

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: ÖRSELENME (TRAVMA)*

Celal Odağ **

ÖZET

Amaç: Çocuklukta yaşanan bedensel ve cinsel taciz, başkalarına yapılan bedensel ve cinsel tacize tanıklık, aşırı çekingenlik ve ihmâl nesne ilişkileri kuramcılarına göre Borderline kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili örselenmelerdir. Biz bunlara yakınlığın yitimi, koruyucu nesnelere sık sık değişmesi, çocuğun istenci dışında aileden uzaklaştırılması, ebeveynin biri tarafından istenmediği duygusu, aile içinde sıcaklık ve sevgi veren (libidinal yatırımı) kişilerin eksikliği gibi acı deneyimlerde katıyoruz. Nesne ilişkileri kuramına göre akut travmaların işlenişini benliğin (ego) gücüyle kendiliğinden (self) yapısı belirler. Bize göre güncel travmanın işlenişinde daha önce geçirilmiş örselenmelerin şiddeti de belirleyici bir etmendir. Borderline hastalar en erken çocukluk dönemlerinde karşılaştıkları ve işleyemedikleri şiddetli travmalarla yaşam boyu birlikte olmak konumundadırlar. Bu onlara travmalara karşı belirli bir duyarlılık ama aynı zamanda bir dayanıklılık da kazandırmaktadır. Önemsiz gibi görünen bir travmaya şiddetle verilen tepki duyarlılığın, çok şiddetli bir travmaya karşı ruhsal yapısal bütünlüğün korunabilmesi dayanıklılığın, kanıtlarıdır.

Ayrıca güncel travmalara verilen tepki borderline hastalarının yapısal ve işlevsel özgül sorunlarının da etkisindedir. Tıpkı dismorfofobi, anoreksiya nervosa, şizofreni gibi ergen dönemine özgü hastalıkların, dönemin çözülmesi gerekli temel sorunlarının etkisi altında olması gibi.

SUMMARY: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND TRAUMA

Childhood traumas are important factors in the development of Borderline Personality Disorders (BPD). Patients with BPD have difficulty in working through the childhood traumas and have to live with them lifelong. Their reactions to acute daily traumas are affected by their specific structural and functional problems.

GENEL BİLGİLER

Örselenme (Travma): Kişinin kısa sürede ruhsal dengesini ve uyumunu bozacak şiddetli uyarılara karşı karşıya kalmasıdır. Uyarıların şiddetleri ve birdenbire ortaya çıkışları benliğin onları örgütlemesi, ayarlaması, özümsemesi özete işlenmesini güçleştirir. Benlik ruhsal dengeyi yeniden sağlamada çaresizlik ve yetersizlik belirtileri gösterir. Genellikle uyarıların şiddetleriyle benliğin onlarla başedebilmesi gücü arasındaki fark travmanın öncelikli bir belirleyicisidir.

Örselenme Konumu: Kısa sürede etkinleşen şiddetli uyarıların ortaya çıktığı ve kişiyi etkiledikleri konumdur. Savaş, toplama kampları, öldürücü salgın hastalıklar, kazalar, beklenmedik şiddetli yitimler (yakın, sevgili, bir yangın sonucu tüm varlığın yitimi) ve depresyon örselenme konumlarıdır.

* Çalışma emekli olması nedeniyle Dr. Birsen SONUVAR'a adanmıştır.

** Doç. Dr., Düsseldorf Psikanalitik Enstitüsü, Almanya.

Örselenmeye Tepki: Örselenme yıkıcı bir saldırıya benzetilmektedir. Fischer ve Riedesser (1999) ye göre benlik bu saldırıya üç değişik biçimde tepki vermektedir.

A) Benlik herşeyden önce bu saldırıyla onun yıkıcı öğelerini örgütleyerek, ayarlayarak, sindirerek başetme yolları arar. Bu travmaya sağlıklı bir yaklaşımdır. Böyle bir yaklaşımın ardından Posttravmatik Stres Sendromu (PTSS) ortaya çıkması nadirdir.

B) Benlik saldırının tehlikeli öğelerini çözer (dissosiyasyon eder) ve kendisinden uzaklaştırır. Benlik gücünün yetersiz kaldığı konumlarda ağır örselenmeye karşı bir işlev biçimidir. Bu yaklaşım türünde ise depersonalizasyon, derealizasyon belirtileri, amneziler ortaya çıkabilir.

