

Borderline maratonunda fark edilmeyen kestirme.

*BKB tedavisinde gözden kaçan komorbidite:
yetişkin DEHB.*

Tanı gölgelemesi, paylaşılan biyoloji ve sıralamayla ilgili kanıta dayalı bir bakış.

Doç. Dr. Aışan Burak Yaşar

Psikiyatri Uzmanı · alisanburak.com

Borderline kişilik bozukluğu nedir?

Duygulanım, ilişkiler, kimlik ve dürtü kontrolünde yaygın bir kararsızlık örüntüsüdür; erken erişkinlikte başlar, çoğu bağlamda kendini gösterir.

Çekirdek klinik alanlar

DSM-5 · 5 / 9 ÖLÇÜT

- Duygulanım: yoğun, dakikalar–saatler içinde değişen reaktif duygudurum
- İlişkiler: idealizasyon ve değersizleştirme arasında salınan, gergin bağlar
- Kimlik: belirgin ve kalıcı benlik algısı kararsızlığı
- Dürtü kontrolü: en az iki alanda (madde, harcama, cinsellik, yeme, riskli sürüş)
- Süregen boşluk hissi; uygun olmayan yoğun öfke
- Tekrarlayan intihar davranışı veya kendine zarar verme
- Stresle ilişkili paranoid düşünceler ya da disosiyatif belirtiler

Yaygınlık & seyir

~%1.4–5.9

Genel toplumda yaşam boyu yaygınlık (kohorta göre değişir).

~%20

Yatan psikiyatri hastalarında BKB oranı.

Remisyon

Uzun izlem çalışmaları belirgin remisyon gösterir; BKB kronik bir tablo değildir.

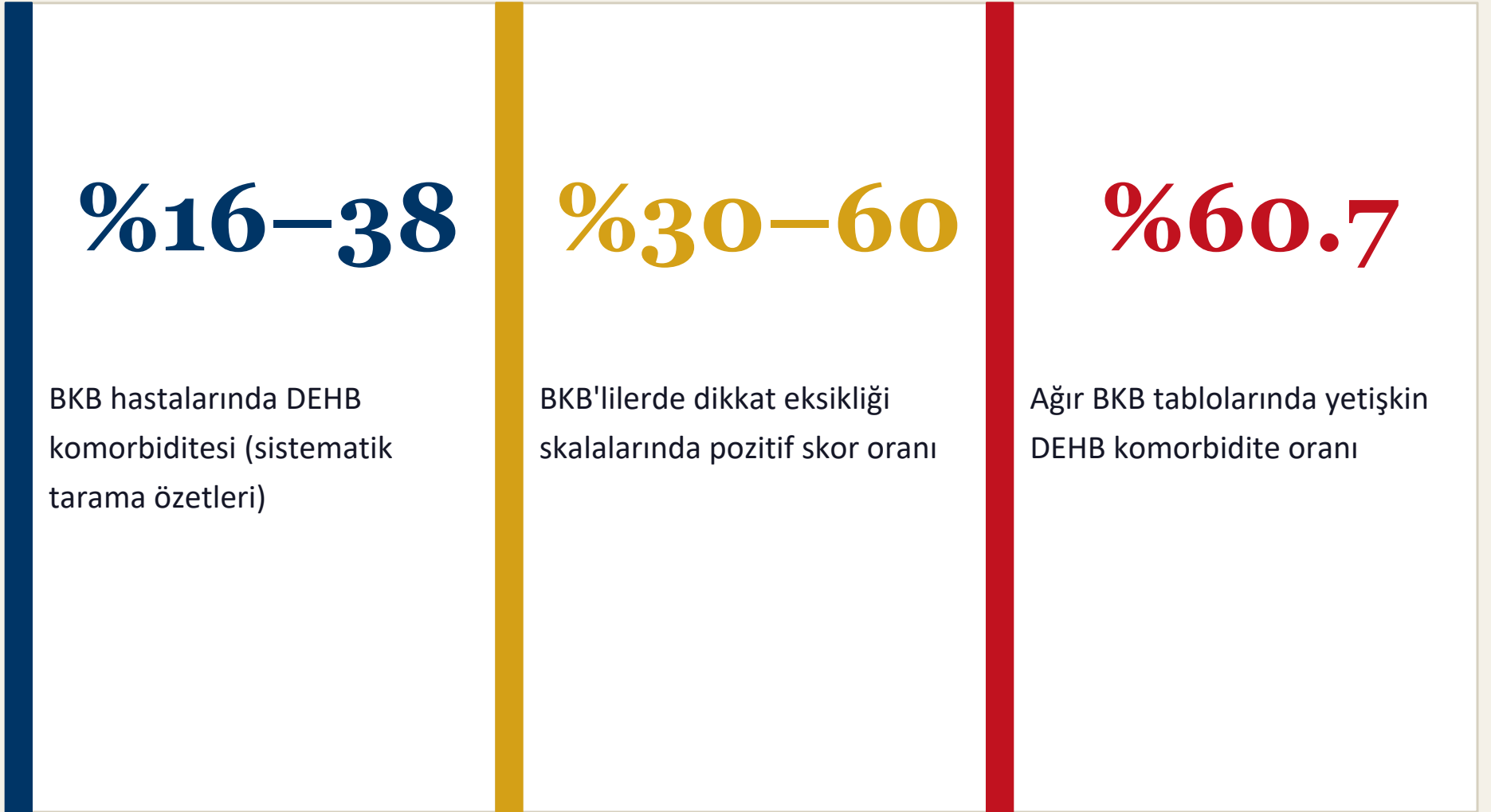
3 yıldır Psikoterapi (Örn DBT) görüyor. Ama hâlâ randevulara yetişemiyor, planı bir günden uzun tutamıyor.

