

Şizofreni: Mitler ve Gerçekler

Mehmet Z. SUNGUR*

ÖZET

Mitler bilimsel ve ampirik kanıtlar yerine kocakarı masalları üzerine kurulmuş efsanelerdir. Şizofreni ile ilgili mitler, bozukluğun algılanması ve anlaşılması yanı sıra, erken müdahale ve tedavisini olumsuz etkileyebilecek sonuçlar oluşturabilmektedir. Bu yazıda şizofreni ile ilgili mitlerden bazıları ve bu mitlerin aleyhine bulunan kanıtlar tartışılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, mitler.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2000;Ek 1:5-12

SUMMARY

Schizophrenia: Myths and Realities

A myth is a legend or story which is based on old wives tales rather than empirical evidence. Schizophrenia is surrounded by many myths that negatively impact upon the perception, understanding, early intervention, and treatment of the disorder. This paper discusses some of these myths and their counterevidences.

Key Words: Schizophrenia, myths.

GİRİŞ

Şizofreni ile ilgili nesilden nesile aktarılan çeşitli mitler, hastalığın yeterince anlaşılmasına ve tedavisinin sınırlı kalmasına neden olmuştur.

Şizofreni, mitler yönünden cinsellik kadar zengin bir spektrum göstermektedir. Psikiyatrik bozukluklar arasında belki de adı en ürkütücü olan klinik tablo şizofrenidir. Bunda hastalığın prognozunun diğerlerine göre daha kötü olduğu biçimindeki genel sayıltı yanı sıra, şizofreni tanısının taşıdığı etiketlemenin (stigma) de önemli rolü vardır. Etiketleme yalnızca hastayı değil, onunla ilişkili herşeyi ve herkesi olumsuz etkilemektedir. ABD'de daha önce şizofreni tanısı almış olmasına karşın son beş yılını tamamen iyi durumda ve çalışarak geçirmiş bir bireyin toplumca kabul edilmesi aynı durumdaki bir eski mahkuma göre daha güç olmaktadır. Çünkü şizofreni stigmatı bireyleri bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmaktadır (Üçok 1999). Bu yazıda şizofreni ile ilgili olarak sık karşılaşılan bazı mitler gözden geçirilecek ve bu mitleri desteklemeyen bazı bilimsel veriler aktarılmaya çalışılacaktır.

MİT 1: ŞİZOFRENİ KÖTÜ PROGNOZLU BİR HASTALIKTIR VE BİR KEZ ŞİZOFREN OLMAK, HEP ŞİZOFREN KALMAK ANLAMINA GELİR

Prognozla ilgili bu karamsar bakış klinisyenlerin "hastalık modeli"ni benimsemesi ve bu modelin ege-menlik kazanması sonucu yaygınlaşmıştır.

Hastalık modeli bağlamında şizofreni tıpkı alkol bağımlılığı gibi kronik, progressif ve geri dönüşümü olmayan (irreversible) bir hastalıktır. Bu tanımdan yola çıkarak şu yordamalar yapılabilir (Sungur 1991):

* Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

A) Şizofreni geri dönüşümü olmayan bir hastalık olduğuna göre bir kez şizofren olmak, hep şizofren kalmak anlamına gelir.

B) Şizofreni süregelen bir hastalık olduğuna göre, diğer kronik hastalıklar gibi yaşam boyu devam edecektir. O halde hastalığın tedavisi de yaşam boyu sürdürülecektir.

C) Bu model bağlamında son 10 yıldır tamamen asemptomatik olan bir kişi, “iyileşmiş bir şizofreni hastası” değil, yalnızca “daha iyiye giden bir şizofren” olabilir.

D) Aynı model 10 yıldır asemptomatik olanla 10 gündür asemptomatik olan şizofreni hastasını birbirinden farklı görmemektedir. Sonuç olarak, her ikisi de iyileşmez bir hastalığın iki farklı noktasında yer almaktadırlar.

E) Böylesi bir model hasta ve ailesi tarafından da benimsenecek olursa, oluşan umutsuzluk ve çaresizlik nedeni ile hem tedaviye uyum hem de terapötik işbirliği doğal olarak olumsuz yönde etkilenecektir. İyileşmez kabul edilen bir hastalıkta tedaviye uyumun bir anlamı kalmamaktadır.