C) Benlik örselenmeye karşı uyarıların içselleştirilmesini, çevrelerini kuşatarak sindirmeden ruhsal bölümün

bir köşesinde kalmalarını sağlar. Daha sık raslanan ve nevrozlarla borderline kişilik örgütlenmesinde örselenmelerle bir başetme yoludur. Öte yandan örselenmenin kuşatılarak depolanması onun değiştiği, sindirilip özümsemiği anlamına gelmez. Bu konuda örselenme ve onun olumsuz yaşantıları algılanmaz gibi görünse de güçlerini yitirmezler, bilince ulaşma çabaları eksilmez. Depolandıkları yerde etkinleşecekleri uygun bir zamanı (genellikle benliğin güçsüz bir zamanını) beklerler. Ruhsal sağaltımda hastaların önemsiz gibi görünen bir örselenmeye şiddetle tepki vermeleri ve ağır bir örselenmenin etkisindeymiş gibi davranmaları bu olguyu düşündürmelidir. Terapistin tepkinin şiddetini anlamadığı konumlarda bu olguyu bilmesi ona kolaylık sağlayabilir.

Örnek: Almanyada sağaltımını denetlediğim bir ergen (Florian) bir görüşmeye ne söyleyeceğini bilmediğini söyleyerek başlar. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta yoğun bakımda olan halasını mı? Ölümle ilgili düşüncelerini mi? Saplantılarını mı anlatmalıdır? karar verememektedir. Öte yandan Florianın korku ve yas içinde olduğu kendisini terkedilmiş, yalnız kalmış, tekbaşına savaşmak konumunda olan bir kimse gibi algıladığı, şiddetli bir gerginlik içinde olduğu bellidir. Ne anlatacağına kararsız olduğunu söylemektedir ama sürekli konuşarak, hiç susmayarak, hep bir düşüncenin peşinde olduğu izlenimi vererek, uzun süre ayrıntıları anlatarak, sık sık konu değiştirerek bir savunma içinde olduğu da açıktır. Terapist Florianın korku ve bir yas içinde olduğunu sezinler ama bunların şiddetlerini ve bu şiddetin nereden kaynaklandığını anlamakta zorlanır. Çünkü yoğun bakıma yatırılan halası Florianın sevdiği, önemseydiği, yakın ilişkiler kurduğu bir kimse değildir. Denetim sırasında bir yandan Florianın ilk kez ölümle karşılaşmış karşılaşmadığı üzerinde durulur. Onun halasının ölebileceği düşünceleriyle nesnelere sürekli olmadıkları deneyimlerini yaptığı ve süreksizliğin kendisinde korku uyandırabileceği düşünülür. Ama bu yaklaşım Florianın korku, yas ve yalnızlığını anlamaya yetmez. Tam bu noktada sağaltımı yapan ve hastanın özgeçmişini iyi bilen terapistin aklına Florianın özannesini gelir. Gerçekten de alkolik olan anne hastamızı dışlayan, onu önemsemeyen ona gerçek bir annelik

yapmayan bir kimsedir. Florian altı yaşındayken bir çocuk mahkemesi kararıyla anneden ayrılarak babaya verilmiştir. O zamandan beri Florian özbabası ve üvey annesiyle yaşamaktadır. Sağaltımda da annesini ve ondan ayrılışını bir kez bile anlatmamıştır. Bu ek bilgiler Florianın korku, yas ve yalnızlığını anlamayı sağlamıştır. Aslında Florianında halasının yoğun bakıma alınması nedeniyle annesiyle ilgili travma güncelleştirilmiştir. Florian bu eski travmanın güncellenen olumsuz etkilerini yaşamaktadır.

Fischer ve Riedesser (1999) örselenme (travma) olgusunu üç dönemde incelerler:

1. Şok dönemi

Dönemin süresi bir saatla bir hafta arasında dalgalanmalar gösterir. Aslında bir gün içinde travmanın korkunçluğu belirginleşir. Başlangıçta hareket edilemeyeceği duygusu baskındır. Bunu yadsıma izler, travmaya uğrayanlar onları kavramayamazlar, bir şey olmamış tehlike yokmuş gibi davranırlar, korku en çok yadsınan duygular arasındadır. Zaman duygusu değişimler gösterir, olgular ağır çekimdeki gibi algılanır ve da kısa bir zaman diliminde çok şeylerin yaşanması gibi bir hızlanma ortaya çıkar. Algılama bozuklukları tünelden bakış (olguları tünelden geçirmiş gibi dar bir alandan görme ve tünelin dışındakileri algılayamamak) ya da disosiyatif yaşantılar biçiminde ortaya çıkar. Derealizasyon ve depersonalizasyon disosiyatif yaşantıların belirtirleridir. Bozukluklar travmanın şiddeti oranında artarlar. Aşırılaştıkları konumlarda disorganizasyon, katatoni, stupor, kontrol vitimi ortaya çıkabilir.