Soru, terapinin yetip yetmediği değil.

Asıl soru: altta, henüz tanınmamış başka bir tablo mu var?

Bu sunum, BKB tedavisinde sıkça atlanan bir komorbiditeyi —yetişkin DEHB'yi— güncel literatür ışığında ele alıyor.

Ne kadar sık?



Yani: Bir BKB hastasında DEHB komorbiditesi, istisna değil – sık olası bir bulgudur.

Calvo et al., 2020 · Pan et al., 2022 · Barbosa & Fonseca, 2024 · Paz-Otero et al., 2025

Dramatik tablo, sessiz semptomu örtüyor.

Duygusal disregülasyon refleksi olarak BKB'ye atfediliyor

Oysa yetişkin DEHB'de de duygusal labilite çekirdek bir özelliktir; klinisyen, tabloyu otomatik olarak BKB içinde okuduğunda DEHB sessiz kalır.

Krizler dikkat çekiyor, dikkat eksikliği değil

Kendine zarar verme, terk edilme korkusu ve kimlik karmaşası klinik sahnede öne geçer; planlama, organize olamama, dağılma arka plana itilir.

Çocukluk DEHB öyküsü çoğu zaman sorgulanmıyor

Yetişkin tanısı için gerekli olan WURS-25 benzeri retrospektif değerlendirme yapılmadığında DEHB tanısı yapılandırılmış görüşmeyle bile atlanabilir.

Blay et al., 2024 · Moukhtarian et al., 2018 · Weibel et al., 2018

Bu örtüşme tesadüf değil.

İkiz, aile ve genom çapında ilişkilendirme (GWAS) çalışmaları, iki tablonun ortak biyolojik bir zeminde durduğunu gösteriyor.



Klinik anlamı: paylaşılan dürtüsellik ve duygu disregülasyonu, hem örtüşmenin hem komorbiditenin altında yatan ortak hattır.

Distel et al., 2011 · Ditrich et al., 2021 · Streit et al., 2024 (BPD GWAS) · Pan et al., 2022

Aynı görünür, farklı çalışır.

DEHB dürtüsellığı

"SOĞUK" · MOTOR / BİLİŞSEL

- Bekleyememe, yanıt durdurma güçlüğü
- Nötr (duygusal yüksüz) görevlerde de belirgin
- Sürekli ve yaşam boyu (çocukluktan itibaren)
- Stres altında görece sabit kalır
- Yüksek motor + dikkat dürtüsellığı skorları

BKB dürtüsellığı

"SICAK" · DUYGUSAL TETİKLİ

- Olumsuz duygu altında acil eyleme geçme (negatif aciliyet)
- Kendine zarar verme, riskli davranışlarla iç içe
- Stres ile birlikte inhibisyon belirgin biçimde kötüleşir
- Travma öyküsü ile sıkı ilişkili
- Daha çok karar kalitesi bozulur (motor durdurma görece korunmuş olabilir)

Linhartová et al., 2019 · Krause-Utz et al., 2016 · Kenézlői et al., 2025

BKB'de DEHB nasıl taranır?

ASRS-v1.1 tek başına BKB popülasyonunda yüksek yanlış-pozitif verir. Kanıta dayalı sıralama:

1

ASRS-v1.1 (mevcut yetişkin semptomları)

Hızlı tarama. Tek başına yeterli değil — yalnızca ön kapı.

2

WURS-25 (çocukluk öyküsü)

Yetişkin DEHB tanısı için olmazsa olmaz. Çocukluk semptomları belgelenmediğinde tanı gevşek kalır.

3

Yapılandırılmış tanı görüşmesi (DIVA-5, ACE+, vb.)

Tanıyı kesinleştirir, BKB özellikleriyle ayırımı netleştirir, işlevsel yansımayı belgeler.

İki tedavi, iki ayrı ölçek.

Standartlaştırılmış ortalama fark (SMD) — orta etki ≈ 0.50 , büyük etki ≈ 0.80 olarak kabul edilir.

BKB için özelleşmiş psikoterapiler

DBT · MBT · ŞEMA · TFP

SMD ≈ -0.50 ila -0.65

Çekirdek BKB semptomları ve psikososyal işlevsellik üzerinde orta etki. Süre: aylar–yıllar.

