

Psikanalitik Psikoterapi
MASTERSON GÜNLERİ-IV

Borderline Kişilik Bozukluğu
Senden nefret ediyorum, beni terk etme

10-13 Haziran 2010

Tahir Özakkaş MD., PhD.

Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 350

Masterson Serisi: 28

Masterson Günleri IV

Uz. Dr. Tahir Özakkaş

ISBN 978-625-7309-15-8

Birinci Baskı: 2010

İkinci Baskı: Nisan 2021

Editör: Tahir Özakkaş

Yayıma Hazırlayan: Psikoterapi Enstitüsü Yayın Ekibi

Çeviri: Psikoterapi Enstitüsü Çeviri Ekibi

Dizgi ve Kapak Tasarım: Yasemin Gümüş

Baskı: ENT Matbaa Yayın Reklam San. ve Tic. Anonim Şirketi
Merkez Efendi Mh. Mevlana Cd. Tercüman Sit. A-8 Blok No:118 No:54 K:13
Zeytinburnu – İSTANBUL

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORG. VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ. GENEL MERKEZİ

Asmalı Mescit Mah. İstiklal Cad. Galatasaray Han, “*Terapi İş Merkezi
Beyoğlu*” Dış Kapı No: 120 D:42, Beyoğlu / İSTANBUL
Tel: 0212 243 2397

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORG. VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ. DARICA ŞUBESİ

Bayramoğlu Mah. Fatih Sultan Mehmet Cad. “*Terapi İş Merkezi Bayramoğlu*”
Dış Kapı No: 285 D:29, Darica / KOCAELİ
Tel: 0262 653 6699

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ LTD. ŞTİ. ANKARA ŞUBESİ
Aşağı Öveçler Mah. 1324 Cad. “*Terapi İş Merkezi Ankara*” No:57/1,
Çankaya / ANKARA Tel: 0312 473 53 76

www.psikoterapi.com - www.psikoterapi.org - www.hipnoz.com

SUNUŞ

Elinizdeki kitap, 10-13 Haziran 2010 tarihinde, Masterson Enstitüsü ve Psikoterapi Enstitüsü işbirliğinde gerçekleştirilen Masterson Günleri-IV konferansının sunum metinlerini içermektedir.

Konferansın temelleri 2008 yılında gerçekleşen atölye çalışması ile atılmıştır. Masterson Günleri adı altında her yıl düzenlediğimiz çalışmanın çıktılarının, gerek teorik gerekse pratik zeminde, Kendilik bozukluklarının tedavisinde ihtiyaç duyulan bilgi ve yöntemleri karşılamaı açısından önemli bir kaynak olacağını düşünmekteyiz.

J.F. Masterson yaklaşımı, kişilik bozukluklarını, kendilik gelişimindeki sorunların derinliği ve yoğunluğu ile ilişkili görünümsel bozukluklar olarak tanımlamakta ve kendilik bozukluğu üçlüsü olarak adlandırmaktadır. Bu yılki konferans, Masterson yaklaşımı çerçevesinde, **Borderline Kişilik Bozukluğu'nun Ayırıcı Teşhisi ve Terapi Teknikleri** hakkında teorik bilgi ve klinik deneyimlerin paylaşılmasını ve tartışılmasını amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Borderline Kişilik Bozukluğu'nun alt tiplerinin tanınması, diğer kendilik bozukluklarından ayrıştırılması ve uygulanacak tedavi stratejileri hakkında bilgilendirilmesi ile uygulamaların gösterilmesi, ülkemiz profesyonelleri açısından önemli bir deneyime zemin oluşturacaktır kanısındayız.

Ruh sağlığı alanında çalışan akademisyen ve uygulayıcıların keyifle takip edeceğini düşündüğümüz Masterson Konferans dizisi içinde, elinizdeki yayını sizlerle paylaşmaktan kıvanç duyuyoruz.

Tahir Özakkaş MD., PhD.
Psikoterapi Enstitüsü Başkanı

Masterson Serisine Ait Diğer Kitaplarımız

Kitap Adı	Yayın No	Seri No
Gerçek Kendilik	6	1
Kendilik Bozukluklarının Psikoterapisi	9	2
Borderline Yetişkinin Psikoterapisinde Yeni Bakış Açılıarı	10	3
Psikanalitik Psikoterapilerin Karşılaştırılması	11	4
Masterson Günleri I	13	5
Masterson Günleri II	28	6
Masterson Günleri III	29	7
Masterson Günleri IV	30	8
Terapistler İçin Kişilik Bozuklukları Rehberi	32	9
Kişilik Bozukluklarında Travma	33	10
Karşı Aktarım ve Psikoterapötik Teknik	34	11
Kendilik Bozukluklarının Tedavisinde Yeni Ufuklar	35	12
Gerçek Kendiliği Ararken	36	13
Ergenliğe Yaklaşımında Psikiyatrinin İkilemi	42	14
Masterson Günleri V	45	15
Kendiliğin Doğuşu	55	16

