

# Borderline Kişilik Bozukluğu: Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

## Borderline Personality Disorder: Treatment and Nursing Care

Gülsüm ANÇEL,<sup>1</sup> Özlem DURMUŞ,<sup>1</sup> Gamze DOĞANER<sup>1</sup>

### ÖZET

Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, kişiler arası ilişkiler, benlik algısı, duygu durumunda değişkenlik ve dürtü kontrolü gibi sorunların görüldüğü bir psikiyatrik bozukluktur. "Zor hasta" olarak tanımlanan borderline hastaların, sık sık hastaneye yatmalarının gerekmesi ve sağlık çalışanlarının bakım ve tedavide zorluk yaşamaları nedeniyle bu yazıda borderline hastalığı olan bireylerin tedavisi ve hemşirelik bakımının temel özellikleri ele alınacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Borderline kişilik bozukluğu; hemşirelik bakımı; tedavi.

### SUMMARY

Borderline personality disorder (BPD) is a psychiatric disorder with a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image and affects, and with marked impulsivity beginning in early adulthood and present in a variety of contexts. Since they are labeled as "difficult patients", frequent hospitalizations are needed, and health personnel experience difficulty in their treatment and care, this article will explain the treatment and nursing care for BPD patients.

**Key words:** Borderline personality disorder; nursing care; treatment.

### Giriş

Borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, dürtü kontrolü, kişiler arası ilişkiler, benlik algısı ve duygu durumunda değişkenlikle belirgin, bir psikiyatrik bozukluktur.<sup>[1]</sup>

Borderline kişilik bozukluğu genel popülasyonda %2, ayaktan hasta izleme birimlerinde %10 ve yatan hastalarda %20 oranında görülmekte, kişilik bozuklukları içinde oranı %30 ile %60 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklerden üç kat fazla oranda görülmektedir.<sup>[1,2]</sup> Hastalık sırasında ortaya çıkan özkıyım nedeniyle ölüm oranının %6.7-8.5 arasında değiştiği bildirilmektedir.<sup>[3]</sup>

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1980 yılında DSM-III'te tanımlanmış olan hastalığın tedavi ve bakımındaki güçlükler, çeşitli araştırmalarda sıklıkla gündeme gelmektedir. APA tanımlamasından sadece altı yıl sonrasında yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının hastalıkla ilgili çok olumsuz yargılar geliştirdiklerini göstermektedir.<sup>[4,5]</sup> Nehls (1998), Kuzey Amerika'da bu hastalıktan daha fazla ayrımcılık yapılan ve stigma yaşanan başka bir hastalık olmadığını söz etmektedir.<sup>[6]</sup>

Borderline hastalarla ilgili olumsuz nitelendirmelerin günümüzde de sürdüğü çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir. Cleary ve ark.'nın<sup>[7]</sup> (2002) araştırmalarında, ruh sağlığı çalışanlarından oluşan katılımcıların %84'ü bu hasta grubuna tedavi ve bakım vermenin diğer hasta gruplarına göre çok daha "zor" olduğunu belirtmişlerdir. 1979-2004 yılları arasındaki yayınların gözden geçirildiği bir çalışmada borderline hastaların "zor hasta" grubu içerisinde yer almaktadır.<sup>[8]</sup> Woollaston ve Hixenbaugh<sup>[5]</sup> (2008), hemşirelerin borderline hastalara karşı olumsuz duygular içinde oldukları ve bu nedenle olumsuz iletişim yaşadıklarını vurgulamış, hemşirelerin hastaları "yıkıcı, güçlü, acımasız" olarak nitelendiklerini ortaya koymuşlardır.

Türkiye'de Eren<sup>[9]</sup> tarafından yapılan ve 81 kişinin katıldığı bir araştırmada (2006), psikiyatri çalışanlarının %69.1'i, en zorlandıkları hasta grubunun kişilik bozukluğu olan hastalar olduğunu belirtmişlerdir. Çalışanların, %32.1'i hastalara karşı kızgınlık, öfke ve nefret gibi olumsuz duygular hissettiklerini iletmışlerdir. Bu araştırma sonuçları, çalışanların %26.1'inin hasta ile aralarındaki sınırları korumak için, en başından itibaren otoriter ve kontrollü davrandığını, %69.1'inin kişilik bozukluğu tanısı almış bir hastanın tedavi ve bakımını üstlenmek istemediğini, %65.4'ünün kişilik bozukluğu gösteren hastalarla çalışırken daha deneyimli bir meslektaşına danışma gereksinimi duyduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye'de, borderline hastalarla ilgili yayınlarda tedavi ile birlikte hemşirelik bakımının yer aldığı bir yayına rastlanmamıştır. Bu yazıda, borderline hastalığının temel özellikleri doğrultusunda yapılacak hemşirelik bakım girişimlerinin çerçevesi gözden geçirilecektir.

