

Genel Hastane Uygulamalarında "Borderline" Savunmalar Kullanan Hastaya Yaklaşım: Olgu Sunumu

Didem ÖZTOP *, Atilla SOYKAN**

ÖZET

Dahiliye kliniklerinde yatan hastaların ruhsal ve duygusal problemleri, kişilik özellikleri, kullandığı savunma mekanizmaları, ekiple kurduğu ilişki hastalığın ortaya çıkışında, sürmesinde ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Bu olgu sunumunda gastroenteroloji servisinde yatan duygusal ve ruhsal sorunları olan, marital problemler yaşayan, borderline savunmalar kullanan ve yattığı servisteki elemanlarla sorunlar yaşayan bir hasta ele alınmıştır. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi bu bağlamda hastayı biyopsikososyal bir model içinde ele alıp bireysel görüşmeler, psikometrik değerlendirmeler ve hastanın durumunun ve uygun yaklaşımların tartışıldığı ekip toplantıları ile tedavisini düzenlemiştir.

Anahtar Sözcükler: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi, borderline savunmalar, hasta ve ekip merkezli konsültasyon.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2001;4:187-192

SUMMARY

Approaches to the Patients with "Borderline" Defenses in General Hospital: A Case Report

Patients' psychological and emotional problems, personality style, defense mechanisms and relations with the staff play an important role on the etiology, prognosis and treatment of the medical in-patients. In this case report, an in-patient with emotional, psychological and marital problems who exhibits border-

line defenses during her stay in gastroenterology service was presented. The patients' borderline defenses have caused some difficulties in the relationship with the staff that initiated psychiatric consultation. In this context, the consultation-liaison psychiatry assessment and interventions, such as individual counseling, psychometric assessment, staff meetings for approaching and dealing with this kind of patient, were discussed.

Key Words: Consultation-liaison psychiatry, borderline defenses, Patient and staff oriented consultation.

GİRİŞ

Bu olgu sunumunda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Biriminden Gastroenteroloji Bölümünde yatarak tedavi gören bir hastadan istenen konsültasyondan yola çıkılarak "borderline" hastalara genel hastane uygulamalarında konsültan psikiyatristin yaklaşımları ele alınmıştır.

İlk Değerlendirme (03.02.2000)

"Kliğinimizde akut pankreatit atağı geçiren hastanın psikiyatrik açıdan tarafınızdan değerlendirilmesi rica olunur" konsültasyon notuyla yatağında konsültasyon istenen N.S. adlı hasta, bu istem üzerine, AÜTF Cebeci Kampusu Gastroenteroloji bölümünde yatağında görüldü.

Hastamız 43 yaşında, kadın, Ankara doğumlu, emekli öğretmen, evli. Yapılan ilk görüşme değerlendirmeleri ana hatlarıyla aşağıda öykülendirilmiştir.

* Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ** Doç. Dr., Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Birimi, ANKARA

Hastayla Görüşme

'1994 yılında ameliyat oldum, İngiltere'de, o zamandan beri hiç şikayetim yoktu. Ekim ayında ilk kez doktorlar tarafından akut pankreatit teşhisi kondu, ardından bu rahatsızlık belirtileri 5-6 kez tekrarladı, ama bir neden bulunamadı, son zamanlarda çok üzüntü, çok acı çektim. 3 yıl önce annemi, ardından 4 çocuğumu (3'ü düşük, 1'i ölü doğum) kaybettim, her şey üst üste geldi, eşim de şimdi beni hastanede bırakıp gitti. Onunla İngiltere'de safra kesesinde kist nedeniyle ameliyat olmak için gittiğim zaman tanıştım. Ben içine kapanık, sessiz biriyim, o benim tersime dışa dönük, neşeli, canlı biri. Bu yüzden ona aşık oldum. Başlangıçta aramız çok iyiydi ama son zamanlarda kavga etmeye başladık. Sürekli benden para istiyor, vermeyince bırakıp gidiyor. Ben de yalnız kalmaya dayanamıyorum, istediğini yapıyorum, geri geliyor.'

