

Kişilik Bozuklukları ve Hemşirelik Girişimleri - Bölüm I

Personality Disorders and Nursing Interventions - Part I

Nurhan EREN¹

ÖZET

Kişilik, bireyin her işlevinde otomatik olarak kendini gösteren, kolayca değişmeyen, büyük ölçüde bilinçdışı olarak kazanılmış davranış örüntüleri, algılama ve düşünme biçimleridir. Kişiliğin sağlıklı bir biçimde gelişip olgunlaşması, genetik, ailesel, çevresel birçok faktörden etkilenen, karmaşık, bazen risklerle dolu yaşam süreçlerinden geçerek gerçekleşir. Bu süreçler boyunca yaşanan eksiklikler/travmalar/bozukluklar, ruhsal yapıyı oluşturan birçok parçanın bütünleşmesini (*integration*) engelleyerek, kişiliğin yapılanmasında bozuklukların gelişmesine yol açabilir. Kişilik bozukluklarının tedavisinde psikoterapi esas olmak üzere, ilaç ve gerektiğinde hastane tedavisi birlikte kullanılır ve genellikle iyileşme uzun bir süreci kapsar. Sık hastaneye yatış gerekebilir. Yatakta servislere kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışmak, tüm tedavi ekibi ve 24 saat bakım vermekte olan hemşireler için zorluklar içerir. Bunların en başında "terapötik çerçeveyi" (nerede, ne zaman ve ne kadar süreyle görüşüleceği, hastanın ve terapistin üzerlerine düşen görevler gibi anlaşmaları içeren, tedaviyle ilgili düzenlemeler tarafından yaratılan psikanalitik/psikoterapötik ortam) korumakta yaşanan sorunlar gelir. Hemşireler bu hastalara özgü geliştirdikleri bakım planları ile çerçeveyi koruyarak terapötik ilişkiyi oluşturabilirler. Bu derleme, kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışan hemşirelere ve psikiyatri hemşireliği öğrencilerine rehber oluşturmak üzere iki bölüm olarak planlanmıştır. Birinci bölümünde, kişilik bozuklukları, klinik görünüm ve tedavi süreçleri, ikinci bölümde ise en sık görülen hemşirelik tanıları, hedefler ve hemşirelik girişimleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik girişimleri; kişilik bozuklukları/tedavi.

SUMMARY

Personality is, for the most part, unconsciously acquired behavioral patterns and manner of perception and thought. It manifests itself automatically in every function of the individual and does not change easily. The healthy development of personality passes through complicated and sometimes risky processes that are affected by a number of factors, such as genetic, family and environmental factors. The deficiencies, traumas and disorders that are experienced during these processes may cause disorders in personality development by hindering the integration of many parts that constitute psychological structure. The treatment of personality disorders involves, primarily, psychotherapy, but medication and, if necessary, hospitalization together with medication might be employed. The recovery in general is a long process. Frequent hospitalization might be necessary. Working with inpatients with psychological disorders has its own drawbacks for the psychiatric team and nurses who provide for their full-time care. The foremost of these is the difficulties faced in maintaining the therapeutic framework, which is the psychoanalytic/psychotherapeutic environment created by the treatment arrangements and involving the agreements regarding the duties of the patient and the therapist, and the place, time and duration of interviews. Nurses can foster this therapeutic relationship by special patient-based care plans that also maintain the framework. This review contains two parts that are intended to guide the nurses who work with patients with personality disorders and the psychiatric nursing students. In the first section, we aimed to provide information on personality disorders, the clinical features and treatment process. The second part addresses the most frequently seen nursing diagnoses, goals and nursing interventions.

Key words: Nursing interventions; personality disorders/treatment.

Giriş

Psikiyatrinin ve özellikle psikoanalitik ekollerin tam olarak tedavi edilemez gördüğü ve pek ilgilenmediği kişilik bozuklukları son 30-40 yılda giderek daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Kişilik bozukluklarının görülme sıklığının artması, buna paralel olarak yeni tedavi ve psikoterapi yöntemlerinin gelişmesiyle tedavinin daha mümkün hale gelmesi, bu ilgiyi sağlayan önemli etmenlerdir.^[1,2]

Kişiliğin Tanımı

Kişilik, bireyin her işlevinde otomatik olarak kendini gösteren, kolayca değişmeyen, büyük ölçüde bilinçdışı olarak kazanılmış davranış örüntüleri, algılama ve düşünme biçimleridir.^[3] Genetik mirasla başlayan ve çeşitli faktörlerin etkisiyle oluşan kişilik gelişimi, bir bütünleşme ve olgunlaşma süreci olarak ele alınabilir.

