektedir. Eğer annede veya bakıcıda kendi duygularını kontrol etme kapasitesi yoksa, duygularını düzenleyemiyor ise, bakıcı veya anne duygusal regülasyon içinde değilse bu tip bir bakıcının çocuğun ihtiyaçlarını karşılaması da mümkün olmamaktadır. Veya anne herhangi bir nedenle fiziki veya ruhsal hastalıklar nedeniyle ya da kayıplar nedeniyle kendi duygu durumunu düzenleyecek potansiyellerini kullanamıyor ise, bu durumda da çocuğun ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Çocuğa senkron olamayan, çocuğun o andaki duygularını algılayıp, anlayıp, işleme kapasitesi bulunmayan bakıcılar veya anneler çocuğun ruhsal gelişimini sekteye uğratmış, gelişimsel duraklamasına neden olmuş gözükmektedir (Schoore, 1994).

Bakıcıda veya yetişkinde bağlanma kapasitesi veya bağlanma kategorisi kayıtsız, endişeli veya çözümsüz, düzensiz gruplardan birisine sahip ise bu durumda çocukla senkronize olma kapasitesinde bir bozukluk meydana gelecek, bu da bebeğin kendiliğinin ve prefrontal orbital korteksin gelişiminin oluşmasını engelleyecektir. Bu nedenle prefrontal kortekste ve kendilikte bağlantı eksikliği bakımından nörobiyolojik düzeyde bir duraklama meydana gelecek ve bunun sonrasında psikolojik düzeyde de kendiliğin gelişimsel duraklamasına neden olacaktır. Sağ prefrontal korteks yetersiz organizasyon biçimleri geliştirecektir. Bu organizasyon biçimleri başkalarının duygu durumlarını anlamada sınırlı kapasiteye ve empati ile yansıtma özdeşimde zorlanma şeklinde ortaya çıkan yüz ifadelerini okumada zorlanmaya neden olacaktır.

Schore’a göre “Anne, çocuğun gelişmekte olan nörobiyolojik yapısının deneyime bağılı olarak gerçekleşen olgunlaşma sürecini hızlandıran ya da ketleyen birincil çevresel uyarım kaynağıdır. Çocuğun olgunlaşmamış psikofizyolojik sistemlerinin psikolojik düzenleyicisi olarak annenin asıl rolü doğrudan çocuğun biyokimyasal gelişim sürecini etkiler ve bu da yeni yapıların meydana gelmesini destekler (Schore, 2003, s.44).

Son ultrasonografik çalışmalar (Inniruberto ve Tajani, 1981) ve nörobiyolojik araştırmalar, (Mancia, 1982) serebral sinaptogenesis (özellikle de kortikal tip) süreçlerinin tesis edilmesinde ve gelişiminde paralel ilerleyen kişilerin vekaletine güvenme sürecinin başlangıcına temellendirdikleri hipotezini ileri sürmelerini mümkün kılmışlardır. Bu da eski gelişim aşamaları konseptinin değiştirilmesi ve her şeyden önce tüm bilinçlilik durumlarıyla ilişkili olan motor, duysal veya bedensel birleştirici işlevlerin; ötekinin gelişimi ile el ele ilerleyerek bir kendilik oluşumunu ima eden gelişim modelleri ile yer değiştireceği eğilimini göstermektedir (Mancia, 1989).

Burada önemle vurgulanması gereken husus annenin rolü psikolojik olmaktan çok nörobiyolojik önem taşıyor olmasıdır. Nöronal yapıların varoluşundan genetik sorumludur ancak annesel çevreyle etkileşim; bu sinirlerin gelişimi ve aralarında kurulacak şebeke için hayati önem taşımaktadır. Bu noktada artık, gelişimde etkili rolü oynayan ya doğadır ya da çevredir şeklindeki süregiden tartışmalar anlamsız kalmaktadır. İşin gerçeği doğal olan ve çevresel olan, gelişimde birlikte işlemektedir; biri diğeri olmadan ortaya çıkamaz (Masterson, 2008c, s.59).

Kendi kendini düzenlemedeki bu eksiklik daha sonra özellikle biyolojik olarak primitif olan duyguların süresini ve yoğunluğunu ayarlamada sınırlı bir kapasite şeklinde kendini gösterecektir. Stres altında bu tür bireyler farklı ve ayrı duyguları deneyimleyemeyecektir. Aksine, sınırlı bir kendine yansıtma kapasitesine yol açan savunmaların aktivasyonu ile birlikte karşı konulamaz bedensel ve duygusal duyuların eşlik ettiği yaygın, farklılaşmamış, kaotik durumları deneyimleyeceklerdir.

Ancak Winnicott bebek annenin yüzüne baktığında bebeğin kendisini gördüğünü iddia eder. Bir başka ifade ile anne bebeğe bakmaktadır ve nasıl görüldüğü orada ne gördüğüyle bağlantılıdır. Tüm bunlar fazlaca kolay ve sorgulanmadan kabul edilir. Bu noktada annelerin doğal olarak yaptıkları bu işi sorgulamak gerekebilir. Annesinin kendi ruh halini, hatta daha kötüsü kendi savunma mekanizmalarının katılığını yansıtan bir bebekten söz edersek daha açıklayıcı olabiliriz. Bebeklerin çoğu verdiklerini geri alamama deneyimini uzun süre yaşamak zorunda kalırlar. Bakar ve kendilerini göremezler. Bunun sonuçlarından biri; ilk olarak yaratıcı kapasitelerinin giderek körelmeye başlaması ve şu ya da bu şekilde kendilerine ait bir şeyi geri almanın yollarını araması şeklinde tezahür eder (Winnicott, 2007, s.139).

Nörobiyolojik beyin araştırmaları ve nesne ilişkileri kuramı açısından bakıldığında nörobiyolojik beyin araştırmaları; duygu düzenlemesi ve onun psikopatolojisinin, terapötik aktarımın ve karşı aktarımın nörobiyolojik temelini anlamada önemli katkılar sağlamıştır.

4. MASTERSON'UN ENTEGRATİF YAKLAŞIMI

İnsan yavrusu fiziksel doğumunun ardından üç ana unsurun etrafında temellenen bir dünyaya intikal etmiş olarak bulur kendisini. Bu üç unsur çocuğun doğal getirisi (nature), bakım (nurture) ve de kaderi (hangi çevrede doğduğu) olarak tanımlanabilir. Masterson duraklamanın etiyolojisini ele aldığında çocuğun gelişimsel geçmişinin sonucuna etki eden bu üç unsur yani, doğa, bakım ve kader (nature, nurture and fate) bileşenleri üzerinde durur (Akt., Pearson, 2009b).

Doğa, bir bebeğin dünyaya getirilmesi ile ilgili ilk adımda döllenme anından itibaren sahip olduğu ve yaşam boyu da tüm alanlarda kendisine belli avantaj ve dezavantajlar sunabilecek, kendi bireysel ayırıcı özelliklerine temelde etki edecek bir unsurdur. Bireye yaşamının tüm evrelerinde etki edecek olmakla birlikte bu temelde etkilerin boyutları ve yaşama yansımaları ve yaşamdaki etkileşim ve işlevsellik düzeylerini etkileme dereceleri açısından dış unsurlarla etkileşim içinde olmaya devam edecektir. Örneğin doğuştan otistik olan bir bireyin otistik olmasını dışardan müdahale ile değiştiremezsiniz ancak erken tanı ve uygun bir tedavi ve eğitim süreci ile daha işlevsel bir yaşam sürmesine ve bir nebze olsun kendi kapsamında dış dünya ile etkileşim kurabilmesine yardımcı olabilirsiniz.

Kader, hayati önem taşıyan ödipal öncesi dönem süresince meydana gelen dışsal olaylara işaret eder. Örneğin, bir kaza ya da kronik bir hastalık yüzünden çok daha narin ya da başkalarına bağımlı hale gelmiş bir çocuk bu tip gelişimsel süreçlerde çok daha fazla zorluk yaşayabilir. Benzer şekilde, aileden birinin ölmesi ve bu yüzden annenin doğal olarak sürekli bir yas halinde olması da çocuğunun ihtiyaçlarını karşılayamamasına neden olabilir. Ya da babanın işini kaybetmesi de çocuğun gelişimiyle çakışan bir ailevi kargaşaya neden olailir.

Masterson'ın bakış açısına göre çocuğun intrapsişik yapısını belirleyen esas etken, spesifik bir anne-çocuk ilişkisinin doğasıyla da tanımlandığı üzere, bakım olacaktır. Çocuğun gelişmekte olan kendiliğinde yeterli miktarda bir maternal libidinal yatırım bulunduğunda, normal gelişim gözlemlenir. Ancak, annenin libidinal yatırımı yetersiz kaldığı zamanlarda;

örneğin, suistimal, taciz, travma, kronik uyumsuzluk ya da kendisinin değil aslen annesinin psikolojik ihtiyaçlarına hizmet etmesi üzerine temellenmiş bir ilişki içerisinde olması yönünde sürekli bir duygusal baskı olduğunda ise bu durum kendini kendine has yapısal özelliklere sahip, sabit bir tanınal kimlik olarak gösterecek bir kendilik bozukluğu ortaya çıkaracaktır (Pearson, 2008).

4.1. Gerçek Kendilik ve Kendilik Kapasiteleri

Winnicott'un ünlü cümlesinde "Saklanmak bir eğlencedir ancak hiç bulunamamak felakettir."(akt: Chabert, 2008) derken; Winnicott bize çocuğun potansiyel alanında oynadığı oyuna eşlik edecek olan anenin yeterince ve yerinde müdalalelerini ve esasında tüm bu oyunların çocuğun belki de kendi içinde saklı olan ve çeşitli oyunlarla ebeveyninin bulup ortaya çıkarmasında ve bu iki özne arasındaki etkileşimin çocuk için uygun bir rezonansı sağlaması ve çocukta henüz oluşmakta olan ancak ortaya çıkarılmamış olan gerçek kendiliğinin gelişimi ve karakter oluşumu hususundaki etkileşim süreçleri ile ilgili olarak da yol gösteriyor olabilir.

Masterson'un çalışmaları bağlamında Freud'un yapısal modelinde "ich" olarak belirttiği İngilizceye "ego" olarak tercüme edilmiş olan ancak Almanca'da "ben" anlamına gelen kelimenin ego'dan daha geniş bir içeriğe sahip olduğunu; "ben"'in ego ve kendiliğin paralel ve birbirlerini destekleyen potansiyellerini gerçekleştirerek ben'i ve ben işlevlerini oluşturduklarını iddia eder. Buna mukabil Jung'un tanımladığı kendilik başlangıçtan beri varolan ilkel imge (primordial image) veya arketip kişinin biriciklik, bütünlük ve azami arzulara olan gereksinimini vurgular. Burada Jung'un kendilik tanımının daha doğrudur (Masterson, 1988).

Ancak Freud "karakter" oluşumunun doğası hakkında çok az şey yazmıştır. O genel olarak semptom oluşumu ve nevrotik çatışma ile ilgileniyordu. Yapısal kuramın temel yapısı olan zihinsel aygıtın üç bölümlü organizasyonu, istikrarlı, tutarlı ve işlevsel bir kendilik kimliğinin veya kendilik yapısının varlığını önceden kabul etmektedir; psikopatolojik durumlarda bu yapının üzerine kendilerini klinik olarak semptomlar, ketlenmeler ve psikonevrozlar şeklinde gösteren bir dizi nevrotik savunma ve çatışma biner. Dolayısıyla

yapısal kuramın egosu veya “ben”i, tam (sağlam) ve işlevsel bir kendilik temeli üzerine kurulmuştur (Klein, 1989, s.30).

Kişilik bozukluklarının gelişiminin anlaşılması böyle bir yapıyı kabul etmez veya böyle bir yapıya dayanmaz. Nitekim, nesne ilişkileri ve kendilik kuramcıları için kişilik bozukluklarının merkezinde yatan sorunu tanımlayan şey istikrarlı, tutarlı, ayrı ve bireyleşmiş bir kendilik oluşturmadaki başarısızlıktır (Klein, 1989, s.31).

Erikson (1968) kendilik egosunun ikili ayrılmaz doğasını şu şekilde belirtmiştir: “Kimlik oluşumunun bir kendilik tutumu, bir de ego tutumuna sahip olduğu söylenebilir. Kendilik kimliği denilebilecek şey, bir grup role başarılı bir şekilde yeniden dahil edilen ve aynı zamanda sosyal kabullenilmeyi de güvence altına alan, geçici bir şekilde çapraşık (ikincil) kendiliklerin deneyimleri sonucu ortaya çıkar. Merkezi psikososyal ışığında egonun sentezleme gücünü tartışırken, ego kimliğinden bahsedebilirsiniz. Aynı şekilde kişinin kendiliği rol tasarımlarının bütünleştirilmesinin tartışma konusu olduğu yerde kendilik kimliğinden bahsedilebilir (akt.; Masterson, 1985, s. 32).

E. Erikson, (1968) kendilik egosunun ikili ve ayrılmaz doğasından bahsetmektedir. **Ego kimliği**, merkezi psikososyal işlevinin ışığında egonun sentez gücüne işaret eder. **Kendilik kimliği**, bireyin kendi rol imgelerinin bütünleşmesidir. Maddedeki **tek biçimlilik** ve zamandaki **süreklilik** gibi kendisini algılamaya yöneldiğinde ego kimliğinden çok **kendilik kimliğinden** bahsetmektedir (akt.; Masterson, 1985, s.33).

Masterson tarafından 1985’te yayınlanan “The Real Self” “Gerçek Kendilik” Masterson yaklaşımının ana yürütücü unsurlarına en temel dayanaklarından birini eklemesi ve bu konuyla ilgili olarak da geniş bir açılım sağlanmasına yol açmıştır. Bu noktada Masterson’ın üzerinde hassasiyetle durduğu gelişimsel süreçlerde ego etrafındaki meselelerden kendilikle ilgili meselelere kaydığı görüldü. Burada egoyu dışlamayan ve ancak egonun işlevselliğine yol gösterecek olan ve ego ile başat bir süreçte beraber ilerleyecek kendilik süreçlerinden bahsetmekteydi.

Benzer şekilde Winnicott'ın sahte kendiliği tüm sosyal-kendilik etkileşim biçimlerini kapsarken, Masterson'ın sahte kendiliği ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkıyordu. Öyle ki çocuk kendiliğini oluştururken kendi ihtiyaçları yerine ebeveynlerinin ihtiyaçlarını koyuyordu. Bu durumda bakım veren ile bebek arasındaki uyumun bozulduğu, ihmal ve istismar yüzünden hasar görmüş çocuğun hakiki-kendiliği, artık ilişkinin müzakare edileceği etkin bir platform olarak deneyimlenmez. Bunun yerine, çocuk, öteki ile ilişkiye geçebilmek için gerekli işleyiş tarzları olarak içselleştirilmiş, sahte kendilik savunmacı nesne ilişkileri birimlerine dayanmaya başlar. Aslında bu sahte kendilik yapılanmalarının yaratılması tüm kendilik bozukluklarında vardır ancak her bozukluğun içselleştirilmiş nesne ilişkileri birimlerinin temsili içerikleri farklıdır, her bozukluk kendine özgü bakım veren/çocuk ilişkisi modlarının sonuçlarını yansıtır. Çocuğun ileride nasıl bir kendilik bozukluğu deneyimleyeceği, bu bağlanma modellerinin içselleştirilmesi yanında çocuğun doğuştan getirdiği mizacı ile hayatın getirdiklerine bağlıdır (Klein, 1989, s. 31).

Nesne ilişkileri kuramcıları genel olarak kendiliğin olgun nesne tasarımı ve libidinal nesne sürekliliğine doğru ilerlerken nesneden ayrılma ve nesneye olgun şekilde bağlanma yolları üzerine odaklandılar. Kendilik kuramcıları kendiliğin olgun kendilik-nesnesi ilişkileri ve libidinal kendilik sürekliliğine doğru ilerlerken ne şekilde bireyleştiği ve özerk hale geldiği üzerine odaklandılar. Gelişimsel nesne ilişkileri noktasından bakıldığında bu perspektiflerin aynı madalyonun iki yüzü olduğu görülür (Klein 1989).

Mahler'in klinik katkısının merkezinde libidinal nesne sürekliliğine doğru ilerleyen çocuğun gelişmesinin incelenmesi olmasına rağmen, Kohut'un klinik katkısının merkezinde olan konu libidinal kendilik sürekliliğine doğru ilerleyen bireyin gelişmesinin incelenmesiydi. Madalyonun diğer yüzüne ilk bakan Kohut'tu ve bu şekilde dikkatleri nesneye sevgi ve nefret duyma kapasitesinden uzaklaştırarak kendiliğin öz-düzenleyici, özerk işlev ve kapasitelerinin gelişmesine çevirdi (Klein, 1989).

Duyguları idare etmek ve kendini yatıştırma sanatı, temel bir hayat becerisidir. Psikanalitik düşünürler bunu en önemli psişik araçlardan biri olarak görürler, Teoriye göre,

duygusal açıdan sağlıklı bebekler; bakıcılarının kendilerini yatıştırma tarzlarını kendilerine aynen uygulamayı öğrenir ve beynin duygusal iniş çıkışlarından daha az zarar görürler (Kohut, 2004, s,107). Kohut'un ilgisi birincil olarak kendini sakinleştirme, kendini kabul etme, kendini etkinleştirme, kendini ortaya koyma, yaratıcılık ve öz saygı düzenlemesi kapasitelerinin kökenleri ve evrimi üzerine odaklanmıştır. Daha genel bir ifade ile açıklanırsa, kendilik psikolojisi zaman içerisinde ve değişen duygusal değerliklere rağmen istikrarlı, öngörülebilir, özerk ve sürekli kalan kendilik deneyiminin tümü, yani libidinal kendilik sürekliliğinin elde edilmesi üzerine odaklanmaktadır (Klein, 1989, s.32).

Aşağıda Masterson'un (Şekil 2) de bir bireyin tüm kimliğini incelerken işaret ettiği “gerçek kendilik” kavramı olgun ayrılma, bağlanma, bireyleşme ve özerklik becerilerini, yani kendiliğin başkaları ile birlikte ve tek başına yaşadığı deneyimi, ve bu becerilerin genel kişilik yapısının içine entegrasyonunu içeren sağlıklı bir kişilik gelişimi ve yapısına işaret eder.

Şekil 2. Gerçek Kendilik: Yapı ve İşlevler (Masterson, 1989, s.33)

GERÇEK NESNE DÜNYASI	
GERÇEKÇİLİK EGOSU (sağlıklı arabulucu; olgun savunmalar; libidinal nesne sürekliliği)	
GERÇEK KENDİLİK (ayrı) • paylaşma • taahhüt, katılım • yakınlık • empati • başkalarının bireyleştirici düşünce, duygu ve isteklerini kabul etme	GERÇEK KENDİLİK (bireyleşmiş) • kendini yatıştırma • kendini kabul etme • kendiliğindenlik • kendilik aktivasyonu • kendini ortaya koyma • duygulanım canlılığı • yaratıcılık

LIBİDİNAL KENDİLİK SÜREKLİLİĞİ

Zaman zaman Masterson'un "gerçek kendiliği" Winnicott'un "hakiki kendilik" kavramı ile aynıymış gibi bir yanılgıya düşülmüştür ama aslında gerçek kendilik kavramı hem klinik incelemelerde hem de tedavi müdahalelerinde klinik olarak daha geniş şekilde uygulanabilmektedir. Winnicott'un "hakiki kendilik" kavramı, bireyin kendi bireyleştirici ihtiyaçları, istekleri ve fiillerini diğerlerinin, yani genel olarak diğer insanların ve toplumun ihtiyaçları, istekleri ve fiillerinden ayrı şekilde tanınması ve onlara doğru ağırlığı vermesinden ibaret olan öznel deneyimi ifade etmektedir. Masterson'un gerçek kendiliği ise bu kavramı, libidinal nesne ve kendilik sürekliliğine giden yolda yerine getirilmesi ve öğrenilmesi gereken spesifik gelişimsel görevleri belirleyen entegre bir kuramın içine yerleştirmektedir. Bu kapsamlı modelde gerçek kendilik veya sağlıklı kişilik temeli, sağlıklı ve gerçeklik-temelli bir ego yapısı ile kurduğu ittifak aracılığıyla dünyayla ilişki kurar. Klinik olarak birey başkaları ile birlikte veya tek başına yaşadığı kendilik deneyiminde bir süreklilik, istikrar ve mütakabiliyet duygusu hisseder; başkalarına bağlılığı olgundur ve rahat şekilde öz düzenleme yapar (Klein, 1989).

Bu noktada kendik kapasitelerinin açılımını sağlamak ve bu her bir maddenin Masterson yaklaşımında gerçek kendiliğin gelişimindeki elzem katkılarını aşağıda biraz daha detaylandırmak faydalı olacaktır. Kendilik aşağıdaki evreleri geçip bütüne ve özerkliğe ulaşmakta, hayati kapasiteler ya da kendilik fonksiyonlarının tümünü elde eder.

- 1. Duygulanımın Kendiliğindenliği ve duygulanım canlılığı:** Duygulanımı derin bir şekilde, canlı, coşkulu, kuvvetli, heyecanlı ve spontan bir şekilde hissedebilmek için gerekli kapasite.
- 2. Kendilik Antitesi:** Ebeveynlerinin ortaya çıkmaya başlayan kendiliği kabul ve desteği ile güçlenen erken dönem deneyimleri sonucu algının; kendiliğin uygun otorite ve irade tecrübelerine ve bu nesneleri edinmek için gerekli çevresel bağı elde etme hakkını kazanmış olduğuna ikna olur. Kendiliğin tüm varlığı ile ortaya çıkabilme iradesini edinmesidir.

3. **Kendilik Aktivasyonu ve Kendilik Onamı ve Desteği:** Kişinin kendine has özgün bireyleşme arzularını saptayıp tanımlamak ve bunları gerçek hayatta ifade etmek üzere özerk girişimlerde bulunmak, desteklemek, saldırıya maruz kaldıklarında savunabilmek için bağımsız, inisiyatif ve onama gücünü kullanabilme kapasitesi. Bu onay, yeterli kendilik saygısını sağlamak için bir araçtır.
4. **Kendilik Aktivasyonunun Kabulü ve Kendine Güvenin Sağlanması:** Kişinin kendiliğinin duygulanımsal (afektif) bir durum ve/veya çevresel mesele ya da etkileşimlerin her ikisinde de olumlu ve uyumlu bir tavırla başa çıktığını tanımlayıp kabul etmesi. Bu kabul, uygun kendine güvenin, bağımsız bir şekilde harekete geçebilmesi için itici bir güçtür.
5. **Kendilik Yetkinliği Kapasitesi;** ‘Ortaya çıkan kendilik’ desteği ve ebeveynin kabulüne bağlı erken yetkinlik deneyimlerinden çıkarak bu algı, bu nesneleri elde etmek için gerekli olan çevresel girdilerin yanısıra haz ve hakimiyet deneyimlerini ayırmada kendiliğin yetkinlik kazanmasını sağlar. Bu algı, sınır durum ve şizoid hastalarda ciddi derecede yetersizdir ve narsisistik kendilik bozukluklarında patolojik olarak oluşmuştur.
6. **Kendiliği Etkinleştirmenin Onamı ve Kendilik Saygılığının Devamlılığı;** Terimin her iki anlamında birey kendiliğinin, kendilik halini saptaması ve kabul etmesi, bir duygulanımsal durumun, çevresel bir sorunun veya görevin uyum sağlamış olumlu bir tavır içerisinde üstesinden gelmesidir.
7. **Üzücü Duygulanımların Rahatlatılması;** Kapasitenin özerk bir şekilde düzenlenmesi, üzüntülü duygulanımların yatıştırılması, sınırlandırılması ve en aza indirmesi anlamına gelir.

8. **Kendiliğin Sürekliliği:** Etkili bir üstdüzey tanzim (supraordinate) sayesinde belirli bir tecrübenin öznesi olarak “ben” in zaman içerisinde deneyimini sürdürdüğü ve bir başka deneyime ait “ben” ile özdeşleşebildiğinin betimlenmesi ve kabulüdür.
9. **Adanmışlık Kapasitesi (bağlılık):** Kendiliğin, bir nesne ya da bir ilişkiye adanması ve bütün engellere rağmen hedefe ulaşmakda ısrar etmesi, ve amaca erişme yöneliminden vazgeçmemesi.
10. **Yaratıcılık Kapasitesi:** Eski bilindik kalıpların yeni, özgün ve farklı kalıplarla değiştirilmesinde kendiliğin kullanılması
11. **İçtenlik Kapasitesi:** Yakın bir ilişki içerisinde, ilişkinin bitmesi ya da terk edilmek konusunda minimum kaygı hissederek kendiliğin tam olarak ifade edebilmesi.
12. **Özerklik Kapasitesi;** Terk edilme ya da yutulmaya ilişkin minimum korkuyla birlikte duygulanım ve kendilik saygınlığını özgür ve otonom bir şekilde düzenlemek için özerklik kapasitesi.

Gerçek kendilikteki bozukluklar (Şekil 3) kendilerini olgun ayrılma ve olgun bireyleşme ile ilgili bu işlevlerin ve becerilerin yerine getirilmesinde karşılaşılan zorluklar olarak göstereceklerdir. Birey yakınlık, empati ve paylaşma ile ilgili sorunlardan şikayet edecektir (veya bu alanlarda yaşadığı zorlukların farkında olmayabilir). Diğer yandan bireyde kendi bireyleşmiş düşünceleri, duyguları ve isteklerini kabul etme ve doğru şekilde ortaya koymada zorluklar tezahür edecektir. Kendiliğinden yapılan hareket veya davranışlar ve kendini yatıştırma becerisi çoğunlukla eksik olacaktır (Klein, 1898).

Şekil 3. Bozulmuş Gerçek Kendilik ve Kendilik Bozuklukları

(Masterson, 1989, s.34)

Narsisistik Kendilik Bozukluğu

Borderline Kendilik Bozukluğu



Masterson, 1990 yılında Self Magazine’de yayınladığı makalesinde şöyle demiştir: İnsanlar sahte kendiliklerinin baskısı altında yanılsamalı bir başa çıkmayı benimserler ve gerçek kendiliğin yerine kullanırlar. Diğerlerine bağımlı olurlar ve değersizlik hislerini dindirmek için sürekli onlardan içsel bir güvenlik temin etmeye çalışırlar (Masterson, 1990).

4.2. Terk Depresyonu

Masterson devam ettirdiği çalışmalar sürecinde zamanla terk depresyonunun ergenin savunmacı eyleme vurma davranışlarının kesintiye uğramasıyla ortaya çıkan depresyonun, geçmiş yaşantılarda anne veya bakım verenin, preödüpal ayrılma-bireyleşme döneminde çocuğun gelişen kendiliği için yeterli duygusal desteği sunmak noktasında eksik kalması ile ilgili olduğu sonucuna varmıştır. Ergenin her harekete geçme deneyimleri akabinde ergen Terk Depresyonu’nu yeniden deneyimliyordu.

Borderline hastanın annesi kendini geri çekmek veya ödüllendirmek suretiyle ayrılma-bireyleşme sürecini desteklemediğinden çocuk bir gerileme ve karmaşa sürecine

girer (Pearson, 2008). Bunlar sonrasında kaçınma ve yapışma gibi çeşitli savunma mekanizmaları formunda terk edilmişlik hislerinin temellerinin atılmasına hizmet ederler (Daws, 2009).

Masterson bu durumu şöyle açıklamaktadır (1972):

“Deri altındaki bir iltihap gibi bilinçaltına doğru gerileyen terkedilmişlik duyguları, görünmemekle birlikte kendisini hissettiren gücü bunları denetlemekte kullanılan savunma mekanizmalarının gücü ve ‘azminde’ kendini gösterir. Ancak, bu savunma mekanizmaları hastanın ayrılma-bireyleşme sürecinden özerkliğe geçiş aşamalarında gelişme yönündeki girişimlerini güçlü biçimde engeller. Bu noktada kişinin gelişimi durmuştur” (s. 23).

Bireyin daha adaptif biçimlerde işlev görme uğraşısıyla ilişkili olan bu depresyon, zaman içinde tüm kişilik bozukluklarına damgasını vuran bir unsur olarak görülmeye başlandı. Bu duygulanım durumunun derinliği ve sürekliliğinden dolayı terk edilme depresyonuna karşı çeşitli intrapsişik adaptasyonlar oluşturulmaktaydı. Sebep oldukları şiddetli acıya tanıklık eden Masterson’un bu bağlamda “mahşerin altı atlısı” olarak isimlendirdiği bu altı maddeyi aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Pearson, 2008).

1. Suisidal (intihar eğilimli) depresyon
2. Cinai (öldürmeye meyilli) öfke
3. Panik ve kaygı
4. Boşluk ve hiçlik
5. Utanç ve suçluluk
6. Umutsuzluk ve çaresizlik

Masterson getirdiği bu dayanılması oldukça zor olan duygulanımlarla ilgili açılımını şu şekilde ifade etmiştir:

“Mahşer’in psikiyatrik altı atlısı –depresyon, öfke, korku, suçluluk, çaresizlik ve boşluk- bildiğimiz anlamıyla mahşerin dört atlısının –açlık, savaş, sel ve hastalık- toplumsal

yıkımını kendi duygusal savrulma ve yıkımına ekler. Teknik terimler, bu hislerin yoğunluk ve zamandaki yakınlığını dolayısıyla bu hislerin hastanın bütün hayatı üzerindeki etkilerini ifade etmekte yetersizdir. Hastanın dünyadaki işlevi, insanlarla ilişkisi ve hatta bazı fizyolojik işlevleri bu duyguların savunulmasına bağlıdır.” (Masterson, 1972, s. 58).

Melanie Klein’in 1940 tarihli “Yas tutmak ve manik depresif durumlarla ilişkisi” makalesinde şu vurguları yapar. İdealleştirme manik konumun önemli bir parçasıdır ve o konumda bir başka önemli ögesi olan inkarla bağlantılıdır. Benlik, depresif konum en yüksek noktasına ulaştığında, kendisini tehdit ettiğini düşündüğü felakete ancak, ruhsal gerçeği kısmi ve geçici olarak inkar etmek suretiyle katlanabilir. Çiftdeğerlilikle yakından bağlantılı olan tümgüçlülük, inkar ve idealleştirme, erken benliğin zulmedici nesnelere belli ölçüde karşı koymasına imkan verir ve sevgi nesnelere körü körüne bağlanmamasını sağlar; bu da gelişimin ilerlemesini sağlar (Klein, 2008, s. 263).

Melanie Klein’a göre kişinin çocukluk depresif konumunun üstesinden gelememesinin kökeninde; benlik bu depresif konumdaki acı ve kederden kaçmak için ya içsel iyi nesnelere kaçacaktır ya da dışsal nesnelere kaçacaktır. Kişilerin bu yöntemlerden yararlanma tarzları farklılık gösterse de nihayetinde amacı depresif konumun getirdiği acı ve kederden kaçmaktır (Klein, 2008).