Semptomları sorgularken, yaklaşık 6-7 aydan bu yana ağlamalarının olduğunu, hastaneye yattıktan sonra ise ağlamalarının arttığını, uykusuzluğunun olduğunu, özellikle uykuya dalmakta güçlük çektiğini, can sıkıntısı, keyifsizlik, iç sıkıntısı, bunaltı hissi, değersizlik ve suçluluk düşünceleri olduğunu ifade etti. Sistem sorgusu yaparken hasta sinirli bir şekilde bana 'Hep siz soru soruyorsunuz, hiç öneri vermiyorsunuz. İki sene önce İbni Sina Acil'de psikolog hanım ile görüşmüştüm, onun bana ve eşime çok güzel önerileri oldu, daha sonra bizimle birkaç görüşme daha yaptı, o zaman da para yüzünden tartışıyorduk, verdiği öneriler sayesinde 1- 1.5 yıl aramız düzeldi. 'Psikolog hanım çok iyi biriydi' dedi. Psikolog hanımın önerilerinin neler olduğunu sorduğumda; kendisine ve eşine sizin bir araya gelip para meselesini çözmeniz gerekir, bu konuyu baş başa konuşmalısınız şeklinde bir öneride bulunduğunu belirtti.

Psikiyatrik Muayene

Hastanın genel görünüşü; yaşında gösteren, boyu kilosuna uygun, giyimi kuşamı sosyokültürel düzeyi ile uyumlu, kişisel bakımı biraz azalmış, görünür fizik kusuru olmayan, gergin ve üzgün görünen, hekim ile ilişkisinde işbirlikçi bir tutum içindeydi. Bilinç açık, koopere idi. Algı kusuru tanımlanmıyordu. Dikkat, oryantasyon, bellek muayeneleri normaldi. Zeka normal olarak değerlendirildi. Düşünce yapısı, soyutlama yeteneği, gerçeği değerlendirme işlevi, akışı normal olarak değerlendirildi. Düşünce içeriğinde depresif temalar, eşiyile ilgi sorunlar, hastalığı ile ilgili uğraşlar hakimdi. Duygulanımı zaman zaman elemli, zaman

zaman da öfkeli ve anksiyeteli idi. Psikomotor aktivitesi yavaşlamıştı.

Hastayla görüştüğünden sonra hem bilgi almak hem de bilgi vermek için hastanın doktoruyla görüşüldü. Doktoru, hastayı 'Çok zor bir hasta; yapılan hiçbir şeyi beğenmiyor, çok çabuk sinirleniyor, isteklerinin ardı arkası gelmiyor, hemşireleri ve personeli şikayet ediyor, garip bir kadın, bence bir kişilik patolojisi var. Sürekli bir ay önceki doktorunun ne kadar iyi olduğundan sözediyor" sözleriyle tanımladı.

Yukarıdaki değerlendirme ve bulgular sonucunda konsültasyon notuna;

Tanı: Etiyolojide eşle ilişkili sorunların ve genel tıbbi durumun rol oynadığı depresyon.

Tedavi ve Öneriler

1. Efexor XR 75 mg (1x1),
2. Evlilik ile ilgili sorunlar ve öyküyü derinleştirmek amacıyla aile görüşmesi planlandığı ancak hastanın bunu istemediği, önerileri not edildi.

Bu şekli ile hasta, aşağıda belirtilen hasta merkezli konsültasyon ilkeleri ile ele alınmıştır Hasta merkezli konsültasyon hastanın tedavi gördüğü klinikteki hekim tarafından kendisindeki ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi, tanı ve tedavisi ile ilgili öneriler almak amacıyla istenen konsültasyondur. Hasta merkezli konsültasyon uygulamaları ile ilgili genel özellikler Tablo 1'de verilmiştir (Aydemir 1999).

