

Ağır Kişilik Bozuklukları ve Hemşirelik Girişimleri - Bölüm II

Severe Personality Disorders and Nursing Interventions: Part-II

Nurhan EREN¹

ÖZET

Kişilik bozukluğu gösteren kişiler tanı ve tedavi açısından psikiyatrinin en zorlayıcı ve istikrarsız hastaları olarak görülür. Bu hastalarla çalışırken özelleşmiş hemşirelik girişimleri ve psikoterapötik teknikler geliştirmek gereklidir. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi'nin 1. sayısında yayınlanan "Kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri: Bölüm-I" de, kişilik bozukluklarının nedenleri, klinik görünümü ve tedavisi anlatılmış, makalenin II. bölümünü oluşturan bu yazıda ise, yataklı servislerde ağır kişilik bozukluğu gösteren hastaların psikodinamik özellikleri, değerlendirilmesi gereken sorunlar, ulaşılmak istenen amaçlar ve terapötik hemşirelik girişimlerinin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Ağır kişilik bozuklukları; hemşirelik girişimleri; yatan hastalar.

SUMMARY

Patients with personality disorders are accepted as the most difficult and unstable patients in psychiatry with respect to diagnosis and treatment. Specific nursing interventions and psychotherapeutic techniques need to be developed for working with these patients. The etiology of personality disorders, clinical symptoms and treatments were reviewed in the Journal of Psychiatric Nursing, Volume 1, in the article titled, "Personality disorders and nursing interventions: Part-I". The aim of this paper, which is the second part of the article, is to present the psychodynamic features of inpatient severe personality disorders, problems, targets, and therapeutic nursing interventions.

Key words: Severe personality disorders; nursing interventions; inpatient.

Giriş

Kernberg,^[1] "patolojik veya anormal karakter özelliklerinin kümelenmesiyle oluşan, kişilerarasındaki etkileşimlerde ve/veya kişinin iç dünyasındaki işlevselliğinde gözlenen, ileri düzeydeki bozulmaları" kişilik bozuklukları olarak tanımlamıştır. Kaçırgan özelliklerin, histerik, obsesif-kompulsif, depresif ve daha iyi örgütlenmiş mazoşistik kişiliklerin dışında kalan, karmaşık ve dürtünün egemen olduğu sınırda ya da narsisistik patolojiler gösteren yapıları, ciddi olgular olarak tanımlamaktadır. Akhtar^[2] ise, birçok açıdan birbirinden farklı olmakla beraber, klinik belirtiler, dinamikler, ruhsal-yapısal örgütlenmeler ve gelişimsel öyküler açısından benzerlik gösteren sekiz tip ağır kişilik bozukluğu tanımlamıştır. Bunlar narsisistik, sınır, şizoid, paranoid, hipomanik, antisosyal, histiriyonik ve şizotipal kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarının çeşitli tiplerinde ortak gelişimsel zeminin olması klinikte sıklıkla birden çok kişilik patolojisinin bir arada görülmesine yol açmaktadır.

Üstbenlik (süperego) patolojisi, antisosyal davranışlar, kötü huylu (habis) narsisizm, nesne ilişkilerinin kalitesinde-

ki yetersizlik, madde kullanımı gibi özellikler kişilik bozukluğunun patolojisini şiddetlendiren etmenler olarak görülmektedir. Buna karşın, yüceltme yetisinin olması, nesne ilişkilerinde bölme (*splitting*) savunmasının sürekli kullanılmaması, anlamlı bir ilişki ve iş bağlantısını sürdürebilme, ahlaki değerleri koruma ve sorumluluk alabilme yetisine sahip hastaların daha olumlu bir gelişme gösterdiği belirtilmektedir.^[1-3]

Bu makalede, sık ve/veya acil hastane yatışları olan, özellikle yataklı servislerde hemşirelerin en çok zorlandıkları ağır kişilik bozukluğu gösteren hastalar ele alınmış ve bu hastaların patolojik davranışlarının ardındaki dinamikler, özelleşmiş terapötik girişimler, hastane tedavisinde hemşirenin genel bakım ilkeleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Ağır Kişilik Bozukluklarında Hemşirelik Yaklaşımı

Psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler ağır kişilik bozukluğu gösteren hastalarla sürekli olarak bir arada bulunmaktadır. Bu süreklilik, hemşirelerin kişilik bozukluğu gösteren hastaların tedavisindeki önemini arttırmakla beraber, aynı zamanda yorucu ve zorlayıcı bir durumdur. Yapılan birçok çalışmada, hemşirelerin ağır kişilik bozukluğu gösteren hastaları, hoşla gitmeyen, ekipte bölünmeler yaratan, zor ve yönetimi güç hastalar olarak tanımladığı^[4-7] ve bu zorluğun en çok paranoid, sınır, narsisistik ve antisosyal hastalarla yaşandığı bildirilmektedir.^[8] Beş grupta toplanan bu zorluklar; 1- kişilik bozukluğu gösteren hastaların diğer hastalardan daha az desteklenmeye ihtiyacı olan ve daha çok talepkar hastalar olarak algılanması, 2- hemşirelerin bu hastalara yö-

¹Istanbul 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(2):86-95
Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(2):86-95

nelik eğitimlerinin yetersiz olması, 3- kişilik bozukluğu gösteren hastalarda hem hastaların farklı davranışları karşısında hem de ekip içinde hemşirelik rolünün karmaşık ve çatışmalı olması, 4- bu hastalarla çalışmanın travmatize edici yönü ve 5- hemşirenin bu hastalara yönelik daha özel beceri ve niteliklere sahip olmasının gerekliliği olarak görülmektedir.^[9] Woods^[10] tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, kişilik bozukluğu gösteren hastalarda hemşirelik girişimlerinin etkinliğini inceleyen araştırmaların, daha çok diğer disiplinlerle karışmış girişimleri inceleyen çalışmalar olduğu ve girişimlerin çoğunlukla psikolojik yaklaşımlar üzerine temelendiği bildirilmektedir. Araştırmaların çoğunda, ağır kişilik bozukluğu gösteren hastalarda genel hemşirelik yaklaşımlarının sınırlı olduğu, özelleşmiş kişisel ve mesleki niteliklere ihtiyacın olduğu, süpervizyon desteğinin gerektiği ve bu hastalarla çalışma konusunda ancak uzmanlaşmış hemşirelerin korku, hayal kırıklığı ve kızgınlık duymadan hastalara psikoterapötik yanıtlar verebileceği, bireysel ve grup çalışmalarını yürütebileceği yönünde sonuçlar bildirilmektedir.^[5,6,11-13]

Ağır kişilik bozukluklarında, öfke kontrolü sağlama, hastanın ihtiyaçlarına, çevre düzenlemeye, psikososyal boyutlara, anksiyete ve strese odaklı çalışmalara, hasta merkezli bakım planı oluşturmaya, şema terapi, bilişsel-davranışçı terapi, ego gücüne odaklı, hümanistik, kendilik psikolojisi ve psikodinamik yaklaşımlara dayalı uygulamalar olmakla beraber, bu hastalara özgü psikoterapötik ilişki odaklı hemşirelik modelleri geliştirmeye gereksinim olduğu görülmektedir.^[5,10,14-19]

Aşağıda psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelere ve öğrencilere rehber oluşturmak üzere, ağır kişilik bozukluklarına özgü sorunların altında yatan psikodinamikler, literatürde yer alan standart bakım planları^[20-22] ve ağır kişilik bozukluklarıyla yürüttüğüm klinik çalışma verilerinden yararlanılarak listelenen sorunlar, ulaşılmak istenen amaçlar ve genel hemşirelik girişimleri sunulmaktadır.

Hemşirelik Bakım Planını Oluştururken Bilinmesi Gereken Temel Psikodinamikler

Benlik (Ego) Zayıflığı: Benlik zayıflığı, dış gerçekliğin istekleri, içgüdüsel dürtüler ve üstbenliğin kuralları arasında uzlaşma sağlama yetisinde bozukluk olarak tanımlanabilir.^[2] Benlik zayıflığı olan kişiler endişe hissine dayanamaz, bu hisler çabucak yayılır ve büyür. Dürtü kontrolünde zayıflık vardır, hemen onu tatmin etmeye yönelmek ister, süblimasyon kanalları yoktur ya da azdır. Kernberg,^[1] benlik güçsüzlüğünün belirtilerini ikiye ayırmaktadır: Alt düzey kişilik örgütlenmesine özgü olanlar; 1- benlik sınırlarının bulanıklaşması ve 2- ilkel savunmaların egemenliği olarak tanımlanırken, özgül olmayan özellikler; 1- anksiyeteye katlanamama, 2- dürtü denetiminde yetersizlik, 3- bozuk yüceltme yetisi şeklinde sınıflanmıştır. Bu kişiler duygu, düşünce ve dürtülerinin içten mi dıştan mı geldiğini ayırmada güçlük yaşar.