Kernberg (2006, s.47) ayrıca şöyle der; sınır kişiliklerin depresif tepkileri yitirilmiş iyi nesneler için yas tutma ve kendilerine ve başkalarına saldırganlıklarından dolayı pişman olmaktan ziyade, ilkel kudretsiz öfke ve dış güçlere yenilgi hisleri biçimini alır.

Burada tam ve bütün bir nesne algısı olmadığından dolayı içsel ya da dışsal parça nesnelere yönelim şekillerini net bir şekilde algılayabiliyoruz. Eğer tam ve bütün bir kendilik ve de tam ve bütün bir nesne algısı oluşabilmiş olsa ve diğer nesnenin ayrılığına, farklılığına dair tam bir kabulleniş olabilse burada içsel ya da dışsal nesnelere kaçış olmaksızın kişi bu nesneler ve dolayısıyla da bu nesneler üzerinden temin edebileceği tüm güçlülük duygusundan vazgeçmelerinden dolayı kendi yaslarını tutabilecek ve gerçeklik zemininde

bütün kendilik ve nesne ilişkileri kurabileceklerdi. Ancak Masterson'un belirtmiş olduğu gibi Borderline bölünmüş nesne ilişkileri dizgisinde kişi herhangi bir kendilik aktivasyonunda terk depresyonunu deneyimleyecekti.

Hepimizin yaşamımızın çeşitli evrelerinde içinde debelenmiş olabileceğimiz terk depresyonun izlerini ünlü filozof Schopenhauer'ın eserlerinde görürüz. Dört düzlemde ele aldığı yeterli nedenlerden “ eylem ve davranışlarımızın yeterli nedeni” olarak iradeyi öne sürmektedir. “Yeterli Neden Önermesinin Dört Farklı Kökeni” isimli doktora tezinde; irade/istek/isteme varolmak için artık başka bir nedene muhtaç olmayan son nedendir, der. Bu da kişiyi yalnızlığa ve depresyona götürür ve iradesini izleyen kişi acı, ıstırap ve yalnızlıkla dolu bir yolun en ucundaki ıssız dağın doruklarına yönelişte olacaktır der (akt: Ataman, 2004). Terk depresyonunun ağır izlerini Schopenhauer'ın tüm eserlerinde sezmek şaşırtıcı değildir; zira kendisinin anılarından aktardığı annesi ile kurduğu güvensiz ve son derece karmaşık bir ilişki ve çocukken deneyimlediği ebeveynleri tarafından terk edilme korkusu altında ezilirken iradenin (kendilik aktivasyonunun) getireceği yük de depresyon olacaktır.

Yukarıda belirtmiş olduğumuz bu hayati işlev ve kapasitelerdeki bozukluk bireyin savunma yapmaya mecbur olduğu terk edilme depresyonunun sonucudur. Dolayısıyla borderline ve narsistik bozukluklarda ve daha genel olarak kişilik bozukluklarında görülen sahte ve savunmacı kendilik bu hayati alanlarda olması gereken gelişimde yaşanan başarısızlıkların gerektirdiği savunma, çarpıtma ve aldanmalar gibi patolojik uyumlamaları temsil etmektedir. Kişilik bozukluğunun sahte, savunmacı kendiliği gerçek kendiliğin tersine, uyumsuz bir ego yapısı ile yaptığı patolojik bir ittifak aracılığıyla gerçek dünyayla ilişki kurar. Hasta bunu bir süreksizlik, kırılganlık veya istikrarsız bir kendilik kimliği duygusu şeklinde; kendine ve başkalarına yapılan yatırımların normal dengesinde bir çarpılma şeklinde (dar anlamda Winnicott'un sahte kendiliği); ve kendisinin ne içerdiği ve başkalarının nasıl olduğuna dair fantezilerle kendisinin ne içerdiği ve başkalarının nasıl olduğuna dair gerçeklik arasındaki büyük çarpıtmalar şeklinde deneyimler (Klein, 1989).

Borderline hastada görülen bir gerçek kendilik temeli oluşturmadaki başarısızlık kendini klinik olarak hemen hemen eşit derecede olgun ayrılma ve bireyleşme ile bağlantılandırılan işlev ve kapasitelerdeki aksaklıklarla gösterir.

Masterson yaklaşımında, terk depresyonuna yönelik tam bir çalışma yapmak için geçirilen süre, dönüştürerek içselleştirme yapmak için yeterli bir süredir ki böylece hastanın bu kuru ve boş çöl benzeri durumunun, hayat dolu ve güzel bir şeye yani kendisini keşfeden bir insan durumuna çevrilmesini içerir (Tolpin, 1991, s.105). Bu süreçler aşağıda sırası ile ele alınacaktır.

4.3.Bölünmüş Nesne İlişkileri Yapılanması

Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireyler karakteristik olarak, kendisi için önemli bir “birincil başkasının” verdiği ilgi ve hizmet olmaksızın işlev göremeyeceğini ve hayatta kalamayacağını hisseder. Bu bireylerin hayatındaki ana tema, varlığının, nihai olarak ihtiyaçlarına cevap veren ve hayatını sürdürmesini sağlayan başkalarının mevcudiyetine bağlı olduğuna dair kanaatidir (bilinçli veya bilinçsiz kanaati).

Bu tanımın içinde gerçek kendilikle ilgili karakteristik aksaklıklar saklıdır: başkalarına aşırı derecede bağımlı olmak ve hastanın hayatını aktif, uyumlu ve sağlıklı bir şekilde idare etme kabiliyeti olmadığına dair algısı. Buna ek olarak, kendiliğin olgun ayrılma, bağlanma, bireyleşme ve özerklik kapasitesi borderline hastada mevcut değildir. Bunların yerine daha çok infantil bağımlılık ve kendilik aktivasyonu ve idaresinde başarısızlıklar hakimdir.

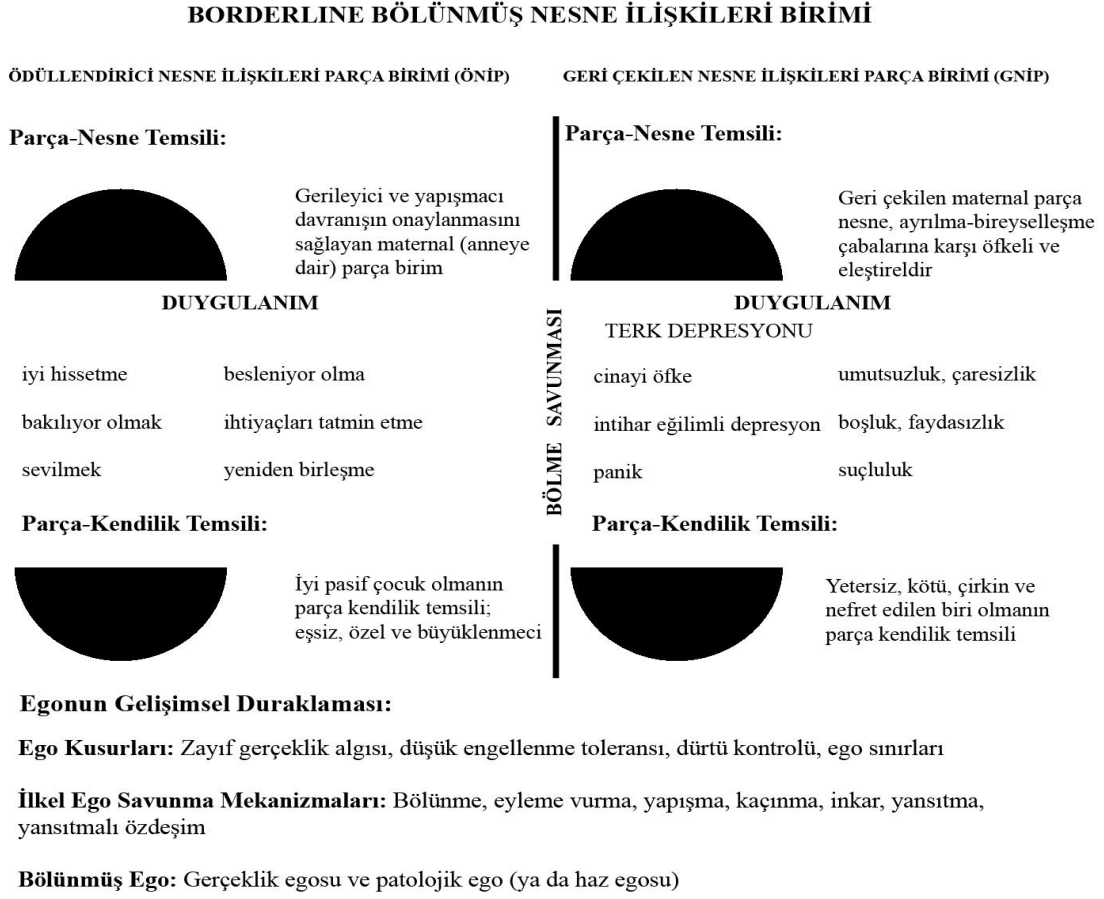
Bu aksaklıklar ve onlara eşlik eden ve pekiştiren güçlü, acı verici ve yoğun terk edilme depresyonu ile başa çıkmak için borderline hasta sahte ve savunmacı bir kendilik yapısına yönelir. Borderline hastanın infantil, ilkel ve çoğunlukla gerçekler yerine fantazi ve çarpıtmaya dayalı sahte, savunmacı tasarımları, bir arada var olan ve sırayla aktive edilen eşit derecede gerçeklikten uzak iki kendilik imgesinden oluşur: bu davranışı için ödüllendirilen çaresiz, itaatkar, bağımlı bir çocuk ve gerçek bir kendilik aktivasyonu veya kendilik ifadesinin ucunu gösterdiği anda başkalarının desteğini çekmesine neden olan yetersiz, kötü, değersiz bir kişi. Bu şekilde, borderline hastanın çarpık iç tasarım dünyasının hastanın nesne dünyasını (gerçek, dış) algılamasındaki çarpıklıklarda aynalandığını görebiliyoruz.

Borderline hastanın psikopatolojisi en iyi şekilde, bu iç ve dış nesne ilişkileri dünyası tarifini borderline üçlüsü (triad) kavramına bağlamakla anlaşılır: ayrılma-bireyleşme çabaları (veya gerçek kendiliği oluşturma çabaları) terk edilme depresyonuna neden olur ve hızlandırır, bu da sahte, savunmacı kendiliğin (savunma) harekete geçmesine neden olur. Dolayısıyla, borderline hasta hemen her zaman bir savunma halindedir veya, başka bir deyişle, kimliğini hemen hemen tümüyle sahte, savunmacı kendilikle bir tutar (R. Klein, 1989, s,36).

Vamık Volkan bölme mekanizmasında özellikle “ilkel” sıfatını kullanarak içe atma, yansıtma ilişkisiyle birlikte kullanılan ilkel bölmeden bahsederken şöyle der: “ haz veren/iyi/ ödüllendiren ve acı veren/kötü/cezalandıran anılarla ilgili hafıza izleri oluştuğunda ve bu hafıza izleri kendilik ile nesne tasarımlarıyla bağlantılandırıldığında “bütünüyle iyi” ve bütünüyle kötü” kendilik ve nesne tasarımları ortaya çıkar. İlkel bir bölme, bir çocuğun gelişimi sırasında doğal olarak görülen karşıt nitelikli tasarımların bütünleşmesindeki bir bozukluktur. Normal bir gelişim sürecinde bölme bırakılır ve tasarımlar birleştirilir, bölünme onarılır. Ancak, ilkel bölme savunma amacıyla da kullanılabilir (Volkan, 2007, s.106) bu da yukarıda ifade edilmiş olunan savunmacı sahte kendiliğin oluşunun bir başka ifade edilmiş biçimidir.

Masterson, kendisini geri çeken-ödüllendiren bir annenin hem *bölünmüş ego* hem de *bölünmüş nesne ilişki birimi* olarak karakterize olan bir iç dünya yarattığını ortaya koymuştur. Kendilik ve nesne ilişkileriyle birlikte küçük çocuğun ve daha sonraları erişkinin birbirinden ayrılmasıyla birbirine zıt iki ilkel duygu durumu da birbirinden ayrı tutulur. Diğer bir deyişle, Bordeline Kişiliğin gelişim tarihçesinde yer alan özel ilişki paradigması, her birinin kendine has kendilik ve nesne ilişkileri ile bir bağlantı duygusu bulunan iki ayrı birim yaratır. Masterson bu birimleri *Geri Çekilen Nesne İlişki Parça Birimi (GNIP)* ve *Ödüllendiren Nesne İlişki Parça Birimi (ONIP)* şeklinde tanımlamıştır (Daws, 2009) .

Şekil 4: Borderline Intrapsişik Yapının Bölünmüş Nesne İlişkileri Birimi (Masterson, 2008b)



Gelişimsel duraklama meydana geldiğinde çocuk, kendilik parçasının bir kaybı olarak annenin desteğinin eksikliğini hisseder. Bu nedenle gelişimsel duraklama içerisinde olan Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireyler bunu hayati bazı önemli şeylerin eksik olduğu şeklinde ifade edeceklerdir: Kan, oksijen ya da hayati vücut parçalarının eksikliği gibi. Bu kritik terk depresyonu tek bir duygulanım olmayıp yukarıda belirtmiş olduğumuz Mahşerin Altı Atlısı olarak bir arada olacaklardır: Cinai Öfke, intihar eğilimli depresyon, panik çaresizlik ve umutsuzluk, boşluk, faydasızlık ve suçluluk (Masterson, 2008b, s.98).

4.4 .Tanısal Özellikler

Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı koymada öncelikle DSM- IV'e -Zihinsel Bozuklukların Tanımları ve İstatistiksel Elkitabına (4. Basım, 1994)- danışmaktadır. DSM- IV, psikopatolojinin davranışsal ilişkileri-yani bozukluğu örnekleyen semptom gruplarını-ortaya çıkarmak açısından yararlıdır. Ancak Masterson yaklaşımı daha da derine iner, psikodinamik, gelişimsel ve yapısal meseleleri, hastanın-içselleştirilmiş kendiliği ve nesne temsilleri, ego işlevi ve ego savunmaları tarafından ortaya konulduğu şekilde- intrapsişik evreninin bir manzarasını oluşturmak adına birleştirir. Bu da Masterson'un "gelişimsel kendilik ve nesne ilişkileri yaklaşımı"nın köklerinin; gelişimsel teori, nesne ilişkileri teorisi, ego psikolojisi ve dürtü teorisine kadar indiğini görülebilir şekilde ortaya koyar (Pearson, 2009a).

Yukarıda belirtilen diyagramda da açıkça görülebileceği üzere savunma sistemi ana bir bölme savunması üzerinden işler. Borderline Kişilik Bozukluğun preödüpal dönemde ortaya çıkmasından dolayı içselleştirilmiş nesne ilişkileri birimleri bölme savunmasının boyunduruğu altında olacaktır. Diyagramda da görüleceği üzere bu bozukluğun; 'kötü' hisler tarafından 'kötü' bir kendiliğe bağlı, 'kötü' bir nesneden oluşan bağıllık karşıtı agresif birimden bölünme savunmasıyla ayrılmış; 'iyi' hisler tarafından ortaya konulan, 'iyi' nesne temsiline bağlı, 'iyi' bir kendilik temsiliyle karakterize eden libidinal bir bağıllık birimiyle karakterize edildiği görülebilir (Pearson, 2009a).

Masterson yaklaşımında olduğu gibi aynı şekilde Otto Kernberg'e göre tanı konusunda semptomlar ve gözlenebilen davranış üzerine odaklanan betimsel (descriptif) yaklaşım ve hastanın biyolojik akrabalarındaki psikiyatrik hastalığı vurgulayan genetik yaklaşım major affektif bozukluklar ve şizofrenide yeterli iken, tek başına ya da beraberce kişilik bozukluklarına uygulandıklarında yeterli olmamaktadırlar. Borderline Kişilik Bozukluğu olanlara betimsel yaklaşım yanlış sonuçlar verebilir. Kernberg tanısal doğruluk için Borderline Kişilik Organizasyonundaki hastaların betimsel özellikleriyle birlikte intrapsişik yapısal özelliklerinin de anlaşılması gerektiğine inanır. Intrapsişik bağlamda kişinin iç yapı taşlarının, yani kendilik ve nesne tasarımlarının nasıl organize olduğunu, nesne ilişkileri ve çatışmalarıyla nasıl baş ediliyor olduğunu gözler önüne serer (Kernberg, 2008).

Masterson, Kernberg ve diğerlerine göre; borderline bozukluğun etiyolojisi, ayrılma-bireyleşme döneminin uzlaşma safhasında meydana gelen gelişimsel bir duraklamanın sonucudur. Bu duraklamada çocuğun intrapsişik çalışması çift taraflı işler: içselleştirilmiş kendilik temsilini annenin içselleştirilmiş temsilinden ayırmak ve kendine has ihtiyaçları, yetenekleri ve istekleriyle uyumlu bir şekilde bireyleşmek için. Bu çalışmada maternal malzemenin varlığı, başarılı bir çözümleme için gereken kilit unsurdur. Bu noktada bölünme savunmaları ortadan kaldırılacaktır ve çocuk da kendilik ve diğer kişinin iyi ve kötü taraflarını içselleştirerek, tam nesne temsilleri oluşturacaktır ve Mahler'in 'nesne sürekliliği' olarak etiketlediği yeni seviyeye doğru yol alacaktır (Pearson, 2009a).

İngiliz ekolünde olduğu gibi, Masterson yaklaşımı da bağlanma dürtüsünü kendiliğin esas psikolojik düzenleyicisi olarak kabul eder. Nesne ilişkileri teorisinin prensipleriyle uyumlu bir şekilde, çocuğun ödipal öncesi dönem süresince annesiyle ya da diğer önemli şefkat sağlayıcılarıyla kurduğu bağıllık amaçlı ilişkileri; kendine has bir bağ duygulanımıyla nesne temsiline ilişik bir kendilik temsilinden oluşan temsili nesne ilişkileri birimleri formunda içselleştirilir; ve bu da Allan Schore'un yaptığı kendiliğin nörobiyolojisi araştırmalarında da ispatlamış olduğu bir önermedir.

Annenin kendi ihtiyaçları, çocuğun büyüyen ayrılma ve bağımsızlık taleplerine karşı tepki olarak, geri çekilmesine neden olduğunda; gelişimsel duraklama için bir ortam oluşur ve iki model anne-çocuk etkileşimi ayrılma-bireyleşme başarısızlığı için maternal ödül ve ayrılma-bireyleşme girişimlerinde maternal geri çekilimi, şekil 4'de gösterildiği gibi; nesne ilişkileri birimi şeklinde zihinsel bir yapı olarak içselleştirilir.

Freud'un Yapısal Teori devriminden hemen sonra ünlenen Ego Psikolojisi, dikkatleri dürtü üzerindeki çalışmalara odaklanmadan alıp, egonun cilveleri ve savunmaları üzerine taşıdı. Bu teorik gelişmelerin bir sonucu olarak, Masterson, Knight, Frosch, Rinsley ve Kernberg gibilerinin de içinde bulunduğu seçkin birkaç teorisyen; psikoz ve nevroz arasındaki sınırda olduğu için Borderline adı verilen Borderline Kişilik bozukluğun, aslında kendine has ve belirgin bir yapıya sahip olan ayrı bir tanısal kimlik olduğu sonucuna vardılar. Bu yapının merkezinde ise, egoda yaşanan bir rahatsızlık vardı ve bu sorun kendisini, hasar görmüş ego

işlevlerinde ve –günümüzde bütün kendilik bozukluklarının biri olarak kabul edilen- primitif ego savunmalarında gösteriyordu. Bu şekilde, hastasının bir kendilik bozukluğundan muzdarip olduğunu düşünen klinisyenler, egoda bir takım rahatsızlıklar bulmayı umuyordu (Pearson, 2009b) . Bunlar da şöyleydi:

- 1. Belirli olmayan Ego Zayıflıkları: Zayıf gerçeklik testi:** Hasar görmüş içgörü ve muhakeme, düşük engellenme toleransı ve zayıf dürtü kontrolü. Bütün kendilik bozukluklarının ortak karakteristiği, haz egosunun emirlerinin, gerçeklik egosunun çok daha erteleme toleranslı bakış açısının üstesinden gelmesidir.
- 2. Primitif (İlkel) Ego Savunmaları:** da bu tür bozuklukların belirgin özelliklerinden biridir. Kendilik, kendiliğin iyi ve kötü taraflarını birleştirme kapasitesinden ve diğer her ikisini de içeren tam-nesne temsillerinden yoksun olduğunda; süblimasyon ve espri anlayışı gibi daha üst düzey savunmaların yerine, idealleştirme, yansıtma, yansıtmalı özdeşim, inkar, dışsallaştırma, süperego boşlukları ve en çok bilinen preödüpal öncesi dönemde kendi başına bir gelişim duraklamasına neden olan bölünme gibi daha düşük seviye savunmalarla karşılaşmayı ummak gerekir.
- a) Bölme:** Zıt nitelikli içe almalar (introjection) ve özdeşimler, yani libidinal ve agresif dürtü etkisi altında gelişen kendilik ve nesne imajları başlangıçta egonun bütünleştirici (integratif) kapasitesindeki eksiklik nedeniyle “iyi” ve “kötü” olarak bölünmüşken, daha sonra egodaki bu bölünme savuna amaçları için (özellikle anne ile içselleştirilmiş “iyi” ilişkilerin, aneyle yaşanmış “kötü” anılarla buluşmasını ve “iyi” anne tahribatını önlemek üzere kullanılır.

Bölmenin en iyi bilinen görünümü, dış nesnelerin “tümüyle iyi” ve “tümüyle kötü” olarak bölünmeleri ve belirli bir kişi hakkında tüm duygu ve düşüncelerin aniden tamamıyla tersine dönüşmesidir. Çelişkili kendilik kavramları arasında bir uçtan diğerine tekrarlayıcı salınımlar, bölme mekanizmasının bir sonucudur. Kişileri ya besleyici figürler ya da bağımlı hissettiklerinde terk etmekle tehdit eden ve güven gereksinimlerini karşılamayan nefret edilen, sadist figürler olarak görürler.

Bölmenin sonucu olarak iyi kişi yüceltilir, kötü kişi değersizleştirilir. Tanısal görüşmede hastanın kendisini ya da görüşmeciyi algılamasındaki ani değişiklikler ya da aynı konuyla çelişkili tepkilerin birbirlerinden tamamıyla ayrı tutulmaları bölme mekanizmasının şimdi ve burada etkileşimindeki yansımından olabilir. Kendilik imajı ve nesne tasarımlarının çelişkili özellikleri hastaya gösterildiğinde anksiyetenin artması bölme mekanizmasının bir göstergesidir.

b) İlkel yüceltme: İlkel Yüceltme bu nesnelere karşı gerçek bir sevgi veya bağlılık duyulmazsınız; kendini tehlikeli nesneler evreninden korumak için gerçek dışı tümüyle iyi ve güçlü nesne imajları yaratılır. Tanısal görüşmede borderline kişilik Bozukluğu olan kişi görüşmeciye gerçek dışı olarak bağlı olduğu ideal, tümgüçlü, tanısal bir figür olarak davranır. Görüşmeci ya da diğer idealize kişiler aynı derecede gerçek dışı ve güçlü “tümüyle kötü” nesnelere karşı potansiyel bir müttefik olarak görülür (Kernberg, 2008, s.17).

c) Yansıtma ve Yansıtımlı Özdeşim: Anna Freud’a göre yansıtma mekanizmasının etkisi; tehlikeli düşünsel itkilerin düşünsel temsilcileriyle ben arasındaki bağlantıyı koparmaktır. Bu açıdan en çok bastırma sürecine benzer. Yer değiştirme, karşıtına çevirme, kendine yöneltme gibi mekanizmalar dürtüsel sürecin kendi üzerinde etkili olurken, bastırma ve yansıtma, yalnızca onun algılanmasını engeller. Bastırmada karşı çıkılan düşünce ide geri itilirken yansıtımda çevreye yer değiştirir (Freud, A., 2004, s.87) .

Melanie Klein tarafından 1946’de tanımlanan yansıtımlı özdeşim kavramı oldukça geniş bir kavramdır. Keleinien ekolden Hanna Segal tarafından şöyle tanımlanmaktadır. “Yansıtımlı özdeşimle kendilik ve içsel nesneler parçalara ayrılmıştır ve kendilik bir dış nesneye yansıtılır daha sonra da bu yansıtılan parçalara sahip olunur, kontrol edilir ve özdeşleşilir.” (akt.; Zetsel, 1965) .

Yansıtımlı özdeşimin çeşitli amaçları vardır; ayrılığı önlemek üzere ideal nesneye yönlendirilebilir ya da tehlike kaynağını kontrol etmek üzere kötü nesneye yönlendirilebilir. Değişik amaçlarla kendiliğin farklı parçaları yansıtılır; kötü parçalar onlardan kurtulmak, aynı zamanda nesneye saldırmak ve onu yok etmek amacıyla yansıtılabilir. İyi parçalar ayrılığı önlemek üzere ya da onları içteki

kötülerden korumak için ya da bir tür yansıtımlı onarım aracılığı ile dış nesneyi iyileştirmek amacıyla yansıtılabilir. Segal, burada yansıtımlı özdeşimden bir savunma mekanizması olarak bahsederken bir başka yerde “empatinin erken formu” olarak tanımlamaktadır. Melanie Klein yansıtımlı özdeşimi”ben” in “ben olmayan”dan ayırd edilmesi için kullanılan bir araç olarak görmektedir (akt.; Zetzel, 1965).

Yansıtma daha olgun bir savunma iken, yansıtımlı özdeşim ilkel bir savunma düzeneğidir. Kişi ruhsal dünyasındaki katlanılmaz bir yaşantıyı bir nesneye yansıtır, yansıttığı ile eşduyum yapmayı sürdürür, sürekli bir gayret ile katlanılamaz yaşantı ile karşıdaki nesneyi denetlemeye çalışır ve bilinçdışında nesneyle gerçek bir etkileşim içinde; nesneyi kendisine yansıtılanı yaşamaya zorlar (Kernberg, 2000).

Kernberg’e (Kernberg, 2008, s.18) göre hastaların bastırdıkları dürtüleri başkalarına mal etmeleriyle kendini gösteren daha yüksek düzeydeki yansıtımların tersine, yansıtmanın ilkel biçimleri ve özellikle yansıtımlı özdeşim şu özelliklere sahiptir. :

- (1) Diğer kişiye o anda yansıtılan dürtüyü deneyimlemeye devam etme eğilimi
- (2) Yansıtılan dürtünün etkisiyle bu kişiden korkma
- (3) Bu düzeneğin etkisi altındaki kişiyi denetim altında tutma gereksinimi.

Wilfred R. Bion (1959) yansıtımlı özdeşim kavramını daha çok psikoterapi sürecindeki terapist-hasta/danışan ilişkisinde ele almıştır. Bion’a göre, yansıtımlı özdeşim, bu düzeneği iyi bilen bir terapist tarafından terapide çok iyi bir tedavi aracı olarak kullanılabilir. Terapist, hasta ile ilişkisinde onun kötü parçalarının yansıtılması için bir araç işlevi olduğunu fark edip, yansıtılanları direnç göstermeden içine alır, kabullenir, içinde tutar ve değiştirdikten sonra dışarı verirse, hastanın kendi yansıtımlarını değişmiş ve işlenmiş biçimlerde yeniden

içine almasını sağlamış olur. Psikoterapi sırasında hasta, kendisine ait kötü yanları bütünleştirebilmek ve bir tür kendine dönme ve ilerleme sağlayabilmek için paranoid- şizoid konumdan depresif konuma ilerler ve asıl değişim bu sırada ortaya çıkar. Hasta, içindeki “kötü” parçaları terapistte yansıtarak onlardan uzaklaşırken aslında gündelik yaşamında hep tekrarladığı örüntüleri ortaya koymaktadır. Ancak gündelik yaşamdaki kişilerin aksine terapist bu yansıtmaları geri yansıtmadığından (içinde tuttuğundan), hasta bu “kötü” yansıtmaları içselleştirmez. Böylece hasta “kötü” parçaları değil, işlenmiş olarak yeniden yansıtılan daha yeni ve daha olumlu parçaları içselleştirir. Bion’un yaklaşımının önemi, insan ilişkilerinde belirleyici bir işlev gören yansıtımlı özdeşimlerin tanınması ve gerektiğinde düzeltilmesi için yol gösterici niteliğinin olmasıdır (akt.; Göka ve ark., 2006). Masterson yaklaşımında tanı koyma ve müdahale yöntemlerini belirlemede bu anlamda nasıl kullanıldığı hususuna terapötik müdahaleler bölümünde ayrıca değinilecektir.

d) Yadsıma: Borderline Kişilik Bozukluklarında yadsıma bölmeyi güçlendiren bir mekanizmadır. Bilincin ilk bağımsız duygusal alanının yadsınması Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireylerdeki tipik yadsıma örneği teşkil eder. Kişi belli zamanlarda kendisi ile diğer kişilerin algılamaları, duyumsamaları ve düşüncelerinin diğer zamanlardakine göre tamamiyle zıt olduğunun ayırdımını yapabilmektedir. Ancak deneyimledikleri belleği ile duygusal açıdan uyumlu değildir ve yine de o anlarda bu duyumsamaları durduramamaktadır. Yadsıma kişinin yaşantısındaki ani, ciddi, zorlayan bir gereksinim, çatışma ya da tehlike karşısında tam bir ilgi, anksiyete ya da duygusal tepki yoksunluğu olarak görülebilir. Kişi kendisini potansiyel çatışma alanından korumak için; bilişsel farkındalığını onunla ilişkili duygulanımı entegre etmeden sakin bir şekilde ifade ederken, bu durumun duygusal yönünü yadsır. Görüşmecinin Borderline Kişilik Bozukluğu olan kişilerin getirdiği olaylara ve tepkilerine empatik yaklaşımı, ile kişinin başkaları ve kendisiyle ilgili tepkisiz, hissiz, katı tutum arasındaki farkı görmesini sağlar (Kernberg, 2008).

e) Tümgülülük ve Değersizleştirme: Bu iki savunma mekanizmasını kullanan kişiler bazen “büyüsel” yüceltilen (ideal) bir nesneye, talep eden, dayanabilecekleri

bir ilişkiye gereksinim duyarken, bazen de kendilerinin büyüsel tümgüçlülüklerine inançlarını gösteren davranışlarda bulunurlar. Yüceltilen nesne için gerçek bir sevgi, ilgi yoktur. Kişi yücelttiği bu nesnelere acımasızca, kendi malı ve uzantısı gibi davranır. Bu nedenle yüceltilen dış nesneye tam bir boyun eğme sözkonusu olduğunda bile kişinin derindeki tümgüçlülük fantazileri sezilebilir. Borderline kişilik organizasyonunda güvensizlik, kendini eleştirme ve değersizlik duygularının altında hastada sıklıkla tümgüçlü, grandiyöz duygular bulunur. Bunlar sıklıkla başkalarından doyum ve sadakat bekleme, özel bir kişi olarak davranılmayı hak ettikleri şeklindeki bilinçaltı inançlarıyla belirirler. Tümgüçlülüğün sonucu olarak dış nesneler değersizleştirilir. Eğer bir dış nesne artık doyum ya da koruma sağlamıyorsa gözden çıkarılır, çünkü nesne için gerçek bir sevgi kapasitesi yoktur. Nesnelerin değersizleştirilmesinin diğer kaynakları da şunlardır; birincisi özellikle kişinin oral gereksinimlerini frustre eden nesnenin intikam amacıyla yok edilmesi, ikincisi ise korkulan, nefret edilen “persekütör” haline gelmelerini engellemek üzere nesnelerin savunmaya yönelik değersizleştirilmesidir. Tüm bu harekete geçirici nedenler, bu savunma mekanizmalarında başkalarına gereksinim duyma ve onlardan korkmaya karşı bir araya gelirler. Kişinin geçmişindeki önemli kişileri değersizleştirmesinin içselleştirilmiş nesne ilişkileri üzerinde, özellikle süperegonun oluşumu ve bütünleştirilmesinde önemli olan yapılar üzerinde ciddi zararlı etkileri vardır. Tümgüçlülük ve değersizleştirme tanısallık görüşmede hastanın yaşantısındaki önemli kişileri ve onlarla etkileşimlerini tanımlamasında ve görüşme içindeki davranışlarında görülebilir (Akvardar, 2007, s.525).

