

## Borderline Kişiliklerin Terapisinde Aktarım, Karşı Aktarım, Yansıtımlı Özdeşim ve Sağ Beyin

Yunus TOPALOĞLU<sup>1</sup>Emine Nur KIYGA<sup>2</sup>

Derleme Makale / Review Article

### Özet

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), bireyin kendilik algısı, duygulanımı ve ilişkilerinde tutarsızlıklarla tanımlanır. Bu bozukluk, terk edilmekten kaçınma, dengesiz ilişkiler, kimlik karmaşası, dürtüsellik, intihar girişimleri ve yoğun öfke gibi belirtilerle kendini gösterir. Borderline kişilik örgütlenmesi ise kimlik dağınıklığı, ilkel savunma mekanizmalarının kullanımı ve gerçekliği değerlendirme yetisinde kısmi bozulma ile karakterizedir. Borderline kişiliğin ilişkilerinde ve terapisinde sıklıkla kullanılan yansıtımlı özdeşim mekanizması, kişinin dayanılmaz bulunduğu içsel nesnelere karşısında kine yansıttığı ve onu bu içsel nesnelere gerçekten sahipmiş gibi davranmaya zorladığı bir durumdur. Aktarım ve karşı aktarım tepkileri borderline kişiliğin tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Terapi ilişkisinde ortaya çıkan aktarım, hastanın içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin şimdi ve burada yeniden sahnelenmesiyle, karşı aktarım terapistin kişisel geçmişine ve hastanın aktarımına bağlı olarak ortaya koyduğu tepkilerdir. Aktarım, karşı aktarım ve yansıtımlı özdeşim gibi mekanizmalarla ilişkili olan beynin sağ yarımküresi, temelde duygu düzenleme ile ilişkilidir ve erken dönemde içselleştirilmiş ilişki kalıplarını içermektedir. Bu çalışmada borderline kavramı çeşitli perspektiflerde ele alınmış olup aktarım, karşı aktarım, yansıtımlı özdeşim ve nörogelişimsel kuram çerçevesinde bir inceleme yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Borderline kişilik bozukluğu, aktarım, karşı aktarım, nörogelişimsel kuram

## Transference, Countertransference, Projective Identification and the Right Brain in the Therapy of Borderline Personalities

### Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is defined by inconsistencies in the individual's self-perception, affect, and relationships. This disorder manifests itself with symptoms such as abandonment avoidance, unstable relationships, identity confusion, impulsivity, suicide attempts and intense anger. Borderline personality organization is characterized by identity disorganization, use of primitive defense mechanisms, and partial impairment in the ability to evaluate reality. The projective identification mechanism, which is frequently used in the relationships and therapy of Borderline Personality, is a situation in which the person projects the internal objects that he finds intolerable onto the other person and forces him to act as if he really possesses these internal objects. Transference and countertransference reactions play an important role in the treatment of borderline personality. While the transference that occurs in the therapeutic relationship is the re-enactment of internalized object relations here and now, countertransference is the therapist's reactions depending on his personal history and the patient's transference. The right hemisphere of the brain, which is associated with mechanisms such as transference, countertransference and projective identification, is fundamentally associated with emotion regulation and contains early internalized relationship patterns. In this study, the concept of borderline was discussed from various perspectives and an examination was made within the framework of transference, countertransference, projective identification and neurodevelopmental theory.

**Keywords:** Borderline personality disorder, transference, countertransference, neurodevelopmental theory

<sup>1</sup> Psikolojik Danışman, İstanbul Aydın Üniversitesi, yunustopaloglu@stu.aydin.edu.tr

<sup>2</sup> Psikolojik Danışman, İstanbul Aydın Üniversitesi, eminekiyga@stu.aydin.edu.tr

<sup>1</sup> ORCID: 0009-0000-0354-9945

<sup>2</sup> ORCID: 0009-0008-2034-71631

Başvuru : 11 Ağustos 2024

Kabul : 1 Aralık 2024

DOI: 10.56955/bpd.1531273

## Giriş

Psikiyatri ve klinik psikoloji camiası, borderline kavramı ortaya atıldığından beri bu kişilik bozukluğunun tanımı, etiolojisi ve tedavisi hakkında farklı görüşler öne sürmüş ve çok sayıda araştırma yapmıştır. Kimi kuramcılar, bu kişiliklerin erken dönem bakım verenleriyle kurdukları etkileşimlerin sonucu olarak tutarsız, çalkantılı, yoğun ve kaotik bir ilişki örüntüsüne sahip olduklarını belirtmiş ve yeni psikoterapi teknikleri geliştirmiştir. Psikanalitik kökenli terapistler, borderline kişiliklerin yoğun ve sıra dışı bir aktarım geliştirdiklerini, yansıtma özdeşim mekanizmasının kafa karıştırıcı bir diyaloga yol açtığını ve bunların karşısında terapistin zorlayıcı bir karşı aktarım durumuna girebileceğini ifade etmiş ve nörogelişimsel çalışmalar bu görüngülerin beyin sağ yarım küresi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, borderline kişilik bozukluğunun terapötik süreçlerinde ortaya çıkan aktarım, karşı aktarım, yansıtma özdeşim ve sağ beyin ile ilişkili mekanizmalar incelenmiştir.

## Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), bireyin kendilik algısında, duygulanımında ve kişilerarası ilişkilerinde tutarsızlıklarla karakterize edilen bir kişilik bozukluğudur. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için aşırı çaba sarf etme, dengesiz ve gergin ilişkiler, kimlik karmaşası, dürtüsellik, intihar girişimleri, duygudurumda tepkiselliğe bağlı olarak duygulanımda dalgalanmalar, boşluk hissi, yoğun öfke ve öfkeyi kontrol etmede zorluk ile strese bağlı paranoid ve dissosiyatif semptomlar tanı kriterlerindedir (APA, 2013). Ek olarak borderline psikopatolojisinin gelişimi üzerine yapılan araştırmalar; cinsel taciz, erken dönem ilişkisel travmalar, bebek gelişimi, bağlanma süreci, nörolojik ve genetik yatkınlıklar ile bakım veren-çocuk ilişkisi gibi faktörlere odaklanmaktadır ve bu literatür sürekli olarak gelişmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

Borderline kişilik bozukluğu, dünya genelinde önemli bir psikiyatrik rahatsızlık olup, yaşam boyu yaygınlığı %0.5 ile %5.9 arasında değişmektedir (Grant ve ark., 2008). Kesin yaygınlık oranları bilinmemekle birlikte toplumda görülme sıklığının ise %1 ile %6 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Torgersen ve ark., 2001; Grant ve ark., 2008). BKB'nin yaygınlığı cinsiyetler arasında büyük farklılık göstermemekle birlikte bazı araştırmalar kadınlarda daha sık görülebileceğini öne sürmektedir (Lenzenweger ve ark., 2007).