Bu süreç, doğumdan sonraki süt çocukluğu döneminde, en yoğun biçimde anne ile bebek arasında kurulan bakım ilişkisinden (dyadik ilişki/sembiyotik bağ) beslenir. Çocuk büyüdükçe, baba ve kardeşlerin katıldığı sosyalleşme ile (*triangle*) ikili dünyanın dışına çıkarak, sınırları, engelleri ve otoriteyi tanıır. Bireyin kişiliği son olarak ergenlikte yaşananlarla şekillenerek olgunlaşır (*maturation*) ve özgün bir yapı kazanır.^[4-6]

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi, İstanbul

İletişim (Correspondence): Dr. Nurhan EREN.
e-posta (e-mail): nurhaneren@yahoo.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(1):33-38
Journal of Psychiatric Nurses 2010;1(1):33-38

Tüm bu aşamalarda, doğuştan getirilen nitelikler, dürtüler, arzular bastırılır, yansızlaştırılır (*nötralizasyon*) ve dış gerçekliğe göre düzenlenir. Nesnelere (diğerleri) ve işlevleri ayrıştırılır, içselleştirilir (*internalizasyon*), özdeşleşmeler (*identifikasyon*) yoluyla kendinin bir parçasına dönüştürülerek bütünleştirilir.^[4,7]

Sonuçta, her şey yolunda giderse, iç ve dış gerçekliğe uyum sağlayabilen tutarlı, kalıcı, bütünleşmiş, olgun bir kişilik yapısı gelişir. Bu değişim ve gelişim süreci daha yavaş biçimde bir ömür boyu sürer. Ancak birey çocukluk ve ergenlik döneminde eksiklikler/travmalar/bozukluklarla karşılaşsa, doğuştan getirilen niteliklerin de katkısıyla gelişim süreci etkilenir ve kişilik yapısında bozukluklar meydana gelir.^[8]

Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozukluğu, bireyin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden önemli ölçüde sapmalar gösteren, iş yaşamında ve ilişkilerinde ciddi sorunlara yol açan, ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde başlayan süreğen bir durumdur.^[8,9] Kişilik bozukluğu gösteren hastalarda, düşünce, duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve dürtü kontrolü gibi temel alanlarda sorunlar vardır. Belirtiler aloplastik (dış çevreyi değiştirme ve kendine uydurma) ve egosintonik (benlik ile uyumlu) yapıdadır. Diğer bir deyişle bu bireyler eylemlerinden rahatsızlık duymazlar ve başkaları üzerinde yarattıkları etkinin ya çoğu zaman farkında değildirler ya da bu etkiyi kendi gereksinimlerine yönelik olarak manipüle ederler. Kişilik bozukluklarında görülen bu özellikler pek çok insanda bulunan karakter özelliklerinin ötesinde bir durumdur.^[8] Kişilik bozukluğu gösteren bireylerde hem çevreyi hem de kendilerini etkileyen, bununla ilişkili olarak derinlere yerleşmiş, esnek olmayan, işlevselliği ve uyumu bozucu özellikler vardır.

Kişilik bozuklukları, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü baskısına göre (DSM-IV)^[10] üç kümede gruplandırılmıştır. Bunlar, majör psikotik belirtilerden kognitif süreçlerdeki bozulmalara benzer belirtilerle ve tuhaf davranışlarla seyreden paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarının oluşturduğu A kümesi, impulsivite, kendine yönelik yıkıcılık, katılık, duygusal değişkenlik, drammatizasyon, kararsızlık ve kalıcı olmayan ilişkilerle karakterize *borderline*, histrionik, antisosyal ve narsistik kişilik bozukluklarının oluşturduğu B kümesi ve anksiyetenin çeşitli formlarından oluşan ve endişeli görünümün hakim olduğu kaçınan, obsesif-kompulsif, bağımlı kişilik bozukluklarının oluşturduğu C kümesidir.^[10,11]

Kişilik bozukluklarının etyolojisinde çok çeşitli varsayımlar öne sürülmektedir.^[8,9] Öne sürülen görüşler genetik, ailesel, çevresel, biyolojik, etkenlerin birlikteliğini vurgularken, farklı alt tiplerinde etkenlerin ağırlığının değiştiğine yönelik araştırmalar vardır. Özellikle ikizler ve aileler üzerinde yapılan genetik çalışmalar, A kümesi kişilik bozukluklarının (pa-

ranoid, şizoid ve şizotipal) ailelerinde kontrollere göre şizofreninin daha yaygın olduğu, *borderline* hastaların aile geçmişinde depresyonun yaygın olduğu, daha fazla duygudurum bozukluğu görüldüğü,^[12] obsesif kompulsif belirtilerin monozigot ikizlerde daha belirgin olduğu, antisosyal kişilikte saldırganlığın kortikal eksitabilite ve inhibisyonla^[14] ve erken çocuklukta yaşanan şiddetle ilişkili olduğu görüşleri, öne sürülen varsayımlardan bazılarıdır.^[8,11-13] Ayrıca biyolojik etmenlerden, hormon düzeyleri, nörotransmitterlerin etkileri, elektrofizyolojik değişiklikler, perinatal travma, ensefalit veya kafa travması da kişilik bozukluklarına neden olan biyolojik faktörler arasında incelenmektedir.^[8,13,14] Psikolojik ve psikoanalitik görüşler ise kişilik bozukluklarını psikoseksüel gelişimin erken döneminde oluşan saplanmalar, olumsuz ebeveyn tutumları, çocuklukta yaşanan yetersizlikler, fiziksel ve cinsel travmalar, agresif ve libidinal dürtülerdeki aşırılığın kapsanamaması, yetersiz savunmaların yoğun kullanımı, öğrenilmiş uyum bozucu şemaların oluşması, içselleştirilmiş patolojik kendilik ve nesne ilişkilerinin etkileri gibi çeşitli nedenlerle açıklamaktadır.^[7,8,15,16]

