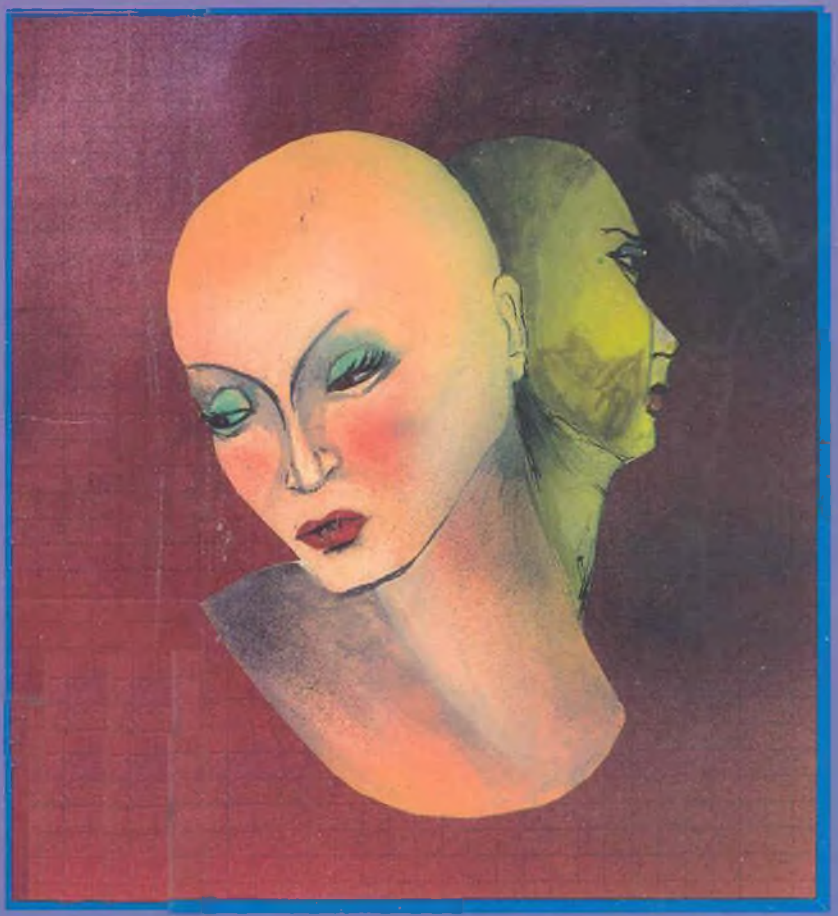
HİSTERİ



M. Olcay Çam - Kırlangıç

saray

HİSTERİ



HİSTERİ

M. Olcay Çam - Kırlangıç

saray

1995

Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti
168 Sok. No:5/A-1 Bornova/İzmir/Türkiye
Tel & Fax: (90 232) 339 49 69 & 342 20 52
373 37 00 & 373 40 71
İzmir, Bornova, Narlıbahçe, Buca, Edirne, Adana

1. baskı

© 1995 Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti

HİSTERİ, M. Olcay Çam -Kırlangıç

ISBN: 975-7816-67-1

Yayınlayan	: Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti
Yayıncı Kod No	: *7816*
Genel Dağıtım	: Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic Ltd Şti *168 Sok. No:5/A-1 Bornova/İZMİR/TÜRKİYE*
Basım Yeri	: Kanyılmaz Matbaası *Tel: 449 14 43*
Cilt	: Saray Cilt Atölyesi, İZMİR
Şekiller	: *İnt. Dr. Çağla BİÇER*, Kitapsaray Bilgi İşlem
Bilgisayar Dizgi	: *Mustafa ÖZKAN*, Kitapsaray Bilgi İşlem
Sayfa Düzeni	: *İnt. Dr. Kemal TARHAN*, Kitapsaray Bilgi İşlem
Kapak Resmi	: *Tülay Selçuk*, Kitapsaray Bilgi İşlem
Kapak Dizaynı	: *İnt. Dr. Çetin GÜLTEKİN*, Kitapsaray Bilgi İşlem

Eşime
ve
Kızlarım Işıl ile Seçil'e

ÖNSÖZ

Toplumumuzda yaygın bir şekilde görülen nevrozlardan biri olan histeri konusunda ayrıntılı bilgi sağlamanın yararlı olacağı düşünülerek bu kitapçık yazılmıştır.

Kitapçığın birinci bölümünde; bir hastalık olarak histerinin; belirtileri, nedenleri, toplumda sıklık durumu, klinik görünümü incelenmiştir. İkinci bölümde, diğer hastalıklardan ayrılan yönleri, iyileşme durumu ve hemşirelik bakımı yer almaktadır. Hemşirelik bakımının daha iyi anlaşılabilmesi için iki hasta örneği sunulmuştur.

Bu kitapçığın özellikle konuya ilgi duyanlar ve öğrenciler için yararlı olması umut ve dileğiyle.

M. Olcay ÇAM - Kırlangıç

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I

Histerinin Tarihçesi 11
Histeri Nevrozlarının Belirtileri 12
Histerinin Nedenleri 17
Histerinin Sıklık durumu 18
Histerinin Klinik Türleri 18

BÖLÜM II

Psikanaliz Açısından Konversiyon Nedir? 22

BÖLÜM III

Ayırıcı Tanı 30
İyileşme 32
Hemşirelik Bakımı 33
Hemşirelik Bakımının Uygulanması Açısından Örnekler 36
Örnek I 36
Örnek II 39

KAYNAKLAR 44

BÖLÜM I

HİSTERİNİN TARİHÇESİ

Bu ruhsal bozukluk çok eski çağlardan beri tanınmaktadır. İlkel çağlarda histeri de başka hastalıklar gibi bir takım doğa-üstü güçlerin etkisine bağlanıyordu. Hipokrat, histerinin doğa-üstü etkenlere bağlı bir bozukluk olmadığını belirtmiştir. Hastalığın adı, Yunanca'da döl-yatağı anlamına gelen "hysteron" sözcüğünden gelmektedir. Hipokrat histerideki çeşitli belirtileri doyurulmamış döl yatağının kadın bedeninde dolaşarak bir yerde yerleşmesine bağlamıştı. bunu Platon "Timaeus" adlı yapıtında şöyle dile getirmiştir (4).

"Erkekte üreme organı şehvetle kamçılanarak ve mantık dinlemez bir hayvan gibi başkaldırıcı ve atılgan bir duruma gelebilir. Aynı durum kadının dölyatağı içinde sözkonusudur; içindeki hayvan, çocuk dünyaya getirme isteğindedir, ve meyvesini verme zamanını çok fazla geçirirse, duruma tepki göstererek kızgınlıkla bedenin her yönüne doğru dolaşmaya başlar, sonunda solunum yollarını kapatarak türlü hastalık belirtilerine yolaçar." (4).

Hipokrat çırpınmalarla ortaya çıkan hastalıkların bir bölümünün epilepsi olmayıp histeri olguları olduğundan ve bu iki türü birbirinden ayırd etmenin güçlüğünden söz etmiştir (4, 9)

Orta çağda eski Yunanlıların doğacı görüşleri terk edilmiş ve histeri belirtileri şeytanın etkisiyle açıklanmıştı. Daha sonraları. 1893'de Joseph Breuer ve Sigmund

Freud "Histerik Olgunun Ruhsal Mekanizması" adlı yapıtlarında, histeri belirtileri gösteren kişilerin hipnoz altında, bastırılmış anıları çağrıştırılarak bu olaylara ilişkin duygularını açıkça yaşayabildiklerinde belirtilerin ortadan kalktığını anlatmışlardı. Daha sonraları ise "Histeri üzerine çalışmalar" adlı yapıtlarında, histeri belirtilerinin, cinselliğe ilişkin çatışmaların bilinç düzeyine çıkmasını engellemek amaçıyla geliştirilen savunma mekanizmaları olduğunu açıkladılar. Freud, bu belirtilerin baskı altında tutulan ve yönünden sapmış cinsel enerji olduğunu anlatabilmek amacıyla "dönüşme histerisi" (Conversion hysteria) terimini kullanmış ve böylece ruhsal cinsel nitelikteki çatışmaların bedensel belirtilere dönüşebildiğini anlatmak istemiştir. Günümüzde histeri nevrozları, Freud'un açıklamış olduğu gibi cinsel yada başka türdeki ruhsal çatışmaların bedensel belirtilere dönüşmesinden çok, zorlanma yaratan durumlardan kaçmak için kullanılan bir savunma mekanizması olarak yorumlanır. Yorumdaki bu değişmeye karşın dönüşme (konversiyon) terimi literatürde olduğu gibi kalmıştır (4).

Histeriyi organik hastalıklardan ayırd edebilmek için, organik hastalıkların belirtilerini oldukça iyi bilmek gerekir.