Borderline kişilik bozukluğu, genellikle diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte görülür. Yapılan araştırmalar, borderline kişilik bozukluğunun, özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite gösterdiğini ortaya koymuştur (Zimmerman ve ark., 2005; Grant ve ark., 2008). Zanarini ve arkadaşlarının araştırmasına göre (2004) ise BKB hastalarının yaklaşık %85'inde en az başka bir psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır.

Borderline terimi, ilk olarak Stern (1938) tarafından psikanalitik tedavinin işlevsiz kaldığı ve nevroitik veya psikotik kategorisinde değerlendirilemeyecek hastaların klinik özelliklerinin tarif edilmesiyle literatüre girmiştir. Helene Deutsch (1942) "mış gibi kişilik" adını verdiği hasta grubunu tarif etmiş, Knight (1953), borderline kişiliğin daha belirgin bir tanımını yaparak bu bozukluğun karakteristik özelliklerini belirlemeye çalışmıştır. John G. Gunderson (1975) ise borderline kişilik bozukluğunu daha anlaşılır hale getiren modern tanımlamalar yapmış ve tedavi yaklaşımlarını geliştirmiştir. 1980 yılında borderline kişilik bozukluğu, ilk kez DSM-III içine dahil edilmiştir. Bu kavramın DSM içerisine dahil edilmesinin önemi psikanalitik bir kavramın geniş çapta kabul edilmesinin göstergesidir. Bu tarihten itibaren borderline kişilik bozukluğuyla ilgili araştırmalar artmış ve bu tanı günümüzde DSM-5 içerisinde hala yer almaktadır. (APA, 2013) Borderline kişilik bozukluğunu DSM tanı kriterlerine göre inceleyen birçok çalışma yapılmış olup bunlar oldukça geniş bir literatür oluşturmuştur.

Borderline kişilik bozukluğu kavramına ek olarak Kernberg (1967) tarafından ortaya atılan "Borderline Kişilik Örgütlenmesi (BKÖ)" nesne ilişkileri, ego psikolojisi ve dürtü kuramını bütünleştirerek borderline

kişilik yapısının psikanalitik perspektifine önemli bir sınıflandırma sistemi getirmiştir. Bu kavram kişilik bozukluğundan farklı olarak daha geniş ve dinamik bir kavramdır ve kişilik yapısının genel bir değerlendirmesini içerir. Kernberg borderline kişilik örgütlenmesini, bir kişinin psikolojik işleyişinin, savunma mekanizmalarının ve nesne ilişkilerinin belirli bir organizasyonunu ifade etmek için kullanmıştır. Kernberg'e göre (1975) kişilik örgütlenmesi, üç ana alanda değerlendirilir. Bunlar kimlik karmaşası, ilkel savunma mekanizmaları ve gerçekliği değerlendirme yetisidir. Yaşamın başlangıcında libido yüklü özdeşim ve içe atımlar ile saldırganlık yüklü özdeşim ve içe atımlar, benliğin bütünleştirme yetersizliğinden dolayı birbirlerinden ayrı tutulur. Bebek hem kendisini hem de nesnelere "iyi" ve "kötü" uçlarda deneyimler. Örneğin bu dönemde bebek için doyuran anne/doymuş kendilik ile aç bırakan anne/aç kendilik birbirinden ayrı birimlerdir. Kernberg, borderline yapının gelişiminde bu zıt birimlerin bünyesel ve/veya çevresel faktörlerden dolayı bütünleştirilememesi ve zıtlığı ortaya çıkaran bölmenin kaygıya karşı temel bir savunma olarak kalıcılışmasını vurgulamıştır (Volkan, 1987). Patolojik bir işleyişte, bölme mekanizması aktifliğini korur ve birbirinden ayrı tutulan çelişkili ben halleri dönüşümlü olarak canlanır. Ortaya çıkan sonuç ise tarihsel ve kesitsel sürekliliğin bulunmadığı, kişinin kopukluk, bağlantısızlık ve kendine yabancılaşma duygularını deneyimlediği kimlik dağınıklığıdır (Kernberg, 1975). Borderline bireylerdeki kendilik ve nesne temsillerini bütünleştirememeye bağlı ortaya çıkan kimlik dağınıklığı, boşluk duygusu, kendiliğe ve ötekilere dair yüzeysel ve çelişkili algılar ile kendini gösterir (Volkan, 1987). Saldırgan ve libido yüklü kendilik ve nesne imgelerini birbirinden ayrı tutan bölme mekanizması borderline yapının temelini oluşturur. Yansıtma, inkâr, ilkel idealleştirme ve değersizleştirme, tümgüçlü kontrol ve yansıtımlı özdeşim gibi diğer ilkel savunmalar da bölme mekanizması etrafında örgütlenir (Yeomans vd., 2016). Borderline hastaların gerçekliği değerlendirme yetileri dalgalanma gösterir ve bu hastalar özellikle stres altındayken ortamdaki duygulanımın kendilerinden mi yoksa ötekenden mi geldiğine dair şüphe ve kafa karışıklığına bağlı olarak paranoid düşünme biçimine girebilirler (Yeomans vd., 2016).

## **Psikoterapi Kuramları Perspektifinde Borderline Kişilik**

Borderline kişilik, oldukça karmaşık ve detaylı bir yapıdır. Bu nedenle, birçok alan uzmanı bu durumu farklı perspektiflerden ele alarak çok boyutlu bir şekilde incelemiştir. Makalenin bu bölümünde klinik uygulamalarda borderline kişiliklerle farklı stillerde çalışılan ve etkinliği görece kanıtlanmış çeşitli psikoterapi ekollerinin çalışma sistemlerine yer verilmiştir. Bu ekoller; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Şema Terapi (ŞT) ve Aktarım Odaklı Psikoterapi (AOP) ekolüdür.

## **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

Borderline kişilik bozukluğunun bilişsel davranışçı terapisinde, ana hedeflerden biri bireylerin uyumsuz temel inançlarını ve bu inançların yaşamlarındaki stres faktörlerine nasıl tepki verdiklerini tanımlayıp değiştirmelerine yardımcı olmaktır. Ayrıca Bilişsel Davranışçı Terapi, BKB'li kişilere mevcut temel inançlarını tanımlama, değerlendirme, test etme ve değiştirme süreçlerinde sistematik ve net bir kavramsal çerçeve sunar (Brown vd., 2004). Ek olarak BDT'nin temel ilkelerinden biri, bireyin düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlamaktır. Bu yaklaşım, BKB'li bireylerin yoğun duygusal dalgalanmalar, dürtüsellik ve ilişkilerdeki istikrarsızlık gibi belirtilerini ele alır. Kişinin olumsuz düşünce kalıplarını ve temel inançlarını farketmesine ve bunları daha uyumlu ve işlevsel düşüncelerle değiştirmesine yardımcı olur (Beck, 1995). Bilişsel Davranışçı Kuram perspektifinde BKB'li bireylerin dalgalı ve yoğun duygulanımlarından kaynaklı olarak olumsuz otomatik düşüncelere sıklıkla başvurma eğilimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Bu noktada olumsuz otomatik düşüncelerle başa çıkma stratejileri ve ev ödevleriyle birlikte terapilerde BKB'li danışanların günlük yaşam işlevsellikleri görece artırılabilir.