Ör: Kendisini değersiz gören birisi bu duygunun kendisinden geldiğini ayırt edemez ve sürekli insanların onu aşağıladığı yönünde ipuçları arar. Başkalarının davranışlarını kendine yönelik algılar ve bu durum ilişkilerinde sorunlara yol açabilir.

İlkel Savunmalar: Gelişimin erken dönemlerinde, derin anksiyetelerle başa çıkmak için kullanılan benliğin ve nesnelerin bölünmesi, yansıtma, yansıtma özdeşim, yadsıma, ilkel yüceltme, tümgüçlülük ve değersizleştirme gibi ilkel savunmalar kişilik bozukluklarında erişkin yaşa kadar uzamıştır.^[1,2,23]

Bölme (splitting): Kendilik imgesinin ve dışarıdaki nesnelere yönelik tasarımların tümünden iyi ve tümünden kötü olarak ikiye ayrılmasıdır. Belli bir kişi ile ilgili duygu ve düşünceler birdenbire ve tamamen öncekinin zıddına dönüşebilir, kendini algılamasında ani değişimler olabilir. Bu zıt durumlarla yüzleştirildiğinde hastanın kaygısında artış görülür. Bu mekanizma endişe ve kaygının artmasına engel olmakta ve kişiyi dağılmaktan (dezorganize) korumaktadır. Bu savunmayı kullanan kişiler ikircikliği (ambivalans) yaşayamaz, özsaygıda gelgitler oluşur, öfke, korku, coşku gibi duygular çok yoğun biçimde ortaya çıkar, karar verme yetisi bozulmuştur.^[2] Ör: Bay E, ayaktan sürdürdüğü bireysel psikoterapi devam ederken intihar riski nedeniyle hastaneye yatırılmış, kendisinden bilgi almaya çalışan servis ekibine, “ben sadece terapistime anlatırım, size değil” yanıtını vererek ekibe güvensizlik yansıtmıştır. Terapisti “onu anlayan”, servis ekibini ise “yabancı ve tehlikeli” olarak ikiye bölmüştür. Bu durum uzun zaman servisi ekibinin hastaya karşı çaresiz/yetersiz hissetmesine neden olmuş, tedavide çeşitli zorluklar yaşanmıştır.

Yadsıma (denial): Bilincin iki bağımsız duygusal alanının yadsınmasıdır. Bölme savunmasını güçlendiren bir düzenektir. Kişi belli bir zamanda kendisi ve diğerleri ile ilgili algılama, duygulanım ve düşüncelerinin başka bir zamanda tamamen zıddını yaşayabilir, bu durumun farkında olabilir ancak duygulanımsal olarak uyumlu değildir.^[2] Ör: Bir kişiye çok yoğun sevgi ve hayranlık duyguları ifade ederken, başka bir anda ondan nefret ettiğini söyleyebilir, sevgi ve hayranlık o sırada inkar edilmiştir. Hasta bunu hatırlayabilir ancak duyguyu hissetmez.

Yansıtma özdeşleşme (projective identification): Hem ruhsal alanı hem de insan ilişkileri alanını içeren özellikler taşıyan karma bir savunmadır. Yarım kalan bir savunma gibidir. Ör: Yansıtma mekanizmasında bir kişiden nefret ediliyorsa, o benden nefret ediyor şekline dönüşür, halbuki yansıtma özdeşleşmede nefret tamamen yansıtılmaz ve biraz da kişide kalır ve karşıdaki kişinin nefreti kontrol edilmeye çalışılarak ilişki manipüle edilir. Ağır kişilik bozuklukları bu savunma yoluyla reddedilen, korkulan, istenmeyen kendilik parçalarını dışsal bir nesneye yansıtarak, bu kişiyi kendisine yüklenen şeyle gerçek ilişkide yaşayacak biçimde bilinçdışı yönlendirir

ve dışarıda kontrolü sağlar. Olumsuz nitelikler olduğu kadar olumlu niteliklerin de bu yolla dışarıdaki nesnede tutulması sağlanır.^[2,24-28] Ör: Birey kabul edemediği yetersizlik ve aşagılama dolu kendilik parçasını diğer bir kişiye yansıtır ve onu orada tutmak üzere davranır. Farkında olmadan karşısındaki kişi de kendini yetersiz hissetmeye başlar. Bu özellikle narsisistik özellikler gösteren kişilerle ilişkide olanların sık yaşadığı bir durumdur. Bazen de yansıtılan olumlu kendilik parçası tedavi ekibinde, hemşirelerde kurtarma arzuları veya hayranlık duyguları oluşturabilir.

İlkel yüceltme ve değersizleştirme (primitive idealization ve devaluasyon): Yapay ve patolojik olarak dış nesnelerin iyi ve kötü nitelikleri abartılmıştır. Gerçekçi olmayan, ülküsel, tüm-güçlü ve adeta tanrısal nitelikler atfedilen kişi ile -bir bakıma tümünden kötüye karşı korunmak için yaratılan kurtarıcı ile- bir işbirliği girişimidir.^[1,2] Ör: En sıklıkla hastalar “siz bir meleksiniz, beni sizden başka anlayan yok” diyerek hemşireleri yüceltir. Ancak unutulmamalıdır ki, her yüceltmenin arkasından değersizleştirme dönemi gelmektedir.

Üstbenlik (Süperego) Yetersizliği: Üstbenlik, bir kişinin yaşamını ahlaki değerlere göre düzenleme, başkalarını sömürme, kendi çıkarları için kullanma ve başkalarına kötü davranmadan sakınma düzeyini gösteren, dışsal denetim olmadığı zamanlarda bile dürüstlüğü ve ahlaki bütünlüğü sağlayan bir ruhsal yapıdır.^[2,25] Ağır kişilik bozukluğu gösteren hastalarda ciddi üstbenlik kusurları görülmektedir. En ağır üstbenlik yetersizliği antisosyal kişilik bozukluğunda görülür. Narsisistik yapılarda da kişiler kendi çıkarları söz konusu olduğunda hemen değişebilir. Sınır kişilik bozukluğu olan bireyler ise çok çeşitli ahlaki ölçütlü bir yapı gösterirler. Sömürme, yalan söyleme, çalma, asalak gibi davranma, dürtüsel suçla yönelik davranışlarda bulunma sık görülür. Bu hastalar eleştirildiklerinde davranışlarının kötü olduğunu değil kendilerinin kötü olduğunu hissederek ve kendi değerlerini arttırmaya çalışırlar. Histriyonik kişilerde, edilgin suça yatkınlık, sömürme ve rastgele cinsel davranışlar, şizoid kişilerde, yardımseverlik ile ahlaksızca davranışlar arasında gelgitler, paranoid kişilerde ise, yalan söyleme ve arkadan vurma önemli üstbenlik kusurları olarak görülür.^[1,2]

Kimlik Dağılması (Identity Diffusion): Kimlik dağılması değişik derecelerde olmak üzere tüm ağır kişilik bozukluklarında görülür. Kimlik dağılmasının temel belirtileri çelişen karakter özellikleri, zamansal kopukluk, içtenlik yokluğu, derin beden imgesi bozuklukları, boşluk duyguları, cinsiyetinden hoşnutsuzluk, aşırı etnik ve ahlaki tutarsızlıklarla kendini gösterir. Kimlik dağılması ağır bir psikopatolojiye işaret etmektedir.^[2] Kernberg,^[1] kimlik dağılmasını, başarısız bir ayrılma-bireyleşme sürecinin, çözülmemiş ödipal karmaşanın ve ergenlik döneminde, önceki özdeşimlerini, birleşmiş, kalıcı ve tutarlı bir kendilik tasarımları şeklinde bütünleştirmeyi başaramamanın bir sonucu ola-

rak görür. Bu hastalar kendilerini ve diğerlerini sürekli biçimde değişken algılar. Farklı nitelikte kişilerle ilişkiler kurarlar. Bir gün son derece frapan giyinen ve kendisini seksi hissederek bir hasta başka bir zaman son derece ahlakçı olabilir ve ona uygun giyinebilir. Ör: Borderline özellikler gösteren bir kadın hasta, büyük bir coşku ve istekle vücuduna “gül ve kılıç deseni içeren” bir dövme yaptırmış, bir hafta sonra büyük bir utançla dövme saklamaya ve sildirmek için yollar aramaya başlamıştır. Bu kişi kimdir? Hanım hanımcık bir kız mı, ailesine ve içinde yaşadığı çevreye meydan okuyan bir isyankar mı?

