

Sınır Kişilik Bozukluğu Hastası: Psikodinamik Perspektiften Tanı, Kuram ve Tedavi Üzerine Bir Güncelleme*

- Özet Çeviri -
Yasemin Önder

Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Bu derlemede tümüyle psikodinamik bir çerçeveden sınır kişilik bozukluğu hastalarına ilişkin tarihçe, tanı, gelişim kuramı, prognoz ve psikoterapiyi içeren bir gözden geçirme sunulmaktadır. Öncelikle sınır kişilik bozukluğu (SKB) hastalarının çeşitli özelliklerini yansıtan beş klinik vaka sunulacaktır. İlk olarak kısa bir tarihçe verilecektir. Ardından yazı tanı üzerine yoğunlaşacaktır ve benim "SKB hastasına yönelik 'ego psikolojik (ego psychological)' tanı yaklaşımı" olarak adlandırdığım yöntem özetlenecektir. Ego gücü ve ego zayıflığına önem veren bir yapıda temellenen ve Kernberg'in çalışmasından etkilenen bu yaklaşım bugünkü psikodinamik tanı düşüncesinin basit ve bütünleyici bir özetini sunmaktadır. Bunu takiben, yazıda SKB hastasına ilişkin en kabul gören iki gelişim kuramı; Kernberg ve Adler'in kuramları karşılaştırılacaktır. Bunu prognoz ve terapiden sağlanan yarar hakkında kısa özetler izleyecektir. Yazı bu zor vaka grubuna yönelik psikoterapinin tartışılmasıyla sonlanacaktır.

Örnek 1

Kapıdan içeri girer girmez Bayan A. 'Ya siz yalancısınız ya da Dr.B' dedi. Sonra Dr.B'nin dediğine göre Dr.B'ye önceki hafta konsültasyon için uygun olacağımı iletmiş olduğumu; buna karşılık Bayan A.'ya şu ana kadar hiç zamanımın olmadığını söylediğimi anlatarak devam etti. Hangimizin yalan söylediğini bilmek istediğini söyledi. Ona Dr.B'ye geçen hafta Salı günü zamanımın olduğunu söylediğimi, ancak Bayan A.'nın beni

Çarşamba gününe kadar aramadığını açıkladığımda tamamiyle tatmin olmuş, yatışmış görünüyordu ve ilgisini konsültasyonun sonucuna verdi.

Yukarıdaki örnek bir SKB hastasının ne kadar süratle terapistle içiçe geçtiğini ve bu sahiplenmenin nasıl bir anda herşeyin üstüne çıktığını göstermektedir. Eğer hemen gerçeği açıklığa kavuşturmuş olmasaydım, bütün seans Bayan A.'nın terapistine ve bana olan güvensizliği üzerine odaklanacaktı. Kimileri bazı hastalarda bu kadar süratli bir müdahale yapmak istemeyebilir; ancak ben Bayan A'yla bunun uygun olacağını düşündüm. Bu vinyet ayrıca gerçeğe yönelik bir açıklamanın bir sınır hastayı ne kadar çabuk yatıştırabildiğini ve dikkatini diğer konulara çekmeye olanak verdiğini de gözler önüne sermektedir. Bu paranoya hastasıyla zıtlık gösteren bir özelliktir; bir paranoya hastası böyle basit bir açıklamayla ikna edilemezdi. Bu durum Gerard Adler'in kullandığı içe almaların(introjects) zihinde tutulmasındaki yetersizlikle ilişkili olarak SKB hastası tarafından sıkça sergilenen güvensizliğe bir örnektir. Bu kavram daha sonra incelenecektir. Son olarak bu örnek pek çok sınır hastada tipik olan siyah-beyaz/ya hep ya hiç düşünme tarzını yansıtmaktadır.

Örnek2

Bayan C'yle yürütülen terapi 5. haftasına kadar sorunsuz gibi görünüyordu. İlk seansta Bayan C.'ye genel uygulamamın

eğer kayıp benden kaynaklanmıyorsa, yapılamayan seanslar için ücret almak olduğunu söylemiştim. Ortada bir esneklik olduğunu üstüne basarak bu konuda herhangi bir tereddütü varsa, tartışmaya hazır olduğumu ilettim. Bayan C karşı fikir belirtmeyince seansa devam ettik. Ne var ki, 5. haftada Bayan C'nin ücret politikamla ilgili fikirleri saplantı halini almıştı. Vardığı sonuç bunun tamamıyla kabul edilemez olduğuydu. Hatırı sayılır bir tartışmadan sonra, özünde uygulamanın mantıklı olduğunu hissetsem de eleştirilerini anlayabildiğimi ve bu yüzden uygulamamın onu kapsamayacağını söyledim. Ancak bu konunun üstesinden gelmemizi sağlamadı. Seanslar boyunca ücret politikası temel bir sorun olarak kaldı. Bayan C ücret politikam onu kapsamayacak olsa dahi, bunun benim duyarsız, ilgisiz, ona adaletsiz davranmaya meyilli ve yalnızca para ile ilgilenen biri olduğum yönünde açık bir gösterge olduğunu düşündüğünü belirtti. Böyle ben merkezci, empatiden uzak ve para odaklı biriyle işbirliği yapmanın zor olacağına kanaat getirdi. Onu bir seferinde içeri bir dakika geç kabul etmem, bir haftalık bir seyahate çıkmam, dikkatimi ondan ayırıp klimayı açmam ve arasıra yerimde huzursuzca kıpırdanmam gibi ilgisizliğim ve duyarsızlığım ile ilgili diğer kanıtlar seansın içine dahil oldukça, Bayan C tedaviyi benimle sürdürmenin tamamen yararsız olacağına karar verdi. Bu konuları açığa çıkardıktan sonra onu bir meslektaşına yönlendirdim.

Bu vaka, beni olumlu değerlendirme konusunda zorluk çeken bir hastayı gözler önüne sermektedir. Bütün çabalarım rağmen Bayan C'nin tatminsizliğinin üstesinden gelebilecek kadar olumlu bir figür olamadım ve o da sonunda ayrıldı. Yine bu örnek sınır hastalarda pozitif ya da zihinde tutulan içe almaların içselleştirilmesinin (internalization) yetersizliği bağlamında Adler'in kavramıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu hastalarla

başta çıkmada esnekliğin ne kadar gerekli olduğunun da bir kanıtıdır. Bayan C ile olabildiğim kadar esnek olmaya çalıştım; ancak bu yeterli değildi.

Örnek 3

Çok saygın bir ekonomist olarak olağanüstü yeterli bir durumda olmasına rağmen, Bayan D terapide kendini yetersiz, etkisiz, değersiz ve acınacak biri gibi sundu. Yaşamda hep kaybeden biri olduğunu söyledi, meslektaşlarından aşağı durumdaydı ve profesyonel dostları ona yukarıdan bakmakta ve hatta onu hor görmekteydi. Benim de ona aynı şekilde bakmam konusunda ısrarcıydı ve sürekli öyle hissetmemi ve davranmamı sağlamaya çalıştı. Sinir bozucu bir şekilde, Bayan D bu düşüncelerine doğruluğu su götürmez bir olguymuşcasına katılmamı bekledi. Bu varsayımı kanıtlamak için örnek üstüne örnek verdi. Farklı düşündüğümü ima edecek bir yorum yapacak olsam, Bayan D karşı koyup benim saçmaladığımda ısrar ediyordu. Kendimi baskı altında, zorlanmış ve zaman zaman engellenmiş ve sınırlı hissettim.

Bu yansıtımlı özdeşimin (projective identification) bir örneğidir. Yansıtımlı özdeşimdir; çünkü Bayan D bir nesne temsilini benim üzerime yansıttı (bu örnekte hor gören, aşağılayan ve yargılayan ebeveynin nesne temsiliydi) daha sonra da beni bu yansıtmaya uygun bir şekilde davranmaya ve hissetmeye zorlamak için elinden geleni yaptı. Bir nesne temsilinin yansıtılması kavramına yabancı olanlar için bu örnek kafa karıştırıcı olabilir. Makalenin sonraki bölümlerinde yansıtımlı özdeşimle ilgili daha ayrıntılı açıklamalar yapılacaktır.

Örnek 4

Orta yaşlı, az çok başarılı bir doktor olan Dr.L, haksızlığa karşı aşırı duyarlıydı böyle durumlar ani öfke patlamalarıyla

sonuçlanmaktaydı. Bütün bunlar neredeyse bir uyarıcı-tepki düzeyinde gerçekleşmekteydi. Örneğin bir kamyoncu Dr. L'nin yolunu kesmişti ve Dr.L saniyeler içinde kamyoncuya meydan okuyup kavga çıkarmıştı. Bir başka olayda, bir meslektaşı telefonda Dr.L'ye kaba davranmış, Dr.L de küfredip telefonu onun yüzüne kapatmıştı. Terapi seanslarındaki çalışma bu tarz uyarıcı-tepki tipindeki davranışları yavaşlatma çabalarına odaklandı. Örnekler birbirini izledikçe; Dr.L adım adım kendisine kötü davranılmasına eşlik eden acı verici duygu durumlarıyla yüzleşip onları tolere edebilir hale geldi. Her zamanki davranışlarını sergilemek yerine düşünmeye başladığında, bu rahatsız edici duyguları ile geçmişteki yetersiz, pasif ve hatta belki homoseksüel olduğu yönündeki bilinçdışı kendilik temsilleri(self-representation) arasında bağlantı kurabildi. Psikogenetik keşif, tekrarlanan bir biçimde babası tarafından utandırılma ve aşağılanma deneyimlerinin izini sürdü. Uzun yıllar süren terapiyle hayal kırıklığı zinciri, rahatsız duygu durumu, acı verici kendilik temsili ve savunucu davranışlarının farkına varması sağlandıktan sonra, Dr. L önceki dürtüsel davranış tarzını alt etmeyi başarmıştı.

Bu bir sınır kişilik hastasıyla psikoterapinin, içgörü yoluyla savunmacı değişimin analitik modeliyle uygunluk gösteren bir örneğidir. Bu örnekte, bu anlayış transferanstaki deneyimin doğrudan yardımı olmaksızın oluşmuştur. Bu, sınır hastalar için atipik bir durumdur. Bu süreçte tipik olansa, dikkate değer bir değişimin ne kadar zorlu bir sürecin sonunda ortaya çıkabildiğidir.

Örnek 5

Bayan M, ilk seansa gelirken çoraplar ve yüksek topuklarla şık bir elbise giymişti; özenle hazırlanmış ve kendini çok entelektüel bir edayla taktim etmişti. İkinci seansa, kısacık yirtik bir kot ve kolsuz bir bluz

giymişti ve ayakları çıplaktı. Birinci seansa kıyasla oldukça seksi ve heyecanlıydı. Görünüşündeki bu değişim hakkında ona sorduğumda, Bayan M sıklıkla iki farklı insan gibi hissettiğini açıkladı. Birinci seansa profesyonel avukat kimliğindeydi, ikincideyse karmakarışık kaotik kimliğindeydi. Bu, daha sonra tartışılacak olan kimlik çözülmesinin gördüğüm en açık örneğidir.

Bayan M ailesinin yanına yaptığı bir ziyaretten sonra 3. görüşmesine geldi. Bana öfke kusuyordu, seyahatinin berbat geçtiğini ve benim onu gitmekten alıkoymuş olmam gerektiğini söyledi. Açıklayıcı araya girmelerim yardımıyla Bayan M sakinleşti ve seansa iyi duygularla ayrıldı.

Bu durum SKB hastasının ne kadar çabuk ve hararetle bir şekilde terapistiyle içiçe geçtiğine bir başka örnektir. Buna ek olarak, gene bazen bu hastaların gerçek odaklı açıklamalara ne kadar mantıklı reaksiyon gösterebileceğinin de bir örneğidir.