## Diyalektik Davranış Terapisi (DDT)

Diyalektik Davranış Terapisi, Marsha Linehan tarafından ilk olarak kronik intihar davranışı sorunlarının tedavisinde geliştirilmiş kanıta dayalı bir terapi yaklaşımıdır. DDT, bilişsel davranışçı terapinin bir uzantısı olarak, BKB'li bireylerin duygusal düzensizliklerini, dürtüselliklerini ve ilişkilerdeki istikrarsızlıklarını yönetmelerine yardımcı olmayı amaçlar (Linehan,1993).

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin yaşamlarındaki zorluklarla başa çıkabilmeleri için dört temel beceri alanına odaklanır: Duygusal düzenleme, kişilerarası etkinlik, stres toleransı ve mindfulness (Linehan, 1993). Duygusal düzenleme, BKB'li bireylerin yoğun ve değişken duygusal tepkilerini tanımalarına, anlamalarına ve daha dengeli bir şekilde yönetmelerine yardımcı olur. Kişilerarası etkinlik, ilişkilerde yaşanan sorunları ele alarak etkili iletişim ve sağlıklı sınırlar kurma becerilerini geliştirir. Stres toleransı, kriz anlarında sağlıklı başa çıkma yöntemleri öğretir ve bireylerin olumsuz duygularla başa çıkma kapasitelerini artırmayı hedefler. Mindfulness ise bireylerin anı yaşamasını ve düşüncelerini, duygularını ve çevresini yargılamadan kabul etmelerini sağlar, böylece farkındalıklarını artırarak duygusal tepkilerini daha iyi yönetmelerine yardımcı olur (Linehan, 1993). Çelik (2018) de DDT'nin BKB'li bireylerin duygusal düzenleme becerilerini ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmede etkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca DDT'nin intihar düşünceleri ve kendine zarar verme davranışlarını azaltmada da önemli bir rol oynadığını belirtmektedir.

## Şema Terapi

Şema terapi, Jeffrey Young tarafından geliştirilen ve erken dönemde edinilen uyumsuz şemaların bireyin yaşamını nasıl etkilediğini ele alan bütüncül bir psikoterapi yöntemidir. Şema terapi, erken çocukluk deneyimlerinin ve ebeveyn-çocuk ilişkilerinin, bireyin şemalarının oluşumunda kritik bir rol oynadığını savunur. Bu şemalar, kişinin kendisi, diğerleri ve dünya hakkında geliştirdiği kalıcı inançlar ve duygulardır. BKB'li bireylerde sıkça görülen şemalar arasında terk edilme, güvensizlik, duygusal yoksunluk ve kusurluluk yer alır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003).

Şema terapinin ilk aşaması, bireyin erken dönem yaşantılarından kaynaklanan uyumsuz şemalarını tanımlamaktır. Terapist, bu şemaların bireyin yaşamında nasıl işlediğini ve hangi durumlarda tetiklendiğini değerlendirmeye yardımcı olur. Şema terapinin BKB tedavisinde etkinliğine dair çalışmalarda, bu şemaların belirlenmesinin tedavi sürecinin önemli bir parçası olduğu vurgulanmıştır (Soygüt, 2011). BKB'li bireylerde çeşitli şema modları arasında ani geçişler görülebilir. Bu modlar arasında çocuk modları, başa çıkma modları ve ebeveyn modları bulunur. Şema terapi, bireyin hangi modda olduğunu tanımlamasına ve her bir modun ihtiyaçlarını anlamasına yardımcı olur.

Sonuç olarak Şema terapi, BKB tedavisinde kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sunarak bireylerin derin köklü uyumsuz şemalarını tanımlamalarına, anlamalarına ve dönüştürmelerine yardımcı olarak, duygusal ve davranışsal zorlukları aşmalarını sağlar.

## Aktarım Odaklı Terapi (AOP)

Temelde borderline hastaları tedavi etmek için Otto Kernberg ve arkadaşları tarafından tasarlanan Aktarım Odaklı Terapi, hastanın semptomlarının altında yatan ve bilinçdışı olan mantıksız düşünme ve hissetme örüntülerini anlaması için aktarım ilişkisini araç olarak kullanan bir tedavidir (Yeomans vd., 2016). Aktarım Odaklı Terapinin temel hedefi, kendiliğe ve ötekine dair tutarlı, uyumlu ve gerçekçi bir deneyim oluşturmak için, ideal ve zulmedici şeklinde birbirinden ayrılmış içsel nesne ilişkilerinin aktarım içerisinde bütünleştirilmesi

yoluyla sağlam bir kimlik oluşturmaktır (Yeomans vd., 2016). Terapist, hastanın içsel kendilik ve nesne tasarımlarını harekete geçirecek güvenli bir ortam yaratır. İçselleştirilmiş ilkel nesne ilişkileri, gözlemlemek, üzerine düşünmek ve anlamak için kontrollü koşullarda ve terapistin teknik tarafsızlığı ve serbest iletişimi desteklemesi ile harekete geçirilir. Aktarım içerisinde harekete geçen içselleştirilmiş nesne ilişkileri, terapistin netleştirme, yüzleştirme ve yorumlama teknikleriyle bütünleştirilir (Yeomans vd., 2016).

## Yansıtımlı Özdeşim

Savunma mekanizmalarının kullanılmasında genel anlamda iki tip bilinçdışı amaç vardır. Bunlardan ilki kaygı, keder, utanç ve haset gibi güçlü ve tehdit edici bir duygulardan kaçmak veya bu duyguları denetlemektir. İkincisi amaç ise öz saygıyı korumak ve sürdürmektir. Bu makalede ele alınacak olan yansıtımlı özdeşim, kendilik ile dış dünya arasındaki sınırları ilgilendiren "ilkel" veya "alt düzey" savunma mekanizmaları grubuna aittir. İlkel savunma mekanizmaları, gelişimsel olarak dil-öncesi dönemin bir özelliği olan gerçeklik ilkesinin henüz kazanılmamış olması ve ötekilerin ayrı, sabit varlıklar olarak tam anlamıyla anlaşılmamış olmasıyla ilişkilidir. Bununla birlikte ilkel savunmalar dil-öncesi, mantık-öncesi, kapsamlı, hayali ve sihirli niteliklere sahiptir (McWilliams, 2011).

En basit anlamda yansıtımlı özdeşim, bireyin kabul edemediği düşünce, duygu veya dürtülerini bir başkasına yansıtması ve bu yansıtmanın diğer kişi tarafından kabul edilmesini sağlama çabasıdır. Bu süreçte birey, yansıttığı özellikleri diğer kişinin de göstermesini bekler ve böylece kendi içsel çatışmalarını dış dünyada yaşayarak rahatlamaya çalışır.