F) Yine bu model bağlamında, hastalığın seyri sırasında görülen nöksler, hastaya hastalığının iyileşmez olduğunu ve hastalık modelinin geçerli olduğunu gösteren kanıtlar olarak kabul edilecektir.

Tüm bu yordamalar hastalık modelinin, “hastalıklı” yönlerine işaret etmekte ve klinisyenleri karamsarlığa itmektedir.

Kraepelin mental hastalıkları, iyi prognozlu olanlar (manik-depresif) ve kötü prognozlu olanlar (demans praecox) biçiminde ikiye ayırarak, şizofreninin kötü prognozu ile ilgili mit'i başlatmıştır. Bu bağlamda tedavinin sonucuna bakılarak tanının doğruluğu veya yanlışlığı ortaya konulmuştur. Başka bir deyişle, hasta iyileşmiş ise tanı şizofreni değildir!.. Eugen Bleuler ise başlangıçta şizofreninin prognozu konusunda daha iyimser iken sonraları şizofrenide tam bir iyileşmenin (full restitutio ad integrum) olmayacağını belirtmiştir. Harding ve arkadaşları (1992) ise bu iki önemli ismin aslında “klinik illüzyon” yaşadıklarını belirtmişlerdir. Onlara göre klinik illüzyon, klinisyenlerin kendilerine başvuran en ağır hastaları “tipik” olarak tanımladıkları zaman oluşur. Başka bir deyişle kötü prognozlu bu hastalar geniş bir prognostik spektrumun yalnızca çok küçük bir kısmını oluştururlar. İskandinavlar ise “reaktif psikoz”

terimini kullanarak prognozla ilgili daha geniş bir spektrumun varlığından söz etmişlerdir (Angst 1986). Ancak reaktif olmayan psikozlar ya da reaktif olduğu halde beklendiği kadar çabuk iyileşmeyen psikozlarla ilgili olarak karamsarlıkları devam etmiştir. Oysa Avrupa ve ABD'deki tanı ölçütlerinin farklılığına karşın uzun dönem izleme çalışmaları hastalığın prognozu ile ilgili benzer sonuçlar göstermiştir. Günümüzde iyileşme ölçütleri olarak kullanılan hastalık semptomlarının bulunmayışı, sosyal ve aile içi ilişkilerde iyileşme, topluma entegre olma, yaşam kalitesinde iyileşme gibi ölçütler temel alındığında bile tedavi sonuçları hem Avrupa hem ABD'de şaşırtıcı düzeyde iyi bulunmuş, hastaların yarısından fazlasında “önemli” veya “tam” bir iyileşme saptanmıştır (Harding ve Zahniser 1994). Bu bulgular klinisyenlerin hastalıktan çok hastayı tedavi etme yönündeki motivasyonlarını arttırmakta, onları umutlandırmakta ve gerek hastaları gerekse hasta aileleriyle daha iyi bir terapötik ilişkiye girmeleri konusunda cesaretlendirmektedir. Sonuçları böylesine heterojen olabilen bir hastalıkta, her hastayı “iyileşebilir” olarak algılamak terapisti terapötik bir kilitlemeden kurtarmakta, hasta ve ailesine umut aşulamakta ve prognostik zeminde ayırmıcılığa engel olmaktadır.

Şizofreni tanısının terapisti korkutmaması hastalığın biyolojik yönü yanı sıra psikososyal boyutlarının da gözden geçirilmesini ve böylelikle hastalığın bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınmasını sağlayacaktır.

