

Sınır Kişilik Organizasyonu Temelinde Narsisistik Kişilik Bozukluğu ve Yapay Bozukluk: Psikanalitik Psikoterapi Süreci

Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ¹, Dr. Nilgün TANRIVERDİ², Dr. Leyla ZİLELİ³

ÖZET

Bu sunumun amacı, 25 yaşında, bekar, lise mezunu, doğum anoksisine bağlı distoni olan kadın hastanın üç yıllık psikanalitik psikoterapi sürecinde tanı ve dinamiklerinde oluşan değişiklikleri, terapistinde oluşan değişikliklerle birlikte aktarmaktır. Sonuçta sınır kişilik organizasyonu temelinde narsisistik kişilik bozukluğu ve yapay bozukluk tanısı alan hasta, intihar girişimleri, iştme ve görme varsanıları, animistik düşünceleri, disosiyatif nöbetleri ve terkedilme korkuları gibi geniş bir yelpazedeki belirtileri için iki kez hastaneye yatmıştır. Mayıs 1999 tarihindeki ikinci yatışında, yapılan tanıma görüşmelerinin ardından, psikanalitik psikoterapi ile izlenmeye uygun bir hasta olduğu sonucuna varılarak haftalık görüşmeler başlatılmıştır. Yorum yapmaktan kaçınma, fantazilerinin, öfke patlamalarının ve düşmanca tutumlarının kabullenilmesi, hastanın psikoterapi sürecinde dikkat çekmek için yarattığı sahte belirtilerini açıklamasını ve kendi yalnızlığını ve çaresizliğini ortaya koymasını sağlamıştır. Hasta, sonunda, terapistiyle güvenli bir ilişki kurabilmiş ve bu da terapistin hastayla daha uyumlu çalışmasına yardım etmiştir. Olumlu ilişki kurmak psikoterapinin temelidir ve haftalık görüşmelerle bile bir hastanın yaşamında ve geleceğe dair tutumlarında büyük değişiklikler ortaya çıkarılabileceği açıktır. Bu yazıda ayrıca terapistin ön yargılarının üstesinden gelmesine ve daha esnek olmasına yardım eden denetim sürecinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sınır kişilik organizasyonu, narsisistik kişilik bozukluğu, yapay bozukluk, psikanalitik psikoterapi

SUMMARY: Narcissistic Personality Disorder and Factitious Disorder on a Borderline Personality Organization Basis: A Psychoanalytic Psychotherapy Process

The aim of this presentation is to summarize the changes occurring during the psychoanalytic psychotherapy of a dystonic (due to anoxic injury), 25-years-old female patient both from the standpoint of diagnosis and dynamics as well as the changes occurring in the therapist. The patient was finally diagnosed as having narcissistic disorder with factitious traits on a borderline personality organization and was twice hospitalized for a wide variety of symptoms, such as suicidal attempts, auditory and visual hallucinations, animistic thoughts, obsessive compulsive symptoms, dissociative episodes, and fear of abandonment. Hospitalized treatment was started on a weekly basis. Avoidance of interpretation, acceptance of her fantasies, outbursts and hostile behaviour helped the patient to reveal herself as a helpless and lonesome person trying to get attention with pseudo-symptoms created throughout the therapy. The patient finally established a trusting relationship with the therapist. This, in turn helped the therapist to become more attuned to the patient's difficulties. It is obvious that establishing a positive working relationship is the basis of psychotherapy and that even on a once a week basis significant changes can occur in a patient's attitude towards his/her life and future. Another point emphasized in this paper is the importance of supervision, which helped the therapist to overcome prejudices and become more flexible.

Key Words: Borderline personality organization, narcissistic personality disorder, factitious disorder, psychoanalytic psychotherapy

¹Uzm., ²Yrd. Doç., ³Prof., Başkent Ü. Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD., Ankara.

GİRİŞ

1940'lı yıllarda klinisyenler şizofreni tanısı konacak kadar gerçeği değerlendirmesi bozuk olmayan, ancak, psikanalizle de tedavi edilemeyecek belli tip hastalar tarif etmeye başlamışlardır (Gabbard 1994). Hoch ve Polatin (1949) bu gruba pannevroz, pananksiyete ve panseksüalite örüntüsüne sahip psödonevrotik şizofrenler olarak tanımlamışlardır. Knight (1953), bu yetersiz tanımlamayı gerçekçi plan yapamama, ilkel dürtülere karşı koyma becerisinde zayıflık, ikincilden çok birincil düşünce sürecinin ağır basması gibi çeşitli ego fonksiyonu bozuklukları üzerinde durarak netleştirmeye çalışmıştır. Grinker ve arkadaşları (1968), sınır sendrom olarak adlandırılan klinik tabloyu, temel ya da tek duygunun öfke oluşu, kişilerarası ilişkilerde güçlük, tutarlı bir kendilik (self) kimliğinin bulunmayışı ve tanımlanması güç kronik depresyon olmak üzere 4 anahtar özelliklerle belirlemeye çalışmışlardır. Gunderson ve Singer (1975), sınır hastalara rasyonel tanı konulabilmesi için; çökkün veya öfke doğal güçlü bir duygulanım, dürtüsellik, bozuk kimliği örtebilen sahte ve yüzeysel bir sosyal uyum, yapılandırılmamış durumlarda ortaya çıkan (genelde paranoid içerikli) geçici psikotik nöbetler, projektif testlerde düşünce sürecinde gevsemeye yatkınlık; garip, dereistik, mantıksız ya da ilkel yanıtlar, kişilerarası ilişkilerde aşırı bağımlılıktan geçici ve yüzeysel ilişkilere kadar değişen bir örüntü olmak üzere 6 özelliğin altını çizmişlerdir.

Gunderson (1975) ve Grinker (1968) temel olarak tanımlayıcı kriterlere odaklanırken, Kernberg gibi nesne ilişkilerine eğilen kuramcılar, bu hastaları psikanalitik bakış açısından belirginleştirmeye uğraşmışlardır. Kernberg (1967), ego zayıflığının tipik örüntülerini sergileyen, ilkel savunma mekanizmaları kullanan ve nesne ilişkilerinde sorunlu olan bu hasta grubu için sınır kişilik organizasyonu terimini ortaya koymuştur. Hastalarda yaygın bunaltı, obsesif-kompulsif belirtiler, çoklu fobiler, disosiyatif reaksiyonlar, hipokondriyak uğraşlar, konversiyon belirtileri, paranoid eğilimler, polimorf sapkın cinsellik ve madde kötüye kullanımı gibi çeşitli belirtiler bulunduğunu gözlemiştir. Kernberg'in sınır kişilik organizasyonunun içeriği belirli bir kişilik bozukluğunu çerçeveleyen fenomenolojik özelliklerden ayrıdır. Bir başka deyişle bu terim pek çok farklı kişilik bozukluğunun temelini oluşturmaktadır. Örneğin narsisistik, antisosyal, şizoid, paranoid, histriyotik kişilik bozuklukları hep altta yatan sınır kişilik organizasyonu ile belirlidir.