Haset: Ağır kişilik bozukluklarının psikopatolojisinde hasetin önemli bir rolü vardır. Melani Klein’a göre,^[26] sevgi nesnesine sahip olmak için rakibi ortadan kaldırmaya yönelik olan kıskançlıktan farklı olarak hasette hedef bizzat sevgi nesnesini ve onun iyi özelliklerini elde etme arzusudur. Hasetin kökeni anneye yaşanan hoşnutsuzluk deneyimlerinin azlığı ile ilişkilidir. Bu hastalar hasete karşı değersizleştirme, kontrol etme ve narsisistik içe kapanma gibi savunmalar geliştirirler. Aynı zamanda başkalarında haset uyandırma korkusu da bu hastaların işlevselliklerini sınırlayan önemli nedenlerdendir.^[1,2] Yakın ilişkilere ve tedavi ekibine yönelebilen haset duyguları kişilik bozukluğu gösteren kişilerle istikrarlı bir ilişki sürdürmeyi oldukça güçleştirir. Ör: Ağır borderline ve paranoid özellikler gösteren Bayan C, evinin olduğu sokakta yürürken sokaktaki kişilerin ve mahalle esnafının kendisinde var olan üstün özelliklere (güzelliği, zeki ve eğitilmiş oluşu) haset duyduklarını ve bakışları ile kendisini küçültmeye çalıştıklarını düşünmektedir. Bu durumun kendisinde korku ve endişe yarattığını paylaşan hasta kendisinin de bakışlarını onlara dikerek onların üstünlüğünü yok ettiğini belirtmiştir. Aynı zamanda saçları parlak ve güzel olmasını diye asla vitamin almayan ve psikoterapi seanslarında kendindeki olumlu özellikleri ve değişimleri paylaşmayan C, bu yolla, terapinin de kendisine haset duyacağını düşünüp bundan korunmaya çalışmaktadır. (Hasta bu duygularını daha sonraki süreçlerde terapistine anlatabilmiştir).

Saldırganlık, Öfke ve Şiddet: Psikiyatri hastanelerinde ekibi en zorlayan durumlar saldırganlık, öfke ve şiddet gösteren hastalarla yaşanır. Bu tür hastaların başında gelen kişilik bozuklukları içinde saldırganlık ve şiddet eğilimi en sıklıkla antisosyal, paranoid, borderline ve narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalarda görülür.^[1,2,27,28]

Saldırganlık, iç ya da dış dünyaya yöneltilen zarar verme, yıkıcılık ve tahrip edici nitelik taşıyan davranışlardır. Öfke ve kızgınlık saldırganlığın etkinleştiğini haber veren temel duygulardır. Şiddette ise yok etme ve yıkıcılık ön plandadır.^[28]

Birçok ruh sağlığı çalışanı, tehlikeli ve ciddi kişilik bozukluğuna sahip kişilerin tedavi edilemez olduğunu, dolayısıyla psikiyatrik tedaviye alınmaması gerektiğini düşünmek-

te ve bu hastaların rahatsızlıktan ziyade kötü olduklarını öne sürmektedir. Oysaki bu hastalarda saldırgan eylemlerin ortaya çıkmasında önemli bir hazırlayıcı olarak; (entelektüel açıdan yeterli olmalarına rağmen) davranışların doğasını, kalitesini, duygusal ve ahlaki yönlerini tam olarak kavrayamamaları, sevgi ve pişmanlık gibi duyguları hissedememeleri, başkalarına duyarlılık göstermede yetersiz olmaları, kişilerarası ilişkilerde ciddi mantıksal bağlantı hataları kurmalarına neden olmaktadır.^[29]

Bu hastalarda, saldırganlık, öfke, haset, nefret, sinirlilik gibi duygularla kendini belli eden agresif dürtülerin varlığı ve bu dürtüleri bastırabilecek ya da kabul edilebilir bir biçime dönüştürecek benlik gücünün ve yeterince bütünleşmiş bir üstbenlik yapılanmasının eksikliği, şiddetin oluşmasına zemin hazırlayan veya bunu tetikleyen, aşırı ya da yetersiz uyaran, güvenli olmayan bir çevre ve gereksinimlerin doyurulmadığı bir ortam oluştuğunda şiddet eylemi ortaya çıkar. Bu eylemlere karşı bir direnç gösterilmez, uygun sınırlandırma ve engellemeler yapılmazsa şiddet eyleminin dozu artar ve kişi bu yolla isteklerini elde etmeyi öğrenir ve sürdürür.^[30]

Manipülasyon: Manipülatif davranış bir kişide tipik olarak korku, utanç, öfke, hayal kırıklığı, suçluluk gibi güçlü duygular uyandırmak amacı ile bilinçdışı veya kognitif çarpıtmaların sonucu olarak ortaya çıkar. Bazı kişilik bozukluğu gösteren hastalarda manipülasyon yansıtımlı özdeşleşme mekanizması yoluyla sürekli ve sık görülür. Bu tutum onların kişiler arası tarzlarının ayrılmaz bir parçası gibidir. Eğer manipülasyon başarılıysa ve diğer çalışanlar tarafından da duyulduysa, yoğun sosyal utanma duygusu oluşabilir. Bu durum, manipüle olan kişi tarafından fark edilmeksizin, diğer gözlemciler tarafından dedikodu malzemesi haline de gelebilir.^[31] Manipülatif davranış psikiyatri profesyonellerinin kişilik bozukluğu olan hastalardan hoşlanmama ve onlarla çalışmak istememelerinin önemli sebeplerinden biridir. En sıklıkla, tekrarlayan manipülatif intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, başkalarına yönelik zarar verici eylemler, acındırma davranışları vb. olarak ortaya çıkar. Hastaların istek ve beklentilerine karşı tedavi çerçevesi ile ilgili sınırların önceden konuşulması ve ekibin buna bağlı kalması bu manipülasyonları azaltabilir. Ör: Antisosyal özellikler gösteren Bay N, genç ve deneyimsiz hemşireyi, kendisinin çok iyi bir insan olduğu ve ona haksızlıklar yapıldı konusunda ikna ederek servis kısıtlamalarına karşı (telefon görüşmesi vb.) kendisinin ayrıcalıklar kazanmasına yardım etmesi yönünde manipüle etmiştir.

İntihar: Kişilik bozukluğu gösteren hastalarda intihar düşüncesi ve girişimleri sık görülmekte ve en çok hastaneye yattı sebebini oluşturmaktadır. Bu kişileri intihara yönelten en önemli nedenler arasında ümitsizlik, öfke duyguları ve suçluluk vardır. Menninger,^[32] bu duyguları ölme isteği, kendine dönmüş öldürme isteği ve öldürülme isteği ile ilişkilendir-

miştir. Umutsuzluğun yol açtığı intiharlar daha çok şizoid ge-
rilemeye giden ağır kişilik bozukluklarında, öfke, intikam ve çevreyi kontrol etmeye yönelik girişimler daha çok sınır ve histriyonik kişilerde, suçlulukla seyreden öldürülme isteği ise daha çok depresif nevrotik kişilerde ve terapide ilerlemiş narsistik kişilerde görülebilir.^[2]

Kendine Zarar Verme (Self-Mutilasyon): Ağır kişilik bozukluklarında ve özellikle borderline kişilik bozukluğu gösteren hastaların psikopatolojisinde kendine zarar verme temel özelliklerden biridir ve onlara yardım etmek isteyen kişilerde tedirginlik yaratır. Bu konuda yapılan çok sayıda araştırma bileklerini kesme, vücudunun herhangi bir yerini kesici/delici bir aletle yaralama, vücudunda sigara söndürme, aşırı dozda ilaç alma, manipülatif intihar girişimleri gibi çeşitli davranışların görüldüğünü belirtmektedir.^[7,3,33] Kendine zarar verici davranışın dinamiklerini anlamak zordur ve çok çeşitli etmenler bu davranışları tetikleyebilir. Özellikle intrapsişik süreçler ve nesne ilişkileri ile ilgili nedenler ön plandadır. Kernberg (1984), kendine yönelik yıkıcı davranışları olan hastaları üç gruba ayırmıştır.^[1,28] Birinci grup, öfke, depresyon ve hayalkırıklığı sonucu gelişen ve bağımlı olduğu kişilerde suçluluk uyandırmaya dayalı zarar vericiliğin baskın olduğu sınır, histriyonik ve çocuksu yapılarıdır. Ör: Sevgilisi tarafından terk edilen kişinin kollarını kesici bir cisimle kesmesi en sık görülen kendine zarar verici davranış biçimidir. İkinci grup, daha şiddetle kendine zarar vermeye yönelen, patolojik büyülenmeciliklerine meydan okunduğunda, travmatik bir aşağılanma veya yenilgi duygusu sonucu kendine zarar veren, daha habis narsisizmi olan hastalardır. Ör: 17 yıldır -şirket benim sayemde bu duruma geldi, bunu bana nasıl yapabildiler- diye tanımladığı işinden çıkarılan genel müdür, intihar girişiminde bulunmuştur. Üçüncü grup ise, olağandışı zalimlikle gerçekleştirilen zarar verici davranışları olan, sınır patolojisi taklit eden bazı atipik psikotik durumlardır. Ör: Mesleği sağlık personeli olan daha ağır bir hasta ise, defalarca kendine zarar vermek amacıyla damarlarından kan almıştır.