DSM ve diğer deskriptif tanılama sistemleri, kişilik bozukluklarını belirtilere ve davranış boyutuna göre değerlendirmekte ve kişilik bozukluğu kümelerinin ayrıştırılmasını sağlamaktadır. Ancak bu tanılama sistemlerinde kişilik yapılanmaları ve bunları oluşturan iç dinamikler yeterince değerlendirilememektedir. Kişilik bozukluklarının teorisine ve kliniğine yönelik önemli çalışmaları olan nesne ilişkileri kuramcısı Kernberg,^[15,16] ruhsal yapının farklı örgütlenme düzeyleri ile içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin yapısal kökenleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek, kişilik bozukluklarına ve kliniğine dinamik bir bakış sağlamıştır. Bu yaklaşımda etyolojiye, kalıtsal, yapısal, biyokimyasal, ailesel, psikodinamik ve psikososyal etmenlerin katkısı göz önünde tutulmaktadır. Kernberg bu ilişkileri açıklamada "yapısal analiz" terimini kullanmış ve psikotik, *borderline* ve nevrotik kişilik örgütlenmesi tanımlamalarını yapmıştır. Kernberg'e göre,^[15] nevrotik kişilik örgütlenmesi içinde semptomatik nevrozlar ve *borderline* kişilik patolojileri dışında kalan hastalar yer almaktadır. *Borderline* kişilik örgütlenmesi içinde, üst düzeyde; klinik açıdan çoğu histerik, obsesif-kompulsif, depresif kişilikler ve daha organize mazoşistik kişilikler, orta düzeyde; pasif-agresif, sadomasoşistik, histrionik ve narsistik kişilikler, alt düzeyde; *borderline*, düşük düzeyde narsistik, antisosyal kişilikler ve hipomanik, şizoid, paranoid kişilikler yer almaktadır. Psikotik kişilik örgütlenmesi gösteren hastalarda ise, birincil süreç düşüncesine yatkınlık vardır. Şizofreni ve şizofreniform bozukluklar, majör afektif bozukluklar ve paranoid psikozların tümünü içermektedir.^[15,16]

Kernberg, özellikle hastanın kimlik bütünlüğünün derecesine, savunma girişimlerinin tiplerine ve gerçeği değerlendirme kapasitesine göre kişilik örgütlenmesi ayrımını yapı-

rak, içselleştirilmiş kendilik ve nesne ilişkilerini ön plana çıkarmakta ve işlevselliği irdeleyen yanı sıra belli oranda esnekliğe izin veren bir yaklaşım sunmaktadır.^[15,17,18] Bu yaklaşım, kişilik bozukluğu hastaları ile çalışırken bilhassa tedavi, ruhsal bakım ve psikoterapide çok önemli yararlar sağlamaktadır. Kişinin değişik anlarda belirli zorlanmalar ya da destekler karşısında farklı kişilik örgütlenmesi gösterebileceğini ancak olağan koşullarda temel bir kişilik örgütlenmesi içinde kalabileceğini belirtir; yani hastayı sadece belirtilerine göre değil, bütünsel olarak anlamayı, tedavi, bakım ve psikoterapiyi bir süreç olarak görebilmeyi kolaylaştırır.

Epidemiyolojik çalışmalar, genel toplumda kişilik bozukluğu yaygınlığının %10-13 olduğunu, ayaktan başvuran hastalarda %30-50 oranında kişilik bozukluğu saptandığını, acil servislere başvuran hastaların neredeyse %25'ini oluşturduğunu ve bunların en sıklıkla *borderline* ve histrionik kişilik bozukluğu hastaları olduğunu, yataklı servislerde en çok *borderline*^[19,20] hastaların bulunduğunu bildirmektedir.^[3,8]

Klinik Görünüm

Kişilik bozukluğu olan bireyler zihinsel tasarımlarının etkisiyle kendi içlerinde yaşadıkları karmaşık süreçleri dış dünyaya ve ilişkide oldukları kişilere yansıtarak, diğerleri üzerinden yaşama eğilimi gösterirler.^[15,20] Örneğin, yetersiz bir kendilik imgesi ve ihmal eden ebeveyn tasarımına sahip bir hasta, kendini yetersiz biri olarak algılar ve sürekli ihmal edildiğinden yakını. İlişkilerinde daima çarpıtılmış ve bozuk algılamalara bağlı sorunlar ortaya çıkar. Çoğu zaman bu durum tedavi ekibine yönelik karşılanması zor, yoğun beklentilere yol açar.^[11,21]