HİSTERİ NEVROZLARININ BELİRTİLERİ

Histeri nevrozlarının belirtileri aşağıdaki ortak özellikleri taşırlar;

1- Histeri nevrozlarında, ortaya çıkan bedensel belirtilere neden olabilecek yapısal bir bozukluk saptanamaz. Örneğin histerik kökenli felçlerde, belirtiler sinirlerin

anatomik dağılımına uymaz; uzun süre felçli durumda kalan kol ya da bacakta bir incelme olmaz.

2- Histeri belirtileri gösteren kişi, görünüşte ciddi sayılabilecek durumuna karşı duygusal bir ilgisizlik içindedir. Ünlü Fransız hekimi Janet'in Tatlı Kaygısızlık (La belle İndifference) adını vermiş olduğu bu durum, histeri belirtilerinin, kişiyi içinde bulunduğu zorlanmalı duruma ilişkin anksiyeteye karşı korumakta olmasının anlatımıdır. Janet bunun majör histeri belirtisi olduğunu belirtmiştir (4, 6). Histeri belirtilerinin bilinç dışındaki anksiyeteyi denetim altında tutmada yeterli olmadığı durumlarda bu belirtilere fobik tepkiler de katılabilir ya da Freud'un "anksiyete histerisi" olarak adlandırdığı durum ortaya çıkabilir (4).

3- Histeri belirtileri gösteren kişiler telkine çok yatkındırlar. Geliştirdikleri belirtiler, çoğu kez, okumuş ya da gözlemlemiş oldukları bazı olaylardan esinlenir. Histeri eğilimli kişi bir zorlanma durumuyla karşılaştığında eğer diğer insanların bu gibi durumlardan hastalık nedeniyle kaçınabildiklerini daha önceden fark etmişse bilinçdışı bir mekanizmayla, bazı belirtiler oluşturarak, içinde bulunduğu tatsız durumdan bir kaçış yolu sağlamaya çalışabilir. Bu yönüyle, öğrenilmiş bir özellikte taşır. Ülkemizde kırsal bölgelerde sık görülen histeri nevrozlarının hocalar veya üfürükçüler tarafından iyileştirilebilmesini telkine yatkın özelliğin etkili olması sağlamaktadır. Ancak, bu iyileşmeler sürekli olmamakdadır. Çünkü bilinçdışındaki çatışmalar süregelmektedir (4).

4- Histeri belirtisi kişinin belirli bir zorlanma durumundan kaçabilmesini sağladığı için, "seçici bir nitelik" gösterir. Örneğin bir yere gitmekten hoşlanmayan bir kişinin bacağını hareket ettirememesi (1, 4, 6).

Diğer bir kaynaktada histeri belirtileri çok çeşitli olmasına karşın dört ana bölümde toplanmıştır (4) :

1- Duyu organı belirtileri, sıklıkla bedenin çeşitli bölgelerinde duyulan sürekli ağrılardır.

Bazı sınırlı beden bölgelerindeki histerik duyarlılığın sıklıkla görülebilmesi "histerojenik bölgeler" kavramının gelişmesine neden olmuştur. Bu duyarlı bölgeler özellikle, göğüsler, yumurtalıkların bulunduğu alt karın bölgeleri, baş ve omurgadır. Deride ağrı ve dokunma duyularıyla ilgili başlıca belirtiler şunlardır; anestezi (duyarlılığın yitirilmesi), hipoestezi (duyarlılığın kısmen yitirilmesi), hiperestezi (aşırı duyarlılık), analjezi (ağrı duyarlılığının yitirilmesi), parestezi (karıncalanma) gibi duyular. Bu belirtiler genellikle sinirlerin normal anatomik dağılımına uymaz. Oldukça sık görülen bir histeri belirtisi de boğazda sürekli bir tıkanıklık duygusuyla belirlenen "globus Histericus"tur.

Görme işlevine yönelik çeşitli belirtiler arasında, görmeme, gece körlüğü, bulanık görme, okurken bazı harfleri ve sözcükleri görmeme, nesneleri olduğundan büyük ya da küçük görme, çift görme gibi belirtilerdir (4).

2- Devinim organı belirtileri; çok çeşitlidir. Histerik felçler, çeşitli yerlerde dabilir. Histerik kökenli titremeler ve tikler görülebilir. Ses telleri felci biçiminde ortaya çıkan belirtilere sık rastlanır. Afoni denilen durumda kişi, kısık sesle konuşabilmektedir. Gerçek ses tellerinin

organik felcine eşlik eden öksürük refleksinin yitirilmesi olmaz. Afoni, genellikle duygusal bir şok olayından sonra aniden oluşur.

3- Histeri nöbetleri bayılma ya da epilepsiyi andıran nöbetler biçiminde görülür. Nöbet sırasında kişi bilincini tümden yitirmez ve çoğu kez tehlikeli olmayan bir yere, düşer, göz refleksleri ve epilepsi sırasındaki diğer reflekslerde görülen değişiklikler, ya da dil ısırma ve idrar kaçırma gibi belirtiler görülmez. Nöbet genellikle çevrede başkalarının bulunduğu ortamda olur. Genellikle yüz, soluk ya da mavimtrak olmayıp, kırmızıdır.

4- İç organsal Belirtiler; insanların tıp alanındaki bilgileri arttıkça, histeri belirtileri de organik hastalıklardan ayırd edilmesi daha güç ve karmaşık bir hale gelmektedir. (4).

Diğer bir kaynakta histerik belirtiler ve bulgular şu şekilde ele alınmış olup altı başlıkta toplanmıştır (9) :

I- **Genel Görünüm ve Davranış:** Hastanın tipik somatik belirtisi dışında genel görünüm ve davranışının dikkati çeken özel bir yönü olmamakla beraber, bir kısım histerik hastalarda, bir miktar yapaylık ve abartılı bir durum gözlenebilir.

II- **Konuşma ve ilişki Kurabilme:** Konuşma genellikle normaldir. Afoni ve mutizm görülebilir. Bazen garip heceleme kusurları ve disartri olabilir. Seyrek olarakta, çocuksu, peltekleyerek, kekeleyerek ya da bir çocuğu taklit edercesine konuşma bozuklukları görülebilir.

III- Duygulanım açısından özel bir aldırmazlık dikkati çeker. Buna klasik yayınlarda "güzel aldırmazlık" denir. Örneğin bir ağrısını dile getirirken hastanın bunu gülerek anlatması. Hastalarda, genellikle bir duygusal oynaklıktan söz edilir. Aşırı gülmeler, ağlamalar görülebilir

IV- **Bilişsel Yetiler:** Bilişsel yetilerde genellikle bir bozukluk yoktur. Hastaların çoğu, kendilerini üzen, zedeleyen, inciten olayları anlatmaktan çekinirler ya da bu tür olayları çok kolay unuturlar. Bu represyon savunma mekanizmasının sık kullanılmasıyla ilgili olabilir. Bunaltı verici olayların yerini somatik belirtiler almıştır. Konversiyon, (dönüşme) savunma mekanizmasının kullanımıyla ilgili olabilir. Bellek, algılama ve soyut düşünme yetileri histerinin konversiyon tipinde normal sayılabilir. Ancak dissosiyatif türünde bu alanlarda bozukluklar olabilmektedir.

V- Düşünce akımı ve içeriğinde, özgül bir bozukluk görülmez.

VI- **Fizik ve fizyolojik Belirtiler:**

1- Motor belirtiler, ayakta duramama, yürüyememe (astazi, abazi), kasılmalar, extremitelerde güç azalması ya da yok olması gibi.

2- Duyu Belirtileri: Ağrılar, duyu azalması ya da artması, ya da yitimi, görmeme, koku alamama gibi belirtilerdir.

3- Nörovejetatif Belirtiler: Histerik düğümlenim (globus hystericus), kusmalar öksürük, hıçkırık, hava yutma (aerofaji), öğürmeler, geğirmeler, yalancı gebelik gibi belirtiler görülebilir (9)

HİSTERİNİN NEDENLERİ

Histerinin etiyolojisi henüz aydınlanmış değildir. Ancak etkili olan bazı değişkenler vardır.

- Psikoanalitik teoriye göre ödipal çatışmaların yaşandığı döneme bir yöneliş ile ilgili olduğu görüşü. Ayrıca erken gelişim dönemlerinde, çocuklukta, aşırı koruyucu yetişmeyle teşvik edilir. Bu yaklaşım infantil tutumları cesaretlendirebilir (1, 3, 6, 9).
- Fizik yaralanmalar ve hastalıklardan sonra da, bağımlılık gereksinimi temelinde, histerik semptomlar ortaya çıkabilir (Kompansasyon) (1, 3).
- Çevresel streslere reaksiyon; öğrenilmiş bir davranış olarak ortaya çıkar. Her anksiyete ve stres durumunda semptomun ortaya çıkışı ile kronisite kazanır (1, 6, 9).
- Heredite; genetik ve yapısal faktörler etkili olabilir (1, 6).
- Bir iletişim tarzı olarak; bazı araştırıcılar bunun kişilerarası non-verbal vücut diliyle bir iletişim şekli olduğunu belirtmişlerdir (1, 6).