Tarihsel Giriş

'Sınırda' terimi psikanalitik literatürde ortaya çıkışından çok sonra psikiyatristler ve ruh sağlığı uzmanları arasında kullanılan bir terim olmuştur. İlk olarak analistler analize uygun gözükene ancak terapi sırasında sürece yönelik ciddi problemler sergileyen bir hasta grubuyla yüz yüze geldi. Aslında hasta düşünülenenden çok daha rahatsız bir durumdaydı. Farklı analistler, bu tür hastayla farklı olumsuz yaşantılardan geçtikçe, bu zorlayıcı belirtileri tanımlamaya yönelik değişik terimlerin kullanıldığı yazılar yazmaya başladılar. SKB ile ilgili ilk psikanalitik yazılar iki gruba ayrılabilir. Birinci grup bu hastaları şizofreninin daha hafif bir formuna sahip olarak görürken, ikinci grup onları farklı ve bağımsız bir grup birey olarak gördü; bu kişiler ne psikotik

Ego Psikolojik Tanı Yaklaşımı

ne de nörotikti, psikopatolojik olarak ikisinin arasındaki bir çizgide duruyorlardı. Geçmişte bu iki grupta görülmüş pek çok hasta bugün SKB olarak kabul edilebilirdi. Böylece birinci grupta Zilboorg'un değişken şizofreniğini ve Bychowsky'nin örtük psikotiğini görüyoruz. İkinci gruptaysa Stern'in 'sınırdasını, Deutsch'un 'mış gibi' kişiliğini, Knight'in 'sınırdasını ve son olarak da Frosch'un 'psikotik karakterini' görmekteyiz.

1967'de Kernberg bu konuda yeni ufuklar açan yazısını yazdı. Bu yazı, sınır hasta üzerine o güne kadar yazılmış tüm yazıları sentezleyen ve bütünleştiren bir nitelikteydi; tanım, açıklama ve anlamlandırmada kapsamlı bir çerçeve sunuyordu. Her ne kadar daha sonra bu yazısının orijinalini sınır hastaya yönelik yeni fikirlerle genişletmiş, güncellemiş ve değiştirmiş olsa da, Kernberg'in fikirlerinin çekirdeğini 1967'deki bu yazı oluşturmaktadır. Kimilerine göre, temelde Klein'in karmaşık psikanalitik nesne ilişkileri kuramını temel alan bir terminoloji ve dil kullandığı için Kernberg'in yazıları oldukça kafa karıştırıcıdır. Buna rağmen, çalışmaları sınır hastaya yönelik günümüzdeki düşünceye temel olmayı sürdürmektedir. Bunu göz önünde bulundurarak Kernberg'in çalışmalarını sadeleştirerek sunduğum bir çok yazı yazdım. Sınır hastayı ego zayıflıkları ve ego güçlülükleri profili üzerinden değerlendirdiğim dinamik yaklaşımı tanımlamak için 'ego psikolojik tanı yaklaşımı' terimini kullandım.

Bu yaklaşım, ağırlıklı olarak Kernberg'in fikirlerini temel almakta, ancak onları yalınlaştırmakta ve yer yer değiştirmektedir. Ayrıca sınır hastanın Kernberg tarafından değinilmemiş bazı özelliklerini de içermektedir. Bu yaklaşımın sınır hastaya yönelik psikodinamik görüşün güncel bir özeti sağladığını düşünüyorum.

Bir sınır hasta, altta yatan özel bir tür yapısal örüntüyle kendini gösteren kendine özgü bir kişilik organizasyonu ile tanımlanmaktadır. Bu yapısal örüntü farklı bir süpereo işleyişini ve farklı bir dürtü organizasyonunu içermektedir. Bu durum sürekli ve yoğun psikoterapötik müdahale ya da uzun bir zamanın geçmesi gibi durumlar haricinde değişime oldukça dirençlidir. Kernberg'le uyumlu olarak, tüm hastaların tanıya göre sınıflandırılabilmesi için 3 yapısal örüntüden birine sahip olanlar sınır hasta olarak sunulmuştur. Bununla birlikte, sınır yapısal örüntü, normal-nevrotik ve psikotikle birlikte temel düzey ya da sıradışı 'yapısal' bir tanıdır ve tam olarak hiçbir tanıya uymayan hastaları kapsar. Yapısal örüntü kendine özgü bir ego ve süpereo işleyişi içerir, ayrıca özel bir dürtü organizasyonu tablosu çizer; ancak burada tanıya yönelik amaçların odağı büyük çoğunlukla ego olacaktır.

Beres ve Bellak'ın modellerine dayanarak, sınır hastanın egosu çeşitli ego fonksiyonlarına uygun bir şekilde sergilenenektir. Böylece sınır hasta, görelî ego güçlülükleri ve altında yatan ego zayıflıklarını içeren kendine özgü bir ego yapısıyla tanımlanacaktır.

Görelî ego güçlülükleri şunlardır:

1. Gerçeği test etmede görelî sağlamlık
2. Düşünce süreçlerinde görelî sağlamlık
3. Kişilerarası ilişkilerde görelî sağlamlık
4. Gerçeğe uyum sağlamada görelî sağlamlık

Bu dört güçlülüğün yalnızca görelî olduğu, değişik durumlar karşısında oldukça hassas olduğu not edilmelidir. Yüzeysel olarak kendini gösteren bu görelî güçlülükler, sınır hastanın oldukça 'normal' bir görünüş sergilemesine olanak tanır. Bu görelî güçlülükler, özellikle de ilk ikisi, sınır hastayı çok belirgin bir şekilde daha

psikotik bireylerden ayırır. Altta yatan ego zayıflıkları şunlardır:

1. Zayıf dürtü kontrolü ve zayıf engellenme toleransının birleşimi
2. İlkel ego savunmalarını kullanma eğilimi
3. Kimlik çözülmesi sendromu
4. Duygulanımsal dengesizlik

Kendilerini yüzeysel olarak gösteren ego güçlülüklerine zıt olarak bu zayıflıklar ancak derinlemesine inildikçe kendini gösterir. Gerileme dönemleri haricinde, bu zayıflıkların açıkça görülebilmesi için ayrıntılı bir tarihçe ya da hastayla uzun süreli bir birliktelik gerekmektedir. Bu zayıflıklar ilk bakışta fark edilmediği ve yüzeyin altında yer aldığı için, sınır hastanın 'normal' görünüşünü zedelemeler. Ne var ki, bu altta yatan zayıflıklar, sınır hastayı daha nevroitik bireyden çok net bir şekilde ayırır. Şimdi gerekli ego güçlülükleri ve altta yatan ego zayıflıklarına kısaca göz atılacaktır.

Ego Güçlülükleri

1. Gerçeği Test Etme:

Burada sözü edilen, yüzeysel olarak bakıldığında ve gündelik işlevsellik söz konusu olduğunda gerçeklik sınavının temelde sağlam olmasıdır. Zayıflık, bu ego fonksiyonunun gerilemesine olanak tanıyabilecek stres ya da çok yakın kişilerarası ilişkiler gibi durumlarda, bazen gözle görülür psikotik epizodlar olarak ortaya çıkabilir. Bu epizodlar kısa sürelidir, kendiliğinden tersine dönebilir niteliktedir ve her zaman hızlandırıcı açık seçik olaylarla ilişkilidirler. Bu kısa süreli epizodların stres altında ortaya çıkması olasıdır ancak sınır bozukluk tanısı için gerekli bir koşul değildirler.

2. Düşünce Süreçleri:

Buradaki güçlülük, gündelik işlevsellikte ve yapılanmış durumlarda ağırlıklı olarak ikincil süreç düşüncenin hakim olmasıdır. Zayıflık stres altında ya da belirsiz

durumlarda(ör: projektif psikolojik testler) bazen birincil süreç düşüncelerinin ortaya çıkmasıdır. Her ne kadar WAIS'da ikincil süreç ve Rorschach'da birincil süreç düşüncüyü gösteren bir psikolojik test örüntüsü varsa da, bu örüntünün ne kadar sıklıkta bulunacağı hakkında tartışmalar vardır.

3. Kişilerarası İlişkiler:

Buradaki güçlülük sınır hastanın kişilerarası ilişkilerde oldukça iyi durumda görünüyorsa olmasıdır. Dışarıdan bakıldığında kişi başkalarıyla 'ilişkide' görünür pek çok tanıdığı vardır ve bazen uzun süreli ilişkileri sürdürebilir. Yakına gelindiğinde ilişkiler genellikle derinlikten yoksundur ve karşıdaki birey için içten bir ilgi söz konusu değildir. Diğer kişi kendi haklarına sahip bir birey olmaktan ziyade, sınır hastanın ihtiyaçlarını karşılamakta kullanılabilecek biri gibi görülür. Empati yoktur ve sınır birey yüzeysel ilişkiler ve birincil savunmalarla örülmüş yakın, bağımlı ilişkiler arasında gidip gelir.

4. Gerçeğe Uyum Yapabilme:

Buradaki güçlülük, uyum yapabilmenin genellikle yüzeyde sağlam olmasıdır. Sınır hasta normal görünüşte olabilir ve iş ve okulda yeterli başarı gösterebilir. Bu alandaki zayıflık daha yakından bakıldığında, uyumun optimal düzeyden uzak olmasıdır. Özellikle yapılanmış durumlarda belli güçlülüklerini geliştirip uzun zaman yeterli uyum yapabilen 'istisna' sınır hastalar mevcuttur. Bu bireyler profesyonel hayatlarında oldukça iyidirler, ancak sosyal hayatlarında çok daha fazla karmaşa yaratırlar. Genellikle bu insanlar belli ego güçlülüklerini zayıflıklarıyla birlikte sergilerler. Güçlülükler genellikle yüksek zeka ve obsesif kompulsif savunmaları kullanma yeteneğini içerir. Bu istisnai grup, diğerlerine göre daha yoğun bir psikoterapiye gereksinim duyar.

Ego Zayıflıkları

1. Zayıf Dürtü Kontrolü ve Zayıf Engellenme Toleransı:

Sınır hasta, sürekli olarak zayıf engellenme toleransı ve zayıf dürtü kontrolünün bir bileşimini sergiler. Derhal haz alma amacıyla bir isteği ertelemeye yetersizlik ve stres altında tepkisel davranma eğilimi, genelde bir tür haklılık duygusuyla birlikte tanı grubunun özellikleridir. Bu özellikler klinik olarak kendini genelde yıkıcı öfke nöbeti eğilimleri, engellenmeye başa çıkmak ve geçici haz sağlamak amaçlı alkol ve uyuşturucu kullanımı ve stres altında iş ve kişiler arası ilişkilerden kaçma ile gösterir.

2. İlkel Ego Savunmalarını Kullanma Eğilimi:

Burada üzerinde durulan ilkel ego savunmalarını kullanma eğilimidir. Sınır hasta bu savunmaları her zaman kullanmaz. Gündelik hayatta, sınır hasta bu savunmaları en azından nevrotik kişiden daha fazla kullanır; bu savunmaları kendisine dayanak yapma eğilimindedir. Vaillant'a göre savunmalar artan psikopatolojinin 5 basamaklı hiyerarşisiyle sınıflandırılabilir; olgun, nevrotik, olgun olmayan, sınırda ve psikotik. Stres altında sınır hasta, sınır savunmaların arkasına saklanmaya belirgin bir yönelimindedir. Belli gerileme durumlarında, bazı psikotik savunmalar da kullanılabilir. Genellikle sınır birey çok az sayıda olgun savunma kullanır.

Sınırsavunmalar; bölme, ilkel idealizasyon, yansıtma, yansıtımlı özdeşim, ilkel inkâr, tüm güçlülük ve değersizleştirme. Bunlar Kernberg'in sınır hastalığın belirleyici özelliği olarak kabul ettiği savunmalardır. İlkel savunmaların bunlara ek olarak eyleme vurma davranışları ve elbette psikotik savunmaları da kapsadığı düşünülmektedir.

