Bölüm
141

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI YÖNETİMİ

Meral ÖZEL[1]

GİRİŞ

Kişilik bozuklukları toplumda sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Yaygınlığı %10-20 arasında olduğu bilinmektedir[(1)]. Bu hastalar herhangi bir rahatsızlıkla aile hekimlerine daha sık başvururlar[(2)]. Bu nedenle aile hekimlerinin toplumdaki bu bireyleri görme ihtimali daha fazladır ve bu açıdan önemli bir konumları vardır. Bu bireylerin birinci basamağa en sık başvuru nedenleri somatik şikayetlerdir. Kişilik bozukluğu olan hastalar kişiler arası iletişimde ciddi sorunlar yaşadıklarından bu durum hekim-hasta ilişkisine de yansımaktadır. Araştırmalar da ruh sağlığı hekimleri dahil bütün hekimlerin kişilik bozukluklarını yönetmekte zorlandığını desteklemektedir[(3)]. Karşılaşılan sorunlardan bazıları, sağlık sisteminin aşırı kullanımı (sık doktor ve acil servis ziyaretleri ve hastaneye yatışlar), aşırı risk alma davranışları veya tıbbi olarak kontrendike uygulamalar talep etmeleri, kendilerini ifade ederken duygusal dalgalanmalar yaşamaları, kendilerine zarar vermeleri, istedikleri olmadığında doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile tartışmaları veya gereksiz ilaçlar reçete etmek için baskı yapmaları sayılabilir.

Bu bölümde kişilik bozukluklarının özellikleri ele alınarak aile hekiminin her bir kişilik bozukluğunda dikkat etmesi gereken hususlara değinilecektir.

KİŞİLİK KAVRAMI VE KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Kişilik, bireyin günlük işlevlerinde kendini gösteren, kolayca değişmeyen, büyük ölçüde bilinçdışı olarak kazanılmış bireye özgü tutarlı davranış örüntüleri, düşünme ve algılama biçimleridir[(4)]. Kişiliğin sağlıklı bir biçimde gelişip olgunlaşması, genetik, ailesel, çevresel birçok faktörden etkilenen, karmaşık, bazen risklerle dolu yaşam süreçlerinden geçerek gerçekleşir.

DSM-5'e göre kişilik bozukluğu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden (biliş, duygulanım, dürtü denetimi gibi alanlarda) belirgin olarak sapma gösteren bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Bu örüntü kişide öznel bir sıkıntıya, uyum sorunlarına ve işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar. Başlangıcı ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanan bu davranış örüntüsü değişmez ve uzun bir süredir vardır[(5)].

Kişilik bozukluğunun etiyolojisine bakıldığında genetik yatkınlık, erken dönem bağlanma deneyimleri, aile ortamı, travmatik yaşam olayları, sosyokültürel durumlar önemli rol oynar[(6)].

Değerlendirmede en sık kullanılan test Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteridir (Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI). Soruları doğru/yanlış biçiminde cevaplanarak uygulanır. Projektif testler arasında ise Rorschach ve Tematik Algı Testi sık kullanılır. Her iki test de

[1] Uzman Doktor, Psikiyatri, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman, Türkiye, dr.meralozel@gmail.com

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğuna sahip bireyler tedavileri ile ilgili kontrolü elinde tutmak isterler. Bu sıkıntı hastanın kontrol etme ihtiyacına saygı göstererek, tetkik sonuçları gibi tüm bilgileri dürüst ve açık bir şekilde ifade ederek ve hastayı tedavi sürecine dahil ederek çözülebilir. Yine etkili bir taktik, hastalara kendi semptomlarını izleme gibi ödevler verilerek katılımları sağlanıp kontrol endişesi yatıştırılabilir. Görüşmelerde güvence vermek ve zaman sınırlaması koymak gerekebilir[21].