Sınır kişilik bozukluğunda psikotik belirtilerin yeri yıllardır tartışılmaktadır. Spitzer ve arkadaşları (1979) gibi bazı araştırmacılar psikotik belirtilerin nadir olduğunu vurgularken, Kernberg (1975) gibi diğerleri için bunlar sınır kişilik bozukluğunun vazgeçilmez belirtileridir. Pope ve arkadaşları (1985), DSM-III tanı ölçütlerine göre sınır kişilik bozukluğu tanısı almış psikotik belirtileri bulunan 33 hastayla yaptıkları bir çalışmada, psikotik belirtilerin doğasını ve sıklığını değerlendirmişlerdir. Hastalardan birinde madde kullanımına bağlı organik psikoz, yedisinde Eksen II tanılarına eşlik eden duygudurum bozukluğu sonucu yalnız manik ve depresif nöbetler sırasında ortaya çıkan fonksiyonel psikoz, on üçünde disosiyatif nöbetler veya psikoterapide regresyon gibi "geniş şekilde tanımlanmış" psikotik belirtiler, on ikisinde ise yapay (factitious) psikoz tespit etmişlerdir. Araştırmacılar, DSM-III'de tanımlanmış şekliyle yapay psikoz belirtilerinin, sınır kişilik bozukluğunun bir ögesi gibi görüldüğü sonucuna varmışlardır. Bulgularının, yapay psikotik belirtiler sergileyen hastalarda sınır kişilik bozukluğu sıklığının yüksek olduğu şeklindeki araştırma sonuçlarıyla da tutarlı olduğunu eklemiştir.

Bu yazıda yapay psikoz belirtilerinin eşlik ettiği sınır kişilik organizasyonu temelinde narsistik kişilik bozukluğu olan bir hastanın öyküsünü ve psikoterapi sürecini sunmak ve literatür ışığında tanıyı ve süreci gözden geçirmek amaçlanmıştır. Hastanın bilgilendirilmiş oluru alınmıştır.

Olgu Sunumu: "B"

Yirmi beş yaşında, kadın, lise mezunu, çalışmayan, bekar hasta, sürekli bir yalnızlık ve boşluk duygusu, öfke patlamaları, nedenini bilemediği ağlama ve gülme nöbetleri, ümitsizlik karamsarlık, ölüm ve intihar fikirleri, çoklu intihar girişimleri, ara sıra ortaya çıkan ve kimi zaman uzun kimi zaman kısa sürelerle gördüğü 6 yaşındaki hali olan çocuk hayali, duvarların ve diğer eşyaların kendisiyle alay eden ve suçlayan seslerini işitme ve onlar tarafından bu şekilde cezalandırıldığını düşünme, yalan söyleme, çalma, ara ara okuma-yazmayı ve kimlik bilgilerini unutma, aynada ve çekilen fotoğraflarda kendisini görememe, sağ ayak, boyun ve alnında kasılma, inip çıkarken evinin merdiven basamaklarını sayma, yazı dosyalarını hep belirli bir düzende tutma yakınmalarıyla Mayıs 1999 tarihinde, ikinci kez, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisine yatırıldı. Bir ay boyunca yapılan

gözlemin ve tanıma görüşmelerinin ardından, psikanalitik psikoterapi ile izlenmeye uygun olduğu kararına varılarak tedaviye alındı.

Özgeçmiş: “B” doğum sırasında kısa süre anoksik kalmış. Yaşında yürüyüp konuşmuş, yürümeye başladığı sırada sağ ayak parmaklarında içe kasılma ortaya çıkmış. Dört buçuk yaşında okuma-yazmayı öğrenmiş. Ayağı nedeniyle koşamadığından çocuklar onu oyunlarına almak istemezlermiş. Genelde evde, tek başına, masanın altına girerek oynar, orada hayal kurar, masayla, bebekleriyle konuşurmuş. Altı yaşında sol elinde kasılma ve ses kısıklığı (distoniye bağlı disfoni) başlamış. Hacettepe Ü. T. F. Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü’nde bir süre izlenmiş, elindeki kasılma Farady uygulamasından sonra geçmiş. Ses kısıklığı halen devam etmekte. On üç yaşında boynu ve alındaki kasılma (distoni) başlamış. Başı geriye kaymasın diye eliyle tutarak dolaşıyormuş. Diğer çocuklar dış görünüşü nedeniyle hastayla sürekli alay ediyorlarmış. Aile ilgi çekmek için özellikle yaptığını düşünmüş. Altı ay sonra doktora götürüldüğünde “psikolojik, geçer” denmiş. Ancak bir yıl durumunda değişiklik olmayınca Hacettepe Ü. T. F. Nöroloji Bölümü’ne başvurmuşlar. Anoksiye bağlı distoni tanısı konmuş. O zamandan beri de aylık botulismus toksin enjeksiyonlarıyla izleniyor.

Annesi tarafından benimsenmediğini ve önemsenmediğini düşünen “B”, çocukluğundan beri kendisini yalnız hissedermiş. Üst üste iki yıl üniversite sınavları sırasında bayıldığı için başarılı olamamış. Üçüncü kez sınava hazırlandığı 1997 yılında, koridorda yürürken duvarların üzerine geldiğini ve her yerin kanla kaplandığını görme, çok kısa sürelerle yakın olduğu kişileri dahi tanıyamama, sınıfını bulamama, okuma-yazmayı unutma gibi yakınmaları ortaya çıkmış. Üçüncü üniversite sınavında da tıpkı diğerlerinde olduğu gibi bayılmış. On gün hiç evden dışarı çıkmamış, sık sık ağlıyor ve çok az konuşuyormuş. Bir sabah dersane taksitini vermek üzere çıkmış, uzun süre dışarıda vakit geçirdikten sonra eve dönerken yolunu bulamamış. O an tüm kimlik bilgilerini ve okuma yazmayı unutmuş. Bir parkta gece yarısı oturmuş ağlarken kendisini fark eden bir kişi tarafından karakola götürülmüş. Cüzdanının içinde ev telefonunu bulan polisler ailesine haber vermişler. Annesi ile üvey babası hastayı almaya geldiklerinde tanımamış, onlarla gitmeyi reddetmiş. O gece Hacettepe Hastanesi Acil Polikliniği’ne götürülen “B” iki hafta sonra,

Temmuz 1997 tarihinde, psikiyatri servisine ilk kez yatırılmış. Unutkanlığı düzelen, tetkikleri tamamlanan “B”ye taburculuk mesajı verildikten sonra intihar düşünceleri ve kendisini çatının ucunda ya da oradan düşerken gördüğü varsanılar ortaya çıkmış. Çökkün duygudurumu sebebiyle antidepresan ilaç başlanan “B” ile taburculuk tarihi konusunda anlaşmaya varılmış ve çıkışından 6 gün önce intihar düşünceleri ve varsanılar aniden kaybolmuş.