Burada konu dışına çıkıp sınır savunmalarının en karmaşığı olan yansıtımlı özdeşime kısaca değineceğim. Yansıtımlı özdeşim teriminin kullanılması zorunlu değildir, aynı fenomeni tanımlamak için başka bir terim de kullanılabilir. Ancak terim, çoğu için karmaşık olmayı sürdürse de sıklıkla kullanılmaktadır.

Yansıtımlı özdeşimin en yaygın kullanımı aşağıda anlatıldığı gibidir: Bir yansıtma, yansıtmanın alıcıyı yansıtmayla uygun düşecek şekilde düşünmek, hissetmek ve davranmak için aktif olarak zorladığı bir kişilerarası etkileşimle takip edilmektedir. Yansıtımlı özdeşimin temel özelliği bu baskıcı kişilerarası etkileşimdir.

Yansıtımlı özdeşimle ilgili çoğu için karmaşık olan yansıtmanın tanımınıdır. Bayan D vakasında not edildiği gibi terimi kullananlar yansıtımlı özdeşim kavramının içine yansıtma haricinde yer değiştirmeleri de katmaktadır. Geleneksel olarak yansıtma terimi zihinsel içeriğin bir kendilik temsilinden nesne temsiline transferine işaret etmek için kullanılır. Buna karşılık yer değiştirme terimi zihinsel içeriğin bir nesne temsilinden diğerine transferine karşılık gelecek şekilde kullanılır. Ne var ki, pek çok nesne ilişkileri kuramcısı ikincisinin bir nesne temsilinin yansıtılması olduğunu belirterek, yansıtma terimini hem yansıtma hem de yer değiştirmeyi karşılayacak şekilde kullanır.

Benim düşünceme göre, bu iki fenomen yani bir tarafta kendilik temsilinin yansıtılması ve diğer tarafta da nesne temsillerinin yansıtılması, birbirinden çok farklıdır. Kendilik temsillerinin yansıtılması, sık meydana geldiğinde, çoğunlukla sınır ve psikotik bireylerde tipiktir. Bu tip yansıtma çok büyük çoğunlukla ego sınırlarının kaybını içerir. Aksine nesne temsillerinin yansıtılması (yer değiştirmeler), gündelik ilişkilerde ve özellikle aktarımda tüm bireyler için geçerli olabilecek bir du-

rumdur. Yansıtımlı özdeşimin dar bir tanımı, yalnızca kendilik temsillerinin yansıtılmasını içerecektir ve bu da daha sorunlu bireylere özgü bir durumdur. Bununla birlikte, daha fazla kabul gören geniş kavram, yani yansıtımların hem kendilik hem nesne temsilleri için kullanılması, hemen hemen herkese uygulanabilir.

Yansıtımlı özdeşimle ilgili bir başka nokta bazılarının özellikle psikoterapiye yönelik olduğunda, tanımlarında bir geri içselleştirme sürecine de yer vermeleridir. Bu genişletilmiş tanımıyla, yansıtımlı özdeşim bir yansıtma, bir kişilerarası etkileşim ve sonrasında bir geri içselleştirmeyi içerir.

3. Kimlik Çözülmesi:

Bu terim bir bütünlük ya da bağlılık içinde olmayan, aksine çözülmüş bir kimliğe karşılık gelir. Bu, birbirinden bağımsız ve çelişkili pek çok kendilik temsili üzerine temellenmiş bir kimliktir. Kendisine uyumlu olarak pek çok çelişkili ve birbirinden bağımsız nesne temsili mevcuttur. Bir an bir kendilik temsili dizginleri ele alır ve bir başka zaman bir başkası. Sözü edilen durum nesne temsilleri için de geçerlidir. Ne kendilik ne de nesnelere hakkında kapsamlı bir çerçeveye asla ulaşamaz. Bayan M bu kavramın uç bir örneğidir. Sınır hasta bazen bu problemi içsel bir eksiklik ya da boşluk; hiçlik ya da tükenmişlik hissi olarak deneyimler.

4. Duygulanımsal Dengesizlik:

Huzursuzluk, genellikle depresif ya da düşmanca olmak üzere keskin duygulanım gözlenir; öfke temel duygudur ve depresyon, boşluk ve yalnızlık duyguları da sıklıkla görülmektedir. Öfke çalışma, yaratma ve zevk gibi yapıcı, benliğe uyumlu, adaptif yüceltmelerle yapılandırılmamıştır. Bunun yerine depresyon, sıkıntı ve boşluk gibi egoya yabancı duyguların sonucu olarak, bunlarla başa çıkmak için ortaya çıkar ya da bu duygularla sonuçlanır. Genellikle bir duygu du-

rumundan diğerine hızlı geçişler vardır.

Ego psikolojik tanı yaklaşımı kullanılırken, kişinin tanıyı karşılaması için bu 4 ego güçlülüğü ve 4 ego zayıflığının hepsini göstermesi zorunluluğu yoktur. Tersine uzman kişi baştan başa ego güçlülükleri ve zayıflıklarının izlediği yola bakar ve hastanın hangi büyük gruba (normal-nevrotik, sınır, psikotik ve olası şekilde narzistik) dahil olduğuna karar verir. Burada çizilen sınır çerçevesi oldukça geniştir. Çeşitli derecelerde patolojik işleyiş, çeşitli kişilik stilleri ve çeşitli semptomlarla heterojen bir hasta grubunu kapsadığı düşünülebilir. Bu heterojen grubu diğer büyük gruplardan ayırırsa az önce söz edildiği gibi ego güçlülüğü ve ego zayıflıklarının temelde izlediği yoldur.

Ego psikolojik tanı yaklaşımının Meissner'in sınır spektrumuna dair çalışmasını tamamlayıcı nitelikte olduğu düşünülmektedir. Sınır durumları patolojik kişilik işleyişi basamakları ve dereceleri spektrumuyla gösterilen heterojen bir hasta grubuyla ortaya koyan Meissner'a katılıyorum. Meissner sınır hastaları histerik bir süreklilik ve şizoid süreklilik olmak üzere 2 büyük gruba ayırarak ego psikoloji tanı yaklaşımını bir adım ileriye taşımıştır. Bu süreklilik, psikopatolojinin derecesine göre farklı tanı kategorilerine ayrılmıştır. Bu kategoriler nesne ilişkilerinin niteliği, nesne sürekliliğinin derecesi, başarılan ve sürdürülen benlik bütünlüğü (self cohesion), regresif potansiyel, yansıtma eğilimi derecesi ve ego ve süperegoyu yapılanma derecesi gibi çeşitli parametrelerle ayrıştırılmıştır. Ayrıntıda farklı olsa da, bu ayrıştırma parametreleri ego psikolojik tanı yaklaşımındaki diğerden çok da farklı değildir.

Ayrıca her ne kadar ego psikolojik tanı yaklaşımı, psikodinamik temelleri göz önünde tutulduğunda DSM-IV'ün kuramsal temelinden çok farklı olsa da, bu çok kullanılan tanı sistemiyle

açıkça uyumlu olduğu not edilmelidir. DSM-IV'teki sınır kişilik özellikleri ve semptomları listesindeki bütün maddeler, yukarıda değinilen ego güçlülükleri ve ego zayıflıkları listesiyle uyum sağlamaktadır. DSM-IV kuramsal olmayan ve daha çok betimlemeye yönelik bir tanı sistemidir ve psikolojik araştırmalara daha uygundur. Ego psikolojik tanı yaklaşımı tersine, anlama ve psikoterapotik müdahaleye daha uygundur.

Gelişimsel ve Etiyolojik Yaklaşım

Gelişimsel ve etiyolojik kurama dönecek olursak, sınır hastaya ilişkin en yararlı bulduğum iki kuramı, Kernberg ve Adler'in kuramlarını karşılaştırmak istiyorum. Bunu yaparken basit bir dil kullanacağım.

Kernberg, sınır hastalardaki temel problemin pozitif ve negatif içe almaları bütünleştirmede zorluk ve buna uygun olarak libidinal nesne değişmezliği sağlamada yetersizlik olduğuna inanmaktadır. Adler tersine, bu hastaların temel probleminin belirli bir tür pozitif içe alma olan tutma içealmalarını (holding introject) tam anlamıyla sağlamadaki yetersizlikleri olduğunu ileri sürmektedir.

Şimdi daha ayrıntılı ve teknik olarak devam edeceğim. Kernberg normal gelişen bebeklerin deneyimlerini- doğumdan kısa süre sonra başlayarak- duygu durumlarına göre başlangıçta tümüyle iyi ya da tümüyle kötü olarak organize ettiklerini ileri sürmektedir. Başlangıçta kendilik imgeleri ve nesne imgeleri karışık durumdadır ve pozitif yada negatif duygularla birleşmişlerdir. Sekiz ay ve sonrasında, kendilik imgeleri nesne imgelerinden ayrılır. Bu noktadan sonra, ayrılmış kendilik imgeleri pozitif ya da negatif duygularla bağlanır, aynı şey nesne imgeleri için de geçerlidir.

Çocuklar nesne değişmezliği (Piaget'in anne varolsun ya da olmasın, sürekli zihinsel temsili kavramı) geliştirdikleri onsekizinci ayda bile kendilerini ve başkalarını duygusal olarak tümünden iyi ve tümünden kötü olarak nitelendirirler. Daha önceleri Klein tarafından tanımlanan bu eğilim, bölünme olarak adlandırılır. Çocukların libidinal nesne değişmezliği oluşturması ve temel organizasyon ilkesi olarak bölünmeyi kullanmaktan vazgeçmesi, ancak 2-3 yaş arası mümkün olur.

Kernberg'e göre, libidinal nesne değişmezliği sağlamadaki başarısızlık; iyi ve kötü kendilik imgeleri ve iyi ve kötü nesne imgelerini birleştirmedeki zorlukla (ya da başka bir deyişle pozitif ve negatif içealmaları bütünleştirmedeki başarısızlık) birlikte sınır hastaların temel problemidir. Hayatın erken yıllarındaki saldırganlık dürtüsünün fazla olması temel etiyolojik faktördür. Bu aşırı saldırganlık dürtüsü gelişmekte olan ayrılma-bireyleşme işlemiyle çatışır ve böylece bölünme pekişir ve libidinal nesne değişmezliği asla tam olarak sağlanamaz. Kernberg'e göre, bu aşırı saldırganlık dürtüsü ya doğuştan gelen faktörlere bağlıdır ya da erken yaşlardaki pek çok hayal kırıklığına bağlı olarak gelişmektedir.

Aşırı saldırganlık dürtüsü 1-3 yaş arasında kritik bir problem haline gelir. Kernberg, özellikle sınır bireylerin çoğu için kritik olan gelişimsel periyodun, Mahler'in ayrılma-bireyleşme safhasının yeniden yakınlaşma(reapproachment) alt safhasına karşılık geldiğine inanmaktadır. Ne var ki, sadece küçük bir grup sınır hasta için kritik periyod ayrılma alt safhasıyla uyuşmaktadır.

Adler her ne kadar sınır hastaların iyi ve kötü kendilik imgeleri ve nesne imgelerini birleştirmede zorluk yaşadığı konusunda Kernberg'le hemfikir olsa da, bu problemin gelişimin daha ileriki bir alt safhasında ve tedavide genellikle

düşünüldenden daha ileriki bir zamanda ortaya çıktığına inanmaktadır. Bu zorluğu sınır hastalar için temel problem olarak düşünmemektedir. Adler'e göre, temel zorluk 'tutma içealmaları' olarak adlandırdığı belli bir tür içealmanın işlevsel yetersizliği ve tutarsızlığıdır. Kritik olan bu özel içealmanın yokluğudur; karşıt içealmaları bütünleştirmedeki zorluk değil.