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

**İletişim (Correspondence):** Dr. Gülsüm ANÇEL.  
**e-posta (e-mail):** ancel@medicine.ankara.edu.tr

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(3):133-138**  
**Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(3):133-138**

## Borderline Tanısı ve Özellikleri

Borderline terimi ilk olarak 1938 yılında, Stern tarafından tanımlanmıştır.<sup>[10]</sup> Ancak, borderline kişilik örgütlemesinin tanılanması, sınıflandırılması ve terapisi ile ilgili çalışmalar Otto Kernberg ile başlamıştır.<sup>[11]</sup> Otto Kernberg, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda ilkel savunma mekanizmalarından yansıtılmalı özdeşimi tanımlamış, benlik sınırı olmayan insanların ilişkilerinde, aslında bebeklikte kullanılan bir savunma mekanizmasını kullandıklarını öne sürmüştür. Yansıtılmalı özdeşim, bebeğin kendisini anneden ayırtıramadığı ve yansıtmı yapamadığı bir dönemde ortaya çıkması nedeniyle ilkel bir savunma mekanizmasıdır. Bu savunma mekanizmasına göre bireyler, "kötü" yönlerini birlikte oldukları kişilere yansıtarak "iyi" kalma çabası göstermektedirler. Bu savunma nedeniyle, bireyin iyi ve kötü yönleri birleşti rememesi, benlik kavramını algılama zorluğuna yol açmaktadır. Benlik algısındaki bu bozulma, yalnızlık, boşluk duygusu ve kimlik bozukluklarına neden olabilmektedir.<sup>[1,12-14]</sup> Bu bozuklukta birey, yakın kişilerarası ilişkilerinde bağımlılık/bağlanamama yaşamakta, ilişkide olduğu bireyi idealize etme ile aniden değersizleştirme arasında sık değişen bir tutum göstermektedir.

Borderline terimi, zayıf dürtü kontrolü ve ilkel savunma gösteren, benliğini algılamada güçlük çeken, yoğun duygular ve geçici psikotik durumlar sergileyen hastaları tanımlamak için kullanılmaktadır.<sup>[11]</sup> Hastada ortaya çıkan belirtiler, zincirleme olarak bireyin tüm işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Hastadaki dürtü kontrol bozukluğu, kendine zarar verme ve intihar girişimlerine, kişilerarası ilişkilerdeki bozukluk, bağımlılık veya bağlanamamaya, duygu durumundaki yoğunluk, karışık değerlilik (ambivalans) ve ani değişim ise yalnızlık ve boşluk duygusuna yol açmaktadır.<sup>[12-14]</sup>

Literatürde, borderline kişilik bozukluğu tanısı koyabilmede çeşitli zorluklar olduğu öne sürülmektedir. Pope ve ark.<sup>[15]</sup> (1993), borderline hastaların çoğunun diğer kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini karşıladığını belirtirken, Widiger<sup>[16]</sup> (1987), borderline hastaların %55'inin şizotipal kişilik bozukluğu, %47'sinin antisosyal kişilik bozukluğu ve %57'sinin de histrionik kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmektedir. Oltmanns ve ark.'na<sup>[17]</sup> göre (1995), bu hastalar, beklenmedik bir biçimde iki zıt uçta dolaşabilmektedirler. Hastalar, tartışmacı, huzursuz, iğneleyici bir iletişim içinde olma, kumar oynama, aşırı para harcama, aşırı seks yapma ya da aşırı yeme gibi uygunsuz baş etme davranışları gösterebilmekte kronik depresyon ve boşluk duyguları içinde manüplatif intihar girişimlerinde bulunabilmektedirler. Bu hastalarda, özellikle yoğun stres döneminde dissosiyatif belirtiler ve paranoid düşünme biçimi belirgindir. Hastaların benlik algılarındaki belirsizlik, mesleki ve yaşamsal alanda ve değerlerde de belirsizliğe yol açmaktadır.

Borderline kişilik bozukluğu, DSM-IV-TR'ye göre aşağıdaki tanı ölçütlerinden en az beşinin (veya daha fazlasının) bulunduğu durumlarda konulmaktadır:<sup>[1]</sup>

- 1) Gerçek veya hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çilginca çabalar gösterme (5'inci tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da özkıyım davranışını buraya sokmayınız),
- 2) Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelme, gergin ve tutarsız kişiler arası ilişkilerin olması,
- 3) Kimlik karmaşası: Belirgin olarak ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı veya kimlik duyumu,
- 4) Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik,
- 5) Yineleyen öz kısımla ilgili davranışlar, girişimler ve göz korkutmalar,
- 6) Duygu durumunda belirgin tepkiselliğe bağlı değişkenlik,
- 7) Kendini sürekli boşlukta hissetme,
- 8) Uygunsuz yoğun öfke ya da öfkesini kontrol edememe,
- 9) Stres ile ilişkili geçici paranoid düşünce veya ağır dissosiyatif semptomlar.