1946 yılında yansıtımlı özdeşim kavramını ilk kez ortaya atan Melanie Klein, yansıtımlı özdeşimi, ölüm dürtüsünün yarattığı kaygıyı gidermek için kullanılan bir savunma mekanizması olarak ele almıştır. Klein'in ortaya attığı kavramı genişleten Bion, yansıtımlı özdeşimin sadece bir savunma mekanizması değil aynı zamanda kapsayan ile kapsanan arasındaki ilişkide bir iletişim biçimi olduğunu ileri sürmüştür (Ogden, 1986).

Yansıtımlı özdeşim temelde, kişinin dayanılmaz bulduğu içsel nesnelere karşısındakine yansıttığı ve onu bu içsel nesnelere gerçekten sahipmiş gibi davranmaya zorladığı bir durumdur (McWilliams, 2011). Ogden (1979) yansıtımlı özdeşim mekanizmasının üç aşamadan oluştuğunu ifade etmiştir. İlk aşamada kişi, kurtulmak istediği bir parçasını kendilik ve nesne arasındaki netliğin kaybının eşlik ettiği bir ilişki içerisinde başka bir kişiye yansıtır ve yansıttığı kişi ile eşduyumunu sürdürür. İkinci aşamada yansıtılan kişi, karşısındakine yansıtma ile uyumlu bir şekilde davranması, düşünmesi ve hissetmesi için baskı uygular. Üçüncü aşamada ise yansıtılan içerik, yansıtılan kişi tarafından işlenir ve tekrar geri içselleştirilir.

Temel işlevi kaygıyı gidermek olan savunma mekanizmaları, kendi kaygılarını üretebilir. Benzer şekilde yansıtımlı özdeşim de saldırılan nesnenin misilleme yapacağı korkusunu ve kendiliğin parçalarının, içine yansıtılan nesne tarafından ele geçirileceği ve hapsedileceği korkusunu yaratır (Segal, 1973). Bununla birlikte yansıtımlı özdeşim, ayrılıktan kaçınmak için ideal nesneye yöneltilebileceği gibi tehlike kaynağını kontrol etmek için kötü nesneye de yöneltilebilir (Segal, 1973).

Kernberg (1984), borderline kişilik bozukluğunda yansıtımlı özdeşim mekanizmasının önemini vurgular. Bu mekanizmanın bireyin içsel çatışmalarını dışa vurarak başa çıkma çabası olduğunu ve terapötik sürecin bu mekanizmaları ele alarak bireyin içgörü kazanmasına yardımcı olması gerektiğini belirtir. Ona göre (1987) yansıtımlı özdeşimde özne tahammül edilemez intrapsişik deneyimleri bir nesneye yansıtır, yansıttığı şeyle empati kurar, tahammül edilemez deneyime karşı savunmak için sürekli bir çaba içinde nesneyi kontrol etmeye çalışır ve bilinçsizce, nesneyle gerçek etkileşim içinde, nesneyi kendisine yansıtılanı deneyimlemeye yönlendirir. Kernberg (1975), yansıtımlı özdeşimi "kendilik ve nesne imgelerinin dışsallaştırılmasının başarısız bir girişimi" olarak görmüştür çünkü kendilik ile nesne arasındaki sınırların bulanıklaşmasından

dolayı kişi, bu imgeleri yansıttığı dış nesne ile eşduyumunu sürdürür (“yansıtılan imgeler yabancı ve benden uzak bir şey olarak görülmez”) ve duyduğu korku sonucu dış nesneyi denetlemeye çalışır. Artık kişi, nesnenin kendisine saldırmasını önlemek için, korktuğu gibi saldırıya ve yıkıma uğramadan evvel kendisi nesneye saldırmalı ve onu denetlemelidir.

Kernberg (1975), yansıtımlı özdeşim mekanizmasının üç yaygın kullanım biçimini şu şekilde tanımlar: Birey, bir başkasına kendisinden çok fazla parça yansıttığında, bu kişi büyük ölçüde çarpıtılmış bir biçimde algılanır. Ayrıca, birey, kendi içinde hoşça gitmeyen veya kabul edilemeyen duygulanımları bir başkasında uyandırabilir. Son olarak, birey, bu hoşlanılmayan duygulanımları bir başkasında uyandırmakla kalmaz, aynı zamanda kendisini kötü hissettiren o kişi gibi davranmaya da başlayabilir.

Terapi sürecinde, borderline bireyler bu savunma mekanizmasını terapistle karşı da kullanırlar. Bu durum, terapötik ilişkinin karmaşık ve zorlayıcı olmasına neden olabilir. Kernberg'e göre (1992) hastayı anlamak adına temel bir bilgi kaynağı olan yansıtımlı özdeşimde hasta, zihinsel dünyasındaki dayanılmaz bir deneyimi terapistle yansıtır, bu yansıtımla empati kurmaya devam eder, sürekli bir çaba içinde bu dayanılmaz deneyime karşı terapisti kontrol etmeye çalışır ve bilinçdışı, yansıtılanı yaşamaları için terapisti zorlar. Terapi odasında bu durum danışandan terapistle “aktarım” doğasında gelişen bir mekanizma olabilmekle birlikte terapistin bu noktada kendi karşı aktarımının farkında olması ve borderline danışan ile terapi odasında hissettiği duygulara üçüncü bir gözle bakabilme yetisine sahip olması kritik öneme sahiptir. Volkan (1987) da borderline hastayla çalışan terapistin karşı aktarımına dikkat etmesinin hastanın terapistle dışsallaştırdığı materyallerin incelenmesi için önemli ipuçları sağladığını ifade etmiştir. Terapist bu noktada danışanın yansıtma ve özdeşleşme süreçlerini fark etmeli ve bu mekanizmaları çalışabilme yetkinliğinde olmalıdır. Bu bağlamda Öztürk (2011), borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde yansıtımlı özdeşim mekanizmasının sıkça görüldüğünü ve terapötik sürecin bu mekanizmanın anlaşılması ve ele alınması açısından önemli olduğunu vurgular. Terapide, danışanın bu savunma mekanizmasını nasıl kullandığının fark edilmesi ve bu süreçlerin analiz edilmesi gerektiğinin altını çizer.

Yeomans'a göre (2016) yansıtımlı özdeşim terapide iki şekilde ortaya çıkabilir. İlkinde hasta kendi içinde kabul edemediği duygulanımı bilinçdışı şekilde terapistte uyandırıp bu duygulanımdan ötürü terapisti suçlayabilir. Örneğin hasta terapistle karşı soğuk ve değersizleştirici bir tutum takınırken terapistini nefret dolu olmakla suçlayıp kendisini ondan korumaya çalışabilir. İkincisi ise terapist kendisinde alışıldık olmayan bir duygu hissedebilir ve bu duygu, danışanın kendi içinde baş edemediği bir deneyimi terapistle yansıttığının, yani yansıtımlı özdeşim sürecinin bir göstergesi olabilir.