Hasta aynı gün öğretim üyesine sunuldu. Hastanın kişiler arası ilişki güçlüğü, bu ilişki güçlüğündeki kendi rolüne yönelik içgörüsünün sınırlı olmasının dikkat çekici olduğu; öyküsünde insanları "siyah" ve "beyaz" olarak tarif etme eğiliminin borderline savunmalar kullanıyor olabileceğini düşündürdüğü; buna ek olarak talepkar ve manüplatif davranışlar gösterdiği ve bu nedenlerle tedavi ekibinin ve dolayısıyla kendisinin sorunlar yaşayabileceği; zeminde bir kişilik patolojisi bulunuyor olabileceği ama betimsel açıdan konulan depresyon tanısının uygun olduğu süpervizyonda belirtildi. Bu aşamada, depresyon tedavisine ek olarak, temel amacımızın hastada major bir kişilik değişimi değil, daha acil bir durum olan akut pankreatit tedavisinin sağlıklı yürütülebilmesine olanak sağlayacak bir ortamın oluşturulması olması gerektiğine karar verildi. Bu amaç çerçevesinde ekibin artan gerginliğinin hastadan uzaklaşmaya ve tedavinin kalitesinde düşmeye neden olabileceği; bunun engellenmesinin en önemli

Tablo 1. Hasta merkezli konsültasyon

Hasta merkezli konsültasyonda konsültan hekimin odağı hastadır ve görevi 4 aşamalıdır.

1. Tanı

Konsültan psikiyatrist hasta görüşmesi ve onun ruhsal durumunu esas alır ancak tüm kaynaklardan bilgi toplar ve hastanın yaşadığı soruna ait bazı resmi nitelemeler ve formülasyonlar yapar.

2. Formülasyonun Bildirilmesi (Elde Edilen Bilginin Aktarılması)

Konsültasyonu isteyen klinisyen başvuru nedenine açıklama sağlayan, basit ve işlemsel bir dil ile yanıt verilmesini bekler. Klinisyen bundan sonra ne yapması gerektiği ile de ilgilidir. Bu durumun kendi günlük uygulamasına bir değişiklik getirip getiremeyeceği, hastanın beklentilerini karşılayıp karşılamayacağı ve bu girişimin uygun ve etkili olup olmadığı kli-

nisyenin aradığı yanıtlardır. Yazılı konsültasyon durumun ne olduğu ve hangi sonuca varıldığını belgeler. Sözel iletişim ise durumu anlatma, bire-bir ilişki kurma ve eğitim açısından daha yararlıdır.

3. Sağlıkta Tasarısında Konsültanın Rolü

Uygulama klinisyene aittir, neler yapılacağı hakkında önerilerde bulunmak ise konsültanın görevidir. Kimin ne yükümlülüğü olduğu hastaya açıklanmalıdır. Eğer ilişkinin sürekliliği gerekiyorsa ve klinisyeni ilgilendiren konulara değiniliyorsa üçgenleşmeyi engellemek için hekimler arasında geri bildirim olmalıdır.

4. Sağlıkta Tasarısının Yürütülmesi

Konsültan konsültasyon çerçevesini güçlendirmek ve klinisyenin ve hastanın tepkilerini anlamak için hasta hastanede yattığı sürece her iki taraf ile iletişimi sürdürmelidir.

ilk adım olduğu düşünüldü. Hastanın tedavisi ile ilgili işbirlikçi tutumunu arttırmak ve ekip üyelerinin hissedebileceği sıkıntıyı azaltmak amacıyla ekip toplantısı planlandı. Bu toplantıda, hastaya, kendisi ile ilgili tüm bilgilerin ekip içinden bir bağlantı kişisi tarafından aktarılmasının sağlanmasının öneminin vurgulanmasına karar verildi. Bağlantı kişinin dışında ekip üyesine soru geldiğinde, sorunun bağlantı kişisine aktarılmasının hastanın farklı kişilerden alacağı farklı tepki ve yanıtların ve dolayısıyla hastada oluşabilecek anksiyetenin önüne geçilmesi planlandı. Bu bağlantı kişisinin hastane ve tedaviye ilişkin kurallar ve sınırlamaların aktarılması konusunda da görevli olması gerekliliğinin ayrıca vurgulanması planlandı. Bu yaklaşımla hastaya göreceli olarak daha stabil, daha az anksiyete ve kontrol kaygısı doğuran bir ortam sağlanması, aynı zamanda da, ekip üyelerinin hastayla ilişkilerinin daha az "yorucu" olması amaçlandı. Son olarak, hastanın izleme alınmasına ve bu davranış kalıplarının hastanede yatma ve diğer stresler sonucunda mı ortaya çıktığı yoksa yerleşik bir kişilik organizasyonu ile ilişkili olduğunun belirlenmesine yönelik gözlemleri arttırmaya karar verildi.