MİT 2: ŞİZOFRENİ HASTALAR ARASINDAKİ BİREYSEL FARKLILIKLAR TEDAVİYİ ETKİLEYECEK BOYUTTA DEĞİLDİR

Genel tıp içinde “hastalık yok, hasta vardır” ilkesi teorik olarak benimsenmekle birlikte, uygulamada aynı ilkeye dayalı olarak bireysel farklılıkları gözetken yaklaşımların sıklıkla kullanıldığını söylemek pek mümkün değildir. Aslında şizofreni de dahil olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıklarda aynı tanıyı alan bireyler arasında belirgin bir heterojenite söz konusudur. Çünkü cinsiyet, hastalığın başlangıç yaşı, hastanın eğitim düzeyi, semptom örüntüleri, sorunla başa çıkma becerileri, kişilik özellikleri, strese karşı tepkileri gibi özellikler bireyden bireye farklılıklar gösterirler. Demans praecox ismi Bleuler tarafından “şizofreniler grubu”na dönüştürüldüğünde, hastalar arasındaki bu farklılıklara işaret edilmiş ancak süreç içinde bu farklılıklar göz ardı edilmiştir. Kendler ve Eaves (1986) ise şizofreni ile ilgili genetik-çevresel etkileşimlerin önemini vurgulayan çeşitli modeller

sunarken yine hastalar ve hastalığın seyrindeki farklılıkları dile getirmişlerdir.

Hastalığın heterojen seyri, her hastanın kendine özgü bireysel özelliklerinin daha iyi anlaşılması amacıyla yapılacak bütüncül (biyo-psiko-sosyal) bir değerlendirmenin önemini ortaya koymaktadır. Farklı bireysel özellikler, farklı bireysel tedaviler gerektirir. Bireysel özellikleri gözetilen bir yaklaşım hastalığın arkasındaki bireyin (hastanın) daha iyi görülmesi ve anlaşılmasını ve böylelikle hastalıktan çok hastanın tedavisini sağlayacaktır. Bireysel özelliklerin gözetilmesi hastaların kendilerini “şizofren” gibi algılamaları yerine, “şizofreni hastalığı olan bireyler” gibi algılamalarını sağlar. Hastalar etiketlenmeye yer vermeyen bu tür yaklaşımların iyileşme ve kendini iyi hissetme sürecinde çok önemli rol oynadığını belirtmektedirler (Campbell ve Schraiber 1989).

MİT 3: ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE PSİKOTERAPİNİN YERİ YOKTUR

Heinrichs'in “günümüze kadar yapılan kontrollü çalışmalar, şizofrenide psikoterapinin yararlı olduğunu gösterememiştir” (Heinrichs 1986) biçiminde sonuç çıkardığı gözden geçirme yazısı, bu konuda yapılan inovatif çalışma ve araştırmaların hızını kesmiştir. Oysa aynı bulgu terapilerden vazgeçilmesi anlamında değil, daha etkili terapilerin araştırılması gerektiği biçiminde de yorumlanabilir. Şizofrenide psikoterapilerin yeri olmadığını söylemek, bu tür hastaların farklı, ayrıcalıklı ve diğerlerine göre bilişsel fonksiyonları bozuk kişiler olduklarını kabul etmek anlamına gelir.

Örneğin psikopatolojisinin temelinde düşüncenin yapısı ve içeriğinde bozukluklar olduğu bilinmesine karşın şizofreni tedavisinde kognitif-davranışçı yaklaşımlar yeterince kullanılmamıştır (Kingdon ve Turkington 1991). Oysa aynı yaklaşımlar affektif bir bozukluk olarak tanımlanmasına rağmen depresyonda başarıyla kullanılmış ve depresyonu bir duygudurum bozukluğundan çok bir düşünce içeriği bozukluğu olarak tanımlama noktasına kadar getirmiştir. Başka bir deyişle: “şizofreni kognitif-davranışçı terapilerin unutulmuş-ihmal edilmiş çocuğu olmuştur” (Sungur ve Yalnız 1999). Genelde psikoterapilerin ve özellikle kognitif-davranışçı yaklaşımların şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamış olması, profesyoneller arasında yaygın olarak rastlanan şu mitlere bağlı olabilir (Sungur ve Yalnız 1999):

a) “Şizofreni kognitif-davranışçı yaklaşımlarla tedavi edilemeyecek düzeyde ağır ve ciddi bir hastalık tablo-

sudur”. Bu varsayımın temelinde kognitif-davranışçı yaklaşımların “ağır” veya “ciddi” hastalıklarda kullanılmayacağına ilişkin görüş yatmaktadır. Oysa aynı yaklaşımlar geçmişte “ruh kanseri” olarak tanımlanmış olan obsesif-kompulsif bozuklukların ve kişilik bozukluklarının tedavisinde başarıyla kullanılabilmektedir.