3. **Gerçek kendilik aktivasyonunun, sahte kendilik uyumuna kurban edilmesi:** Bütün kendilik bozukluklarında görülen önemli bir teşhis özelliği de, nesnenin ihtiyaçlarına uyum sağlaması için geliştirilmiş sahte bir kendiliğin varlığıdır. Bu sahte kendiliğin doğası, nesnenin çocuğun gelişmekte olan kendiliğinden beklediği belirli talepler ve üzerinde kurduğu baskılar tarafından şekillendirilecektir; ki bu talep ve baskılar da, çocuğun gerçek kendiliğinin ihtiyaçları, hisleri ve kapasiteleriyle çelişir. Düzensiz kendilik sahibi hastanın sahte kendiliği; hastanın kendilik-kimliği algısındaki, uyumlu işleyişindeki, yaratıcı kendilik ifadesindeki ve kendine güvendeki bozuklukların yanında; nesne

ilişkilerinin intrapsişik açıdan birbirine bağlı, uyumsuz modellerinin sürekli ve durgun tekrarlarıyla da ortaya konulur.

4. Terk Depresyonu ve Kendilik Bozukluklarının merkezi psikodinamik

teması: Annenin, çocuğun gelişen kendiliği için gerekli olan libidinal kaynakları sağlamasındaki başarısızlık, Dr. Masterson'ın terk depresyonu olarak tanımladığı olayın gerçekleşmesine sebep olacaktır. Kendilik bozukluklarıyla ilgili çalışmış herkesin bildiği ve Masterson'un 6 önemli unsuru olduğunu belirleyip onları Mahşerin 6 Atlısı olarak tanımladığı, karmaşık, afektif bir tepki. Ve bu altı unsur da şunlardır: İntihara meyilli depresyon, cinai öfke, boşluk ve anlamsızlık hissi, umutsuzluk ve çaresizlik, panik ve kaygı ve suçluluk duygusu. Bir kere yer ettikten sonra terk depresyonunun varlığı, çocuğun ve gelecekteki yetişkinin içinde, bu acı veren duyguları yeniden canlandıracak her türlü gerçek kendilik hissinden ve aktivitesinden vaz geçmek adına bir eğilime neden olacaktır. Terapide, hastanın gerçek kendiliğini aktive etme girişimlerinin terk depresyonu şeklinde deneyimleneceği ve yeniden savunmayla sonuçlanacağı, merkezi bir psikodinamik tema kendini gösterecektir. Kendilik aktivasyonunun terk depresyonu duygulanımına ve sonra da savunmanın yeniden harekete geçirilmesine yol açtığı bu kendi kendini tekrar eden döngü; bütün kendilik bozuklukları için sabit, güvenilir bir tanısal göstergedir.

5. Aktarım Eyleme Vurumu ve Aktarım:

Aktarım kavramı genel olarak bilindiği şekliyle, bütün nesne ilişkileri kazanmış ve bu yüzden de analisti hem iyi hem de kötü taraflarıyla ayrı bir insan olarak görebilen ve hastanın zorluklarıyla baş etme planının merkezine yerleştirilecek terapötik bir ortaklığın kurulmasının mümkün olduğu nevrotik hastadan bahseder. Bu çalışma ortaklığının ekranına ise, analistin, hastanın ebeveynlerinden biri ya da hayatındaki başka bir önemli insanmış gibi deneyimlendiği aktarım yansıtılır. Nesne ilişkilerinden yoksun, kendilik bozukluğuna sahip hasta için aktarımda 'sanki' mevhumu yoktur. Bunun yerine terapist, iyi ya da kötü algılandığı yönüyle önemli bir kişi (genellikle de anne) olarak deneyimlenir ve hasta tarafından da buna göre karşılık görür. Bu hayati klinik farkı vurgulamak için Masterson; bölünmüş nesneyi, gözlemleyen

ego yoksunluğunu ve ödipal öncesi hastanın tepkilerinin niteliğini öne çıkarmak adına, ‘aktarım eyleme vurumu’ terimini kullanır. Aktarım ve aktarım eyleme vurumu arasındaki farklılıkların Fonagy’nin ussallaştırılan ve ussallaştırılmayan düşünce biçimleri arasındaki farklılıklara eş düştüğünü söyleyebiliriz (Pearson, 2009a).

Bütün kendilik bozuklukları için, bölmenin her iki tarafı da aktarım eyleme vurulmasından muzdarip olacaktır ama yüksek seviyedeki hastalar, yani daha olgun bir egoya ve kendilik tutarlılığına sahip olanlar; çoğu zaman libidinal ya da “iyi” içselleştirilmiş nesne ilişkileri biriminin aktarım eyleme vurumunu yapacaktır. Düşük seviye hastalar “kötü” ya da agresif içselleştirilmiş nesne ilişkileri biriminin aktarım eyleme vurumuyla tutarlı davranışlar sergileyeceklerdir.

Bu nesne temsili yapılarında tutulan ilişkisel etkileşimler hastanın, terapist de dahil olmak üzere hayatındaki önemli kişilere gösterdiği eyleme vurma davranışlarının temelini oluşturacaktır.

Borderline hastasının intrapsişik yapısını inceledikten sonra, bu yapının kendini davranışlarda nasıl gösterdiği sorusu geçerliliğini koruyor. En basit anlatımla, borderline hastasının bütün işleyişinin, Geri Çekilen Nesne İlişkileri Parça Birimindeki (GNIP) duygulardan kaçınmak için tasarlandığını söyleyebiliriz. Yani borderline hastasının hayat içerisindeki görevi, terk depresyonu duygularından kaçınmak ve ödüllendiren birimi sürekli olarak aktif halde tutmaktır. Çünkü ödüllendiren parça birimi, gerçeklik egosundan ziyade, haz egosunun yönlendirmelerine uyumlu işler. Gerçeklik algıları feda edilmiştir ve sonuç olarak borderline hastası, patolojisi için yüksek bir bedel öder. Bu bedel o zaman inkar edilir. Bu davranışlar, Borderline Kişilik Bozukluğun tanısının oluşturulmasında son derece bağlantılı hale gelir.

Pearson’un (2009b) Masterson Günleri III’de sunduğu bir hastasının detaylı bilgilerini burada paylaşarak Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireylerin Terk Depresyonundan kaçmak için kullandıkları davranışlara ve bu davranışların yüzleştirilmesi neticesinde gelinecek noktalara bir örnek olarak sunmak yararlı olacaktır:

“30’lu yaşlarının başlarında bir borderline hastası bayanla çalışmaya başladım. Charlene hoş, hafif kilolu, çocuksu kahverengi gözleri olan kıvrıkcık saçlı kumral bir kadındı. İlk görüşmemize geldiği zaman, kendisini bir dançı olarak tanıttı ama kendi deyimiyle ‘vücudunu kendi haline bıraktığını’ ve ücreti karşılayamadığı için dans dersleri almayı kestiğini itiraf etti.

Dağılmış ve titreyen bir halde, alkolik üvey babasıyla ilgili bir taciz hikayesini, pasif, alkolik annesi tarafından reddedilmesini ve hırsızlık, uyuşturucu kullanımı, sürekli partilemek ve içki içmek, kredi kardı borçlanmaları ve hem eşcinsel hem heteroseksüel, fazlasıyla aktif bir seks hayatını içeren karmaşık bir geçmişten bahsetmeye başladı. O zamanlar parası olup ona bakabilecek durumda olan, önüne gelen her erkeğin yanına taşınyormuş. Neden bu tip ilişkilere girdiğini bilmediğini anlattı; o adamlara aşık değildi, kendisine de saygısı yoktu, kendi deyimiyle ‘bu adamların kendisini kullanmasına izin veriyordu’. Ama tek başına yaşamak da onu depresif yapıyordu.

Terapiye başlamasının sebebi, bahsettiği bu adamlardan birinin, onu başka bir adamla yatakta kokain yaparken yakalaması sonucu evden atmasıydı. Beş parasız ve depresif bir halde, annesiyle yaşamak üzere eve döndü, ve bu ilk kez olmuyordu. En sonunda tedavi için enstitüyü arayan da annesi olmuştu.

Charlene, gayet tipik bir DSM borderline manzarası çiziyor ama daha ileri seviyede bir borderline hastasını teşhis etmek çok daha zordur. Dr. Masterson’un süpervizörlüğünde gördüğüm ayırddedilmesi zor hasta grubundan olan ilk hastalarımından biri, üniversiteden yeni mezun olmuştu, çok zeki ve ilgiliydi ve iroonik bir espri anlayışına ve tepki verme yeteneğe sahipti. Ortada açık bir eyleme vurum yoktu, daha ziyade takdim ettiği problemi, sallantıda olan ve yakın geçmişte mezun olduğu oldukça prestijli okuldan sonra geleceği konusunda ne yapacağını bilemeyişiyle tetiklediği düşük seviyede depresyondur.

Aynı Charlene gibi, bu hastam da annesiyle yaşamak için eve dönmüştü. Annesi, Sarah henüz bir bebekken babasından boşanmıştı ve yalnız yaşıyordu. Çok genç yaşta bir anne olduğundan, Sarah'ı 18 yaşındayken dünyaya getirmişti, ve başka bir çocuk sahibi ve hatta ciddi ilişkisi olmadığından, Sarah annesinin hayatının ışığıydı. Annesiyle ilişkisini tanımlarken Sarah annesiyle kendisinin “Gilmore Kızları” (Çok genç bir anne ve kızının mükemmel ilişkilerini konu edinen bir Amerikan TV Dizisi) gibi olduğundan bahsetmişti. Birlikte vakit geçirmekten hoşlanan, birbirlerine her şeyi anlatan, birbirlerinin en büyük destekçisi olan ayrılmaz bir ikili. Terapinin ilerleyen zamanlarında Sarah büyümek ve annesini terk etmek zorunda kalmakla ilgili duyduğu korku ve suçluluğu kabul etmeye başladı. “Benim için alışveriş yapmasını bile istemiyorum artık,” dedi. “Okuldayken bana çikolatalar gönderirdi ve şimdi de evde benim için bir şeyler satın alıyor ve biliyorum ki aldığı her şeyin çok sevimli olduğunu düşünüyor, ben de öyle düşünüyordum eskiden ama şimdi artık aşırı kız işi olduklarını düşünüyorum ama bunu ona söylemeye korkuyorum çünkü biliyorum ki sadece beni mutlu etmeye çalışıyor. Ve bunun için o kadar çok uğraşıyor ki, eğer kendi eşyalarımı kendim almak istediğimi söylersem çok incinir...”

Bu hikaye, Sarah'yı yüzleştirmemi sağladı, ona şöyle dedim: “Kendi kıyafetlerini kendin seçmek istediğin gerçeğiyle annenle yüzleşme konusunda sıkıntı çekiyorsan, kendi hayatını seçmek istediğin konusunda onu ya da kendini bilgilendirmede de sorun çekiyor olmana şaşırmamak gerek.” Haftada iki seanstan bir yıl boyunca süren yüzleştirmeci terapi sonrasında Sarah eşyalarını topladı ve hukuk okumak için evden ayrıldı.

Takdim edilişleri ve semptom manzaları açısından büyük ölçüde farklılık gösterebilir de, her iki hasta da, borderline patolojisinin tipik özellikleri olan ödüllendiren birim yapışkan davranışı ve kendilik aktivasyonunda başarısızlık örnekleri ortaya koyuyordu. Bunlara ilaveten, her iki hasta da tekrarlayan bir teknikle kullandığım yüzleştirmeci müdahallerime tepki verdi. Ki bu teknik, borderline hastasının kendinden emin savunmacı modellerine müdahale etmek ve hastanın süregelen ayrılma/bireyleşme çalışmasına gösterdiği direnci alt etmesinde ona yardımcı olacak uygun itici güç görevi görmek için tasarlanmıştır. Yani borderline patolojisinin ayırıcı tanısı çalışmasında bir etken de, hastanın verdiği terapötik tepkidir.

4.4.1. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanı, hem hastanın anlatımını, tek ve tutarlı bir formül altında bütünlemek için bir araçtır, hem de klinisyenin hastanın terapisi boyunca hangi belirli müdahaleleri kullanacağına karar vermesine yardımcı olan bir rehber niteliğini taşır. Bu yüzden Masterson yaklaşımında tanı, hastaya en iyi gelecek terapi yöntemini belirleyecek en yararlı ve tek rehber olması açısından, hayati önem taşır. Eğer her bir hasta aynı şekilde tedavi edilseydi, ayırıcı tanı sadece akademisyenlerin ilgilendiği bir konu olurdu ama o zamanda çok az klinik önem taşırdı (Pearson, 2009a).

Sürece başlarken üzerinde çalışılıp test etmek üzere bir öntanı belirlenir. Bu öntanı üzerinde çalışırken bir yandan da değerlendirmeyi sürdürmek hastaya intrapsişik ve kişilerarası işlevlerinde sistematik düşünmeye başlaması için bir yol gösterir ve gerçek terapi için iyi bir hazırlık işlevi görür (Katz, 2009). Ayırıcı tanıya gitme süreci belirtilenler de dahil olmak üzere pek çok farklı alandan toplanan bilgilerin değerlendirilmesi ile işler. Bu unsurları şu şekilde sıralayabiliriz: (1) Semptom durumu; (2) aile geçmişi; (3) gelişimsel geçmişi; (4) sunulan problem; (5) geçmişteki ve günümüzdeki nesne ilişkileri; (6) ego işlevleri ve ego savunmaları; (7) kendilik- kimliği; (8) aktarım eyleme vurumu ve karşı aktarım. Bu unsurlar 6. bölümde vaka sunumu üzerinden detaylı olarak aktarılacaktır.

Ayırıcı tanıya giderken klinisyenin aradığı ilk bilgi serisi DSM - IV'den gelecektir. Borderline Kişilik Bozukluğu olan bir hastanın semptomatik durumu Şekil 1 de belirtilen DSM- IV' e belirtilen özelliklerden en az beşini karşılamak durumundadır. Öncelikle Borderline Bozuklukların Eksen I bozukluklarından ayırd edilmesi gerekmektedir. Murray Schane tanıda karışıklık yaratabilecek 4 eksen I tanısını şöyle sıralamıştır. (1) Kaygı, (2) Depresyon, (3) Manik Depresiflik, (4) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (ADHD) (Schane, 2009).

Schane'e göre (2009) yukarıda belirtilen bu dört Eksen 1 bozukluklarının arkasında aşağıda belirtilen sebeplerden dolayı Kendilik bozuklukları gizli olarak yatıyor olabilir:

1. Bu Eksen 1 bozukluklarının tanımlayıcı semptomları, hem hasta hem de terapistin temel olarak, ve bazen de sadece, bu semptomlara yoğunlaşmasına neden olan ileri seviyede strese yol açabilir.
2. Bu bozukluklar, çoğu zaman hastanın o anki ve geçmiş ilişkilerini ve davranış modellerinin, karakter hasarlarını en aza indirmek ya da kılık değiştirmek suretiyle, tasvirine zarar verebilir.
3. Psikoaktif ilaçlarla meydana gelen terapi tepkisi, semptomlarda öyle etkili değişikliklere neden olur ki; hem terapist hem de hasta sonucu tam bir iyileşme olarak kabul eder.

Eksen 1 bozukluklarının, kendilik bozuklukları bağlamındaki terapisi, ister birbiriyle birleşen ister aralarında belirgin farklar olan teşhisler şeklinde olsun, dikkatli bir gözlem, vaka incelemesi ve hastalarla yapılacak uygun tartışmalar gerektirir. Bu eksen 1 bozuklukları, kendilik bozukluklarıyla yanyana geldiklerinde tahribata yol açabilirler ama Eksen 1 bozukluklarının uygun ve adil terapisi, kendilik bozukluklarının terapisini de büyük ölçüde hızlandırıp, kolaylaştırabilir. Yan yana gelişen eksen 1 bozukluklarını görmezden gelmek, kişilik bozukluklarının psikoterapötik tedavisini zayıflatır ve hatta bozguna uğratabilir (Schane, 2009).

4.5.Terapötik Müdahale (Yüzleştirme)

Terapötik müdahalelerin temelinde terapistin karşı karşıya olduğu görünüm her ne olursa olsun esas hedef her zaman için bir savunma olarak sahnede yer alan sahte kendilikle, gerçek bir gelişimsel aksaklığı temsil eden gerçek kendilikteki esas aksaklığı ayırt edebilmelidir. Borderline bir hastayla çalışan terapist, ister yüzleştirme psikoterapisi ister yoğun psikoterapi uyguluyor olsun, bu alanların her ikisini de ele almalıdır. Ancak yüzleştirme psikoterapisi veya yoğun psikoterapi uygulanıyor olması terapistin bu iki ayrı soruna ne şekilde yaklaşacağını belirler.

Yüzleştirme psikoterapisinde yüzleştirme yoluyla ortaya çıkarılan sahte, savunmacı kendiliğe ket vurulması veya bundan vazgeçilmesi, hastanın terk edilme depresyonunun varlığının ve gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıkların farkına varmasına neden olur. Daha sonra hasta daha uyumlayıcı ve sağlıklı savunmalar geliştirerek bu sorunlarla başa çıkmaya teşvik edilir; bu, bozulmuş gerçek kendiliği güçlendiren ama hastayı ayrılma stresi ve terk edilme depresyonuna karşı açık ve zayıf (savunmasız) bırakan bir benlik tamir sürecidir.

Yoğun terapide ise sahte, savunmacı kendiliğe ket vurulması veya bundan vazgeçilmesi yine gerçek kendilikteki bozuklukları ve altta yatan terk edilme depresyonunu olayın merkezine yerleştirir; bu noktadan itibaren derinlemesine çalışma süreci (yüzleştirme yerine birincil olarak yorumlama ve iletişimsel örtüşme kullanılır) zedelenmiş gerçek kendiliğin rehabilitasyonu ve optimal yapısal gelişiminin sağlanmasına yardımcı olur. Nihai hedef gerçek kendilik kapasitelerinin tam gelişiminin sağlanması ve hastanın ayrılma stresinden ve terk edilme depresyonundan kurtulmasıdır (Kelin, 1989, s.37).

Borderline hastalar kendi gerçekliklerinin farkındalardır ama bunu inkar etme eğilimindedirler. Ego sınırları stabilize edildiğinde gerçeği değerlendirme,- içsel olanın dışsal olandan ayırt edilmesi- mümkün olunur. Bu durum ancak Kernberg'in tanımlamış olduğu üçüncü gelişimsel dönemde gerçekleşir. Burada söylenmek istenen şey Borderline hastaların gerçeği değerlendirmeleri yeterlidir. J.G. Jacobson gerçeği değerlendirmeyi daha geniş tanımlamıştır: (1) Kendiliğin nesneden ve "iç" in "dış"tan ayırt edilmesi, (2) ayrılmış nesnelerin algılanması, (3) kendiliğin ayrılmış durumlarının algılanması, (4) iç dünyadaki afektif yaşantıların algılanması. Bu işlevlerin gelişiminde algı sisteminin gelişimi ve ayrılma bireyselleşme yaşantıları önemli olmaktadır. Gerçeği değerlendirmede bu dört özellikten herhangi birinde aksama olabilir. Dört özelliğin sentezi beşinci bir faktörün gelişimini sağlar. "bugünü geçmişten ayırt edebilme kapasitesi". Volkan, Kernberg'in dördüncü gelişimsel dönemine ulaşıncaya dek bu dört unsurun sentez edilemeyeceğini, bu nedenle geçmiş yaşantıların bugünü istila etme eğiliminin olacağını vurgulamıştır (akt.; Akvardar, 2007, s.525).

Yüzleştirme müdahaleleri terapi sürecinde gerçeği değerlendirme aşamaları ve nihayetinde ulaşılan bugünü geçmişten ayırabilme kapasitesini oluşturmaya yönelik olarak işlemektedir. Bilinen ve inkar edilen, afektif yaşantıların algılanmasından kaçınan ve afekt ile gerçek olgular arasında tam ve gerçek bir ilişkilendirme yapmaktan kaçınan Borderline hastaya yüzleştirmenin sunduğu şey bu sentezi yapabilme kapasitesini açığa çıkarma ve gerçek yaşantısında kullanabilir hale getirmektir.

Aşağıda Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi, (1989, s.37-39) kitabından alınmış olan Ralph Klein'ın M. A. yüzleştirme ve yüzleştirme süreçlerinde egonun gelişimi ve hastanın gerçeklik temelli algılama ve değerlendirme süreçlerinin gelişimi ile ilgili olarak ele alınmıştır.

M.A. vakası. M.A., birincil şikayeti kronik ve sürekli mutsuzluk ve kendisiyle ilgili olarak bir şeylerin ters gittiğine dair belirsiz bir his olan 22 yaşında bir kadındı. Hastanın sahte ve savunmacı kendiliği kendisini bir “bukalemun” ve “yürüyen bir kolaj” olarak tarif etmesi ile ortaya çıkmıştı. Karşılaştığı herkesin, erkeklerin ve kadınların parçalarından oluştuğunu hissediyor ve o sırada birlikte olduğu kişinin istek ve ihtiyaçlarına göre istediği parçaları seçerek harekete geçirdiğini söylüyordu. Hangi parçaların veya parça kombinasyonunun “gerçekte kim olduğunu” temsil ettiğine dair istikrarlı veya sürekli bir hissi yoktu.

Başlarda bu durumu bir çeşit gururla anlatıyor, sanki zarureti erdem saymaya çalışıyordu. Ama yüzleştirme bu sahte, savunmacı kendiliği gittikçe daha az ego-uyumlu hale getirdi. “Otomatik” olarak bu tarz davranışa başvurduğunu fark ettiği zamanlarda gittikçe daha fazla kızmaya ve depresif olmaya başladı.

Terapi başladıktan yaklaşık altı ay sonra bana bir rüyasını anlattı. Rüyasında çocukken izlediği “Doğruyu Söylemek” adlı eski bir televizyon şovunda yarışmacı olduğunu görmüştü. Programın gerçeğinde, şovun bir yerinde sunucu “gerçek” yarışmacının ayağa kalkmasını istiyordu (şovda gizli misafir olduğunu iddia eden üç kişi vardı). Rüyasında ise sunucu M.A.’dan ayağa kalkmasını isteyince o “gerçek M.A.”nın kim olduğuna karar veremiyordu ve

üç yarışmacı da ayağa kalkıyordu. Bana rüyayı anlatırken “kimin gerçek kendim olduğunu, kimin benmiş gibi numara yaptığını bilmiyordum” dedi.

Yüzleştirme hastanın sahte ve savunmacı kendiliğinin işlev görmesini enegelledikçe aramızda bir terapötik ittifak oluşmaya başladı. Bu ittifakla beraber hastanın gerçek kendiliğinin gelişimindeki bozukluklar çalışmanın merkezine çekilmeye başlandı. Hasta ne zaman kendiliğinden cevap vermeye veya başkalarının beklentileri nedir acaba diye düşüneceğine kendi duygularını ya da düşüncelerini ortaya koymaya kalksa deprese olduğunu ve kaygı duyduğunu ifade etti. Buna ek olarak kendini yatıştırmayı veya aktive etmeyi başaramıyordu.

Bu noktadaki yüzleştirmeler hem sahte, savunmacı kendiliğin tezahürlerine yöneliktir:

Neden kendini senin adına karar vermeleri için sırtını başkalarına dayamaya mecbur hissediyorsun?

Hem de gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıkların tezahürlerine yöneliktir:

Neden kendi duygularını ve isteklerini ifade etmeye hakkın olmadığını hissediyorsun?

Buna benzer yüzleştirmeler hastanın dikkatini gerçek kendiliğin gelişimindeki aksaklıklara çekmeye ve onu bu gelişimsel aksaklıkların kökenini keşfetmek için teşvik etmeye yardımcı oldu.

Zamanla birçok hatırası ortaya çıktı ve bu hatıralar hastanın çevresel başarısızlıklar, altta yatan terk edilme depresyonu, bunu takip eden gerçek kendilik gelişimindeki aksaklıklar ve bunun sonucunda sahte, savunmacı bir kendiliğin ortaya çıkarılması yoluyla bunların telafi edilmesi girişimi arasındaki bağlantıları kurmasına yardımcı oldu.

Bu şekilde, hem annesinin hem de babasının kendisi 6 yaşına geldiğinden beri onun “karşı koyması” veya “itaatsizliğini” cezalandırmak için onunla belli süreler boyunca (bazen günler bazen de haftalar boyunca) konuşmadıklarını depresyon, öfke ve suçluluk karışımı duygularla hatırladı. İyi ve söz dinleyen bir çocuk olacağına dair sözler vermesine ve

yalvarmasına rağmen annesi babası cezaya devam ederlerdi. Bu hatıra onun gerçek bir kendilik yapısı oluşturma girişimlerinin başarısızlığını anlamasında kilit rol oynadı.

Sahte, savunmacı kendiliğin verdiği zararların ve gerçek kendilikteki aksaklıkların farkına varılması gerçek kendilik gelişimi için gerekli temel yapı taşlarıdır. Terapi sırasında bireyin kendine özgü, benzersiz yönleri ortaya çıkar ve bunlar gerçek kendiliğin oluşturulmasında odak noktaları teşkil ederler. M.A. için kendini kabul etme ve tanıma ve kendini yatıştırma kabiliyeti yazı yazmaya duyduğu ilgi üzerine kurulmuştu. Günlüğünü yazarken geçirdiği saatlerin eyleme vurma davranışlarını kontrol etmesine ve bunlara ket vurmasına yardımcı olduğunu şaşkınlıkla anlattı. Ayrıca yazı yazmak kendi düşünceleri, duyguları ve isteklerini tanımlamasına yardımcı oluyordu.

M.A. ile yapılan terapötik çalışma, tüm borderline hastalarda olduğu gibi, borderline üçlünün (triad) dairesel sürecini takip ediyordu. Gerçek bir kendilik oluşturma çabaları terk edilme depresyonu ile bağlantılı acı verici duyguların ortaya çıkmasına neden oluyordu. Bu duygular sahte, savunmacı kendiliğin aktive olması için bir fırsat, bir açılma teşkil ediyorlardı. O noktada hastayı gerçek kendiliğin aksaklıklarını tamir etme yoluna geri getirmek için tekrar sahte, savunmacı kendilikle yüzleştirme yapmak gerekiyordu.

Şüphesiz ki buradaki konumuz bu olmasa da Borderline kişilik bozukluğu tanısının erkeklerde daha az konulduğu bilinmektedir. Burada yüzleştirme müdahalelerine yanıtları ve terapi sürecindeki gelişimi açısından Dr. Klein'in (1989) D.B vakasına geniş bir yer verilmesinin tanı koyma, terapötik müdahaleler ve erkek borderline hasta grubunda işleyen dinamiklerin görülmesi açısından yararlı olacağı düşünülmüştür (Klein, 1989, s.39-41).

D.B. vakası. Tedavi arayışı içine girdiğinde D.B. kırk yaşlarındaydı ve bir dizi gayri meşru ilişkiden sonra ikinci karısından boşanmış durumdaydı. Hatırlayabildiği en eski zamandan bu yana kendi içinde gizli “çıplak, terk edilmiş bir çocuk” taşıdığına dair bir fantazisi olduğunu söyledi. Bu fantazi dünyaya yansıttığı imge ile uyuşmuyordu; dünya onu başarılı ve becerikli bir profesyonel ve dört çocuk babası gibi görüyordu.

“Çıplak, terk edilmiş çocuk” kendilik imgesi çocukluğundan gelen bir tekrarlanan rüya ile bağlantılandırılmıştı. Rüyasında ancak annesinin eteğine saklanarak teselli bulabiliyor ve kendini güvende hissediyordu. Bu tarifte çıplak çocuk hastanın gerçek kendiliğindeki aksaklıklar hakkındaki farkındalığını temsil ederken, sahte ve savunmacı kendilik annesinin korumasına ihtiyacı olan çaresiz çocukla özdeşleştiriliyordu.

D.B.’nin hayatındaki gerçekler, hastanın gerçek kendiliğindeki aksaklıkları ve sahte, savunmacı kendiliğin varlığını gösteren sayısız örnekle doluydu. Gerçek kendilikteki aksaklıklar sürekli ve yaygın olmalarına rağmen, birçok durumda ne hastanın kendisi ne de sıradan bir gözlemci bunların farkına varmıyordu.

Örneğin, kendini yatıştırma, aktive etme ve potansiyelini gerçekleştirecek şekilde kendini ortaya koyma kapasitelerine sahip değildi; makul derecede başarılı olmuş olsa da gençliğinde ulaşacağı düşünülen yüksek yerlere gelememişti ve yetişkin profesyonel hayatının büyük bölümünde yetersiz veya beceriksiz olduğu meydana çıkacak korkusuyla meslektaşları ile ilişki kurmaktan kaçınmıştı. Başkalarından beklentilerini ancak uygunsuz öfke nöbetleriyle ifade edebiliyor, gerekli ve uygun şekillerde ifade edemiyordu. Gerçek kendiliğindeki bozukluklarla ilgili bilinçli deneyimleri ne zaman profesyonel veya sosyal olarak kendini ortaya koymaya kalksa hissettiği utanç, pasiflik, anksiyete ve boşluk duygularından oluşuyordu. O noktada sahte, savunmacı kendiliği aktive oluyor ve bu acı verici duygulanımlardan kaçarak bir dizi “anaç” kişilikle kurduğu uygunsuz ilişkilere sığınıyordu.