Erkeklerde de görülmekle birlikte, kadın hastalığıdır. Adölesan ve erken erişkinlikte sıktır, ileri yaşlara da kayabilir. Sporadik ve epizodik olabilir. emosyonel streslerden sonra, sıklıkla ortaya çıkar. Semptomlar zaman içinde değişebilir ya da tek semptom rijit olarak sabit kalabilir ve yıllarca değişmeden sürer (1. 8).

HİSTERİNİN SIKLIK DURUMU

Histerinin çok sık görülen bir bozukluk olduğu gerçektir. Ancak istatistiksel bir sayı vermek güçtür. Sıklığın çağdan çağa, toplumdan topluma değişebildiği anlaşılmaktadır. Sıklık, yaşa, eşeyliğe ve sosyoekonomik düzeye de bağlıdır. Amerika'da zencilerde beyazlara oranla daha sıktır. Toplumumuzda da sıktır (6, 9).

HİSTERİNİN KLİNİK TÜRLERİ

Histerik belirtiler, klasik olarak iki ana türe ayrılarak, tanımlanmıştır: Konversiyon histerisi ve dissosiyatif nevroz.

Ancak ilk olarak 19. Yüzyılda Briquet'in histeri olarak tanımladığı ve son 15-20 yılda S. Guze ve arkadaşları tarafından yeni baştan ele alınarak DSM III'e Somatizasyon Bozukluğu başlığı ile geçen Briquet sendromunuda bir üçüncü tür olarak özetlemek gerekir. **Artık klasik başlığı histeri olmasa bile türler şunlardır:**

Konversiyon bozukluğu
Dissosiyatif bozukluk
Somatizasyon bozukluğu (8, 9).

Histeri, hastanın kendisini bütünüyle kaplayan çatışmalarla başetmek için, bilinçsiz bir şekilde oluşan fiziksel ve ruhsal bozukluğu içeren bir hastalıktır.

Semptomlar bir uzlaşmazlık ya da bazı çatışmaları çözmek için bir avantajdır. Bu nedenle semptomlar, hoş olmayan durumlardan hastayı uzaklaştırmaya yarar. Herhangi bir kişide de ciddi bir stres bir histerik reaksiyon oluşturabilirken, histerinin semptomları, histerik bir kişiliği olan bir kimsede daha büyük bir olasılıkla oluşacaktır (1, 3).

Bu belirli tipi gösteren kişiler genelde inmatürdür, telkine yatkındır. Öyleki bireyler ya da bireylerin cazip tarafından kolaylıkla etkilenirler. Sempati kazanmak ve etkileyici olmak için, teatral bir davranış şekli ile aşırı reaksiyonlar gösterirler. Onların yaşama karşı reaksiyonları infantil kalır, erişkin düzeyinde yargılama yapamazlar. Bencildirler. Kendilerinin ilgilendikleri şeylerle zihinsel olarak meşguldürler. Şiddetli ilgi görmeye gereksinimleri vardır, eğer bunu elde edemezlerse sıkıcı olabilirler. Karamsar ve impulsiftirler, sıklıkla ilgi ve sempati görmek için kendi kendine zarar verme derecesinde bile olsa bazı yollara başvururlar (intihar girişimleri gibi) (1, 3).

Yukarıda anlatılanlar, histerik kişilikle ilgili klasik görüşlerdendir. Histerik kişilik konusundaki görüşler çeşitlidir. Dupre, Beinheim, Babinski ve Janet'nin etkisi ile gelişen Fransız okulunun Heri Ey tarafından özetlenen tanımlamasına göre histerik kişilikte şu özellikler bulunmaktadır. (9).

a) Değişken ruhsal yapı (psikoplastisite) : Kesin bir kimliğin gelişmemiş olması nedeniyle kişinin kolay etki altında kalan bir birey olması, eğindirime (telkine) yatkın olması.

b) Yalan uydurma eğilimi (mitomani) : Dupre'nin tanımladığı bu özellik histerik kişinin rol yapma, yalan uydurma ve hastalığa öykünme eğilimidir.
c) Cinsel düzensizlik: Histerikler genel olarak cinselliğe karşı düşkün olmaktan çok, cinsel alanda derin kısıtlanışları (inhibition) ve düzensizlikleri olan kişilerdir.

Alman ruh hekimi Kretschmer histerik kişiliği iki kümede tanımlamaktadır:

1) Normal zekası bulunan, fakat duyguları bakımından çocuksu kalmış, bencil, ilgi çekmeye meraklı, hassas, alıngan, kaprisli, duygularında aşırılıklar gösterme ve rol yapma özellikleri olan kişi.
2) Normalin altında zekası olan, utangaç, ürkek ve heyecanlı kişi (9).

Histerik kişilikte, hasta semptomlarından canlı, renkli bir dille söz eder. Exibisyonistik; hasta genellikle iyi giyimli ve makyajlıdır. Görüşme sırasında gereğinden fazla açılır. Narsisistik; kendi kendileriyle aşırı meşguldürler. Emosyonel olarak, hasta gerçekte yaşanması mümkün olmayan emosyonları anlatır. Davranışları genellikle sexüel aktiviteye uyar. Gerçekte frijittirler. İlişkileri geliştikçe aşırı bağımlılık ortaya çıkar. Narsizminin bir parçası olarak giderek artan oranda ilaç ya da tavsiye bekler. Manipülatiftir. Sanaatkarca manevralar kullanır. Diğer insanların suçluluk duygularını arttırmak amacıyla suicid (intihar) girişimleri gibi girişimlerde bulunur. Histerik kişilik genellikle kadınlara

özgü bir davranış örüntüsüdür. Eğer erkeklerde görülürse, genellikle, pasif, feminen, homoseksüel karakter özellikleri ile birliktedir (5, 6).

Psikanalitik kurama göre histerik kişilik daha çok fallik (Öedipal) dönemde saplanmayı, oedipal sorunun çözülmemişliğini gösterir.

Ülkemizde çok görülen histerik nevrozlu kişilerin hepsinin yukarıda tanımlanan kişilik türlerine uyduğu savunulmamaktadır. Histerik kişilik hakkındaki tanımlamaların yeni baştan gözden geçirilmesinin gerekliliği görüşleri vardır. Histerik nevroz belirtileri göstermeye yatkın kişilerin ancak çok küçük bir bölümünün klasik kitaplarda tanımlanan özellikleri taşıdıkları birçok yerde belirtilmiştir. Çoğunun, çekingen, duyarlı, başkalarının (anne, baba ve eş) istek ve komutlarına uyan, ağır yaşam koşullarına uzun süre "uysal uyum" yapabilen, duygu ve düşüncelerini dışa vuramayan; çocukluktan beri aile içinde özel yer ve sorumluluk yüklenmiş kişiler olduğu belirtilmiştir. Histerik kişilik teriminin çok tartışmalı olması nedeniyle DSM III (1980)'de bu terim tümden atılarak, "histirionik kişilik" terimi kullanılmıştır (8, 9).

BÖLÜM II

PSİKANALİZ AÇISINDAN KONVERSİYON NEDİR?

Konversiyonda, daha önce represe edilmiş olan içgüdüsel dürtüleri, bilinç dışı olarak ve deforme bir biçimde anlatan semptomatik fizik işlev değişiklikleri oluşur (3).

Her nevrotik semptom, bir içgüdüsel doyumun türevi (substitut)'dir. Uyarılma ve doyum kendilerini fiziksel bir yoldan belirttiklerinden, konversiyon için karakteristik olan fizik alana geçiş kolaylıkla olmaktadır. Bununla birlikte, konversiyon semptomları sadece duyguların somatik anlatımları değildir. Aynı zamanda düşüncelerin organ dilinden orijinal sözlü dile yeniden dönüştürebilecek denli özgün anlatımları da taşıma özellikleri de vardır. (3).

Konversiyon semptomları; sorunu, duygusal nöbetlerle bir karşılaştırma yapılarak ele alınabilir. Bunlar, şiddetli bir uyaran ya da bir birikim hali bulunduğunda normal bir uyaran egonun denetleme yeteneğini geçici olarak engellediğinde, görülür. Konversiyon semptomları; egonun denetleme yeteneğinin aniden kaybolması ve istem dışı fizik deşarjlarla karakterizedir. Konversiyon semptomları herkeste ayrı ve özgün bir biçimdedir. Analiz bunların nereden kaynaklandığını gösterir. Bunlar, kişinin geçmişindeki represe edilmiş yaşantıları tarafından

belirlenmişlerdir. Konversiyon semptomları, represe edilmiş içgüdüsel isteklerin şekil değiştirmiş bir anlatımıdır. bu şekil değiştirmenin özel tipi, represyonu yaratan geçmiş olaylar tarafından belirlenmiştir (3).