Kendine zarar verici davranışları olan hastalarda bütünleşmiş bir üstbenlik gelişimi olmadığı için suçluluk yaşama kapasiteleri yetersizdir. Yaşadıkları kaygı verici durumları depresyon hissetmeden, impulsif biçimde giderme davranışları gösterirler. Bazı borderline hastalarda kötü oldukları düşüncesi benliğinde ve bedeninde sürekli biçimde hissedilir ve bundan kurtulmak üzere zarar vericilik hastanın kendine döner. Geçmişlerinde çok sıklıkla travma öyküsü vardır. Bu eylemlerin nedeni, kan akıtarak içindeki kötü, zehirli kanı boşaltmak isteği şeklinde ifade edilmektedir.

Eyleme Vurma (Acting-Out): Kavram ilk kez Freud (1905) tarafından, daha çok aktarım ve direnç ile ilgili olarak kullanılmış ve hastanın anılarını anımsamak yerine yaptığı davranışları eyleme vurma olarak tanımlanmıştır.^[34] Freud'dan sonra eyleme vurmanın tanımı ve kullanım ala-

nında büyük genişleme ve değişiklikler ortaya çıkmıştır. Yıllar içerisinde kavram psikanalizin dışına da taşınmış ve aktarım ilişkisi dışında kalan davranışları anlatmak için de kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle erken örseleyici yaşantıların, gelişme döneminde aşırı uyarılmanın ve dürtü denetimindeki zayıflığın, yineleyici eyleme vuruk davranışların ortaya çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Ağır kişilik bozukluklarında eyleme vurma sık görülür ve kişiler bu davranışları ile nedenleri arasındaki bağlantıyı kuramazlar. Eyleme vurma davranışları, rastgele cinsel ilişkiler, hızlı ve riskli araç kullanma, unutmalar, zarar verici davranışlar vb. şekillerde görülebilir.^[35,36] Ör: Sevgilisinin kendisini aldattığını öğrenen kişinin hemen hiç tanımadığı birisi ile rastgele ilişkiye girmesi bir eyleme vurma davranışdır. Kişi aldatıldığı için yaşanması beklenen üzüntü, acı ve öfke duygularından eylemle uzaklaşır. Bu niteliği ile de aynı zamanda bir savunma işlevi görmektedir.

Psikotik Gerileme (Regresyon): Ağır kişilik bozukluklarında, özellikle sınır yapılarında, akut psikotik tepkiler, depersonalizasyon, derealizasyon, görsel, işitsel ve algısal bozukluklar, paranoid inançlar ve patolojik narsisizmi olan hastaların aktarımında ortaya çıkan paranoid gerileme gibi geçici psikotik yaşantılar görülebilir. Bu yaşantıların primer nesne kaybı, bedensel stres ve çevreden gelen dayanılmaz etkilere karşı bir savunma olarak ortaya çıktığı öne sürülmektedir.^[1,3] Ör: Borderline bir kadın hasta, duygusal olarak bağımlı olduğu, ancak cinsel arzu duymadığı eşinden ayrılma sürecinde, internette bir web sitesine edebiyat/psikoloji konularında yazılar yazmaya ve sitedekilerle yazılar üzerinden iletişim kurmaya başlamıştır. Bu dönemde web sitesinin yöneticisi olarak kendini tanıtan bir kişiye aşk ve cinsel arzu hissetmeye başlayan hasta, aynı dönemde takip edildiğini, hatta bilgisayarına girilerek fare (maus) üzerinden her hareketinin izlendiğini ve kendisine bazı mesajlar gönderildiğini düşünmeye başlamıştır. Kendilik nesnesi işlevi gören eşinden ayrılma sürecinde yas tutma kapasitesi olmayan hastanın, arzularının ortaya çıkması ile dağılma/parçalanma korkularına karşı akut psikotik-paranoid reaksiyonlar geliştirdiği görülmüştür.

Sorunlar, Ulaşılmak İstenen Amaçlar ve Hemşirelik Girişimleri

Sınır Kişilik Bozukluğu: Sınır kişilik bozukluğu gösteren kişilerin en belirgin özellikleri değişken bir kimlik, düşünce ve duygulanımda zıtlık, yüceltme ile değersizleştirme arasında dalgalanan insan ilişkileridir. Genellikle kendilerini bir uçta, arızalı, yetersiz ve mazlum hissederler, diğer uçta ise, istediklerini yapan, kibirli ve tümgüçlü davranırlar. Bu hastalar duygusal olarak olgunlaşmamış (*immature*), istikrarsız ve kararsız bir yapı gösterirler. Hemşirelerin ve servis çalışanlarının bu hastalar hakkında zaman zaman ikiye bölündüğü görülür (Tablo 1).

Tablo 1.

Sorunlar

- Kimlikte belirsizlik (kariyer seçimi, cinsiyet, dış görünüm vs.)
- İmpulsif davranışlar (zarar verici eylemler, kontrolsüzce yeme, kumar oynama, rastgele cinsel ilişkiler vb.)
- Manipülatif davranışlar
- Öfke kontrolünde zorluk, kişilere ve eşyalara karşı saldırganlık
- Zıtlıklar içeren tutarsız davranışlar
- Uzun süreli, derin ve anlamlı ilişkiler kuramama, sürdürmememe, yüzeysellik
- Kronik boşluk ve sıkıntı duygusu
- Yalnız kalmaya tahammül edememe
- Sürekli terk edilme korkuları ve ilişki arayışı içinde olma
- İntihar düşüncesi ve manipülatif girişimler
- Duygularını sözel olarak ifade etmede yetersizlik, tepkisel davranma
- Sınırlandırılma karşısında tahammülsüzlük ve ajitasyon, otoriteye tepki
- Günlük yaşamı sürdürmede yetersizlik
- Sosyal yalıtılmışlık

Ulaşılmak İstenen Amaçlar

- Duygularını uygun biçimde ifade etmesi için alternatif çözümler oluşturmak,
- Tepkisel davranışlarda bulunmasına neden olan koşullardan uzak tutmak,
- Kendine zarar verici davranışlara (self-mutilasyon, intihar vb.) karşı hastanın güvenliğini sağlamak ve bu davranışları durdurmak,
- İmpuls kontrolünü sağlamaya yardım etmek,
- Hastaneye yatırılmayı gerektiren krizlerin oluşmasını engellemek,
- Hastane dışında onu destekleyecek bir sosyal gruba katılmasını desteklemek,
- Hayatında daha kalıcı aktiviteler ve ilişkiler sürdürmesine yardımcı olmak,
- Bağımlılık ihtiyacını olgun ilişkiler kurarak karşılamaya çalışmasını desteklemek,
- Kendisi ve diğerleri ile ilgili zıtlıklar içeren algılarının bütünleşmesine yardımcı olmak.

Hemşirelik Girişimleri

- Öncelikle serviste hastayı hemşirelerin kolay gözlemleyebileceği bir ortam sağlanmalıdır.
- Hastanın fiziksel olarak korunması öncelikli hedef olmalıdır. Bunu sağlamak için risk değerlendirmesi yapılmalı ve ona göre gözlem planlanmalıdır.
- Hastanın daha önce intihar girişiminin ya da şu an öyle bir planının olup olmadığı ve kendine zarar verici davranış biçimleri öğrenilmelidir.
- Hemşire hastayı gözlemleyebilecek bir yakınlıkta olmalı, hastanın bulunduğu ortamda kendisine zarar verebilecek hiçbir obje bulundurulmamalıdır.
- Hastayla tutarlı bir ilişki kurulmalıdır (hastanın uçlaşmış tutumunun etkisinde kalmadan), böylece hastanın olumsuz davranışları azalabilir.
- Hasta doğrudan ilişki kurması için desteklenmelidir. Manipülatif ve tepkisel davranışlar gösterirse mümkün olduğu kadar bu davranışları dikkate almayan bir tutum gösterilmelidir. Böylece bir süre sonra hasta sakinleşecektir.
- Hasta kişisel davransa bile, hemşirenin onunla tedavisi için ilgilendiğini hissetmek ister. Hasta ile iletişimde kişisel ilgi ya da sempati duyguları ile değil profesyonel tutum gösterilmelidir. Dolayısıyla hastayla arkadaşlık kurmak tedavisi açısından yararlı değildir, sınır sorunları yaratır. Hasta hemşireye bağımlı olmadan terapötik ilişki içinde olduğunu hissetmelidir.
- Alkol, madde kullanımı ve yasal problemler varsa öncelikle bunların çözümüne odaklanmak gereklidir. Aksi takdirde hasta bunların yarattığı sorunların içinde dağılır.
- Hastanın ağrı, bulantı vb. fiziksel problemi varsa bunun tedavisini sağlamak önemlidir. Fiziksel semptomlar hastanın emosyonel durumunun önüne geçmemelidir.