2. Etkilenme dönemi

Travmadan sonra iki hafta sürebilir. Ofke bu dönemin baskın duyguları arasındadır. Yaslanma yerine çevrede olan herşeye öfkelenilir. Amirlerle, polise, doktorlara, yardım birimlerine ve genellikle devlete. Devletin kendilerini ihmal ettiği gerekli önlemleri almadığı inancı yaygındır. Öz güven azalır, depresyon, umutsuzluk, yetersizlik, çaresizlik duyguları bunlara eşlik ederler. Ağır travmaya uğrayanlar artık iyi bir şey olaca-

ği inancını da yitirirler. Yanlış davrandıklarına, herşeyi yanlış yaptıklarına inanır ve bundan yakınırlar. Huzursuzluk, uyku ve bellek bozuklukları ortaya çıkar, herşeyden korkulur, dikkat bozuklukları ve korkulu rüyalar tabloyu tamamlar. Depresif yapılı kişilerde "kurtulup yaşamayı hak etmediği" biçiminde özsuçlamalar ortaya çıkabilir.

3. Toparlanma dönemi

Şok ve etkilenme dönemlerinin ardından korku, çalışmama, depresyon, uyku bozukluklarının ortaya çıkıp kalıcı nitelikler göstermesi tıbbi bir yardımı gerektirir. Uğranılan travmanın süregenleşip süregenleşmeyeceği bu sürede belli olur o yüzden de kritik bir dönemdir. Alkol ve madde alımından uzak durmak o yüzden çok önemlidir. Toplumsal yardım ve güvenilen kişilerle ilişkiler travmanın kalıcı etkilerini engelleyebilir. Bu dönemde gerginlik yaratacak herşeyden uzaklaşmak önemlidir. Travmanın olduğu yeri değiştirmenin de yararı olabilir. Kişinin kendisini gerçekten toparladığı zamana dek travmatize edici etkenlerle karşılaşmaması yerindedir. Bunlara dikkat edilmemesi travmanın yoğunluk etkilerine ve böylece kalıcı belirtilere neden olabilir. Toparlanma döneminde travmatize olanlar yakınlarından ya da toplumdan gelecek yardım olanaklarından tam yararlanamazlar. Bazen bireysel sorunlar alevlenebilirler, bazı konumlarda yakınlar, tanışlar bir yük gibi algılanır.

Post travmatik Stres Sendromu (PTSS)

Bu akut tablo savaş, toplama kampları, kaza, ırza geçme, rehin alınma, politik baskılar, işkence, ya da baskı bedensel ve ruhsal şiddet, deprem gibi şiddetli travmalardan sonra ortaya çıkar.

2-3 yıl süren sendromun klinik belirtileri şöyle sıralanmaktadır: akut korkular (panik), benlik işlevlerinin sınırlanması (azalma), öfke, derelizasyon/depersonalizasyon sendromu, korkulu rüyalar, örselenme anındaki anların yok olması ya da istenç dışında bilince ulaşmaları, güvensizlik, umutsuzluk, depresyon, hastalar kendilerini korkutan ya da umutsuzluğa neden olan acı anı-

larını bilinçten uzaklaştırmaya çalışır başaramazlar. Zamanla toplumsal ilişkilerin bozulması, çalışma ve öğrenme güçlüğü tabloyu tamamlarlar.

Elimde bu konuda istatistiksel veriler yok. Ama ülkemizde depremzedeler arasında PTSS'nun yaygın oluşunu varsaymak büyük bir öngörüü de gerektirmiyor. Burada depremden sonra PTSS'nun herhangi bir belirtisini göstermeyen kişiyede dikkat edilmesi gereğine işaret etmek isterim. Deprem gibi korkunç bir travma kişilere başka türlü davranma olanaklarını tanımlıyor.