Konversiyonların oluşması için biri fizik, diğeri psikolojik nitelikte olan iki ön koşul gereklidir. Fizik ön koşul insan vücudunun genel erojenitesidir (Genel olarak sağlıklılık). Psikolojik ön koşul ise, daha önceden gerçekten bazı şeylerin fantazi halini almış olmasıdır. Gerçek cinsel objelerin yerini, çocukluk objelerinin fantazideki temsilcilerinin almasıdır; bu sürece entroversiyon denir. Düşünce süreci iki şekilde ilerler. Birincisi mantıksal ve sözlü olup, gerçeklik ilkesine göre çalışır (ego gibi). İkincisi, arkaik, imgesel ve majik olup, zevk ilkesine göre işler. Fantaziler ikinci tip Düşünüşü temsil etmektedir; acı verici gerçeklerin yerini alan, hoşa giden türevlerdir. Fantaziler (düşlemler) çoğu kez represe edilmiş isteklerle bağlantılıdırlar. Represe edilmiş olandan deplasman (yer değiştirme) yoluyla aldıkları aşırı enerjiyle yüklenirler ve bastırılan şeyin türevleri haline gelirler (3).

Histerikler entroversiyonlarında, hayal kırıklığı yaratan bir gerçekten, fantazilerin majik (büyüleyici) liğine regrese olmuşlardır. Fantazilerin bastırılan içeriklerden, özellikle kabul edilmeyen odipus kompleksinden uzak oldukça, bu bilinçlikle ele alınabilir ancak bilince çok yakın bir yerdeyse onlarda bastırılır. Daha sonra, konversiyon semptomları halinde şekil değiştirmiş olarak ortaya çıkarlar. (3).

Histerik kişilerin fantazileri bastırıldıktan sonra, fiziksel işlev değişiklikleriyle anlatım bulurlar. Ferenczi, bu bağıntı konusunda, fantazilerin (hayallerin) "histerik nesnelleşmesinden" söz etmiştir. Histerikler "nesnelleşirken" aynı şekilde normal fantazide ve aslında her türlü düşünüşte bulunan bir şeyi abartmaktadırlar. Eylemin yerini olan düşünce, genede bir parça eylemdir. Tasarlanan eylemlerin içe vurumları, düşünme sırasında azalarak ortaya çıkar (3).

Histerik krizler, oldukça karmaşık fantazi öykülerinin anlatımlarıdır. En ince ayrıntılarına kadar rüyalar gibi analiz edilebilirler ve kullandıkları şekil, değiştirme mekanizmaları aynıdır.

Bu biçim değiştirme mekanizmaları: Kondansasyon, deplasman, zıddi ile temsil etme, bütünü temsil eden ayrıntıların abartılması, olayların sırasının tersine çevirilmesi, çoklu idantifikasyon, sembolizm ve plastik represantasyon için uygun olma, şeklindedir.

Bazen nöbetler cinsel doyumu sembolize ettiklerini açıkça belli eder ve orgazmı andıran hallerle sonlanabilirler. Freud, nöbetin doruğundaki bilinç yitimini. orgazmın doruğundaki bir anlık bilinç yitmesine benzetmiştir. Bazı vakalarda nöbet, cinsel ilişki ya da baştan çıkarmayla doğrudan ilgili olmaz. Onun yerine, gebelik ve doğurmanın bir yönüne odaklaşılamıştır (3).

Bir kadın hastanın krizlerinin en şiddetli anında, kollarında sıçrayıcı hareketler olmaktaymış. Analiz, bunların ejakülasyon sırasındaki penisin spazmodik kasılmaları belirttiğini ortaya koymuştur. Histerik bir kadın hastanın aksırma nöbetlerinde de benzer bir anlam bulunduğu saptanmıştır. Kadının burnu kendisinde

varolduğunu düşlediği penisi temsil edebilir. Histerik çığlıklar çok çeşitli duyguların anlatımı olabilir. Bazen çığlığın tipi bile bir ipucu verir. Bu çocuksu bir yardım isteği olabilir, cinsel bir saldırıya uğramış bir kadının çaresizliğini andırabilir. Çocuk doğurma konusundaki rüyalara ilişkin olabilir veya şiddetli bir öfke belirtisi olabilir. Gülme krizlerindeki gülme, çoğu kez düşmanca istekleri, özellikle öç alma şeklindeki fikirlerin tasarımsal olarak, gerçekleşmesinden duyulan bir zafer belirtisidir. Histerik ağlama, çoğu kez cinselleştirilmiş işeme konusundaki çatışmaların "yukarıya deplasmanı"nın karşılığıdır (3).

Açlık veya susuzluk nöbetleri, solunum, dışkılama veya işeme gereksinimleri ile ilgili güçlükler şeklindeki durumların patolojik bir şekilde bulunmasının histerik nöbetlerle yakınlıkları vardır. Bunlar çocukluk cinselliği dönemlerinden kök alırlar. Bazen açlık, susuzluk, boşaltım gereksinimleri cinsel özlemin yerini alabilir. Anoreksi, cinsel özlemin bir yadsınması olabilir (3).

Histerik ağrılarla ilgili olarak, Freud; ilk histerik ağrının "represyonun yapıldığı durumda gerçekten bulunduğunu" söyler. Orijinal fizik ağrının hastanın kendisi tarafından yaşandığı olgularda, hasta herhangi bir yolla ağrıyla ilişkili halen genel arzulanmış hoş bir uyarımında bir türevini taşıdığı anlaşılır; ağrı bu durumda hoş doyumlara kapılmamak için verilen bir uyarı işareti halini almıştır (3).

Genellikle şu formülasyon geçerlidir: Çocuklukta fonksiyonel bir bozukluk, emosyonel bir çatışma ile birlikte bulunduğunda ve bu çatışma bastırıldığında, daha sonra fonksiyonel işlev bozukluğunu veya emosyonel çatışmayı anımsatan herhangi bir şe tüm

sendromun her iki öğesinide harekete geçirebilir; burada fonksiyonel bozukluk bilinçli belirti ve emosyonel çatışma da konversiyon semptomunun dürtüçü gücü olacaktır.

Motor paralizi, eyleme karşı bir savunmadır, yani kabul edilmeyen bir çocukluk cinsel eylemine karşı bir savunmadır (3).

Histerik duyum azlığı, bir tür yerel bayılmadır; acı verebilecek bazı duyumlar kabul edilmemektedir.

Bütün semptomlarda, kabul edilmeyen dürtülerin tüm enerji yükü, belirli bir fizik fonksiyonda toplanmış gibidir. Hangi bölgenin hastalanacağını şu özellikler belirler:

1- Bilinç dışı cinsel fantaziler ve hastalanan bölgenin bunun karşılığı olan erojenitesi. Oral fiksasyonları olan bir kimse oral semptomlar, anal fiksasyonları olan bir kimse de anal semptomlar geliştirecektir.

2- Tamamen fizik olaylar. Bünyesel bir zayıflık veya sonradan kazanılmış bir hastalık tarafından yaratılmış olabilir. Organik olarak miyop bir kimsenin göz semptomları gösterme olasılığa daha çoktur. Organik olarak belirlenmiş semptomlar, aynı zamanda bastırılmış dürtülerin biçim değiştirmiş bir anlatımla yeniden ortaya çıkmasına olanak sağlayabilir, yani sekonder bir konversiyon anlamı kazanabilir. Konversiyonla oluşturulmuş değillerdir. fakat konversiyon tarafından kullanılmaktadır ve bundan dolayı, kendilerini yaratan organik neden ortadan kalktıktan sonrada, psikolojik nedenlere dayalı olarak devam edebilirler.

3- Organın seçimi, belirleyici olarak bastırmanın yapıldığı andaki duruma bağlı olabilir. Bozukluklara konu olacak organlar, bastırmanın yapıldığı anda en aktif olan veya en fazla gerilim altında bulunan organlardır.

4- Bazen hastalanacak organın seçiminin, daha çok söz konusu bilinç dışı güdüyü sembolik biçimde anlatabilecek organın fonksiyon yeteneği belirleyebilir. Enkorpare edici eğilimler; ağız, solunum organları ve deri tarafından daha iyi anlatılabilir. Boşaltıcı eğilimler, bağırsak kanalı ve yine solunum sistemi tarafından daha iyi anlatılır. El, ayak, burun ve göğüsler gibi konveks organlar penisi sembolize eder ve erkeksi arzuları temsil ederler; ağız, anüs, burun delikleri ve ekstremitelerin bükülen yüzeyleri vajinayı sembolize eder ve kadınsı arzuları temsil edebilir (3).