Tablo 1'in devamı

- Bu kişilerin sorunlarının çözümünde hukuk, sosyal kuruluşlar vb. disiplinlerden kişilerle çalışmaya da ihtiyaç olabilir. Yasal konular söz konusu olduğunda, gerekirse hastaya yönlendirme sağlanabilir.
- Hastayla konuşurken, iletişimde olduğu kişileri de içine çeken umutsuzluk, çaresizlik, yetersizlik gibi pasifliğe iten duygularını pekiştirmeden, endişelendiği durumları ortaya çıkarmaya ve sorumluluk alabilme becerisini arttırmaya odaklanmak gereklidir.
- Hastanın hangi becerilerini geliştirdiği ya da neleri yapmakta zorlandığı gözlemlenerek, bu gözlemlerle ilgili geri bildirim vermek, hastanın kendisi hakkında farkındalık kazanmasına yardım eder. Sonra birlikte gerçekçi hedefler belirleyerek, gerekirse bu hedefleri bir liste haline getirip, bir öncelik takvimi oluşturmak yararlı bir çerçeve sağlar.
- Hastanın tedavisine katılan tüm kişilerle iletişimde olmak ve hastanın yansıttığı farklı tepkileri bilmek önemlidir. Böylece hastanın ekipte bölünmeler yaratması önenebilir ve bütünleşme daha kolay sağlanır.
- Hastanın ne zaman, hangi durumlarda yoğun kaygı, sıkıntı gibi rahatsız edici duygular yaşadığını izlemek ve olaylarla duyguları arasında bağlantı kurmasına yardımcı olmak için geribildirim vermek, hastanın kendisini etkileyen iç ve dış etkenlerin farkına varmasına ve çözümlemesine yardım eder.
- Hastayı yargılamadan, kişisel sorunlarını anlatması için onu güçlendirmek, korkularını, yaşadığı belirsizlikleri, öfkesini, kimlik sorunlarını rahatça ifade edebilmesi için empatik ve güvenli bir iletişim sağlamak gereklidir.
- Hastanın kişilerarası ilişkilerini güçlendirmesine yardımcı olmak amacıyla yaşadığı gerçek ya da hayali ilişkisel durumları rol-oylama yoluyla canlandırarak farklı açılardan görmesini sağlamak, iletişim becerilerinin artmasına yardım eder. Böylece hasta başka topluluklara girme konusunda daha cesaretli olur.
- Hastanın yaşadığı bir sorunu çözmesine yardımcı olurken aynı zamanda güçlü olduğu yönleri de fark etmesi sağlanabilir. Daha önce yaşadığı sorunlarda başarılı bir şekilde başa çıktığı durumları sorgulayarak kendisinin de fark etmesine yardımcı olunmalıdır. Böylece hastanın yetersizlik algısı değişecektir.
- Hastanın eylemleri ile bunları etkileyen sebepleri anlaması için, şimdi ve burada olanlara odaklanarak olaylar arasındaki bağlantıları fark etmesini sağlamak gereklidir. Bunu sağlamak için davranışına ve bunun anlamına odaklanılabilir. Ör: "Bu tutumunuzla şu anda bana ne anlatmaya çalışıyorsunuz" ya da serviste kargaşa çıkaran bir hastaya "Burada yarattığınız kargaşada sanırım içsel sıkıntınızın bir etkisi var" gibi.
- Hemşirenin kendi duygularına odaklanması ve hastanın onda yarattığı etkileri tanıması önemlidir. Bu yolla hastanın ilişkisel ihtiyaçlarını anlayabilir, kendisi ve hasta arasındaki sınırı koruyabilir. Ör: "Acıma duyarak bir hastaya telefon izni vermesinin", "öfkelenildiği için hastayı çay saatine davet etmeyi unutmasının" veya "korktuğu için hastanın odasına girememesinin" ve bunun gibi durumların, hastadan yanaşan karşı-aktarım sorunları olduğunu ayırt etmesi ve gerekli süpervizyon desteğini alması gerekmektedir. Aksi takdirde bu durumları sürdürerek hem hasta hem de kendisi için sağlıksız bir ilişki örüntüsünü pekiştirmiş olacaktır.

Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Narsisistik kişilik bozukluğunun temelinde abartılı özsevi vardır. Bu kişiler üstün, özel, eşi bulunmaz kişiler olduklarına inanıp başkalarının da öyle görmesini beklerler. Büyükleme, yoğun hırs ve doymak bilmez bir arzu içindedirler. İlişkiye girdikleri kişilere yükledikleri değerler yoluyla kendi benlik saygılarını güçlendirirler. Aslında derinde benlik saygıları çok kırılmalıdır, utangaç ve eleştiriye çok duyarlıdır. Hayal kırıklığı ve isteklerine ulaşamama durumunda depresif belirtiler, hatta psikotik savunmalar görülebilir. Hemşirelere değersizleştirici davranabilir ya da yüceltebilirler (Tablo 2).

Tablo 2.

Sorunlar

- Benlik saygısında yetersizlik
- Gerçekçi olmayan beklentiler
- İlişki sorunları, yakınlık kuramama, duygusal sıklık, donukluk
- Değişken değerlilik, değersizlik duyguları
- Güvensizlik, kuşkuculuk
- Anlamsızlık, boşluk hissi ve can sıkıntısı
- Mükemmeliyetçilik ve sürekli önde olma arzusu
- Haset ve diğerlerine yönelik değersizleştirici, eleştirici tutum
- Engellenmeye dayanamama, kırgınlık ve öfke patlamaları
- Başkalarına karşı umursamaz tutum, bencillik
- Sınır sorunları
- Diğerlerinden övgü almaya aşırı gereksinim duyma
- Eleştiriye tahammülsüzlük
- Sorumluluk almada isteksizlik, çıkarcılık
- Psikotik, paranoid, tepkiler

Ulaşılmak İstenen Amaçlar

- Kendisi hakkında gerçekçi değerlendirme yapabilmesini sağlamak,
- Davranışlarının etkilerini fark etmesini ve sonuçlarını değerlendirebilmesini sağlamak,
- Çıkara dayanmayan duygusal ilişkiler kurabilmesini sağlamak,
- Davranışlarının sorumluluğunu üstlenebilmesini, pişmanlık ve üzüntü duyabilmesini sağlamak,
- Başkalarından sürekli övgü alma ihtiyacının azalmasını sağlamak,
- Hastanın yetersizlik duygularını paylaşmasını ve olumlu özelliklerini değerlendirebilmesini sağlamak,
- Öfke ve haset duygularının azalmasını sağlamak,
- Yaşamı ile ilgili gerçekçi hedefler oluşturabilmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri

- Bu kişiler genellikle ya hayal kırıklıkları sonucunda oluşan depresif bir durumda ya da paranoid tepkiler nedeniyle hastanededirler. Çökkün ve değersizlik duyguları içinde olabilirler. Bazen de öfkeli olabilirler. Hemşireyi reddedebilir ya da değersizleştirici davranabilirler. İlk kabul çok önemlidir. Profesyonel bir tutum ve sınırları koruyan bir yakınlık hastanın güven duymasını kolaylaştırır.
- Kendilerine ayrıcalıklı davranılmasını beklerler. Odalarını beğenmez ve diğer hastaları eleştirebilirler. Sakin ve anlayışlı bir tutum ile hastanın kendini ifade etmesi sağlanmalı ve gerekçeleri anlaşılmalıdır.
- Hastanın sınırları açıkça konuşulmalı ve ne bekleyeceği bildirilmelidir.
- Servisteki diğerleri ile ilişkileri gözlemlenmeli ve zarar verici davranışları sınırlandırılmalıdır.
- Hastanın hayal kırıklığına uğradığı yaşantıları paylaşması ve yüksek beklentileri ile bağlantı kurması sağlanmalıdır.
- Hastanın derinde yaşadığı değersizlik, aşağılık duygularını ve öfkesini ifade edebilmesi sağlanmalıdır. Genellikle bu duyguları kendisi dışında kimseye itiraf etmemiştir. Bunları konuşmak rahatlatıcı olabilir ve hastanın kendisini daha gerçekçi biçimde kabul edebilmesini kolaylaştırır.
- Hastanın yeteneklerine ve sahip olduklarına değil kendisine değer verildiğini hissetmesi sağlanmalıdır.
- Önyargılarını paylaşması sağlanarak diğerleri ile iletişim kurması için teşvik edilmelidir.
- Hastanın, yaşadığı değersizlik duygusu nedeniyle göremediği olumlu yanlarını hatırlaması sağlanmalıdır.
- Kibirtici ve soğuk davranışları ile ilgili geribildirim verilmeli ve bu tutumun hastanın ilişkilerindeki etkisi konuşulmalıdır.
- Depresif ve psikotik tepkileri gözlemlenmeli, kendine zarar verici davranışları engellenmelidir.
- Bu hastalar bazen etkileyici ve manipülatif davranabilir, profesyonel sınırları zorlayabilirler. Hemşirenin kendi duygusal tepkilerini gözlemlemesi ve gerektiğinde kendi tepkilerini ekipteki diğerlerinin tepkileri ile karşılaştırması sınırları korumada yarar sağlar.