İkinci yatışından önce, Aralık 1998’de, çok hareketli diye tarif ettiği sosyal hayatını kısıtlamış. Yaşadığı içe çekilmenin nedenini görme varsanısı ile açıklayan “B”, altı yaşındaki kendi hali olan, “çocuk” adını verdiği bu görme varsanısının gerçek olduğuna inanıyormuş. “Çocuk” kalabalıkta huysuzluk yapıp ağladığından, sürekli parkta oynamak istediğinden gönüllü çalıştığı 4 ayrı yardım derneğinden ayrılmış. Gündelik yaşamını tamamen “çocuk”un istek ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlemiş; örneğin “çocuk” uyumadan uyumuyor, ona kitap okuyor, onunla oyunlar oynuyor ya da onu gezdiriyormuş. Ekim 1998-Mayıs 1999 tarihleri arasında çocuk bakıcılığı yapmış. İş başvurularında boynu ve ses kısıklığı neden gösterilerek reddediliyormuş. Kendisini, insanlara hızla bağlanan ancak hep terk edilen, verici, düşünceli ve çok duygusal biri olarak tanımlıyor.

Aile öyküsü: Anne ve baba, “B” 5, kızkardeşi 3 yaşındayken boşanmışlar. Boşanmadan önce baba sık sık anneyi dövermiş. “B” bu sahneleri çok net hatırlıyor; duvar dibine çöküp büzüşür, görünmez olmaya çalışmış. Babası ile boşanmadan beri hemen hiç görüşmemiş. Anlattığına göre 6 yaşındayken babası “B”yi kaçırıp altı ay alıkoymuş. Bazen “B”yi saatlerce kömürlüğe kapatır, yiyecek-içecek vermezmiş. Kadınlarla cinsel ilişkiye girer ve “B”ye zorla izlettirmiş. Anneden alınan bilgiye göre ise babası tarafından yalnız iki gün babaannesinin evinde alıkonulmuş. “B” sekiz yaşındayken anne ikinci kez evlenmiş. Bu evlilikten erkek kardeşi olmuş.

“Son derece bencil, düşüncesiz ve kaba olmasına rağmen, güzelliği ile ailenin ilgi odağıdır” diye tanımladığı kızkardeşi ile ağır rekabet içinde olan “B”ye göre, kendisi hiçbir zaman sevilmemiş. “B” 14 yaşından beri ailesinin evinde yok sayıldığı düşüncesiyle anneannesinin evinde yaşıyor. Ara sıra yakın oturan ailesinin evinde de kaldığı oluyor. Anne, ayrı yaşama isteğini kolay kabullenmiş. Ailede ruhsal hastalık öyküsü yok.

Psikolojik Testler: “B”ye bir yıl önce MMPI ve Rorschach testleri uygulanmıştır. MMPI profili düşünce bozukluğu ve sosyal içe-çekilme gibi belirtileri işaret etmektedir. Rorschach protokolünde, ilişki sırasında dikkati çekmeyen, psikotik düzeyde bunalıtı tepkileri hakimdir. Test tepkilerinin bütünü psikotik bir durum düşündürmüştür.

Psikanalitik psikoterapi süreci

Bölümümüzde psikiyatri araştırma görevlisi eğitiminin bir parçası olarak psikoterapi eğitimi ve denetimi psikanalist Prof. Dr. Leyla Zileli tarafından yürütülmektedir. “B”nin terapi süreci bu eğitimin bir parçası olarak Haziran 1999’da başlamış, haftada bir, 50 dakikalık görüşmelerle sınırlandırılmıştır. Denetim, hastanın kendi tuttuğu görüşme kayıtları ve terapistin her bir görüşme sonrasında yazdığı kayıtları sözel olarak aktarması şeklinde haftada bir saat bireysel, bir saat grup içinde gerçekleştirilmiştir ve halen sürmektedir.

Psikanalitik yönelimli psikoterapi; psikanaliz ilkelerinin temel alındığı ancak klasik uygulamalara bağlı kalınmayan, iç gözü kazandırarak kişiliğin, benliğin değişimini amaçlayan ve derinlemesine çalışılan bir tedavi türüdür (Öztürk 2001). Psikanalitik yönelimli çalışan terapistin uzun süre denetim altında eğitim görmesi zorunludur. Denetim, bu alanda deneyimli bir terapistle birlikte, hekim ve hasta açısından terapi seanslarının gözden geçirilmesidir.

“B”nin, kişilik yapısı, yaşı, zeka düzeyi, öyküsünün dinamik bir içeriğe sahip olması, belirtilerinin doğası ve psikolojik zihinliliği gözönüne alındığında psikanalitik psikoterapiden yarar görebilecek bir birey olduğu sonucuna varılmıştır.

“B” ile özellikle tedavinin başlarında gerçek yaşam sorunlarını beraberce ele almakta sorun yaşandı. Görüşmelerde sürekli gördüğü çocuk hayalinden, duvarlar ve eşyaların canlı olduğundan, insanların gerçek dediği dünyanın robotlar dünyası olduğundan bahsediyor, başka duygu ve düşüncelerini dile getirmiyordu. Daha sonraları sürekli olarak hayal kırıklıkları, güvensizliği, yalnızlığı, sevilmediği, değersizliği ve sakatlığı üzerinde durmaya başladı. Beden imgesi, kişilerarası ilişkiler gibi gerçek yaşam sorunlarını ele alan görüşmelerin ardından bunalıtı artıyor, ortaya yeni varsanılar çıkıyordu. Bunlar daha çok çocukluk günlerindeki, hayal dünyasının içinde yer alan kurgulara benzemekteydi. Örneğin bir görüşmede “...yaşamın hangi boyutunda olduğumu