Kitap Adı	Yayın No	Seri No
Borderline Ergenin Tedavisi	73	17
Borderline Ergenden İşlevsel Yetişkinine: Zaman Testi	76	18
Masterson Yaklaşımına Genel Bakış	100	19
Borderline Yetişkinlerde Psikoterapi	162	20
Narsistik ve Borderline Kişilik Bozuklukları	163	21
Masterson Yaklaşımı Eğitimi III Mart 2015 Ders Notları	275	22
Masterson Yaklaşımı Eğitimi III Nisan 2015 Ders Notları	276	23
Masterson Yaklaşımı Eğitimi III Mayıs 2015 Ders Notları	277	24
Masterson Yaklaşımı Eğitimi III Haziran 2015 Ders Notları	278	25
Masterson Günleri I-II	348	26
Masterson Günleri III	349	27
Masterson Günleri IV	350	28
Masterson Günleri V	351	29

İÇİNDEKİLER

1. BÖLÜM

Masterson Yaklaşımı ve Borderline Kişilik Bozukluğunu Tanı ve Tedavisinin Temelleri

Masterson Yaklaşımının Tarihçesi 1

Ahmet ÇORAK

Masterson Yaklaşımının Klinik Temelleri25

Judith PEARSON

Masterson Yaklaşımının Diğer Psikanalitik Kuramlardan
Farkları ve Benzerlikleri.....68

Tahir ÖZAKKAŞ

Masterson Yaklaşımında Ayırıcı Tanı90

Carolyn BANKSTON

Borderline (Sınır) Kişilik Bozukluğu:

Masterson Yaklaşımı 118

Judith PEARSON

İÇİNDEKİLER

2. BÖLÜM

Borderline Kişilik Bozukluğu Klinik Sunumlar

Yüzleştirmenin Kullanılması 143
Murray David SCHANE

Olgu Sunumu: Yapışmacı Borderline Kişilik Bozukluğu 155
Loray DAWS

Olgu Sunumu: Borderline Kişilik Bozukluğu 189
Meltem KAMER

Olgu Sunumu: Borderline Kişilik Bozukluğu211
Mustafa TUNCER

Olgu Sunumu: Bir Eyleme Vurma Borderline Kişilik
Bozukluğu.....232
William GRIFFITH

İÇİNDEKİLER

3. BÖLÜM

Travma ve Kişilik Bozuklukları

Travmanın Nörobiyolojisi	237
Murray SCHANE	
Kişilik Bozukluklarında Travma.....	249
Candace ORCUTT	
Travma ve Borderline Kişilik Bozukluğu.....	260
William GRIFFITH	
Travma ve Şizoid Kişilik Bozukluğu.....	262
Carolyn BANKSTON	
D.I.D'li Şizoid Kişilik Bozukluğu	297
Amanda CASSIDY	
Travma Kaynakla D.I.D'nin Entegre Edilmesi	319
Candace ORCUTT	
Konferans Programı	334
Kaynakçalar	338
Dizin	343

1. BÖLÜM

Masterson Yaklaşımı ve Borderline Kişilik Bozukluğunu Tanı ve Tedavisinin Temelleri

Masterson Yaklaşımının Tarihçesi

Ahmet ÇORAK

Masterson Yaklaşımının Evrimi

Psikanalitik psikoterapilerde Masterson yaklaşımı, Kendilik Psikolojisi, Nesne İlişkileri, psikanalitik gelişim teorileri, Bağlanma Kuramı ve nörobiyolojik yaklaşımı sentezlemeyi amaçlar. Bu sentez James F. Masterson (1926-2010) ve az sayıda kişi tarafından yaklaşık 50 yıl süren araştırma ve klinik çalışmaların sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

Ergenler hakkındaki hem psikiyatrik hem de psikanalitik değerlendirmelerin gerçeği yansıtmadığını gören Masterson, psikiyatri uzmanlığını tamamladıktan sonra, 12 yıl sürecek (1956-1968) büyük bir proje için gerekli maddi destekleri sağlayarak, 1956 yılında ergenler üzerinde çalışmaya başladı.

Birinci Dönem (1956-1968)

Bu proje hem klinik gözlem hem de bir sosyal bilim araştırmasını içeriyordu. Metodolojik araştırmalar, güvenilirlik ça-

lışmaları, uygun istatistiksel yaklaşımlar için her gün 3 saatini ayırmak zorunda kaldığından part-time klinik görevlerini bırakmak zorunda kaldı.

O dönemde “ergenlik krizi” (adolescent turmoil) adı verilen tabloya psikiyatrinin yaklaşımı “delikanlıdır, normaldir, büyüyünce nasılsa durulur” ve “ergene güven olmaz, depresyon dersin, sonunda anksiyete çıkar” diye özetlenebilir. Bu nedenle” hekimlerde tedavinin ertelenmesi” hatta “gereksizliği” yönünde bir kanaat oluşabiliyordu. APA’nın el kitabından da bu sonuca ulaşmak mümkündü.