Adler'in normal gelişim için kavramsal modeli Kernberg'inkinden farklı olsa da onunkiye tamamen karşıt değildir. Açıkça Winnicott ve Kohut'un kavramlarını ödünç alarak, Adler çocuğun anlamlı otonomi geliştirmesi için iki deneyimin kalitesine özellikle önem verir. Birincisi narsisistiktir; kendilik değerine ilişkin duygulara işaret eder ve ikincisi de tutma ve yatıştırılmadır. Adler'in hipotezine göre bu iki temel deneyimi sağlamak için erken yaşamda annenin yeterli bakımı sağlaması gereklidir. Narsisistik deneyimdeki eksiklikler hem narsisistik hem de sınır hastalar için ortaktır. Tutma ve yatıştırılma deneyimindeki eksikliklerse özellikle sınır hastayla ilişkilidir.

Yeni doğan başlangıçta anneye tutma ve yatıştırılmayı sağlayacak bir dışsal nesne ya da kendilik nesnesi olarak ihtiyaç duyar. Adler Kohut'un kendilik nesnesi terimini bağımlı bireyin psikolojik bütünlüğünü sağlamada gerekli işlevleri gerçekleştirecek kişiye karşılık olarak kullanır. Kendilik nesnesi kişi tarafından kendinin bir parçası olarak algılanır. Sekiz ay civarında bebekler hala nesnenin temsilini zihinde canlandıramıyor olsalar da, bir nesneyi tanıdık olarak algılamalarını sağlayacak tanıma belleğini geliştirirler.

Tanıma belleğinin kazanımıyla, eğer annenin bakımı yeterliyse, çocuk daha önce yalnızca annenin fiziksel varlığıyla oluşabilen tutma ve yatıştırılma sağlamak için geçiş nesnelere kullanmaya başlayabilir. Onsekiz ay civarında

bebekler zihinde canlandırma belleği kazanırlar; bu da bir nesneyi varlığı dışsal ipuçlarıyla desteklenmeden hatırlama kapasitesidir. Bu kazanımla birlikte, daha önceleri sadece kendilik nesnesi olan anne aracılığıyla ya da geçiş nesnelere sağlanabilen tutma ve yatıştırılma, tutma içealmaları olarak içselleştirilebilir. Tutma içealmaları sürdükçe, çocuk tutma ve yatıştırılma için olan hem geçiş nesnelere hem de kendilik nesnesini bırakacak duruma gelir.

Sınır hastalarda erken yaşlarda yeterli anne bakımı eksiktir. Böylece yeterli tutma ve yatıştırılmayı sağlayacak anne uygun koşulları sağlamamaktadır. Bu eksiklik çocuğun tutma ve yatıştırılma için geçiş nesnelere kullanma yeteneğini ve eksiksiz bir canlandırma belleği geliştirmesini engeller. Bu bireyler tutma içe almalarını gerektiği gibi içselleştiremezler; gerekli tutma ve yatıştırılmayı sağlamak için dışsal kendilik nesnesine bağımlı kalırlar. İlk bakışta, Kernberg ve Adler sınır patolojisiye yönelik kuramsal anlayışları açısından birbirlerine çok uzak görünmektedir. Farklı fenomenleri vurgulamakta, farklı kuramsal çerçeveler çizmekte ve farklı terminoloji kullanmaktadırlar. Bazıları Kernberg'in kuramına zıtlık ya da uyumsuzluk kuramı ve Adler'inkine yetersizlik ya da eksiklik modeli diyerek farklılıkların altını çizmiştir. Benim eğilimim bu farkları en aza indirmek yönündedir. Ayrıntılara girmeksizin, her iki kuramın da eksikleri ve çelişkileri olduğunu ve ikisinin tek bir bütünleşmiş model oluşturabileceğini hissettiğimi belirtmek isterim.

Klinik anlamda, Kernberg'in kuramı ilkel savunmaların terapinin başlarındaki görünüşüne dikkat çekmede yararlıdır. Bu ilkel savunmalar derhal terapotik müdahale zorunluluğuyla zor ve kaotik aktarımlara yol açar. Adler, bize hastanın terapisti bir kendilik nesnesi olarak kullandığı ve bu kendilik nesnesi ilişkisi

tehtid edildiğinde kargaşa ve regresyon yaşadığı; sürecin aşamalı gelişimini öğretmekte yararlıdır. Yalnızlık, kaygı ve panik, ardından gelen öfke; birleştirme ve birleşme çabaları ve çeşitli eyleme vurma davranışları aktarım kesilince öne çıkar. Gerek Kernberg ve gerek Adler deneyimsel öğrenmeyi içeren tutma ortamı (holding environment) diyebileceğimiz bir noktada çalışırlar ve ikisi de açıklama ve dinamik anlayışı terapotik çalışmalarla vurgularlar.

Burası etiolojiye değinmek için iyi bir noktadır. Yoksunluk, mahrumiyet ve ihmal bazı sınır hastalarda etiyojik olarak görülmektedir. Diğerlerinde aşırı korumacı, aşırı müdahaleci ve aşırı uyarıcı annelik örüntüleri not edilmiştir. Burada birincil bakıcı sınır adayı çocukla bunaltıcı, boğucu ve birleşmiş bir ilişki içindedir; onun ayrılmasına, bireyleşmesine ve yeterli geliştirmesine izin vermez. Buna ek olarak travma yaşantısı ve fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım tarihçeleri olan sınır bireylerin yüksek oranıyla ilgili giderek büyüyen bir literatür mevcuttur. İhmal, aşırı müdahale ve travma her biri farklı sınır hastalarda olmak üzere etiyojide rol oynayabilir.

Kernberg ve Adler, gelişimsel kuramlarında sınır çocuğun içsel yapısı (ego yapısı), onun gelişimi ve hastalığı izleyen anormalliği üzerinde odaklaşırlar. Çocuğun dışsal dünyasında olup içsel yapıda problemlere neden olacak faktörlerle ilgilenmezler. Her ne kadar Kernberg aşırı saldırganlığı etiolojiye bağlasa da, öfkedeki bu aşırılığa neyin sebep olduğunu söylemez. Travma, ihmal ve aşırı korumacılığın hepsi rol oynayabilir. Benzer olarak Adler erken dönemdeki anne ilişkisinde hatalar olduğunu ileri sürerken bu hataların ne olduğunu belirtmez. Gene travma, ihmal ya da aşırı müdahale bu hatalardan biri olabilir. Kernberg ve Adler'in kuramlarının amacı etiyojik çözümler

getirmek değildir. Bundan ziyade sınır bireyleri anlamak ve onlara psikoterapi uygulamak konularında mükemmel kuramsal çerçeveler sağlamışlardır.

Detaylara girilmeksizin, Masterson, Rinsley, Giovacchini ve Gunderson'un çalışmalarının önemine değinilmelidir. Masterson ve Rinsley aşırı korumacı annelik kuramıyla bağlantılıdır. Giovacchini kendi çok ayrıntılı ve karmaşık ancak açıkça önemli formülasyonuna sahiptir ve Gunderson çok kullanışlı, bütünleştirici ve pratik bir perspektif önermektedir.

Prognoz

Prognoza dönecek olursak, Mc Glashan ve Stone'un çalışmaları önemli ve benzer sonuçlar sağlamıştır. Burada Stone'un hastanede yatan 502 hastanın uzun süreli izleme çalışmasını anlatan kitabı tartışmaya temel olacaktır. Bu çalışmanın bulguları prognoza yönelik kesinlikle iyimser bir tablo çezecektir.

Esas noktadan başlayacak olursak, çalışmadaki sınır hastalar, zaman içinde iyileşme eğilimindeydi. Aslında bu üç hastadan ikisi iyileşti, bu durum aşağı yukarı 10 hastadan sadece birinin düzelme eğilimi gösterdiği şizofren hasta grubuyla zıtlık göstermekteydi. Dört hastadan üçünün yeniden hastaneye yatırıldığı şizofren grubuyla kıyasladığımızda, dört sınır hastadan yalnızca biri yeniden hastaneye yatırılma gereksinimi gösterdi. Çoğu sınır hasta hastaneden ayrıldıktan sonraki zamanın yarısından fazlasını okula devam ederek, eviyle ilgilenecek, bir işte çalışarak ya da kariyer yaparak geçirdi. Bu bulgular psikoterapi deneyiminden bağımsız gözükmekteydi.

Bu kapsamlı pozitif tabloya karşın, sonuçlar pek çok faktöre bağlı olarak dikkate değer bir şekilde değişkenlik göstermekteydi. En iyi sonuç, sanatsal yeteneği olan, obsesif kompulsif kişilik yapısına sahip,

IQ'su çok yüksek ya da genel anlamda çekici hastalarla elde edildi. Genel olarak, canayakınlık, samimiyet, azim ve yetenek gibi özellikler de olumlu sonuçlarla birlikte görülmekteydi. Alkolizm de, eğer Adsız Alkoliklerde belirli bir tedavi söz konusuysa iyi bir prognoz sağladı.

Kötü sonuçlar hapisshane de yatmış, tecavüz suçu işlemiş ve antisosyal kişiliğe sahip hastalarla bağlantılıydı. Çocuk yaşta evden kaçan erkekler, babaları tarafından ensest ilişkiye zorlanan kadınlar ve çocukluklarında gaddar bir muameleyle maruz kalmış hastalar olumsuz sonuç gösterdi. Genel kadın nüfusundaki %5'lik orana kıyasla, çalışmadaki kadın sınır hastaların yarısının ensest öyküsü vardı. Ensest, çekirdek aile içi, şiddet içerikli ve kronik olduğunda en fazla patolojikti. Ensest ve ailede gaddarlık birleştiğinde sonuç mahvedici gözükmekteydi. Sınır hasta örneğinde intihar oranı %9'du. Bu genellikle major affektif bozukluk ve/veya madde kötüye kullanımıyla birlikte görülen bir durumdu. Çaresizlik hissine ek olarak şiddet eğilimi genellikle ölümcül sonuçlara yol açmaktaydı.

Terapiden Yarar Sağlama

Bu noktada sizleri terapiden yarar sağlama kavramıyla tanıştırmak istiyorum. 'Terapiden yarar sağlama' ile terapiye sevk edilen ve kayda değer bir zaman boyunca terapiye devam eden hastaların yüzdesini kastetmekteyim. Nevrotik hastalarla deneyimlerimde, pozitif ('nötr'e karşıt olarak) yaklaşıldığında bu oran yüzde yüze yaklaşmaktadır. Sınır hastalarda tam tersine bu oran oldukça düşüktür. Sınır hasta mükemmeli arar; öyle bir terapisti olmalıdır ki onunla kendini güvende hissetmelidir, frekansları birbirini tutmalıdır, aynı telden çalmalı, aynı şeyleri hissetmelidirler. Terapisti kendine yakın bulmalıdır, aynı değerleri, felsefeyi ve tarihçeyi paylaşmalıdırlar. Öyle bir terapisti olmalıdır ki onunla kendini

bir bütün hissetmelidir, onunla güvende, mutlu ve huzurlu olmalıdır. Genelde hasta en sonunda fantazilerindeki gibi biri karşısına çıkan dek inatla pek çok terapistle görüşür. Daha sonra kuracağı kendilik nesnesi ilişkisindeki kırılmağını sezdiğinden olsa gerek, sınır hasta kendini yanında en güvende hissedeceği terapisti arar. Kararlı, yeterli, istikrarlı ve güvenilir bir terapistte çok fazla ihtiyacı vardır; bu terapisti seçerken ise bir görüşmedeki sezgilerine yani o andaki ya hep ya hiç duygularına dayanır.

Psikoterapi

Şimdi psikoterapiye dönelim. Öncelikle sınır hastalarla (ve aslında tüm hastalarla) ilgilenirken oldukça faydalı bulduğum psikodinamik temelli psikoterapinin kavramsal bir çerçevesini çizmek istiyorum. Psikodinamik temelli psikoterapiye ilişkin dört bireysel psikoterapi tipini en içgörü yönelimli ve açıcı tipten en destekleyici tipe kadar süreklilik gösterir şekilde tanımlamaktayım: Psikanaliz, analitik yönelimli psikoterapi, dinamik yönelimli psikoterapi ve destekleyici psikoterapi.