Borderline kişilik bozukluğunun gelişmesinden çok çeşitli etkenler sorumlu tutulmaktadır. Biyolojik nedenler, ebeveynlerden ayrılma, evlatlık olma, aile içi şiddete uğrama, aile üyelerinde suç öyküsünün olması, uygunsuz ebeveyn davranışı ve tutumlarıyla büyüme, doğuma ilişkin risk faktörleri (ebeveynlerin 35 yaşından büyük olması, düşük doğum ağırlığı, perinatal komplikasyonlar vb.), birinci dereceden akrabalarda psikiyatrik bozuklukların bulunması (kaygı bozuklukları, depresyon ve intihar eğilimleri) ve çocukluk dönemi istismarları, borderline kişilik gelişmesinde başta gelen risk faktörleridir.<sup>[2,6,18,19]</sup> İlk çocukluk dönemlerinde yetersiz destek görme, ilgi ve disiplinin olmayışına bağlı benlik sınırlarının yeterince belirlenememesi gibi psikodinamik etkenler de risk faktörleri içinde yer almaktadır. Bütün diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi, kalıtım ve çocukluk çağında karşılaşılan örseleyici olaylar, borderline hastalığının oluş nedenleri arasında sayılmaktadır.<sup>[6,18,20]</sup>

## Borderline Kişilik Bozukluğunun Tedavisi

Bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, farmakoterapi, bilişsel davranışçı terapi, sanat terapisi ve hipnoterapi gibi tedaviler, borderline kişilik bozukluğunun tedavi ve terapisinde yararlanılacak temel yaklaşımlardandır. Borderline kişilik bozukluğunun başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğü durumlarda, psikofarmakolojik tedavi mutlaka gerekmektedir. Psikofarmakolojik tedavide antidepressanlar, antipsikotikler ya da duygudurum düzenleyiciler kullanılmaktadır.<sup>[20]</sup>

Linehan<sup>[18]</sup> (1993), özellikle duygusal durumun düzenlenmesi ve dürtü kontrolünün sağlanması amacıyla düşüncenin olumsuz kalıplarını değiştirmek ve yeni davranış ve baş etme becerileri kazanmaya dayalı bilişsel davranışçı terapi tekniklerinden biri olan “dialektik davranış terapisini” önermektedir.

Borderline kişilik bozukluğunun asıl tedavisi, uzun süreli psikoterapidir. Psikoterapinin amacı, derindeki patolojiyi gidermektir. Bunun için hastanın duygu, düşünce, semptom ve eylemleri arasındaki ilişkinin yorumlanması ve bilinçdışı anlamları keşfedilmelidir. Psikoterapide ilişkinin sınırlarının iyi belirlenmesi, kuralların açık olması terapinin başarısı açısından son derece önemlidir. Tedavide önemli olan bir diğer konu, hastanın tedavi sürecine uyum sağlayabilmesi ve iyileşme konusunda yeterli motivasyona sahip olmasıdır. Kişi iyileşmeyi ne kadar isterse iyileşme süreci o oranda hızlanmaktadır.<sup>[21]</sup>

Borderline hastalar ayaktan ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Hastaneye yatış kriterleri, hastanın çok sık kriz yaşaması, dürtü kontrol bozukluğu nedeniyle kendine zarar vermesi, intihar girişiminde bulunması, rastgele cinsel ilişki kurması ve bağımlılık yapan maddeleri kullanmasıdır.<sup>[14,22]</sup> Ancak, yatarak tedavide hastaların duygu durumlarındaki dalgalanmalar ve kişilerarası ilişkilerindeki dengesizlikler tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Örneğin, hastalar insanları bağlanılacak ya da nefret edilecek olmak üzere iki kategoriye ayırmaları nedeniyle tedavi ekibinden yararlanamamakta, yatan diğer hastalarla ilişkilerinde güçlük yaşamakta ve yatış sürecini olumlu kullanamamaktadırlar. Hastane yatışının hastadaki karmaşık belirti ve sorunların ele alınmasında etkili olabilmesi için, uzun süreli bir yatış olması ve bireyin gelişmiş bir ruh sağlığı merkezinde tedavi görmesi önerilmektedir.<sup>[14]</sup>