Masterson’ın zihnindeki temel soru, bunun bir psikiyatrik bozukluk olup olmadığı yönünde idi. Eğer böyle ise ilaç tedavisi gündeme gelecekti. Ama tablonun salt gelişimsel bir çalkantı olması halinde, kliniğin geçici olduğu görüşü ağırlık kazanacaktı.

“Ergenlik krizi” adı verilen tablo adeta amorf veya her şekle girebiliyor, bu nedenle de klinisyenleri aciz bırakıyordu. Bu “kriz” (turmoil) var olan psikoza, nevroza veya kişilik bozukluğunu reklendirebiliyor, agrave edebiliyor, veya onları taklit edebiliyordu. Masterson, bu tabloya Churchill’in bir sözünü atfediyor “bir muammanın içinde gizli olan esrar ile sarılmış bir bilmece”. Churchill bu sözü Sovyetler Birliği için ifade etmiştir.

Konunun aydınlatılmasında bir başka handikap mevcuttu; deskriptif semptomatoloji ile psikanalitik kurgu arasında bir köprünün yokluğu. Psikiyatristler sadece semptomla ilgileniyorlar, adolesandaki büyüme, gelişme ve değişimin dinamikleri ile ilgilenmiyorlardı. Masterson’ın çalışması ergen konusundaki teoriye ilk sistematik meydan okumadır.

1957’de Rusların uzaya Sputnik uydusunu fırlatmaları ile o dönemin psikiyatristleri arasında kendi metodolojilerine güvensizlik ve fiziksel bilimlerin metodolojilerine özenme baş göstermişti. O sıralarda sosyal bilimler de nesnel olduklarını iddia ettikleri araştırma metodolojileri ile ön plana çıkmaktaydılar. Masterson bu çalışmada klinik bakış açısı ile sosyal bilimlerin metodolojik bakış açısını da sentezlemeye çalışmıştır. Sosyal bilimlerin metodolojik bakış açısı tamamen değişkenlerin tanımlanması, geçerlilik, güvenilirlik ve istatistiksel analiz üzerine dayanırken, klinik bakış açısı tüm bu değişkenleri aynı anda göz önüne alan ve bu nedenle bir parça subjektiflik içeren klinik yargıya dayanır.

Bu çalışmaya alınan hastalar 5 yıl süre ile takip edildi ve mevcut teoriye ters bulgular elde edildi. Bir yıl süre ile haftada bir defa seansa alınan ergenlerin depresyon, anksiyete ve eyleme vurmalarında azalma gösülüyor fakat kişilik sorunlarına hiç dokunulamıyordu. Ergenlik sorunlarının % 50’si şiddetle devam ediyor, hatta daha da kötüleşiyordu. İyiyeye doğru giden vakalar ise aslında çatışmalarını daha iyi yönetecek yollar geliştirebilenlerdi. Bu nedenle aslında, ileride ortaya çıkabilecek sorunlara dayanıksızdılar. Bulguları, o dönemdeki psikanalitik anlayışa da tersdi.

Bulgular 1967 yılında;

*“Ergenliğin Psikiyatrik ikilemi”*¹ (1967)

isimli bir kitapta yayımlandı. Bu kitapta vakalar teorik yaklaşım içermeyen bir biçimde sunulmuştur. Bu kitap probleme “giriş” yapar. Masterson’a göre yolun başı, başlama noktasıdır.

1 Psychiatric dilemma for adolescence, Brunner-Mazel, New York, 1967

Masterson bu sorunlu ergenlerin önemli bir bölümünün “borderline sendromu”ndan muzdarip olduğunu gördü. O dönemde bu hastalara borderline yerine “kişilik bozukluğu” deniyordu. Psikiyatri kitaplarında borderline’a fazla yer verilmezdi. Terim olarak eski dahi olsa borderline ismi daha çok psikanalitik kliniklerde kullanılıyordu. Borderline isminin terapistleri korkutan kötü bir ünü mevcuttu. Fakat kendisi hakkında bilinenler çok azdı. Masterson’ın hastaları şiddetli obsesif kompulsif bozukluk, dirençli fobi, majör bir histerik semptom, anoreksia nervosa görünümünde gelebiliyorlardı. Masterson, ergenlik krizi denen ve her şekilde karşısına gelebilen, her tabloyu taklit edebilen bu durumun, borderline’ın farklı savunmalarından ibaret olduğunu düşünmeye başladı. Masterson’ın projesini sürdürdüğü yıllar içinde (50’li ve 60’lı yıllar) ego psikolojisi geliştikçe, borderline sendromunun da bir ego patolojisi olduğu düşüncesi ağırlığını koydu. Borderline sendromu daha iyi bir şekilde tanımlandı. 1968’de Mahler kendi gelişim kuramını ortaya koyacak büyük araştırmasını tamamladı. Ayrıca 1968’de Kernberg’de kendi borderline anlayışına uygun bir tedavi önerdi. Masterson ise kendi kuramını ve tedavisini test edebilmek için 5 yıllık yeni bir proje ve bir gözlem süresine ihtiyaç duydu. Bu test süresinin sonunda tedavi anlayışını yayınladığı kitapta (1972) açıklayacaktır. Borderline tedavisi için artık yeni kapı aralanıyordu. Gunderson 2009’da Kernberg ve Masterson hakkında “borderline tedavisi için ihtiraslı ve coşkulu bir arayışı tetiklediler” diye yazacaktır. Klein (1882-1960) bu iyimserliği benimsememiştir.