Bu dört tipin özellikleri üzerinde tek tek durmayacağım ancak analitik yönelimli psikoterapi olarak adlandırdığım tipin dinamik yönelimli psikoterapi olarak adlandırdığım tipten farkı üzerinde kısaca duracağım. Analitik yönelimli psikoterapide terapist terapiyi mümkün olduğunca psikanalize benzer bir tarzda yürütür. Terapist nötr davranır, mümkün olduğunca açıklama ve yorumlamaya ağırlık verir ve aktarımdan maksimum yarar sağlamaya çalışır. Bu tarz tedavide aktarımın oluşturulması ve kullanımı başarılı bir sonuç elde etmek için en önemli etken olarak görülmektedir. Psikanalizden farklı taraflarıysa, seansların sıklığı, divan yerine sandalye kullanımı ve serbest çağrışıma daha az önem verilmesini içerir. Analitik yönelimli psikoterapide, seanslar genelde haftada iki kez, otu-

arak yapılır, sıklık daha da fazla olabilir. Dinamik yönelimli psikoterapi de oturarak ve benzer seans sayısıyla yapılır. Bu tür psikoterapinin analitik yönelimli psikoterapiden temel farkı transferansın öncekinin tersine terapötik bir gereklilik olarak kullanılmasıdır. Dinamik yönelimli psikoterapide, aktarımın reaksiyonları her zaman kaydedilir; ancak yalnızca olumsuz içerik taşıyorsa ya da tedavide dirence neden oluyorsa yorumlamaya tabi tutulur. Aktarımın irdelenmesi değişim için temel bir öge olarak görülmez. Bunun yerine olumlu bir birliktelik ya da terapötik ittifak vurgulanmaktadır ve bu ittifak içerisinde terapist ve hasta çoğunlukla bugünkü etkileşimler ve ilişkiler ve onların hastanın geçmiş davranışlarıyla olan ilişkisi üzerine odaklanır.

Sınır hastaya ilişkin, yukarıda belirtilen bu dört terapi tipinden her biri, bir takım değişiklikler ve bunların birleşimiyle birlikte önerilmektedir. Savunulan tedavi yalnızca terapistin bağlı olduğu paradigma ve yönelimini değil, aynı zamanda onun 'sınır' terimi hakkındaki açıklamasını yansıtmaktadır. Böylece psikanalizi psikotik hastalar için öneren Klein okulunun psikanalistlerinden bir kısmı, onu sınır hastalar için de önermektedir. Giovacchini ve Volkan da sınır bireylerle psikanaliz yapmakta ve bunun hakkında kapsamlı yazılar yazmaktadırlar. Teknik olarak psikanaliz yapıp yapmadıklarına karar verirken, onların bu vaka örnekleri dikkatle ele alınmalıdır.

En 'sağlıklı' sınır hastaların tedavisi için, bir takım uzmanlar psikanalizi savunmuştur. Bend, Porder ve Willich dört 'sınır' hastayla klasik psikanalizin ayrıntılı bir dökümünü sunmuştur. Her ne kadar tüm bu dört hasta işaret edilen psikopatolojiyi açıkça sergilese de, kimileri bu hastaların sınır tanısını karşılayacak kadar sorunlu olup olmadığını sorgulamıştır.

Sınır hastaların ego fonksiyonlarının

bir çoğuyla ilgili problemleri, yapılandırılmamış ortamda gerileme eğilimleri ve güven duyma ve terapötik ittifak kurma ve sürdürmedeki zorlukları göz önüne alındığında, psikanaliz zordur ve tehlikelerle doludur. Benim düşüncem yalnızca özenle seçilmiş bir sınır hasta grubuyla ve alanda çok deneyimli ve yetenekli bir psikanalizle uygulanması gerektiğidir.

Sürekliliğin diğer ucunda, bazıları temel olarak sınır hastaların gerileme potansiyellerinden korktukları için tümüyle destekleyici bir yöntem önermektedir. Her ne kadar sınır hastalarla yoğun olarak çalışan pek çok uzman daha içgörü yönelimli tekniklerden birini tercih etse de, pek çok sınır birey, en azından başlangıçta bu tarz derinlemesine bir yönelimi kaldıramayacaktır. Bu hastalarla haftada bir esasıyla çalışmak bile gündelik hayatlarını dengelemeye büyük katkı sağlayabilir. Ne var ki daha kalıcı değişimler için, daha içgörü yönelimli bir tekniğin gerekli olduğunu hissediyorum. Bu da bizi analitik yönelimli psikoterapiye getiriyor. Analitik yönelimli ve dinamik yönelimli psikoterapiler arasındaki farkı vurgulamamın sebebi, sınır hastaların ilkinden emsalsiz yarar sağlama becerisiydi. Pek çok sınır hastanın terapistle derhal içiçe geçmesi ve aktarım(Bayan A ve Bayan D örneklerinde verildiği gibi) ve bu hastaların kolayca gerileme eğilimi(sandalyede otururken bile) düşünüldüğünde, analitik yönelimli psikoterapi seçeneği ön plana çıkmaktadır. Ne var ki, sınır hastaların gerileme potansiyeli ve ego zayıflıkları yüzünden değişimlemeler çoğunlukla gereklidir. Değişimlenmiş analitik yönelimli psikoterapi genellikle yoğun psikoterapötik çabayı kaldırabilecek hastalar için uygundur. Bu tarz değişimlenmiş bir çok örnek literatürde tanımlanmıştır. Bunlar, Kernberg, Rinsley, Masterson, Adler ve Buie'nin çabalarını içermektedir. Bu yaklaşımlar temeldeki kuramsal

kavramsallaştırmalara bağlı olarak ayrıntıda farklılaşmaktadır.

Yoğunluğu taşıyabilecek sınır hastalarla, birtakım değişikliklerle birlikte analitik yönelimi önerebilirim. Yer yetersiz olduğundan bu tip psikoterapinin sınır ve nevrotik hastalarda karşılaştırılması ve daha derinlemesine incelenmesi mümkün olmamaktadır. Bu tarz bir karşılaştırma, terapötik çevrenin kararlılığı, terapistin tarafsızlığı, karşıt aktarımın kullanımı, terapistin faaliyeti ve çeşitli ego fonksiyonlarına ilişkin özel teknikler üzerine yoğunlaşabilirdi.

Özet

Bu yazı, sınır hastaya yönelik tarihçe, tanı, gelişim kuramı, prognoz ve psikoterapiyi içeren tümüyle psikodinamik perspektiften bir derleme sunmaktadır. Bu derleme kısa, güncel ve pratiktir; eksikleri olduğu yadsınmamakla birlikte kapsamlıdır. Beş klinik vaka sunulmuştur, her biri sınır hastaların farklı özelliklerini yansıtmaktadır. Bu vakalar daha sonra yazıda sunulacak olguları örneklemek için kullanılmıştır. Tanıya ilişkin, ego güçlükleri ve zayıflıkları üzerine temellenmiş bir yaklaşım ayrıntılandırılmıştır. Bu 'ego psikolojik tanı yaklaşımı' Kernberg'in fikirlerini temel almaktadır; ancak onun çalışmalarını sadeleştirmekte ve kısmen değiştirmektedir; ayrıca sınır hastanın onun tarafından üzerinde durulmamış bazı yönlerini de içermektedir. Günümüz psikodinamik tanı düşüncesinin bütünleyici bir özeti sunulmaktadır. Yazı, sınır hastaya ilişkin en işe yarar gelişimsel kuramları, Adler ve Kernberg'in kuramlarını karşılaştırmakta ve kıyaslamaktadır. Bu iki kuramın klinik kullanışlılığı, etiyolojiyle ilişkisi birlikte sunulmuştur. Stone'un çalışmasına dayanarak prognoz hakkında kısa bir bölüm bulunmaktadır ve bunu terapistten yarar sağlama hakkında daha da kısa bir tartışma izlemektedir. Yazı, psikoterapinin

tartışılmasıyla sonlanmaktadır. Psikodinamik kökenli psikoterapiler bir süreklilik içinde detaylandırılmıştır ve daha sonra sınır hastalarla ilişkilendirilmiştir.

* Goldstein, W. N (1995) The borderline patient: Update on the diagnosis, theory, and treatment from a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 49 (3), 317-337.

Kanserin Psikososyal Yönleri

E. Eda Avuçan, Melis İmrek ve Işıl Karaboğa

Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü

Hastalık, fizyopatolojik - organik boyutlarının yanı sıra biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, psikososyal ve psikoseksüel boyutları da olan çok yönlü bir olgudur (Özkan, 2003).

Hastalıklar ikiye ayrılır: Akut ve kronik. Akut hastalıkların semptomları tedaviyle düzelebilir fakat kronik hastalıklar uzun süreli bakım gerektiren ve tıbbi tedaviyle düzelemeyen hastalıklardır (Babaoğlu, 2001). Akut hastalıkların semptomları çok belirgin olmasına rağmen kronik hastalıkların semptomları çok belirgin değildir ve yavaş ilerler (Lacroix, A., Assal, J.P. çev., 2003). Kronik hastalıklar ölümle sonuçlanabilir. Ölümle karşı karşıya kalan bireyin günlük yaşamda kullanılan tüm mekanizmaları, gelecek planları alt üst olabilir, yaşam dengesi bozulabilir (Okyayuz, 1998). Yalom'a (1980, akt. Okyayuz, 1998) göre ölümcül hastalıklardan biri olan kanserle yüz yüze gelen birey yaşam önceliklerini gözden geçirir ve kişisel değişim sürecine girer.

Kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücrelerin çekirdeklerinin stoplazmaya yanlış mesajlar göndermesi sonucu hücre bölünmesindeki kontrolün kaybedilmesiyle meydana gelir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 2000). Kısacası kanser anormal hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıdır. Kanserin vücutta tek bir bölgede görülen bir rahatsızlık değildir, tüm doku ve organlarda gelişebilir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 1947). Kanser hastalığının ölümle sonuçlanan türleri olduğu gibi şifa bulunan türleri de vardır (Okyayuz, 2004).

Kanser türleri şunlardır: meme kanseri,

akciğer kanseri, kolorektal kanserler, serviks kanseri, baş boyun kanserleri, cilt kanseri, kemik ve yumuşak doku kanserleri, lenfomalar, ve prostat kanseri (Anuk, 1997).

Kanser istatistikleri kansere yol açan risk faktörlerinin belirlenmesini ve ilerde kanser gelişimini engellemede kullanılır. Parkin ve arkadaşlarının araştırmalarına göre dünyada 1990 yılında 8.1 milyon yeni kanser hastası olduğu tahmin etmektedirler. En sık görülen akciğer kanseridir. İkinci sırada mide ve üçüncü sırada ise meme kanseri bulunmaktadır. Pisami ve arkadaşları da 1990 yılında tüm dünyada 5.2 milyon insanın kanserden öldüğünü tespit etmişlerdir (www.turkcancer.org). Sağlık bakanlığına bildirilmesi zorunlu olmasına rağmen Türkiye'deki gerçek kanser insidansı tam olarak bilinmemektedir. 1993 yılında sağlık kuruluşlarından Kanserle Savaş Dairesi'ne bildirilen kanser insidansı yüzbinde 36.7 'dir fakat araştırmalar yüzbinde 100-150 kanser insidansı olduğu yönündedir. Kanser 1998 yılında en çok görülen ikinci ölüm sebebi olmuştur. 2000 yılı nüfus sayımına göre yılda 105 bin yeni hasta görülmektedir. Erkeklerde akciğer kanseri ilk sırayı alırken kadınlarda meme kanseri ilk sırayı almaktadır (www.turkcancer.org).