Histriyonik Kişilik Bozukluğu: Histriyonik davranışlar genelde uygunsuz ve dramatiktir. Bu hastalar organik bir temeli olmayan fiziksel belirtiler gösterirler. Manipülatif intihar girişimleri olabilir. Bu tip davranışlar genelde hastanın etrafında insanlar varken ya da hastanın bir isteği yerine gelmediğinde, hasta tatsız bir olayla karşılaştığında görülür. Seksi görünümelerini ilgi çekmek için kullandıklarının çoğu zaman farkında değil gibidirler. Bu hastalar sanki çok az sorunları varmış, hatta bazen de hiç sorunları yokmuş gibi görünebilir ve davranabilirler. Hemşirelerle ilişkide sürekli ilgi çekmek, sevmek ve var olduklarını hissetmek için uğraşırlar (Tablo 3).

Tablo 3.**Sorunlar**

- Öz güven eksikliği
- Stresle ya da krizlerle baş etmede yetersizlik
- Abartılı duygu ifadesi ve dramatizasyon
- Engellenmeye karşı tahammülsüzlük
- Organik alt yapısı olmayan fiziksel yakınmalar
- Ayartıcı, seksi davranışlar
- Dikkat çekmeye yönelik davranışlar ya da manipüle edici tutumlar
- Kişilerarası ilişkilerde yüzeysellik
- İntihar tehdidi ve manipülatif intihar girişimleri
- Abartılı giyim ve makyaj
- İçgörü yoksunluğu

Ulaşılmak İstenen Amaçlar

- Hastanın sürekli dikkat çekme isteğinden, manipülatif ve seksi davranışlarından kurtulmasını sağlamak,
- Bulunduğu ortama uygun giyinebilmesini sağlamak,
- Sosyal olarak kabul edilebilecek davranışlar sergilemesini sağlamak,
- Eyleme vuruk davranışların (*acting out*) azalmasını sağlamak,
- Hastanın değersizlik duygularını fark etmesini sağlamak,
- Hayal kırıklığı (*frustrasyon*) ile baş edebilme gücünün artmasını sağlamak,
- Duygularını yıkıcı olmayan bir şekilde ifade etme becerisi kazanmasını sağlamak,
- Duygularını abartmadan ifade edebilmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri

- Hasta başlangıçta duygularından bahsetmek istemeyebilir. Hastayla kurulacak ilk ilişki hastanın derin duygularını sorgulamak yerine güven ve istikrarı sağlamaya odaklanmalıdır.
- Hastaya uygun ve uygun olmayan sınırlar gösterilmelidir. Böylece sınırları hisseden hasta kendisini daha güvenli ve emin bir ortamda hissedecektir ve kendi kendini kontrol edebilmesi gelişecektir.
- Hasta yeni fiziksel rahatsızlıklardan yakınabilir, bunlar rapor edilmelidir. Hastaya, belli bir süre (Ör: 10 dakikadan 1 saate kadar) fiziksel şikayetlerinden bahsetmesi için izin verilir ve kaygıları konuşulursa yakınmalar azalması da, hasta bu yakınmalarla nasıl baş etmesi gerektiğini öğrenir.
- Hastanın dikkat çekme isteğini, seksi davranışlarını azaltmasına destek olunmalıdır. Başkalarının dikkatini çekebileceği kısırtıcı durumlardan uzak kalması sağlanabilir. Böylece bu davranışlarının azalması sağlanabilir.
- Hastanın başkalarından ilgi görmek için daha uygun stratejiler kullanmasına yardımcı olunmalıdır.
- Hastayla hangi davranışın uygun olmadığını konuşarak netleştirmek, hastanın kendisi hakkında farkındalığını arttırmak.
- Hastayı, zarar verici bir davranışta bulunmadığı sürece ilgi odağı haline

Tablo 3'ün devamı

- getirmemelidir. Hemşirenin dikkatinin hastanın her an üstünde olmaması bu tür davranışların azalmasını sağlar.
- Hasta kendine ya da başkalarına zarar vermeye kalkarsa, tehditler savurursa onu bulunduğu yerden uzaklaştırmak ve güvenli bir ortama almak gerekir.
- Hasta kendini düzgün bir biçimde ifade ettiğinde ya da bulunduğu ortama göre uygun giyindiğinde ona olumlu geri bildirim verilmelidir. Olumlu geribildirim hastayı ödüllendirir ve uygunsuz davranışlarının azalmasını sağlayabilir.
- Hastanın uygunsuz davranışlarını düzeltmesini desteklerken onu cesaretlendirmelidir, ancak bunu yaparken hastaya çocukmuş gibi davranmamak önemlidir.
- Uygun iletişim kurduğunda takdir edici cümlelerle hastaya olumlu mesajlar vermek yararlı olabilir, ancak iltifat yerinde olmalıdır. Böylece olumlu davranışın pekişmesi sağlanabilir.
- Hastanın akranlarının, içinde bulunduğu grubun ona olumlu geribildirim vermesi desteklenebilir, böylece akranlarından almış olduğu ödüllendirme ona neyin uygun olduğunu gösterebilir.
- Hasta kendini yeterli hissedeceği servis aktivitelerine yönlendirilmelidir.

Anti-Sosyal Kişilik Bozukluğu: Antisosyal davranışları olan kişilerin temel özelliği, içtenlikle suçluluk duygusu yaşamama ve insanlara kayıtsızlıktır. Bu kişiler sürekli biçimde toplumun sosyal, ahlaki ve yasal kurallarıyla ilgili sorunlar yaşarlar. İlişkilerinde ciddi sınır sorunları vardır, başkalarına ait olan şeylere saygı duymazlar. Bu kişiler aslında gizliden gizliye değersizlik duyguları ile dolu, insanları küçük gören, sevmeyen, çocuksu çaresizlik ile üstünlük duyguları arasında gidip gelen kişilerdir. Ancak sıklıkla hasta olduklarına ve tedaviye gereksinimleri olduğuna inanmazlar. Bu fikirlerini hemşirelere ve servisteki diğer kişilere de yansıtarak onları kendi gereksinimleri için manipüle edebilirler. Hatta bazen son derece mantıklı görünürler ve deneyimsiz bir hemşireyi, sorunlarının hastaneye yatırılmış olmaktan kaynaklandığına ikna edebilirler. Bu hastaların duygu, düşünce ve davranışlarının değişmesi için yapılandırılmış ve tutarlı bir çalışmaya ve uzun yıllara ihtiyaç vardır (Tablo 4).