Böylece, bu birinci dönemin (1956-1968) sonunda, Masterson kendi hastalarının prognostik göstergesinin semptomlar (fenomenoloji) değil, altta yatan (etiyoloji) patolojik karakter özellikleri olduğu sonucuna ulaşmış oldu.

Bu patolojik karakter özellikleri nelerdir? Nereden kaynaklanır? Onları nasıl tespit edebiliriz? Nasıl daha iyi tedavi edebiliriz? Bu 12 yıllık süre zarfında netleşen bu sorular üzerinde kafa yoran Masterson kendi cevaplarını test edecek ikinci bir çalışmaya gerek duydu. Bu çalışma esnasında kendi geliştirdiği terapi tekniğini de test etme imkanı bulacaktı. Tam bu sırada kendisine Payne Whitney kliniği ergen hastalarını görmesi teklif edildi. Ergenleri 24 saat gözleme fırsatı onu çok sevindirir. Masterson, ayrıca borderline ergen ile çalışmanın da kendi kuramı açısından bir şans olduğunu söyler. Ergende tablo çok daha net ve renklidir.

İkinci Dönem (1968-1974)

1960'lı yılların sonuna kadar hem ergenlik krizi hem de borderline sendromu bir günah keçisi olarak görülmüştür. Anlaşılamayan vakalar bu etiketlerle etiketlenip rafa kaldırılırdı. Her ikisine de psikiyatri kitaplarında fazla değinilmezdi. Her iki konuda da bir netliğin oluşması 1970'e doğru gerçekleşmiştir. Konu ile ilgili en büyük iki araştırma Mahler ve Masterson tarafından gerçekleştirilmiştir.

Borderline ergenler için Masterson yapılandırılmış bir ortam oluşturdu ve hem ayaktan hem de yatan hastalara yoğunlaştırılmış psikanalitik psikoterapi uygulandı. Serviste yatan ergenlerin en temel klinik semptomları eyleme vurma idi. Bu yataklı birimin devam edebilmesi için önlem alınması gerekli idi. Şiddetli eyleme vurmaların kontrol edildiği yapılandırılmış ortam, bu eyleme vurma doğasını anlama hakkında eşsiz bir olanak sundu. Eyleme vurmaları engellenen ergenler süratle depresyona giriyorlardı. Böylece afekt ve savunma (ey-

leme vurma) arasındaki bağ ortaya çıkmış oldu. Yani ergenler depresyona karşı kendilerini savunmak için eyleme vurmayı kullanıyorlardı. Öyleyse depresyonun kaynağının borderline etiyojisinde merkezi bir önemi olmalıydı. Bu sırada seanslardaki hakim temada bir değişikli gerçekleşmişti. Ebeveynleriyle güncel konulardaki çatışmalarından bahseden ergenler giderek çocukluk anılarından, özellikle de ayrılma deneyimlerinden bahseder olmuşlardı. Annenin çocuğun kendiliğini kabul edememesi merkezi tema haline gelmişti. Bu nedenle Masterson gelişim teorilerine özellikle de ayrılma-bireyselleşme bahsine özellikle önem vermeye başlamıştı. Mahler'in ünlü araştırmasını 1968'de bitirmiş olması da önemli bir şansdı. Eklektik bir yaklaşıma sahip olsa da aslında psikanalitik bir yönelimi olan Masterson'ın bu ikinci dönem araştırması, psikanalitik gelişim kuramlarında giderek derinleşmesini gerektirdi. Spitz'in 1946-1965, Bowlby'nin 1958-1961 ve Mahler'in 1958-1970 arasında yazdıklarından yararlandı. Bu yazarların hepsi aynı zamanda araştırmacı idi. Masterson rekonstrüktif kurgulama-dan ziyade direkt gözleme dayalı düşünceleri önemsiyordu.