Sık sık aynı anda birden fazla cinsel ilişkinin içinde oluyordu. Terapiye ilk başladığında oldukça sorunlu ve anksiyete yaratan bir dizi ilişkisi olmuştu ve o sırada dört kadınla ilişkisi vardı; kadınlardan hiçbiri diğerlerinin varlığından haberdar değildi. Aynı anda dört sevgilisi olmasının ona yüklediği ağır ekonomik yükten dolayı benimle ancak haftada bir kez görüşebileceğini söyledi. Sahte, savunmacı kendiliğinin ona ne kadar “pahalya” mal olduğunu vurgulayarak bu sahte kendiliği kısa zamanda daha az ego uyumlu yapmak istedim ve bu ümitle beher ilişkisi için haftada bir seansa ihtiyacı olduğunu, yani toplamda haftada

dört seans önerdiğimi söyledim. Şaşkın bir sessizlikten ve biraz daha tartıştıktan sonra haftada üç seans yapmayı kabul etti ve ilişkilerinden en az birini hemen sona erdirme sözü verdi.

Terapinin başlarında yüzleştirmeler neredeyse sürekli olarak inatla yapıştığı bu ilişkiler etrafında döndü; bu ilişkiler sahte, savunmacı kendiliğinin sürekli aktivasyonunu temsil ediyorlardı. Nitekim bu ilişkileri birer birer hayatının gerçekliğinden ayırıp onların sahte kendiliğini muhafaza etmesindeki rolünü sona erdirdikçe gerçek kendiliğindeki aksaklıkların tezahürlerinin gittikçe daha fazla farkına varmaya başladı; bu bilinçli farkındalığı hayatının büyük bölümünde yakalayamamıştı.

Sahte kendiliğini eyleme vurma eğilimini ketledikçe gerçek kendiliğinin oluşmasındaki gelişimsel başarısızlıkların kökeni ile daha fazla ilgilenmeye başladı. Kendisine yoğun psikoanalitik terapi uygulandığı için bu keşif süreci sürekli keşif yapmaya karşı gösterdiği tüm dirençlerin yüzleştirmesi ve yorumu ile ilerletildi. Annesiyle olan ilişkisini detaylı şekilde hatırladı ve hayatında ilk kez annesiyle etkileşiminin patolojik niteliğinin farkına vardı.

Bu ilişkinin gerçek kendiliğinin gelişimini engelleyecek şartları ne şekilde oluşturduğunu da anladı. Örnek olarak, delikanlılık döneminde kanserden ölmekte olan annesini ziyaret ettiği bir zamanı hatırladı. “Küçük bir çocuk rolü yaparak” annesini mutlu edebildiğini ve ondan iltifatlar aldığını fark etti; İşi küçük bir çocuk gibi giyinmeye ve konuşmaya kadar götürmüştü. Ekledi:

Uzun bir süre ne yaptığının farkına varmadım. Bana çok doğal geliyordu, sanki o çocuk gerçekten bendim. Ama zaman zaman ne yaptığımı gördüğüm ve bunu değiştirmek istediğim anlar oluyordu. Ama yaşıma uygun davranırsam (başka bir deyişle sahte, savunmacı kendiliğinden vazgeçerse) annemin yüzü asılıyor, bana soğuk ve uzak davranıyordu. Bu öyle çok dramatik bir değişim değildi. Eğer orada duruyor ve bana bakıyor olsaydınız muhtemelen bir şeyin farkına varmazdınız. Ama benim için durum çok açıktı. Sadece onu hayal kırıklığına

uğratmakla kalmıyor, sanki annemin ölümünü, ve tuhaf bir şekilde kendi ölümümü de hızlandırıyor, çabuklaştırıyor gibiydim.

D.B. için o anki hayatında veya anımsadığı hatıralarda ve tekrar yaşadığı duygulardaki her özerk, kendini ortaya koyduğu davranış gerçek kendiliğinin yapısını inşa etmekte hayati bir nokta oldu. Ortaya çıkmakta olan gerçek kendiliği kendini daha önce kullanılmamış yeni beceri, yetenek ve kişisel özellikler halinde göstermeye başladı. Kendini yatıştırma konusunda bir örnek olarak, D.B. sanatsal faaliyetlerden gerçek bir zevk almaya başlamıştı. Buna ek olarak, eski pasifliğine zıt bir şekilde artık mesleki faaliyetlere katılabilmeye ve babalık işlevlerini yerine getirebilmeye başlamıştı. Son olarak, ihtiyaç duyduğu için değil, istediği için birlikte olduğu kendisine uygun bir sevgili de bulmayı başarmıştı ve bu şekilde hayatında ilk kez karşılıklı bağlılık ve samimiyet içeren bir ilişkiye girebilmişti.

4.6.Terapötik Sürecin İlkeleri ve Evreleri

Psikoterapötik sürecin esas düzenleyicisi olan Masterson'un tanımlamış olduğu kavramların her biri uygulama ilkelerini anlamak ve müdahale tekniklerini uygulama açısından ayrı bir ehemmiyet taşımaktadır. Bu kavramlar; (1) Terapötik tarafsızlık, (2) terapötik çerçeve ve duruş, (3) Aktarım eyleme vurumu ve bunun terapötik işbirliğine nasıl dönüştürüleceği, (4) Karşı aktarım ve karşı aktarım eyleme vurumunun yönetilmesi, (5) İletişimsel örtüşme, (6) Terapötik ittifak.

(1) Terapötik Tarafsızlık (Neutralite): Terapötik tarafsızlık Masterson yaklaşımının merkezinde yer alan temel kaidedir. Terapötik tarafsızlık hastanın kendini sorgulamaya, değerlendirmeye ve gerekli terapötik çalışmaları kendi kendine yapabileceğine dair olan terapistin temel inancı olma özelliğine haizdir. Bu bağlamda terapist hastanın getirmiş olduğu sorunun aktif bir ortak çözüm üreticisi olmadan, hastanın hayatına müdahale etmeden, tavsiye ya da yönlendirmelerde bulunmayan bir tutum içerisinde müdahalelerini devam ettirmesidir. Bu noktada terapötik tarafsızlık terapistin çalışmanın ortaya konulması için gerekli koşulları

hazırlayan konumda psikoterapi sürecinin sorumluluğunu üstlenirken, psikoterapinin çalışılan (işleyen) kısmı hastanın sorumluluğundadır.

Terapötik tarafsız duruş, terapistin hasta ile ilgilenmeyeceği ve duygusal olarak bir odun gibi duracağı anlamına gelmez (Masterson, 1993, s, 68). Terapist psikoterapi sürecinde hastaya çeşitli sayıda örtülü davranışta bulunarak terapötik duruş ve çerçeveyi devam ettirir ancak bu davranışları doğrudan açıklamaz çünkü daha sonra malzemeye yönelik olarak hastadan gelecek bu yanıtlar bu yolla belirginleşir.

Terapötik tarafsızlık hastanın hasar görmüş gerçek kendiliğine ilgi göstermek onu merak etmek ve onun için endişe duymaktan geçer. Hastanın gerçek kendiliği için endişelenmekle hasta ile ilgilenmek arasında fark vardır. Birincisi her zaman terapistin sorumluluğudur; ikincisi ise her zaman terapistin hatasıdır (Klein, 1989, s.84). Psikoterapistin esas görevi hasta ile ilgilenmek değil; gerçek kendiliğini ortaya çıkarabilmesi sürecinde tarafsız ve temiz bir nesne olarak orada onunla birlikte durabilmek ve gerçek kendiliğine hitaben konuşabilmektir.

(2) Terapötik Duruş ve Çerçeve : Terapötik duruş, bireyin kendi kendine ve diğerlerine karşı olan sorumluluğu hakkında olumlu beklentilerden biridir. Hastanın potansiyeline hitap eder. Vygotsky'den (1962) ödünç alınana bir terim ile ifade edersek; terapötik duruşa yakın olan bir gelişim bölgesindedir. Terapist kendini hastanın potansiyelinin dış sınırına yerleştirir. Hasta, kendine ve diğerlerine karşı olan bulanıklaşmış ve bozulmuş ancak terapistin hasta için netlik ve gerçeklikle sağlamlaştırdığı mecburiyet ve sorumluluklarını yerine getirmesi için üstü kapalı olarak cesaretlendirilir (akt., Klein, 1989, s.85).

Terapötik çerçeve terapötik duruşun işlemsel koludur. Terapötik alanın parçası olan tüm durumları içeren; terapötik süreci destekleyen zaruri durumlar ve sorumluluklar dizisidir. İdeal bir terapötik çerçeve tanımı olmamasına rağmen Masterson yaklaşımında bazı koşulların gerekliliği öne sürülmektedir. Kişinin seansa katılımını, engelleyecek şekilde

kendinden geçmiş bir vaziyette (alkollü vs.) seansa gelmesini önlemek, seans sırasında tehdit ya da şiddet kullanmasına mani olmak için alınan kararlardır. Bu bağlamda Masterson yaklaşımında terapötik çerçeve kapsamında; hastaya soyadı ile hitap etmek, ödeme ve tatil tutumları, gelinmeyen randevular için hastanın finansal sorumluluğun kendisinde olduğu, terapistin bir kütüphaneci ya da sekreter gibi davranmaması hakkındaki prensiplerin netleştirilmesini içerir.

Terapötik çerçeve oluşturarak terapist beklentilerini içeren bir liste ya da kendisi tarafından belirlenen bir kontrat oluşturmuş olmaz. Seansların her anının spontan, canlı ve hasta için duygusal deneyim içeren bir anlayışta yürütülmesi önemlidir (Masterson, 1993, s.69).

(3) Aktarım ve Aktarım Eyleme Vurumu: Eyleme vurmak ne tür süreçler tarafından işletiliyordu, amacı ve anlatmak istedikleri şeyler nelerdi? Klinik ortamda gerçekleşen bu tekrarlar hangi içsel süreçlerin izlerini taşıyordu; içsel intrapsişik yapıda nasıl bir geriye dönük bakış ve anlayış çerçevesinde izlenecekti ki kişinin bugün bağlamında gerçekliği yeniden değerlendirerek daha sağlıklı bir intrapsişik yapıya yönelik çalışmalar nasıl bir yön izleyecekti?

Masterson için Freud'un 1914 tarihli makalesi (*Recollection, Repetition and Working Through*) bu tarz bir tedavi stratejisi için yol açıcı olmuştur. Bu çalışmasında Freud eyleme vurma ile hatırlama arasındaki ters ilişkiye vurgu yapar; tekrarlama'nın formülü eyleme vurmadır (Pearson, 2009b).

Bu noktada Freud'un (1914) çalışmalara ışık tutan bu değerli makalesinden daha geniş bir alıntı yapmak çok daha açıklayıcı olacaktır. Freud 1914 tarihli "*Hatırlama, Tekrarlama ve Derinlemesine Çalışma*" makalesinde şöyle der: Hastaların direnç durumları altında hatırlamak yerine tekrar ettiklerini öğrendik. Bu noktada şunu sorabiliriz, gerçekte tekrar edilen ya da eyleme vurulan şey nedir? Bunun cevabı sergilenen kişiliğinin içinde bastırma kaynaklarından halihazırda kendi yolunu belirlemiş tekrar eden her şey olabilir – ketlenmeler,

uygun olmayan davranışlar ve onun patolojik karakter özellikleri. Ve bu semptomlarını tedavi sürecinde de devam ettirir. Şu anda bildiğimiz tekrarlama zorlantısı gerçeğinin yeni edinilmediğini ancak yaygın görünümlere sahip olduğunu bilmeliyiz. Kendimiz için açıklığa kavuşturmamız gereken şey kişinin hasta olma durumu analize başladı diye bitmez, ancak onun hastalığını bir geçmiş olayı gibi değil ancak bugünün bir zorlantısı olarak tedavi etmek zorundayız. Hasta bir şeyi gerçek ve bugüne aitmiş gibi deneyimlediğinde bu hastalık durumu tedavi aşamasına ve alanına göre parça parça getirilir; bunun için geçmişin izinde, geçmişe doğru geniş ölçümler içeren bir terapötik çalışma yapmak zorundayız.

Ana enstürmanımız hastanın tekrarlama zorlantılarını tedavi etmek olsa da bunu, aktarımı yönetmek için bunları yalanların hatırlanan devimine dönüştürürüz. Belirli bir alanda kendisini doğru ifade etme olanağı vererek bu zorlantıları zararsız ve gerçekten yararlı bir şekilde dönüştürürüz. Hastanın zihninde gizli tüm patojenik dürtülerini bir oyun alanı içinde son derece özgür bir şekilde sergilemesini beklediğimiz aktarımlarının ortaya konmasına izin veririz.

Pearson'un özetle söylediği şekilde Freud der ki; "Burada hastanın unutulmuş ve bastırılmış olana dair hiçbir şey hatırlamadığını ancak eylemde ifade ettiğini söyleyebiliriz. Hafızasında değil ama davranışlarında tekrar üretir. Tekrar eder, ancak elbette tekrar ettiğini bilmeden bunu yapar." (Akt.; Pearson, 2009a). Hatırlamaya yönelik dürtünün yerini alan aktarım eyleme vurumu tedavide aktarım ilişkisi yoluyla etkinleştirilir. Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastada aktarım eyleme vurumunun yüzleştirilmesi tekrarlama zorlantısının engellenerek tedavide aktarımın kullanılmasına olanak sağlar. Düşünceler, duygular, fantaziler ve hatılamalar aracılığıyla aktarımda ve terapötik görüşmede yer alan tekrarlama zorlantıları aktarım eyleme vurumu üzerinden boşaltılmadığında hafızanın uyandırılmasına ve derinlemesine çalışılma sürecine geçilmesine olanak sağlar (Masterson, 2006).

Masterson bu gözlemleri mantıklı sonuçlarına götürür. Eğer müdahaleler savunmaları kesintiye uğratacak şekilde tasarlanırsa, anılar, duygulanımlar ve rüyalar yüzeye çıkararak tedavide çalışılabilecek malzemeler haline gelebilirler. Freud'un farketmediği bir başka şey de aktarımın, hastanın analiste yönelttiği tekrarlamaları olduğudur. Freud yıllarca her yerde

görülen ancak can sıkıcı bu durumun çalışılacak malzemenin üstünü kapattığını düşündükten sonra sonunda gücünü anladı ve danışma odasının oyun bahçesinde ortaya çıkan aktarımın üzerinde çalışmanın, psikanalizin kalbinde durduğunu kavradı (Pearson, 2009a).

Ancak kendilik bozukluğu olan hastalarda ne gözleyen ego ne de aktarımsal yansıtma değerlendirebileceği; terapötik işbirliği kurmak için gerekli bütün kendilik ve nesne sabitliği bulunmaz. Bunun yerine terapist, hastanın içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin bakışıyla, olumlu ya da olumsuz bir kısmi nesne olarak algılanır. Ayrıca hastanın hasarlı ego işleyişi, bu etkileşimler sırasında dışarıdan gözleyen egonun işlevini engeller ve dolayısıyla bu yansıtma şu anda gerçekleşen olaylar olarak deneyimlenir. Bu nedenle Masterson, kendilik bozukluğu olan hastaların tedavi odasında tekrarlayan ilişkisel örüntülerine “aktarım” yerine “aktarım eyleme vurumu” adını vermiştir (akt.; Pearson, 2009b).

Uygulamada aktarım ile aktarım eyleme vurumu arasındaki fark şu şekilde gözlemlenebilir: Nevrotik hasta; “Biliyor musunuz, son yorumu yaptığınızda, gerçekten de bir an için babam ile birlikte oturuyordum gibi hissettim.” der. Ancak, kendilik bozukluğu olan hasta ise; “Geçen hafta destekleyiciydiniz, ama şimdi size güvendiğime inanamıyorum, tıpkı annem gibisiniz.” der. Bu da bize Borderline Kişilik Bozukluğu olan hastaların takım çantalarında – miş gibi kavramı veya tepkilerini kıyaslayabilecekleri bütün bir nesne ve olmadığını – dolayısıyla; her türlü etkileşimin filtreden geçmeyen, gerçekten olmuş bir olay yoğunluğunda yaşadıklarını gösterir (Cassidy, 2009).

Eagle’a (1997) göre bağlanma teorisi çocuğun dış dünyayı algılamadaki sistematik çarpıtmalarına çok daha fazla önem vermelidir. Eagle’a (1997) göre bağlanma teorisi çocuğun dış dünyayı algılamadaki sistematik çarpıtmalarına çok daha fazla önem vermelidir. Bakımveren davranışları farklı yetişkinler ile farklı şekilde kodlanarak deneyimleniyor olabileceğinden dolayı güncel ilişki deneyimlerimiz ve onların temsilleri oldukça karmaşıktır (akt.; Fonagy, 2001, s. 185). İçsel işleyen modeller muhtemelen yapılarında o dönemlerde yaygın olan işlevselliğin şekli ve biçimi tarafından belirleniyor. Kişilerarası veya kendi-öteki arasındaki farklılığın farkındalığı bireyin bağlanma sınıfının bir faktörü olarak görünebilir fakat ayrıca temsili modellerin gelişimsel düzeyini de gösterebilir (Fonagy, 2001, s. 186) .

Aktarım ile aktarım eyleme vurumunun, Fonagy’nin mentalize edilebilen

(ussallaştırılabilen) ile mentalize edilemeyen (ussallaştırılamayan) işlevsellik biçimleri arasına koyduğu ayrıma denk düştüğü söylenebilir (akt.; Pearson, 2009a).

(4) Karşı aktarım ve Karşı aktarımın eyleme vurumu: Karşı aktarım hastada değil de öncelikle terapistte ortaya çıkan tepkidir. Terapötik ortamdan ziyade terapistin içindeki çözülmemiş, erken gelişimsel ya da kişilerarası çatışmaların yansımasıdır. Esas olarak terapist ile terapistin geçmişi arasındadır, ikincil olarak (eğer varsa) terapist ile hasta arasındadır (Klein, 1989, s.99).

Terapist yüzleştirmeler yaparken bu müdahalelere bağlı olarak hastanın bir yansıtma özdeşim olarak terapistte uyandırdığı karşı aktarım duygularını terapist büyük bir hassasiyetle izlemek durumundadır. Hissedilen bu karşı aktarımlar hastanın geçmiş yaşantılarındaki nesne ilişkilerinin izlerini ve güncel duygulanımı hakkında bize bilgiler sunuyordur. Terapist karşı aktarımını takip ederken bu hislerini dış bir gözlemci gibi izleme yetisini de geliştirmelidir. Zira deneyimlenen karşı aktarımın ne kadarı doğrudan hasta ve onun süreçleri ile ilgilidir, ne kadarı kendi nesne ilişkileri örüntülerimiz ve süreçlerimiz ile ilgilidir sorularına ayrıştırılmış cevaplar bulmak önemlidir.

Masterson yüzleştirmelerin terapistte çaresizlik, fazla yönlendirici olma, kontrollü olma ve sonrasında kontrol kaybı, terk depresyonu ve suçluluk içeren karşı aktarımlar uyandırabileceğini belirtir (Masterson, 1983). Terapist karşı aktarımlarını ayrıştıramayıp ve bunları karşı aktarım eyleme vurumu olarak terapi sürecinin içine katabilir ve böylece hastanın geçmiş yaşantılarının bilindik karelerini tekrar yaşanmasına neden olur.

Terapistin karşı aktarım eyleme vurumu olumlu olarak kullanılabileceği gibi olumsuz da olabilir. Terapist ile hasta arasında harekete geçtiğinde çeşitli olumsuz sonuçları ihtiva eder. Eğer tedavi geçmiş tecrübelerin süregelen tekrarında değişen karakter rolleri ile devam ettirilirse; terapötik süreç veya değişim feda edilmiş olunur. Zaman zaman terapist, hastanın hayatındaki daha önceki nesnelerin reenkarnasyonudur. Buna alternatif olarak hastanın gelişimsel sürecinin değişik aşamalarında, işgal ettiği ya da uyguladığı bazı rolleri terapist

deneyimliyor olabilir (yansıtma özdeşim). Terapist hastanın aktarım eyleme vurumuna cevaben; karşı aktarımın eyleme vurumu olarak cevap verir ise; terapide olup bitenlerin hepsi geçmişin yeniden canlandırılması olur ve bu da terapist için travmatize edici olduğu kadar hasta için de kesinlikle tekrarlayıcı bir travmadır. Kimin hangi rolü oynadığından bağımsız olarak; terapötik süreç geçmişin başka türlü dile gelmesine kurban edilmiştir (Klein, 1989, s.87).

(5) İletişimsel Örtüşme: Terapi sürecinde terapiye gerçek katılımı için izini sürdüğümüz en önemli unsur kişinin bu süreçte ortaya çıkacak gerçek kendiliğidir. Tüm bu süreçte kendilik üçlüsü döngüsü içerisinde oluşan; kendilik aktivasyonu, terk depresyonu ve savunma dizgileri seanslar içerisinde ele alınıp üzerinde çalışma yapılırken terapistin kullandığı yüzleştirme tekniği hastanın gerçek kendiliğine kendini gösterebileceği bir alan oluşturmakta ve bu alanda kendini ifade etmesine olanak sağlamaktadır.

Yüzleştirmenin biçimi ne olursa olsun, terapistin görevi hastanın sahte kendiliği, savunmacı kendiliği, patolojik ego yapısı –tarafından yaratılan bozulmalarını katman katman soyup çıkartarak hastanın bozulmuş gerçek kendiliği ve gerçeklik egosu ile ittifak kurmasıdır (Klein, 1989). Terapist yüzleştirmeler yaparken gerçeklik egosuna destek olma yönünde bir süreçte ilerlerken potansiyel gerçek kendiliğe alan yaratmak, onun yerine konuşma değil ancak onun dilinden konuşarak anlaşıldığına dair ipuçları sunmak ve gerçek kendiliğin ortaya çıkabilmesi için ona bir çeşit tercüman olarak, onun dilinden onun kendini ifade etmesine olanak sağlanmasıdır.

(6) Terapötik ittifak : Terapötik sürecin nihai hedefi yukarıda belirtilen tüm ilkeler prensibinde terapötik işbirliği içerisinde hasta için yeni bir nesne ilişkileri birimi yaratılmasıdır. Yani intrapsişik dünyayı ve kişilerarası ilişkileri görmek için yeni ancak gerçeği gösteren bir merceğin elde edilmesidir. Terapist ile hasta arasındaki ilişki bir yeni nesne ilişkisi birimi olacaktır bu nedenle de terapötik işbirliğinin esas belirleyicisi hastanın terapisti ne denli sağlıklı ve gerçekçi bir tarzda gördüğüdür.

Oluşturulan bu yeni gerçek nesne ilişkileri bağlamında Ralph Greenson'un ifadesi ile söylenirse terapist terapötik ittifak zemininde çalışılan aktarımın hasta tarafından farkedilerek, terapistin iyi ve kötü yönleriyle gerçek ve ayrı bir insan olduğunun ve aynı zamanda hastanın zorluklarına karşı mücadelede yanında durduğunun anlaşıldığını belirtmiştir (akt.; Perason, 2008).

Terapötik sürecin ilkeleri bağlamında çalışılırken Masterson tedavi sürecini üç evreye ayırmıştır (Masterson, 2008a) : (1) Test aşaması, (2) Derinlemesine çalışma, (3) Sonlandırma. Bu üç evrede yukarıda belirtilen ilkelerin klinikte ele alınış ve işleyişlerinin düzenlenmesinde de bir yol gösterici pusuladır. Ancak bu dizilim terapinin başından sonuna dek belirlenen ve takip edilecek bir sıralamadan ziyade borderline hastanın mevcut nesne ilişkileri birimi ve buna bağlı patolojik ego üzerinden kurduğu nesne ilişkilerini ve daha sonrasında yapılan terapötik müdahaleler etkisinde oluşturacağı yeni, sağlıklı ve gerçekliğe temellendirilmiş nesne ilişkileri birimlerinin ele alınabilecek bir aktarım ilişkisine dönüşmesi ve bu ilişkinin gerçek kendiliğin yeniden inşasına olanak sağlanmasını izleyecek olan terapötik sürecin sonlandırılmasıdır.

(1) Test Aşaması: Borderline hasta tanımı gereği terapiye büyük bir dirençe başlar. Hastanın geri çekilen nesne ilişkileri parça birimi (GNİP) ve beraberinde görülen terk depresyonun karşı savunması; iç dünyasını dengede tutabilmek ve içinde bulunduğu yıkıcı durumların gerçekliğini inkara yönelik olarak sadece ödüllendirici nesne birimi ile patolojik ego arasındaki işbirliğine dayanır. Dolayısıyla da hasta mücadele etmeden ve yerine koyabileceği bir şeyi garanti etmeden, bu etkili olduğu kadar da yıkıcı olan savunma sistemini terk edemez. Aktarım ilişkisi ve psikoterapi, bu savunmaların yerine geçebilecek unsurları sağladığından, hasta tüm duygusal yatırımını yapmadan önce psikoterapistin etkililiğini ve güvenilirliğini test etme gereği duyar (Masterson, 2008a, s.136).

Terapinin bu ilk aşamalarında ego psikolojisi ve ego açısından önemli olan savunma mekanizmaları temelinde gelişir. Bu birbirini tekrarlayan nitelikteki dirençlerin ele alınması; bir diğer deyişle karakter çalışması sırasında hastaya sorunu ile yüzleşmekten ve sorumluluk almaktan kaçındığı için derdine çare bulamadığı gösterilir. Hasta inkar ve kaçınma ile sorunuyla yüzleşmekten kaçınabilir, yansıtma yaparak bir başkasını sorumlu

tutabilir ya da yerine koyma davranışları – (alkol kullanımı veya rastgele cinsel ilişki) gibi sorunları kabul etmek yerine geçecek davranışlar (eyleme vurma) gerçekleştirebilir. Tüm bu dirençleri hastaya göstermek uzun bir süreçtir ancak sorunu ile gerçeklik bağlamında yüzleşerek onu aşabileceğini farkettikçe kendini ifade etmek için daha sağlıklı yollar bulmaya yönelir (Orcutt, 2009) .

Hastanın daha önce nesne ile ilişkide sahip olduğu çatışmalı ilişki örneklerinin ortaya çıkardığı ambivalans ve güvensizlik bu test etme yolu üzerinden güven duymayı öğrene sürecine doğru ilerler. Başa çıkılması zor duygulanımlara karşı hastanın patolojik egosu ve savunmalarının yerini terapi ve terapist alır ve böylece hasta süreçte depresyona girer ve onun üstesinden gelmek için de terapiyi kullanır.

(2) Derinlemesine Çalışma: Borderline hasta girdiği aktarım ilişkisi bağlamında yeniden birleşme arzularını terapistine yansıtır. Hastanın bölünmüş iç nesne ilişkileri biriminden uzaklaşarak daha sağlıklı gerçekçi bir tarzda nesne ilişkileri kurabilme becerisi gelişip bu terapilere aktarım olarak katıldığında terapiye iştirak giderek daha da derinleşecektir. Bu noktada hasta seansa duygulanımlarını getirecek, bu duygulanımlar ile geçmiş anıları arasında ilişkilendirmeler yapacaktır. Serbest çağrışımlar, rüyalar, anılar artan bir şekilde seanslara getirilecektir. Bu bağlamda bu güne geçmişten ve geçmişte sahip olduğu nesne ilişkileri biriminden bakmayacak, tüm bu geçmişten gelen materyali bugün ve bugünkü gerçeklikte sahip olduğu daha güçlü bir egodan destek alarak değerlendirerek gerçek kendiliğinin ortaya çıkarılıp geliştirilmesine yönelik olarak aktif bir rol üstlenecektir.

Borderline hastalara yapılan yorumlamada kendiliğin ortaya çıkmakta olduğunu varsaymaya başlanıldığında eğer hasta savunma olarak tanımlanabilecek birliklerini sürdürüyor ise terapist bu noktada hastanın motivasyonuna ulaşmaya çalışmalıdır. Hastanın savunmacı ilişkisinin içine ne kadar gömüldüğü ile terapistin yüzleştirme çabalarına kıymet verilmemesi aynı şekilde etkilidir. Borderline, hastaların yapılan yüzleştirmelere karşı bahane olarak içgörü şeklinde bir direnç geliştirmelerinden endişe edilir. Ancak beklenen bu içgörünün duygulanım yoluyla ortaya çıkmasıdır çünkü buradaki durum nevrozdan çok farklı işler. Borderline hastalar anılarını tersten çalışan bir sinema

projektörü gibi hatırlar ve eleştirirler. Yaşadıkları en yakın ayrılma stresini hatırlamaya başlayarak bu sayede en eski anılara kadar giderler (Tolpin, 1991).

(3) Sonlandırma: Sonlandırma aşamasında; yapılan çalışmalar neticesinde depresyon büyük oranda azalmış ve hasta terapistten ayrılarak kendi başına bir şeyler yapma yetisi ve özerkleşmeye dair bir anksiyete yaşamaktadır. Bu durum hastanın geçmişte yaşamış olduğu terk edilmeye dair çatışmalarını yeniden canlandırır. Terapist bu durumu uygun bir şekilde yorumlamalı ancak ayrılma kararını hastanın kendi başına vermesi konusunda uygun bir konumda durabilmelidir. Tedaviyi sonlandırma aşamalı olarak yapılmalı ve ileriki zamanlarda gerçekten ihtiyaç duyulması halinde hastanın terapistle ulaşabileceği bir şekilde sonlandırılmalıdır (Masterson, 2008a).

Tedavide hasta, derece derece libidinal nesne yatırımını azaltır ve libidinal kendilik yatırımını artırır ve bu değişime; aşamalı gelişmiş bir işlevsellik ve azalmış semptomlar eşlik eder. Bununla birlikte egonun son derece sağlamlaştırılması ve otonomi, kendilik ve yaratıcılık kapasitelerinin serbestliğini getiren en büyük ilerleme yalnızca kendilik temsili nesne temsiliinden tam olarak ayrılması ile ortaya çıkar (Masterson, 2006).

5. İLK GÖRÜŞME SEANSI DEŞİFRESİ

Masterson günleri III'de sunumu yapılan bu görüşmenin burada tam metin olarak kullanımı için Masterson Enstitüsünden izin alınmıştır ve hasta ve diğer belirtilen kişi isimleri değiştirilmiştir.

Dr. Klein: Bugünkü sunumu yapacak olan Dr. Cutler, henüz hastaneye giriş yapmış olan bir hastayı sunacak. Onun geçmişi hakkında çok fazla şey bilinmiyor fakat Dr. Cutler şu anda ne bildiğini anlatacak ve buraya olduğu kısa bir hafta içerisindeki hastane sürecini özetleyecek. Dr. Cutler.

Dr. Cutler: Hasta 21 yaşında İspanyol bekar bir kadın, Bronx'ta babası ile yaşıyor ve bir muhasebeci olarak çalışıyor. Geçen hafta Creedmoor'dan Queens Hastanesine gönderildi, esas şikayeti delirmişti ve birine bağlanma ihtiyacı içerisindeydi. Son zamanlarda kendisini "bilinen yasal eş" olarak adlandırması konusunda tehdit eden bir adamla cinsel ilişkisi vardı. Sonrasında bu onu kızdırdı ve hastaneye yatırılmadan iki gün önce bir günde 100 mg valium aldı. Yatırıldığı gün erkek arkadaşı "bilinen yasal eş" onu telefonla aradı ve sonrasında çok kızgınlıktı ve bu erkek arkadaşına saldırmaya başladı. Sonrasında kendi kendine 911'i aradı ve hastaneye götürüldü.