Lamarck'ın türlerin evrimi kuramına göre, bu değişim üç evrenin zorunluluklarına, gövdenin otoplastik uyumu yoluyla olmuştur. Bir histerik konversiyonda, hayvanların bu ilkel otoplastik uyum yeteneğinin bir tür son kalıntısı olabilir.

Histerik kadınlarda sık görülen globus histericus'un bilinç dışı fantazilerdeki penisi ısırarak koparmak ve enkorpore (içe alma) etmek isteğinin (fellatio fikri) şekil değiştirmiş bir anlatımı olduğunu gösterir. Bu fantazi çok fazla tanımlanmıştır. Çeşitli vakalarda aşağıdaki anlamlar farklı bir önem taşır. Bu semptom şu anlamları belirtebilir:

a- Genital arzuların yukarıya deplasmanı,
b- Gebelik fikri,
c- İmrenilen organa sahip olan erkekten bir öç alma; yani aktif kastre edici eğilimlerin bir anlatımı,
d- Kastre edilmiş penisin enkorporasyonu (içe alma) ve erkekle bir idantifikasyon.

Bu fantaziyle, cinsel eş penisinden yoksun bırakılmıştır. Histerik kadında genital birleşme fantazisi odipus arzularıyla o denli sıkaca bağlıdır ki, gerçek bir aşk olanaksızdır. Abraham'ın sözlerini tekrarlarsak: Histerik kadın sadece genital organlar dışlanırsa sevebilir; çünkü bu organlar aşkın kabul edilemeyen bölümünü temsil etmektedir. Histerik kadın, fantazisinde genital organları koparark saf dışı ettiğinde bu koşulu gerçekleştirmeye çalışmaktadır (3)

Represe edilmiş dürtü açısından konversiyon semptomu, gerçek cinsel doyuma ulaşamayan histerik kişi için, cinsel doyumun şekil değiştirmiş bir halidir. Semptomun bilinçte zevk verici olarak değil de daha çok şıddetli bir ızdırap olarak algılanması, represe edici güçlerin etkinliğine bağlıdır. Bazen bu ızdırap insanın suçluluk duygularını gidermek için kendine verdiği bir ceza gibidir. (3)

Histerinin kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesi, kadında cinsel gelişmenin daha karmaşık olmasındandır. Vagina yararına klitoristen vazgeçme süreci tamamlanamayabilir. Çoğunlukla, ana-babalarına aşırı yoğunlaşmış çocuklar, daha sonra ana-baba tarafından özel bir biçimde odipus arzularını doyurmaktan alıkonurlar. Histerik kimseler arasında anasının kuzusu olarak bilinen veya erkeklere gereksinmez görünen,

fakat babalarına olağan dışı hayran olan kadınlara sık rastlanır. Bununla birlikte, histerik semptomların en son içeriği olan odipus kompleksinin analiziyle doğrudan ortaya çıkmaz. Yetişkinin odipus fantazileriyle semptomları arasında, düşlerinden geçiş şekilleri yer alır. Spazmlar, ritmik kas kasılmaları ve duyusal bozuklukların aynı anda hem masturbasyon niteliğindeki eylemlerin yerine geçtiği, hemde bunlara karşı savunmalar niteliğinde oldukları kanıtlanmıştır (3)

Bir konversiyon semptomunda daha çok genital nitelikteki arzuların anlatılmasının bir örneği, çocuklarda en sık rastlanan mastürbasyon eşdeğeri olan altını ıslatmadır. Bu, çoğunlukla yeniden bir bebeğin ayrıcalıklarına sahip olma isteğini belirtir. Oğlanlarda, idrarını tutamama, genellikle bir dişi özellik anlamını taşır; böyle çocuklar "pasif biçimde işeyerek" kadınsı bir zevk elde etmeyi umarlar. Ayrıca, pasif biçimde işeme, erken pasif alıcı zevk sağlama yollarına bir regresyonu, bebeklik çağının özgürlüklerine bir özlemi de belirtebilir. Bu nedenle semptom, genellikle, bir kardeşin doğumu ile ortaya çıkar. Bazen böyle vakalarda yatağını ıslatma, ana-babanın incitilmesi amacına yarayan, açıkça saldırgan ve zıtlaşıcı bir anlam taşır. (3).

Konversiyon psikanalizin klasik konu malzemesidir. Gerçekte psikanalitik yöntem, histerik hastaların incelenmesi yoluyla bulunmuş, denenmiş ve geliştirilmiştir. Psikanaliz bugün de en kolaylıkla histeri vakalarına uygulanabilmekte ve en iyi tedavi sonuçlarını da histerinin psikanalitik tedavisi vermektedir. (3).

BÖLÜM III

AYIRICI TANI

Konversiyon histerisinde, organik belirtiler olmasına karşın organik bir bulgunun olmaması ve güzel aldırmazlık (umursamazlık) bulunması ile tanı koymak kolaylaşır. Konversiyon nevrozunda en önemli ayırıcı tanı sorunları, nörolojik hastalıklarla ilgilidir. Nörolojik kaynaklı duyu yitimi bir dermatoma uyar. Konversiyon histerisinde ise sinir yolunu izlemez, genellikle çorap, eldiven biçimindedir; refleks bozukluğu yoktur. Polinevritte de çorap, eldiven biçiminde anestezi olursa da DTR (Derin Tendon Refleksi) azalır veya kaybolur. Başın tepesinden ayak ucuna dek bedenin bir yarısını kaplayan duyu yitimi herhangi bir nörolojik bozukluğa uymaz, konversiyon bozukluğudur.

Histerik sağırlık çift taraflıdır, kulak muayenesi ve odiyolojik testler normaldir. Histerik körlükte de göz ve nörolojik bulgular normaldir (9).

Histerinin disosiyatif türünde, bilinç, bellek ve algılamada bozukluklar görülür. En sık görülen belirtiler disosiyatif bayılmalardır. Ayrıca unutmalar (amnezi), donakalım (katalepsi), çoğul kişilik (multiple personality), histerik çılgınlık (psödopsikoz), uyurgezerlik (somnambulism) ve disosiyatif kaçışlar (fugue) biçiminde görülür (1, 3, 9).

Dissosiyatif bayılmalarda hasta genellikle zedeleyici, aşırı etkileyici bir olaydan sonra kendisini incitmeyecek biçimde bir koltuğa, yatağa ya da yere düşerek bayılır. Bu sırada epilepsiye benzer kasılmalar, gerilmeler, hatta epilepsiyi çok taklit eden tonik ve klonik kasılmalar görülebilir. Bu kasılmalar sırasında ve sonrasında hastanın hareketleri sağa sola çırpınan bir insan görünümündedir. Bu sırada bilinç kapalı izlenimi edinilebilir. Fakat çoğu kez, hasta dışarıdan gelen sesleri işittiğini yanıt veremediğini söyler. Genellikle bu nöbetin ardından sıkıntı ile, ağlayarak uyanma ve kimi hastalarda uyanırken şaşkınlık belirtileri görülebilir (1, 5, 9).

Ayrıca, disosiyatif bayılmalar; senkop veya tansiyon düşmesinden kaynaklanan bayılmalarla, tansiyonun normal yada normale yakın olması ile ayırdedilebilir.

Dissosiyatif bellek yitimini (amnezi) organik beyin sendromlarından, disosiyatif donakalımı, şizofrenik donakalımdan, uyurgezerliği epileptik uyurgezerlikten, çoğul kişilik ve füg durumlarını epileptik kişilik değişimleri ve füg durumlarından ayırdetmek gerekir. Bunlar genellikle nörolojik açıdan özgül belirtileriyle ve ayrıca EEG incelemeleriyle ayırdedilebilir (6, 9).

Erken nörolojik semptomlar, histeri ile karışabilir. Örneğin belirginleşmemiş skleroz (1).

Anksiyete durumları, pekçok histerik hasta anksiyeteden şikayet edebilir. Ancak bu duruma karşı güzel aldırmazlık varsa, anksiyeteden ayırdedilir (1).

Hastalık taslamada, histerik hastada olduğu gibi yakınmaların ardında bir güdü vardır. Ancak temel fark, histerikte güdünün bilinç dışında, hastalık taslayanda ise tümüyle bilinç düzeyinde olmasıdır. Bu fark önemlidir, çünkü histeriklerin kendi istekleriyle hastalıklarını değiştiremedikleri anlamına gelir; yani onların gerçek semptomları vardır. Hastalık taslayanların ise semptomları yoktur, yalnız yakınmaları vardır (1, 2, 5).

İYİLEŞME

Histerik nevrozda gidiş ve sonlanış hastanın kişilik yapısına, çevresel koşullara ve yapılan tedaviye bağlıdır. Uygun Çevresel Koşullarda çoğunlukla eğindirim (telkin) yöntemleri ile, hatta kendiliğinden, belirtilerde düzelme görülür. Ancak belirtiler yineleyebilir. Ağır vakaların uzun yıllar sürdüğü ve işlev bozukluğunun organik bir bozukluğa yol açtığı (örneğin kaslarda gerileme) görülebilir. Çoğunlukla iyileşme olur. (6, 7, 9).