Tedavi ve bakımda sağlık çalışanlarının yetkin olması ve hastanın yattığı ünitenin küçük olması yatış sürecinin etkinliği açısından önemlidir. Fagin’in<sup>[23]</sup> bildirdiğine göre (2004), Bateman ve Tyrer, hastaların klinik tedavilerinin yönetiminde temel bazı ilkeler önermektedirler. Bu ilkeler, tedavi konusunda personelin hastayla hemfikir olması, tedavide odaklanılacak alanların açıkça belli olması, tedavinin açık, uzun süreli ve iyi yapılandırılmış olması, tedavinin her türlü sağlık bakımını içermesi ve hem hastayı hem personeli birleştiren bir teorik çerçevesinin olması olarak sıralanmaktadır. Ayrıca Fagin, terapötik işbirliği, sınırların belirli olmasını, psikoterapi ve psikofarmakolojik yaklaşımların birbirinden kopuk olmasını, ekip bütünlüğünün olmasını, “aktarım ilişkilerinin” ele alınmasını, güvenli bir ortam olmasını, gerginlik, nefret ve anksiyeteye personelin dayanıklı olmasını, geri-bildirim yapılabilmesini ve tedavide duruma göre değişebilirlik olmasını, hastanede yatan hastanın tedavisinde temel ilkeler olarak vurgulamaktadır.

Borderline hastalarında kimlik duygusunun gelişmemiş olması,<sup>[22,23]</sup> ve benlik yapısındaki bölünme, sağlık ekibini ikiyö bölme ve hatta zaman zaman ekip üyelerini birbirine düşürmeye çalışmayla sonuçlanmaktadır. Hasta, kendisini tedavi eden hekimi, bakım veren hemşireyi aşırı yüceltirken en ufak bir engellemede tam tersini söyleyip hakaret edebilmekte ve hatta tedaviyi bırakabilmektedir.<sup>[23]</sup> Bu nedenle, sağlık ekibi hasta ile hastanın kendi benliği, duyguları ve yıkıcı davranışları arasında köprü işlevi görmeli ve birleştirici olmalıdır.

Hastaneye yatış biçimi, kısa süreli krize müdahale ile bir yıla dek uzanan yatış arasında değişmektedir. Yatış sürecinin etkili ele alınması, hastanın taburculuk sonrası iyi planlanmış bir izleme desteklenmesi, kendi bakımına katılması tekrarlı yatışları önleme açısından önemlidir.<sup>[22]</sup> Hastaların tedavileri hastaneye yatarak olduğu gibi ayaktan da sürdürülebilirliktedir. Ayaktan tedavilerin etkili olması ile hastanın işbirliği yapması arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır.

### Borderline Hastaları ve Hemşirelik Bakımı

Çeşitli çalışmalarda borderline hastaların diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra hemşireler tarafından da “zor hasta” olarak gruplandırıldığı ve hemşirelerin bakım vermede zorluk yaşadıkları bildirilmiştir.<sup>[4,8]</sup> Hemşireler hastalarla zorluk yaşadıklarını belirtirken aynı zamanda bu hastalarla daha iyi çalışabilmek için kendilerini geliştirme gereksinimi duyduklarını da belirtmektedirler.<sup>[5]</sup> Bağlanma/bağımlılık, öfke ve dürtüsel boyutta karmaşık sorunlar hemşirelik bakımının en çok zorluk yaşanan konularıdır.<sup>[18]</sup> Borderline hastalığının yukarıda belirtilmiş olan temel özellikleri, hemşirelerin bakımda zorluk çektiği konular olarak ortaya çıkmakta ve bu nedenle hemşireler bu hastalara bakım vermede isteksizlik yaşamaktadırlar.<sup>[24]</sup> Hemşireler, şizofrenik ve depresif hastalara oranla borderline hastaların daha tehlikeli olduğunu düşünmekte, hastalardan uzak durmakta ve bu hastalara bakım verirken öfke, tükenme ve engellenme yaşamaktadırlar.<sup>[18,25,26]</sup>

Borderline hastalarına klinik ortamda verilen hemşirelik bakımının temel amaçları, akut belirtilerin düzeltilmesi, işlevselliğin yeniden kazandırılması ve destek sisteminin kurulmasıdır.<sup>[2,27]</sup> Bakım amaçlarının gerçekleştirilmesi için, hasta güvenliği, duygu kontrolü ve olumsuz duygularla baş etme, bilişsel yapılandırma, zamanı etkili kullanma, sosyal beceriler geliştirme, etkili iletişim becerileri geliştirme ve tedavi edici ilişki geliştirmeye odaklı hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.<sup>[2]</sup>