İkinci Değerlendirme (10. 02. 2000)

Doktoru bu görüşme öncesinde hastanın durumunun daha iyi olduğunu, ağlamalarının azaldığını ve daha uyumlu davrandığını belirtti. Hastayla görüşmeye gittiğimde yazmış olduğum konsültasyon kağıdını çekmeden çıkararak 'Doktor hanım, buraya yanlış yazmışsınız. 'Değersizlik düşünceleri' değil, 'Yalnızlık korkusu' yazmanız gerekirdi. Benim en büyük korkum yalnız kalmak' dedi. Konsültasyon kağıdının neden

çekmecesinde olduğunu sorduğumda; kendisinin, hemşireler kağıtta yazılanları görmesin diye doktorlardan dosyadan çıkarılmasını ve kendisine verilmesini istediğini belirtti. Hemşirelerin kendisi hakkında dedikodu yapabileceklerini düşünüyordu.

Üçüncü Değerlendirme (15. 02. 2000)

Daha önceki görüşmemizde ekiple görüşme yapmak istendiği belirtilmişti. Bu nedenle uygun bir zaman belirlemek için kat hemşireleri arandı. Telefondaki hemşire hanım 'Doktor hanım, size çok ihtiyacımız var o hasta ortalığı yine karıştırdı, personeli ve bizi Başhekimliğe şikayet etti' şeklinde bir açıklamada bulundu. Bunun üzerine ekip toplantısı yapmamız gerektiği tekrar belirtildi ve ertesi gün öğlen toplantımız istendi.

Bu aşamada duruma müdahale ilkeleri hasta merkezli konsültasyondan ekip merkezli konsültasyona dönüşmesi uygun bir yaklaşım olarak kabul edildi. Ekip merkezli konsültasyonun başlıca ilkeleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Bu konsültasyon türünde bütün ekip yardım istemektedir, özellikle istemi hekim dışı personel başlattığı zaman, bu türden konsültasyon gereksinimi çok fazladır. Resmi bir psikiyatrik liyezon ilişkisinin olmadığı bir birime konsültasyon yapma konsültan psikiyatrist zor duruma sokabilir. Öncelikle, servis geleneğini bilmiyordur. Ek olarak, kendisinden ne beklendiği konusunda gerçekçi bir görüşü olmayan servis ekibinin güvenini kazanamamıştır. Bir sağlıkta tasarısını önerme ve uygulamaya koyma zamanı geldiğinde, orası için aşına biri olmayan konsültan

Tablo 2. Ekip merkezli konsültasyon

Ekip merkezli konsültasyonda konsültan hekimin odağı ekibin bütünüdür.

1. Durumun anlaşılması

Tüm ekiple görüşme yapılmalıdır. Varolan sorunlar belirlenmelidir. Ekibin konsültasyondan beklentileri öğrenilmelidir.

2. Formülasyon

Bulguların bildirilmesi.

3. Konsültanın rolü

Görüşmede konsültan psikiyatra grup tarafından verilecek yetkinin düzeyi belli olur. Sorunları azaltmak için konsültan psikiyatr amaçlarını ve önerilerini anlatmalı ve tartışmaya açık duruma getirmelidir.

4. Sağıltım tasarısının yürütülmesi

Eđitime ve sağıaltıma yönelik bir dizi grup veya alt grup toplantıları düzenlenir.

psikiyatrin yetkisi açık değildir. Ekip merkezli konsültasyonlarda yaşanan güçlüklerin başında ekibin direnci ve hastane gelenekleri gelmektedir (Aydemir 1999).

Dördüncü Değerlendirme (16. 02. 2000)

Ekip görüşmesi yapmak için Gastroenteroloji servisine gidildi. Ekip hemşire odasında toplanmıştı. Burada hastanın asistan doktoru, başka bir asistan doktor, başhemşire, kadın iki hemşiresi bulunuyordu. Aşağıda, ekiple yapılan görüşmede, tüm üyelerin hasta hakkındaki görüşleri kısaltılarak belirtilmiştir.