Queens'de tutulması gerekliydi ve Creedmoor'a gönderilme konusunda başlangıçta işbirlikçiydi fakat sonrasında çalışanlara saldırdı ve Haldol gerektirdi ve öncesinde de kapatılması gerekti ve nihayetinde işbirlikçi olabildi. Takip eden gün ekip tarafından kötü bir hastalık nöbeti geçiriyormuş gibi görüldüğünü söylenmesine rağmen sonrasında hastalık nöbeti konusunda onları kandırdığını söyledi. Bu ana kadar günde 40 mg Valium kullanıyordu ve işbirlikçiydi.

Geçmiş psikiyatrik öyküsü mühimdi; 11 yaşındayken kısa bir Ritalin tedavisi görmüştü bunun nedeninin de kendisine hiperaktif olduğunu söylemeleri idi. Sonrasında buna karşı olan tepkisini hatırladı. Ayrıca bir çok madde istismarı mevcuttu. Bana verdiği bu hikayede 18 yaşında marihuana ve alkol kullanıyordu ve 1983 yazından beri de günde 80 – 100 mg arası valium, günde 300 mg Darvon ve günde 50 mg Elavil

kullanıyordu. Diğer personele ayrıca kokain ve eroin istismarı olduğunu da söyledi. 1983 Aralığında kendisini Beth Israel uyuşturucu rehabilitasyon merkezine kabul ettirdi ve orada zehirden arındırıldı ve bu zamandan beri bir kaç gün öncesine dek yasadışı uyuşturucu kullandığını inkar etti.

Duygudurum salınımlarını veya intihara temayülü ve cinai temayüllerini inkar etti. Hastaya göre, aile geçmişinde önemli bir alkol istismarı veya psikiyatrik hastalık yoktu. Kişisel gemişi; babası ile Bronx'ta yaşıyordu. Ebeveynleri boşandı. Evde onunla yaşamayan iki kız kardeşi var. Son yıllarına doğru liseyi terk etti, okuldan “sıkılmış” olduğunu söyledi ve bir diş hekimi asistanı ve de muhasebeci olarak çalıştı. Kasım 1983'te, işverenlerinin onların işlerini öğrendiklerinden dolayı onu kıskanmaları üzerine işinden kovulduğunu berlitti. Bundan sonra da geçici muhasebeci olarak çalışıyor.

Dr. Klein: Çok teşekkür ederim. Neden şimdi hastayı görmüyoruz? Teşekkürler. Ben bugün gelip burada bana konuştuğun için sana teşekkür ederim.

Hasta: Rica ederim. Tamam

Dr. Klein: Daha önce hiç tanışmadık bu nedenle bana biraz kendinden bahsetmenin yararlı olacağını düşündüm. Hastaneden nasıl çıktığından bahsetmek konuşulacak iyi bir alan olacaktır sanırım.

Hasta: Tamam, beraber yaşadığımızdan dolayı kendisini yasal eşim olarak tanıdığım biriyle 4 yıl boyunca kalacağım. Babam Bronx'a taşındığı için ve eşim Quins'de yaşadığı için başka birini daha da görüyordum. Ebeveynleriyle birlikte yaşamak için evine geri döndü. Böylece bu adam benim kocamı arayarak bizim çıktığımızı söyledi. Bu arada ben işten sonra onu görmeye gidecektim ve nişanlanacağımızı varsayıyordum. Onunla buluşmak için iş yerine gittim. Bir inşaat işçisiydi ve bana bir nişan yüzüğü verecekti.

Dr. Klein: Siz nişanlanacaktınız – Üzgünüm sizin bilinen ...

Hasta: Bu Çarşamba benim bilinen yasal eşimle

Dr. Klein: Tamam.

Hasta: Evet, onun işyerine onunla buluşmaya gittiğimde, biliyorsunuz, bu adam bana dedi ki “ dinle, sana bir şey söyleyeceğim, sana şimdi söylemek zorundayım. Onu dün akşam aradım ve görüştüğümüzü ona söyledim.” Bu nedenle onu işte görmedim. Sonrasında evini aradım ve kız kardeşi bana bir çok şey söyledi, biliyorsunuz, terbiyesiz şeyler söyledi ve telefonu yüzüme kapadı ve ben çok histerik oldum. O gün 100 mg valium almıştım ve bir gün önce de 100 mg almıştım, fakat son yıllarda hiç valium kullanmadım, 1984 Ocak’tan beri.

Dr. Klein: Bir saniyeliğine durabilir misin lütfen?

Hasta: Um-hum (olumlayıcı).

Dr. Klein: Çok uzağa gitmek istemiyorum. İçinde olduğun şey nasıl bir şeydi – bilinen yasal eşin ile birlikte yaşıyordun...

Hasta : Kirayı karşılayamadığımızdan dolayı ayrıldık. Ayda 600 dolardı.

Dr. Klein: Anlıyorum, o anda onunla yaşamıyordun.

Hasta: O anda onunla yaşamıyordum.

Dr. Klein: Fakat onunla ilişkin devam ediyordu.

Hasta: Evet, evet, daima 5 yıl boyunca.

Dr. Klein: Tamam, fakat şu anda erkek arkadaşınla yaşıyordun.

Hasta: Hayır, babamla Bronx’ta. .

Dr. Klein: Baban Bronx’taydı ve erkek arkadaşını görüyordu.

Hasta : Evet, çünkü neredeyse köşe başında yaşıyordu.

Dr. Klein: Anlıyorum. Erkek arkadaşını ne zamandır görüyorsun?

Patient: Yaklaşık 4 aydır .

Dr. Klein: Şimdi aynı anda bu iki kişi ile birlikte olmayı nasıl yönetiyordun?

Hasta: Derek ile ne oldu —Onların isimlerini söyleyeceğim—Onların adları Derek ve Allen. Derek benim bilinen yasal eşim ve Allen erkek arkadaşım. Bacağımı kırmıştım, babam dışarda çalışıyordu ve birine ihtiyacım vardı; birinin bana marketten yemek getirmesi gibi çünkü ben yürüyemiyordum. Koltuk değneklerim vardı. Sanki benim başıma gelmişti. Yakın arkadaşlardık ve bilirsiniz, buradan geliştii. Derek yol inşaatlarında çalışıyordu, sabah altıda kalkıyordu ve bilirsiniz, gerçekten yoğun çalışıyordu. Bronx’ a gelip beni görmek için zamanı yoktu. Arabası da yoktu. Allen’i kullandığımı söyleyebilirsiniz, biliyorsunuz, kendi avantajım için, bana yemek getirmesi, çamaşırlarımı yıkaması ve dışarı çıkıp onunla buluşmak. Ve ayağım iyileştikten sonra ben sadece bilirsiniz, çok yakın bir arkadaşmış gibi ona yakınlaştım. Fakat Derek bunu öğrendi ve deliye döndü.

Dr. Klein: Peki, aynı anda nu iki erkekle birlikte olmaktan dolayı nasıl hisettin?

Hasta: Derek’i gördüğümde çok suçlu hissettim. Suçlu hissedecektim.

Dr. Klein: Derek ile ilişkini bitiremeden önce gerçekten Allen ile birlikte miydin?

Hasta: Evet – hayır Derek’den ayrılmak istemiyorum, Allen’den ayrılmak istiyorum. Fakat korkuyordum çünkü Allen’in Derek’i aramasından korkuyordum. Peki sonra ne yaptım Allen’i arayıp Salı günü bir kızı hamile bıraktığından dolayı Derek’den ayrıldığımı söyledim ki bu yalandı. Biliyorsun bu yolla onu sistemin dışına atmak istemiştım. Açıkçası bu işe yaramadı çünkü derek’i aradı ve bunun doğru olup olmadığını sordu çünkü o “ Şimdi o benim kız arkadaşım ve onunla ilgili her şeyi öğrenmeliyim;

nelerden hoşnair ve her şey” dedi ve sonrasında tüm bunlar oldu. Sonrasında Salı gülü mavi valium aldım, Çarşamba günü 10 mavi valium

Dr. Klein: Yine de bir anlığına geri döneceğim.

Hasta: Tamam.

Dr. Klein: Hala bu iki adamla ilgili olarak kafam biraz karışık fakat bir çeşit küçük gerçek bir kriz gibi görünüyor. Biraz pembe dizi gibi.

Hasta: {Gülme}

Dr. Klein: Gerçekten, ve merak ediyorum, bu çeşit şeyler, durumlar, eğer kendini sıklıkla bu durumları bitirmek için kendini bu durumda buluyorsan...

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: ...veya bu tekti?

Hasta: Tekti.

Dr. Klein: Bu tekti?

Patient: Bu tekti.

Dr. Klein: Sıklıkla bu çeşit durumları böyle bitirmezsin?

Hasta: Bir çeşit – Derek’e kızgındım, çok kokain kullanıyordu ve inşaat işinde iyi para kazanmıştı . Ona diyordum ki, şöyle dedim “ Eğer değişmezsen Bronx’lu bir erkekle evlenmekten vazgeçeceğim.” Bu ona mütemadiyen söyledim ve sonunda kokain kullanmayı kesti çünkü uyuşturucu kullanıyordu.

Dr. Klein: Tamam, şimdi – hadi biraz içine girelim, önce senin sözünü kestim, bu zamanda valium ve uyuşturucu kullanıyordun. Belki şu anda valium’la ilgili ne olduğunu bana söylersin.

Patient: Tamam valium geçen Ağustos’ta başladı çünkü kokain işlerinden dolayı başı serseri grubu ile derde girdiğinden Florida’ya gitmişti. Onlara çok para borçluydu. Bu 6 ay boyunca beni terk etti ve bundan dolayı çok kırılmışım. Bir işim vardı ve sonrasında “ hadi çok para kazanayım” dedim. Çünkü o benim Florida’ya gidip onunla yaşamamı istiyordu. Babam bir muhasebeciydi ve beni işe götürmeye alışık olduğu için ben de muhasebe işi edindim, vs.vs...

Dr. Klein: Anlıyorum.

Hasta : İşyerinde bir asistan muhasebeci va asistan satıcı kız olarak çalışıyordum.

Dr. Klein: Tamam.

Hasta: Ve orada benimle birlikte çalışan iki kız kokain bağımlısı idi. Yani ben sürekli kullanmaya alışkındım, onlar sakinleşmek için ayrıca hap alıyorlardı. Bir keresinde çalışırken muhasebecinin bana söylediği şeyi hatırladım,; bu biraz terbiyesiz “ Merry sen benim kıçımdasın” bu sadece çok hızlı çalıştığım içindi, biliyorsunuz, sanırım çok zekiyim. Öyle olduğumu biliyorum, öyleyim; çocukken bana öyle söylerlerdi.

Dr. Klein: Tamam.

Hasta: Onlar ve babam söylerdi benim IQ m ve her şey. Böylece “ bu hapi burda almanı istiyorum dedi” Bana mavi valium verdi ve ben onu aldım, şöyle dedi...

Dr. Klein: Sık sık sadece insanlar verdi diye hapları yutar mısın....

Hasta: Hayır, hayır, hayır

Dr. Klein: Hayır.

Patient: Hayır, Valium’u biliyorum...

Dr. Klein: Neden bu sefer?

Patient: ...Valium hakkında bilgim var. bir tanesinin bir şey yapmayacağını biliyorum belki sadece beni yavaşlatacaktı çünkü ben çok hızlı çalışıyordum. Çünkü kağıtları bir araya toplamam ve düzenlemem bîçin bana verecekti alacaklı hesaplar ve borçlu hesaplar gibi ve ben onun için çok fazla hızlı olacaktım. Onun işinin tehdit altında olduğunu düşündüğünü sanıyorum. Bunların en önemlisi bu iki kız sürekli hasta oluyordu ve tüm ofis işlerini sürdürmem gerekiyordu. Güney Bronx’ta boktan bir metal fabrikasıdaydım. Her neyse, valiuma geri dönelim, yaklaşık iki saat sonra şöyle söyledi. “Bu valiumu aldın mı?” Ben de “evet “ dedim. O da “ Almış gibi görünmüyorsun dedi. Hadi bir tane daha al.” Ve bu şekilde alışkanlık başladı.

Dr. Klein: Neden ikinciye aldın?

Hasta: Neden? Çünkü birincisi beni etkilemedi ve bu onları deli etti.

Dr. Klein: Neden üçüncüyü almış olabilirsin?

Hasta: Üçüncü? Çünkü her gün bir tane aldıktan sonra bir direnç oluşuyor ve sonrasında iki tane almak zorundasın ve sonrasında da üç tane almak zorundasın.

Dr. Klein: Ah, şimdi, doğru. Şimdi, senin daha önce söylediğin gibi —ve bundan senin gerçekten zeki olduğunu anlıyorum —eğer bir taneyle başlarsan sonrasında ikinci, üçüncü ve dördüncü şeklinde devam eder...

Hasta : Ve devam eder.

Dr. Klein: ...Ne olabileceğini biliyordun..

Hasta: Ne olduğunu biliyordum.

Dr. Klein: Neden yapmaya devam ettin?

Hasta: Çünkü durduramadım. Onları almayı durduracağımda....

Dr. Klein: Gerçekten neden bunu yapmaya devam etmiş olabilirdin?

Hasta: Çünkü durduramadım. Ona bağımlı olmuştum. Vücudum fiziksel olarak bağımlı olmuştu. Valium beni – sanki eve gideceğim ve evde uyuyacakmışım gibi yaptı. Ayrıca Elavil de aldım 50 mg Elavil. Alacaktım – Günde 80 mg Valium ve 50 mg Elavil ve üç adet 100 mg Darvocets.

Dr. Klein: Tamam, insanlar günde bir tane alabilir, iki, üç Valium alabilir ve bağımlı olmayabilir. Tamam? Senin tanımladığın toleransı geliştirirler ama bağımlı olmazlar; sekiz ya da on günde sona ermedi doğru mu. Çoğunlukla günde iki ya da üç tane ile devam eden kişiler bağımlılığa giden insanlar değil mi? Tamam. Seni gerçekten bir günlük Valium kullanıcısından gerçek bir bağımlılığa döndüren şey nedir?

Hasta: Peki, bilmiyorum. Bu bir bağımlılıktı çünkü ne zaman ben – ve ben soruya geri döneceğim. Bilmiyorum. Eğer ben gerçek bir bağımlı idim ve Aralık ayında bunu kendi kendime sonlandırdım. Valium, Elavil, Darvocet almadım, altı gün boyunca herhangi bir narkotik almadım bu geri çekilmeyi kendi başıma kovdum. Gerçekten hiç zorluk hissetmedim ve halusinasyon görmedim. Büyük abdest hareketlerim olmadı farklıydı. Bilirsiniz, küçük bir geri çekilmeydi ama çok kötü değildi. Bir psikiyatristi görmeye gittim. Dr. K., Montefiore hastanesinde ve babama haber verdiler ve o da bana bu şaşırtıcıydı fakat ben bunu def ettim biliyorsunuz, fiziksel olarak fakat beynim bunu yapamadı çünkü bir görüşmede onunla konuşurken – bu şekilde değil, farklı olmasına karşın bir konudan ötekine atlayacaktım ve sonrasında ilk sorunun ne olduğunu unuttum.

Dr. Klein: Doğru.

Hasta: Beynim çok hızlı gidiyordu. Gidecekti, bilirsiniz, satte 90 mil. Fakat, tahmin ederim bunun nedeni valiumda çok ağırdım ve Florida’da olan eşimi kaybettim ve bu bana yardım edecekti. Bu bana işe gidebilmem ve tam zamanlı bir işe sahip çıkabilmekte bana yardımcı olacaktı ki bu hiç bir zaman yapamayacağım bir şeydi.

Dr. Klein: Bekle, bekle, bekle. Çalışman ve işe gitmen için sana yardım ediyordu?

Hasta: Evet, çünkü tam zamanlı bir işi muhafaza etmekte sorun yaşıyordum. Sabah erken kalkacaktım.. .

Dr. Klein: Önemli olduğunu düşündüğüm bir şeyleri atlıyorsun. Şunu söylemeye başladın “ ben gerçekten” benim sorularımı cevaplarırken dedin ki; gerçekten vardı çünkü bana çünkü gerçekten eşini kaybetmiştin.

Hasta: Sebeplerden biri buydu.

Dr. Klein: Bundan dolayı kötü hissediyorsun.

Hasta: Evet, biri de bu olabilir, belki de major bir sebep

Dr. Klein: Peki, bir çeşit – evet, sanırım bu major bir taneydi. Bir çeşit üzerine süzölmeye çalışıyorsun ve başka bir şeye tutunuyorsun fakat bir saniyeliliğine orada durabilir miyiz? Tamam? Çünkü sen iki kez söyledin, gerçekten, önceden de. Bu eşinin uzağa gitme hisleri, tamam. Bundan dolayı mutsuzdun. Önceden onu kaybettiğini söyledin. Şu anda birden bire bu senin hap almanda bir rol oynuyor. Ve rol nedir, eşini kaybetmenle ilgili bağlantı nedir ve...

Hasta: Ve hap almaka?

Dr. Klein: ...hap almak?

Hasta: Haplar beyni dinginleştiriyor. Bunun duygusal kısmını düşünmememi sağlıyordu. Bilirsiniz, daha mantıklı düşünürüm; neden onu kaybettiğimi düşünürüm? Yapmam gereken her şey ayaklarımın altında, işim var, işe gidiyorum, para kazanıyorum ve buraya düşüyorum. Onlar sadece bana yardım etti, bilirsiniz, daha uygun bir şekilde düşüneceğimi umdum. Eğer olmazsa ben gerçekten olgunlaşmamış bir kız gibi düşünürüm.

Dr. Klein: Bir şey önerebilir miyim —Senin tepkini almak istiyorum—kendini ahmaklaştırman. Ve bunu nasıl yaptığını söyleyeceğim sana. Bana öyle geliyor ki açıkça sen eşini kaybetmenden dolayı olan hislerini Valium gerçekten köreltiyormuş gibi anlattın ve bu sana başka bir şey yapmak için bir mazeret veriyor; bir çeşit bunu kafandan dışarı atamıyorsun.

Hasta: Gerçekten yaptığım şey bu. Bunu kafamdan atmak ve çalışmamı kolaylaştırıyor – her gün işe gidebilmeyi, hatta yarım saat erken, hiç bir gün aksatmadan.

Dr. Klein: Fakat bunun bedeli neydi?

Hasta: Bunu yapmanın bedeli bedenimi yok etmek; valium almak bedenimi harap ediyor.

Dr. Klein: Doğru. Bu sana bir şey ifade ediyor mu?

Hasta: Evet, çok fazla şey ifade ediyor.

Dr. Klein: Hissetmemenin karşılığında verilen ödün bedeninin harap edilmesi?

Hasta: Hayır, şimdi değiştim. Bu birarada olduğum insanlar gibi olmak istemiyorum artık. Hiç bir zaman böyle olmayı istemedim. Asla bir daha Valiuma dokunmayacaktım şu anda almam dışında.

Dr. Klein: Oh tamam, çok korkutucu bir deneyim, biliyorum. Fakat hadi bu örüntüye geri dönelim çünkü çok önemli olabileceğini düşünüyorum ve biraz izini sürmek

arzusundayım. Bir şeyler hissetme örüntüsü, tamam, acı verici ve çok fazla acı vermemesi için biraz hap alıyorsun.

Hasta: Doğru.

Dr. Klein: Ve bu sana bir mazeret veriyor veya işlevselliğine yardımcı oluyormuş gibi görünüyor fakat, aynı zamanda vücudunu tahrif ediyor, tamam. Şimdi bu örnek, tamam, bana bunu hayatında yaptığın başka örnekler de verebilir misin? Bu yeni bir örüntü mü yoksa diğer zamanlar da tekrarlıyor mu?

Hasta: Bu yeni bir örüntü.

Dr. Klein: Haplar daha önce asla geçmişinin bir parçası olmamıştı ?

Hasta: Hayır, hayır.

Dr. Klein: Asla?

Hasta: Ben hapçı biri değilim.

Dr. Klein: Esrar?

Hasta: Esrar, ben 13 yaşında bir çocukken bir Katolik kız okulundaydım bu büyük bir şeydi çünkü ben bundan asla hoşlanmadım çünkü o beni uyutuyordu. Ve kokaini zaten alamam çünkü ben doğal bir hiper aktifim ve bu beni hasta edebilir.

Dr. Klein: Son zamanlarda aldın mı?

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: Kola?

Hasta : Hayır, hayır.

Dr. Klein: Ben düşündüm ki eroin kullanmış olabileceğini düşündüm.

Hasta: Bir iki kez eroin çektim

Dr. Klein: Burundan çekme?

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Asla enjekte etmedin?

Hasta: Hayır, hayır, hayır, hayır, hayır.

Dr. Klein: Uyuşturu sende önemli bir alan teşkil etmedi – içki?

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: Tamam, hadi emin olmak için ben bir kaç kez daha izini süreyim çünkü bu bana çok önemli görünüyor. Hislere ve acıya sahipsın ve bunlardan kurtulmak istiyorsun. Şimdi, bir şekilde insanlar, biliyorsun, bunu uyuşturucu satın alarak yaparlar. Tamam, biz sadece bunun hakkında konuşuyoruz ve valium iyi bir örnektir. Başka insanlar ise bir başka yolla yani kendine zarar verici davranışlar yoluyla bunu yaparlar. Biliyorsun, etrafta koşuşturma, sıkıntıya düşme, kavga etme....

Hasta: Veya kendini işe gömmeye?

Dr. Klein: Bu da bir başka yöntem. Bu senin yöntemin mi?

Hasta: Evet. Bunu yaptım çünkü bu tam zamanlı işte çalışırken ayrıca Cumartesi de bir part time işte çalışıyordum. Bir çene cerrahisi için çalışıyordum. Her zaman iki işim olmak zorundaydı. Kendimi işe gömmeyi seviyorum. Sonrasında tükenmiş bir şekilde eve giderim. Yoga da yaparım. Her gün bir saat yoga yaparım. Bunu burda yapamam ve buda beni kızdırıyor çünkü yogayı seviyorum. Fakat, bilirsiniz, ben çok kendi içimdeyim. Ben

bencil ya da başka bir şey değilim fakat, bilirsiniz, kendime çok bakarım ve çalışmayı seviyorum.

Dr. Klein: Koşar mısın?

Hasta: Hafif koşarım?

Dr. Klein: Evet.

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Evet. Açık olmaya başladı ben anlamaya çalışıyorum. Neden senin erkek arkadaşın, eşin gittiğinde böyle bir acı hissettin...

Hasta: Ve de valium aldım?

Dr. Klein: ...valium almak zorunda kaldın, biliyorsun bu yıkıcı...

Hasta: Çünkü biz dört yıldır ayrılmadık ve o beni terk etti. O Florida'ya gitti ve ben de Bronx'taydım ve bu kalp kırıcıydı çünkü iki hafta boyunca ondan hiç haber alamadım. Ve sonrasında bir gün Bronx'ta beni aradı ve ben sonrasında onunla ilgili olarak "Tanrım" bilirsiniz "Derek artık benden hoşlanmıyor" diye düşündüm. Ve beni yine aradı ve bana Tampa'da olduğunu söyledi. Ve bu beni sadece şoke etti. Bana şöyle söyledi "senin sakinleşmeni istiyorum, bir iş edin ve para biriktir." Ben de 4.000.- dolar biriktirdim ona yaklaşık 1.000.- dolar gönderdim. Ona her hafta 50 dolar gönderirdim ve telefon faturaları korkunç geliyordu. 500 dolar civarındaydı ve bunu da ödüyordum. Fakat – bak yine ne konuştuğumu unuttum. Bu çok fazla oluyor.

Dr. Klein: Ben sana şunu soruyordum – sanırım bu iyi bir örnek. Sanırım bu iyi bir örnek. Neden bu sefer ayrılık acıları vardı, neden bunu böyle kendine zarar verici bir şekilde çözdün....

Hasta: Bu en büyük acımdı ve hayatım boyunca hiç böyle bir acı yaşamamıştım.

Dr. Klein: Bu senin için çok zor hatta şu anda bir hastalık. Bir çeşit konu takibini kaybettin çünkü çok acı verici – en fazla, hayatındaki en kötü acı?

Hasta: Evet, çünkü oldukça tatminkar bir hayatım var; mutlu bir hayat. Ve bu zamanda olgunlaşmamıştım. Akışı büyüttüm. Babam beni Katolik kız okuluna gönderdi. Üçte beni almaya gelirdi ve beni iş yerine götürürdü. Arkadaş edinmeme izin verilmemişti – Ben her zaman – sürekli onunla birlikte olmak zorundaydım. Onun dediklerini yapmak, erkeklerle telefon konuşması bile yoktu. Ben 18 yaşına gelene dek bu devam etti. Böylece ben 18'i devirince, ben hala – şehir yaşamına uyum sağlayamamıştım. Ve ben Derek'e taşındım, bana bütün kötü şeyleri öğreten kişiye, sokaklarla ilgili her şey, uyuşturucular ve hepsi.

Dr. Klein: Bu ilginç – babandan Derek'e gittin.

Hasta: Derek'e. Yapmak zorundaydım. Evden ayrıldım. Orda duramazdım bu benim için çok fazla koruyucuydu. Asla biriyle çıkmama izin vermediler ve o benim ilk erkek arkadaşım.

Dr. Klein: İlk erkek arkadaşındı.

Hasta: Sahip olduğum ilk erkek arkadaşım.

Dr. Klein: Evden nasıl ayrıldın? Baban çok fazla Görünüyor....

Hasta: Benim babam çok fazla açık fikirli birisi. O – bir çok şeyi kabul eder. O modern. Gerçekten değil – o hala yaşlı- Kendi yolunda fakat bir çok şeyi kabul ediyor gibi görünüyor. Her gün beni ziyaret eder. Bana yiyecek getirir. O, bilirsiniz, O şey gibi değil – katı birisiydi fakat artık katı birisi değil. Tahmin ediyorum yaşlandıkça daha iyi oluyor.

Dr. Klein: Bu senin en çok ilgileneceğin şey mi bilmiyorum ama değişiyor gibi görünüyor. Bununla demek istediğim, 18'e kadar dizginleri elinde tutmuş.

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Sıradışı bir seviyede, en azından senin tanımladığın şekilde, tamam mı.

Hasta: Yani banyoda bile özelim yoktu. Sanki banyodan hızlıca çıkmak zorundaydım. Yataktan çıkmak zorundaydım; beni saat altıda uyandırırды ve deri ki “günün yarısı geçti” bilirsiniz, şaka gibi. Ve her zaman benim onunla olmamı isterdi çünkü benim ebeveynlerim ayrılmıştı, ben babamla kalıyordum ve iki kız kardeşim annemle kalıyordu. Ve sonrasında annem iki kız kardeşim ile ayrıldı ve biri daha sonra kendi evine taşındı. O şimdi 19 yaşında. Oldukça iyi. Baruch'da. Diğer annemle yaşıyor, 13 yaşında. Fakat ben her zaman babamla birlikte olan çocuktum. Onun ve onun 70 yaşındaki annesi tarafından büyütüldüm ve şimdi o oldukça yaşlı.

Dr. Klein: Böylece her ikisi senin üzerinde oldukça katı bir kontrol kurdular.

Hasta: Çok katı bir kontrol

Dr. Klein: Bir çok meseleler var – bir anlığına geri döneyim. Ebeveynlerin ayrıldığında kaç yaşındaydın?

Hasta: 13

Dr. Klein: 13 idin.

Hasta: Şehir dışında yaşadım. Ben bir taşralı kızım. Ben kırsal bir kızım. Buraya şehre geldim ve okulda kötü muamele gördüm. Bir kaç kez dayak yedim. Ben şuna alışkınım, bilirsiniz, okula gitmekten korkuyordum. Sonrasında beni kız okuluna gönderdiler.

Dr. Klein: Sen karar verdin – Üzgünüm, adım adım gidelim; boşanmadan sonra buraya babanla birlikte geldin?

Hasta: Evet, annem her ikimizden de kurtuldu çünkü babamın beni diğer herkesten fazla sevdiğini iddia ederdi.

Dr. Klein: O senden kurtuldu.

Hasta: Dedi ki, “ ayrılıyorsun ve onu da yanına alıyorsun.”

Dr. Klein: Bu sana nasıl hissettirdi?

Hasta: Kötü hissettim, fakat annemle şu anda iyi bir şekilde görüşüyorum. Annem almak zorundaydı...

Dr. Klein: Şu anda nasıl hissettiriyor?

Hasta: ...Terapi. Bunu bilmiyorum. Bunlar büyükannemin bana annen bunları söylerdi dediği şeyler. Bu – sana bir şaiyayı söylüyorum. Benim olduğumu düşündüğüm şey - Babam bir muhasebeciydi ve şehir dışında yaşamaya alışkındı. Şehirde çalışıyordu her gün gidiş geliş iki saat yol gidiyordu.

Dr. Klein: Anlıyorum.

Hasta: Her zaman evde olamıyordu. Annem benimle kavga ederdi. Annem beni onu eve getirmek için bir araç olarak kullanıyordu. Onu arayıp ona şöyle derdi; bilirsiniz, bunu yaptım. Okulda esrar içtim. Bilirsiniz bunu yapmak. Her neyse babam anneme şöyle dedi “ dinle, eğer benimle her gün birlikte yaşamak istiyorsan gelip burada şehirde benimle birlikte yaşamalısın, eğer bu olmazsa biz boşanacağız.” Ve boşandılar.

Dr. Klein: Tamam, şu an – seni yakalamaya çalışıyorum fakat tüm bunlarda senin yerini yakalamaya çalışıyorum. Anlıyorum ki bir çeşit tüm bu olanların ortasında kalmış

gibi görünüyorsun. Fakat bu anda, ne olduğunu bilmiyor olmana rağmen - neden insanlar bunu yapıyor, neden yaparlar, biliyorsun ki babanla yaşamak için anneni terk ediyordun

Hasta: Ve ben her zaman annemleydim. Babam çoğunlukla evde olmazdı.

Dr. Klein: Babanla yaşamak için annenden ayrıldığında nasıl hissettin?

Hasta: Gerçekten hatırlamıyorum. Uzun zaman önceydi. Hatırladığım tek şey asla dışarı çıkmama izin verilmeyecekti. Bundan dolayı oldukça kızgındım çünkü arkadaşlarım vardı.

Dr. Klein: Bekle. Hemen az önce —bunu kaydettik —annenden ayrılman seni kırmıştı.

Hasta: Kırdı çünkü onun bana davranış şekli sanki ben çok küçükmüşüm gibi, yedi – sekiz yaşındaymışım gibi. Fakat onun söylediği bazı şeyler, bana şöyle söylerdi “ sen benim favori kızsın çünkü sen en güzelsin.” Ve şöyle derdi “ Kızkardeşlerine bak, çok çirkinler”. Ben de ağlardım ona şöyle derdim “ böyle şeyler söylemen adil değil” Fakat eğer gece öksürürsem hemen odama gelir ve bana Vick’s sürerdi. O iyi bir anneydi. Eğer biz ona “anne okula gitmek istemiyoruz” deseydik o da bize unut gitsin derdi ve hepimiz koca yatağa atlar pembe dizi izlerdik. O böyleydi. O çok iyi bir anneydi. O ve ben şey başladığımda o ve ben çok fazla bir araya gelemedik. Ben 13 yaşındayken 72 kiloydum. Oldukça geliştim ve tahmin ediyorum beni kıskanıyordu. Şu anda yaptığı şey kendisi için terapiye gitmek. Ve sonra üniversiteyi bitirdi ve sanırım bir sosyal çalışmacı oldu şimdi.