anlamıyorum. Gerçek mi yoksa rüya mı? Ya benim gerçeklerim. “Çocuk”, şu an elimde tuttuğum kalem, kağıtlar, duvarlar ki duvarlar her yerde yanımdalar, kapılar, koltuklar, bebeğim... Onların her biri benim parçam. Onlar beni aralarına alıyorlar. Benim yaşadığım hayat onların yaşadığı gerçek hayat. Çevremde gezinen robotların dünyasındaki rolüm, herkesin tanıdığı B’nin rolü. Düzenli olmak, güzel giyinmek, yemek yemek... o robotlar gibi davranmak. Çok küçükken bu dünyanın kapılarını bana altında saklanıp oynadığım o masa açmıştı. Masa, benimle “bu dünyanın ilkesi sırdır, kimse duymamalı” diye konuşuyordu. Birkaç yıl sonra o dünyanın diğer üyeleriyle tanıştırdım. Önce duvar, ardından kapılar, tavanlar, pencereler, taşlar, dolaplar... Artık o dünya bana güveniyordu ve kimseye anlatmadığım için, robotlara uygun davranıp onların deyimiyle yıllarca normal görünmeyi başardığım için, bana, beni dünyalarına kabul ettiklerini söylediler. Ve şimdi de bir hediye gibi bu çocuğu verdiler, onu korumamı söylediler. Ama size sırrımızı açıkladığımdan beri duvarlar sürekli bağıyor, beni suçluyorlar ve cezalandırılacağımı söylüyorlar” temalarını getirdi.

Başlangıçta sözel anlatımının kısıtlılığı anlaşılmasında güçlük yaratıyordu. Bu nedenle yeni bir iletişim yöntemi olarak görüşmelerin kaydını tutması istendi. Bu kayıtlarda getirdiği, yukarıdaki örnekte olduğu gibi daha çok çocukluk dönemi yaşantılarına benzer içerikteydi. Bir süre “B”nin kayıtlarda getirdiği bu anlatımlar yorumsuz kalınarak kendisinden de dinlendi. Yorum yapılmaması “B” tarafından anlaşılma ve hastalığına ilgisiz kalınması olarak algılandı. O an yaşadığı durumla çocukluk dönemindeki fantezi dünyası arasındaki benzerlik üzerinde duruldu. Bundan sonra gerçek yaşam sorunları ele alınabildi. Ancak engellendiğinde (frustration) hızla benzer yaşantıların su yüzüne çıktığı görüldü. Örneğin, yatan hasta etkileşim grubunda kendisinden yaşça büyük bir erkek hasta selam vermediği için onu saygısız olmakla suçladığında şunları aktardı: “...Rüyamda gruptaydım. İnsanlar bir şeyler söylüyorlardı. Konuştuklarının çoğunu anlayamadım. Ne yapmaya çalışıyorlardı? “Çocuk” tam karşımdaki koltukta oturmuştu. Dışarı çıkmak istiyordu. Kapıda kilit vardı. Oradakiler çocuğu görmezden geliyorlardı. Duygusuz gibiydiler. Grup bittiğinde çok sinirliydim. “Çocuk” ağlıyordu. Oradakilerin umurunda bile değildi. Birisi grubu yönetiyordu. Sürekli grubun altı kişi olduğunu

söylüyordu. Altı sözcüğü kulaklarımda yankılanıyordu. Niye ötekileri saymıyordu? “Çocuk, oradaki onca koltuk, kapı, duvarlar, camlar bizi dinliyorlardı. Ama o insanlar onları önemsemiyordu. Adamın biri ona selam vermedim diye bana saygısız dedi. Ama onlar benden daha saygısızlardı. Bağırarak istedim bağırmadım. Sonra gelip size anlatmayı denedim ama anlamadığınızı gözlerinizden belliydi. Gerçekte ciddiye aldığınız kadar ciddiye almadınız beni, kaçtım. Rüya işte. O yüzden gözüme robot gibi göründünüz”.

Annesi ile ilgili duygu ve düşünceleri, kardeş rekabeti ve kıskançlığı, düşük benlik saygısı zaman içinde ele alınabildi. Daha açık ve cesur ifadeleri desteklendikçe bir görüşmede zaman zaman yalan söyleyerek insanların ilgi ve beğenisi üzerine çekmeye çalıştığını anlattı. Ortaokul yıllarında okuldaki tüm öğrencilerin çekindikleri, ancak, kendisini çok seven kimya öğretmenini arkadaşlarına annesi olarak tanıttığı örneğini verdi. Bir süre sonra yalanları ortaya çıkmış, arkadaşları tarafından ağır hakarete uğrayıp, alay edilmiş. Serviste kendisiyle yaşıt hastalara da öğretmen olduğunu söylemiş. Bu nedenle çok büyük suçluluk hissettiğini dile getirdiği bir görüşmenin ardından, arkadaşlarına, mesleği konusunda yalan söylediğini açıkladı. Daha sonra bu şekilde davranmasının çevresi tarafından benimsenmesini kolaylaştırdığını farketti.

İlk günlerden itibaren, terapistle kurduğu ilişkide, hasta-doktor sınırını aşmayı hedefleyen istekleri oluyordu. Hafta sonu izinlerinde birlikte bir kafeye gidip oturmayı teklif ediyor, doktoru değil arkadaşı olmasını istediğini belirtiyordu. Diğer hastalarla kardeş rekabetini anımsatır şekilde terapistin gözündeki yerini sorgulayan, zaman zaman bunu test eden tutumları ve soruları oluyordu. Görüşmelerin hemen ardından tekrar görüşme isteği ile gelip reddedildiğinde ya da isteği ertelendiğinde, ellerinde distoni tablosuna uymayan kasılmalar oluyor, bu durum üzerinde durulmadığı için hemşiresine terapistin ilgisizliğini şikayet ediyordu.

Taburcu olmaktan korktuğunu ifade etmekle birlikte kaydettiği gelişmeler sık sık vurgulanarak ve daha sonra da düzenli olarak görülmeye devam edileceği konusunda güvence verilerek taburcu edildi. “B” ailesinin içinde o denli hiçe sayıldığını hissediyordu ki çekilen aile fotoğraflarında kendisini görmüyor ve dehşete düşüyordu. Adeta yaşadığı ortama dönmektense akıl hastanesinde bırakılsa bir ömür boyu kalmayı tercih et-

mekteydi. Sık sık taburculuğundan sonra terapistin onu görmek istemeyeceği endişesine kapılıyordu. Taburculuğundan birkaç hafta önce, Temmuz 1999’da, 6 aydır ilk kez çocuk hayali üç hafta süreyle kayboldu. Bu durumu ifadesi şu şekildeydi: “Artık yoksun, sen de gittin... Nereye gittin? Senin için aldığım masal kitapları hala dolapta duruyor. Yine babam olan o adam, o dev mi seni kaçırdı? Yarın sabah hastaneye tek başıma nasıl gideceğim? Sen olsan korkmazdım.” Bu sözler karşısında terapistin düşündüğü; “B”nin hayattaki tek yoldaşı elinden alınmıştı ve yeni dayanağı olunacağı vaadedilmişti. Görüşmeler ilerledikçe “B”nin, en ilginç, en renkli ve en sıra dışı hasta olma isteği ve çabası belirginleşti. Bu adeta kendisiyle gurur duyduğu bir varoluş biçimiydi. Öte yandan sık sık terapisti beceriksiz ve yetersiz olmakla suçluyordu. Tüm bu sözleri, tutunan, hasta-hekim sınırını aşmayı deneyen tutumları, terapiste yoğun bir boğulma ve kapana kısılma duygusu yaratmaktaydı.