Tablo 4.**Sorunlar**

- İnsanlarla yakın ilişki kuramama, güvensizlik
- Engellenmelere tahammül edememe
- İmpulsif davranma
- Saldırganlık
- Yaşanacak olan hazzı erteleyememe ve anlık keyif alma
- Gelecekle ilgili plan yapamama
- Yargılama güçlüğü
- Manipülatif davranışlar
- Alkol ve madde kullanımı ya da bağımlılık
- Otorite ile çatışma
- Kuralları takip etmede ya da kanunlara uymada zorluk
- Suçluluk hissetmede eksiklik
- Geçmiş deneyimlerinden sonuçlar çıkaramama
- Sosyal açıdan kabul edilmeyecek davranışlarda bulunma
- Sorumluluk alma ve sorumlulukla baş etmede yetersizlik

Tablo 4'ün devamı

Ulaşılmak İstenen Amaçlar

- Hastanın güvensizliğini ve şüpheciliğini azaltmak,
- Hastanın kendini gerçekçi biçimde değerlendirmesini, davranışlarının sonuçlarını görmesini ve sorumluluk almasını sağlamak,
- Hastanın, korkularını, kayıp ve güçsüzlük duygularını, problem davranışlarını tanımlayabilmesini sağlamak ve olumlu rol modeli oluşturmak,
- İmpuls kontrolündeki zayıflık dikkate alınarak, sınırlara ve engellenmeye karşı tahammülünün arttırılmasını sağlamak,
- Korkuları ile yüzleşmesi ve baş etmesi için alternatif yollar bulmasını sağlamak,
- Kendini değerli hissedeceği olumlu davranışlar geliştirmesini sağlamak,
- Hastanın kişilerarası ilişkilerinin gelişmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri

- Hastayı hastaneye getiren olayları açıkça anlatabilmesini sağlamak gerekir, bu hastalar genelde davranışlarının sonucunda oluşan olayları inkar ederler.
- Dürüst davranması konusunda onu cesaretlendirmek önemlidir, çaresiz ve hasta rolünü oynayabilir.
- Başlangıçtan itibaren hastanın davranışlarına uygun biçimde sınır koymak, kabul edilemeyecek davranışlarına izin vermemek, tutarlı bir ilişki açısından gereklidir.
- Hastanın kabul edilemeyecek davranışlarının hangileri olduğunu anlamasına yardımcı olmak, bu noktada hastaya durumu daha net görebilmesi için somut örnekler vermek, olumlu bir etki yaratabilir.
- Hastaya kuralların ne olduğunu ve neden kurallara uyulması gerektiği konusunu bir kez net olarak açıklamak yeterlidir. Sonraki zamanlarda onunla bu kuralları tekrar tekrar tartışmadan kaçınarak önceden belirtilen tutumu sürdürmek gereklidir. Aksi takdirde hasta manipüle edebileceği bir alan aramayı sürdürür.
- Hastayla diğer hastane çalışanlarının ona karşı tutumunu tartışmaktan kaçınmak, sorun yaşadığı kişi ile yüz yüze gelip bunu çözmesini sağlayınca kadar arkadan konuşmamak gerekir.
- Günlük aktivitelerin iyi planlandığı bir program oluşturmadıkça bu hastaların çoğu boş oturmaya ve aktiviteleri ertelemeye eğilimlidirler. Hasta için ekiple birlikte bir plan oluşturmak ve bu plana bağlı kalarak istikrarlı bir tutum göstermek önemlidir. Ekip üyelerinden birisinin bile bu planı bozması hastanın yeni davranışlar geliştirmesini engelleyecektir.
- Hastanın impuls kontrolünü geliştirmek üzere önceden onu kızdıran durumları konuşmak, engellenmeler karşısında hissettiklerini sözel olarak ifade etmesini sağlamak ve uygun aktivitelere yönlendirmek yararlıdır.
- Hastaya doğru davranmasını sağlamak üzere dil dökmekten kaçınmak gerekir. Çünkü hasta bunu hemşire için değil kendisi için yapmalı, kendi sorumluluklarını ve ne yapması gerektiğini fark etmelidir.
- Hastanın yaptığı iyi bir davranış o sırada ödüllendirmek ve ona olumlu geribildirim vermek önemlidir. Böylece kabul edici davranışlarının sayısı artar.
- Hastayı, onu korkutan şeyleri görmesi konusunda yüreklendirmek, korkusunu ifade etmesini teşvik etmek, yaptığı kötü davranışın nasıl sonuçlandığını görmesini sağlamak gerekir. Böylece hasta davranışının sorumluluğunu üstüne alabilir ve sorumluluk duygusu gelişebilir.
- Güvenli bir ortamda hastayla role-oylama yapılabilir, böylece alternatif sorun yaratabilecek durumlarla başka şekilde baş etmesi, alternatif sosyal ve yasal yollar geliştirmesi sağlanabilir.

Paranoid Kişilik Bozukluğu: Paranoid davranışın temelinde güven eksikliği, şüphe, büyülenmecilik (grandiözite), düşmanlık duygusu vardır. Hasta savunma mekanizması olarak yansıtmayı (projeksiyon) kullanır. Bu hastaların kendine olan güveni oldukça düşük olabilir, büyülenmeciliğe bağlı olarak delüzyonları, halüsinasyonları olabilir, etrafında yaşa-

nılan şeyleri hep kendi üstünden algılarlar (haber spikeri ona mesaj veriyordur). Kafein, özellikle paranoid hastalarda kuşku, huzursuzluk ve kaygıyı artırır. Hemşireler için tedavi işbirliği kurmada zorluklar yaratan hastalardır (Tablo 5).

Tablo 5.

Sorunlar

- Güven eksikliği
- Benlik saygısının düşük olması
- Dış dünyayı tehlikeli algılama, şüphe ve korku
- Güçsüzlük duygusu
- Yemek yemeyi reddetmek
- Düşmanlık, öfke ve öldürme fikirleri
- Olayları gerçekliğinden farklı ve çarpık algılama
- Delüzyon, grandiözite, perseküsyon
- Referans düşünceleri
- Aşırı ayrıntıcı düşünme
- Halüsinasyon ve illüzyon (özellikle ses olarak)
- Tedavi gereksinimini reddetme
- İntihar eğilimi
- Sorumluluk alamama, günlük aktivitelere katılamama
- Sosyal izolasyon
- İletişim kuramama
- Suçluluk duygularını diğerlerine yansıtırma

Ulaşılmak İstenen Amaçlar

- Kendine zarar vermesini engellemek,
- Diğerlerine zarar vermesini engellemek,
- Şüpheci davranışlarının azalmasını sağlamak,
- Tedavi ekibine karşı güven duyabilmesini sağlamak,
- Referans fikirlerinin, halüsinasyonlarının, delüzyonlarının ve diğer psikotik semptomlarının azalmasını sağlamak,
- Değersizlik duygusunu sözel bir şekilde dile getirebilmesini sağlamak,
- Yeterli beslenmesini sağlamak,
- Tedavi programına katılabilmesini ve işbirliği kurmasını sağlamak,
- Stresle, değersizlik duygusuyla, acıyla ve kayıpla baş edebilmesi için alternatif yollar kazanabilmesini sağlamak,
- İnsanlarla iletişim kurabilmesini sağlamak.

Hemşirelik Girişimleri

- Hemşirenin hastaya kendini tanıtarak iletişime başlaması ve tehdit olarak algılamasını engelleyecek şekilde yaklaşması çok önemlidir, çünkü hasta korku ve şüphe içinde olabilir.
- Hastaya güvende olduğunu, rahat bir ortam içinde bulunduğunu hissettirmek gereklidir. Böylece hasta tedaviye daha istekli olacaktır.
- Hasta serviste yürüyorsa onunla birlikte yürüyerek, hemşirenin onunla ilgilendiğini göstermesi olumlu bir etki yapabilir.
- Hasta içinde bulunduğu anda halüsinasyon ya da delüzyon yaşıyorsa, hastayla uyarının en az olduğu yerde konuşmaya çalışılmalıdır.
- Uygun zamanda hastaya tedavi planından bahsetmek gerekir. Böylece hastada güven duygusu gelişecek ve şüpheleri azalacaktır.
- Hastaya karşı gizemli görünecek şekilde davranılmamalı, hastanın yanında başkalarıyla fısıldayarak konuşulmamalı, hastayla açık ve dolaysız bir ilişki içinde olunmalıdır. Görüşme içinde hasta adına not alınmıyorsa, hasta bu notları görmek isterse ona gösterilmeli ve sorduğu sorulara açıklıkla cevap verilmelidir.
- Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat sağlanmalıdır.
- Hastaya uygulanan ilaç tedavisinin neden uygulandığını söylemek olumlu bir etki yapar: “sana bu ilacı veriyorum, daha berrak düşünmeni sağlamak için, korkularını azaltmak için” gibi.
- Hastanın delüzyonlarını ya da referans fikirlerini onunla tartışmadan,

Tablo 5'in devamı

- ancak gerçeğe uygun olmayan şeylerin sınırlarını uygun bir dille hastaya göstermek gereklidir.
- Hastayla politik, dinsel inanışlar açısından tartışmaya girmek, şaka yapmamak gereklidir, bunlar hastada öfke ve düşmanlık duyguları uyanabilir.
 - Hastanın delüzyonları üzerinde konuşmasına izin verilebilir, ama aynı zamanda hastanın hemşireye ailesinden ya da somut konulardan bahsetmesini de teşvik etmek gereklidir, böylece hasta gerçekliğe yönelecektir.
 - Hastanın korkularının gerçek olmadığından emin olunmalıdır.
 - Hastaya tehdit edildiği hissi uyandırmayacak net yaklaşımlar uygulanmalıdır.
 - Hastanın silahının olup olmadığı öğrenilmelidir.
 - Hastanın diğer hastalarla ya da ziyaretçilerle olan iletişimi gözlemlenmelidir.
 - Hastayı ilk önce küçük gruplara almak ve insanlarla iletişim kurma seviyesini adım adım yükseltmek yararlıdır. Olumlu geribildirim bu davranışlarını pekiştirecektir.
 - Hastanın kafein alım miktarını gözlemlemek ve gerekliyse kafein alma miktarına sınır koymak gerekir.
 - Hastanın uyku sürecine ve bu sürecin nasıl geçtiğine dikkat edilmelidir. İyi uyuyamıyorsa tedirginliği artabilir.
 - Hasta serviste kötü bir olay yaşayabilir. Böyle bir durumda hastanın ne hissettiğini, neden kendini ve olayları öyle algıladığını paylaşması sağlanmalıdır.
 - Hastayla yaşadığı olayları role-oylama yoluyla yeniden değerlendirmek mümkündür. Ör: Sorun yaşadığı kişi varmış gibi, "ona ne demek isterdin?" Böylece hasta duygularını açığa vuracaktır.
 - Hastadan ne beklediği ona açıkça bildirilmelidir.
 - Eğer gerekliyse oral yoldan ilaç verdikten sonra ilacı yutup yutmadığını görmek için ağzını kontrol etmeli ve ilaçların tedavinin bir parçası olduğu vurgulanmalıdır.