Ağır kişilik bozukluklarında anksiyete toleransı düşüktür. Ayrılık ve engellenme gibi kaygı yaratan durumlar karşısında regresyona (ruhsal gerileme) girme eğilimleri, bu durumla başa çıkmak için alkol ve madde kullanımına, impulsif biçimde intihar veya eyleme vuruk (*acting out*) davranışlar geliştirmelerine yol açabilir.^[20] Diğerleriyle ilişkide güçlükler yaratan, huzursuz, beklentili, düşmanca veya manipülatif davranışlar gösterirler.^[21,22] İşlevsellikleri değişkendir. İd ve ego yeterince iyi ayrışmadığından dürtü ile yüklü zıt ego durumları ilkel savunmalarla ayrı tutulmaya çalışılır. Özellikle bölme/bölünme (*splitting*), yansıtma (*projection*), yansıtma özdeşleşme (*projective identification*), inkar (*denial*), ilkel yüceltme (*primitive idealization*), değersizleştirme (*devaluation*), tümgüçlülük (*omnipotence*) gibi ilkel savunmalar etkin biçimde kullanıldığında anksiyete ve depresyon ortadan kalabilir. Bunun bedeli ise ego zayıflığı ve çoğu zaman klinikte gördüğümüz kimlik karmaşasıdır.^[8,9,15,16,20]

Ağır kişilik bozukluklarının hepsinde psikopatoloji *borderline* organizasyon düzeyinde olmakla beraber, davranış ve tutumlara yansıyan özellikler ve klinik belirtiler farklıdır. Bunlar;

A Kümesi Kişilik Bozuklukları

Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler diğerlerinin davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlama, sürekli şüphecilik ve güvensizlikle karakterizedirler. Sık olarak düşmanca, huzursuz ve kırgındırlar. Tutucu, haksızlıkları biriktiren, takıntılı biçimde adalet arayışı içinde olan, patolojik kıskançlık davranışları gösteren kişilerdir. Sürekli kendilerinin sömürüleceği hissi ile en yakın ilişkilerinde bile açık olmazlar. Yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının niyet ve davranışlarını kendilerine yönelik aşağılama olarak algıladıkları referans fikirleri nedeniyle olaylardan gerçek olmayan sonuçlar çıkarırlar.^[23] Paranoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı toplumda %0.5-2.5 arasındadır. Bu kişiler nadiren tedavi arayışı içindedirler ve genellikle yakınlarının teşviki ile tedaviye gelirler.^[8]

Şizoid kişilik bozukluğu olan kişiler yaşam boyu sosyal çekingenlik içindedirler. İlişkilerinde yetersiz, duygulanımları kısıtlı, donuk, içe dönük ve insan ilişkilerinde yakınlık kurmaya karşı isteksizdirler. Şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı kesin olarak saptanamamıştır. Ekip çalışmasından çok yalnız başına yapılan işlerde çalışmaya yatkındırlar. Kırgınlık duygularını doğrudan gösteremezler. Matematik ve astronomi gibi insansız ilgilere afektif enerjilerini kullanabilirler. Hayvanlara, diyet ve sağlıkla ilgili konulara, felsefi hareketlere ve özellikle kişisel içermeyen toplumsal ilerleme projelerine ilgi duyabilirler.^[8,23]

Şizotipal kişilik bozukluğu gösteren hastalar tuhaf ve yabancıdırlar. Düşünce yapısı ve ilişkileri bozulmuştur. Büyüsel düşünce, garip fikirler, referans fikirleri, illüzyonlar ve yabancılaşma (depersonalizasyon) belirtileri mevcuttur. Batıl inançları olabilir ve gelecekte haber verebildiklerini iddia ederler. İç dünyaları, çok canlı hayali ilişkilerle ve çocuksu korku ve hayallerle doludur. Yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve geri çekilme görülebilir. Toplumda %3 oranında görülür.^[8,23]

B Kümesi Kişilik Bozuklukları

Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu gösteren hastalar nevroz ve psikoz sınırında yer alırlar. Sıra dışı, stabil olmayan affekt, mizaç ve davranış özellikleri gösterirler. Kendilik ve nesne ilişkileri değişkendir ve zıtlıklar içerir. Kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlıklar gösterirler. Dürtülerini kontrol etmede güçlük yaşarlar. Yalnız kalmaya tahammülleri yoktur ve her zaman bir ilişki içinde olmak isterler ve sürekli terk edilme korkusu yaşarlar. Manipülatif intihar girişimleri, eyleme vuruk davranışlar, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve rastgele cinsel ilişkiler sıkıdır.^[20] Kronik boşluk duygusu vardır ve ani değişken belirtiler gösterebilirler. Toplumda görülme sıklığı %2-3 iken, psikiyatri kliniklerindeki kişilik bozukluklarının %30-60'ını *borderline* kişilik bozuklukları oluşturur.^[8,15,24]

Histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler dramatik, renkli özellikleri olan, kolay heyecanlanan, dışa dönük ve duygularıyla

sal davranışlar gösterirler. Bu kişilerde aşırı derecede başkalarının dikkatini çekme, duygu ve düşüncelerini abartma, aşırı onay ve övgü bekleme, giyim ve davranışlarında baştan çıkarıcı davranma özellikleri vardır. Bağımlılık ihtiyaçları yögundur, ilişkilerinde yüzeyseldirler, gerçek duygularını ifade edemezler ve kolay aldanırlar. İstekleri gerçekleşmediğinde ve hayal kırıklığına uğradıklarında huysuzluk, ağlama krizleri ve diğerlerini suçlama davranışları gösterirler. Toplumda görülme oranı %2-3'dür.^[8,15,25]