Borderline sendromu denen klinik tablonun gelişimsel bir sorun olduğu anlaşılıyordu. Ayrılma-bireyselleşme sürecinde annenin sebep olduğu bir aksama, bir biçimde, kendilik gelişiminde bir bozukluğa yol açıyordu. Masterson ayrılma-bireyselleşme sürecindeki dinamikleri anlamamanın hem teşhis hem tedavide, hem de aktarım ve dirençleri anlamada kilit öneme sahip olduğunu gördü.

Bowlby'nin gözlemlerinin Borderline davranışlarını açıklamada çok faydalı olduğunu gördü. Çünkü Masterson borderline ergenlerin ayrılma konusunda bir sorunları olduğunu

görmüştü. Bowlby de bebeklerin ayrılmaya karşı verdikleri tepkiyi ayrıntısıyla incelemişti. Güvensiz bağlanan bebeklerin ayrılmaya karşı “protesto” ve “yeniden birleşme isteği” (wish for reunion) evrelerinde verdiği tepkileri Bowlby’nin yazılarında okudukça, kendi borderline ergen hastalarının aynı durumda verdikleri tepkilere ne kadar benzediğini gördü. Yani borderline ergenlerin afekt yaşı adeta Bowlby’nin bebeklerinin yaşı kadardı. Bu da gelişimsel duraklamayı destekliyordu.

Annenin hangi davranışı ayrışmanın en kritik evresinde çocuğun bu çabalarını baltalamaktadır? Doğru doğrusu anne çocuğun kendisinden ayrışmasından neden rahatsızlık duymaktadır? Masterson araştırmaları esnasında ebeveynlerle de görüşmüştü ve onlar hakkında ayrıntılı düşünceleri vardı. Bu ailelerde anne genellikle baskın ve baba genellikle silik, çekinik veya uzaktı. Masterson annelerde de borderline bozukluk olduğunu düşündü. Yani onların da bebekliklerinde ayrışmaları engellenmişti ve bir biçimde bağımlı bir ilişki sürdürüyorlardı. Bu durumda çocukların ayrışma temayüllerinin onlarda panik oluşturması beklenebilir bir şeydi. Böylelikle borderline etiyojide “anne yetersizliği”, yani çocuğun bağımsız kendiliğini tanımadaki yetersizlik anlaşılmış oldu. Çocuğun bir ayrışma çabasında annenin libidinal enerjisi geri çekiliyordu. Bunun, o yaştaki bir çocukta ölümden beter bir hissi tetikleme anlamak zor olmasa gerek. Masterson buna “ölüm ile gerçek bir randevu” demektedir. Bu his çocuğun bütün kanının çekilmesi, oksijensiz kalması, enerjisinin soğurulmasına denktir (depresyon). Çocuk mutlak bir umutsuzluk ve çaresizlik hissetmektedir. Bunlar borderline ergenlerin en sık rapor ettikleri duyguları arasındadır. Bu korkunç his çocuğun anneye

yapışmasına sebep olur. Yapışma, bağımlı bir ilişkiye yol açar. Yapışma borderline hastaların tipik savunmasıdır ve genellikle bağımlı ilişki içindedirler. Bağımsızlaşma çabalarını terkeden çocuk, içinden gelenleri yapmak yerine, onay almaya yönelik davranışlara yönelir. Yani gelişmekte olan kendiliğini rafa kaldırır, afonksiyonel hale getirir. Bu kendilik ne zaman aktifleşirse, bahsi geçen olumsuz duygular çocuğu kuşatacağından, artık kendilik aktivasyonu ile depresyon bir link oluşturur. Depresyonun sebebi terk korkusu olduğundan, Masterson bu depresyonu, duygudurum bozukluğu olan depresyondan ayırtetmek için “terk depresyonu” olarak isimlendirmiştir. İkisi arasındaki en önemli fark duygudurum bozukluğunun ilaca iyi cevap vermesi ama terk depresyonunun refrakter kalmasıdır.

Kendiliğini rafa kaldıran çocukta, bunun diğer bir yüzü olan egonun da gelişimi durur. Olgunlaşamayan ego primitif savunma mekanizmalarını kullanmaya devam eder. Borderline ergenler çoğu ilkel olan aşağıdaki savunmaları sık kullanırlar.

Yapışma, bölme, inkar, eyleme vurma, yansıtma, izolasyon, kopma, afektin çekilmesi, reaksiyon formasyon ve obsesif kompulsif mekanizmalar.

Bu savunmalar hem hastanın yaşantısını zorlaştırır hem de egonun olgunlaşmamasını da pekiştirir. Bu hastaların ego sınırları şizofrenlerden farklı olarak mevcuttur, fakat nevrotiklere göre çok daha zayıftır. Gerçeklik testi çoğu zaman normaldir. Egonun güçsüzlüğü ile orantılı olarak kontrolsüz ego-durum dalgalanmaları olur. Nevrotiklerde bu dalgalanmalar kontrol altındadır ve sarkacın açısı dardır. Ama borderline hastalarda zıt ego-durumları arasında sarkaç çılınca, kontrolsüz ve ölçüsüzce dalgalanabilir.