Kerr<sup>[28]</sup> (1990), hastaların ego yetersizliği nedeniyle ortaya çıkan problemlerinde ego yeterlik modeline dayalı hemşirelik bakım modelini önermektedir. Ego yeterlik modeli psikoanalitik kuram ve obje ilişkileri teorisinden yararlanılarak geliştirilmiş bir modeldir. Bu model, ortaya çıkan problem davranışın hangi ego işlevi ile ilgili olduğunu ve işlevdeki bozulma düzeyini 1 ile 5 arasında değişen bir ölçek ile belirleme-

ye dayanmaktadır. Uygulanan girişimlerin etkisi de bu ölçek yardımıyla değerlendirilmektedir. Modelde, Bellack'ın ego işlevleri sınıflamasına göre, dürtü kontrolü, duygu kontrolü, yargılama, gerçeği değerlendirme, benlik algısı, obje ilişkileri, düşünce süreçleri, uyarın sınırı ve baş etme olmak üzere dokuz işlev üzerinde çalışılmaktadır. Model, hastanın problem davranışının hangi ego işlevinde yetersizlik gösterdiğinin belirlenmesi ve buna uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına dayandırılmıştır. Örneğin, sanrı ve varsanı, gerçeği değerlendirme yeterliliği içinde, çekilme ve içe kapanma ise obje ilişkileri yeterliliği içinde ele alınmaktadır.

Ego yetersizliği olan hastada, ego güçlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi, hemşirelik bakımının temel hedefidir.<sup>[29]</sup> Ego güçlerinin desteklenmesi, Peplau'nun<sup>[30]</sup> önerdiği gibi, hemşirenin terapötik iletişimi kullanma becerisiyle doğrudan ilişkilidir. Borderline hastaların ego güçlerinin belirlenmesinde ise, hemşirenin gözlem yapma ve hastanın davranışlarının altında yatan nedenleri belirleyebilme becerisi çok önemlidir. Çünkü bireyin davranışlarının altında yatan şey, karakter özellikleri ve ego güçleridir.<sup>[31]</sup>

Borderline hastaların dürtüsel davranışları, kendine ve başkalarına zarar verme girişimlerinin sık olması nedeniyle bakımında önemli bir öncelik, çevre güvenliğinin sağlanmasıdır.<sup>[18]</sup> Çevre güvenliği kavramı, hastanın zarar verme amacıyla kullanabileceği malzeme ve eşyaların kontrol altında tutulmasının yanı sıra, duygu kontrolünün sağlanması ve yaşam stresleriyle baş etmesine yönelik önlemleri içermektedir. Fortinash ve Worret<sup>[25]</sup> (2007) bu noktada, hastanın dürtüselliklerinin ele alınmasını önermektedir. Hemşire, öncelikle gözlem yeteneğini kullanarak hastanın dürtüsellik nedeniyle kendine zarar verme potansiyelini belirlemeli, ikinci olarak, kızgınlık, anksiyete gibi dürtüsel davranış öncesi duygularını ve dürtüsellik tetikleyen durumları tanımlamalı ve son olarak dürtüsel davranışta ortaya çıkabilecek sonuçları ve baş etmede alabileceği destek kaynaklarını belirlemelidir. Hastanın, kontrolünü kaybettiği durumlarda hemşire ile işbirliği yapması sağlanmalıdır. Çevre güvenliğinin sağlanmasında, güvenlik önlemlerinin sınırlarını belirlemek için gözlem ve hastayla konuşma yararlıdır. Örneğin, ego işlev yetersizliğine bağlı uyarın bariyeri sorunu ortaya çıktığında, birey ortamdaki her uyarından olumsuz etkilenen ve şiddet davranışları gösterme riski ortaya çıkacaktır. Böyle bir durumda çevre güvenliğini sağlamak için, sessiz bir ortam sağlamak ve gerekirse hekim önerisiyle ilaç uygulamak yararlıdır. Yapılan tüm girişimlere karşın hasta kontrol edilemezse, hastaya fiziksel kısıtlama uygulamak en son uygulanması gereken hemşirelik girişimi olmalıdır.

Hasta hemşire iletişiminin temeli terapötik iletişime dayanmaktadır. Borderline hastalar, kronik boşluk duyguları nedeniyle yardım almayı sağlayacak yakın ilişki kurmaya direnmektedirler.<sup>[18]</sup> Bu nedenle hemşireler hastaların bağlanma,

bağımlılık, kızgınlık ve ayrılma duygularının farkında olmalıdırlar. Hemşire-hasta ilişkisinde, "güven" duygusu son derece önemlidir ancak borderline hastalarla güvenli bir ilişki kurmanın güç olduğu ve zaman alacağı bilinmelidir.<sup>[32]</sup> Hemşire, kendisine karşı olumlu duyguları olsa bile, olumlu geri bildirim almadığı bir durumda hastanın duygularının aniden tam tersi yönde değişebileceğini bilmelidir. Yine bu nedenle, bu hastaların neşeli görünürken aniden ve çok kolaylıkla öfkelenildiği ve ünite içinde fiziksel kavga yaratabileceği bilinerek gerekli önlemler alınmalıdır.