Borderline Kişilik Bozukluğu... Travma

Şiddetli travmalarda ruhsal olguları böylesi dönemlere ayırmak güçtür. Dönemler oluş sıralarında bir iççelik, sürelerinde de değişiklikler gösterebilirler. O nedenle şok, etkilenme, toparlanma dönemleri sırasına dikkat etme yerine ortaya çıkan belirtileri saptamak çok daha yerindedir. Nasilinde kendiliğin (self) yapısı ve benliğin gücü örseleyici (travmatik) uyarılara verilen tepkilerin öncelikli belirleyicisidir. Nesne ilişkileri kuramına göre benliğin gücüne kendiliğin yapısına bağımlı olarak kişilerin örselenmeye tepkileri de özgül özellikler gösterirler. Borderline kişilik bozukluğu şiddetli uyarılara özgül nitelikli tepkiler veren hastalıkların basındadır. Bu yapıdaki kişilerin aşırı örselenme konumlarında verdikleri belirtiler dikkat çekici özellikler gösterirler. Hastanın ilişki kurma biçimleri, içselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımları özette kendiliğin (self) yapısı ve benlik gücü travmaya verilen tepkilerin belirleyicisidir. Örneğin şok döneminde panik, algılama bozuklukları, derelizasyon/depersonalizasyon sendromları hatta psikotik belirtiler dikkati çekecek bir hızla ortaya çıkar ve aynı çabuklukta en şiddetli boyutlarına ulaşır.

Belirtilerin şiddeti terapiste kalıcı bir tablonun varolduğu, bunun değiştirilemeyeceği, durumun daha da kötüleşeceği kaygılarını uyandırır. Ama bu kaygılar zaman içinde genellikle azalır. Görülür ki bu hastaların çoğunda PTSS belirtileri bir süre sonra gerilemekte ve temeldeki Borderline Kişilik Örgütlenmesi sorunları yeni-

den baskınlaşmaktadırlar. Kernberg (1977, 1998) ruhsal sağaltımda travmatik bir yaşantıya yaklaşıldığı zaman bu hastalarda PTSS ortaya çıktığını öne sürer. Görüşüne göre sendrom iki ya da üç yıl sürmekte panik, benlik işlevleri bozuklukları, öfke nöbetleri, korkulu düşlerin ege-men olduğu bir tablo sergilemektedir. Klinik uygulamalar Kernberg'in bu savını pek doğrulamazlar. Çünkü belirtileri geniş yelpazeye yayılmış borderline tablosuyla PTSS arasındaki ayırıcı tanasal belirtileri bir süre sonra saptamak çok güçtür. Klinik uygulamalarda prepsikotik, geçici psikotik durumlar, ağır histeri bozukluklarıyla borderline kişilik bozuklukları arasında ayırıcı tanasal belirtilerin saptanmasında da aynı güçlük yaşanır. Çünkü borderline hastalığı kolay sınırlanabilen bir hastalık tablosu göstermiyor. Ayrıca zaman içinde gözlenen PTSS belirtilerinin gerilediği ama derindeki borderline kişilik bozukluğuna özgü temel belirtilerin kaydığı yani PTSS yerine borderline tablosunun aldığı izlenir.

Örnek: 21 yaşında başarılı bir üniversite öğrencisi 17 ağustosta deprem bölgesindeki ailesinin yanında depremi tüm şiddetiyle yaşamış. Ne evlerine ne yakınlarına birşey olmuş ama depremin etkisinden kurtulamamış. Bu nedenle bir üniversite polikliniğine başvurmuş. Dikkatli bir uzman yakınmaları poliklinik kayıtlarına şöyle bir sırada geçirmiştir.

1. Olay anı sürekli gözünün önünde. Küçük gürültülerden ya da sarsıntı izlenimi veren hareketlerden paniğe kapılıyor. 2. Uyku bozukluğu yok ama uyanınca uyuyamıyor. 3. Korkulu rüyalar. Rüyalarında genellikle deprem oluyor. 4. Dikkatini toplayamıyor, konsantrasyon güçlüğünden yakınma. 5. Çabuk sinirleniyor. 6. Yeniden deprem olacağı ailesini yitirebileceğinden korkuyor. 7. Yaşamayı anlamsız buluyor, herşeyin kaybolacağı duygusunu atamıyor. 8. Yemek yemede güçlükleri var, yemek konusu ona bulantı veriyor. 9. Suçluluk duyguları. Daha önce ayrılmış olduğu dostu depremde ölüyor. Onu neden aramadığı için kendisini suçluyor.