Aktarımsal olarak, yansıtımlı özdeşimde, yansıtılan parçaların zulmedici doğası, hastada terapist tarafından eleştirilme, saldırıya uğrama, suçlanma veya tümgüçlü denetim altına alınma korkuları oluşturur. Karşı aktarımda ise hastanın yansıtımlı özdeşime bağlı kışkırtıcılığı, terapistte nefret uyandırabilir (Kernberg, 1992).

Kernberg (1975), yansıtımlı özdeşimin tedavinin başlangıcından itibaren gerçek dışı bir terapist- hasta ilişkisi yarattığını ve hastanın düşmanca davranışları, terapisti saldırganlığa itme ve denetleme yönündeki gayretleri terapiyi felce uğratabileceğini söylemiştir. Yansıtımlı özdeşim sonucu terapist içten gelen belirli tehlikelerle karşı karşıyadır. Terapist saldırgan dürtülerine karşı kaygılanabilir, hastayla etkileşiminde benlik sınırlarını yitirebilir ve hastayı geçmişindeki nesneyle özdeşleştirip denetlemeye dair bir his duyabilir.

Tüm bunların sonucu terapide yaşanabilecek tehlike, terapistin yansıtımlı özdeşimin ortaya çıkardığı karşı aktarım bağından kendini kurtaramaması sonucu hastanın erken çocukluk yaşantılarının travmatik bir tekrarı (Kernberg, 1975) ve hasta ile terapistin içselleştirme ve dışsallaştırma döngüsünün içinde hapsolmesidir (Volkan, 1987).

## Borderline Kişiliklerin Terapisinde Aktarım

Aktarım, geçmişte önemli kişilerle yaşanan deneyimlerin ve bu deneyimlerin zihinsel detaylarının korunup dönüştürülerek, geçmişe ait düşünce ve duygularla birlikte günümüzdeki ilişkilerde etkileşimli bir şekilde yeniden ortaya çıkmasıdır (Goldberg, 2012).

Histeri hastalarıyla çalışmalarında aktarımı ilk kez keşfeden ve tanımlayan Sigmund Freud'a (1905) göre aktarım, analitik süreçte uyandırılmış ve bilince getirilmiş dürtüler ve fantezilerin yeni baskıları ya da kopyalarıdır ve geçmişteki bir kişinin, doktorun şahsıyla değiştirilmesini içermektedir.

Kernberg (1992) ise aktarımı geçmiş dönemde içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin, terapi esnasında "şimdi ve burada" tekrar canlanması olarak tanımlamıştır. Kernberg (1975), borderline kişiliklerin terapide yoğun, erken başlayan ve sık sık dalgalanan bir aktarım geliştirdiklerini söylemiştir. Tedaviye başlayan borderline hasta, iyi ve kötü kendilik ve nesne temsillerini terapistte dışsallaştırarak terapistini bir iyi bir kötü olarak algılar (Volkan,1987). Borderline hastalarda terapinin başlangıç evrelerinde etkin olan aktarım tepkisi, çoğu zaman nefret yüklü kendilik-nesne tasarımlarının yansıtılmasını içermektedir (Yeomans vd., 2016). Aktarımın ortaya çıktığının ilk göstergesi ise, hastanın içsel nesne ilişkilerini yansıtması sonucu terapist ile hasta arasındaki "normal" ilişki bozulmasıdır (Yeomans vd., 2016). Kurulan ilişkinin anormalleşmesi, borderline kişiliğin geçmişten gelen çarpıtılmış arkaik içsel tasarımları dış nesneye, yani terapistte yansıtmasıyla gerçekleşir (Volkan, 1976).

Yeomans ve arkadaşları (2016), borderline örgütlenmesi olan hastaların tedavide 4 temel aktarım geliştirebileceğini söylemiştir. Çoğu borderline hastanın tedavide ilk olarak paranoid aktarım geliştirdiğini söyler. Paranoid aktarımda, kendilik zayıf ve kırılmalıdır; nesnenin kendisini reddedeceğine, terk edeceğine veya zarar vereceğine dair korkulardan kaynaklı yakınlığa karşı temkinli bir duruş vardır. Narsistik aktarımda, hasta terapistin önemli biri olduğu durumda kendisinde ortaya çıkabilecek haset ve korku gibi duygulara karşı savunma olarak, onu değersiz ve önemsiz biri olarak algılar. Bu savunmacı tutum, aynı zamanda terapistte yönelik bağımlılık ve ihtiyaç hislerine karşı bir koruma işlevi de görür. Antisosyal aktarım ise, hastanın dürüst olmadığı ve yansıtma yoluyla terapistin de dürüst olmayıp kendisini sömürmekle ilgilendiği yönünde bir anlayışla kendini gösterir. Son olarak depresif aktarım, genelde paranoid aktarımın çözülmesi ile ortaya çıkar ve hastanın artık yansıtmadığı saldırgan dürtülerinden dolayı suçluluk duyması, ideal nesne kaybının yası ve terapistin yardımını hak etmediğine yönelik duygularla kendini gösterir.

Kişilik yapısını karakterize eden bölme, yansıtma, yansıtmalı özdeşim, ilkel idealleştirme ve değersizleştirme gibi ilkel savunma mekanizmaları, borderline hastanın terapisti tümünden iyi veya tümünden kötü olarak algılamasına yol açar (McWilliams, 2011). Borderline hasta, bölme mekanizması sonucu libidinal yüklü kendilik ve nesne tasarımları ile nefret yüklü kendilik ve nesne tasarımlarını birbirlerinden ayrı tutar. Bu içsel ayırım, hastayı, terapisti aynı anda sevebilecek ve nefret edilebilecek, gerçekçi ve bütünlüklü bir şekilde algılamak yerine, etkinleşen içsel ikililere bağlı olarak ya tümünden nefret edilen ya da tümünden sevilen biri olarak algılamaya götürür (Yeomans vd., 2016).

Akthar'a (1995) göre borderline hastalar, insan ilişkilerinde sadece idealleştirme ve değersizleştirme uçları arasında değil, yakınlaşma ve uzaklaşma uçları arasında da dalgalanmalar yaşar. Borderline hasta, terapist ile ilişkisinde simbiyotik bir bağlanma ile düşmanca bir ayrılık hali arasında gidip gelmeler yaşayabilir. Hasta, bu yoğun ve dengesiz ilişki örüntüsü içerisinde yutulma ve terk edilmeye dair kaygılar deneyimleyebilir (McWilliams, 2011). Akthar'a göre (1995), borderline hastaların özgül aktarım tepkisi, tümünden iyi nesne arayışına bağlı olarak sevgi ve yönlendirilme için aç bir yakarışa eşlik eden korkulu tapınma ile tümünden kötü nesne temsiline bağlı aşışılama ve dürtüsel nitelikli yıkıcı eylemler biçimindedir.