Annesi, kız kardeşi ve tanıdıkları onu kırdıklarında, incittiklerinde hiçbir tepkide bulunmuyor sonra da öfkesini ara sıra baktığı bir akraba çocuğundan çıkartıyor, bu davranışı hissettiği aşağılık bir insan olduğu düşüncelerini ve suçluluk duygularını alevlendiriyordu. Gerçekte o bebeği çok sevdiğini ancak diğer taraftan çocukken kendisi ile bu denli ilgilenen olmadığı için kıskandığını söylüyordu. Öfkelenildiğinde en çok kendisine zarar veriyor, başını duvarlara vuruyor, yumrukluyor, saçlarını yoluyor, yüzündeki akneleri kopartıyor, yara olmalarına yol açıyor, kaşlarını neredeyse tamamen yoluyordu.

Terapi sürecinde, öfkesini aktarmasının reddedilmesine neden olmadığını farkettikçe daha dürüst açıklamalarda bulunmaya başladı. Önce üç üniversite sınavında da bayılmadığını, başarısız olacağını anlayınca böyle bir yalan uydurduğunu söyledi. Her üç sınav sonrasında da bayıldığını ailesine anlatmasına rağmen hiçbir endişe sergilenmemiş ve doktora götürülmemişti. Mart 2000’de, ilk yatışında hafıza kaybı olmuş gibi davrandığını, böylelikle kendisini gözardı edip öfkeleniren ailesinden ve o sıradaki en yakın arkadaşından intikam almaya çalıştığını aktardı. Ardından bunaltısı çok artan “B” bir ay boyunca haftada iki kez görüldü. Sürekli telefon açarak ailesini, çevresini ve doktorlarını kandırdığı için artık terapistin onu görmek istemeyeceğini düşündüğünü söylüyordu. Terapist yaptıklarını açıklamanın çok güç bir iş olduğunu ve cesaret

gerektirdiğini belirttikten sonra, bir insanın kendisini akıl hastanesine yatırmak için uğraşmasının hayatında ciddi bir çaresizlik yaşadığına işaret ettiğini ve olaya bu çerçeveden bakıldığını vurguladı. Eylül 2000’de, 5-6 yıldır kız kardeşinin evinden sabun, dükkanlardan sakız ve toka çaldığını, bunu durduramadığını, yapmazsa çok huzursuz hissettiğini anlattı. Daha ayrıntılı sorgulandığında bu tür eylemlerin, yok sayıldığını hissettiği aile toplantıları sonrasında gerçekleştiği anlaşıldı. Terapiye alınana kadar çok sayıda dürtüsel intihar girişiminde de bulunmuştu. Terapi sürecinde ise sık sık ölüm ve intihar düşüncelerini dile getiriyor ancak terapi sözleşmesindeki şart olan kendisine zarar vermeyeceği sözü hatırlatıldığında kararından vazgeçiyordu.

Hiçbir şeye hayır diyememesinin altındaki yaranma çabasından, annesi ve kız kardeşine ne kadar verirse versin onlar tarafından umduğu şekilde benimsenmeyeceğinden, terk edilme korkusu ve bunun uzantısı olan tutunmasından, bu şekilde davranarak insanları bir süre sonra bunaltıp yine yalnız kalmasından konuşuldu. Kişilerarası ilişkilerdeki yanlışlarını fark etmeye başladı. Bu arada gördüğü “çocuk” varsanısı ile ilgili “öfke-içe atmak ve susmak-yalnızlık-çocuk” şeklinde bir yorumu oldu.

Başta annesine, kız kardeşine, kendisine yaptığı bölme (splitting) terapisiyle olan ilişkisinde de hakimdi. Terapistini kimi zaman göklere çıkartıp, yüceltiyor, hayatta onu tek anlayan ve onun en çok sevip değer verdiği kişi olduğunu söylüyor; anlaşılmadığını, önemsenmediğini düşündüğü görüşmelerin ardından ise terapistten nefret ediyordu. Bir diğer dikkati çeken savunma düzeneği yansıtmaydı. “...Rüyamda hastanede, salonda sizi bekliyorum. Odadan hışımla çıkıyorsunuz. Salon kalabalık. Bana herkesin içinde “bir daha sakın gelme, defol git, senden nefret ediyorum, senin yüzünü bile görmek istemiyorum” diye bağıırıyorsunuz. Oradakiler de sizi rahat bırakayım diye üzerime yürüyor. Ayağa kalkıp koşuyorum, ama kapı yerinde yok. Bir türlü dışarı çıkamıyorum”.

Üç yıllık tedavi süresinde “B”, giderek dış görünüşüne daha çok özen göstermeye başladı. Kendisine önem verdikçe diğer insanların da onu önemsediklerini, kendisine olan saygısı arttıkça başkalarının da onu saydığını fark etti. Artık aynaya bakabiliyor, aile fotoğraflarında kendisini görebiliyordu. Ocak 2001’den bu yana, ilişkilerinde insanları zaman zaman değersizleştirdiğini

zaman zaman da onlara aşırı değer verdiğini ve gerçekte bu durumun kendisini ne kadar zora soktuğunu fark etmeye ve bununla ilgili sıkıntısını görüşmelere getirmeye başladı. Yaranma çabasıyla tüm yapmakta olduğu şeyleri kendisi için yapmadığı sürece hayatını anlamlı ve gerçek kılamayacağını ifade etti. Çok sayıda şiiri olan “B” terapi sürecinde yazdıklarını bir kitap şeklinde bastırıp terapistine armağan etti.

“B”nin ara ara bunalısının artıp azaldığı ve paralel şekilde distonisinde artma-azalma olduğu gözlemlendi. Distoni; belirtilerinin tutarsız, anlaşılması güç, değişken doğası, stres altında kötüleşmesi ve duyuşsal (sensory) uyarılmayla baskılanması nedeniyle yıllarca psikojenik olarak değerlendirilmiştir (Fahn ve Bressman 2000). Ancak hastaların iyi gözlenmeleri ve hastalığın kendine özgü ilerleyişinin farkına varılması bu yanlış değerlendirmeyi engelleyebilir. “B”nin yapılan elektromyelografik (EMG) incelemeleri psikojenik distoni olasılığını ortadan kaldırmıştır.