Eğindirim (telkin) yöntemleri: a) Hipnoz, narkoterapi, faradizasyon, anksiyolitikler. b) Çevresel koşulların düzeltilmesi veya çevre değişikliği, dinlenme iyi gelebilir. c) Süreğen ve çok dirençli hastalarda elektro-konvülsif tedavi denenebilir. Bazen, bu nedenle hastayı hastaneye yatırmak gerekebilir. (1, 9).

Oluş nedenine yönelik tedavi yöntemi izlenmelidir. Bu nedenle, psikoanalitik psikoterapi yararlıdır. Bireysel psikoterapiye ek olarak aile psikoterapisinin katkısı da fazladır (1, 3, 5, 9,).

HEMŞİRELİK BAKIMI

Histerinin tüm semptomları çatışmalı durumları çözmek için geliştirilmiştir. Öyleki, çatışmalı bir durumla ilgili anksiyetenin giderilmesi ve id dürtülerinin kısmi doyumu biraraya gelerek, nevrotik bir semptomun veya hastalığın "birincil kazancı"nı oluşturur. Bunlar hastaya semptomun doğrudan ve en yakın sonucu olarak avantajlar sağladıkları ve çevreden gelen yanıtlardan bağımsız oldukları oranda birincildirler. Yani hasta bir kazanç sağladığının farkında değildir.

Bazen de çevrenin semptomlara gösterdiği tepkinin sonucu olarak hastaya ek avantajlar sağlanır. Örneğin, tetiği çekerken parmağı felç olan bir yedek subayın, hastanede uzun süre tutulmayıp bunun yerine bir aylık izinle taburcu edildiğini varsayalım. Böylesi bir durum, onun semptomuyla bir "ikincil kazanç" elde etmesine neden olurdu. İkincil kazanç tümüyle bilinçlidir. Bu semptom ortaya çıktığında, hastanın iyileşme isteğini bozabilir, dolayısıyla iyileşmeyi gerçekten geciktirebilir. İkincil bir kazanç, yeterince önemliyse, aksi halde iyileşmesi olası bir hastanın düzelmesini bile engelleyebilir (1, 2, 5).

Hemşirenin, tüm nevrotik semptomların bir anlam ve amaç taşıdığını kavraması ve bunların anlaşılabileceğini bilmesi gerekir. Hemşire semptomların taşıdığı anlamı ve hastanın bu semptomlar yoluyla nasıl gereksinmelerini açıkladığını öğrendikçe, hastanın hemşirelik bakımını geliştirip, değiştirebilir. Hemşirenin hastanın semptomları

ile ilgili olarak, bilip kabul etmesi gereken öncüller şunlardır;

- Hastanın davranışı bilinçli olarak güdülenmiş değildir. Bu davranışlar içsel gerginlik ve gerilimlerden gerek kişisel, gerekse toplumsal bakımdan onaylanabilir bir kurtulma girişimidir.
- Semptomlar hasta için gerçektir, eğer hastada ağrı varsa, bu ağrının giderilme gereksinimi de vardır.
- Hemşire semptomunun anlamını kavradığında, hastaya çözüm yolu bulmasında yardımcı olabilir.
- Hasta-hemşire ilişkisi hastanın doyum bulmasını sağlayarak daha olgun gereksinimler geliştirilmesini kolaylaştıran bir araçtır.
- Hastaların genel sınıflandırmalar içine sokulması, ve bunlar için etiket kullanılması çoğunlukla hastayı anlamamızı engeller.
- Hemşirenin kendi anksiyetesi, hasta ile etkileşiminde önemli rol oynar. Bu anksiyetenin hasta üzerindeki etkisi bilinmeli ve kontrol altına alınmalıdır.
- Hemşire, uzun bir gelişim süreci ile oluşmuş hastalığın (semptomun) giderilmesi konusunda sabırlı olmalıdır (5).

Hasta sıklıkla, ilgi ve sempati bekler. Bakım ve tedavinin amacı hastanın çatışma alanlarını keşfetmek ve hastanın bu çatışmayı ele almasında daha doyumlu ve kabul edilebilir bir tarzı öğrenmesinde ona yardımcı olmaktır. Her ne kadar, hastanın talep edici kişiliği can sıkıcı olsa da, hemşire onun böyle davranmaya gereksinimi olduğunu bilmelidir (1, 2, 5).

Hemşire, semptomların giderilmesi konusunda, sabırlı ve azimli olmalıdır. Hastanın güvenini kazanmalı ve hastaya histerik patlamalar, kendine zarar verme, gibi tepkilerden ziyade, daha akılcı ve kabul edilebilir yolların bulunduğunu görmesinde yardımcı olmalıdır. Aynı zamanda, hemşire, hastaya, problemlerini gerçekçi bir şekilde çözebilmesi için cesaret vermelidir (1, 2, 5).

Hemşirelik Bakımının Uygulanması Açısından Örnekler

ÖRNEK I

20 yaşında bir genç kız olan Myra, sağ kolundaki felcin iyileştirilmesi için hastaneye getirilmiştir. Felç hastaneye yatmadan bir gün önce ortaya çıkmıştır. Hasta ağrıdan da yakınmaktadır. Ürkmüş görünmektedir ve hastaneye yatmaya çok isteklidir. Hemşire, Myra'nın annesinin onunla çok daha küçük bir çocukla konuşur gibi konuştuğuna, kızgın annesine boyun eğdiğine ve onun yanında fazla konuşmadığına dikkat eder. Yapılan tüm fizik muayeneler felç için hiç bir organik temel bulunmadığını ortaya koyar. Hemşire annenin ziyaretleri sırasında ağrının arttığını gözlemler. Myra gergindir, sık sık "kolumu hiç kaldıramıyorum" diyerek felçten aşırı yakınmaktadır. Çoğunlukla sinirlidir. Başlangıçta hemşireyle fazla konuşmaz; konuşsa bile bunu zor işitilecek, çok alçak bir sesle yapar. Psikiyatrist ile günlük tedavi seanslarına başlar. Hastanın bakımı için hemşire R. görevlendirilir.

Hemşire daha başlarda Myra'nın özellikle annesinin ziyaretleri sırasında çok öfkeli olduğunu fark eder. Bu öfke sinirlilik, alçak sesle konuşma, uzun susmalar ve faaliyetlere katılma isteksizliği şeklinde olup, özellikle sağıtım için gerekli günlük işlemler ve istekler sırasında Myra'nın sabırsızlığında yansımaktadır.

Hemşirenin ilk işi hastanın öfkesi konusundaki izlenimlerini destekleyecek özgün veriler toplamak olur. Her gün kesintisiz bir süre hastayla birlikte olmayı planlamakla işe başlar. Bunu grup çalışmalarını,

psikoterapı seanslarını ve hem hasta, hem kendisi için uygun zamanı göz önüne olarak düzenler. Zaman saptamasını Myra ile görüşür ve bu yarım saati tümüyle istediği biçimde kullanabileceğini, kendisine ayrılmış bir zaman olduğunu söyler Myra hemşirenin programına şaşar ve hemen, "Zaten doktorla da konuşmalıyım, benim gereksinmem kolumdaki felcin iyileşmesidir. Bir hemşire buna yardım edebilir mi?" der. Hemşire bu aşırı duyarlılığı yanıtlamaz, ancak "Bazı şeyleri söylemek her zaman hoş olmayabilir, ama rahatlatabilir. Sana kaygı veren neyse. ondan söz edebiliriz" der. Myra karşılık vermez ancak ertesi sabah buluşma saatinde elinde bir dergiyle hemşireyi bekler. Myra hemen elindeki dergilerin kötü seçilmiş olduğundan yakınmaya koyulur. Hemşire aynı düşüncede olduğunu bildirir ve onun bu konudaki zevklerini sorar. Yarım saat dolup hemşire gitmek üzere ayağa kalkıncaya kadar hep bunu konuşurlar. Hemşire giderken, "Yarın yine buradayım, aynı saat" der.