Dr. Klein: Fakat bu anda – tamam, duyduğum şey, fakat bu anda tekrar, onlar ayrıldılar ve o sana tekmeyi bastı, tamam sen hissettin....

Hasta: Bana o mu tekmeyi bastı yoksa babam mı beni yanına aldı bilmiyorum çünkü ben sorunlu bir çocuktum. Çünkü annem ve ben sürekli kavga ederdik ve kavgayı ben mi yoksa o mu başlatırdı hatırlamıyorum. Sanırım her ikimiz de.

Dr. Klein: Fakat onu terk ettiğinden dolayı kötü hissettin.

Hasta: Peki, ben gittiğimde – Queens’den babamla birlikte Jackson Heights’e taşındığımda annem hakkında hep kötü şeyler duydum. Bu beni çok kııardı çünkü kimsenin onun hakkında kötü konuşmasından hoşlanmazdım. Fakat babamın annesi her zaman annem hakkında kötü konuşurdu. Annemden hoşlanmadı; büyükannem.

Dr. Klein: Tüm bu acı verici şeyleri duyuyorken ve bu acı verici şeyleri hissediyorken o anda 13 yaşındaydın, tamam, taşınmada, sonrasında ayrıca, daha önce de konuştuğumuz gibi, bir şeyler yaparak bu acı verici şeylerden uzaklaşmaya çalışıyor muydun?

Hasta: Anorektiktim. Yemek yemeye alışkındım. Aşırı derecede yerdim ve sonra da tuvalete kusardım. 18 yaşına gelene dek bunu yaptım, bu ben 15 yaşındayken başladı. Yaklaşık 15 kilo kaybettim ve 18 yaşında Derek’e taşındığımda bu kesildi. Neden bilmiyorum, fakat sadece kesildi. Ben bir anorektiktim. Bu popüler olmadan önce ben anorektiktim.

Dr. Klein: 13 – 18 arası doru mu.

Hasta: 15 – 18 arası.15 yaş civarında başladım çünkü büyükannem mütemadiyen şişman olduğumu söylerdi. Bana hep oğullarını daha çok seviyormuş gibi davranırdı çünkü 4 oğlu vardı ve her biri de iyi işlerde çalışıyorlardı. Ve akşam yemeği masada hazır olduğunda, ben sadece, bilirsiniz, ikinci olarak yemek alırdım. Hiç bir şeyi ilk alan olamazdım ya da servis edilen. Bana asla çok iyi davranmadı ve bana aşırı koruyucu davranırdı. Ve babam eve geldiğinde hemen tam orda olurdu ve ona şikayetlerde bulunurdu fakat babam onun dırdırından ve her şeyden yorgun düşerdi. Böylece o burdan ayrılmak zorundaydı ve ben de evde tek başıma kalacaktım.

Dr. Klein: Cevapların çok ilginç ve bu bahsettiğin bağlantıları yaparken açık olmak istiyorum. Benim sorum “ O zaman bu acı verici hislerin üstesinden gelmek için ne

yaptın?” idi. Ve sen hızlıca “ ben anorektiktim” diye yanıtladın. Bu ikisi arasında bağlantı kuruyorsun? Bu acı verici hisler ve anoreksia bir arada?

Hasta: Yapmak zorundaydım çünkü evden ayrılır ayrılmaz anoreksiya kesilmişti. Yani, bir domuz gibi yiyecektim ve sindirecektim. Umurumda değil, biliyorsunuz. Evden ayrılıp Derek’e taşınır taşınmaz tüm bu acı verici hislerim ve kötü hislerim, her şey durdu.

Dr. Klein: Böylece bu kötü hislere sahip oldun. Bazen sen onları taşılatırıyorsun ve bir başka zaman bunların acısından ölüyorsun. 18 ‘inde evden ayrıldığında hepsi aniden kesildi. Bunu anlıyor musun? Bunu nasıl anlarsın?

Hasta: Beni her zaman berbat hissettiren büyükannem olduğunu hayal edecektim. İlaveten çok fazla korunmuştum. Yani Jackson Heights’te özel evlerinde oturan bir çok kızlar vardı ve gelip kapımı çalarlardı ancak hiç birine gitmeme ve komşulara takılmama, dışarı çıkmama asla izin verilmezdi. Hep yukarda odamda olurdum, odamdaki aynaların önünde yoga yapardım ve radyo dinlerdim, yapabileceğim şeyler sadece bunlardı. Fakat, hep yoga yapardım. Yapacağım şey buydu. Ve hafta sonlarından nefret ederdim. Okula gitmeyi severdim çünkü arkadaşlarımla birlikte olmayı arzu ederdim. Ve ben okulda dışarda merdivenlerde oturan kızdım ve gelip babamın beni alıp işine götürmesini beklerdim. Şimdi ona müteşekkirim çünkü muhasebeci olabildim.

Dr. Klein: Bunu yapmanın bir değeri vardı.

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Tüm bu yıllar zarfında kendi kendine olmak ve yalnız olmaz senin için zor muydu?

Hasta: Hayır. Çok mutluydum. Gerçek şu ki çok mutluydum.

Dr. Klein: Odanda olmak...

Hasta Odamda kalıp yoga yapmak

Dr. Klein: Kilo vermek.

Hasta: Kilo vermek, bir dereceye kadar. 52 kiloya geldiğimde dedim ki “ hadi sakinleşeyim ve ciğer diyeti ya da öyle bir şey yapayım.” Fakat şuurlu olarak hep kiloluydum. Yani kilo almak bir skalaydı benim için her zaman; tipik bir anorektik gibi . Olduğum şey buydu. Ama 18 olur olmaz ve 19’a ilerlerken ve ilk erkek arkadaşıma sahip olduğumda ki o Derek idi. Ve onu bir kaç gün görmeye alışkındım. Nihayetinde evden taşındım ve onunla kaldım.

Dr. Klein: Aklıma gelmişken şu anda kaç kilosun?

Hasta: Yaklaşık 57 kg.

Dr. Klein: Bununla ilgili bir sorunun var mı şimdi?

Hasta: Evet, problemlerim var – hayır, hayır. Kilo almakla ilgili problemim var. Kilo almaya çalışıyorum ve ayrıca uykusuzluk çekiyorum. Son iki gece uyuyamadım.

Dr. Klein: Bir süreliğine anoreksiyaya geri dönüyorsunuz. Ayrıca vücut çarpıtman da var mı? Yani şişman olduğundan dolayı kilo vermin gerektiğini düşünüyor musun?

Hasta: Hayır, kilo kaybettiğim için düşünmedim. Şişman olduğumu düşünmedim çünkü aynı zamanda egzersiz de yapıyordum. Biliyordum.

Dr. Klein: Kilo verdiğini biliyordun? Aynaya bakıyordun ve giderek zayıflıyordun.

Hasta: Doğru, fakat çok zayılmamamıştım. Bir model gibi görünüyorum. Ben çok formdaydım. Her gün egzersiz yapıyordum. Babam beni bırakıp bir başka müşterisini görmeye gittiğinde yapabildiğim tek şey buydu, okuldan eve koşmak. Odama gidecektim ve yoga yapacaktım.

Dr. Klein: Tamam, şimdi ben liste yapayım. Kötü hislerin olduğunda bazen onları taşlaşıtıyorsun ve bazen de acıdan ölüyorsun ve bazen de meşgul olmaya devam ederek onları öldürmeye çalışıyorsun.

Hasta: Bir daha asla kendimi öldürmeyeceğim. Bunu yapmayacağım. Bunun dışına çıktım. Ve taşlaşır taşlaşmaz bunu yapmak istemiyorum çünkü bunun benim vücuduma ne yaptığını görebiliyorum. Bacaklarımda bir sürü damar var ve kılcaldamarlar yüzümü bozuyor. Bunu görebiliyorum; eğer buna devam edersem zamanla 30 yaşıma geldiğimde 50 gibi görüneceğim.

Dr. Klein: Hadi geri gidelim —kafam biraz karıştı—evden 18 yaşındayken ayrıldığında. Anoreksiya kesildi, tamam....

Hasta: Hala çalışamıyorum. Bir iş edinmede hale bu problemim var. bu olduğunda çok tembeldim. Ben evdeyken anorektiktim. Tam zamanlı bir işim vardı bir çene cerrahı için çalışıyordum ve iyi kazanıyordum. Sürekli kıyafetler alıyordum, bilirsiniz. Büyükaannem ağzını açana dek bunlar benim mutlu anlarımdı. O beni deli ederdi. Bazen orda kaldığımda halen aynı şeyi yapıyor. Bir kaç kalp krizi geçirdiğinden dolayı babam çok fazla ona yakın olmamı istemiyor çünkü o benden hoşlanmıyor sanırım beni kıskanıyor. Bu sadece – kıskançlık da değil Onun önemseddiği her şey – bu anlamda çok bencil bir kadın ve sadece oğullarını önemsiyor ve ne zaman oğullarını görse onların kızlarından dolayı acı çekiyor ve kızıyor. O böyle biriydi. Hep kendi yöntemini belirler. Hala onu seviyorum. O benim büyükennem, benim kanımdan.

Dr. Klein: Okulda nasıldın, aklıma gelmişken lisede?

Hasta: Oh lisede çok sıkılıyordum. Asla derse gitmezdim ve hep A alırdım. Ve idareciler, beni mikrofondan anons ederdi. Q, matematikten 99 almıştım. Geometriden 100 ve trigonometirden 82 almıştım. Okulda çok iyiydim. Fakat hal ve gidişte her zaman kötüydüm çünkü yapamıyordum. Dersi kırardım. Yemek salonunda müzik dinlerdim çünkü benim için çok sıkıcıydı. Onlara şöyle derdim, elimi kaldıracağım ve bir hatasından

dolayı rahibeyi onaylayacağım – bir matematik hatası – onun yaptığı şey buydu ve ben körpeydim. Ve tabiki babam okula gelecekteki ve bana hep şunları söyleyecekti “Rahibelerin engellenmiş kadınlar olduklarını asla görmezden gelme”. Bana söylediği şey buydu fakat ben her zaman – çünkü bunu rahibelere kendisi söyleyecekti, söylemek isterdi. “ Onun ders notlarının hepsinin A, A, A olduğunu görüyorken nasıl benim kızımın uygunsuz davranışları olduğunu söylersiniz?” bilirsiniz, A ve B, çoğunlukla da A.

Dr. Klein: Eğer ben sadece merak edersem, sen nasıl olduğunu söylediğinde, biliyorsun, neden uygunsuz davranıyordun, dedin ki; peki, çünkü sıkıldığını söyledin. Tamam? Sıkılmayı bir kenara bırakıp bana ikinci bir sebep belirtebilseydin.

Hasta: Eğleniyordum. Ben – bilirsiniz, kim bir sınıfta oturmak ister ki; diğer herkesin öğrenmesi bir ay sürüyordu ve ben zaten tüm bunları öğrenmiş oluyordum ve sadece kendi kendime kitaplara bakıyordum. Yani okula başladığımda hiç bir öğrenim görmememe rağmen, sadece kendi kendime okuyarak okuma yazma öğrenmiştim.

Dr. Klein: Bana üçüncü bir sebep verebilseydin, bu uygunsuz davranışların için; sıkılmak ve eğlenmenin dışında bir üçüncü neden?

Hasta: İlgi.

Dr. Klein: Bu ne demek?

Hasta: İlgi görmek. İlgi görmeyi seviyorum. Evde yeterince ilgi görememiştim. Böylece ben bir çocukken bu ilgiyi okulda görüyordum. Kötü bir çocuk olacaktım, kabadayı.

Dr. Klein: Bu ilgi görmek için berbat bir yol .

Hasta: Bu doğru. Bu doğru, fakat ben 13 yaşındaydım ve oldukça olgunlaşmamıştım. Ne yaptığımı bilmiyordum.

Dr. Klein: Yani, ilgi görmenin tek yolu kötü olmaktı?

Hasta: Evet, bilirsiniz, - kalabalığın bir parçası olmak. Gerçekten benim bir lider olmama rağmen. Asla takipçi olamazdım. Ve benim adımları hoparlörden anons ediliyordu, beni arıyor olmalıydı. Üçüncü sebebin bu olduğunu hayal edebiliyorum, çünkü sen bana nedenleri bul dedin, böylece bir diğeri de kafamdan fırladı; ilgi görmek.

Dr. Klein: Bu lise yıllarında cinsellik yaşadın mı?

Hasta: Hayır. İlk kez bilinen yasal eşim ile seks yaptım.

Dr. Klein: Derek?

Hasta: Neredeyse 19'dum – 18 ve 19'a giriyordum.

Dr. Klein: İlk adetini kaç yaşında gördün?

Hasta: 11

Dr. Klein: 11 yaşındaydın. Anoreksia yıllarında adet kesilmişmiydi?

Hasta: Hayır, hayır.

Dr. Klein: Devam ediyordu?

Hasta: Hiç bu kadar çok kilo kaybetmedim. Deli değildim.

Dr. Klein: Oldu, tamam. Hadi geri gideyim – tekrar, ben – evden ayrılıp Derek ile tanıştığında anoreksian kesildi öyle görünüyor ki sanki sen gerçekten onunla çok fazla derinden ilgiliydin.

Hasta: O sanki – O benim güvenlik battaniyem gibiydi.

Dr. Klein: Evet.

Hasta: Bende olmayan her şey onda vardı. Çok çalışkandı. Bunu yapmak için haplara ihtiyaç duymuyordu. Çok olgundu. Çok sadık ve dürüsttü.

Dr. Klein: Peşinde mafya olduğu için kasabayı terk eden adamdı.

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Aynı kişiden mi bahsediyoruz?

Hasta: Evet, aynı kişiden bahsediyoruz.

Dr. Klein: Oh, kafam karıştı. Nasıl aynı adamdan bahsediyor olabiliriz? O dürüst ve sadıktı, uyuşturucu kullanmıyordu ama mafya peşindeydi?

Hasta: Uyuşturucu kullanmadığını söylemedim. Bu evreyi şu anda geçmiş durumda fakat ilk tanıştığımızda uyuşturucu kullanıyordu. Fakat, bilirsiniz esasen marihuana. Ve kokain satıyordu.

Dr. Klein: Satıyordu.

Hasta: Satıcılıktan serbest olarak yapmaya döndü. Ben çok kızdım. Bunu Kabul edemiyordum. Bronx'a geri döndüm. Ona dedim ki “ Sen gidip annenle yaşamalısın, ben Bronx'a geri dönüyorum.” Bunu Kabul edemedim.

Dr. Klein: Ettin?

Hasta: Evet.

Dr. Klein: Ve sonra ne oldu?

Hasta: Sonra bıraktı.

Dr. Klein: Sonra bıraktı.

Hasta: Sonra bıraktı. Ve ben onu gördüm – tüm bu yaptıklarımın sonra bir kaç gün önce gelip beni ziyaret etti. Allen’la ilgili konuyu öğrendiğinde onu oldukça kötü bir şekilde kırdım. Bana benim değişmemi istediğini söyledi, mümkün olan en kısa sürede burdan çıkmaya çalışmamı ve eve dönmemi söyledi bana. Babam odama özel bir telefon koyacak ve ben her gün onunla birlikte işe gideceğim, kendi ayaklarımın üzerinde durana dek bana haftada 200.- dolar ödeyeceğini söyledi ve benim bunu yapacağımı söyledi.

Dr. Klein: Hadi ben – Anlamıyorum. Uyuşturucu kullanmayı bıraktı fakat bunu müteakiben Florida’ya gitti? Oda dedin ki “ Hey, ben Bronx’a geri dönüyorum.”...

Hasta: Hayır, Florida’dan sonra.

Dr. Klein: Bu Florida’dan sonraydı.

Hasta: Bu Florida’dan sonraydı.

Dr. Klein: Anlıyorum. Anlamamıştım. Peki Florida’ya ne için gitmişti?

Hasta: Sıkıntıdaydı çünkü bir şey çalmıştı, sanırım iki kilo kokain ve buna ilaveten serbest çalışırken günde 1000.- kazanıyordu. Çok komikti. Bunu Kabul edemezdim. Sadece eşyalarımı topladım eve geri döndüm. Ve sonrasında eve dönmek zorundaydı çünkü biz birlikte çalışıyorduk ve tek başına faturaları ödeyemezdi. Çünkü işini de kaybetmişti, fakat şanslıydı ki babası kalfaydı ve işini geri alabildi.

Dr. Klein: Şu anda uyuşturucu kullanmıyor?

Hasta: Evet, şu anda uyuşturucu kullanmıyor.

Dr. Klein: Florida’dan döneli ne kadar oldu?

Hasta: Aralık'tan beri

Dr. Klein: Aralıktan beri.

Hasta: Ve, o geri geldiğinde ben valium almayı bıraktım. Ve Beth Israel'e gittim. Kendi kendime arındım fakat onlar bana Beth Israel'e gitmemi önerdi çünkü bana beynimin halen biraz bağımlı olduğunu söylediler. Sonra Beth Israel'e gittim fakat orda olanlar bir fiyaskoydu; bana Phenobarbital verdiler ve buda beni iki kat hızlandırdı ki ben zaten hızlıydım. Aşağı yukarı dolanıp çılglık atıyordum ve bana dediler ki "Bayan Q, bu bir menzıl değil" Ben sadece etrafta koşturuyordum, bilirsiniz, sürekli telefonda ağız dolusu konuşarak. Bana Ma Bell lakabını taktılar. Ben sadece, bilirsiniz - sonra bana dediler ki, dediler ki " Bak, burada olmanın tek sebebi" psikiyatrik korumadaydım (Bernstein) ben sadece detox için gitmiştim ancak beni psikiyatri bölümüne aldılar. Dediler ki " Seni buraya koymamızın sebebi, çünkü ruhsal olarak sende bir sorun yok fakat, eğer seni diğer katlardan birine koyarsak diğer kızlarla tanışacaksın" çünkü orada çok fazla kavga oluyordu. Ve bana EEG yaptılar. Ben negatiftim, epilepsi falan yoktu. Bana CAT ölçümü uyguladılar orda da bir şey yoktu.

Dr. Klein: Kavga etmek seninle ilgili bir şey değildi?

Hasta: Hayır, kavga benimle ilgili bir şey değildi. Hiç olmadı

Dr. Klein: Gerçekten kızmak seninle ilgili mi?

Hasta: Hayır, kızmam ben.

Dr. Klein: Öfke nöbetleri geçirmek sana ait bir şey mi?

Hasta: Hayır ben pasif biriyim.

Dr. Klein: Kendine acı vermeye çalışmak seninle ilgili bir şey mi?

Hasta: Hayır, kendimi incitmeye çalışmıyorum – Kendimi çok sevdiğim için bunu yapıyorum.

Dr. Klein: Valium hariç.

Hasta: Bunu kendime zarar vermek uğruna yapmıyorum. Bunu sadece kendimi sakinleştirmek uğruna yapıyorum.

Dr. Klein: Hislerini uyuşturmak.

Hasta: “Erkek arkadaşım ne yapıyor? O benimle değil” gibi paranoya hislerimi uyuşturmak. Bunu yapmak aptalca. Bilirsiniz, sonradan düşündüğüm şeyler böyleydi.

Dr. Klein: Hadi Derek’e geri dönelim. Yani buna hayran kaldım çünkü evi terkettin; evdeyken onun şemsiyesi altında gerçek sıkı bir koruma altındaydın...

Hasta: Ve başka bir zorbaya geri döneceğim. Derek bir ötekiydi. O da diğerleri gibiydi; çok korumacı. Hep içine saplandığım....

Dr. Klein: Bunu neden yapıyorsun?

Hasta: Pardon?

Dr. Klein: Bunu neden yapıyorsun? Bir çeşit zorbayı ötekinin yerine koyuyorsun?

Hasta: O farklıydı çünkü, o sanki dışarı çıkıp bir bara gidecekti ve beni de yanına alacak gibiydi. Biz ayrılamazdık. Yani – ben büyümüştüm... ..

Dr. Klein: Baban seni işe götürüyordu.

Hasta: Evet, babam beni işe götürüyordu, Derek – evet, fakat, bilirsiniz, neden ofiste oturup ona bakayım; ya müşteri ile konuşuyordu ya da muhasebe işleri yapıyordu.

Şimdi, ev ödevi yapmak zorundaydım ve benim ev ödevlerimi yapmak isterdi. Bilirsiniz, yine de bu bir sorun değildi çünkü bunu kendi kendime yapabilirdim fakat yorulacaktım ve yinede A alıyordum çünkü okul idaresinde çok yüksek notlar alıyordum.

Dr. Klein: Halen Derek senin için bir zorba olduğu halde ve şu anda içinde olduğun problem.

Hasta: Derek'e çok saygı duyarım. Bu nedenle onu bir zorba olarak adlandırıyorum; ona çok saygı duyuyorum çünkü o olgun; özellikle de şimdi. 21 yaşında ve '21'e girdi. Onunla çıkmaya başladığımızda benden bir yaş küçüktü ve çok olgundu. İyi bir kafaya sahip...

Dr. Klein: Aralık'tan beri olgun olduğunu mu söylüyorsun.

Hasta: Az ya da çok, hep olgundu. Tahmin ederim o ...

Dr. Klein: Bunu nasıl söylersin?

Hasta: Bu doğru. Sanıyorum Florida'da olan her şey onu olgunlaştırdı çünkü şehir dışındaydı her şeyi kendi yaptı – Oraya gittiğinde tamamen kendi başına davrandı. Yaklaşık altı ay boyunca oradaydı.

Dr. Klein: Peki neden bunu yaptın? Bu ilginç. Biliyorsun, bana onun olgun olduğunu söylemeye çalışıyorsun fakat en azından Aralık'a kadar. Bu adamlar onun hayatına zarar veriyordu ve neredeyse seni de bu sürecin içine çekeceklerdi. Ve sıvışarak – biliyorsun, sıkıntıya girince Florida'ya sıvıştı, biliyorsun, günde 1.000.- dolar kazanma alışkanlığı vardı ve sen bana onun olgun olduğunu söylüyorsun. Neden?

Hasta: Çünkü bir sonraki gün onu gördüm ve onun olgun olduğunu gördüm. Bu geçen bir ay o – Florida'dan döndüğünden beri tamamen farklı biri oldu. Ve her zaman benim olduğumdan çok daha olgundu. Çok daha fazla – değil – ona ne deddiğini biliyorsunuz? Bu kelime tam da onun olduğu şeydi. Ve ben güvenilmez biriyim.

Dr. Klein: Kendi kendine kalabilmesi?

Hasta: Evet, kendi kendine kalabiliyor. Kendine çok güveniyor. Kendinden çok emin. Çok yakışıklı değil ama bunu önemsemiyor.

Dr. Klein: Kendi başına kalmada sorun yaşıyorsun değil mi?

Hasta: Hayır, gerçekten değil aslında.

Dr. Klein: Hayır?

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: Dayağı atlamadan bir zorbadan ötekine gidiyorsun...

Hasta: {Gülme}

Dr. Klein: ...ve hayır, kendi kendine kalmakla ilgili sorun yaşamıyorsun?

Hasta: Hayır, çünkü kendi başıma kaldığım zamanlar vardı. Çünkü o uyuşturucu satarken tüm gece dışarda olmak zorundaydı ve tüm gün de uyuyordu, evde yapayalnız kalıyordum ve her şeyi ben üstleniyordum. Temizlik yapıyordum. İşe gidiyordum. Yemek pişiriyordum. Evde kalıyordum. Yoga yapıyordum. Bilirsiniz, bunları kendi başıma yönetebiliyorum. Gerçekten biriyle birlikte olmak zorunda değilim. Benim şu anki problemim dairenin parasını karşılamak.

Dr. Klein: Fakat onun eve geleceğini biliyordun.

Hasta: Bazen eve gelmezdi bile. Tüm gece eve gelmezdi.

Dr. Klein: Gerçekten kendine bakabileceğini hissediyor musun, onsuz kendi refahını gözetmek?

Hasta: Eğer beni terk ederse çok kırılacaktım fakat bunun üstesinden gelebilirim. Eğer beni terk ederse gerçekten çok kırılabilirim.

Dr. Klein: Bunun üstesinden gelebileceğini söylerken ne demek istedin?

Hasta: Nihayetinde bunun üstesinden gelecektim. Bir kişiden dolayı intihar edecek değilim.

Dr. Klein: Peki, üstesinden gelinecekti ve üstesinden gelinirdi. stesinden gelinirdi, örneğin, üçüncü zorba bulunabilirdi.

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: Veya üstesinden gelinebilirdi...

Hasta: Zorbaları unut.Bu zorbalar beni hasta ediyor. Hayır. Muhtemelen kendime bir iş bulacaktım çünkü ben işteyken , bilirsiniz, çalışmak bana çok yardımcı olur. Bunu yaparım. Liseyi bitirene dek bir kaç seneliğine erkeklerden uzak durabilirim. Bir kendilik anlayışı oluşturmaya çalıştığımı görebilirsin. Ve babamın bana söylediği gibi “ eğer sen biri olursan sonrasında onlar sana gelecektir.” Bilirsiniz, ben olmak istiyordum - ben Derek’in diğer yarısı gibi olmak istemiyorum, ne demek istediğimi biliyorsunuz? Ben kendim olmak istiyorum.

Dr. Klein: Daha kötü yarısı.

Hasta: Her neyse. Ben kendim olmak istiyorum. Kendim olmak istiyorum.

Dr. Klein: Yeterince adil. Fakat şu andan itibaren, bu ne demek? Kendin ne demek? şu ana dek kendinle ilgili ne hissediyordun?

Hasta: Bununla demek istediğim Baruch'da olmak istiyorum, ki Eylül'de başlamayı düşünüyorum. Geçen yıl kabul edildim ancak gidemedim. Kendi işime sahip olmak istiyorum. Hayatta bir şeyler olabilmek istiyorum. Sadece birinin eşi olarak bu hayatı yaşamak istemiyorum. Bir şey olmak istiyorum. Bir eve sahip olmak istiyorum. Çok çocuğum olsun istiyorum. İstedğim hedefler bunlar.

Dr. Klein: Senin arzularını anlayamadım. Şu ana dek tüm bunları yapmaktan seni alıkoyan kendinle ilgili ne hissediyordun?

Hasta: Bu benim öfkem. Ben çok sinirli bir kişiyim. Ben çok sinirli birisiyim.

Dr. Klein: Açıkla.

Hasta: Tahmin ederim aşka dair güvensizim.

Dr. Klein: Açıkla.

Hasta: Belki bu benim büyükannemden geliyor. Bilmiyorum. Belki babamın beni terk etmesinden kaynaklanıyor.

Dr. Klein: Um-hum (olumlayıcı).

Hasta: Bilmiyorum. Bilmiyorum. Ben bir psikiyatrist değilim fakat her zaman aşka güvensizdim .

Dr. Klein: Senin bildiğin bir hisse kapıldım
{Duraksama}

Belki büyükannenle ilgili. Belki annen seni terk ettiği için olabilir? Sen ne düşünüyorsun?

Hasta: Evet, beni kırdı. Fakat üstesinden geldim. Şimdi ben ve annem böyleyiz.

Dr. Klein: Gerçekten? Bana öyle görünüyor ki, şu an sana bakıyorum, bu seni şu anda da kırıyor. Neredeyse ağlayacak gibi görünüyorsun. Peki neden bana bunun üstesinden geldiğini söylüyorsun?

Hasta: Çünkü, geçmişte nasıl hissettiğimi hatırlıyorum.

Dr. Klein: Sanırım hala acı veriyor. Bu acıyla şu anda ne yapacaksın?

Hasta: Gömeceğim.

Dr. Klein: Bunu denedin.

Hasta: Hayır, annemin beni kırmasını gömdüm çünkü ben ve annem çok iyi görüşüyoruz. Beni sürekli arar, ben onu ziyaret ederim. Derek'i şehir dışına götürdüm. New Paltz'ın dışında oturuyor; çok güzel. Orada bir yazlık evimiz var.

Dr. Klein: Peki bununla ilgili bir şey söylemiyorum. Bununla birlikte acıyı soruyorum.

Hasta: Hayır, acı gitti. Acı gitti.

Dr. Klein: Peki öyleyse gözündeki bu yaşlar nedir?

Hasta: Bimiyorum. Ben sadece sen tüm bunları bana düşündürüyorsun ki bunlar benim düşünmek istemediğim şeyler. Çünkü bunun için bir sebep yok. Annemi anlıyorum. Babam “ onu bay Spock olarak çağırmanı “isteyen biriydi, O şey değildi – O hisleri olmayan biriydi. Çünkü biliyorsunuz bana diyecekti ki, o sanki – çavuş gibiydi, bilirsiniz, askerde olmak gibi bir şey. O sana ne yapacağını söyler ve sen onu yapmak zorundasın. O sanki Babam bana bir öpücük ya da bunun gibi her hangi bir duygusal şefkat göstermedi. Yaptığı tek şey uyumuşmuyum diye bakmaktı; odama gelirdi ve iyi olduğumdan emin olmak için başımı okşardı . Ve bu benim babam ve onu böyle kabul ettim çünkü o böyle

büyümüştü. Annem çok sarılan, kucaklayan ve duygusal olan ve seven birisiydi ve ben bunu özlüyorum.

Dr. Klein: Sana neden bu acıyı sorduğumu biliyor musun?

Hasta: Neden?

Dr. Klein: Çünkü hala hissettiğin bu acıyı almanı görmekten nefret ederdim ve sen dışarı çıkıp onu bazı uyuşturucuların altına gömmeye çalışacaksın veya onu kusacaksın veya arkasına saklandığın bir başka Derek bulacaksın. Bu nedenle sana bu acıyı soruyorum. Çünkü halen çok acı verdiğini düşünüyorum; daha önce denemiş olduğun tüm bu şeyleri tekrarlamaktansa belki de üzerinde konuşmak daha yararlı bir alternatif olacaktır. Fakat sen özellikle bunu yapmak istemiyorsun. Veya istiyor musun?

Hasta: Alien seninle ilgili olarak sana ... (gereksiz söz) verdiğinde bu acı veriyor.

Dr. Klein: Ve sanırım sonra Derek gitti, sanırım buda tüm acını sana geri getirdi. Bu yüzeyde aktığı görülen yaşlar her şeyi geri getirdi; tüm acıları.

Hasta: Böylece Derek ile yapılacak bir şey yok, sonra?