Nisan 2001’deki bir görüşmede, terapistte sık sık belirtileri ile ilgili yalan söylediğini, örneğin çocuk hayalini görmediği ya da duvarların sesini işitmediği halde öyle oluyormuş gibi aktardığını, çocukken babası tarafından kaçırılması olayını da abartıp, hikayeyi süslediğini anlattı. Hasta daha önceki itiraflarında olduğu gibi cesareti için tebrik edildi ve iki yılın sonunda terapisinde büyük bir adım attığı söylendi. Bu konuyla ilgili suçluluk duyguları ve utancı yatıştıktıkça terapistte yalan söylemesinin nedenini şu sözlerle açıkladı: “Evet, duvarların konuştuğu, çocuğun varlığı, bunlar koca bir yalandı ama ben, bu yalan ve olmayan varlıklara öyle alışmışım ki... Meğer, onlar hiç olmasa da, ben ne kadar çok tutunmuşum onlara. Yokluğun varlığını özlüyorum... Ne zaman kendimi yalnız ve çıkmazda hissetsem çocuğun hayalini getirirdim gözümün önüne... Bir çok kez, çocuğun yanımda olduğunu söyleyip, hıçkırarak ağladım yanınızda. Dayanamıyorum sözleriyle dolu ağlamalar. Dayanamadığım şey çocukmuş gibi yapardım. Oysa dayanamadığım ne çok şey var. Hayatın kendisine, bu karmaşasına, yalnızlığa ve kendime katlanamıyorum. Nedeni başlı başına yaşamak olan ağlamalar. Niye ağlıyorsun sorusunun yanıtını, duvarlara, çocuğa yüklemek ve sanki böylece, ağlamak için önemli nedenlerim olduğunu göstermek. Ya da kendimi ne kadar büyük bir çıkmazda hissettiğimi gerçekten anlamanızı istediğim için, duvarları, çocuğu aracı gibi kullanmak...”

TARTIŞMA

“B” terapide uzun bir süre, belirtileri üzerinde durulmadan izlendi. Ancak pek çok belirtinin içi-çe girdiği tablo, daha çok kişilik ekseninde bir tanıya odaklanılmasına yol açtı. İki yaşındayken kız kardeşinin doğmasının, çalışan annenin çocukların bakımını anneanneye bırakmasının, yine ilk kez bu yaşlarda sakatlık belirtilerinin ortaya çıkmasının ve bunun anne üzerinde duygusal açıdan yarattığı belli etkilerin ve “B”ye olan yansımalarının, “B”nin bireyselleşme sürecini sekteye uğrattığı, böylelikle sembiyotik ilişkiler kuran ve ayrılmaya dirençli bir birey olduğu düşünüldü. Yaranma çabaları, aşırı tutunması, yalan söylemesi ve ara ara çok belirginleşen teatral halleri nedeniyle özellikle tedavinin ilk 8-9 ayında terapistin karşı aktarımında öfke, güvensizlik ve için için alay gibi olumsuz hisler ön plandaydı. “B”nin terapistte olan tavrı, davranış ve hisleri annesi ile olan ilişkisindekilere çok benzemektedir. Terapist uzunca bir süre “B”ye olan olumsuz duygularını, bir hastaya hissedilmesi kabul edilemez diye, terapi denetmenine aktarmadı. Bu süre içinde görüşmelerde, hastayla derinlemesine çalışmaya olanak sağlayabilecek bir ilişkinin kurulamadığı fark edildi. Denetiminde terapist “B” ile o ana kadar “zor ve umutsuz hastayı ben iyileştirebilirim” meydan okuması ile çalıştığını, bu itki ile “B”yi terapiye aldığını ve başarısız hissettikçe de “B”yi benimsemekte daha da zorlandığını görebildi. Ayrıca daha önce çalıştığı hiçbir hastaya karşı hissetmediği nitelikte olan bu öfke, güvensizlik ve alayın “B”nin yaptığı yansıtma özdeşimden de köken aldığını denetim sayesinde görebildi. Öte yandan, terapist, denetmenine, boğulma, kapana kısılma ve bunaltı hislerine duyarsız kaldığı düşüncesi ile öfke duyduğunu ve bunları da denetimde konuşması gerektiğini kavradı. Tüm bunlar fark edildikten ve terapist olarak asıl görevin hasta için hastayı tedavi etmek olduğu hatırlandıktan sonra terapistin sabırsızlığı ve denetmenine olan öfkesi kayboldu. Terapistteki olumlu değişikliklerin sonucunda güven ilişkisi kurulabildi. Denetim süreci, hastayı benimsemenin ona yardım edebilmekteki temel anahtar olduğu gerçeğini vurgulayarak, terapistin hastasına olan olumsuz karşı aktarımını fark edip çözmesine yardım etti.

“B”nin kullandığı savunma mekanizmaları, sınır kişilik organizasyonuna (Kernberg 1967, Meissner 1983) ve narsisistik kişilik bozukluğuna (Sacksteder 1990) özgü mekanizmalardır: Bölme,

yansıtma, yansıtma özdeşim, omnipotan kontrol (omnipotent control) ve narsisistik çekilme (narcissistic withdrawal). Kernberg (1967), sınır kişilik organizasyonunun etiopatogenezini Margaret Mahler’in gelişimsel şemasına dayanarak açıklamıştır. Bu bireylerde tıpkı “B”de olduğu gibi ayrılma-bireyselleşme (separation-individuation) sürecinde bir kesinti olduğunu düşünmüştür. Hastalar sonuçta yalnız kalmayla baş edemeyen, talepkar, tutunan, sürekli belirli kişiler tarafından terk edilecekleri korkusu ile yüzyüze yaşayan bireylerdir. Terapi sürecinde “B”deki narsisistik kişilik özellikleri giderek belirginleşmiştir.