Yakınmaların öyküsü

Deprem geceyarısı geliyor, bir uğultu duyuyor, elektrikler kesiliyor, sonra bitmez gibi gelen sar-

sıntı, annesine sesleniyor, o anda "biz gittik duygusu" ile katlanılmaz şiddette bir korku yaşıyor. Depremden sonra bölgeye gelen yabancı bir kurtarma ekibine katılıyor. Depremzedeleri kurtarmada yardımcı oluyor. Bazı tanıdıklarını ölü olarak enkazdan çıkartıyor. O anda ona sanki duygusu yokmuş gibi geliyor. Sıralanan yakınmaları eylül başında başlıyor. Aklına Yalovadaki çikardığı ölümler gelince elini keskin birşeyle kesiyor. Arkadaşları arasında depremle ilgili şakalara öfkeleniyor. (Deprem var, deprem geliyor, yinelenen şakalar arasında). Depremzede kıza cinsel tacizde bulunduğu söylentisine daha çok öfkeleniyor. Bir süre deprem bölgesinden uzaklaşıyor. Yeniden gelişinde yakınmaları şiddetleniyor, durumu kötüleşiyor. Annesi neden kendisini toparlayamadı diye onu eleştiriyor. Hastamız annesine hem kızıyor hemde ona kırılıyor.

Görüşmelerin gidişi

İlk görüşmelerde hastamız depremde geçirdiklerini ve sıralanan yakınmalarını şiddetle yaşıyor. Görüşmeler ilerledikçe kısa bir süre sonra deprem travmasından uzaklaşıyor. Ailesiyle ilişkilerine ve orada yaşadığı sorunlara dönüyor. Görüşmeler ilerledikçe kısa sürede depremle ilgili yakınmaları geriliyor onların yerini borderline bozukluğunu düşündürecek belirtiler (belli belirsiz sıkıntılar, süregen bir memnunsuzluk, boşluk duygusu, dismorfofobi, elini kesme 'auto-destrüksiyon' ilişki bozuklukları ve anneyle yakınlık kuramamak) alıyor.

Borderline kişilik bozukluklarında bir travma sonucu ortaya çıkan belirtilerin benzer bir gidiş göstermeleri ender değildir. Örnekte belirginleştiği gibi travmanın nedeni olduğu belirtiler belirli bir süre sonra azalarak yerlerini borderline bozukluklarına özgü sorunlar almaktadır. Öte yandan bu örneğe dayanarak tüm borderline kişilik bozukluklarında travmatik belirtilerin böylesi ılımlı bir gidiş gösterdikleri sonucunu ortaya çıkarmak da yanlıştır. Deprem gibi şiddetli travmalar bu kişilerde de şiddetli PTSS belirtilerine neden olabilir hatta katotoni, prepsikotik/psikotik durumlar, depersonilazasyon/de-realizasyon sendromu, şiddetli depresyonlar ortaya çıkabilir. Ama bu durumlarda bile temeldeki borderline kişilik bozukluklarına özgü sorunlar ve bunların tabloya etkileri tümünden yitmez.

Kernberg (1977, 1998), Kroll (aktaran Kernberg 1993), Hermann (aktaran Kernberg 1998), Dulz (1998) görüşleri şöyle özetlenebilir:

Kroll (1993) kişilik bozukluklarının gelişiminde a) Bedensel şiddeti, b) cinsel tacizi, c) bedensel ve cinsel tacizin tanığı olmayı öncelikli travmalar olarak sıralar. Kernberg (1998) Amerikada sürekli bedensel saldırıya uğrayan çocukların oranının %30, cinsel tacize uğrayan çocuk oranının ise %10 - 30, borderline hastaların ise cinsel tacizin %10 olduğu görüşündedir. Paris (1993), Paris ve ark. (aktaran Kernberg 1994) borderline hastalarında cinsel tacizin başka hastalara oranla dikkati çeken bir fazlalık gösterdiğini öne sürer. Bessel A. von der Kolk, Judith Herman ise çocuk araştırmalarında cinsel ve bedensel saldırıların, şiddet eylemleri tanığı olmanın, aşırı ihmalin travmatik etkilerini vurgularlar. Borderline hastalarının: narsisistik nevrozlar, antisosyal kişilik, şizoid kişilere oranla daha fazla bedensel, ruhsal taciz ve cinsel tacize uğradıklarını, daha çok ihmal edildiklerini yazmaktadır. Görüşlerine göre borderline hastaların yarısı şiddetli bedensel ve cinsel tacize uğramış kişilerdir. Bunlara borderline hastaları arasında korkak, utangaç ve çekingen çocukların çoğunlukta olduğu gözlemlerini de katarlar.

* Biz ise en erken çocukluk döneminde yaşanan acı deneyimlerin gelişimdeki önemini burada vurgulamak isteriz. Yakınların yitimi, ilişki nesnelerinin sık sık değişmesi, istenç dışında aileden uzaklaştırma, ebeveynin biri yada her ikisi tarafından istenmediği duygusu, aile içinde sevgi veren kişilerin eksikliği bu acı deneyimlerin önemlileridir.