Hastanın doktoru: "1994 yılında İngiltere'de ameliyat olmuş, yapılan operasyon yanlış bir operasyon, ancak şu anki ataklarını açıklamıyor; ağlama krizleri geçiriyor, ardından ağrısı oluyor, amilaz ve lipaz gönderiyoruz, yüksek geliyor. Cerrahi ekiple konseyde tartışıldı, ameliyat dendi, ama kendisi ameliyat olmam diyor, yurt dışına gidecekmiş; kimseyi beğenmiyor, kendi öğretim üyesini de beğenmiyor, Başkent'te bir doktor varmış, acaba birde ona mı gitsem diyor; açıkçası o hastayla çok ilgilenmiyorum, benim çok hastam var; ilgi gösterince iyi oluyorsun göstermeyince kötü, sonu gelmiyor."

Hastanın takibinden sorumlu hemşire: "Benden hiç hoşlanmıyor, çok sinirleniyor bana, serum takmaya gidiyorum, kabul etmiyor, sen takma başkası taksın diyor, ilaçları kafasına göre alıyor, order'ı düzeltiyor. İlk yattığı zaman, ağrısı olduğunda, kocasıyla tartıştığında veya istediği bir şey olmadığı zamanlar kendini yerlere atardı, saçını başını yoları, kafasını duvarlara vurdu, özellikle özel odadayken daha sık yapardı, daha sinirliydi, 'kendimi öldürecekim, balkondan atacağım' diye tehdit ediyordu, kendi isteğiyle 3 kişilik odaya geçince biraz azaldı".

Kadın diğer bir hemşiresi: 'Kimseyle arası iyi değil, 3 gün birini tutuyor, sonraki 3 gün başkasıyla arası iyi oluyor, bir süre sonra o da kötü oluyor, başka birini tutmaya başlıyor.'

Yukarıda önemli bölümleri sunulan görüşmenin ilk

kısımında katılanların tek tek yaşadıklarını birbirlerine aktarmalarına zemin sağlandı, benzer duygular yaşadıkları ortaya çıkarıldı. Bu yaklaşım ekip üyelerinin gerginliğini azaltmada yardımcı oldu. Görüşmenin ikinci bölümünde ise bu tür hastaların nasıl ele alınabileceği, öğretim üyesiyle yapılan süpervizyonda alınan kararlar çerçevesinde konuşuldu. Öncelikle borderline savunmalar kullanan hastaların genel özellikleri hastanın öyküsünden alınan örneklerle tanımlandı. Bu tip hastaların manüplatif ve talepkar oldukları, denetleyemediklerini düşündükleri tedavileri kabul etmekte zorlandıkları, engellenme karşısında tehditkar oldukları ve karşısındakini "kötü" grubuna soktukları anlatıldı. Bu hastaların tedavi ekibi üyelerini ikiye bölebilecekleri, ekibin farklı üyelerine farklı şekilde davranabilecekleri belirtildi. Sonuçta, ekibin de hastaya farklı ve zıt tutumlar takınabileceği, dolayısıyla tedavinin aksayabileceği belirtildi. Bu tip hastalarla ekipten, hastanın göreceli olarak stabil davrandığı ve hastayla çalışmaya istekli, bir üyenin ilişki kurması yani bir "bağılantı kişisinin" belirlenmesinin uygun bir yaklaşım olduğu anlatıldı. Bu bağılantı kişisinin hastalık, tedavi, yapılan işlemler hakkında hastaya bilgi veren tek kaynak olmasının sağlanması ve hastadan gelen tüm soruların bu kişiye yönlendirilmesi istendi. Bu yaklaşımla, aslında hastanın tutumundan kaynaklanan, hastanın anksiyete ve öfkesini arttıran, tedavi ekibine güvenini sarsan ikili mesajların ortadan kalkabileceği belirtildi. Hastanın kendi asistan doktoru tıbbi konularda, hemşirelerden kendi hemşiresinin sınır koyma güçlükleri olduğunu belirtmesi üzerine katta çalışan başka bir hemşire günlük olağan konularda hastayla iletişim kuracak "bağılantı kişileri" rolünü üstlendiler. Görüşmenin sonunda doktoru ve hemşirelerin hastaya sınır koydukları taktirde, hastanın yeniden Pankreatit atağı geçireceğinden endişelendiklerini ifade ettiler.