Antisozyal kişilik bozukluğu olan kişiler, sürekli olarak toplum normlarına uymayan ve suç türünden davranışlar gösterirler. Yalancılık, okuldan, evden kaçma, hırsızlık, kavgacılık, madde kullanımı, yasal olmayan aktiviteler gösterirler ve bunlardan dolayı suçluluk duymazlar. Kendi gereksinimleri için başkalarını kötüye kullanabilir, fiziksel, cinsel ve maddi zararlar verebilirler. Dışarıdan normal, zeki, cana yakın ve sevimli görülebilirler. Toplumda erkeklerin %3'ünde, kadınların %1'inde görülür.^[8,15,24]

Narsistik kişilik bozukluğu olan kişiler kendilerini aşırı derecede önemser ve aynı alanda eş benzeri olmadığı şeklinde büyüklük duygularına kapılırlar. Eleştirilere tahammülleri yoktur ve öfke hissederler. Diğerlerine empati göstermekten yoksundurlar. Benlik saygıları düşüktür, ilişkilerinde kırıldır ve depresyona yatkındır. Kendilerini değerli hissetmek için sürekli bir şeyler başarmaları gerekmektedir. Toplumda görülme sıklığı %2-6 arasındadır.^[8,24,25]

C Kümesi Kişilik Bozuklukları

Çekingen kişilik bozukluğu olan kişilerin en temel özelliği yetersizlik ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık hissetme ve bu nedenle sosyal ketlenme içinde olmalarıdır. Bu yapıdaki kişiler topluluk içinde konuşmaktan ve kendilerini göstermekten kaçınırlar. Sıcak ve arkadaşça olmalarına karşın eleştirilmeye ve aşağılanmaya karşı aşırı duyarlılıkları nedeniyle utangaçtır, fobik kaçınmaları vardır ve sınırlı işlevsellik gösterirler.^[8]

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu duygusal katılık, düzenlilik, ısrarcılık, inatçılık ve kararsızlıkla karakterize bir yapı gösterir. Mizaçları genellikle ciddidir ve mizah duyarlılıkları sınırlıdır. Mükemmeliyetçi yapı nedeniyle yöntem ve düzen gerektiren işlerde başarılı olabilirler, ancak katı kuralları ve düzenleri bozulduğunda buna tolerans gösteremezler ve anksiyeteleri artar. Kendilerinin ve birlikte yaşadıkları kişilerin davranışları üzerinde kontrol sağlama eğilimindedirler.^[8]

Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler başkalarının gereksinimlerini kendilerinin önüne koyarlar. Kendilerine güvenleri yoktur ve yalnız kaldıklarında rahatsızlık duyarlar. Başkalarından güvence ve destek almadıkça karar vermekte güçlük çekerler. Karamsarlık, pasiflik, itaat etme ve sorumluluk almaktan kaçma nedeniyle başkalarına bağımlıdır. Kötüye kullanılmaya açık bir yapı gösterirler.^[8]

Tedavi Süreci

Kişilik bozukluklarının tedavisi uzun sürelidir, psikoterapi esas olmak üzere ilaç ve gerektiğinde hastane tedavisi kombine sürdürülmelidir. Psikoterapi, farklı ekollere göre, kişilik yapısına yönelik değişimi hedefleyen psikodinamik ve psikoanalitik yaklaşımlardan, kognitif davranışçı, diyalektik, şema ve kişilerarası yaklaşımlara kadar birçok yöntemi içermektedir.^[1,2,9,15,17,19,20,26]

Kişilik bozukluklarındaki patoloji en yoğun biçimde kendini ilişkilerde gösterdiğinden, bu durum tedavi, bakım ve psikoterapi ilişkisine aktarılmaktadır. Psikoterapide ana hedef, terapötik bir ilişki/ortam içinde, kişilik yapısındaki bozukluğu düzeltmeye yönelik bir yöntem kullanmaktır. Terapist ve tedavi ortamına aktarılan bu durumun şimdi ve burada olanlara odaklı çalışılması psikoterapiyi olanaklı kılmaktadır. Ancak aynı zamanda hastaların, ilişkide oldukları her şeyi patolojik örüntünün içine çekme eğilimleri, tedavi ve psikoterapi ilişkisini zorlaştırmakta, tedavi ekibinin bu hastalara karşı çeşitli güçlükler yaşamalarına yol açmaktadır.^[27] Hastayı anlamak ve ilişkiyi sürdürülebilmek, ilişki örüntülerine (*patern*) patolojik biçimde uyum sağlayan, ikincil kazançların olduğu, katı, kaotik bir yapı nedeniyle zordur. Bu hastalar değişime karşı dirençlidir ve adeta "beni değiştirme" demektir. Kişilik bozukluklarının psikoterapisi, hastanın tedaviye olan direncini azaltacak, yoğun duygusal dalgalanmalara dayanmayı sağlayacak, tedavide kalmasını ve yıllar sürececek bir bağlanmayı -"tedavi çerçevesini" koruyarak sürdürübilmesini- sağlayacak yöntemleri içermelidir. Kişilik bozukluklarının tedavisi ve psikoterapisinde, Yeomans ve ark.,^[28] psikoterapi çerçevesini oluşturma ve kontrata odaklanma yoluyla terapiyi korumaya ve devamlılığını sağlamaya, Clarkin ve ark.,^[27] aktarım (*transference*) ilişkisine odaklanarak bozuk kendilik ve nesne ilişkilerini düzeltmeye, Averill,^[29] terapistin kısmi doyum sağlayıcı tutumu ile olumlu düzeltici deneyim sağlayarak benlik yetersizliğini onarmaya, Eren,^[30] sanat psikoterapisini kullanarak hastayı kapsama (*container*) ve terapide kalmasını sağlamaya, birçok klinisyen ve araştırmacı grup, aile, terapötik ortam ya da kısmi hastane tedavisi içinde uyumsuz (maladaptif) davranışları düzeltmeye yönelik yaklaşımlar kullanmışlar ve tedavide elde ettikleri sonuçları bildirmişlerdir.^[1,2,26,31-33] Son yıllarda bilişsel, davranışçı, diyalektik veya şema terapilerinin yararlı olduğuna yönelik çalışmalar da vardır.^[1,19]