Kernberg borderline hastalarında etiyolojik nedenlerle travmaların etkilerinin birbirlerinden ayrılması görüşündedir. Görüşüne göre doğuştan gelen süregen agresyonlar etiyolojik nedenlerin önde olanlarıdır. İçselleştirilmiş agresif nesne ilişkileri, ülküleştirilmiş ve tehdit edici kendilik tasarımlarının birbirleriyle bütünleşmesini engellemekte ve bu kimlik karmaşasına neden olmaktadır. Buna karşın Dulz (1999) doğuştan gelen agresyonlar yerine diffüz bir anksiyeteyi borderline etiyolojik nedeni olarak görür.

* Biz ise Kernberg'in agresyonları Dulz'un ise bunaltıyı borderline hastalarının öncelikli etiyolojik

nedenleri olarak gören savlarını birbirlerinden ayırma güçlüğü çekmekteyiz. Çünkü pregenital dönem sorunları ağırlıkta olan hastaların her iki ögeyi birbirlerinden ayırma güçlükleri çektiklerini klinik uygulamalardan biliyoruz; hatta hastaların daha da şiddetli bozukluklar gösterenleri bu duygularına yaklaştıkları zaman onları tam sözelleştiremez, gergin oldukları belli olur ama onlar "içimde birşey var" der, "ne" diye sorulduğunda "işte öyle birşey" yanıtını verirler (Odağ 1995). Bu konularda terapistin "içinizde öyle bir şey diye tanımladığınız öfke olmasın, korku olmasın" gibi yardımcı klinik sağaltımın bilinmesi gerekli ilkeleri arasındadır. Biz buradaki anlatım güçlüğünün sözelleştirme yetersizliği kadar algılanan duyguların birbirleriyle karışık oldukları ve birbirlerinden ayrılaşmaları ile ilgili olduğu sonucunu çıkarıyoruz. Ayrıca önemli bir benlik işlevinin korkuyu agresyona çevirmek olduğunu da biliyoruz. Bu bağlamda depremzedelerin şok dönemindeki şiddetli öfkelerinin yaşanan korkuyla bağlantısını vurgulamak isteriz. Anna Freud (1936) çocuklarda saldırganlığın korkuya karşı bir savunma olduğunu yıllar önce belirtmiştir. Q nedenle agresyon diye algılanan duyguların, saldırgan eylemlerin ne oranda bir korkudan ya da yastan arınmış olduğunu borderline hastalarının sağaltımında sürekli kendimize sormak konumundayız. Depremzelerde izlenen ve çevreyi, devleti sürekli suçlayan öfkenin temeldeki korkuyla, yaşla ya da sarsılmış güven duygusuyla ilişkisini önemlerinden dolayı kısaca yinelemeyi uygun bulurum. Korku ve agresyon karşılıklı bir ilişki içindedirler. Bunlara yas da katılır. Yasta şiddetli öfkenin eşlik etmesi ya da yas tutma yerine öfkenin baskınlaşmasına klinik uygulamalarda sıklıkla rastlanır. Kanımızca borderline hastalarında tüm bu duygular ve duyguları uyandıran öğeler birbirlerinden tam ayrılaşmamıştır. Temeldeki örgütlenme yetersizliği bunları birbirlerinden ayırmayı olanaksızlaştırmaktadır (Odağ 1999).

Örnek: Tarzan gibi bedeni Einstein gibi bir kafası olması isteklerini taşıyan ama yaşamda çok başarısız, ilişkilerinde yıkıcılığın ağırlıkta olduğu bir borderline hasta sağaltımın bir oturumunda eşinden yakını. Ondan ayrılmayı düşündüğünü, karısının kendisinden ayrılmak istememesinden korktuğunu söyler. Öte yandan onu kari-

sının ayrılıp gitmesi de korkutmaktadır. Korkudan söz ederken sesinin öfkeli olduğu da terapistin dikkatinden kaçmaz. Terapist zaman zaman bu anlatışın derininde belli belirsiz bir yası da duyumsar, hastanın bu karmaşık duygularının hangisine öncelik vereceğine, onları birbirlerinden nasıl ayrı tutacağına karar veremez, çaresizlik ve yetersizlik içindedir. Hastaya yararlı olmadığı düşüncesiyle umutsuzluğa kapılır.