Bu yazıda hem kronik hem ölümcül hastalıklardan olan kanserin psikososyal yönlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, ilk olarak konu hakkındaki literatür, daha sonra Ahmet Andiçen Onkoloji ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde çalışan Dr. Levent Turhan'la yapılan görüşme aktarılacak ve bu görüşme literatür çerçevesinde tartışılacaktır.

Kanser tedavisinin tarihçesi incelendiğinde 1930'lu yıllarda kanserde erken tanı önemsenmiştir. 1950'li yıllarda kemoterapinin gelişmesiyle birlikte kansere ilişkin 'sessiz tutum' gözden geçirilmeye başlanmıştır. 1980'li yıllarda ise kanser tedavi edilebilir bir hastalık olarak gözlenmiştir, kanserli hastaların yaşam kalitesi arttırılmaya çalışılmıştır. Medikolegal ve ötenazi tartışma konusu olmuştur ve son 15-20 yılda kanseri psikiyatrik ve psikososyal açıdan inceleyen psiko-onkoloji yeni bir bilim dalı olarak doğmuştur (Özkan, 1993). Psiko-onkoloji psikolojik ve davranışsal faktörlerin kanser üzerindeki etkilerini ve kanser hastaları, aileleri ve tedavi ekibi üzerindeki psikolojik etkilerini araştıran, bu kişilere psikolojik tıp hizmetleri sunan bir disiplindir (Özkan, 2003).

Kanser tanısı almış hastalara bu hastalığa yakalandıklarının söylenip söylenmemesi ve nasıl söylenmesi gerektiği konusunda farklı görüşler vardır. Genel olarak günümüzde Avrupa ve Doğu ülkelerinde tanının söylenmemesi hala uygun bulunmaktadır buna karşın Amerika'da doktorların % 97'si söylenmesini uygun bulmaktadır. Aslında tanının hastaya söylenip söylenmemesinden daha önemli olan nasıl söyleneceğidir. Hastaya söylenirken ilgi, anlayış, empati ve destek çerçevesinde bir davranış örüntüsü izlenmelidir. Tedaviyi uygulayan onkolog veya ilgili uzman, hastaya tanıyı birkaç görüşmede alıştırma alıştırma söylemelidir. Hastaya kanser tanısı aldığı söylenirken tedavi seçenekleri ve alabileceği sosyal destek de söylenmelidir (Özkan, 2003).

Kanser hastaları yaşamları boyunca sahip olduklarını kaybetme tehlikesi altındadırlar; ekonomik güçlerini, organlarından herhangi birini, hatta yaşamlarını kaybetmekle karşı karşıya kalırlar (Okuyuz, 1999). İnsanın zihninden bu yıpratıcı olayla ilgili birçok soru geçer (Şahin, 1998). Kanser korku, umut-

suzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm gibi duygu ve düşünceleri çağırıştırır. Karamsarlık ve çaresizlik tutumları o kadar yaygındır ki, bireylerde "kansere olursam, ölmeyi tercih ederim" ifadeleri duyulur (Özkan, 1993). Hastaneye yatırılmanın bireyde yarattığı kısıtlamalar, hastada uyum problemlerine yol açar. (Büyükaşahin, çev., 2002). Kanser tanısı alan birey hastalığını bir yıkım olarak algılar ve psikik dengesi bozulur. Kanser, hastanın otonomisini, yeterliliğini, bağımsızlığını, rolünü ve özbenlik saygısını tehlikeye düşürür. Kanser tanısı alan bireylerde cinsiyete göre tepkiler farklılaşabilir. Erkek hastalarda işten uzaklaşmak, çalışmayan kadınlarda çekiciliğini kaybetmek en büyük kaygı kaynağıdır (Özkan, 1993). Kanser hastası olan çocuklar ise hastalığının farkında değildir, yaşadığı stres ve şoktan olumsuz etkilenirler (Melman, D., çev., 2005). Ailelerinin yönlendirilmeye ve desteğe ihtiyacı vardır (Erden, 2001).

Kanser hastaları yaşadıkları bu çaresizlik duygularını genellikle hekime ve ailelerine yansıtırlar (Volkan, 1993; akt. Okuyuz, 1993, Özkan, 2003). Birey 'niçin ben, ne yaptım da bu başıma geldi' gibi soruları kendisine yöneltebilir (Faulkner ve Maguire, 1994; Kübler-Ross, 1997; akt. Okuyuz, 1993). Kanser hastaları yaşadıkları belirsizlikten dolayı çevreden gelen her türlü etkiye açıktırlar; bu yüzden de aile bireylerinin yanı sıra, hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer çalışanların hasta üzerindeki rolü önemlidir (Okuyuz, 1993). Kanser hastasının hastalığa ilişkin tepkileri ailesinin ve çevresinin hastalığa ilişkin tutumlarından etkilenir. Çevrenin tepkileri genellikle acıma, yadsıma, hiç konuşmama, suçlama ve aşırı koruma olarak ortaya çıkar. Hasta ve çevresi arasındaki iletişimin bozulmasıyla hasta yalnızlığa doğru sürüklenir (Özkan, 1993).

Bireyin psikolojik dengesini bozan kanser krize neden olur. Sağlıklı yaşamdan,

hastalığa ve ölüm tehdidine uyum sağlamadaki süreç söz konusudur. Kriz yaşayan bireyin gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmesi güçtür. Hastalığıyla baş etmeye çalışan birey, hastalığı kabul etme ve mümkün olan en az acı ile en iyi şartlardaki yaşamı devam ettirebilmeye ilişkin her türlü psikolojik ve davranışsal çabayı gösterir (Özkan, 1993). Bolund, kanser hastalarının yaşadığı krizi dört aşamalı bir süreç olarak tanımlar (Özkan, 2003):

1. Şok durumu,
2. Tepki aşaması,
3. Direnme,
4. Uyum.

Kanser tanısı alan bireylerde ilk gözlenen tepki şoktur. Hasta bedenine yabancılaşır ve hastalığı inkar eder. Böylece benlik bütünlüğünü korumaya çalışır. Bu durumun sonlanmasına kadar geçen süre bireysel farklılık gösterir.

Hastalığı kabul eden bireyin yaşadıklarına karşı temel tepkisi kaygıdır. Kaygı kaynakları yok olma tehdidi, kayıp algısı, ayrılık ve ölüm düşünceleri ve bedene yabancılaşma duygusudur.

Kansere uyum gösteren kişi enerjisini ve ruhsal gücünü yaşamına yöneltir; hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenir; tedavi programını kabul eder; yaşam tercihlerini sorgular, güven ve denge arayışına girer (bkz. Tablo 1).

Kübler Ross'a göre kanser hastalığıyla baş etmede 5 evre vardır (Özkan, 1992; akt. Anuk, 1997):

1. Yadsıma ve yalıtım
2. Öfke
3. Pazarlık
4. Depresyon
5. Kabullenme

1. Yadsıma ve yalıtım: İlk olarak şoka giren hasta zamanla kendisini toparlar. Toparlama sürecinde yaşadığı gerçeği inanamak

istememez, inkar eder. İnkâr etmenin yanı sıra bazı savunma mekanizmaları kullanabilir.

2. Öfke: İnkâr süreci kısa sürdüğünde, yerini öfke, hiddet, kıskançlık ve gücenme duygularına bırakır. Bu dönemde kişinin yaşadığı öfke çevre tarafından kişisel olarak alınırsa büyük sorunlar yaratır. Hasta kendisine saygı gösterildiğini ve anlaşıldığını hissederse öfkesi azalır ve kendisinin değerli olduğuna inanır.

3. Pazarlık: Hasta öleceğini bilir ve daha fazla yaşayabilmek için pazarlık eder. Çoğunlukla tanrıyla pazarlık eder.

4. Depresyon: Kişinin hastalığı ilerledikçe öfke duygusu yerini büyük bir kayıp duygusuna bırakır (Özkan, 1992; akt. Anuk, 1997). Bireyin yaşadığı en büyük kayıp olgusu ölümdür. Kayıp sözcüğüyle anlatılmak istenen bireyin yaşamdaki değer verdiği her şeyin -kişiler, organlar, işlevler, hayvanlar, yaşamının sonlanması, işi, parası vb.- yitimidir. Kayıp karşısında yas duygusu ortaya çıkar (Okyayuz, 1993). Ekonomik, sosyal sorunlardan kaynaklanan depresyona ise tepkisel depresyon denir. Hastalığın ileriki aşamalarında görülen ve hastanın bu dünyadan ayrılmaya yönelik kayıp düşüncelerinden kaynaklanan depresyona hazırlık depresyonu denir.

5. Kabullenme: bu dönemde ölmekte olan hasta olumsuz duygulardan kurtulur ve huzur ve kabullenme duygusu yaşar. Çevreye olan ilgisi gittikçe azalır. Diğer insanlardan, uzaklaşır. Bu dönemde hasta, iletişimi sözel yollardan değil de sözel olmayan yollardan sağlar (Özkan, 1992; akt. Anuk, 1997).

Greer ve arkadaşları hastalık sürecinde 5 uyum mekanizmasından söz eder (Kissane ve ark., 1994; akt. Anuk, 1997; Kongar, 1972; akt., Anuk, 1997):

Tablo 1: *Kanserde Psikolojik Tepkiler (Özkan, 1993)*

	Normal Uyumsal Tepkiler	Uyumu Bozan Tepkiler
Tanı Öncesi	1. Kanser olasılığı ile ilgili kaygılı bekleyiş	1. Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2. Hastalık olasılığının inkar edilmesi ve tedavide gecikme
Tanı Aşaması	1. Şok 2. İnanamama 3. Başlangıçta kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6. Depresif mizaçlı uyum	1. Kesin inkar, tedaviyi reddetme 2. Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
Tedavi Aşaması	<i>Cerrahi tedavi:</i> 1. Cerrahi girişimin geciktirilmesi 2. Cerrahi dışı tedaviler 3. beden imgesi değişikliğine bağlı kayıp tepkisi <i>Radyoterapi:</i> 1. Işın tedavisinin yan etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu <i>Kemoterapi:</i> 1. Yan etkilerinden korkma 2. Beden imgesi değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu 4. Özgeci duygular (Organlarımı bağışlama)	1. Ameliyat sonrası tepkisel depresyon 2. Beden imgesi değişiklikleri ve uzamış ağır üzüntü tepkisi
Tedavi Sonrası	1. Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık-tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Hastalığın yinelenmesi korkusu	1. Şoke olma 2. İnanmama 3. Kısmi inkar 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durumu
Hastalığın Seyri ve İlerlemesi	1. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	1. (Major) Depresyon
Kanserin En Ağrı Geçen Dönemi	1. Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve (umut korkusu) kabulleniş	1. Depresyon 2. (Akut) Deliryum

1. Savaşma ruhu,
2. Çaresizlik- umutsuzluk,
3. Bunaltılı aşırı uğraş,
4. Kadercilik,
5. Kaçınma/İnkar.

1. Savaşma ruhu: Hasta tanıyı kabul eder, kansere karşı iyimser bir tutum izler ve hastalığa meydan okur.

2. Çaresizlik- umutsuzluk: Zihni kanser tanısıyla meşgul olan hasta karamsardır ve ölüm düşüncesine yoğunlaşmıştır.

3. Bunaltılı aşırı uğraş: Kişi hastalığı hakkında bilgi aramaya başlar; ancak bulduğu yanıtları olumsuz değerlendirmeye ve alternatifleri azaltmaya yönelir.

4. Kadercilik: Tanıya kaderci bir anlayışla yaklaşır ve kabullenici bir tutum sergiler.

5. Kaçınma/İnkar: Hasta tanıyı reddeder, kanser sözcüğünü kullanmaktan kaçınır ya da tanıyı kabul ediyorsa da hastalığın önemini göz ardı eder.