Terapilerin yanı sıra bu hastalarda ortaya çıkan duygusal dalgalanmalar, depresif dönemler, yoğun anksiyete krizleri veya kısa süreli psikotik ataklar için ilaç tedavisi kullanılmaktadır.^[3,8,34] Bu hastalarda ilaç tedavisi, ilacın farmakolojik etkisinin yanısıra, tedavi ekibinin (hekim/hemşire/psikoterapist) olumlu ya da olumsuz bir uzantısı olarak çeşitli anlamlar içermekte, bu anlamlar nedeniyle çoğu zaman düzenli kullanım ve yararlılık etkilenmektedir.

Bu hastaların tedavisinde acil müdahalenin ve hastaneye yatırarak tedavinin krize müdahalede önemi büyüktür. Kişilik bozukluklarında, “içerideki yapıyı” ancak “dışarıdaki bir nesne” ile sürdürebildikleri “dayanaksız denge” bozulduğunda, krizler ortaya çıkmakta ve bu dönemde psikiyatrik yardım gereksinimi artmaktadır. Acil tedavi ve hastaneye yatış en sıklıkla, intihar düşünceleri ya da yakın bir intihar girişimi ile ilgili disfori, dezorganizasyon, disosiasyon ya da psikoz benzeri belirtilerle ortaya çıkan anksiyete, hastayı riske sokan impuls kontrol bozukluğu ya da yargıda zayıflama ile oluşan zarar verici davranışlar, saldırganlık, kendine veya diğerlerine yönelik şiddet eğilimlerine yol açan emosyonel labilite durumlarında görülmektedir.^[20,34,35]

Kişilik bozukluklarının hastaneye yatırılmasındaki temel amaç, belirtilerin yatışması ve hastanın durumsal krizi atlatmasına destek sağlamaktır.^[34] Ancak hastane tedavisi ile ayaktan sürdürülen tedavi süreci bağlantılı olmazsa tekrarlayan manipülatif yatışlar görülebilir. Kişilik bozukluğu gösteren bir hastanın hastane tedavisini özellikle farklı bir tedavi ekibi yürütüyor ise -çoğu zaman böyledir- önemli zorluklar yaşanabilir.^[20] Tekrarlayan yatışlar bazen servis ekibinde hoşnutsuzluklar yaratabilir.

Özellikle ağır kişilik bozukluğu gösteren borderline hastalarda hastane tedavisi, sadece krize müdahale amaçlı ve kısa süreli olmayıp, uzun süreli kısmi yatış uygulamaları vardır. Bateman ve Fonagy,^[31,33] uyguladıkları “psikoanalitik oryantasyonlu kısmi hastane tedavisi” sonuçlarında, sadece kliniğe ve belirtilere yönelik bir iyileşme sağlanmadığını aynı zamanda yapısal bir gelişme de sağladığını belirtmektedir.

Kısa ya da uzun süreli hastane yatışlarında kişilik bozukluğu hastaları ile çalışan ekibin serviste ortaya çıkabilecek sorunlarla ilgili aşağıdaki durumlarda dikkatli olması gerekmektedir:

- Yatış anından taburculuğa kadar her aşamada ortaya çıkan servis kuralları ve tedavi ilkeleri ile ilgili çarpık algılamalar ve çatışmalar,
- Derhal doyurulmayı bekleyen yoğun ilgi gereksinimleri,
- Diğerlerine, çevreye ve kendilerine zarar verici, katı, sınırları zorlayan, manipülatif davranışlar sergilemeleri,
- Aktarım ve karşı-aktarım sorunları,
- Ayaktan tedavi ekibi ile yataklı servis ekibi arasında, yataklı servis ekibinin kendi arasında, hemşireler ile hekimler arasında veya diğer personel arasında, ekip ile yönetim arasında, bölünmeler (*splitting*) yaratarak çatışmalara neden olmaları,
- Koğuştaki diğer hastalarla ilgili, karmaşa, gruplaşma, aşırı yakınlık gibi sınır sorunları yaratarak tedavi düzenini bozucu davranışlar göstermeleri,
- Etik ve adli sorunlara neden olan suça yönelik davranışlarda bulunma eğilimleri gelir.^[20,34,36]