* Bize göre borderline hastalarında travma

Uzun süreli klinik çalışmalarımız borderline hastalarında travmaların etkileri ve işleniş biçimleri açısından özgül özellikleri olduğu izlenimlerini veriyor. (A) Travmayla birlikte yaşamak. (B) Travmaya göreceli bir dayanıklılık başta sayılacak özgül özellikler arasında.

(A) Travmayla birlikte yaşamak onu işleyemeden sürekli içinde taşımak anlamına geliyor. Kliniğe aldığımız hastalar arasında en erken çocukluk dönemlerinde ya da sonraları bir travmaya uğramamış olanı yok. Gözlemlerimiz bu hastalardaki ihmal edilme, cinsel ve bedensel taciz, şiddete uğrama, birisinin öldürülmesi ya da başkasına yapılan şiddeti gözleme, çocuklukta başlayan aşırı çekingenlik gibi olası travmaların varlığını tümünden doğrulamaktadır. Ama biz bunlara yakınların yitimi, onlardan zorla ayrılma, yuvada yetişme, sık sık koruyucu nesnelere değiştirilmesi, ebeveynlerin şiddetli geçimsizlikleri gibi travmatik etkili olguları da katıyoruz. Hatta biz yasa suçluluk duygularına katlanamamak gibi borderline hastalarının özgül özellikleriyle yaşamış bu travmalar arasında bir bağlantının bulunduğu inancını da taşımaktayız. Yasa ve suçluluk duygularına katlanamamak örselenmenin işlenmesini engellemekte genellikle olanaksızlaşmaktadır. Böyle konumlarda borderline hastalar örselenmiş selfi, gerçek selften çözerek (dissosiyasyonla) çözüm yolları arar. Sürec hastalarda amnezilerin anımsama güçlüklerinin ortaya çıkması yada bölmenin daha şiddetli kullanılmasıyla kendisini belli eder. Borderline hastalarında derealizasyon, depersonalizasyon sendromlarının saptanması da seçilen bu yolun bir belirtisidir. Deneyimlerimiz borderline hastalarının büyük bir çoğunluğunun örselenmiş selfe bir uzaklık sağlayarak çözüm aradıklarını göstermekte-

dir. Ne yazık ki sağlanan bu uzaklık hastanın örselenmiş selfi ruhsal yapısına integre edememek, onu işleyemeden içinde taşımak sonuçlarını verir. Günlük yaşamda hastalar eski travmadan uzaklaşmış görüntüsü verir ama bu pseudo uzaklaşma travmanın olumsuz etkilerini silemez. Oylesine ki bu borderline hastaların çağrışımalarında travmanın sinyallerini de saptamayı olanaklaştırır.

Örnek: Boşluk ve dağınıklık duygusu, şiddetli korkular, ilişki bozuklukları, nedensiz öfke patlamalarıyla sağaltımda olan bir borderline kadın hastamız sık sık kendisini suçluyordu. Bir yandan suçluluk duygularına katlanamıyor, bunların şiddetlendiği konumlarda (yer, iş, arkadaş değiştirme gibi) eyleme vurumlar artıyor ama hasta hemen her nedenle kendisini suçluyordu. Erkek arkadaşıyla bir anlaşmazlık sonucunda gene kendisini suçlar. Anlaşmazlıklarının nedeni dört aydan beri tanıdığı arkadaşının şimdilik kendisine çok iyi davrandığı ama bir gün kendisiyle yatmak isteyebileceği düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Eski erkek arkadaşı da aynı biçimde davranmış ve onu hileler kullanarak cinsel yakınlaşmaya razı etmiştir. Oysa bu tür bir yakınlık sınırlarını yitireceği, kendisini kaybedeceği korkularını uyandırmakta ve hastamız bunu kesinlikle istememektedir. Yeni arkadaşıyla da cinsel bir ilişki istememekte ama bu yüzden kendisini acımasızca suçlamaktadır.

Özsuçlamalarının en şiddetli olduğu bir dönemde hastanın birden bire annesi aklına gelir. Annesi babasının dostu tarafından öldürülmüştür. Hastamız babasının o zaman gizli ilişkide olduğu dostunu tanımaktadır. Katil aile tanışlarından biridir ve hastamıza 12 yaşına dek piyano dersi vermiştir. Görüşmenin bu bölümünde hastanın derin bir kedere kapıldığı suçlamalarının şiddetlendiği izlenir ve birdenbire uzun süredir içinde taşıdığı ama bir türlü söylemediği bir tasarımını (fantazi) anlatır. Bu tasarıma göre sanki babasının dostuyla birlikte olup annesini öldürdüğünü düşünmekte ve annesinin ölümünden kendisini de sorumlu tutmaktadır. Psikoterapinin bu aşamasındaki özsuçlamalar hastanın o güne dek uzakta durduğu travmaya yani annesinin öldürülmesi olgusuna yaklaştığı onun işlenmesine hazırlıklı olduğunun bir işaretidir. Ama bu aynı zamanda bizleri hastanın özsuçla-

malarının aslında derindeki işlenememiş travmanın bir türevi olduğu düşüncelerine de götürmelidir.