Yalom (1980; 1985; akt. Okyayuz, 1998), ölüm korkusuyla yüz yüze gelen hastanın iki türlü inanç geliştirdiğini ileri sürer. Bunlardan biri kişinin özel olduğu, diğeri ise eninde sonunda bir kurtarıcının geleceğidir. Özel olduğuna inanan kişi biyolojisinin ve kaderinin incitilemez ve bozulamaz olduğunu düşünür, böylece kendini güvende hisseder. Eninde sonunda bir kurtarıcının geleceği inancında, birey ölümü inkar eder ve dışarıdan bir güç tarafından gözlendiğine, korunduğuna inanır.

Kronik bir hastalık olan kanser, belirsizlik içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme duyguları, karmaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (Özkan, 2003).

Kanser hastalarının verdikleri tepkilerin tümünün normal olarak düşünülmesi ya da kanser hastalarının tümünde psikiyatrik bozuklukların olduğu düşüncesi yanlıştır (Özkan, 1993). Kanser hastalarını

psikolojik açıdan değerlendirirken pek çok etken göz önünde tutulmalıdır. Bu etkenler (Özkan, 2003),

1. Hastalığın özellikleri
2. Hastanın bir birey olarak özellikleri
3. Psikososyal çevre olarak özetlenebilir.

Stom ve arkadaşları kanser hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunları 4 ana grupta incelemişlerdir (Elbi, 1991; akt., Anuk, 1997):

A) Sağlık sistemine ilişkin sorunlar:

1. Sağlık sistemi çalışanları ile kötü ilişkiler

2. Tedaviye uyum sorunları

B) Kişisel sorunlar:

1. İnkar

2. Beden görüntüsündeki sorunlar

3. Uyum tepkisi

4. Diğer mizaç bozuklukları

C) İşlevsel sorunlar:

1. Ekonomik güçlükler

2. Eşya kullanma güçlüğü

3. Ev sorunu

4. Ulaşım

D) Fiziksel yakınmalar:

1. Bilişsel yetersizlik

2. Hastalık ya da sağaltımın bedensel yan etkileri

a. Ağrı

b. Ağrı dışı

Derogatis ve arkadaşları kanser hastalarının %47'sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk bildirmiştir. Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar şunlardır (akt. Özkan, 1993, 2003):

- Uyum bozukluğu,
- Kaygı bozukluğu,
- Depresif duygudurum,
- Organik beyin sendromları (Deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapotik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri),
- Kişilik bozukluğu,
- Ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik

bozukluklar,

- İştahsızlık, bulantı-kusma (kemoterapiye bağlı),
- Psikiyatrik boyutu olan diğer sendromlar.

Depresyon ve organik beyin sendromu kanser hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Yapılan çalışmalarda %25-55 oranında depresyon ve %40-60 oranında organik beyin sendromu gözlenmektedir (Özkan, 1993, 2003).

Tedavi sonrasında hastalığın yeniden ortaya çıkma olasılığı her zaman bulunmaktadır. Bu nedenle hastada tedavi sonrasında hastalığın yinelenmesi kaygısı ve uyum güçlükleri yaşanır. Yineleyen hastalık, kişide kanser tanısı aldığı dönemdeki gibi veya daha da şiddetli olarak uykusuzluk, anoreksiya, yerinde duramama, kaygı, umutsuzluk ve depresyonun ortaya çıkmasına neden olur (Özkan, 2003, Melman, D., çev., 2005).

Kanser ve Depresyon

Depresyon, kanser hastalarında en fazla görülen psikiyatrik bozukluktur. Kanser tanı ve tedavi sürecinde hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları gelişir. Kansere uyumda zorlanan hastalarda depresyon gelişimi gözlenir. Depresyondaki kanser hastalarında disforik duygu durumu, olumsuz beden imgesi, çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik, suçluluk düşünceleri, dikkat dağınıklığı, zevk alma yetisinin azalması veya yitimi, ölüm-intihar düşünceleri gibi psikolojik ve bilişsel belirtiler görülür (Özkan, 1993; bt). Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %12'sinin intihar düşüncelerinin olduğu bulunmuştur. Bu hastaların intihar etmeme nedenleri arasında çocuk sahibi olma ve dini inançların varlığı sayılabilir. İntihar düşüncesi olan hastalarda bu tür düşünceleri olmayan hastalardan daha fazla psikiyatrik bozukluğa rastlanmıştır. Ailelerinin kendilerini yeterince

desteklemediğini düşünen hastalarda, ailelerinin yeterince desteklediğini düşünen hastalara oranla, intihar düşüncesi daha fazla görülmektedir (Figen ve ark., 2003).

Galen, ilk kez, depresif durumun kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı veya varolan kanserin gelişimini, yaşama süresini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (akt. Özkan, 1993). Psikososyal etkenlerin tümör oluşumunu etkileyebildiği görülmektedir. Bağışıklık sisteminin zayıflaması buna neden olmaktadır (Hovardaoğlu, çev., 1995).

Kanser hastalarında depresyon tanısını koyabilmek için somatik belirtilerden önce davranışsal bilişsel belirtilere dikkat edilmesi gerekir. Depresyon belirtileri ile hastalarda oluşan ağrıya verilen davranışsal tepkiler karışabilir. Bu nedenle erken psikiyatrik değerlendirme çok önemlidir (Özkan,1993).

Kanser hastalarında gözlenen depresyon belirtileri şunlardır (Özkan, bt):

- İlgi ve zevk azalması/kayıbı,
- Aşırı sinirlilik,
- Sıkıntı, bulantı, halsizlik,
- Bedensel yakınmalar,
- Ağlama, karamsarlık,
- Unutkanlık/dikkati toplamada güçlük,
- Uyku bozuklukları,
- Gerginlik, huzursuzluk,
- İştahta azalma,
- İçme kapanma,
- Evlilik /ilişki sorunları,
- Alkol kullanımı,
- Ölüm korkusu,
- İntihar düşüncesi/girişimi.

Kanser hastalarında depresyon riskini artıran etkenler şunlardır (Özkan, bt):

- Depresif bozukluk ya da alkolizm geçmişi,
- Kanser ileri evrede olması,
- Sosyal destek azlığı,
- Ağrının kontrol edilmemesi,

- Tedavide kullanılan bazı ilaçlar ve eşlik eden diğer hastalıklar.

Kanser ve Kaygı Bozuklukları

Kanser hastalarında tanı ve kriz dönemlerinde kaygı atakları yoğun bir şekilde görülmektedir. Bu hastalarda kaygıdan dolayı görülen kriz durumları şöyledir (Özkan,1993; bt):

- Tanı aşaması,
- Tetkik sonuçlarını beklerken,
- Yeni bir tedavi öncesi,
- Tedavi değişimi,
- Belirti-bulgu ortaya çıkması,
- Hastalığın yinelemesi,
- Hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi.

Kanser hastalarında kaygının tanısında psikolojik, davranışsal ve bilişsel belirtiler, fizyolojik bulgulardan daha fazla önemsenmelidir. Kaygı bozukluğu yaşayan kanser hastalarında, çaresizlik, yaşama isteksizliği, korku, özgüvenin azalması, gelecek kaygısı, beden imgesine ilişkin kaygılar görülmektedir (Özkan,1993).

Kanser hastalarında görülen kaygı bozukluklarının başlıca belirtileri şunlardır (Özkan, bt):

- Uykusuzluk,
- Aşırı duyarkılık,
- Dikkati toplamada sorunlar,
- Tahammülsüzlük,
- Panik ataklar,
- Nefes darlığı, kalp çarpıntısı, terleme,
- Ağız kuruması, baş dönmesi.

Kanser hastalarındaki en belirgin korku kaynağı yavaş yavaş, acı ve ağrı içinde ölümle karşı karşıya kalmaktır. Beden işlevleri ve görünümünün farklılaşacağı, çevreye bağımlı olacağı, çevrenin kendisini terk edeceğine yönelik düşünceler kanserde kaygı artırıcı etkiye sahiptir. Kaygıyı yaratan önemli unsurlar hastalığın anlam ve niteliğine ilişkin kaygılar, ölüm korkusu, çaresizlik, yardımdan yoksun

kalma düşünceleri, aklını yitirme, çevresine mahkum olacağı düşünceleridir (Özkan,1993).

Yapılan bir çalışmada kadın ve erkek kanser hastalarının kaygı ve depresyon puanlarına bakılmıştır. Buna göre, kadın hastaların erkek hastalara oranla depresyon puanları yüksek bulunurken, iki grubun kaygı düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada, eş desteğinin olmadığını belirten ve eşi ile hastalığı hakkındaki duygu ve düşüncelerini paylaşmadığını söyleyen hastaların kaygı ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Anuk, 1997).

Kanser ve Deliryum

Kanser hastalarında deliryum görülme oranı yüksektir. Deliryum beyin metabolizmasında oluşan akut sebral yetmezliktir. Deliryumun ölümle sonuçlanma olasılığı yüksektir. Bu yüzden, erken tanısı ve tedavisi önemlidir. Ancak depresyon, histeri, kişilik bozukluğu ve psikozla karıştırılabilir. Erken tanı ve hızlı tedavide psikiyatriyle işbirliği önemlidir. Deliryumun belirtileri şunlardır (Özkan, b.t.):

- Bilinç bozukluğu,
- Huzursuzluk,
- Ajitasyon,
- Yorgunluk,
- Yönelim bozuklukları (yer, zaman, kişi),
- Dikkat ve bilişsel işlevde bozukluklar,
- Uykusuzluk ya da aşırı uyku hali,
- Gece ile gündüzü ayırt etme zorluğu.

Deliryum tanısı alan hastalarda saldırgan davranışlar, sanrılar, saldırgan tutumlar, kuşkucu algılar görülür ve bu belirtiler özellikle geceleri daha rahatsız edici boyuta ulaşır (Özkan,1993; bt).

Literatürün yanı sıra Dr. Turhan'ın bilgilerinden de yararlanılmıştır.

Dr. Levent Turhan'la yapılan görüşme:

S: *Psikoonkolojinin önemi nedir? Türkiye’de işleyen bir mekanizma mıdır?*

Y: Onkoloji hastaları ile yapılan araştırmalarda %50-70 oranında psikiyatrik rahatsızlık görülmektedir. Onkolog-hasta ilişkisinde zaman zaman iletişimsizlik, eksik bilgilenme; hastaların bilgiyi doktor yerine çevreden almaya çalışmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda hastaların psikiyatrik belirtilerin çoğunun ortaya çıkmasında bilgiye ulaşamamak ya da yanlış ulaşmanın rol oynadığı yapılan araştırmalarda gösterilmiştir. Psikoonkoloji birimleri hastaya zaman ayırma, bilgilendirme, psikoterapi, farmokoterapi bakımından yardımcı olmaktadır. Türkiye’de işleyen mekanizma yetersiz olmakla beraber son yıllarda yapılan çalışmalar umut vermektedir. Psikoonkoloji birimlerinin artmasındaki gelişmelerden biri, onkologların kanser hastasına yaklaşım kurslarına öncülük etmeleridir.

S: *Kanser hastalarının yaşadıkları psikolojik bozukluklar nelerdir? Kısaca söz eder misiniz?*

Y: Kanser hastalarında en sık uyum bozukluğu görülmektedir. Bu uyum bozukluğu hastalarının yaklaşık % 40-50 görülmektedir. Bunu % 10-15 oranında görülen depresif bozukluk izlemektedir. Deliryum ve kaygı bozukluklarına daha az rastlanmaktadır.

S: *Kanser hastalarının yaşadıkları fiziksel rahatsızlıklar ne gibi ruhsal rahatsızlıklara neden olur?*

Y: Uyum bozukluğu, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve deliryum.

S: *Kanser türlerine göre psikolojik rahatsızlıklar farklılık gösteriyor mu? Eğer fark yoksa psikolojik rahatsızlığın şiddeti açısından bir fark var mıdır? Eğer fark gösteriyorsa bu farklılıklar nelerdir?*

Y: Kanser türlerine göre psikolojik rahatsızlıkların araştırıldığı çalışmalarda türe göre bazı farklılıklar görülmektedir.