Borderline hasta, güvensiz bağlanma ve bir "yeniden yakınlaşma" krizi sergileyebilir (McWilliams, 2011) ve terapide bağlanmaya ilişkin kaygılar ve paranoid nitelikli bir aktarım geliştirebilir (Yeomans vd., 2016).

Saldırganlık yüklü içsel nesne ikililerinin terapistte yansıtılması sonucu borderline hasta, terapistte dair şiddetli bir güvensizlik ve korku aktarımı geliştirebilir. Bu aktarım, yeni saldırgan haline gelen terapisti denetleme / tahakküm altına almaya dair eylemleri beraberinde getirir (Kernberg, 1975).

Borderline hasta terapistle ilişkisinde, sonu belli olan bir tiyatro oyununu tekrar tekrar sahneler gibi görünür. Kernberg (1975), borderline hastaların, hızlı ve döngüsel bir şekilde bir kendilik temsili terapistte yansıtır nesne temsiliyle özdeşleşmesini ve tam tersi olarak nesne temsili terapistte yansıtır kendilik temsiliyle özdeşleşmesinin tipik olduğunu söyler. Böyle bir ilişkilendirme tarzı, hastada "içeride" olanla "dışarıda" olanın farkındalığına dair bir karışıklık yaratır aktarım psikozunu ortaya çıkarır.

Bununla birlikte borderline hastaların, özellikle ilişkilerindeki gerçeklik algısında içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin önemli bir etkisi vardır. Paralel olarak, aktarım ilişkisinde terapisti nasıl deneyimlediği, bölünmüş iç dünyası tarafından belirlenir ve kısa süre içinde önemli ölçüde değişiklik gösterebilir (Yeomans vd., 2016). Gerçekliğin içsel nesne ilişkilerince belirlenmesi, aktarım ilişkisinde hastanın neyin içeriden neyin dışarıdan geldiğine dair farkındalığının bozulmasıyla sonuçlanır: *"Terapist reddedici öteki gibi gelmez; reddedici ötekidir zaten"* (Yeomans vd., 2016). Seans odasında olup bitene uzaktan veya yukarıdan bakmayı sağlayan gözlemleyen egonun zayıf olmasıyla hasta aktarım psikozuna girebilir. Wallace (1983) da borderline hastaların terapide aktarım psikozu geliştirebileceklerini ifade etmiştir. Aktarım psikozu esnasında hastanın -ilişkiye bir üst perdeden bakabilen ve görece gerçekliğin tarafında yer alan- gözlemleyen egosu devre dışı kalır ve terapisti, kendisi için tarihsel bir önemi olan bir figür olarak deneyimler ve terapistte öyle davranır: *"Evet, sizi annem gibi gördüğümü düşünmekte haklısınız, çünkü gerçekten siz ve o tamamıyla aynısınız."* (Kernberg,1975)

### **Borderline Kişiliklerin Terapisinde Karşı Aktarım**

Freud'a (1910) göre karşı aktarım, hastanın, terapistin bilinçdışı hisleri üzerindeki etkisinin bir sonucu olarak terapistte ortaya çıkan tepkilerdir. Kernberg (1975) karşı aktarımı, hastayı daha iyi anlamak için çözümlenmesi ve kullanılması gereken bir tanı aracı olarak kavramsallaştırmıştır.

Borderline hastayla çalışan bir terapist ilk seanslardan itibaren terapi atmosferinin karmaşık, rahatsız edici ve engelleyici bir nitelikte olduğunu fark edecektir (Yeomans vd., 2016).

Kernberg (1975), tedavinin başlarında terapistin yoğun duygusal tepkiler duyabileceğini ancak bu tepkilerin terapistten ziyade hastanın erken, yoğun ve kaotik aktarımı ile ilgili olduğunu ifade etmiştir. Borderline kişiliklerin terapisinde, terapistin geliştirdiği karşı aktarımın, terapistin kendi geçmişinden çok hastanın aktarımının tetikleme ile ortaya çıktığını ve terapistin karşı aktarımının, hastanın sorunlarına dair önemli ipuçları sağlayabilecek bir tanı aracı olduğunu vurgulamıştır. Terapist, kendisine yabancı gelen duygularına, terapötik rolünden çıkma dürtüsüne, davetsiz gelen düşümlere ve geri çekilme isteklerine dikkat ederek bu ipuçlarını takip eder (Yeomans vd., 2016). McWilliams (2011) da terapistin seansta kendisini aniden sıkılmış, hınç içinde, paniklemiş, kurtarma düşümleri veya cinsel imgelerle dikkati dağılmış halde bulabileceğini ve bu durumun hastanın içsel durumuyla ilgili bilgi taşıyabileceğini belirtmiştir.

Borderline hastanın karşısında terapist, hastanın saldırgan tutumuna mazoşist bir boyun eğme, kendi yeteneklerinden yoğun düzeyde şüphelenme ve eleştirilme korkuları yaşayabilir (Kernberg, 1975), hastaların kendilik ve nesne temsillerini hızlı ve döngüsel bir şekilde yansıtması, terapistte kafa karışıklığı ve olup biteni takip edememe duyguları uyandırabilir (Yeomans vd., 2016).

### **Nörogelişimsel Kuram ve Sağ Beyin**

Freud psikanalizi bilimsel temeller üzerine oturtmayı amaçlamış fakat dönemin teknoloji ve tıptaki yetersizliğinden ötürü bu gayesini gerçekleştirememiştir. Bundan tam yüz yıl sonra Schore, Freud'un bu çabasını gerçekleştirip nöro-bilim ile psikanalizi bütünleştiren ilk teorisyen olmuştur (Pulat, 2020). Schore,



bağlanma teorisinin esasında düzenlemeyle ilgili olduğunu belirtmiş ve sağ yarımkürenin duygulanımlarımızı düzenlediği yönünde bir hipotez ileri sürmüştür (Palambo, Bendicsen ve Koch, 2009). Schore'a göre bağlanmanın birincil işlevi bebeğin duygularını düzenlemektir:

*"Doğumdan sonraki ilk yıl boyunca bebeğin esas hedefleri birincil bakım verenlerle duygusal iletişim kurmak, bakım verene bağlanmak ve kendi kendini düzenleme işlevini geliştirmektir."* (Schore, 2005) Doğum esnasında sağ beyinin baskın olduğunu öne süren Schore, bebek ve bakım vereni arasındaki bütün jestler, yüz ifadeleri ve konuşma ölçüleri gibi sözel olmayan duygusal sinyalleri kapsayan ve duygusal iletişimi sağlayan sağ yarım küre olduğunu belirtir (Palambo, Bendicsen & Koch, 2009). Schore'un teorik çerçevesi, John Bowlby'nin bağlanma kuramı ile nörobiyolojik bulguları birleştirir. Schore'a göre, güvenli bağlanma ilişkileri, bebeklerin duygusal ve fizyolojik düzenleme kapasitelerini geliştirir ve bu süreçler beyin limbik sisteminde ve özellikle sağ prefrontal kortekste yoğunlaşır (Schore, 2001). Güvenli bağlanma ilişkileri, bireyin ileriki yaşamında sağlıklı sosyal ilişkiler kurabilme ve stresle başa çıkabilme yetilerini artırırken güvensiz bağlanma ilişkileri çeşitli psikopatolojilere yatkınlığı artırabilir. Schore'a göre bebek ile annesi arasındaki etkileşimler uyumlu ve senkronik olduğunda güvenli bağlanma gerçekleşir ve bebek, bu tekrarlayan etkileşimlerin sonucu olarak kendi kendini düzenleme kapasitesini edinir. Bebekte, tekrarlayan etkileşimlerin diğer bir sonucu olarak bakım vereni ile aralarındaki etkileşimlerin zihinsel bir tasarımı olan içsel çalışma modelleri oluşur. Bu içsel çalışma modelleri sağ kortekste yer alan bildirimsel olmayan bellekte işlenir ve depolanır. Schore, bu işleyişte sağ yarımküre içerisinde yer alan orbito-frontal bölgenin önemini vurgulamıştır. Orbital-frontal bölge, organizmanın iç durumunda, davranışın örgütlenmesinde ve duygulanımın düzenlenmesinde önemli bir rol oynar. Güvenli bağlanma sonucu oluşan bu otomatik işleyiş, stres anlarında bekleğinde bakım verenin yaptığı gibi kişinin kendi kendini rahatlatmasını sağlar. Hafıza ile bağlantılı olan bu bölge aynı zamanda içselleştirilmiş nesne tasarımlarını yani içsel çalışma modellerini de içermektedir (Palambo vd., 2009). Schore'un çalışmaları, beyin gelişimi ve duygusal düzenleme arasındaki ilişkiye dair nörobiyolojik temelleri ortaya koyarak, psikoterapi ve klinik uygulamalar için de değerli bilgiler sunmaktadır.

## Sağ Beyin Fonksiyonları ve Yansıtımlı Özdeşim

Sağ beyin, duygusal deneyimlerin işlenmesinde, empati kurmada, sosyal etkileşimlerde ve non-verbal (sözsüz) iletişimde kritik bir rol oynar. Yansıtımlı özdeşimde, birey kendi duygusal deneyimlerini (örneğin öfke, korku, değersizlik hissi) diğerine yansıtır ve bu duyguların dışarıda yaşanmasını sağlar. Bu süreçte sağ beyindeki duygusal işleme mekanizmaları aktif hale gelir (Köknel, 2013). Sağ beyin bu işlevleri, yansıtımlı özdeşim mekanizmasının işleyişinde de önemli bir yer tutar.

Schore'a göre (2003) yansıtımlı özdeşim kavramı, klasik psikanaliz ile duygulanımsal sinirbilimi birbirine bağlayan bir köprü görevi görmektedir. Schore için yansıtımlı özdeşimin temel işlevi bilinçdışı duyguların iletimidir. Yansıtımlı özdeşim, kökenini erken dönem anne-bebek ilişkisinden alır. Sağ beyinler arasında gerçekleşen iletişime bağlı duygulanım düzenleme sorunlarında bebek, bu mekanizmayı bir başa çıkma stratejisi olarak kullanmaktadır.

Erken dönemde sağlıklı bir bağlanma ilişkisinde anne, bebeğin düzensiz ve karmaşık duygulanımsal hallerine uyum göstermek ve onları düzenlemek için kendi sağ beyinini kullanır. Schore'a göre (2003) bu işleyiş, yansıtımlı özdeşimle ilişkilidir. Anne bebek arasındaki güvenli bağlanma ilişkisinde gerçekleşen yansıtımlı özdeşim işleyişi, yapı kurucu bir işleve sahiptir. Bebek yaşamın başında duygularını işleme, ifade etme ve düzenleme gibi becerilere sahip değildir. Bu beceriler, annenin sağ beyini tarafından gerçekleştirilir ve bebek için bir model teşkil eder. Güvensiz bağlanma ve erken dönem travmaları ise patolojik temsillerin içselleştirilmesini ve savunmacı yansıtımlı özdeşimin oluşmasına yol açar.

Schore (2003), yansıtımlı özdeşimin bir söz öncesi diyalog olarak, sağ beyinler arasındaki iletişimde kullanılan duygulanım düzenleme stratejisi olduğunu öne sürmüştür. Sağ beyin, non-verbal iletişimde ön plandadır ve yansıtımlı özdeşim sürecinde, bireyin yansıttığı duygular genellikle sözsüz iletişim yoluyla ifade edilir. Terapist, bu non-verbal ipuçlarını tanır ve danışanın içsel dünyasını anlamada kullanır (Öztürk, 2011). Borderline hastalarda aktarım söz konusu olduğunda sözsüz iletişim önem kazanmaktadır. Kernberg

(1992), borderline hastalarda, baskın nesne ilişkilerinin aktarımda genelde sözsüz iletişim biçimleriyle ortaya çıktığını ifade etmiştir. Buna paralel olarak McWilliams (2011) da borderline hastaların güçlü ve söze dökülmemiş duygulanım iletimleriyle iletişim kurduklarının altını çizmiştir. Schore (2003), hastanın aktarımının, terapistin kişiliği, tarzı ve davranışları, ama özellikle de yüz ifadesi ve ses tonu gibi özellikleri etrafında şekillendiğini ifade etmiştir. Terapötik ilişkide, terapist ve danışan arasındaki sağ beyin-sağ beyin etkileşimi, danışanın yansıtımlı özdeşim mekanizmasını anlamada ve bu mekanizmayı çözümlenmede kritik bir rol oynar (Acar, 2005).

Schore'a göre (2003) terapi danışanın erken dönem güvensiz bağlanma ortamını tetikleyen bir hal alır ve terapist danışanın duygulanımsal düzensizliğine ortak olursa yansıtımlı özdeşim bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkar. Hastası ile aynı duygusal frekansta salınabilen terapistin bilinçdışı karşı aktarım tepkileri kendi sağ beyinde depolanmaktadır. Özellikle borderline vakalarda, hastanın ilkel ve olumsuz duygulanım hallerine uyumlanmak, terapistin sağ beyinde bir dengesizlik yaratır. Schore (2003), terapistin, tıpkı anne-bebek ilişkisindeki gibi, hastasının duygulanımsal düzensizliklerini tekrarlayan kırılma-onarılma sekanslarıyla düzenlemek gibi zor bir görevi olduğunu ifade etmiştir. Winnicott'un "tutma" kavramını örnek göstermiş ve terapistin kendi stresini düzenlemesi ve olumsuz duygulanımları işlemesiyle konuşma oranının düştüğünü, sesinin ve yüz ifadesinin yumuşadığını ve böylece bir tür güvenlik hissi yarattığını öne sürmüştür.