Ruh sağlığı ekibi, kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışırken çeşitli güçlükler yaşamakta ve bu hastaları zorlayıcı bulmaktadır.^[20-22,37,38] Kişilik bozukluğu hastalarıyla çalışma deneyimini sorgulamak üzere Eren^[38] tarafından yapılan, %65.8’inin hemşire olduğu 81 ruh sağlığı çalışanının katıldığı bir anket çalışmasından elde edilen sonuçlar, bu hastaların zor hastalar olarak algılandığı yönündedir. Ankete cevap verenlerin %69.1’i en zorlandıkları grup olarak kişilik bozukluklarını bildirmiştir. Bu hastalarla çalışırken yaşanan güçlükleri, ankette yer alan listeden, birden çok seçeneği olarak seçmeleri istendiğinde; %32.1 bu hastalara karşı kızgınlık, öfke ve nefret duyguları, %30.9 hastayı anlama ve karşılıklı iletişimi sürdürme güçlükleri, %30.7 mesleki çerçeveyi koruma güçlükleri, %28.4 korku, endişe, panik duyguları bildirilmiştir. Bu hastalarla çalışırken nasıl bir tutum gösterdikleri değerlendirildiğinde ise; %26.1 sınırları koruyan otoriter bir tutum, %24.5 çaresizlik, yetersizlik ve kafa karışıklığı, %15.7 ılımlı ve anlayışlı bir tutum seçilmiştir. Ankete cevap veren profesyonellerin %9’u bu hastaların iyileşeceğine inanmadığını, %69.1’i kişilik bozukluğu tanısı almış bir hasta ile çalışmayı tercih etmediğini, anketi cevaplayanların sadece %28’i kişilik bozukluğu hastalarıyla çalışmaya istekli olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelik Yaklaşımı

Kişilik bozukluğu hastalarının en belirgin özellikleri iç dünyalarında yaşadıkları karmaşa ve uyumsuz savunmalar nedeniyle yakın ilişkilerinde ve buldukları ortamlarda ciddi sorunlara yol açmalarıdır.^[20-22] Psikiyatri hemşireliğinde özelleşmiş bir alan olarak, bu hastalara yönelik özel teknikleri içeren yöntemler geliştirilmelidir. Yataklı servislerde yatan kişilik bozukluğu gösteren hastalara özgü oluşturulacak hemşirelik bakım planları, hastanın psikopatolojik ilişki örüntülerini (*pattern*), davranış ve tutumlarını ayrıntılı bir şekilde ele almak ve bütünleştirmesine yardım etmek için elverişli bir yöntemdir.^[39,40] Bir psikiyatri hemşiresi için, hasta ile bir plana bağlı olarak adım adım ilişki kurmak, hastanın psikopatolojik ilişki örüntülerini, davranış ve tutumlarını ayrıntılı bir şekilde değerlendirmede, kendini ve diğerlerini algılamasındaki kopuklukları bütünleştirmesine ve birçok klinik belirtilerle başa çıkmasına yardım etmede yararlı bir rehber işlevi görür.

Bu yazının ikinci bölümünde, kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışan hemşirelere rehber oluşturmak üzere hemşirelik tanıları, hedefler ve hemşirelik girişimleri hakkında bilgi verilecektir.

Sonuç

Psikiyatri hemşireleri kişilik bozukluğu hastalarıyla acil servislerde, poliklinikte, yataklı ve ayaktan tedavi servislerinde karşılaşmaktadır. Kişilik bozukluklarının tedavisinde psikiyatri hemşiresi, bir ekip içinde temel psikiyatri hemşireliği uygulamasının yanı sıra özel bir eğitim ve deneyimle, birey-

sel veya grup psikoterapi uygulaması ve diğer destekleyici terapötik uygulamaları yürütebilir. Özellikle yataklı servislerde kişilik bozukluğu hastaları ile 24 saat yüzyüze olmanın getirdiği sınır güçlüklerinin farkında olarak, tedavi çerçevesini korumaya odaklı, ortamı terapötik kullanabilme ve bu hastalara yönelik özelleşmiş teknikler konusunda deneyimli olmalıdır.

Sonuç olarak, kişilik bozukluklarının uzun süreli tedavisi ve bu konuda eğitim ve deneyim sahibi profesyonellerden oluşan bir ekip çalışması gerektirdiği unutulmamalıdır. Bu hastalarla çalışırken istikrarlı bir yaklaşım izlenmesi, ekibi daha aktif bir tutum içinde, birbiri ile iletişim halinde olması çok önemlidir. Yaklaşımında unutulmaması gereken temel noktalar, hastadan gelen olumsuz aktarım tepkilerine dayanarak, eylemleriyle duyguları arasındaki bağı görebilmesini sağlamaya dönük “şimdi ve burada” olanlara odaklı bir tutum gösterilmesi, eyleme koyma türündeki davranışların tutarlı biçimde sınırlandırılarak ödüllendirilmemesi, karşı-aktarım duygularının denetlemesi ve ekip süpervizyonu sağlanmasıdır.