Sonuç

Gelişmiş ülkelerde son on yıldır psikiyatri hemşiresinin ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisindeki rollerinde önemli değişimler olmaktadır.^[17,37,38] Ülkemizde de buna paralel olarak psikiyatri hemşirelerinin yataklı servislerde ağır kişilik bozukluğu gösteren hastaların tedavisinde, ekibin bir parçası olarak planlanmış görevler üstlenirken, aynı zamanda bağımsız rollerini geliştirmeleri, genel hemşirelik bakımını sağlamaları ve özelleşmiş psikoterapötik girişimleri yürütmelidirler. Ağır kişilik bozukluğu gösteren kişiler için geliştirilen özelleşmiş psikoterapötik hemşirelik teknikleri, ruhsal yapının eksikliklerini, kişilerarası ilişkilerde yaşanan değişken durumları, manipülatif ve intihara yönelik davranışları, yoğun ve değişken duygulanımları, agresyon, kendini yaralama ve dürtü kontrol sorunları gibi zorlayıcı durumları kapsamalıdır. Hasta ve hemşire arasındaki ilişki; 1- başlangıç/ilk karşılaşma ve güven sağlama, 2- gelişme/ilerleme, çatışmaların ortaya çıkması ve yeni yolların bulunması ve 3- olgunlaşma, daha çok sorumluluk alma ve hemşireden bağımsızlaşma olmak üzere bazı aşamalardan geçen dinamik bir süreç olarak görülmelidir. Hemşire tüm bu aşamalarda hastaya özel zaman ayırmalı, hastanın gereksinimlerini tespit etmeli, görüşmeler sırasında hastanın sadece söylediklerine değil davranışlarına da odak-

lanmalı, direk sorular yerine dolaylı sorular, ucu açık cümleler kurmalı, aktif dinleyici olmalı, diğerleri ile olan davranışlarını gözlemlemeli ve hastanın konuşmasındaki zıtlıkları, kaotik yapıyı, yüzeysel ve dağınık içeriği tanımlayarak hastaya geri sunabilmelidir. Aynı zamanda hem kendi hissettiklerine hem de hastanın duygusal durumuna dikkat ederek aktarımsal yaşantıları, hastanın kendisi üzerinde oluşturmaya çalıştığı manipülatif davranışları değerlendirerek, reddedici olmayan bir sınırlılıkla hastayı kapsayabilmeli/tutabilmelidir. Tüm bu işlevleri yerine getirirken ruh sağlığı ekibi ile aktif bir işbirliği kurmalı ve ekip üyeleri arasında koordinasyon sağlamalıdır.

Kaynaklar

1. Kernberg OF. Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven, CT: Yale University; 1984.
2. Akhtar S. Ağır kişilik bozukluklarının tanı ve sağaltımı için başvuru kitabı [Çeviri editörü: Alkan A, Gürdal C, Editör: Eğrilmez A] İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları; 2009. (Orijinal çalışma basım tarihi 1995).
3. Gunderson JG. Borderline kişilik bozukluğu [Çeviri editörü: Ceyhan B] Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Medikomat; 1994. (Orijinal çalışma basım tarihi 1984).
4. Gallop R, Lancee WJ, Garfinkel P. How nursing staff respond to the label "borderline personality disorder". Hosp Community Psychiatry 1989;40:815-9.
5. Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D. Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. Perspect Psychiatr Care 2007;43:204-12.
6. Bland AR, Rossen EK. Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. Issues Ment Health Nurs 2005;26:507-17.
7. Bowers L. Dangerous and severe personality disorder. Response and role of the psychiatric team. London and New York: Routledge; 2002.
8. Koekkoek B, van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in mental health care: a review. Psychiatr Serv 2006;57:795-802.
9. Murphy N, McVey D. The challenge of nursing personality-disordered patients. The British Journal of Forensic Practice 2003;5:3-19.
10. Woods P, Richards D. Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. J Adv Nurs 2003;44:154-72.
11. 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.
12. Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. Am J Psychiatry 2005;162:890-8.
13. Giannouli H, Perogamvros L, Berk A, Svigos A, et al. Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009;16:481-7.
14. Murphy N, McVey D. Nursing in-patients with personality disorder: a schema-focused approach The British Journal of Forensic Practice 2001;3:8-15.
15. Westwood S, Batey A. The relationship between nurse counselling and formal psychotherapy on a severe personality disorder unit. The British Journal of Forensic Practice 2000;2:29-32.
16. Wright K, Haigh K, McKeown M. Reclaiming the humanity in personality disorder. Int J Ment Health Nurs 2007;16:236-46.
17. Melia P, Moran T, Mason T. Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. J Psychiatr Ment Health Nurs 1999;6:15-20.
18. Romano DM. A self-psychology approach to narcissistic personality disorder: a nursing reflection. Perspect Psychiatr Care 2004;40:20-8.

19. Burns DP. Focusing on ego strengths. *Arch Psychiatr Nurs* 1991;5:202-8.
20. Schultz JM, Dark SL. Manual of psychiatric nursing care plans. 2nd ed. Boston: Little Brown and Company; 1982.
21. Schultz JM, Sheila L. Videbeck. Lippincott's manual of psychiatric nursing care plans. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
22. Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence-based practice. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008.
23. Freud A. Ego ve savunma mekanizmaları. [Çeviri editörü: Erim Y] İstanbul: Bağlam Yayıncılık; 1989.
24. Göka E, Yüksel FV, Göral S. İnsan ilişkilerinde yansıtma özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:46-54.
25. Fenichel O. Nevrozların psikoanalitik teorisi. [Çeviri editörü: Tuncel S] İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası; 1974. (Orijinal çalışma basım tarihi 1945).
26. Klein M. Haset ve şükran. [Çeviri editörü: Koçak O, Erten Y] 1. Baskı, İstanbul: Metis Yayınları; Ötekini Dinlemek-6; 1999. (Orijinal çalışma basım tarihi 1957).
27. Bowers L, Carr-Walker P, Allan T, Callaghan P, et al. Attitude to personality disorder among prison officers working in a dangerous and severe personality disorder unit. *Int J Law Psychiatry* 2006;29:333-42.
28. Kernberg O. Sapıklıklarda ve kişilik bozukluklarında saldırganlık. [Çeviri editörü: Büyükkal MB] İstanbul: Metis Yayınları; 1996. (Orijinal çalışma basım tarihi 1992).
29. Glen S. Dangerous and severe personality disorder: an ethical concept? *Nursing philosophy*. Blackwell Publishing Ltd; 2005. p. 98-105.
30. Fonagy P. Towards a developmental understanding of violence. *Br J Psychiatry* 2003;183:190-2.
31. Bowers L. Manipulation: searching for an understanding. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:329-34.
32. Menninger KA. Man against himself. New York: Harcourt, Brace World; 1938.
33. Canat S. Kendini yaralama davranışı (self mutilasyon). *Klinik Psikiyatri* 1999;1:46-48.
34. Rowan A. The place of acting out in psychoanalysis: from Freud to Lacan. *Psychoanalytische Perspectieven* 2000;41:83-100.
35. Erol A, Eğrilmez A. Eyleme vurma (acting-out): kavramsal ve tarihsel açıdan bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:212-19.
36. Wood EC. Acting out viewed in the context of the psychotherapeutic hospital. *Int J Psychoanal* 1968;49:438-44.
37. Gournay K. The changing face of psychiatric nursing. Revisiting... *Mental health nursing*. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005;1:6-11.
38. Cremin D, Lemmer B, Davison S. The efficacy of a nursing challenge to patients: testing a new intervention to decrease self-harm behaviour in severe personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1995;2:237-46.