Ekip görüşme öğretim üyesine sunuldu; görüşme şeklinin ve seyrinin uygun olduğu belirtildi. Ayrıca hastanın dürtüselliliği, insanları "iyi-kötü" olarak ikiye ayır-

ma tarzı, kendine zarar verme davranışları, intihar tehditleri gibi ekip görüşmesinde ortaya çıkan bulguların borderline savunmalar kullanıyor olma ve depresyona ek olarak borderline-histrionik kişilik bozukluğu gibi B grubu kişilik bozuklukları tanısı ihtimalini arttırdığı kanısına varıldı. Psikometrik değerlendirme yapılmasına karar verildi.

Beşinci Değerlendirme (18. 02. 2000)

Bu görüşmede hastanın hastane dışı yaşantısı ele alındı ve tanısız değerlendirme genişletildi. Hasta, müteakip defalar intihar girişiminde bulunduğunu; eşiyile ilişkilerinin hep bir iyi bir kötü olduğunu; eşinin sık sık evi terk ettiğini ancak yalnızlığa dayanmadığı için haklı olmasına rağmen eşini geri çağırdığını; aslında çok sessiz, çabuk küsen, herşeye ağlayan, alıngan biri olduğunu; kendine zarar veren davranışları, özellikle birisiyle tartıştıktan sonra, sık sık gösterdiğini belirtti.

Soy geçmişini sorgularken, babasıyla ilişkilerinin her zaman kötü olduğunu, babanın işsiz olması nedeniyle maddi açıdan çok sıkıntı çektiklerini ve babası tarafından fiziksel istismara maruz kaldığını belirtti. Kişiliğini aşağıdaki şu cümlelerle tanımladı. 'Felaket korkunç bir insandı. Sürekli bıçak çekerd, annemi sırtından bıçaklamıştı, bizi sürekli döverdi tehdit ederdi, bakmazdı bize, aç gezerdik, komşular annemin akrabaları bakardı bize, el becerisi çok iyiydi ama sürekli bir işte kalmazdı. Ben 6 yaşındayken yandaki arsa sahibiyle kavga etti ve adamı yaraladı, ölüme sebebiyetten 5 yıl hapis yattı. Ben 11 yaşındayken hapisten çıktı. Sinirli, asabi, asıp-kesen, daha deli biri olarak çıktı.' Anne ve babasının ilişkilerinin her zaman kötü olduğunu, babanın annesini defalarca bıçak çekerek cinsel ilişkiye zorladığını gördüğünü söyledi. Annesini ise mükemmel bir insan olarak tanımladı.

Özgeçmiş sorgulamasında çocukluğunun maddi yönden zorluk ve yoksulluk içinde geçtiğini, ihmal edildiğini, çok sık hastalandığını ve fiziksel istismara uğradığını belirtirken, o dönemi şu cümleyle ifade etti; 'çocukluğum çok kötü geçti, acıyla, korkuyla büyüdüm'.

Evlilik öyküsünde ise; 1992 yılında eşiyile tanıştığını, ancak eşinin evli olması nedeniyle 1996 yılına kadar flört ettiklerini, 1996 yılında eşiyile hala evli olduğu için resmi nikah olmadığı halde düğün yaparak evlendiklerini, bu yıla kadar mükemmel olan ilişkilerinin, karıkoca olmalarıyla birlikte inişler-çıkışlar başladığını, para yüzünden tartıştıklarını belirtti. Bir kere bıçakla eşinin üstüne yürüdüğünü belirtti.

Suicid girişimleri: Onaltı yaşında çırılçıplak soyunup kendini odaya kilitlemiş, 3 gün yemek yememiş. Üniversiteye giderken 50 optalidon içmiş, anne - babası evde yokmuş, tesadüfen bulmuşlar. Beş yıl önce yine optalidon içmiş, ancak ölmek istemediği için komşularına haber vermiş. Eşiyile tartıştığı zaman kendini balkondan atmaya kalkışıyormuş, kafasını duvarlara vuruyor, arabanın kapısını açıp, kendini atmaya çalışıyormuş.