Özetle yansıtımlı özdeşim savunma mekanizması, sağ beyin işlevleriyle derin bir ilişki içindedir. Terapötik süreçte, sağ beyin-sağ beyin etkileşimi, bu mekanizmanın anlaşılmasında ve çözülmesinde kilit bir rol oynar. Terapist, danışanın yansıttığı duyguları empatik bir şekilde aynalayarak ve güvenli bir bağlanma ortamı sağlayarak, danışanın duygusal deneyimlerini daha iyi anlamasına ve düzenlemesine yardımcı olur.

## Sonuç

Bu çalışma, borderline kişilik bozukluğunun terapötik süreçlerinde karşılaşılan karmaşık dinamikleri, aktarım, karşı aktarım ve yansıtımlı özdeşim mekanizmaları ve beynin sağ yarım küresi üzerinden ele almıştır. Borderline kişilik bozukluğu, kendilik algısı, duygulanım ve kişilerarası ilişkilerde tutarsızlıklarla tanımlanan bir bozukluktur. Bu bozukluğun tedavisinde, terapötik ilişkinin dinamikleri kritik bir rol oynamaktadır. Aktarım ve karşı aktarım tepkileri, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin terapilerinde sıkça karşılaşılan ve terapötik süreci etkileyen önemli unsurlardır. Bu tepkiler, hastanın içselleştirilmiş nesne ilişkilerini terapistte yansıtması ve terapistin bu yansıtımlara verdiği tepkiler üzerinden şekillenir. Yansıtımlı özdeşim mekanizması ise, hastanın dayanılmaz bulduğu içsel nesnelere karşısındaki kişiye yansıtması ve onu bu nesnelere sahipmiş gibi davranmaya zorlamasıyla ortaya çıkar. Bu mekanizma, terapötik süreçte karmaşık ve zorlayıcı bir atmosfer yaratır. Nörogelişimsel perspektif, bu dinamiklerin beyindeki sağ yarımküre ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Sağ yarımküre, duygu düzenleme ve erken dönemde içselleştirilmiş ilişki kalıplarını içermesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu bağlamda, terapötik süreçte ortaya çıkan dinamiklerin anlaşılması ve yönetilmesi, borderline kişilik bozukluğu tedavisinin etkinliğini artırabilir.

Sonuç olarak, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin terapötik süreçlerinde, aktarım, karşı aktarım ve yansıtımlı özdeşim gibi mekanizmaların farkında olunması ve bu mekanizmaların etkin bir şekilde yönetilmesi, tedavi sürecinin başarısı için hayati öneme sahiptir. Terapistlerin bu dinamikleri tanıması ve yönetebilmesi, hastaların duygu düzenleme kapasitelerini artırarak, daha dengeli ve sağlıklı ilişkiler kurmalarına yardımcı olabilir. Bu çalışma, borderline kişilik bozukluğunun terapötik süreçlerine dair derinlemesine bir anlayış sunarak bu alanda daha ileri araştırmalara ve klinik uygulamalara zemin hazırlamaktadır.

## Kaynakça

- Akhtar, S. (1995). *Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı*. (M.Alkan, C. Gürdal, Çev.) İzmir: Odağ Yayınları.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Brown, G., C. Newman, S. Charlesworth, P. Crits-Cristoph ve A. Beck (2004). *An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257–271.
- Çelik, A. (2018). *Diyalektik davranış terapisinin borderline kişilik bozukluğu üzerindeki etkileri*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(2), 123-134.
- Deutsch, H. (1942). *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia*. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Farajı, H , Tezcan, A.E. (2022). *Borderline kişilik bozukluğu*. Ankara: Nobel Yayıncılık
- Freud, S. (1910). *Bir histeri vakasından kesitler*. E. Aşıroğlu (Ed.), Freud'un teknik yazıları (ss. 41- 51). İstanbul: Axis Yayınları.
- Freud, S. (1957). *The Future Prospects of Psycho-Analytic Therapy*. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Five Lectures on Psycho-Analysis, Leonardo da Vinci and Other Works*, Vol. 14, Hogarth Press, London, 139-152.
- Goldberg, S.H. (2012). Aktarım. G.O. Gabbard, B.E. Litowitz, P. Williams (Ed.) *Psikanaliz temel kitabı/1* (ss.155-187). (Z.Ertan, Çev) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., et al. (2008). *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Sınır durumlar ve patolojik narsisizm*. (Çev: M. Aktay). İstanbul: Metis Yayıncılık.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg OF. Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. *J Am Psychoanal Assoc*. 1987;35(4):795-819.
- Kernberg, O. (1992). *Sapıklıklarda ve kişilik bozukluklarında saldırganlık*. (M.B. Büyükkal, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Knight, R. P. (1953). *Borderline states*. bulletin of the menninger Clinic, 18, 1-12.
- Köknel, Ö. (2013). *Kişilik kuramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders In The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553- 564.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik tanı: klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak*. (E.Kalem, Çev.) İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Ogden, T. H. (1979). *On Projective İdentification*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60(3), 357–373.
- Ogden, T. (1986). *Zihin matrisi/nesne ilişkileri ve psikanalitik diyalog*. (A. Şimşek, Çev.) İstanbul: Berkman Padar Yayın Grubu.
- Öztürk, O. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Palombo, J., Bendicsen, H. ve Koch, J.B. (2009) *Psikanalitik gelişim teorileri rehberi*. (F. Helvacıoğlu, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Pulat, F. (2019). Aktarım Odaklı Psikoterapinin Borderline Patolojilere Bakışı. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2(3), 117-130.
- Schore, A. N. (2003). *Duygulanımın düzenlenmesi ve kendiliğin onarımı*. (Öznur Karakaş, Çev.) İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Segal, H. (1973). *Melanie Klein'in çalışmasına giriş*. (M.T. Sivri, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Soygüt, G. (2011). *Şema terapi ve borderline kişilik bozukluğu*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 255- 264.

- Stern, A. (1938). *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*. The Psychoanalytic Quarterly, 7, 467-489.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). *The prevalence of personality disorders in a community sample*. Arch Gen Psychiatry, 58(6), 590-596.
- Volkan, V. (1976). *Psikoterapide nesne ilişkileri*. (A.A. Köşkdere, Çev.) İzmir: Odağ Yayınları.
- V. Volkan (2015). *6 adımda borderline kişilik orgnizasyonunun tedavisi*. Ankara: Pusula Yayınevi
- Voltan-Acar, N. (2005). *Psikanalitik psikoterapi kuramları ve teknikleri*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Wallace, E. (1983). *Dinamik psikiyatri kuram ve uygulaması*. (H.Atalay, Çev.) İstanbul: Okuyanus Yayınevi.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2016). *Borderline kişilik bozukluğu için aktarım odaklı psikoterapi klinik bir rehber* (1. Baskı). (M. Kamer, Çev.) (Ed.) T. Özakkaş, İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2005). *The frequency of personality disorders in psychiatric patients*. Psychiatric Clinics of North America, 28(4), 789-802.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., et al. (2004). *Axis I comorbidity of borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 155(12), 1733-1739.