Uzun süreli klinik deneyimlerimiz bizde işlenememiş eski travmanın anlaşılabilir bir duygu, bastırılmış bir tasarım, engellenemeyen bir eğilim biçiminde kendisini bu günkü ilişkilerde belli ettiği inancını pekiştirmiştir.

B) Çatışma, tehlike, travmatik durumlara şiddetli bir anksiyete, eyleme vurumlar, durumun birdenbire kötüleşmesi, bazen öz kıyım düşünceleriyle tepki verilmesi borderline kişilik örgütlenmesinin özellikleri arasındadır. Klinik uygulamalarda birdenbire gelen bu kötüleşmeler terapilerde hastaların psikoza girecekleri, dağılacakları kaygılarını uyandırır. Bu kaygılara karşın hastalar kolay kolay dağılmazlar. Hatta psikotik bir tablo sergilemelerine karşın beklenmedik bir hızla eski ruhsal dengelerini yeniden sağlarlar. Bu gözlemler zamanla hastalarda bir dayanıklılık olduğu izlenimlerini uyandırır.

Bir örselenme olarak klinikten ayrılma (taburcu oluş)

Gündüz hastanemizde borderline hastaların sağaltımı riskli inişler ve çıkışlar göstermektedir. Taburcu oluş yani klinikten ayrılma en riskli dönemler arasındadır. Bu dönemde hastaların durumlarının kötüleştiği, eyleme vurumların arttığı izlenir. Dahası hastaların azımsanmayacak bir oranı taburcu olacağı günü bekleyeceğine ondan bir yada iki hafta önce kiliniği kendiliklerinden terk ederler. Taburcu olduktan sonra yapılan görüşmelerde klinik yardımcılarını dışlayan, güvenilmez, onları kendi hallerine bırakan kişiler olarak algıladıklarını bizim de kendilerini daha önceden yalnız bırakan, dışlayan, güvenilmez korkutucu ve yıkıcı kişilerden hiç bir farkımızın olmadığını söylerler. Bir kümesi için bu katlanılmaz bir yaralanmadır, bir kümesi içinse katlanılmaz bir yas ve yalnızlık duygusuna neden olur. Bu hastaların suçluluk duyguları ve yasa dayanıksızları, arkaik (ilkel/yıkıcı) öfkeleri hakkında çok yazılmıştır. Onlar için taburcu olma eski acı deneyimlerin yinelenmesi ve katlanılmaz duyguların alevlendiği bir örselenmedir. Hasta taburcu olmayı kaldıramıyor izlenimi verir ama asıl kaldıramadığı daha önce yaşadığı acı deneyimleridir.

SONUÇ

Yeni yaşanmış güncel bir travma bastırılmış, yaşandan soyutlanmış (izole) ya da çözülmüş (disosiyasyon edilmiş) eski travmaları etkinleştirmektedir. Bu etkinleştirme yalnız borderline hastalara özgü bir süreç de değildir. Ruhsal sağaltımında başka hastalar hatta sağlam gibi görünen kişilerde güncel bir travma işlenmiş eski bir travmayı etkinleştirebilir. Olgu bize eski örselenmeleri bugün işleyebilme olanaklarını kazandırır. Tıpkı eski çatışmaların aktarım süreçlerinde yinelenerek bize onları "şimdi ve burada" işleme olanaklarını kazandırması gibi.

KAYNAKLAR

Dulz B. (1998) Wut oder Angst. Welcher Affekt ist bei Borderlinestörungen der Zentrale. Persönlichkeitsstörungen.

Fischer G., Riedessen P. (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhard, München/Basel.

Kernberg O. (1977) Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart. Klett. Cotta.

Kernberg O. (1998) Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Persönlichkeitsstörungen.

Odağ C. (1995) İntihar (Özkiym). Tanım/Kuram/Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği.

Odağ C. (1999) Nevrozlar I. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı yayınlarından 1.

Reddemann L. Sachse U. (1999) Trauma frist. Persönlichkeitsstörungen.