Hastaların benlik sınırlarındaki belirsizlik, ilişkilerinde gerçekçi olmayan beklentiler içine girmelerine de yol açabilmektedir.<sup>[2]</sup> Bu nedenlerle hastaların, sağlık ekibinin empati yeteneğine gereksinimleri üst düzeydedir. Hastalara yaklaşımda öfkeli olmamak, fakat disiplini de elden bırakmamak gerekir.<sup>[11]</sup> Hemşire, hastaya karşı duygu ve düşüncelerinin farkında olmalı ve önyargısız yaklaşmalıdır. Hastayı olduğu gibi kabul etmek önemlidir ancak, istenmeyen davranışlar gösterdiğinde mutlaka uyarılması gerekmektedir. Uyarma sırasında hasta ile tartışılmamalı, kabul edilmeyenin kendisi değil, davranışları olduğu mesajı verilmelidir. Tersine, olumlu davranışları olduğunda hasta olumlu geribildirimle ödüllendirilmeli, olumlu davranışları arttıkça ödüllendirme de artırılmalıdır. Bu noktada hastayı yapıcı uğraşlara yönlendirmek etkili olmaktadır.

Borderline hastada görülen duygusal dalgalanma ve başkalarına karşı saygısının azalmış olması, kişilerarası ilişkilerinde ciddi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle hastalarla ilişkilerinde yaşadıkları güçlükleri tartışma olanağı verilmelidir. Bir yandan da hasta, diğer kişilerle uygun ilişkiler kurması ve geliştirmesi için cesaretlendirilmelidir. Hastanın çok yakın ya da çok uzak ilişki kurma ile ilgili olarak ortaya çıkan anksiyete, korku ve güvensizlik duygularını ifade etmesi sağlanmalıdır. Hastaların kişilerarası ilişkilerini geliştirmeleri için, iletişim becerileri eğitimine katılmaları, duygusal süreklilik becerisi kazanmaları, öfke, stres ve anksiyete kontrolünü sağlayabilmeleri desteklenmelidir. Hastanın taburcu olmadan önce diğer hastalarla etkileşime girebilecek bir duruma gelmesi amaçlanmalı ve bu amaçla hasta desteklenerek, olumlu gelişmeler göstermesi sağlanmalıdır.

Borderline hastalar engellenmeyi kabul edememe, dürtüsel olma nedeniyle kendine ve başkalarına zarar verme davranışları içine kolaylıkla girebilmektedirler. Çeşitli kaynaklarda kendine ve başkalarına zarar verme riski ya da davranışları olan hastalara yönelik temel hemşirelik girişimleri aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:<sup>[13,19,25,33]</sup>

- Hastanın duygularını ifade edebilmesi için onunla konuşulur. Bu konuşmada öfkesine ve yaptığı davranışlara değinilir. Konuşma sırasında yaptığı davranışlara karşı kendi içgörüsünü kazanmasına yardım edilir.

Aynı zamanda öfkesiyle başa çıkabilmesi için seçenekler oluşturulur. Konuşma esnasında hasta ile hemşire arasında güvenli bir mesafe bırakılması önemlidir.

- Hastanın kendine zarar vermemesi için çevre güvenliğini sağlayıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Belirlenen bir süre boyunca kendisine zarar vermeyeceğine dair hastayla sözleşme yapılır. Ancak sözleşme düzenlenirken zorlayıcı olmaktan kaçınılmalıdır. Belirlenen süre dolduğunda ise tekrar yeni bir sözleşme düzenlenebilir.
- Hasta sık izlenmeli ve durumun ciddiyet derecesine göre gerekirse sürekli gözlem altında tutulmalı ya da fiziksel veya kimyasal kısıtlama uygulanmalıdır.