Pankreas kanserinde depresif bozukluk sık görülürken, beyin tutulumu olan hastalarda deliryum sık görülmektedir.

S: *Kanser tanısı hastaya söylenmeli midir? Söylenmeliyse nasıl ve kim tarafından söylenmelidir?*

Y: Bu konu hala tartışmalıdır. Amerika’da özellikle sigorta şirketlerinin etkisiyle tanı söyleme oranı yüksekken; gelişmekte olan ülkelerde tanı söylememe eğilimi daha fazladır. Eğer söylenecekse hastanın güvendiği bir onkolog ve yakınlarından biri eşliğinde söylenmelidir. Bu gruba psikiyatrist, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının eşlik etmesi de uygun olabilir.

S: *Hastaya kanser hakkında bilgi verilmesinin hastanın psikolojik durumu üzerinde etkileri nelerdir?*

Y: Bu konu halen tartışılmaktadır. Hastaya göre farklı yöntemler seçilmesi uygun olabilir. Bilgilendirme uygun zamanda ve yöntemle yapılırsa psikolojik duruma olumlu katkısı olabilmektedir. Ancak bazı hastaların tanıyı öğrendiğinde psikolojik durumun kötüleşeceğine dair çalışmalar vardır.

S: *Kanser tanısı almış bireylerin hastalığa uyum çabaları nelerdir ve bu bireyler ne gibi tepkiler gösterirler?*

Y: Şok, inkar, öfke, keder, kabullenme evreleri genelde birçok hastada gözlemlenir. Her hasta kendi başa çıkma mekanizmalarını ve sosyal imkanlarını kullanarak uyum çabası geliştirir.

S: *Kanser hastalarının kullandığı savunma mekanizmaları nelerdir?*

Y: İnkâr, bastırma.

S: *Kanser tedavisinde hastaya ne zaman psikolojik yardım uygulanmalıdır?*

Y: Hastanın kendi başa çıkma mekanizmaları yetersiz kaldığı zaman.

S: *Kanser kadın ve erkeklerde nasıl algılanmaktadır, cinsiyete göre ne gibi*

farklılıklar vardır?

Y: Kanser tanısı konulan kadınlar erkeklerden daha fazla kaygı bozuklukları ya da uyum bozukluğu gösterirler. Ancak kanser hastalığı almayan kadınlarda da duygudurum bozuklukları daha sık görülür.

S: *Hastaya kendi bakımıyla ilgili kararlara doğrudan katılma hakkı veriliyor mu?*

Y: Hastadan hastaya farklılıklar görülüyor. Ülkemizde bunu araştıran bir çalışma olmamasına rağmen Avrupa ve Amerika'da sıklıkla hastaya doğrudan katılma hakkı verilir. Benim kişisel gözlemim ülkemizde bu oranın çok düşük olduğu yönünde.

S: *Hastalığın yineleme olasılığından dolayı tedavi sonrasında hastaya psikolojik destek uygulanmakta mıdır? Uygulanıyorsa ne kadar süre bu destek devam etmektedir?*

Y: Kanser hastalarına tedavi sonrası grup terapisi uygulamasının sağ kalımı uzattığına ilişkin araştırma sonuçları vardır. Ancak ülkemizde bu çalışmalar yeni yeni uygulanmakta, desteğin süresi ortalama 1-5 yıl olmakla birlikte hastaya göre değişmektedir.

S: *Psikolojik rahatsızlıklar kansere neden olur mu?*

Y: Bu konu tartışmalıdır. Yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Ancak yakın zamanda yapılmış büyük bir çalışmanın sonucu psikolojik rahatsızlıkların kansere neden olmadığı yönündedir.

Tartışma

Bu yazıda kanser hastalarının psikososyal durumlarının incelenmesi amaçlanmıştı. Kanser hastalarının psikososyal durumlarını ele alan psiko-onkoloji, son yıllarda kanser hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması çalışmalarıyla gelişmektedir. Turhan'ın da belirttiği gibi onkoloji hastalarında %50-70

arasında psikiyatrik rahatsızlık görülmektedir. Bu psikiyatrik rahatsızlıklara Türkiye'de önem verilmeye başlanmıştır. Türkiye'de onkologların kanser hastasına yaklaşımlarının değişmesi ve psiko-onkoloji birimlerinin artması gibi psiko-onkolojiyle ilgili gelişmeler olmaktadır.

Literatürde kanser hastalarının % 47'sinde ruhsal bozukluk bildirilmiştir. Bunlardan depresyon ve organik beyin sendromu en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır (Özkan, 1993; 2003). Ancak, Turhan, gözlemlerine dayalı olarak, en sık görülen bozukluğun uyum bozukluğu olduğunu belirtmektedir.

Turhan kanser türlerine göre psikolojik rahatsızlıkların farklılık gösterebildiğini belirtmiştir. Pankreas kanserinde depresif bozukluk, beyin tutulumu olan hastalarda ise deliryumun sık görülmesini örnek olarak vermiştir.

Literatürde kanser tanısının hastaya söylenip söylenmemesi ile ilgili kesin bir tutuma rastlanmamaktadır. Ancak Amerika'da hekimlerin % 97'si tanının söylenmesini uygun bulmaktadır (Özkan, 1993; 2003). Turhan, bunu sigorta şirketlerinin politikasına bağlamaktadır. Avrupa ve doğu ülkelerinde ise tanının söylenmemesi uygun bulunmaktadır.

Özkan'a (2003) göre, tanı hastaya uzman kişi tarafından alıştırma alıştırma söylenmelidir ve hastaya tedavi seçenekleri ve alabileceği sosyal destek de sunulmalıdır. Turhan da bir onkolog ve yakınları eşliğinde söylenmesi gerektiğini, bu gruba psikiyatrist, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının da eşlik etmesinin uygun olacağını belirtmiştir. Hastaya tanı söylenirken, hastalığın şiddeti, türü, bireyin özellikleri ve içinde yaşadığı kültürü dikkate alınmalıdır. Kanser hakkında bilginin verilme biçimi ve verilmemesiyle ilgili sorunlar görülmektedir. Turhan'a göre, hasta ve hekim arasındaki iletişimsizlik,

hekimin eksik bilgi vermesi, bundan dolayı hastanın bilgiyi çevreden edinmeye çalışmasına neden olması başlıca sorunlardandır. Bu sorunlar bilgilendirmenin uygun zamanda yapılması ve uygun yöntemin kullanılmasıyla çözülebilir. Bu da hastaya zaman ayırma, psikoterapi ve farmakoterapi ile mümkündür.

Kanser tanısı almış bireyler kendine özgü başa çıkma mekanizmaları kullanarak uyum çabası geliştirirler. Genelde şok, inkar, öfke, keder, kabullenme evrelerinden geçerler. Bu süreçleri sosyal destek de etkiler. Hastanın kendi başa çıkma mekanizmaları yetersiz kaldığı zaman psikolojik yardım uygulanmalıdır.

Kanser hastalarında görülen psikolojik rahatsızlıklar cinsiyete göre farklılık gösterir. Anuk (1997), kanser hastası kadınların depresyon puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Turhan' a göre ise kaygı bozukluğu kadınlarda yüksek derecede görülmektedir.

Avrupa ve ABD'de, hastaya kendi bakımıyla ilgili karar verme hakkı sıklıkla verilmektedir. Bu durumun hastalığın psikososyal boyutunu etkilediği düşünülmektedir ve bu konunun önemsenmesi önerilmektedir.

Hastalığın yineleme riskinden dolayı tedavi sonrasında da psikolojik destek sürdürülmelidir. Turhan'a göre de bu hastalarla grup terapisi gereklidir. Daha önce de belirtildiği gibi, ülkemizde psiko-onkoloji çalışmaları yeni ve yetersiz olduğu için grup terapisi çalışmaları da yeni yeni uygulanmaktadır. Tedavi sonrası sosyal desteğin hastaya göre 1 ile 5 yıl arasında verilmesi uygundur.

Psikolojik rahatsızlıkların kansere neden olup olmadığına ilişkin farklı görüşler olmakla birlikte birçok araştırma psikolojik rahatsızlıkların kansere neden olduğunu

göstermiştir (örn., Anuk, 1997, Ateşçi ve ark., 2003). Ancak Turhan bu bulguyu desteklemeyen çalışmaların olduğunu da belirtmiştir.

Not: Röportaj Dr. Levent Turhan'ın izni ile kullanılmıştır.

Kaynaklar

Anuk, D. (1997). *Kanser hasta ve eşlerinin anksiyete-depresyon düzeyleri ile evlilik niteliğinin sosyal çalışma açısından araştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoğlu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2), 145-152.

Babaoğlu, E. (2001). *Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimleri*. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bilgin, N. (2003). Hastalık zor zanaat. *Türk Psikoloji Bülteni*, 30-31, 144-149.

Coşar, S., Coşar, B., Candansayar, S. ve Özdemir, A. (2001). Mastalji yakınması ile radyolojik incelemeye alınan hastalarda hostilité, aleksitimi ve depresyon düzeyleri. *Yeni Symposium*, 39 (4), 181-184.

Holtzman, W. H. (1995). Sağlık psikolojisi. S. Hovardaoglu, (Çev.). *Türk Psikoloji Bülteni*, 3, 23-24 (orijinal çalışma basım tarihi b.t.)

Kanser İstatistikleri. (b.t.). 12 Aralık 2005, http://www.turkcancer.org/pdf/kanser_istatistikleri.pdf

Lacroix, A. ve Assal, J. P. (2003). *Hastaların terapötik eğitimi*. B. Piyal ve R. S. Tabak, (Çev., Ed.). Ankara: Palme Yayıncılık. (Orijinal çalışmanın basım tarihi 2000)

Melman, D. (2005). *Kanserden kurtulan çocuk* (1.baskı). T. Pınar, (Çev.). Ankara: Hacettepe Doktorlar Yayınevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1996).

Okyayuz, Ü. H. (1998). *Ölüm kavramı, ölümcül hasta ve ailesi. Davranış bilimlerine giriş* (1. basım) içinde (247-252). Ankara: ANTIP A.Ş. Yayınevi.

Okyayuz, Ü. H. (Ed.). (1999). *Sağlık psikolojisi giriş* (1.baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Okyayuz, Ü. H. (2004). Kanser ve Behçet hastalarının ailelerinin duygudurum ve aile işlevleri açısından incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19 (53), 87-99.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-lizasyon psikiyatrisi*. İstanbul: Roche.

Özkan, S. (bt.). *Kanserin psikiyatrik ve psikososyal yönleri (psiko-onkoloji)*. Yayınlanmamış çalışma.

Özkan, S. (2003). *Meme kanserli hastaya psikolojik yaklaşım, yaşam kalitesi. Meme kanseri* (1. baskı) içinde (681-690). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Pitts, M. (2002). Hastaneye yatırılma ve tedavi yaşantısı. A. Büyüksahin, (Çev.). *Türk Psikoloji Bülteni*, 24-25, 135-139 (orijinal basım tarihi 1999).

Şahin N. (1998). Psikoterapi ve kanser. *Türk*

Psikoloji Bülteni, 9, 115-116.

Türkiye’de Kanser İstatistikleri. (b.t.) 12 Aralık 2005, http://www.turkcancer.org/pdf/turkiye%20_istatistikleri-2.pdf.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. (1947). *Kanser nedir?*

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. (2000). Okullarda Kanser Eğitimi (6. Baskı) (Broşür). Uluslararası Kanserle Savaş Birliği: Yazar.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. (2004). *Kanser hastalarının hakları için Avrupa kılavuzu*. (1. baskı) (Broşür). Avrupa Kanser Örgütleri Birliği: Yazar.