Yukarıdaki öyküyü genişletmek amacıyla hastamızın bir yakını ya da eşiyile görüşmek isteği tekrarlandı ancak hasta yine ısrarla buna karşı çıktı. Gerekçe olarak kimsesinin olmadığını, eşinin ise gelmeyeceğini belirtti. Psikometrik değerlendirme sonuçları hastada depresyon ve borderline kişilik organizasyonu lehine bulgular verdi. Sonuçta hastada başta borderline ve histrionik kişilik bozukluğunun bulunduğu kanaatine varıldı. Ekibe ek bir öneride bulunulmayacağı, daha önceki plana devam edilmesinin uygun olacağı söylendi. Hasta taburcu olmadan önce KLP ekibinin mutlaka aranması ve arada gerekli olursa tekrar bağlantı kurulabileceği belirtildi. Taburculuğu planlandığında bunun mutlaka önceden kendisine haber verilmesinin önemi vurgulandı.

Altıncı Değerlendirme (04. 03. 2000)

Ekip toplantısı yapıldıktan iki hafta sonra, hastanın "bağlantı" hemşiresiyile telefonla görüşüldü. Hemşire planın uygulandığını, hastanın sakin olduğunu, kuralara uyduğunu ve kendilerinin de ciddi bir sorun yaşamadıklarını ifade etti. Hastanın klinik olarak daha iyi olduğunu ve taburculuğunun planlandığını, bunun kendisine söylendiğini ama önemli bir tepki göstermediğini belirtti.

Son Değerlendirme (07. 03. 2000)

Hastayla yapılan görüşmede, hasta çok mutlu olduğunu çünkü kocasıyla ilişkilerinin hafta sonu izne çıktığı zaman düzeldiğini, kendisini iyi hissettiğini, akut pankreatit atakları geçirmedeğini ve artık taburcu olacağını söyledi. Hemşireyle ve doktoruyla görüşeceğimi söyleyince 'Doktorumla görüşün ama hemşirelere bir şey sormayın' dedi. Kendisinden sorumlu hemşireyle (bağlantı hemşiresi) görüşeceğimi söyleyince, onun ve başka bir hemşirenin adını da verip, ikisiyle görüşebileceğimi ama diğer hemşirelerle özellikle gece çalışan hemşirelerle anlaşamadığımı belirtti ve onlara kendisiyle ilgili soru sormamamı ve kendisi hakkında bilgi vermememi istedi. Hastaya kliniğimizde KLP yataklı servisine yatışı önerildi, ancak hasta kabul etmediği için ayaktan takibine karar verildi.

Hemşireyle yapılan görüşme: Bağlantı hemşiresi, hastanın sakin olduğunu, diyetine uyduğunu, kan alınacağı zaman ve diğer yapılacak işlemlerde kendisini beklediğini, kendilerinin bir sorun yaşamadıklarını ama gece çalışan hemşirelere sorun çıkardığını belirtti.

Doktoruyla yapılan görüşmede: Hastanın toplam 4 kez akut pankreatit atağı geçirdiğini ancak yaklaşık 20 gündür atak geçirmediğini, operasyon önererek taburcu edeceklerini belirtti.

TARTIŞMA

Dahili ve cerrahi ekibin konsültasyon istemesindeki primer amaç hastanın davranışlarının değişmesi ve krize müdahaledir. İlkel savunma mekanizmalarını kullanan borderline kişilik organizasyonu olan hastalar ekip içinde anlaşmazlığa neden olabilir. Bu hastalar öfkeli davranışlarda bulunur, ekibi bölebilir, tedaviyi rededebilir, suisid tehdidinde bulunabilir ve hastaneyi terk etmeye kalkışabilir (Groves 1987). Borderline Kişilik Bozukluğu ayrışma-bireyselleşme sorunları, duygulanımı denetleme sorunları ile ilgili belirtiler, yapılandırılmamış ortamlarda oluşan, genellikle paranoid doğada kendini sınırlayan mikro-psikotik yaşantılar, kişiler arası ilişkilerde bozukluk ile karakterizedir (Aydemir 1999). Borderline kişilikteki hastaların ego gücünün zayıflığı klinikte, anksiyeteye dayanıklılığın eksikliği, veya olmaması, impuls kontrolünde eksiklik ve gelişmiş yüceltme mekanizmalarının eksikliği biçiminde görülür. Borderline kişiler yarılma, yansıtma, dışlaştırma ve inkar savunmaların yanı sıra ilkel idealizasyon, yansıtımlı özdeşim, omnipotens ve devalüasyon gibi savunma mekanizmalarını da kullanırlar (Volkan ve Çevik 1992). Yansıtımlı özdeşimi kullandıkları zaman ben nefret edilecek biriyim, ekiple benim bakımı üstlendiğine göre nefret edilecek bir grup yargısına varırlar. Primitif idealizasyon ile ekip üyelerinden bazılarını gözlerinde o kadar büyütürler ki, kendisini dünyadaki bütün kötülüklerden koruyacaklarına inanırlar veya tedavi ekibini iyiler ve kötüler diye