Borderline hastada görülen davranış özelliklerinde biri de “manüplatif” değildir.<sup>[33]</sup> Manüplasyon ve bölücü davranışlarının çözülememesi bazen hastanın aniden taburculuğuna neden olacak gelişmelere yol açmaktadır.<sup>[18]</sup> Ayrıca, hastanın manüplatif davranışları kendisine olumsuz biçimde dönmekte ve hasta kızgınlık, çevreye karşı güvensizlik, yetersizlik duygusu, öfke tepkisi, düşmanlık duygular ile kendini çevreden izole ederek sorunla baş etmeye çalışmaktadır. Hem manüplasyon hem de bu nedenle ortaya çıkabilecek “sosyal izolasyon” için benzer hemşirelik girişimleri etkili olmaktadır.<sup>[2,25]</sup> Bu durumda mutlaka, hastanın manüplatif davranış sıklığı ve manüplatif davranışına doğrudan dikkat çekilmesi, davranışının sonuçları hasta ile konuşulmalıdır. Örneğin, “Bir şey isteyeceğin zaman iltifat etmeye başlaman, söylediklerine güvenilmemesine neden oluyor” gibi. Hemşire, hastanın manüplatif davranışına tepki vermekten kaçınmalı, hastanın manüplatif davranarak karşıladığı gereksinimlerini belirlemeli ve bu gereksinimlerini daha uygun yollarla gidermesi için rehberlik etmelidir. Bu amaçla, girişken iletişim becerisi eğitimine ve davranışçı bilişsel tedavi oturumlarına katılması için hasta cesaretlendirilmelidir.

Hemşirelerin borderline hastanın sosyalleşmesinde ve davranışlarını kontrol etmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastaya olgun insan davranışı konusunda rol-model olunmalı, manüplatif davranışlarına sınır konulmalı, gerektiğinde sakin bir biçimde “hayır” denilmelidir. Olumlu davranışlarını pekiştirmek amaçlı olgun davranış gösterdiğinde ise ödüllendirilmelidir. Borderline hastanın, servis çalışanlarını ya da diğer hastaları manüple etme girişimlerine karşı uyanık olunmalı ve diğer hastaları kendi çıkarları için kullanmaları önlenmelidir. Hastayla diğer hastalarla olduğu gibi eşit mesafede durulmalıdır. Borderline hastaların hemşireleri iki uç kategoride değerlendirmesi, “iyi” hemşireyi yüceltirken, “kötü” hemşireyi ise değersizleştirilmesiyle baş etmek ve hastaya terapötik girişimleri uygulayabilmek için hemşirelerin düzenli olarak eğitim çalışmalarını yapması ve ekip toplantıları ile hasta hakkındaki bilgileri paylaşmaları gerekmektedir.

dir. Hastaların servis kurallarına uyumu sağlanmalı, günlük aktiviteleri yapılandırılmalı ve hastayla, belirlenmiş zamanlarda görüşülmelidir. Bu görüşmeler sırasında hasta ile sağlık ekibi hakkında konuşulmaktan kaçınılmalı, özel konuların paylaşılmamasına özen gösterilmelidir.

Borderline hastaların önemli sorunlarından biri de, benlik değerinde azalma ve değişime direnç göstermeye bağlı olarak ortaya çıkan iç gözü eksikliğidir. Hemşire, hastanın davranış ve ilişkilerinin yarattığı sonuçları görmesini, değersizlik, umutsuzluk duygularını ifade edebilmesini ve diğer kişilerle duygularını paylaşmasını kolaylaştırmalıdır. Bu anlamda hastanın kendini sözel olarak ifade etmesi kadar, günlük yazma gibi yazılı ifade etme yollarından da yararlanılmalı ve bu konuda hasta desteklenmelidir.<sup>[25]</sup> Hastanın terapötik ortamda aktif olmasının sağlanması, problem çözme becerilerinin artırılması belirtilerin tekrarını önlemesi açısından önemlidir. Ayrıca, hastanın güvenli bir sınırdaki ilişki kurmasına destek olunması, sosyal etkileşimini sağlıklı bir biçimde yönetmeyi öğrenmesi ve yalnızlık duygularına saygı gösterilmesi gibi girişimler, hastanın benlik saygısını kazanması için uygulanabilecek önemli hemşirelik girişimleridir.<sup>[13,25]</sup> Sağlık ekibinin olumlu gelişmelerde hastayı desteklemesi, hastanın benlik bütünlüğünü ve benlik saygısını kazanması açısından da gerekli bir yaklaşımdır.

Borderline hastalar anksiyeteye karşı paranoid, dissosiyatif semptomlarla yanıt vermektedirler.<sup>[6]</sup> Hemşireler bunun farkında olmalı ve terapötik ortamı sağlayarak hastanın iyileşmesinde, işlevlerini kazanmasında etkili bir süreç yaşamasını kolaylaştırmalı, önerilen farmakolojik tedavileri uygulamalıdır. Çoğu hastalar daha başlangıçta farmakolojik tedaviyi yarıda bırakabilmektedir.<sup>[19]</sup> Hastanın tedaviye uyumunu sağlamasında, hasta-hemşire ilişkisinin niteliği önem kazanmaktadır.