Ayrışma-bireyleşme çabası içindeki çocuk karşısında kendi terk depresyonu aktiflenen annenin çocuğa karşı tutumu çocuk tarafından içe alınır. Zayıf egonun, bu negatif introjeksi annenin diğer tasarımları ile sentezleyebilmesi mümkün olmadığı gibi, egonun bu imgeyi bastırması da söz konusu olmaz. Ego diğer “iyi” tasarımlarını bu “kötü” introjektten koruyabilmek için “bölme”yi kullanmak zorundadır. Ne bölme kullanan ego olgunlaşabilir, ne de olgun olmayan bir ego bölmeyi kullanmaktan vazgeçebilir. Masterson “Pamuk presesi ve yedi cüce” ile “Külkedisi” masallarını, bu dinamiklerin belirlediği fantaziler olarak yorumlar. Bütün uluslar tarafından çok benimsenmiş olan bu iki masalda da küçük bir kız “kötü anne”nin (üvey anne) zulmüne maruz kalır. Kötü annenin kötülüğü katışıksızdır. İyi anne ise, çocuk çok küçükken ölmüştür. Öfke çok iyi bastırılmıştır. Her iki masalda da kahraman, sadistik nesnelere karşı en ufak bir kızgınlık hissetmez. Öfkenin bu kadar iyi bastırılabilmesi çocuğun çaresizlik ve umutsuzluğunun göstergesidir. Borderline hastalarda da anneye karşı olan bu bastırılmış öfke, terapi sürecinde yavaş yavaş ortaya çıkar. Bu öfke, anne ile gündelik sürtüşmelerden kaynaklanan kızgınlıktan çok daha farklı, cinai (homisidal) bir öfkedir.

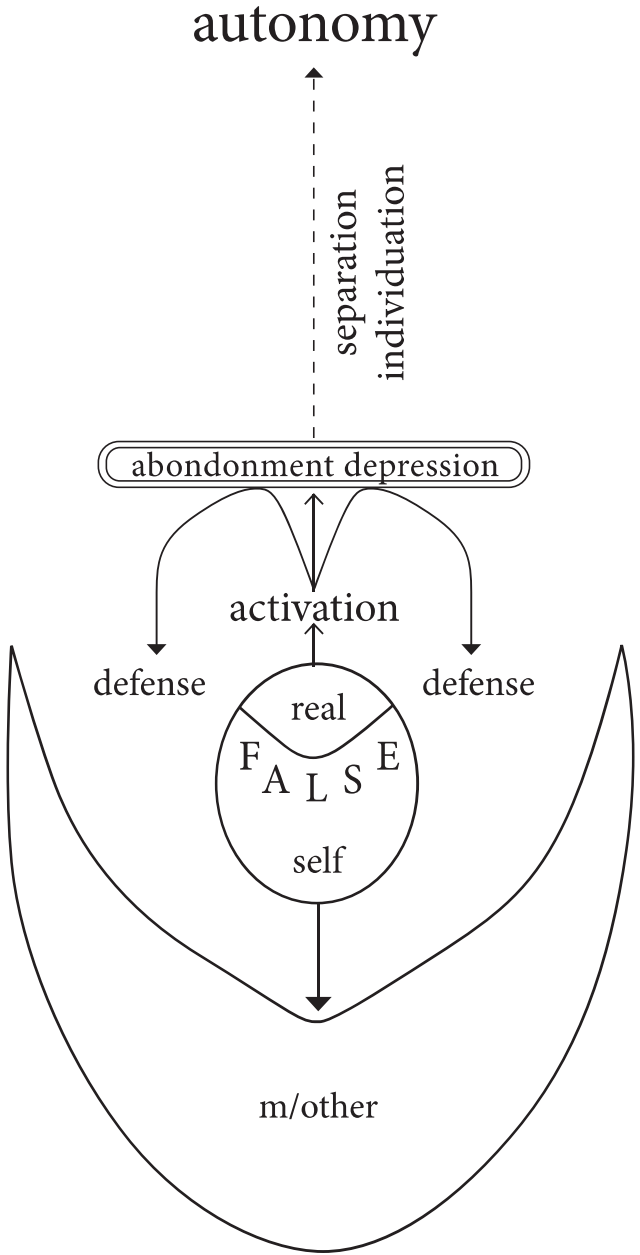
Ayrışma-bireyleşmenin en kritik evresinde çocuk iki zıt vektör etkisi altında kalmıştır. Biri anneye doğru olan regresif vektör. Bu vektör annenin, libidinal tonusunu ayarlaması ile, anne tarafından yönetilir. Diğeri ise genetik olarak çocuğa miras kalan bireyselleştirici (endividüatif) vektördür. Bu iki zıt vektörün oluşturduğu gerilime maruz kalan kendilik iki parçaya ayrılır ; gerçek kendilik ve sahte kendilik. Genetik olarak ileriye seyretmek, dünyaya açılmak, potansiyelini açığa çıkar-