2 zıt gruba ayırırlar ve ekip üyelerine bu inanişe göre davranırlar (Groves 1987). Sonuçta ekip üyelerinin bir kısmı hastayı saldırgan biri olarak ele alıp, tepki gösterirken diğer grup hastaya sempatiyle yaklaşır korumaya çalışır. Bu iki farklı tutum sorunu daha karmaşık hale getirir ve tedavide güçlük yaratır. Böyle bir durumda KL psikiyatrin görevi hastanın tedavi ve bakımından sorumlu ekip üyelerini bir araya getirerek iletişimi açık hale getirmektir. Hastanın kişilik organizasyonu içinde davranışlarının kökenini belirtmesi ekibin gerilimini ve "kötü" ve "iyi" oluşun yükünü azaltır. Sonuç olarak hastanın tutumu ve beklentileri ne olursa olsun ortak ve tutarlı bir tedavi planı uygulanması gerekmektedir. Bu planı uygulamanın en iyi yollarından biri, hastaya tedavi ve takibi hakkında olası her değişikliğin mümkün olduğunca belirli ve hastayı tanıyan kişiler tarafından aktarılmasıdır.

Hastanın dürtüselliliği ve manüplasyonları, tedaviye uyumsuzluğu ekte kızgınlık, çaresizlik, öfke, korku ve engellenme duygusu yaratabilir. Bu durumda ekip hastayı ya reddeder ya da gereksiz yüzleştirmeler yaparak hastanın öfkesini ve kızgınlığını arttırıp olayı bir kısır döngüye sokar. Konsültan psikiyatrist ekibe empatiyle yaklaşmalı ve ekibi bir takım kurallar ve sınırlamalar koyması için desteklemelidir. Bu kısıtlamaların hastalık ve hastane kurallarıyla ilgili olmasına dikkat edilmelidir. Klinisyenin yapmakta zorlanacağı şeylerden birinin kendi yaşadığı kızgınlıkları ve tepkiyi dengelemesidir; çünkü hastaya kızıldığı için konan zorunlu olmayan engellemeler, hastanın tepkilerini daha denetimsiz hale getirir.

Bu tip hastaların manüple etmelerinin gizli anlamı yardım sağlamak ve tedaviyi denetleme arzudur. Denetlemediklerini düşündükleri tedavileri tolere etmekte güçlük çekerler. Bu nedenle hastaya neyin ne için yapıldığı tedavinin amaç ve yöntemleri, sınırları, güçlükleri hakkında yeterli bilgi verilmelidir; tedavi sırasında kendi denetim ve otonomi hislerini arttırarak olası seçenekler sunmalıdır (Özkan 1993).

KAYNAKLAR

Aydemir Ö (1999) Psikiyatri Konsültasyonunun Türleri, Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı. Ö Aydemir (Ed), İstanbul, Matsan, s.46-52.

Aydemir Ö (1999) Konsültasyonda Psikiyatrik Tanı, Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı. Ö Aydemir (Ed), İstanbul, Matsan, s.25.

Groves JE (1987) Borderline Patients, Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. TP Hackett,

NH Cassem (Ed), 2. Baskı, Massachusetts, PSG Publish Company Inc., s.184-192.

Özkan S (1993) Psikiyatrik Tıp (Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi), İstanbul, Roche Yayınları, s.45-51.

Volkan V, Çevik A (1992) İçer Alınmış Nesne İlişkiler Kuramı ve Borderline Narsistik Kişilik Bozuklukları. (Çev: A Çevik, B Ceyhun), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.25-26.