Borderline hastaların bakım ve tedavilerinde hastanın ailesi ve yakınlarının katılımı, hastanın iyileşmesinde önemlidir. Hemşire, hastaya olduğu kadar aileye de destek olmalı, aileyi hastaya nasıl yardımcı olacağı konusunda eğitmelidir. Ayrıca, borderline hastalarının farklı sağlık problemleri için diğer disiplinlerden de danışmanlık sağlanmalıdır.<sup>[13,18,33]</sup>

Borderline hastalarının hemşirelik bakımı, hemşirenin yetkin ve istekli olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle hemşireler borderline hasta bakımı için gerekli bilgi ve deneyime sahip olma çabası göstermeli, hastalara bakım vermektense kaçınmak yerine, hastaların hemşirelik bakımının sağaltıcı etkisine ne kadar çok gereksinim duyduklarının farkında olmalıdırlar. Etkili bir hemşirelik bakımının göstergesi, hastaların kendilerindeki değişimleri fark etmeleri, bu değişimden memnuniyet duymaları ve taburculuk sonrası gelişmelerini sürdürmeleridir.

## Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 2000). Mental bozuklukların tanılma ve sayımsal el kitabı (DSM-IV) (Çeviri Editörü: Köroğlu E). 4. Baskı. Ankara: He-kimler Yayın Birliği ;1998. (Orijinal kitap basım tarihi 1994).
- Videbeck SL. Psychiatric mental health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 414-51.
- De Moore GM, Robertson AR. Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study. *Br J Psychiatry* 1996;169:489-94.
- Gallop R, Lancee WJ, Garfinkel P. How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder". *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:815-9.
- Woollaston K, Hixenbaugh P. Destructive Whirlwind: nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:703-9.
- Nehls N. Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues Ment Health Nurs* 1998;19:97-112.
- 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.
- Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv* 2006;57:795-802.
- Eren N. Ağır kişilik bozuklukları ve yataklı psikiyatri servislerinde yarattıkları kaos. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 1-5 Kasım 2006: Panel Sunumu; (<http://www.phdernegi.org/Sunumlar/Forms/AllItems.aspx>).
- O'Brien L. Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1998;7:172-83.
- Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975.
- Zanarini MC. The longitudinal course of the borderline phenotype borderline research; 2006.
- Fortinash KM, Holoday Worret PH. Psychiatric nursing care plans. 5th ed. Mosby Elsevier; 2007. p. 203-72.
- Keltner NL, Schweweck LH, Bostrom CE. Psychiatric nursing. Mosby, Elsevier; 2007. p. 469-79.
- Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, et al. The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:23-30.
- Widiger T. The self-defeating personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 1987;1:157-60.
- Oltmanns TF, Neale JM, Davison GC. Case studies in abnormal psychology. 4th ed. (İhsan Dağ, Çeviri editörü) Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1995; 340-358. (Orijinal kitap basım tarihi 1994).
- Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D. Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2007;43:204-12.
- Towsend MC. Nursing diagnoses in psychiatric nursing. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2004.
- Sakarya D, Çevik A. Sınırdaki (Borderline) kişilik bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3:40-6.
- Türkçapar MH, Işık B. Borderline kişilik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4:44-9.
- Gunderson, JG, Berkowitz C. A bpd brief: an introduction to borderline personality disorder diagnosis, origins, course, and treatment. New York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorders; 2003.
- Fagin L. Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004;10:93-9.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium. Arlington, VA; 2004.
- Fortinash KM, Worret H. Psychiatric nursing care plans. 5th ed. California: Mosby, Elsevier; 2007.
- Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of borderline personality disorder: social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health* 2003;12:595-612.
- Stuart, GW, Sundeen SJ. Principles and practices of psychiatric nursing. 7th ed. St. Louis, Mosby, 2001. p. 712-27.
- Kerr NJ. The ego competency model of psychiatric nursing: theoretical overview and clinical application. *Perspect Psychiatr Care* 1990;26:13-24.
- Ançel G. Hemşirelik bakımında ego yeterlik modeli. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri, 25-28 Eylül, Ankara: 1996. s. 102.
- Barker P. The Peplau legacy. *Nursing Times* 1993;89:45-8.
- Sayre J. Psychodynamics revisited: an object-relations framework for psychiatric nursing. *Perspect Psychiatr Care* 1990;26:7-12.
- Langley GC, Klopper H. Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12:23-32.
- Vaccaro EM. Manual of psychiatric nursing care plans : Diagnoses, clinical tools, and psychopharmacology. 2nd ed. New York: Saunders; 2004.