mak, kendisini gerçekleştirmek isteyen ama annenin tehtidi nedeniyle deprese olarak hareket kabiliyetini yitiren parça gerçek kendiliktir. Çocuğun bu parçası tarif edilmez acıların ve korkunç hislerin kaynağı olduğundan, çocuk ömrü boyunca bu parçadan kaçacak ve bu kaçış için de envai çeşit yollar geliştirecektir. Bu yollar onun kişiliği haline gelecektir. Gerçekte kendisinden kaçtığı için de kendi hayatını değil, ödünç alınmış bir hayatı yaşayacaktır. Kendisi zannettiği aslında kendisi değildir, kendi yaşamı zannettiği şey aslında ona ait değildir. Hasta terapide kendisine karşı işlediği bu büyük suçlarla yüz yüze geldiğinde (yüzleştirme) sadece terk depresyonu ile değil kendi eliyle kendi hayatını nasıl mahvettiği gerçeğini de üstlenmek zorunda kalacaktır. Bu yük herkesin çekbileceği bir yük olmadığından tedavide mutlaka kopmalar olacaktır. Bu baskı altında intihar ve psikoz riski de çok iyi değerlendirilmelidir. Hastanın egosunun bu yükü kaldıramayacağına önceden bilinmesi durumunda, önce egonun güçlenmesini beklemek gerekebilir.

Hasta gerçek kendiliğini rafa kaldırıp sahte kendiliği ile harekete geçer. Bu parçanın hareket vektörü, anneye doğru olan regressif vektördür; (Bkz. Şekil 1) İleriye değil geriye, hayata doğru değil rahime doğru, ödipal aşamaya ve nevroza doğru değil psikoza, yetişkinliğe doğru değil çocukluğa, gerçekliğe değil fantaziye, sorumluluğa değil hazzı, doğrudur. Bu yön terk edilmekten korkan annenin çağırıldığı yöndür. Minik çocuğun haz ve elem arasındaki tercihte oyunu haz yönünde kullanması beklenir. Böylece minik çocuk “büyümeme” sözü vererek annesinin libidosunu satın almış olur. Annenin libidosunun bu şekilde satın alınmasına “koşullu sevgi” denir. Normal halde

anneninin libidosunun bedava olması gerekirdi (koşulsuz sevgi). Koşullu sevgi içeren ortam güvensiz bir ortamdır, bu nedenle çocuk dünyaya odaklanarak yetilerini benliğini geliştirme yerine, güvenlik sorunu nedeniyle karşısındaki nesneye (primer bakıcı: anne) odaklanarak dünyayı (gerçekliği) ihmal eder.

Böylece ayrışma-bireyselleşme süreçleri boyunca ilerleyerek özerkliğe ve bireyselliğe varması gereken gerçek kendinin yolu (self-activation) terk depresyonu durağında kesilmiş görünür. Bu durağa varan çocuk can havli ile geri döner veya acısını dindirmek için başka yollara sapar (savunma). Burada karşılaşıacağı terör ile henüz başa çıkabilecek durumda değildir (psikoterapiye kadar).



Yukarıdaki şekilde klinik ipuçları mevcuttur. Hasta regresyonda veya savunmada gelir. 1. eksen tanısı veya semptom gerçekte bir savunmadır. Mecrasından sapmış olan gelişimin tekrar rotasına sokulması için şekil 1'deki ok istikametinin tersi yönde bir ilerleme gereklidir. Yan savunmadan terk depresyonu hislerine geri dönmek, oradan da yarım kalmış aktivasyonu devam ettirmek, bu sayede yarım kalmış yolculuğa devam edip, ayrışma-bireyselleşme süreçlerini tamamlayarak özerkleşmek. Hasta savunmada geldiği için, ilk yapılması gerekenin savunmaları terk depresyonu ile yüzleştirme olduğu anlaşılıyor. Ancak o sayede terk depresyonu üzerinde derinlemesine bir çalışma başlatılabilir. O dönemde borderline hastaların temel savunmaları ile yüzleştirildiğinde psikoza gireceği söylenirdi. Düşük düzey borderlinelerde bu risk mevcut olup iyi değerlendirilmelidir.

Masterson'a göre "bölme"nin sebebi terk depresyonu olduğundan, bölme ile oluşan iki zıt kendiliğin (Kernberg: İyi ve kötü kendilik, Masterson: Gerçek ve sahte kendilik) sentezi için, ikisi arasındaki salınımlarının yüzleştirilmesi temel değildir. Bölme terk depresyonu ile yüzleştirilmelidir. Terk depresyonu derinliğine çalışılırsa bölme ortadan kalkar. Ancak bu, bir sentezden ziyade, sahte kendiliğin küçülmesi, yerine gerçek kendiliğin kendisini aktifleyerek büyümesi, gelişmesi, güçlenmesi ve ana ego-durumu haline gelmesi anlamındadır. Bu iki ego-state arasında artık bölme yoktur.