DBT (kendine zarar): SMD ≈ -0.54

MBT (kendine zarar): RR 0.51

Erişkin DEHB farmakoterapisi

UYARICILAR · ATOMOKSETİN

SMD ≈ -0.61

Çekirdek DEHB semptomları üzerinde orta etki.
Klinik yanıt: haftalar içinde gözlenir.

Atomoksetin: SMD ≈ -0.51

Genel yaşam kalitesinde etki sınırlı

Etki büyüklükleri benzer; ama biri yapısal değişimi, diğeri semptom kontrolünü hedefler. Yarış değil — farklı görevler.

Maraton ve sprint: ikisi farklı yarış.

BKB terapisi yapısal değişimi hedefler — uzun. DEHB farmakoterapisi semptom kontrolünü hedefler — görece hızlı.

BKB psikoterapisi

Süre: aylar–yıllar

Hedef: yapısal değişim, ilişki kapasitesi, beceri inşası

Beklenen yanıt eğrisi: yavaş ve zikzaklı

DEHB farmakoterapisi

Süre: haftalar

Hedef: dikkat, dürtü kontrolü, planlama

Beklenen yanıt eğrisi: nispeten hızlı ve görünür

Tedavi edilmemiş DEHB, hastanın terapide kullanması gereken bilişsel altyapıyı zayıflatabilir: derse gelmek, ödevi tamamlamak, beceriyi hatırlayıp uygulamak.

DEHB'yi tedavi etmek rakamsal olarak ne değiştiriyor?

HR \approx 0.83

İntihar girişimi / tamamlama riski

BKB tanılı erişkinlerde DEHB ilacı kullanılan dönemlerde anlamlı düşüş.

Lieslehto et al., 2023 · n = 22.601

HR 0.79–0.90

Psikiyatrik yeniden yatış

MPH, lisdeksamfetamin ve bupropion ile ilişkili azalma; diğer psikotropolarla benzer etki yok.

Lieslehto et al., 2023

4 hafta

Duygusal labilitede anlamlı azalma

BKB+DEHB komorbid 24 erişkinde MPH ile RlPoSt-NED ve CAARS-EL skorlarında düşüş.

Pardossi et al., 2025

DBT + MPH > DBT

Birleşik tedavi üstünlüğü

BKB+DEHB hastalarında MPH eklenmesi öfke, dürtüsellik ve depresif semptomlarda daha büyük iyileşme sağladı.

Prada et al., 2015 (naturalistik)

Önemli: "Erken DEHB tedavisi BKB seyrini hızlandırır" hipotezini doğrudan test eden RKÇ henüz yok. Veriler yönlendirici, kesinleştirici değil.

Beş adımda entegre yaklaşım

1

Sistematiik tara

Her BKB hastasında, özellikle ağır olgularda, yetişkin DEHB'yi rutin olarak gündeme al.

2

Tanıyı doğrula

ASRS-v1.1 + WURS-25 + yapılandırılmış görüşme. Çocukluk öyküsünü mutlaka belgele.

3

Zemin tedaviyi başlat

BKB için kanıta dayalı psikoterapi (DBT, MBT, Şema, TFP) tedavinin omurgasıdır.

4

DEHB'yi hedefli tedavi et

Belirgin işlevsel bozulma varsa farmakoterapi ekle — öncelik: metilfenidat. Yanıtı objektif ölç.

5

Düzenli yeniden değerlendir

İntihar riski, kötüye kullanım, yan etki ve polifarmasiyi izle. Tedaviyi semptom hedefli tut.

Bilmemiz gerekenler.

Bu içerik tedavi önerisi değildir

Tanı ve ilaç kararları, bireysel klinik değerlendirme ve hekim-hasta ilişkisi içinde verilir. Hekiminizin önerdiği tedaviyi kendi başınıza değiştirmeyin.

DEHB ilaçları kötüye kullanım riski taşır

BKB'deki dürtüsellik, kendine zarar verme öyküsü ve madde kullanımı, reçete kararını ve takip sıklığını doğrudan etkiler. Risk-yarar değerlendirmesi vakaya özeldir.

Doğrudan kanıt henüz sınırlı

"Erken DEHB tedavisi BKB terapisinin başarısını artırır" iddiasını test eden randomize kontrollü çalışma yok. Eldeki veriler güçlü ama dolaylı; alan geliyor.

Polifarmasiden kaçınılmalı

BKB'de ilaç çoğunlukla yardımcıdır, ana tedavi değildir. Eklenen her ilaç hedeflenmiş, süre sınırlı ve gerekçeli olmalıdır.

Borderline maratonu, atlanmış DEHB üstüne koşulamaz.

Sistemik tarama, doğru sıralama ve etik bir tedavi planı; uzun terapinin önündeki en kısa kestirme yoldur.

Yazıyı ve tüm referansları ücretsiz indirmek için:

alisanburak.com