“B”ye kendilik psikolojisi açısından baktığımızda, narsisistik kişilik bozukluğu için patognomonik kabul edilen aktarım çeşitlerinden biri olan ayna aktarımının (mirror transference) geliştiğini (Kohut 1971), yani hasta benimsedikçe ve onaylandıkça grandiyöz kendiliğin ortaya çıktığını görmekteyiz. Üç alt tipe ayrılan ayna aktarımı “B”nin terapisinin çeşitli aşamalarında farklı görünümde karşımıza çıkmıştır. “B”de tedavinin ilk 10 aylık döneminde gözlenen kaynaşım (merger) tipi ayna aktarımı, erken çocukluk döneminde travma yaşamış hastalarda ortaya çıkar. Hastanın grandiyöz kendiliği terapisti içine alıp yutacak ölçüde geniştir. Terapist yalnızca çocuklukta ki grandiyözitenin ve teşhirciliğin yankısı ve taşıyıcısı olarak varolur. Hasta, tıpkı bir çocuğun anababasından beklediği gibi, terapistin sorgulamadan kendisine boyun eğmesini ve onaylamasını bekler. “B”nin terapisinde ilk yılın sonunda ortaya çıkan ikizlik (twinship) tipi ayna aktarımında ise, grandiyöz kendilik bir derece nesneden, yani terapistten, ayrılır. Hasta, terapisti, grandiyöz kendiliğe benzer ya da grandiyöz kendilik gibi deneyimler. Bu durum klinikte, hastanın terapisti kendisine çok benzetmesi ile belirlidir. Gelişimin erken evrelerinden köken alan kaynaşım ve ikizlik tipi ayna aktarımlarında, terapistin bağımsız bir birey olarak varolması zordur. Kendi narsisistik ihtiyaçları karşılanmayan terapist için bu durum acı bir deneyim olma potansiyeli taşımaktadır. Kaynaşım ve ikizlik tipi ayna aktarımlarının terapistte yarattığı karşı aktarımlar, tıpkı B’nin terapistinin yaşadığı gibi (Siegel 1996); 1) Bağımsız bir birey olarak varlığının yok sayıldığını hissetmek: “B” başlarda belirtilerini renkli ve teatral bir biçimde sergilemek dışında terapisti ile ilişki kurmuyor ve terapist bu belirtiler üzerinde durduğu sürece görüşmeleri sürdürüyordu. İlk yılın sonunda, ikizlik tipi ayna aktarımının ortaya

çıkmasının ardından, “B” tıpkı terapisti gibi giyiyor, saçını kestiriyor, makyaj yapıyor ve psikolog olmak istiyordu. Sonradan şiir kitabını bastırıp hediye etmesi, “sen sensin ben de benim, bizim farklı iki insanız” kavrayışı ve kaybolan sınırları tekrar çizmeye başlaması olarak değerlendirildi. Böylelikle ayna aktarımının en olgun tipi olan, dar anlamında ayna aktarımı terapide ortaya çıkmaya başladı. Dar anlamında ayna aktarımı, grandiyöz kendiliğin gelişimindeki normal bir evrenin terapide yeniden canlandırılmasını ifade eder. Grandiyöz kendilik gelişiminin normal evresinde; çocuğun teşhirci gösterisine ayna olarak annenin gözlerinin parlaması, çocuğun narsisistik-teşhirci hazzına yanıt vermesi ve katılımı çocuğun kendilik saygısını pekiştirir ve bu yanıtlar giderek daha seçici algılanarak gerçekçi yönlere kanalize olur. Gelişimin normal evresindeki anne gibi şimdi de terapist ancak hastanın narsisistik hazzına katılmaya davet edildiği ve bu hazzı onayladığı sürece önemli bir nesnedir (Kohut 1971). 2) Hastanın grandiyöz kendiliğinin narsisistik talepleri sonucu kapana kısıldığını hissetmek: “B” sık sık öven, yücelten, kendisine değer verildiğini belirten sözler duymak istiyor ve bunu sağlamaya yönelik manipulasyonlar yapıyordu. Yani sıra, terapistin gördüğü diğer hastalarla kendini kıyaslıyor, en renkli, en sevilen, en çok anlaşılmaya çalışılan ve merak edilen hastanın kendisi olduğunu duymak istiyordu. Sürekli yaşanan bu durum terapistte sıkınlık, bunalı gibi duyguların ortaya çıkmasına yol açıyordu. 3) Sonuç olarak bunlara, öfke, zorlamalar ve zorlanmış yorumlar yaparak yanıt vermek. Bu karşı aktarımın panzehiri “B”nin terapistinin yapmaya çalıştığı gibi grandiyözitenin gelişimsel doğasını anlamaktır. Yani grandiyöziteyi kabul etmek, ortaya çıkışındaki dirençleri yorumlamak ve geçmişte evresine uygun olan doğasını terapide açıklayıp, göstermektir (Siegel 1996).

Narsisistik kişilere daha derin bakıldığında, “B”deki gibi, duygusal hayatlarının sığ olduğu, çoğunlukla huzursuz ve sıkın oldukları, boş ve çökkün hissettikleri ve hayattan çok az keyif aldıkları fark edilir. Bu hastaların tipik olarak bozuk bir özgüven ve kendilik saygısı düzenlemeleri vardır. Kendileri ile ilgili büyüklenmeci kabullerini sürdürebilmek için diğerlerinin dikkat, ilgi, şefkat, sevgi, iltifat ve beğenilerine ihtiyaç duyarlar. Bu ihtiyaçları karşılanmadığında açıkça iyi işlev gören bireyler yoğun bir şekilde bunalılı, öfkeli, çökkün, hipokondriyak, ve/veya para-

noid hale gelebilirler (Sacksteder 1990). “B” kendisiyle yeterince ilgilenilmediğini hissettiğinde terapistini annesine casusluk yapmakla suçluyor, öfkeleniyor, kendisine zarar vereceğini ve bundan terapistin sorumlu olacağını söylüyordu.

Narsisistik kişilik bozukluğu olan bireyler, tıpkı “B” de olduğu gibi, diğerleriyle, ihtiyaç doyurucu, bölünmüş, kısmi nesne ilişkisi temelinde ilişki kurarlar ve çoğunlukla yalnız narsisistik gereksinimlerini doyuranlara karşı ilgilidirler. İhtiyaç doyuran kişiler geçici olarak tümüyle iyi diye algılanıp uygunsuz şekilde yüceleştirilirler. Ancak bu kişiler narsisistik gereksinimleri karşılamayı başaramazlarsa aşırı öfke ve hakir görme ortaya çıkar. Tam yüceleştirmeden tam değersizleştirmeye kolayca kayma narsisistik kişilikli bireylerin önemli bir özelliğidir. Yüceleştirilenler dahil diğerleri gerçekte sevilip değer veriliyor değildirler, basitçe narsisistik destek kaynaklarıdır. Narsisistik bireyler diğerleri için ilgi, şefkat, kaygı veya empati beslemezler ve ilişkileri doyurucu olmadığında herhangi bir pişmanlık ya da suçluluk duymaksızın sona erdirebilirler. “B”, serviste yatarken tanıştığı ve çok imrendiği, yetenekli bulduğu ressam bir hastayla taburcu olduktan sonra da bir süre görüşmüş ancak arkadaşının ciddi bir hastalığı olduğunu en başından beri bilmesine ve bu konuda uyarılmasına rağmen onu bencil, duyarsız anlayışsız olmakla suçlayıp ilişkisini bıçakla keser gibi sona erdirmiştir. Benzer şekilde şiirlerini okuduğu radyo programının spikerleriyle arkadaş olmuş ancak bir kez bir şiiri onlar tarafından eleştirilince sevgiyle bahsettiği bu kişileri defterden silmiştir.