Masterson hastalığı presipite eden faktörler arasında Helen Deutsch'un prepubertal evreyi tasvir etmesinden de yararlanmıştı. Bu evre normalde cinsel güdülerin en zayıf ama ego gelişiminin en yoğun olduğu evredir. Bu evrede çocukta yoğun bir etkinlik, büyüme ve bağımsızlaşma, gerçekliğe adap-

tasyon, çevresine yönelik becerilerinde artma gözlenir. Çocuk geçmişi ve geleceği arasında, çocukluğu ve yetişkinliği arasında, sembiyoz ve otonomi arasındadır. Bağımsızlık yönündeki çabaları preödipal fazın tekrarı gibidir. Adeta çocuğa ikinci bir şans verilmiştir. Bu evreye ikinci ayrışma bireyselleşme evresi adı verilir. Masterson, kliniğindeki ergenlerin klinik tabloya bu evrede girdiğini gözlemiştir.

Böylece Masterson kuramının ana hatları ortaya çıkmış oldu. Masterson borderline hastalar için iki kriter belirledi;

Terk depresyonu, savunmalar içinde gizlidir

Enfantil kişilik, hastanın yaşı ve kimliği ile gizlenir.

Mevcut rahatsızlık ise terkdepresyonuna karşı maladaptif bir savunma derecesine indirgenmiştir. İnkâr, yansıtma, kaçınma ve eyleme vurma sık kullanılır. Bunlar arasında eyleme vurmalar diagnostik açıdan önemli ipuçlarıdır, ama hasta genellikle paylaşmakta tereddüt eder.

Eyleme vurmalar diagnostik açıdan önemli ama prognostik açıdan olumsuz olarak değerlendirilir. Çünkü eyleme vurmalar duygunun bilince yükselmeden deşarj olmasını sağlar.

Hafif eyleme vurmalar; hafif can sıkıntısı, huzursuzluk, okulda konsantrasyon güçlüğü, hipokondriasis, aşırı aktivite (cinsel veya fiziksel)

Şiddetli eyleme vurmalar; antisosyal davranış, hırsızlık, alkol ve madde kullanımı (marijuana, LSD, amfetamin, eroin, tiner ve yapıştırıcı koklamak), rastgele cinsellik, evden kaçma, araba kazası, hipilik (saç uzatma, salaş giyim, hipi arkadaşlar edinme). Ebeveyn, uygunsuz arkadaşları günah keçisi olarak kullanıp kendi sorumluluğunu görmezden gelir (kötü arkadaşlar tarafından yoldan çıkarılma teması ebeveyn açısından çok

caziptir). Cinsellik maternal figür ile yeniden birleşmeyi temsil edebilir. Kendisinden daha büyük kişilere olan bağımlılık da böyle değerlendirilir. Eyleme vurmalar şizofrenlerde yeni bir psikotik dalgaya karşı, nevrotiklerde anksiyeteye karşı olabilir. Borderlinelerde ise eyleme vurma çökkünlük hissine ve ebeveynlerden ayrılmalarına eşlik eden umutsuzluk, çaresizlik ve terkediliş hislerini hatırlamaya karşıdır.

Hastanın annesi de genellikle borderline özellikler gösterir. Talepkar ve kontrolçüdür. Çocuğunun ona olan bağımlılığından memnundur ve bunu ödüllendirir. Çocuğunun gelişim geriliği ile ilgili bir körlüğü vardır. Çocuğa ebeveyni, akranı veya nesne imiş gibi muamele eder. Masterson bu konuda Rinsley'nin "depersonifikasyon paternleri"nden (1971) yararlanmışır.

Babanın ilgisizliğinden dolayı çocuğunda teselli bulan anne: Babada kendilik bozukluğu varsa, eşinin sevgi ihtiyacını karşılayamaz, ve anne umutsuzca çocuğuna yapışır. Ama genellikle anne, babayı bunaltarak kaçırmıştır ve çocuk üzerindeki hakimiyeti nedeniyle aslında bundan memnundur. Baba pasif, anne tarafından bastırılmış (anaerkil aile), anneye uzak, babalık haklarını kendi özgürlüğünü satın almak üzere anneye devretmiş olabilir (bilinçdışı pazarlık). Bu nedenle çocuk bu şansını da kullanamaz. Oysa baba çocuğu anne bağımlılığından kurtarabilecek bir nesnedir.

Gelişimsel Özgeçmiş:

Kronolojik yaş ile gelişimsel düzey arasındaki bariz bir fark (maturational lag) olmalıdır. Uzamış bağımlılık veya edilgenlik izlenir.