Dr. Klein: Peki, sanırım bu ayrıca onunla da olmak zorundaydı, fakat, onunla başladığını sanmıyorum. Onu tekrar buldun, ilginç olan birini bulmana rağmen, Derek ki o şu ana dek vardı. Kayıtlara göre gideceğim – Aralığa kadar olan kayıtlar – Birisi neredeyse bu acıyı kurguluyordu. Ve bu oldu. Uyuşturucu kullanmaya başladı. Nihai sonuç olarak önce sen onu terk ettin çünkü sen bunu kabul edemezdin çünkü bu aynı acıydı. Ve sonra o ayrıldı; bu da ek bir yara. İlginç olan sen birini buldun ki bu kişi neredeyse bu aynı acıyı kurgulayacaktı.

Hasta: O gerçekten beni kırmadı. Ben onu onun beni kıldığından daha fazla kırdım. Eğer onunla konuşursan o da sana aynı şeyi söyleyecektir. 4 yıl boyunca onu cehennme koydum çünkü ben çok sinirli bir kızdım. Hep sokakta olmak istiyordum çünkü

nihayet kafesimden kurtulabilmişim, meteliksiz kalmak ve sürekli köşede takılmak istiyordum, bilirsiniz, arkadaşlarımla birlikte olmak ve her şey. Ve o evde kalmak istiyordu. O sadece 17 yaşında olmasına rağmen beni 18 yaşında gerçek biri yapmaya çalışıyordu. Fakat biliyorunuz, sonra o değişti ve birlikte dışarı çıkmaya başladık; barlara giderdik, bir kaç içki içerdik. Ben asla alkolik olmadım. Likörleri sevmiyorum. (Yuck) iğrenme belirtten ünlem! Bundan nefret ederim, bilirsiniz, ben çok – o gerçekten bir zorba değildi. Onun nasıl olduğunu açıklayamam. Sadece çok olgun. Bu son yılda çok fazla değişti. O çok, çok olgun.

Dr. Klein: Üzgünüm, ben hala devam edeceğim – Yani, tamam, sonrasında başka bir şey soracağım. Dedin ki Aralıkta geri döndüğünden beri bir şeyler – o çok fazla, uyuşturucuyu bırakmıştı, tamam? Tamam. Şimdi bana öyle geliyor ki sen – Aralıktan sonra kendini yeniden düzenledin ve buda beni şaşırtıyor. Ne demek istediğimi sana söyleyeceğim. Aralıkta geri döndü; tüm bu işleri bıraktı; doğru mu? Gerçekten bir çaba gösteriyor gibi görünüyordu ve sonra ne oldu? Birden bire sen iki adamla birlikte olmayı sonlandırdın.

Hasta: Diğer çocuğu bıraktım.

Dr. Klein: Evet.

Hasta:: Çünkü onun tapmasını istediğim şekilde beni her gün aramıyordu.

Dr. Klein: Oh.

Hasta: Bak ben, - aptalca şeyler. Aptalca şeyler yaparım. Her gün beni aramasını bekliyordum veya günde iki ya da üç kez; öğle tatillerinde, bilirsiniz, ve bunun gibi şeyler. Duygusal aşk biter bitmez çok talepkar biri oldum, bilirsiniz. Bu konuda çok güvenilmezim. Ve o yol inşaatında çalışıyordu.

Dr. Klein: Aşkla ilgili olarak güvenilmez olduğunu söylüyorsun, tamam. Bu iyi bir yol – tamam, bir dakikalığına benimle kal. Yani, bunu böyle bir yola koymak ve sabunla yıkamak iyi bir yol, açıkçacı bana öyle geliyor ki sen şunu söylemek istiyorsun; “Çok

çaresiz davranıyordum ve kendime bakabilecek durumda değildim; eğer kendime bakmam için o orada olmazsa ve eğer beni arayıp benimle meşgul olmazsa ben dağılmaya başlayacaktım.

Hasta: Hayır.

Dr. Klein: Hayır?

Hasta: Ben sadece delirdim. Kavga ettik o her zaman beni düzeltir. O hep benim için mükemmel bir partner çünkü, bilmiyorum, belki de burçlarımızla ilgili veya herneyse gitmiş olsa bile o hala benim için mükemmel bir partner. Çünkü Derek sanki, ne demiştim; benim güvenlik battaniyem çünkü onunlayken çok güvendeydim. Küçük ağız dalaşları yapardık ancak o hep ordaydı. O asla, beş yıl boyunca başka bir kızla çıkmadı. Bu ahmakla çıktığımı öğrense bile hala bunu yapmıyor. Saat birde geliyor ve bana vanilyalı süt getiriyor. {Gülme}

Dr. Klein: Peki, eğer Derek seni aramazsa sana getireceği vanilyalı sütlerle ona sahip olacaksın. Sanıyorum hepsinin sonunda oynuyorsun.

Hasta: Öteki çocuğu yavaşca arkamda bırakmaya çalışıyorum. Onu kırmak istemiyorum çünkü o gerçekten bana aşık. O 30 yaşında ve benim için çok yaşlı.

Dr. Klein: Um-hum (olumlayıcı). Ne dediğini duyuyorum fakat, diğer taraftan öyle görünüyor ki bana söylediklerinin temelinde bu güvensizliği ilgi ihtiyacına yerleştiriyorsun çünkü eğer iki kişiye sahip olursan senin istediğin şeyleri yerine getirmede bir kişiden daha iyi olacaklar. Ve ben merak ediyorum bu son bir kaç ayda yaşadığın sorunlar; hayatında iki kişi vardı ve geriye gidersek...

Hasta: Bu, ben nasıl – evet, işte benim nasıl sıkıntıya girdiğim bu. Derek diğer adamı öğrendi ve bu nedenle deliye döndü. Çünkü bana söylediği kurallarda, bilirsiniz, dışarı çıkabilirim, eğlenebilirim, her şeyi yapabilirim ama onu aldatmam. O bana “ ben seni aldatmam, senin de beni aldatmanı istemiyorum.” dedi.

Dr. Klein: Peki neden diğer adamlarla birlikte oldun?

Hasta: Neden olduğunu biliyorsun? Çünkü iki yıl önce Derek ile bir apartmanın bodrum katında yaşıyorduk ve ev sahibi Derek'in en iyi arkadaşıydı; bu benim birlikte olmadığım adam. Derek bana vurdu, neden bilmiyorum, bir şeyler yapmak zorundaydım. Ben 19 yaşındaydım ve o bana vurdu. Bu oldu çünkü o Ronzoni'de çalışıyordu. Yol inşaatı işinde değildi ve eve sadece haftada 200 dolar getirebiliyordu ki bunu da eve sadece iki kez getirirdi. Sonra çok fazla kokain kullandı – bir kere bana tokat attığını hatırlıyorum, vurmayı kabul etmedim. Sonra adı Risk olan bir oyun aldım, bilmiyorum bunu hiç duydun mu. Ben – tamam bu monopoly, herneyse, bunun gibi bir oyundu. Bu oyunu aldım ve çantama koydum ve evden ayrıldım ve ona dedim ki “siktir” bunun için özür dilerim. Kaydedileceği için üzgünüm fakat bunu söyledim ve yürüyüp gittim. Ve evin köşesindeki ödemeli telefona gittim ve babamı aradım. Ona “babacım gelip beni alır mısın? Adı Risk olan büyük bir oyun oynayacağız.” Dedim. O da bana “tamam” dedi. Yani bu 15 dakika arabaya binmek gibiydi.

Jackson Heights' gittik ve kız kardeşim ordaydı biz de birlikte büyük Risk oyununu oynadık. Sabaha karşı üç gibi oyun bitmişti çünkü bu bir asker oyunuydu, kıtalar, parçalar vardı ve zar atıyorduk; bunun gibi bir şeydi. Böylece gittiğimde – babama dedim ki “ Hadi ben artık eve döneyim” çünkü saat sabahın üçüydü. Dedim ki “Derek endişelenecek, nerde olduğumu bilmiyor.” O da dedi ki “Hayır, seni şu anda götüremem, çok yorgunum.” Ben de sonrasında eve geri dönmek için bir jeton daha alayım o zaman dedim. O an hariç babam bir çok kez bizi ayırmaya çalışmıştı. Babam ondaki büyük değişikliği gördüğü içini Derek'in iyi biri olduğunu anlamıştı.

Dr. Klein: Seni iki dakika önce kaybettim. Sana sorduğum soruyu hatırlıyor musun?

{Duraksama}

Sen cevaplamaya başlamadan hemen önce?

Hasta: Evet, neden diğer adamlarla birlikte olduğumu sordun.

Dr. Klein: Doğru.

Hasta: Evet. Tamam olan şey buydu...

Dr. Klein: Sanırım sen bir çalının etrafında dolanıyorsun.

Hasta: Hayır, olan buydu. Bu olmuştu. Böylece babam Derek'e dönmek için bana bir jeton vermemişti ben de bir sonraki sabaha kadara beklemek zorundaydım. Ronzoni'ye işyerinde onu görmeye gittim, saat dört civarıydı ve o orda yoktu. Sonra da dairemize gittim....

Dr. Klein: Hayır, sen – bir sebepten dolayı konuşacağım. Sen bana gerçek olayları anlatıyorsun, tamam. Hikayeyi tamamlayabileceğinden eminim fakat, gerçekten benim sorumu cevaplamayacaksın. Çünkü benim sorum, neler hissediyordun ki bunlar da senin bu iki adamla ilişkiye girmeni sağladı.

Hasta: Bu benim yol açtığım bir şey.

Dr. Klein: Devam et.

Hasta: Tamam, üzgünüm. Uzun sürüyor, daireye geri döndüm ve onun en iyi arkadaşı olan ev sahibi bana “evden kovuldun, Derek seninle olmak istemiyor, sen kovuldun” dedi. Kalbim kırıldı çünkü biz ayrılamazdık. Bu ilk kez olmuştu. Sonrasında “Tanrım ben ne yapacağım” dedim. Babamı aradım, bütün eşyalarımı aldım ve Jackson Heights'e geri döndüm. Evden ayrılmayacaktım. Evde kaldım, oruç tuttum, sadece diyet pepsi içtim; sıfır kalori. Yani delirmiş olmalıyım.

Dr. Klein: Tüm bu eski şeyler.

Hasta:: Eski şeyler darken ne demek istediniz?

Dr. Klein: Diyet, yemek yememek, diyet Pepsi.

Hasta Hayır anoreksiya, sadece yememek değil.

Dr. Klein: Tamam.

Hasta: Sadece yiyemiyordum. Babam marketten sigara almamı istiyordu ve ben ona “hayır baba gidemeyeceğim çünkü Derek’den telefon bekliyorum” diyordum. Yaptığım tek şey sigara içmek ve ondan bahsetmektir. Bu adamla yemek yiyecektim, içecektim ve uyku uyuyacaktım. Ve bir hafta boyunca beni aramadı. Sonra gece vardiyasına döndüğü için onu görmeye gittim ve ona ondan ayrıldığımı ve diğer adama gittiğimi söyledim. Ve ona dedim ki; “ Derek nasıl bir risk oyunu alıp seni bir oyunla aldatacaktım?”.

Ve bu acıdan sonra kafamda kendi kendime dedim ki “ Merak ediyorum neden tüm bir hafta boyunca beni aramadı, neden aramadı. Muhtemelen beni aldatıyordu. Hadi ben de onu aldatayım.”buda aptalca bir düşünce şekliydi. Bu adama yol açmasının nedeni buydu.

Dr. Klein: Böylece, eğer o bana ihtiyacım olan şeyleri vermezse ve ben de ona çok kızgınsam, ihtiyacım olan şeyi bir başkasından alacağım.

Hasta Veya sadece eğer o bunu yapıyorsa ben de bunu yapayım. Bilirsiniz, Bu benim düşünce şeklim. Aptalca, gerçekten aptalca.

Dr. Klein: Biliyorsun uzun zamandır konuşuyoruz ve öyle görünüyor ki, biliyorsun, bu gözyaşları önce geldi ve onlar hala ordalar. Hissediyor musun....

Hasta: Hayır, hala orda değilller.

Dr. Klein: Hala orda değiller?

Hasta: Onları geri getirebilirsin fakat hala orda değiller.

Dr. Klein: Evet? Onları nasıl geri getirebilirim?

Hasta: Annemden bahsederek.

{Duraksama}

Dr. Klein: Zaten geri geliyorlar. Sana bir başka soru sorabilir miyim? Biliyorsun, sanırım bu acı hisler ve bu kötü hisler, biliyorsunuz, bazıları – bu gözyaşlarının altında yatan şey nedir, biliyorsun, uzun zamandır orda olmalılar. Sanıyorum onlarla ilişki kurmak için bir çok farklı yol denedin, sanırım bu bir çok şeyi denedikten sonra belki de en iyi alternatif gerçekten onlarla ilgili konuşmaya çalışmandı ve her şeyin birden ortaya çıktılar. Ve ayrıca merak ediyorum hastaneden ayrıldıktan sonra tedavi için birini görmeye devam edecek misin?

Hasta: Babam terapi görmek zorunda olduğumu söyledi.

Dr. Klein: Babanın söylediklerini umursamıyorum.

Hasta: Ve ben istiyorum.

Dr. Klein: Ben sana konuşuyorum.

Hasta: İstiyorum çünkü, annem bunu yaptı ve annem bugün güzel bir kişiydi. Bir işi var, üniversiteyi bitirdi, ünvan aldı ve benim yapmak istediğim de bu. Eğer terapiye ihtiyacım varsa, eğer terapiye ihtiyacım olduğunu hissediyorsanız, Çünkü insanlardan bahsederken hislerimi bunun dışında bırakıyorum ve onlar bana neyin yanlış olduğunu söylüyorlar. Ve eğer problemin temelinde bunun olduğunu biliyorsanız sonrasında kötü olan hiç bir şey yapmak istemiyeceksiniz.

Dr. Klein: Bu çok yardımcı oldu. Katılıyorum. Buraya gelip bugün benimle konuştuğun için sana teşekkür ederim.

Hasta:: Oh, bitirdik?

Dr. Klein: Evet.

Hasta: Tamam. Teşekkür ederim.

6. VAKA SUNUMU

Burada sunulacak vaka William Griffith tarafından Masterson günleri II’de sunulmuş bir vakadır. Kendisinden izin alınarak tam metin olarak burada aktarılacaktır. Yukarıda bahsi geçen tüm teorik bilgileri ve uygulama süreçlerini içerdiğinden Masterson yaklaşımında Borderline Kişilik Bozukluğunun ele alınması ve tedavi süreçlerinin anlaşılması açısından önemli olacaktır (Griffith, 2009).

6.1. Tanımlama

Petro kendini 19 yaşında (şu anda 22) beyaz işsiz bir kadın olarak tanımlıyordu. Bekar ancak talep üzerine bir kız ve erkekle romantik ilişki yaşıyordu. İlk görüşmede oldukça bakımsız görünüyordu; kollarının ön kısmı eksiden kalma çeşitli yara izleri yanında kendi kendisine yaptığı kesiklerle doluydu, Görüşmeciye karşı olan tavrı oldukça muhalifti.

6.2. Temel Şikayet

Hasta, evden kaçmış ve o zamanlar Nijeryalı bir uyuşturucu satıcısı olan bir adamla birlikte yaşıyormuş. Kızınının bir fahişe ve uyuşturucu kullanan bir sükut-u hayale uğrayan ve tek amacının kendisini mahvetmek olduğunu düşünen annesi tarafından hastaneye yatırılmak için zorlanmış. Hastanın durumu şöyle özetlenebilir:

‘Bana evde kimse saygı duymuyor, şu an olduğum yerde seviliyorum ve de saygı duyuluyorum. .. Burdan gitmek istiyorum ve Hillbrow’a dönmek istiyorum. ..lanet olsun!’. Ona saygının onun için önemli olup olmadığını sorduğumda bana şöyle cevap verdi: *‘Senden önce o adamı becerdim (Bir önceki terapistinden bahsediyor.). Senin saygın benim için neden önemli olsun ki. Anneme saygı duymam, o da bana.’* Annesinden saygı görmediğinde nasıl hissettiğini sorduğumda şöyle cevap verdi: *‘Ben kendi saygımı kendim yarattım.’* Ona kendisine saygı duyup duymadığını sorduğumda ise: *‘S.ktir...s.ktir...s.ktir...(ağlayarak)..Hayır, duymam!!! Şimdi mutlu musun? Kendime saygı*

duymam. Hatta kendimi sevmem de. Bu, çok karışık olan problemi ortaya koyma şekli durumunu özetlemektedir ve çalışma referansım olarak kullanılmıştır.

6.3. Hastalık Geçmişi

Hasta, ilk görüşmeden 3 ay önce annesiyle yaptığı bir tartışmanın sonrasında evden kaçmıştı. Tartışma, trafiğin çok yoğun olduğu bir saatte trafikğe takıldıklarında başlamış çünkü hasta, annesinin kendisini sinir etmek için kasten yanlış bir yola girdiğini düşünüyordu. Trafik durmuş halde olduğundan hasta arabadan dışarı çıkmış ve üzerine doğru gelmekte olan araçlara doğru histerik bir şekilde koşmaya başlamıştı. Bir polis memuru gelip, yardıma ihtiyacı olup olmadığını sormuştu. O da polise, bir kadının (annesinin) kendisini kaçırdığını ve az önce kaçıp kurtulduğunu söyledi. Polisler, kaçırın kişiyi (annesini) tutuklamakla meşgulken o da bir adamla(tedaviye başlamadan önce önce birlikte olduğu uyuşturucu satıcısı) arabaya bindi ve annesini polis aracına konulurken bıraktı. 3 ay boyunca gözden kayboldu ve Hillbrow polisi tarafından arandı. Bu süre boyunca uyuşturucu satıcısı olan adamla birlikte yaşadı ve çok çeşitli suç aktivitesi sergiledi.

Hiçbir zaman bir fahişe olarak çalışmadı ancak çok farklı erkeklerle ve kadınlarla cinsel ilişki kurdu. (*‘Çünkü seks yapmayı seviyorum.’*) Biraz uyuşturucu kullandığını ancak bağımlı olmadığını, uyuşturucu etkisini sevmediğini söylüyordu. Bu süre boyunca mutlu olduğunu ve yardıma gerçekten ihtiyacı olduğunu düşünmediğini belirtti. Depresif hissettiğini inkar ediyordu. Kendisini görüşmeden önce kesmişti. Bundan önce, evden kaçtığı süre boyunca hiçbir kendine fiziksel zarar verme durumu yaşanmamıştı.

Hasta, eyleme vurma davranışlarına, özellikle rasgele cinsel ilişkiye girme ve kişilerarası çatışmalar yaşamaya 16 yaşlarında başladı. 16’sından önceki ilk kabul görmeyen davranışları oldukça belirsizdi, anne de kendisi de ilişkilerinin mükemmel olduğunu ve birbirleri için yaratıldıklarını düşünüyorlardı. Herhangi bir okuldan kaçma ya da başka türlü bir antisosyal davranış bildirilmemişti, hastanın okul başarı iyiydi. Annesi tarafından ideal bir

kız çocuğu ve de mükemmel bir öğrenci şeklinde tanımlanmıştı. Hasta bir gün uyandığında annesinin bir fahişe olduğunu farketdiği ve bundan sonra herşeyin değiştiğini söylüyor.

Lisenin ortalarına doğru anne kız daha fazla kavga etmeye başladılar ve kavgaları aynı zamanda fiziksel şiddeti de içermeye başladı. Bu aynı zamanda hastanın kendini yaralaması dönemine denk gelen bir dönemdir. O andan itibaren hasta kendisini ayda üç dört kez yaralamaya başlamıştı. Yaralar genellikle oldukça yüzeysel ve dikiş atılmayı gerektirmemektedir.

Hasta, ilk kendini yaralama davranışına neden bulabilmek için herhangi bir ayrıntı verememektedir yalnızca çektiği acının hoşuna gittiğini ve de ona yaşadığını hissettirdiğini söylüyor. Kendini yaralamalar devam ettiğinden dolayı annesi kliseden bir papazı kızına ‘danışmanlık’ etmesi için ayarladı. Başlangıçta dışa vurma ve kendini yaralama davranışlarında bir azalma görülmüştü, ancak bu terapötik ilişki cinsel ilişki biçime dönüşünce, azalan davranışlar geri döndü. Danışmanı bu ilişkiyi sonlandırmak istediğinde ise 9 ayrı intihar girişiminde bulundu. İlişkiyi sonlandırdığında ise, danışmanının karısını ve kendi annesini durumdan haberdar etti.

Onunla kalmasını istedi, 2 ay boyunca onu ciddi bir takıntı haline getirmişti. Bu süre içinde ona karşı olan ölümsüz aşkını beyan edebilir ve bu cevapsız kalırsa, örneğin onu takip edebilir ya da ondan intikam almak için başka adamlarla cinsel ilişkiye girebilirdi. *‘O benim hayata yeniden inanmamı sağladı. Onu seviyordum ve karısı tam bir sığırdı... bana yaptığımızın yanlış olduğunu söylediğinde kalbimi paramparça etmişti...beni nasıl böylece bir kenara itebilir...sahip olduğumuz çok özeldi ve bu onu mahvetti...’* Okuldaki rehber öğretmeni araya girmeyi teklif etti. Onu çok hoş bir kaçık olarak tanımladı, *‘ama ben ona çok fazlayım. Onu idealize ettim...herşey harikaydı...annem ve ben kavga etmiyorduk...’*

4 aylık tedavinin sonrasında onunla yeniden cinsel ilişkiye girmiştir ve irrasyonel kişilerarası davranışlarında artış meydana gelmiştir. Uyuşturucu kullanmaya başlamış, okulda bazı öğretmenlerle sorunlar yaşamaya başlamış (diğ er öğretmenlerin durumu anladığını

vurguluyor) Tüm bunlar olurken annesiyle olan ilişkisi de ideal anne-kız olmakla tamamen agresif bir ilişki olmak arasında gidip geliyordu. Örneğin; ‘*Bir gün biriyle tanıştım (PT o sırada 18 yaşında), annem onu çok sevdi...İlk buluşmam için bana yeni bir elbise almam için bana para verdi, BÜYÜK GÜN için...o böyle demişti. En güzel elbiseyi almıştım, kendimi çok güzel ve de seksi hissediyordum. Anneme elbiseyi gösterdiğimde bana bağırmaya başladı, bana neden her zaman bir sürtük gibi görünmek zorunda olduğumu sordu, eğer öyleyse benimle gurur duymasını istemiyordum...Elbiseyi paramparça ettim ve dışarı koştum...Ve bu benim BÜYÜK GÜN’ümün sonuydu.*

Tedavi boyunca yukarıda değinilen bu betimleme onun neden daha önce bir psikolog ve /ya da psikiyatrist desteği almadığını ortaya koyuyordu.

6.4. Psikiyatrik Geçmiş

Hasta duygusal ve davranışsal problemleri olmasına karşın, herhangi bir psikiyatrik/psikolojik danışmanlık almamıştı. Bu ilk danışmanlığından önce herhangi bir tedaviyi kabul etmemişti.

6.5. Aile Geçmişi

Hasta, babasının annesini gebeliğinin ikinci 3 aylık periyodunda terketmesine rağmen, planlı bir bebek olarak ve de bir evlilik içinde dünyaya gelmişti. Doğum zamanında ve de normal doğumdu. APGAR puanı 8/10 sonrasında da 10/10’dı. Bebek, 3 kilo 100 gr olarak doğmuş ve kuvözde kalmamıştı. Gelişiminin önemli aşamalarında herhangi bir anormallik gözlenmemiştir.

Petro, tek ebeveynli bir ailede büyümüş, babası nafaka ödemesine rağmen onunla görüşmeyi kabul etmemiştir. Annesi orta-üst sınıftan bir aile ortamında yetiştirilmiş, gelir durumu ve de kariyeri bakımından oldukça dengelidir. Anne ve babasının ailesinde herhangi

bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmamasına karşın, anne-kız, her ikisi de babasının bir psikopat olduğu konusunda hemfikir olmuşlardır.

Annesi Petro'nun hayatının ilk bir yılını çok mutlu geçirdiğini söylüyor. ...*'İlk defa sevilmenin ne demek olduğunu anlamıştım, sana bu kadar bağımlı küçücük bir insana sahip olmak...*' Petro 1 yaşındayken anneanesi Petro'nun bakımına yardımcı olmak için onlarla yaşamaya başlamıştı. Anneanesiyle olan ilişkisi giderek güçlenmişti. Bugüne kadar yaşadığı en uzun soluklu kalıcı ilişkisi anneanesiyle olan ilişkisi gibi görünmektedir. Annesi bu yeni ilişkiye aşağıdaki gibi bir tepki vermektedir: *'Sanki kalbim paramparça olmuştu.'*

Bu dönemde anne-kızın ilişkilerinin koşullu doğası gözle görülür hale gelmişti. Petro annesinin yanındayken anneannesinden yana bir tercih gösterirse annesi onu onayından yoksun bırakacaktı. Annesi kızını (hastayı) onu sevmemekle ve onu reddetmekle suçlayacaktı. Hastadan gelen şevkatli davranışlar hediyelerle, vs. ile ödüllendirilecek, anne herhangi bir reddedilme yaşadığında ise geri alınacaktı. Örneğin; hasta annenin olduğu durumda büyükanneye karşı bir duygulanım gösterirse gibi. Petro'nun yaşamının erken dönemlerinde, annesinin gelişimin oldukça önemli basamaklarından biri olan bireyselleşmesini reddetmesinin etkileri oldukça aşıkardır. Ayrıca, parçalanmış kendiliğin kökeni ve de terk depresyonuna karşı gelişmiş savunma, bu WORU(withdrawal object relationship unit) ve RORU(withdrawal object relationship unit) klinik tablosunda oldukça açıklayıcı hale gelmiştir.

Çocukluğu boyunca Petro'nun babası oldukça az yer aldı ve tedavi boyunca 8 ay süresince babasıyla iletişime geçti. Babasıyla görüşmeye başladığı bu zaman zarfı içinde yeni ilişkiye dair beklentileri oldukça yükseldi (Annesinin evinden taşındı.) ve babasıyla yeniden bir araya gelmeyi düşlemeye başladı. Tüm bunlar babasından daha fazla nafaka almak için mahkemeye vermesiyle sonlandı. Şu anda arasıra babasıyla öğle yemekleri için buluşuyorlar.

6.6. Kişisel Geçmiş

Petro çocukluğunu aynı muhitte geçirdi ve büyükannesi tarafından bakıldı. Okul hayatına iyi adapte oldu ancak öğretmenleri tarafından değişken doğallı bir çocuk olarak tanınıyordu. Ergenlik döneminde kalıcı arkadaşlık ilişkileri kurabildi ancak karşı cinsle geçici ilişkileri oldu. Tüm ilişkilerdeki problemi reddedileceğine dair beklentisi ve kıskançlıktı. Akademik performansı doyurucuydu ve zorunlu öğrenimini tamamladı. Petro, görüşmenin yapıldığı dönemde işsizdi. Romantik ilişkileri kısa süreliydi. Cinsel yönelimi biseksüel olarak tanımlıyordu.

6.7. İnceleme

Petro, hafif derecede fazla kilolu 19 yaşında bir kadın hastadır. Görünüşü özensiz, kişisel hijyeni (yağlanmış scalar, kirli el tırnakları vs.) görüşme öncesi sağlanmamıştır. Hasta; kişi, zaman ve yer yönelimi açısından sıkıntı yaşamamaktadır. Duygu durumu hafif gergin, duygulanımı uygun ve duyguların akışı beklenen dağılımın içindedir. Bilişi bozulmamış, atik ve odaklanabilmektedir. Soruları mantıklı bir biçimde yanıtlayabilmektedir. (görüşmenin amacına uygun olanları) Zekası normal ve üstü aralığa düşmektedir.

6.8. Ayırıcı Tanı:

Mevcut problemin süresi ve klinik tablodan hareketle aşağıdakiler tanı kriterlerinin parçası olarak düşünülmüştür:

- EEG sonuçları beyinde herhangi bir epilektik bir durumun olmadığını göstermektedir.
- Kan test sonuçlarında kanabis (esrar) kullanımı tespit edilmiş ancak bunun dışında herhangi bir uyuşturucu izine rastlanmamıştır. Kandaki kanabis değeri bu uyuşturucunun arada sırada kullanıldığını göstermektedir. Taburcu olduğu dönemde kan değerleri oldukça normal seyretmekteydi. Kalışı sırasında hiç bir yoksunluk belirtisi göstermemiş ve yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik herhangi

bir ilaç tedavisi uygulanmamıştır. Madde bağımlılığı tanısı ve/veya madde bağımlılığına bağlı gelişen herhangi bir bozukluk tanısı almamaktadır.

- HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birine raslanmamıştır.

Yukarıdaki tablo ortaya konduktan sonra bir duygu durum bozukluğu düşünölmeye başlanmıştır. Bipolar Bozukluk II (İki Uçlu Bozukluk II) bir olasılık olarak düşünölmüştür ancak hastanın klinik geçmişı ve mevcut belirtileri bununla da tam olarak örtüşmemektedir. Tam anlamıyla depresif epizodlar ve/veya hipomanik epizodlar görölmemektedir. Hastanın intihar girişimleri hastanın yaşadığı kişilerarası çatışmalara tepkisel olarak ortaya çıkmış ve depresif duygu durumuna ve/veya major depresyona bağlı olarak ortaya çıkmamıştır. Hastanın agresyonu dürtüseldir ve düşük engellenme toleransına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır, süreklilik arzetmemektedir. Hiçbir Eksen I tanısını karşılamadığını ve de mevcut olan klinik tablo ışığında, hasta; terkten kaçınmak için gösterdiği abartılı tepkileri, yıkıcı kişilerarası ilişkileri, dürtüsellığı, reaktif duygu durumu, uygunsuz ve aşırı öfkesi, kendine yönelik yıkıcı/zarar verici tutum ve kendilikle ilgili zorlukları ile ele alındığında, Borderline Kişilik Bozukluğu (Sınır Kişilik Bozukluğu) tanısı almaktadır. Aşağıdaki gibidir:

Eksen I: Madde Kötüye kullanımı

Eksen II: Sınır Kişilik Bozukluğu

Eksen III: Medikal bir tanı yok ya da öncesinde varolan

6.9. İntropsişik Yapılanma:

Kendiliğın, birincil nesne ilişkilerindeki ayrılma/bireyleşme süreçleriyle edinilmesi gerekenler konusundaki yetersizliğı, diğer nesnelerle ilişiki kurmadaki yetersizliğı bu kişinin klinik geçmişinin merkezini oluşturmaktadır. Borderline kişilik (sınır kişilik) olması muhtemel annenin kişiliğı de hastanın yaşamındaki erken bağlanma ilişiki biçimleri üzerindeki etkisini bir kez daha vurgulamaktadır.