Sınır kişilik organizasyonu ve narsisistik kişilik bozukluğunun kendilik ve nesne ilişkileri kuramları temelinde ele alınmasının ardından bir parçada yapay bozukluk ile patolojik yalan söyleme (pseudologia fantastica) üzerinde durmak istiyoruz. Ehlers ve Plassmann (1994), yapay bozukluk tanısı almış 18 hasta ile yaptıkları çalışmada olgulara Deneke ve Muller’in indirgenmiş narsisistik envanterini uygulayıp test profillerini değerlendirmişlerdir. Dokuz hastada sınır kişilik bozukluğu, 6 hastada narsisistik kişilik bozukluğu tespit ederlerken, 3 hastada herhangi bir kendilik patolojisi saptamamışlardır. Yapay bozukluğu olan bu hastaların %83’ünde, Kernberg tarafından açıklanan biçimiyle bir kendilik-düzenleme (self-regulation) bozukluğu bulunduğunu belirlemişlerdir.

Wiersma (1933), yalan söylemeyi, bir ucunda

“normal” yalanların diğer ucunda patolojik yalan söylemenin uç formu olarak pseudologia’nın bulunduğu bir yelpaze olarak tanımlamıştır. Pseudologia fantastica’nın açık bir güdülenme olmaksızın öyküler anlatmak olduğunu belirtmiştir. “Birey öyle bir şevk ve coşku içindedir ki kendisini yalanların doğruluğuna dahi inandırabilir, böylelikle fantaziye gerçekten ayıramaz hale gelir. Yine de bu durum sanrılardan farklıdır, bireyin dikkati konu üzerine yoğunlaştırıldığında söylediklerinin yanlış olduğunun farkına varabilir” diye eklemiştir. Kohut (1971), narsisistik yapılarında yalan söylemenin dikkatli değerlendirilmesini ve terapistin yalanlarla ilgili açıklamaları sevinçle karşılaması gerektiğini, aksi halde terapide daha fazla ilerleme olmayacağını, elde edilmiş ilerlemenin de yok olabileceğini vurgulamıştır. “B” de terapi sürecinde yalanlara başvurduğunu (babası, üniversite sınavı, hastalık belirtileri, v.b.) ancak zaman zaman ipin ucunu kaçırdığını, gerçekte yalanın iç içe girdiğini ve neredeyse kendisini bunlara inanırken bulduğunu dereceli olarak açıklamıştır. Bu itiraflarının hoş karşılanması ve cesaretlendirilmesi terapi sürecini bir hayli hızlandırmıştır. “B” daha önce girdiği üni-

versite sınavlarında yüksek tercihler yaptığı için kazanamadığını belirtmiş, ilk kez bu yıl önemli olanın kabuğundan çıkıp hayatına bir yön vermeye başlamak olduğu düşüncesiyle iki yıllık okulları da tercih etmeye karar vermiştir. Sonuç olarak önüne daha ulaşılabilir hedefler koymaya başlamıştır. Üniversite sınavını kazanan “B” şu an Ankara dışında bir fakültede öğrenimine devam etmektedir.

Dünyanın her yerinde tanımlayıcı ve biyolojik psikiyatrinin giderek ağırlık kazandığı günümüzde, ilk bakışta kolayca şizofreni diye etiketlenebilecek böyle bir hastayla, psikanalitik yönelimli psikoterapi sürecinde, empatik bir ortamda, sabırla, hastayı benimseyerek ve güven ilişkisi kurarak çalışıldığında çok daha farklı tanımlara varılabileceğini ve hastayla çok yol katedilebileceğini gördük. İlaçların, depresyon ya da dürtü kontrol bozukluğu gibi durumlar hariç çok yarar sağlamadığı bu tip hastalar (Gabbard 2000), uygun koşulların sağlandığı, yapıllı, denetim alınarak gerçekleştirilen bu tür tedavilere gereksinim duymaktadırlar.

KAYNAKLAR

- Ehlers W, Plassmann R (1994) Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchausen syndrome). *Psychother Psychosom*, 62:69-77.
- Fahn S, Bressman SB (2000) Dystonia. *Merrit's Neurology*, 10th ed. Rowland LP (Ed), Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, s. 669-77.
- Gabbard GO (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice The DSM-IV* Washington, DC. American Psychiatric Press. s. 449-494.
- Gabbard GO (2000) A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 177:117-122.
- Grinker RR, Werble B, Drye R ve ark. (1968) The borderline syndrome: a behavioral study of ego functions. *Psychoanal Rev*, 38: 145-158.
- Gunderson JG, Singer MT (1975) Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*, 132:1-10.
- Hoch P, Polatin P (1949) Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry Q*, 23:248-276.
- Kernberg OF (1967) Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Association*, 15:641-685.
- Kernberg OF (1975) Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm (Çev: M. Atakay) Metis Yayınları, İstanbul, 1999; s. 200-208.

- Knight RP (1953) Borderline states. *Bull Menninger Clin*, 17:1-12.
- Kohut H (1971) Kendiliğin Çözümlemesi (Çev: C Atbaşoğlu, B Büyükdal, C İşcan) Metis Yayınları, İstanbul, 1998, s. 106-107.
- Meissner WW (1983) Notes on the levels of differentiation within borderline conditions. *Psychoanal Rev*, 70:179-209.
- Öztürk MO (2001) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Yenilenmiş 8. basım, Feryal Matbaası, Ankara, s. 688-689.
- Pope Jr HG, Jonas JM, Hudson JI ve ark. (1985) An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 142:1285-1290.
- Sacksteder JL (1990) New Perspectives on Narcissism. Plakun E (Ed), Washington, DC American Psychiatric Press, s. 1-71.
- Siegel AM (1996) Heinz Kohut and the Psychology of the Self (The Makers of Modern Psychotherapy). Spurling L (Ed), London Routledge, s. 87-96.
- Spitzer RL, Endicott J (1979) Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophr Bull*, 5:95-100.
- Wiersma D (1933) On pathological lying. *Character and Personality*, 2(1):48-61.