SONUÇ

Kişilik bozuklukları toplumda sık görülmekte ve birinci basamağa başvuran hastalarda bu oran daha da artmaktadır. Bu bağlamda aile hekimlerinin toplumda oldukça yaygın görülen kişilik bozukluklarına kayıtsız kalması düşünülemez. Kişilik bozukluklarının her birindeki farklı bireysel özellikler aile hekimleri için içinden çıkılması güç durumlara neden olabilir. Bu hastaların bağımlı, agresif, titiz veya manüplatif davranışları aile hekimlerini çaresiz, sinirli, irrite olmuş veya kızgın hissettirebilir. Aile hekimlerinin kişilik bozukluğu olan bireylerle kuracağı ilişki kişilik bozukluğunun türüne göre değişebilirken, hasta ile doğru iletişim kurması, hasta-hekim arasındaki güven duygusunun sağlanması, sınırların belirlenmesi ve gerektiğinde yakınlarıyla işbirliği yapması önemlidir. Bu nedenle aile hekimleri hastanın kişilik özelliklerine takılıp kalmadan problem odaklı yaklaşımlara hakim olmalıdır[21].

Anahtar Kelimeler: kişilik bozuklukları, birinci basamak sağlık hizmeti, ruh sağlığı ve bozukluğu

KAYNAKÇA

1. Rosenthal M.Z., Lynch T.R. (2005). Dialectical behavior therapy. In: Sadock B.J., Sadock V.A. (eds.), Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th ed., Pp. 2619-27). Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Moran P, Jenkins R, Tylee A, et al. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. Acta Psychiatr Scand 2000;102:52–7. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102001052.x
3. Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. Aust N Z J Psychiatry 2008;42:572–7. Doi: 10.1080/00048670802119739
4. Karamustafalıoğlu N, Karamustafalıoğlu O. Kişilik bozukluklarında ilaç tedavileri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000;10:103-108.
5. Sayımsal Elkitabı, beşinci baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (2013). E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği
6. Magnavita JJ. (2004). Classification, Prevalence, and Etiology of Personality Disorders: Related Issues and Contoversy. In: Magnavita JJ (Ed). Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice. (p.3-23). New Jersey: John Wiley and Sons
7. Farmer A, McGuffin P, Williams J. (2002). Measuring Psychopathology. New York, Oxford University Press
8. Hori A. Pharmacotherapy for personality disorders. Psychiatry Clin Neurosci 1998;52:13-19. DOI:10. 1111/j.1440-1819.1998.tb00967.x
9. Torgersen S. (2005). Epidemiyology, Edited by Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. in The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. (pp 129-141). Washington, DC, American Psychiatric Publishing
10. Applebaum AH. (2005). Supportive therapy, Edited by Oldham J.M., Skodol A.E., Bender D.S. The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. (pp 335-346). Washington, DC, American Psychiatric Publishing
11. Kalus O, Bernstein DP, Siever LJ. Schizoid Personality Disorder: A Review of Current Status and Implications for DSM-IV. J Pers Disord 1993;7(1):43-52.
12. Skodol A.E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis and comorbidity, J.M. Oldham, A.E. Skodol, D.S. Bender, Ed. Textbook of personality disorders. (pp 57-87). Washington, DC, American Psychiatric Publishing
13. Ward R.K. Assessment and management of personality disorders. Am Fam Physician 2004;70(8):1505-12.
14. Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. (2009). Personality Disorders. In Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. ,Kaplan H.I. (Eds.). Kaplan & Sadock Compherensive Textbook of Psychiatry (9th ed., pp. 2197-241) Philadelphia USA, Lippincott Williams & Wilkins
15. Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Prevalance, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder. Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 2008;69(4):533-545.
16. Linehan, M. M., Heard, H. L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. In N. E. Miller & K. M. Magruder (Eds.), Cost- effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers (pp. 291-305). New York: Oxford University Press
17. İnan E. Narsistik Kişilik Örgütlenmesinin Bağlanma Kuramı Çerçevesinde Ele Alınması: Vaka Örneği. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi. 2015;2(1):1-12
18. Pare M.F., Rosenbluth M. Personality Disorders in Primary Care. FRCPC Mental Health 1999;26/2:243-278
19. Köroğlu E, Bayraktar S. (2010). Kişilik Bozuklukları. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
20. Svrakic D.M., Cloninger C.R. (2007). Kişilik Bozuklukları. In: Sadock B.J., Sadock V.A. (Eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry (H. Aydın, A. Bozkurt, Çev. Ed.). (pp 2063-2104). 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi
21. Angstman K.B., Rasmussen N.H., Personality Disorders: Review and Clinical Application in Daily Practice. Am Fam Physician. 2011;84(11):1253-1260