Kaynaklar

- Bateman AW, Tyrer P. Psychological treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004;10:378-388.
- Stone MH. Long-term outcome in personality disorders. *Br J Psychiatry* 1993;162:299-313.
- Karamustafaloğlu N, Karamustafaloğlu O. Kişilik bozukluklarında ilaç tedavileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:103-108.
- Ardalı C. Bebeğin simgesel sistemlerinin kuruluşu. Derleyen: İÜ İTF Psikiyatri AD Sosyal Psikiyatri Servisi, Kişilik ve Psikoterapi Yazıları Salı Toplantıları Kitabı. İstanbul: Alan Yayıncılık; 2000. s. 47-74.
- Parman T. Ergenlik ya da merhaba hüznü. İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 2000.
- Origlia D, Ouillon H. Ergenlikte kişilik. (Çeviri Editörü: Onur B) Ergenlik Psikolojisi. 2. basım. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti; 1987. s. 159-209.
- Fenichel O. Nevrozların psikoanalitik teorisi. (Çeviri Editörü: Tuncer S) İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası; 1974. (Orijinal çalışma basım tarihi 1945).
- Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik psikiyatri. (Çeviri Editörü: Abay E) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004 (Orijinal çalışma basım tarihi 1994).
- Tredget JE. The aetiology, presentation and treatment of personality disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:347-56.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (DSM-IV) (Çeviri Editörü: Köroğlu E), 4. baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. (Orijinal çalışma basım tarihi 1994).
- Narud K, Mykletun A, Dahl AA. Therapists' handling of patients with cluster B personality disorders in individual psychotherapy. *Compr Psychiatry*, 2005;46:186-91.
- Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppen Bender KD ve ark. Sınırdaki kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk ilişkisi üzerine tanımlayıcı ve uzunlamasına gözlemler. *The American Journal of Psychiatry*, Türkiye Baskısı 2006;2:276-288.
- Akckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve otizm spectrum bozukluklarının mizaç, karakter ve kişilik gelişimine etkileri. *The American Journal of Psychiatry*, Türkiye Baskısı 2006;2:322-7.
- Perdeci Z, Özmenler KN, Doğruer EA ve ark. Antisosyal kişilik bozukluğunda saldırganlığın nedenini anlamaya yönelik olarak kortikal eksitabilite ve inhibisyonun elektrofizyolojik incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:44-51.
- Kernberg OF. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale University; 1984.
- Kernberg O. Sapıklıklarda ve kişilik bozukluklarında saldırganlık (Çeviri Editörü: Büyükkal MB). İstanbul: Metis Yayınları; 1996. (Orijinal çalışma basım tarihi 1992).
- Tura SM. Günümüzde psikoterapi. İstanbul: Metis Yayınları; 2000.
- Ardalı C, Erten Y. Psikanalizden dinamik psikoterapilere. İstanbul: İğgörü Dizisi. Alfa Basım; 1996.
- Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q* 2001;72:307-24.
- Gunderson JG. Borderline kişilik bozukluğu (Çeviri Editörü: Ceyhan B). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994. (Orijinal çalışma basım tarihi 1984).
- Bowers L. Dangerous and severe personality disorders: Response and role of the psychiatric team. London: Routledge; 2002.
- Glen S. Dangerous and severe personality disorder: an ethical concept? *Nurs Philos* 2005;6:98-105.
- Hayward BA. Cluster A personality disorders: considering the 'odd-eccentric' in psychiatric nursing. *Int J Ment Health Nurs* 2007;16:15-21.
- Kraus G, Reynolds DJ. The "A-B-C's" of the cluster B's: identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clin Psychol Rev* 2001;21:345-73.
- Callaghan GM, Summers CJ, Weidman M. The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *J of Contemporary Psychotherapy* 2003;33:321-339.
- Benjamin LS. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: The Guilford Press; 1993.
- Clarkin JF, Levy KN, Schiavi JM. Transference focused psychotherapy: development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clin Neurosci Res* 2005;4: 379-386.
- Yeomans F, Selzer M, Clarkin J. Studying the treatment contract in intensive psychotherapy with borderline patients. *Psychiatry* 1993;56:254-69.
- Averill SC. Recovery of the lost good object. *Bull Menninger Clin* 1997;61:288-96.
- Eren N, Özdemir Ö, Öğünç NE, Saydam MB. Borderline hastalarla yapılan dinamik yönelimli sanat psikoterapi grubunda sürecin değerlendirilmesi, *3P Dergisi* 2000;8:285-294.
- Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003;160:169-71.
- McCray JA, King AR. Personality disorder attributes as supplemental goals for change in interpersonal psychotherapy. *J of Contemporary Psychotherapy* 2003;33:79-92.
- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
- Hyman SE. Acil psikiyatri. (Çeviri Editörü: Saygılı R, Hasırcı İD, Ayan A) İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1989. (Orijinal çalışma basım tarihi 1988).
- Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D. Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2007;43:204-12.
- Cleary M, Siegfried N, Walter G. Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs* 2002;11:186-91.
- Woeller W, Tress W. [Psychotherapeutic treatment of personality disorders] *Z Psychosom Med Psychother* 2005;51:110-27.
- Eren N. Ağır kişilik bozuklukları ve yataklı psikiyatri servislerinde yarattıkları kaos, 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1-5 Kasım 2006, Özet Kitabı. (Panel Sunumu), Hilton Convention Center-İstanbul. <http://www.phdernet.org/Sunumlar/Forms/AllItems.aspx>.
- Woods P, Richards D. Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. *J Adv Nurs* 2003;44:154-72.
- Schultz JM, Dark SL. Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. Second Ed. Boston, Little, Brown and Company. 1982; 165-187.