Bunu izleyen birkaç gün içindeki konuşmalar da hemen hemen aynıdır; hemşire gelip Myra'ya yatağında kıvrılmış ağlar ve kolunu oğuşturur buluncaya kadar bu böyle sürer. Myra annesiyle kahve içmek için gittiği kantinden yeni dönmüştür ve kolu çok ağrımaktadır. Hemşire ağrının aniden mi çoğaldığını sorduğunda Myra büyük bir öfkeyle tepki gösterir. Yüksek sesle bağırır, sol koluyla masaya yumruk atar. Hemşire sessizce dinler. Hıçkırıklar yatışmaya başlayınca kızın ağlamadan, bağırıp çağırmadan konuşmasına, öfkesini dökmesine yardım eder. Sorunun araştırılmasında başvurulan bu daha olgun yöntem Myra'ya çok yararlı olur, önce genel olarak, anne kız ilişkilerinden, sonra da özellikle kendi annesinden söz etmeye başlar. Hemşire konuyu

"deşmeye" de, davranışı yorumlamaya da gerek görmez. Yalnız yer yer kızdan söylediklerini açıklamasını ister ve sorunu psikiyatriste iletmesini önerir. Hemşire vurmak istediği ile felç arasındaki açık bağlantıya bir kez bile değinmez. Psikiyatrist güçlü duygularını anlaması için Myra'ya yardım ettikçe, duyguları ile felç arasındaki ilişkiyi Myra kendisi çıkarabilir ve iyileşme yoluna girer.

Burada iyileşme Myra için bir büyüme sürecidir. Körü körüne davranmak yerine, duyguları üzerinde düşünüp konuşmayı öğrenir.

Hemşireye düşünce ve duyguları için bir yansıtıcı rol vermektedir. Burada, hemşire, aynı zamanda onu dinleyen, hiç bir biçimde tepki göstermeden duygu ve davranışlarını kabul eden, mantık yürütebilen, soruşturan, güvenilebilir genç bir erişkin, örneği vermiştir. Belki hasta zaman zaman istemiş olsa bile, hemşire yine de "anne", "kızkardeş" ya da "arkadaş" rollerine girmemiştir. Hemşire bir amaca yönelik olarak orada bulunmakta, kendi davranışlarını bilinçli olarak yürütmekte, bu bilincini sürdürebilmek üzere başhemşire tarafından yöneltilmektedir. Bu nedenle hasta-hemşire ilişkisi denetimlidir. Hemşirenin amacı, bu ilişkide hastanın duygularını daha olgun bir biçimde ele almasına yardım etmektir. Bu öyle bir ilişkidir ki, hemşire hastanın davranışından çok, bu davranışın anlamını kavrar ve ona göre yanıt verir.

Hastanın tedavisi boyunca hekimle hemşireler sık sık toplanarak tartışırlar. Hemşire duygu, gözlem ve bilgilerini paylaşır. Hekimse bilgi verir. Soru sorar ya da belli bir hareket tarzı önerir (5).

ÖRNEK II

Shila, 25 yaşında evli 2 çocuklu bir bayandır. Shila'nın belirli olaylar için, hatırlayamama (amnezi), başdönmesi ve bulanıklık yakınmaları vardır. Shila, arkadaşları, komşuları ve diğer aile üyeleri tarafından çok az destek görmekle birlikte, ev yaşantısıyla ilgili konularda bazı zorlukları vardır. Aynı zamanda, Shila'nın kocası, son zamanlarda haftanın çoğunu dışarıda geçirmesi gereken bir pozisyonda çalışmaktadır. Hastaneye kabulü, polisin doktora sevki ile olmuştur. Polise, beş ve yedi yaşlarındaki çocuklarının iki saat önce kaçırıldığını ve ancak komşularının etraflı bir araştırmasından sonra, birkaç sokak ilerideki arkadaşlarının evinde bulunduklarını anlatmıştır. Shila'nın arkadaşlarına göre bu durum, sanki planlanmış gibi gelmektedir. Oysa, Shila kendisi çocuklarına izin vermiştir.

Shila kabul edildikten hemen sonra, sağ kolunda hareket ve duyumunda bir kayıp geliştiğini söylemiştir. Shila'nın sağ kolunun kaslarını güçlendirmesi için, sağ kolunu daha fazla kullanması gerektiğini söyleyen hemşiresine, yanıtı; "Haklısın, ama ben sürekli sol kolumu kullanırım" olmuştur. Shila hastaneye kabul edildikten sonra birçok fiziksel testten geçti ve tümü de negatifti. Stres altında olduğu ve psikiyatri kliniğine kabul edilerek, bir süre kendisine zaman tanınması uygun görüldü.

Shila'ın tutumu, ise kendisine ruh hastası gözüyle bakılmadığı takdirde, olumlu idi.

Yukarıdaki örnekte görüldüğü gibi fiziksel semptomlar, bireylerin dayanamadıkları ve başedemedikleri anksıyete ve çatışmadan kendilerini koruma yollarıdır. Bu şekilde anksiyeteden uzaklaştığı gibi diğerlerinden ilgi görür. Shila'nın ikincil kazancı, kocasından ilgi görebilmesidir. Shila ve kocası dikkatle dinlenince, sorun alanının eşinin görev değişimi ve ikisi arasındaki ilişkide olduğu görülür. Böylece Shila, kocasının eksilen ilgi yakınlığını kazanır. Diğer bir kazancı, hemşiresinden ve çevresinden elde ettiği kazançtır. Hastanın hasta rolüne, sempati ile yakınlaşmak, iyileşmeyi geciktirebilir, hatta bazen kronikleştirebilir. Hastanın kolundaki bu güç kaybı, belirli bir sinir yolunu izlemediği için, hastaya kolunu hareket ettirebileceği söylendiğinde yanıtı, "Bilmiyorum, doktor değilim, ancak hiçbir şey hissetmediğimi biliyorum" şeklindedir.

Bu; acı, sıkıntı ve zorlukların, hasta için son derece gerçek olduğunu gösterir.

Histerik hastanın bakımında öncelik, semptomların ciddiliğine bağlıdır. Bakım, semptomun fiziksel sonuçlarıyla birleşmelidir. Komplikasyonları önlemek için herhangi bir koruyucu yol bulunmalıdır. Ancak, bu işlemler yapılırken, hemşirenin semptomların yerleşip kalmasını pekiştirici ve sempati gösteren tutumdan sakınması önemlidir.

Histerik semptomlu hastaların düşük bir engellenme eşikleri vardır ve çoğunlukla uygunsuz zamanlarda tersliklere karşı aşırı tepkiler gösterirler. Burada dikkat edilecek şey, hastanın alternatif başetme stratejilerine gereksinim duyduğudur. Hemşirenin bilmesi gereken, hastanın istediği ve gereksindiği arasındaki farkı

belirlemesidir. Bakım ekibinin işlevi, bir durum ortaya çıktığındaki ortamla ilgili olacaktır. Hastanın davranışı tümüyle uygunsuz ve ortam için yıpratıcı ise, hastanın daha rahat olacağı bir ortama alınmasına gerek duyulabilir. Hastanın kendisine ve çevresine zararı yoksa, mevcut çevre içinde, o davranışa odaklaşmadan geçip gitmesi daha yararlı olabilir. Kabul edilebilir bir davranış ise, ödüllendirilebilir.

Histerinin semptomlarını taşıyan hastalar, hemşireden özel ilgi talep etme ya da duygusal bağlılık görmeye yöneliktirler. Onlar, hemşirenin arkasında bulunmayı, kendisine ayrıcalıklar vermesini hatta iş dışındaki saatlerde bile hemşire ile ilişkilerinin sürmesini bekleyebilirler. Hastanın gereksindiği ile hastaya gösterilen ilginin miktarları arasındaki dengeyi bulmak önemlidir. Bunu dürüstlükle hastaya açıklamak gerekebilir. Ancak, bu, kabul edici bir tutumla birleştirilmelidir. Histerik özellikleri olan hastayla ilgili olarak, hemşire: tembel ve inmatür, işten kaçan insanlar oldukları şeklindeki yanlışa düşmemelidir. Hemşire; yaşamlarında ciddi çatışmaları olan, histerik semptomları olan hastaları, yaşamlarının bu yönüyle, yüzleştirilmesinin özellikle de vakitsiz olarak, yüzleştirilmesinin travmatik olabileceğini unutmamalıdır. Bakımın amaçlarından biri, böylesi problemleri belirlemeye ve gerçekte onlarla başetme güç ve güvenini kazanabilmesinde kendilerine göreceli olarak yardım edilmesidir. Bunun için ise, hastanın non-verbal ilettiklerine duyarlılık, gözlem yapma, soru sorma, empatı kurma ve birlikte birşey yapmaya çalışma şeklindeki becerilere sahip olmak gerekir. Örneğin Shila'nın kabulünde hemşire aşağıdakilere dikkat eder. Eşinin

evden uzaklaşmasıyla ilgili ne hissettiği sorulduğunda, hastanın kızgın bir ses tonuyla yanıt vermesiyle, kollarının aşağıya düşmesine ve bakışlarını kaçırmasına,

Konversiyon semptomlarından sonra, hastanın o problemler sırasındaki duygularının farkına varmasını sağlamak gerekir.