Annenin çocuğun fiziksel ve duygusal bakımındaki açıkça görülen geri çekilmesi; (gelişim öyküsünde de görüldüğü gibi) algılanan red ve aşırı bağımlı davranışların açık teşviği, bireyleşmedeki ve nesne ilişkileri oluşturmadaki yetersizliği nedensel faktör olarak düşünülebilir. Sınır kişilik yapılanmasında ayrılmış nesne ilişkileri birimleri, birincil nesne ilişkilerindeki iyiyi ve kötüyü (ödüllendirme ve çekilme) ayırmak için gereklidir. Böylece terk depresyonu ile ilişkilendirilen bağlanma duygulanımdan kaçınılır. Petro vakasında, kendiliğin hayatta kalabilmesi ve anneden gelen kabul edilmenin varolduğu bir gerçeklikte olabilmek için, tüm duygular (terk depresyonu) GNIP -Geri çekilen nesne ilişkileri parça birimi- ile ilişkilendirilmiş, kendilik parçalara bölünmüş, karşı savunmaya geçmiştir. Kendisini özel hissettiği ve sevildiğini hissettiği kısma ONIP -ödüllendirici nesne ilişkileri parça birimi- olan bağlanma girişimleri gerçek hayatta yaşadığı öznel deneyimlerini etkilemektedir.

Onun sindirilmiş kendiliği, mevcut çevresindeki ölümsüz nesnelere olan aşırı bağımlılığıyla devamlılığı sürdürmektedir. Böylece kendilik aktivasyonundan ve terk depresyonuyla ilişkilendirilebilecek yaşantılardan kaçınabilmektedir.

Bu hasta ve annesi zaman zaman gerçek olmayan bir şekilde, ödüllendirici nesne ilişkileri birimine (ONIP) bağlanabilecekleri küçük *intrapsişik dans* formüle etmişlerdir.

6.10. Psikoterapi

Böyle spesifik terapilerde terapötik duruşu ve çerçeveyi sağlam tutmak öncelikli odaktır. Tanının daha ilk görüşmeden gözle görülür olması, terapötik müdahale olarak yüzleştirmenin kullanılmasına ilk seanslardan itibaren başlanmasını sağlamıştır. Sınır üçlemesi (borderline triad) kolayca izlenebilir, müdahalelerin çoğu kısa süreli kendilik aktivasyonuna olanak verir (bu, terk depresyonuna kısa süreli göz atmayı da sağlar) ki karşılığında aşırı bağlanma ya da dışa vurum davranışlarıyla savunmaya geçilir. Hasta, terapötik sürece katıldı ve seanslara düzenli bir biçimde devam etti. Eyleme vurma

davranışları devam etmesine karşın, kendini yaralama davranışı tedavinin ikinci ayı sırasında sona erdi. Aşağıdaki bölüm, tedavi süresince aktarımın eyleme vurumunu yansıtmaktadır. Aynı zamanda hastanın kendiliğini aktive etmemek için gösterdiği savunma örüntüsünü ve de yüzleştirme müdahalelerine karşı göstermiş olduğu reaksiyonları göstermektedir.

Bu bölüm beşinci görüşmenin başlangıcından alınmıştır.

PT: *Bu sabah uyandım oldukça azgın hissettim...Sex yapmayı çok istedim(gülümseyerek ve de bana cbaştan çıkarı bir biçimde bakarak..Bu, transferansın bu dışavurumu ve RORU'nun savunmacı yapılanmasıdır.)*

TH: *Merak ediyorum neden bugün bana cinsel isteklerinden bahsetme ihtiyacı duyuyorsun? Dün benden kendine saygı duyabilmek için yardım isterken...Seks hakkında konuşmanın sana bu konuda nasıl bir yardımı dokunacak? (Bu, savunma durumundayken direk olarak yüzleştirmeyi amaçlar. Cinsellik her zaman kendisini kabul edilmiş ve özel hissetmesini sağlamaktadır.)*

PT: *S.ktir!!!!.....Ben tamamen seksle ilgiliyim...her zaman kendimi iyi hissetmemi sağlamıştır..her şeyi çok daha güzel yapar. (Savunma örüntüsü agresyon yoluyla çok daha güçlü bir şekilde yansıtılmıştır.)*

TH: *Bana bu sabah seks istediğini söylemen, acaba bir şeylerin yolunda gitmediği söylemenin başka bir yolu olabilir mi? (Terapötik sınırlar ve duruş içinde kalmaya çalışma, bir de yüzleştirmeye çalışma... 'Her şeyi daha güzel yapar.'...durum.*

PT: *Bana ne hissettiğimi söyleyemezsin...(ağlamaya başlar)...s.ktir..(daha fazla ağlar)...(muhtemel harekete geçme)*

TH: Petro, bu sabah seks hakkında konuşmayı tercih etmen kötü hissetmen hakkında konuşmamak için olabilir mi...pek iyi hissetmemen hakkında?(savunma durumunda kalması için)

PT:(ağlıyor) Ben her zaman bunu yapıyorum..Neden olman gerektiği gibi olmak zorudasın?....Annem dün akşam beni çıldırttı yine. Beni ziyarete geldi...bana şeker ve de tart getirdi...benim daha iyi hissetmemi sağlayacağını söyledi...ve o sürtük ayrılırken dedi ki...lanet olası dedi ki, bir dahaki sefer meyve getirmesinin daha iyi olacağını söyledi...kilo aldığımı görüyor...(ağlıyor)...(yüzleştirme işe yarıyor gibi görünüyor, benim terapistliğimle ilgili söylediklerine tepki vermedim çünkü bu kendisiyle ilgili konuşmamak için bir savunma girişimi olabilir)

TH: Annen akşam sana güzel bir şeyler getirdi ve sonrasında ise tadını kaçırdı...Seni biraz üzmüş gibi görünüyor. Bu sabah azmış olmaktan ziyade incinmiş olman mümkün mü? Belki de bunlar hakkında konuşmak seksi kullanarak bunları konuşmaktan kaçınmaktan daha yararlı olabilir? (yüzleştirmeye devam etme)

PT: Biliyorsun, haklısın...O bir sürtük...(yavaşça ağlıyor)...Bu her zaman böyleydi....Elimden gelenin en iyisini yaparım...ona karşı iyi ve hoş olurum...o napar eder bunun ilerlemesini engellerdi...Hiçbir zaman yeterince iyi olamadım...(ağlıyor)...(Hasta kendiliğini harekete geçirdi ve depresyonunu hatırlatan duygular öne çıkmaya başladı)

TH: Sen böyle hissettiğinde n olur? (Cevabı tahmin etmeliydim, savunma her zaman üçlemeyi bitirir.)

PT: (sinirleniyor) Seks yapıyorum!!! Ve bu benim kendim hakkında iyi hissetmemi sağlıyor. (terk depresyonuna karşı savunma)

TH:(cevaplayamadan hasta ofisi terk ediyor)

Yüzleştirmeye karşı verilen tepkileri tedavi boyunca bu tür davranışlarından uygunsuz kazanç sağlamasını sağlamıştır, ancak her seferinde bir sonraki seansa özür dileyerek ve de bu davranış örüntüsünün annesiyle arasındaki ilişkinin bir yansıması olduğunu farkına vararak gelmiştir. Şimdilerde düzenli bir işi ve de uzun süreli bir ilişkisi vardır.

6.11. Karşı Aktarım

Bu tür eyleme vurum davranışlarının sergilendiği durumlarda terapötik çerçeveyi ve duruşu sağlamak en zor olanıdır. Onun ödüllendirme birimiyle bağlantılı olan projektif kimliğine tepki vermede, açık karşı aktarım tepkileriyle başa çıkmada çok daha fazla zorluk yaşadım. Tedavinin ikinci yarısında onun gösterdiği gelişimden dolayı gurur duyma hissiyatımla yüzleştirdim, ancak farkettim ki aynı zamanda o da kendi becerilerinden dolayı kendisiyle gurur duyuyordu.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç

İnsanoğlu tüm yaşamı boyunca genel motivasyonlarında yakınlık ve bağlanma ihtiyacı ve de mahremiyet ve bunlara bağlı bir arada olacak kişisel güç ve bireyselleşme gerilimini deneyimlemektedir. Daha ilk aylardan itibaren etrafını kuşatan ebeveynleri, kardeşleri, diğer bakım verenler ve yakınlarına bağlanma ihtiyacı içerisinde olacak bu bağlanmalar, yaşamın ileriki yıllarında arkadaşlar ve çeşitli gruplar ile de devam ettirilmektedir. Diğer taraftan da tüm bu deneyimler içinde mahremiyet anlamında özerklik, kişisel yetkinlik ve bireyselleşme becerileri geliştirilmektedir. Yaşam boyu bağlanma ihtiyacı ile bireyselleşme, kişisel gücümüzü muhafaza etme arasında bir denge kurma mücadelesi içerisinde olunmaya devam edilir.

İnsanoğlu tümüyle aynı mücadele içerisinde iken; bu mücadelede farklı reaksiyonlar ve farklı kişilerarası etkileşim tarzları nasıl oluşur? Normallikten patolojiye doğru giden farklılıklar nelerdir ve hangi yolla oluşurlar? Gelişimsel teoriyi irdelemeksizin tüm bu süreçlerin izlerini sürmek ve doğru cevapları bulmada eksik kalınacaktır. Psikodinamik psikiyatri bağlamında psikoterapötik müdahalelere yönelinmesi büyük oranda gelişimsel modellerin doğasının anlaşılması üzerine belirlenmektedir.

Mahler (1971) ve Stern'in (1998) yapmış olduğu çalışmalar farklılıklar gösterse de karakter oluşumlarını göstermede birbirini tamamlayan ve gelişimsel teorinin temellerini oluşturacak iki farklı çalışmadır. Bowlby'nin nesne sürekliliği kavramı bu her iki yaklaşımın üzerinde durduğu nesne ilişkileri açısından ileriye yönelik olarak kurulan temelleri kavramsallaştırmada önemli bir katkı sağlamıştır.

Mahler, gelişim evrelerini simbiyotik evre üzerinden tanımlar ve insanoğlunun psikolojik doğumunu gelişimsel evreler ile açıklar. Bu evrelerde özellikle de Borderline kişilik bozukluğunun gelişimine konu olan ayrılma bireyselleşme döneminin yeniden yakınlaşma alt evresinde görülen anne çocuk etkileşimlerinin yaşamın ileriki yıllarına taşındığı tespit edilmiştir.

McDevitt (1997) ve Arkadaşlarının Mahler'in araştırmalarına katılan 3 çocuk üzerinde yapmış oldukları ileriye yönelik çalışmada bu 3 çocuğun güvenli bağlanmadan ziyade

güvensiz bağlanmaya sahip olduklarını rapor etmişlerdir. Bu açıdan da çocuğun ilk nesne ilişkilerinin ileriki yıllara taşınmasını ve psikopatolojiye mazhar olmasını desteklemektedir.

Ainsworth'un (1978) yapmış olduğu bağlanma stilleri çalışmaları Mahler'in çalışmalarını destekler yönde sonuçlar vermiş ve ileriki yıllarda yapılan araştırmalar edinilen bu bağlanma stillerinin yaşam boyu öteki ile ilişkide temel zemini oluşturduğunu doğrulamışlardır.

Stern yaptığı deneysel çalışmalar ile Mahler'in öne sürdüğü simbiyotik dönemi reddederek çocuğun doğuştan kendilik çekirdeği ile dünyaya geldiğini belirtmiştir. Kendiliğin tezahürünü de bir gelişimsel sıralama içerisinde tanımlamıştır. Burada yapılan araştırmayı destekleyecek yönde kendiliğin oluşumu ve kapasitelerini kullanabilme becerisini ve duygulanım düzenlemesini erken yaşlarda kendi başına yapamayacağı, bir diğer nesne veya nesneler üzerinden entegrasyona doğru ilerleyeceği saptanmıştır. Bu noktada da kendiliğin doğuştan varolması ile bu kendiliğin bireyin varlığına etkin entegrasyonu ve kendi özü ve varlığı bağlamında bireye katılabilmesi için dış nesneler, ve gerçeklik tarafından düzenlenmiş olması gerekliliği Stern ve diğer araştırmacılar tarafından da teyit edilmektedir.

Schore'un (1994) yapmış olduğu nörobiyolojik çalışmalar interpersonal etkileşimlerin beynin nöronal yapısının biyolojik oluşumunda etki ettiğini ispatlar niteliktedir. Kendiliğin, duygulanım düzenlemesi veya duygulanım düzensizliğinin nöronal yapılarını ve beyinde temsil edildikleri alanlar ile birlikte; beynin plastisitesi bağlamında beyindeki gelişim izlerini sürmüştür.

Schore bu yaklaşımları bir adım daha öteye taşıyarak kendiliğin ve duygulanım düzenlemesi veya duygulanım düzensizliğinin nöronal yapılarını, beyinde temsil edildikleri alanları ve beynin plastisitesi kapsamında gelişim periyotlarının izlerini sürmüştür. Schore, beynin akson ve sinir hücresi ve liflerinin büyük kısmının ve bunların davranışların temelinde yatan bağlantılarının erken ve geç bebeklik döneminde oluştuğunu belirtmiş ve bu bağlamda sağ beyinde yer alan orbitofrontal korteksin anneyle etkileşimi sonucu kendiliğin oluşumunun ortaya çıktığını belirterek; kendiliğin sağ beynin orbitofrontal korteksinde olduğunu göstermiştir.

Masterson (1967) yapmış olduğu klinik çalışmalarda ergenlerin eyleme vurmalarının azalmasını izleyen depresyon üzerinde çalışarak kendi yaklaşımının temellerini üzerine kurduğu “*terk depresyonu*” üzerinden çalışmalarını yürütmüştür. Yukarıda belirtilen gelişimsel süreçlerle de terk depresyonu yaşantısının ve bunun yaşamın ilk yıllarına temellenen öncülleri anlatılmış ve bireyselleşme sürecinin sürekli bir parçası olmasına rağmen gelişimsel duraklama gösteren borderline yetişkinlerdeki tezahürleri de kendilik üçlüsü bağlamında aktarılmıştır. Klinik çalışmaların da kanıtladığı şekilde kendilik aktivasyonu terk depresyonuna yol açacak ve terk depresyonu da Masterson’un Mahşerin altı atlısı olarak isimlendirdiği duygulanımları getirecektir (Suisidal depresyon, cinai öfke, panik ve kaygı, boşluk ve hiçlik, utanç ve suçluluk, umutsuzluk ve aresizlik). Bu duygulanımları rezone etmeyi ğrenemiş ve egosu gerçeklik düzleminde etkin olamayan borderline birey bu durumdan çıkmak için savunmaya yönelecektir. Savunmalar eyleme vurma şeklinde davranışlarına yansıyacak ve bu da yaşantısındaki işlevsellik düzeyini etkileyecektir.

Klinisyenler için tanısıl olarak DSM- IV temel kılavuz olsa da betimsel yaklaşımın ötesinde ve semptom odağının daha derinliklerine bakacak bir mekanizma ile borderline yapıyı anlamak uygun tedavi yöntemi uygulamak açısından yeni ufuklar açacaktır. Bu noktada Kernberg ve Masterson intrapsişik yapı üzerinde durulması gerektiğini vurgulamışlardır. Intrapsişik yapı, kişinin iç yapı taşlarının, yani kendilik ve nesne tasarımlarının nasıl organize olduğunu, nesne ilişkileri çatışmalarıyla nasıl baş ettiğini belirtir.

Masterson, intrapsişik yapıyı değerlendirirken intrapsişik yapıdaki sahte ve gerçek kendilik yapılanmalarını ele almıştır. Sahte kendilik yapısı savunmacı bir sistem olup; btnleştirilememiş kendilik ve nesne tasarımlarının çatışmalarını yönetecek düzeyde gelişimi temin edilememiş olan gerçek kendiliğin feda edilerek onun yerine bir savunma olarak sistemin çarpık da sürdürülmesini temin eden bir yapıdır. şüphesiz ki bir çok patoloji ve savunma düzeneği bir çeşit başa çıkma yoludur ve bireyin içinde bulunduğu koşullar ve deneyimleri dahilinde yaşamda varolagelişini devam ettirmesini sağlamada önemli sistemlerdir. Ancak bu çeşit bir savunma düzeneği yani; gerçek kendilik feda edilerek kurulan bir sahte kendilik maladaptif bir sistem olarak bireyin gerçek potansiyellerini yaşamasının önünde sürekli bir ketlenme oluşturmanın yanında sürekli bir içsel çatışmaya yol açacak; ve bu içsel çatışmalar çeşitli semtomlar ve işlevsellikteki ciddi ketlenmeler ile ortaya çıkacaktır.

Bu bireylerin bazıları belli düzeyde işlevsellik gösterip yaşamda belirli seviyelerde fonksiyonel olabilmelerine rağmen tam bir benlik bütünlüğü ve içsel barışı deneyimlemekten mahrum kalacaklardır. Intrapsişik yapı içerisindeki sahte ve gerçek kendilik gelişimleri, bölünmüş nesne ilişkileri sistemleri ve bunların savunmacı işleyişleri çalışmada detaylı olarak tanımlanmıştır.

Şüphesiz ki bu çalışmaların tek amacı sadece mevcut olan borderline yapıları tanımlamak ve intrapsişik yapılarını ve onların işleyiş sistemlerini tanımlamanın ötesindedir. Masterson ve ekibinin yaptığı klinik çalışmalarda Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireylerin tedavisinde “yüzleştirme” tekniği üzerinde bir müdahale içeren psikoterapi uygulanmıştır. Araştırmada hem klinik uygulamalar hem de teknik açıklamalar ile belirtildiği üzere borderline kişiler ayrılma bireyleşme evresinin yeniden yaklaşma alt evresindeki duraklamadan mustarip olduklarından kendi ayrı yapılanmış nesne tasarımlarının ve bunun gerçekliğinin farkındalardır. Ancak bu gerçekliği taşıyıp yönetebilecek düzeyde ego güçlerine sahip değildirler ve sürekli bir inkar içerisinde yapışacak nesne arayışı içerisinde ve nesne tarafından yutulma korkusu içerisinde olan döngüde hapsolmuşlardır.

Yüzleştirme, gelişimsel olarak duraklamış ve sağlıklı gelişmemiş kendilik ve egoya karşı gerçeklik egosu ve gerçek kendilik tarafında durur. Borderline bireyin inkar ettiği gerçeklik ve kendi potansiyellerinin ve gerçek kendiliğinin potansiyellerini görmesi ve daha önce deneyimlemekten kaçındığı terk depresyonu duygulanımlarına karşı egosunu güçlendirerek ve yeni duygulanım düzenleme sistemlerini entegre ederek bir bütünleştirme sağlamasına yardımcı olur. Borderline birey, daha önceleri gerçekliğe bakmak için kullanmış olduğu ters dürbünden vazgeçerek, anın gerçekliğini kendi gözlerinden ve bugünün gerçeklik temsilleri üzerinden görerek bütün bir nesne ve bütün bir kendilik temsili edinme yolunda ilerler.

Yüzleştirme müdahalelerine temellendirilmiş psikoterapi belirli prensipler ve sıralama silsilesi izler. Terapinin ilk aşaması olan test aşamasında borderline birey terapistini sürekli test eder. Eyleme vurmaları yolu ile terapistinin yapışabileceği bir nesne mi, onun için bir şeyleri üstlenecek mi, kendisine boyun eğmesini ödüllendirecek mi, onun kendi başına terapi

sorumluluğunu üstlenebileceği karşısındaki tutumları nelerdir diye sürekli test eder. Çünkü daha önce bildiği nesne ilişkileri sistemi budur ancak tüm bunları yaparken ihtiyacı olan şey yeni ve temiz bir nesnedir. Bu nedenle Masterson yaklaşımında terapötik tarafsızlık (nötralite) son derece önem arz eder. Terapötik, duruş, terapötik çerçeve ve duruş, aktarım ve aktarım eyleme vurumunun terapötik işbirliğine dönüştürülmesi, karşı aktarım ve karşı aktarım eyleme vurumunun yönetilmesi ve iletişimsel örtüşme ve terapötik ittifak ile donanmış ilkelerin herbirinin ayrı ayrı önemleri, uygulama şekilleri ve katkıları araştırmada detaylı olarak ele alınmıştır.

Yukarıda belirtilen tüm bu prensiplerin doğru izlenmesi derinlemesine çalışma evresine gelinmesini temin eder. Burada terapistin yapacağı şey iletişimsel örtüşme çerçevesi içerisinde borderline bireyin gerçek kendiliğinin kendini ifade etme stillerini yakından takip ederek, gerçek kendiliğin sözsüz ifadelerini sözlü ifadelere dönüştürmesinde önünü açmak ve bireyin buradaki duygulanımlarını yeniden yaşantılayıp; parça nesne ilişkileri düzeneğinden tam ve bütün nesne ve tam ve bütün kendilik temsilleri bağlamında yeniden yapılandırmasına olanak tanımaktır.

Intrapsişik yapının yeniden yapılandırılmasını takiben terapiyi sonlandırma aşamasında, bireyin artık tam ve bütün bir nesne ilişkileri birimi ve gerçek kendilik temsilleri üzerinden bu ayrılığı deneyimlemesi, ayrılığın yasını deneyimlemesine izin verilmesi ve nihayetinde de kendi yaşantısına dönmesine olanak tanınması devreye girer. Bu da kişinin edinmiş olduğu bütün bir libidinal kendilik aracılığı ile; canlılık, yaratıcılık ve eşsizlik hisleri üzerinden sevmeye ve üretme kapasitelerine sahip olarak sürdürebileceği bir yaşam elde etmesini temin etmektedir.

Öneriler

Masterson yaklaşımında, entegratif bir yaklaşım içerisinde geliştirilen ödüllendiren ve geri çekilen paradigmlar tarafından belirlenen bölünmüş nesne ve kendilik parça birimleri tarafından işleyen intrapsişik yapı bağlamında Borderline Kişilik Bozukluğu kavramsallaştırılmıştır. Bu sistem ayrılma bireyleşme sorunsalı üzerinden bireyleşmeye yönelik olarak ayrılmanın getirdiği terk depresyonu üzerinden işlemektedir.

Çeşitli sayıda araştırmanın da gösterdiği gibi bağlanma ve özerklik süreçleri erken yaşlarda içselleştirilen sistemler üzerinden işlemekte ve tüm yaşantımızda etkili olmaya devam etmektedir. Bu bağlamda özellikle toplumumuzda yaşanan kültürel değişimin bireyselleşmeye yönelik olarak ilerlediği bir dönemden geçtiği gözönünde bulundurulursa; Masterson yaklaşımının irdelenmesi ayrı bir ehemmiyet arz edecektir. Cemaat tarzı bir yaşayış biçiminden cemiyet tarzı bir yaşayış sistemine doğru bir geçiş sürecinde ilerleyen toplumumuzdaki bireylerin gelişimleri ne şekilde olacaktır? Toplumsal kalıplar içinde yaşamaya devam mı edecek yoksa bireyselleşmeye yönelip daha çok kendi varoluşunu gerçekleştirme yönünde mi ilerleyecektir? Bunun aile içerisindeki etkileşimleri hangi dinamikler üzerinden işleyecektir, bireye ve uzun dönemde topluma yansımaları ne şekilde olacaktır? Şüphesiz ki psikopatolojiyi ele alırken kültürel etmenleri gözardı edemeyiz ancak bu bağlamda da gerek teorik gerekse klinik çalışmalarda entegre edilmiş yapılar üzerinden çalışmaları ilerletmek ortak bir akademik lisanı devam ettirmek de ayrı önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Masterson yaklaşımı ana hatları ile ele alınmış ve detayları ile açıklanılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın ötesinde diğer değerli kuramcılarının yaklaşımları ve metodlarının da farklı ve aynı yönleri ele alınarak değerlendirilebilir ve bu şekilde, Borderline Kişilik Bozukluğunu anlamada ve tedavi etmede daha etkin süreçler oluşturulmasına katkı sağlanabilir.

KAYNAKÇA

- Ataman, V. (2004). *Varolmanın acısı Schopenhauer felsefesine giriş*. İstanbul: Donkişot Yayınları.
- Akhtar, S. (2009). *Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri
- Bailey, K.D. (1982). *Methods of social research* (2nd ed.). New York: The Free Pres.
- Cassidy, M. (2009). *Masterson yaklaşımında kendilik bozukluklarının psikoterapötik tedavisi*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı
- Chabert, C. (2008). *Sınır işleyişler: Hangi sınırlar, psikanaliz yazıları*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Daws, L. (2009) *Büyümeye izin verilmemiş olmak Masterson yaklaşımında borderline kişilik*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı
- Freud, A. (2004). *Ben ve savunma mekanizmaları*. İstanbul:, Metis Yayınları
- Freud, S. (1924). 'Further recommendations in the technique of psychoAnalysis: recollection, repetition, and working-through'. Internet. c.P., 2, 366-76. (çev. Joan Riviere)
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Guilford Press
- Goldman, H., H. (1995) *Review of general psychiatry (4th edition)* Norwalk, Conn: Appleton & Lange
- Goleman, D. (2005). *Duyusal zeka*. İstanbul, Varlık Yayınları,
- Göka E., Yüksel, F. V., Göral, F. S., *İnsan ilişkilerinde yansıtma özdeşim*. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17(1):46-54
- Güngör, Derya. (2000) *“Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklar arası aktarımında anababalık stillerinin rolü” (Yayınlanmış Doktora Tezi)*. Ankara: Ankara Üniversitesi
- Griffith, W. (2009). *Düşük düzey borderline kişilik bozukluğu vaka sunumu*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı
- Katz, J. (2009). *Masterson yaklaşımında kendilik bozukluklarının ayırıcı tanısı*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı
- Kaplan, H.I., Sadock, B. J. (2004). *Klinik psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri
- Kernberg, O. F. (2000). *Sapıklarda ve kişilik bozukluklarında saldırganlık*. Büyükkal, M. B. (Çev.), İstanbul: Metis Yayınları
- Kernberg, O. F. (2006). *Sınır durumlar ve patolojik narsizim*. Atakay, M. (Çev.), İstanbul: Metis Yayınları

- Kernberg, O. F. (2008). *Ağır kişilik bozukluklarında psikoterapötik stratejiler*. Köşkdere, A. A. (Çev), İzmir: Meta Basım
- Klein, M. (2008). *Sevgi suçluluk ve onarım*. Habip, B. (Çev.), 1. Baskı İstanbul: Kanat Kitap
- Klein, R. (1989). *The art of confrontation*. In J.F. Masterson & R. Klein (Ed.). *Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach*. New York: Brunner/Mazel
- Klein, R. (1989). *Introduction to the disorders of the self*. In J.F. Masterson & R. Klein (Ed.). *Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach*. New York: Brunner/Mazel
- Kohut, Heinz. (1998). *Kendiliğin çözümlenmesi*, Cebeci, O. (Çev), İstanbul: Metis Yayınları
- Köroğlu, E. (2007) *DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Köroğlu, E. Güleç C., Bölüm yazarı: Akvardar, Y. (2007) *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Köroğlu, E. Bayraktar, S. (2007) *Kişilik bozuklukları* Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Kulaksızoğlu, Adnan. (2005) *Ergenlik psikolojisi*. 7.bs. İstanbul:Remzi Kitabevi,
- Madge, J. (1965). *The tools of science an analytical description of social science techniques*. New york: Anchor Books Doubleday and Comp.
- Mahler, Margaret, Pine, S.F., Bergman, Ani. (2003). *İnsan yavrusunun psikolojik doğumu*. İstanbul: Metis Yayınları
- Mancia, M. (1989). *On the birth of the self*. İnternet. Rivista Psicoanal., 35:1052-1072.
- Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique, Teaching, seminars on psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner/Mazel
- Masterson, J. . (1984). *The psychiatric dilemma of adolescence*. II. Baskı, New York: Brunner/Mazel
- Masterson, J. F. (1985). *The real self. Development self and object- relation approach* . New York: The Free Press
- Masterson, J. F. (1988). *Search for the real self. Unmasking the personality disorders of our age*. New York: The Free Press.
- Masterson, J. F., KLEIN, Ralph, (1989) *Psychotherapy of the disorders of the self, the Masterson approach*. New York & London: Brunner-Routledge

Masterson, J. F., TOLPIN, Marian, SIFNESOS, Peter, E. (1991). *Comparing psychoanalytic psychotherapies*. New York: Brunner/Mazel

Masterson, J. F. (2006). *Narsisistik ve borderline kişilik bozuklukları*. Açıl, B. (Çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık

Masterson, J. F. (2008a). *Borderline yetişkinlerde psikoterapi*. Macit, H., Macit, M. (Çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık

Masterson, J. F. (2008b). *Kişilik bozuklukları*. Bozkurt, B. T., Soylu, T. V. (Çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık

Masterson, J. F. (2008c). *Bağlanma kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimi açısından kişilik bozuklukları klinik bir bütünleştirme*. Şentürk, H. (Çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık

McDevitt, J.B. (1997). The Continuity Of Conflict And Compromise Formation From Infancy to Adulthood: A Twenty-five –year- follow- up study. Internet. J. Amer. Psychoanal. Assn., 45:105-126.

Orcutt, C. (2009). *Tanı ve tedavide Masterson yaklaşımının gelişimi. Psikanalitik psikoterapinin esasları*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı

Özakkaş, T. (2009) *Masterson yaklaşımı özet*. Bayramoğlu: Masterson Günleri III konferans kitapçığı

Pearson, J. (2008) *Borderline kendilik bozukluğu*. Bayramoğlu: Masterson Günleri I konferans kitapçığı

Pearson, J. (2009a) *Borderline Kişilik bozukluğuna Masterson yaklaşımı*. Bayramoğlu: Masterson Günleri II konferans kitapçığı

Pearson, J. (2009b) *Ayırıcı tanı*. Bayramoğlu: Masterson Günleri III konferans kitapçığı

Schane, M. D. (2009) *Eksen I, Eksen II: Manik Depresif Bozukluk, Klinik Depresyon, Kaygı ve DEHB ile ilgili karışıklıklar*. Bayramoğlu: Masterson Günleri III konferans kitapçığı

Schore, A.,N. (1994) *Affect Regulation and the Origin of the Self*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Schore, A., N. (2003), *Affect dysregulation*. New York: W. W. Norton Company, Inc.

Sümer N., Güngör, D. (1999) “Yetişkin Bağlanma Stillerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirilmesi ve Kültürler Arası bir Karşılaştırması”, Türk Psikoloji Dergisi, 14(43)

Stern, D. N. (1998). *Diary of a Baby. What your child sees, feels, and experiences*. New York: Basic Books

Stern, D. N. (2000). *In the interpersonal world of infant. A view from psychoanalysis & Developmental Psychology*. New York: Basic Books

Volkan, V. (2007). *Psikoterapide nesne ilişkileri. Nörotik, Narsisistik, Sınırdaki ve Psikotik Hastaların Tedavisinde Nesne İlişkileri Pratiği*. Köşkdere, A. A. (Çev) Bursa: Şahmat

Whisman, M. A. (2008). *Adapting Cognitive Therapy for Depression. Managing Complexity and Comorbidity*. New York: Guilford Press

Winnicott, D.W. (2007). *Oyun ve Gerçeklik*. İstanbul: Metis Yayınları

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2005). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayınları

Zetzel, E.R. (1965). *Introduction to the Work of Melanie Klein: By Hanna Segal, M.D.* Internet. New York: Basic Books Publishing Co., Inc., 1964. 118 pp.. *Psychoanal Q.*, 34:589-593.