Örneğin Shila, "iş yaparken hastalığım gittikçe ağırlaştı, başa çıkamıyorum, kontrolümü kaybediyorum hatta kolum bana yabancı gibi geliyor" diyor. Hemşirenin uygun olmayan yanıtı; şöyle olabilir. "Kolunuzu sizin kolunuz değilmiş gibi mi hissediyorsunuz?". Uygun olan yanıtı ise;"sizi fenalaştıran şeylerle başa çıkabileceğinizden emin değilsiniz ve gün geçtikçe daha çok kontrolünüzden çıkacağını mı düşünüyorsunuz?" şeklinde olabilir.

Birinci yanıt, Shila'nın paralizinin arttığı konusundaki görüşlerini belirtmesine yol açabilirken, ikinci yanıtta büyük olasılıkla, Shila'nın genel gidiş hakkındaki duygu ve düşüncelerinin belirtilmesine imkan sağlayacaktır. Hemşire öncelikle, hastanın kendi çatışmalarını belirlemesine ve özgürce açılabilmesine imkan verecek düzeyde güvenilir olmalıdır. Hasta-hemşire ilişkisi güven üzerine kurulur. Daha sonra hastada görülen kaçınma, inkar ve başkalık, hastanın kendi gerçeğiyle gittikçe yüzleşmesine yardım edebilir.

Hemşire; "Bir yandan siz eşinizin evden uzaklaşmak zorunda olduğunu kabul ediyorsunuz, ancak diğer yandan ses tonunuzdaki değişikliğin ve huzursuzluğun nedenleri konusunda bir şeyler düşünüyor musunuz, bu konuda her zaman için konuşabiliriz" diyebilir. Hasta bu konuda konuşmak için yeterince hazır değilse ve

reddederse konuşmayı, Hemşire; "Kocanızla ilişkinizde ortaya çıkan sorun ne ise onu konuşmakta yarar olduğunu düşünüyorum" şeklinde, biraz tatlı sert bir yaklaşımda da bulunabilir. Bu durumda hemşire emosyonel bir yanıt için hazırlıklı olmalıdır. Bir miktar sıkıntı yaşanmaksızın savunmaların çözülmesini beklemek gerçekçi olmaz. Gittikçe artan hamlelerle bunları ele alarak, becerikli bir şekilde sonuçlarını değerlendirmeyi beklemek gerçekçidir. Beceriler; hastaların problem alanlarını belirleme ve gerçeklik içinde onlarla başetme güç ve güvenini hastanın kazanmasında kendilerine yardım etmede tedrici bir şekilde kullanılır. Bunun için ise; değerlendirme yapabilme becerisi esas olup, sorgulama, gözlemleme, sözsüz iletişime duyarlılık, empati ve tartışabilme becerileri şarttır. Daha sonra, bir miktar sıkıntıya girmeden savunmaların aşılacağını beklememek gerekir Yukarıda belirtilen beceriler, bunu gittikçe kolaylaştıracaktır (2).

KAYNAKLAR

1. *Darcy, P. T. "Hysteria and Other Neuroses", Theory and Practice of Psychiatric Care. Hodder and Stoughton Britain, 1. Edition, 1984.*
2. *Dexter, G.; Wash, M.;"The Hysterical Patient", Psychiatric Nursing Skills: A Patient_Centered Approach. Croom Helm, Britain-London. 1986, 195-202.*
3. *Fenichel, 0.; Çeviren, Selçuk Tuncer. Nevrozların Psikanalitik Teorisi. Ege üniversitesi Matbaası, İzmir, 1974, 200-218.*
4. *Geçtan. E.; Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar. Maya Yayınları, 3. Baskı, Ankara, 1984.*
5. *Hofling, C.; Leininger. M.; Çeviren: Aysel Kumral, Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar. Redhouse Yayınevi, İstanbul, 1981.*
6. *Kaplan, H.;Sadock, B.; Comprehensive Textbook of PsychiatryIV. Volume One, 6. Edition, Williams and Wilkins. Baltimore, 1989, 1013-1017.*
7. *Koptagel-İlal, G.; Psikiyatri. Psikosomatik Psikoterapi. 3. Baskı. Sermet Matbaası, 1985, 118-121.*
8. *Köroğlu, E. (Çev.) ; Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş 3. Baskı. (DSM-I I I-R), Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 1989.*
9. *Öztürk, O.; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2. Baskı, İstanbul. 1989, Evrim Basım-Yayım-Dağıtım, 264-279.*

SARAY ŞUBELERİ

İZMİR / *Bornova*

Saray Tıp Kitabevleri/
168 Sok. No: 5/A-1
(232) 339 49 69, 373 37 00

İZMİR / *Narlıdere*

Candan Saray Tıp Kitabevi/
Güzel İzmir Eczanesi Yanı
(232) 277 17 00

İZMİR / *Buca*

Yasa Saray Kitabevi/
Adatepe mah. No:24 sok. No:7
İktisat Fakültesi Yanı
(232) 440 78 85

EDİRNE

Data Saray Tıp Kitabevi/
Sigorta Karşısı (Ayşe Kadın cad.)
Talatpaşa asf. Adil 2 sitesi No:1
(284) 213 31 36

ADANA

Kaynak Saray Tıp Kitabevi.
Baraj yolu, 7. durak, İller bank. yanı, İller Apt. zemin katı
(322) 234 36 22

GAZİANTEP

Umut Saray Tıp Kitabevi
Kolejtepe mah. Yeşil cami cad. No:17/3
Şahinbey

SARAY BAYİLERİ

ANKARA

Mustafa Kitabevi
Zafer Çarşısı, No: 12 Yenişehir
Tel: (312) 431 04 32 & 433 99 67

Palme Kitabevi
Cemal Gürsel Cad.
Tel: (312) 433 37 57

ANTALYA

Palme Kitabevi
Selekler alt çarşısı
Tel: (242) 247 91 37

BURSA

Işık Kitabevi
Burç Sinema Pasajı, No:34
Tel: 224 10 21

ELAZIĞ

Fırat Kültür Sarayı
Gazi Cad. Şair Rahmi Sok. 1/A
Tel: (424) 233 43 29

Batı Kitabevi
Gazi Cad. No: 27
Tel: (424) 233 33 3[illegible]a

ERZURUM

Araştırma Kitabevi
Yukarı mumcu cd. Cami sk.
Yoliş sendikası karş. No:7/2
Tel: (442) 233 24 41

Asya Kitabevi
Çaykara Cad. Çaykara İşhanı No: 49
Tel: (442) 234 57 06

ESKİŞEHİR

Kaan Kitabevi
Porsuk Bulv. Çağlayan İşhanı
Tel: (222) 231 83 41

İSTANBUL

Aksu Kitabevi
Cerrahpasa Karşısı
Tel: (212) 588 01 89

İSTANBUL

Nobel Tıp Kitabevi
Millet Cad. No: 119 Çapa
Tel: (212) 585 67 46

KAYSERİ

Engin Kitabevi
Erciyes Üniversitesi,
Vakıf Çarşısı Camii Karşısı, No:21
(352) 437 72 14
Biltek Kitabevi
Cumhuriyet Myd. Sahadiye Medrese, No: 9
(352) 232 78 91
Medical Kitabevi
Talas Cad. Okur İşhanı No:302
(352) 222 04 73

KONYA

Sözler Kitabevi
Rampalı Çarşı No: 7
Tel: (332) 353 20 85

MALATYA

Üniversite Kitabevi
Vilayet arkası No: 87
Tel: (422) 324 13 63

MANİSA

Sedat Kitabevi
Cumhuriyet cad. No:55/B
Emniyet Karşısı
Tel: 231 93 45

SAMSUN

Barış Kitabevi
Karadeniz mah. Divitçioğlu Cd. No: 55
Tel: (362) 230 22 78

TRABZON

Derya Kitabevi
Uzun Sok. No: 127
Tel: (462) 321 18 21

Saray Yayınlarını Saray Yetkili Satıcıları'ndan direkt alarak, uygun fiyat ve zengin çeşit olanaklarından yararlanın.

saray yayınlarına gösterdiğiniz ilgiye teşekkür eder, doğru seçiminizden dolayı sizi kutlarız.

saray



1961 yılında Malatya' da doğdu. İlkokulu bitirdikten sonra, Ortaokul ve Lise öğrenimini İstanbul'da Kadıköy Kız Lisesinde tamamladı. Daha sonra Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okuluna girdi ve 1982'de mezun oldu. 1983-1986 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire olarak görev yaptı. Aynı süre içinde yüksek lisans eğitimini tamamladı. 1987 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okuluna Psikiyatri Hemşireliği alanında öğretim elemanı olarak girdi. Halen aynı görevi sürdürmektedir. 1991 yılında "Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması" konulu doktora tezini tamamlamıştır. Ayrıca birçok bilimsel araştırma ve yazıları yayınlanmıştır.

Evli ve iki çocuk annesidir.

M. Olcay ÇAM - Kırlangıç

ISBN 975-7816-67-1