b) “Hastalığın biyolojik kökeni, psikososyal yaklaşımları gereksiz kılar”. Hastalığın oluşumunda genetik, biyokimyasal ve yapısal etkenlerin rolü giderek daha ağırlık kazansa da, yapılan hiçbir çalışma şizofreni ile sözü edilen biyolojik etkenler arasında bir neden-sonuç bağlantısı olduğunu gösterememiştir. Kaldı ki böyle bir bağlantı kurulmuş olsa bile, etiyojoloji ile tedavi her zaman el ele gitmemektedir. Bir başka deyişle organik kökenli bozuklukların tedavisinde psikososyal tedaviler, fonksiyonel kökenli bozuklukların tedavisinde ise biyolojik tedaviler kullanılabilmektedir.

c) “Farmakoterapi yeterlidir” biçimindeki mit, biyo-psiko-sosyal boyutları olan bir hastalığın yalnızca biyolojik boyutunu ele almakta, diğer boyutları göz ardı etmektedir. “Yeterli tedavi” ile ifade edilmek istenenin; hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılması mı, iş-sosyal-özel yaşama uyumun sağlanması mı, yaşam kalitesinin ve işlevselliğin artması mı, yoksa hastalık öncesi kişilik özelliklerine dönüşü mü olduğu kesin değildir. İlaçların hastalık belirtilerini önemli oranda azaltabildiği bilinmekle birlikte, iş-sosyal ve özel yaşam içinde işlevselliği ve sorun çözme-iletişim becerilerini arttırdığını söylemek pek mümkün değildir.

d) Hastalığın önemli tanı ölçütlerinden olan halüsinasyon ve hezeyanlarla ilgili olarak Slater ve Roth (1969) “...paranoid bir hastayla hezeyanları konusunda tartışmak yalnızca bir zaman kayıdır...”, Hamilton (1984) ise “...hastanın hezeyanlarını ve halüsinasyonlarını gündeme getirmeyiniz: Tam tersi, hastanın bunları görmezlikten gelmesini sağlayınız...” biçiminde görüş belirtirlerken hastaları son derece rahatsız eden bu belirtilerin içeriği ile çalışmanın anlamsız olduğunu vurgulamaktadırlar. Oysa bu tür hezeyanların içeriği hastalığın oluşumundaki etkenler konusunda bilgi vermekte, bunların konuşulabilmesi ise hastaya semptomlarının ciddiye alındığını göstermekte ve böylelikle tedaviye angaje olarak, terapötik ilişkinin oluşmasını ve farmakolojik tedaviye uyumunu arttırabilmektedir. Bazen antipsikotik ilaçlara dirençli olabilen bu tür belirtiler, bilişsel-davranışçı

yaklaşımlarla tedavi edilebilmektedir. Coursey (1989) şizofrenide psikoterapinin yerini şöyle tanımlamıştır:

A) Psikoterapi şizofreni tedavisinde ilaçlara bir seçenek değil, onun tamamlayıcısıdır.

B) Psikoterapi şizofreni gibi bir hastalıkta ortaya çıkması beklenen insani sorunları da ele almalıdır.

C) Psikoterapi kolay uygulanabilir olmalı, hem eğitsel hem de yaşamsal yönleri ile bireye sorunla başa çıkma yöntemleri öğretmelidir.

D) Psikoterapi şizofren hastanın normal yaşam koşulları içinde karşılaştığı günlük sorunları da ele almalıdır. Bu temel amaçları sağlayabilmek için şunlara dikkat edilmesi önerilmiştir:

- 1) Hastanın mevcut işlevsellik düzeyini kabul lenebilmek.
- 2) Görüşme sıklığını hastanın özelliklerine bağlı olarak belirlemek.
- 3) Hasta ile iyi ve rahat bir ilişki kurmak ve istenen sosyal becerileri kazandırma yönünde model oluşturmak.
- 4) Hastanın sorun çözme becerilerini arttırmak.
- 5) Hastalara duygularını dile getirebilmeleri için uygun bir ortam hazırlamak.
- 6) Bağımlılık sorununu ele almak.
- 7) Hastanın yaşadığı ortamda hasta yararına olabilecek değişiklikleri saptamak ve sağlamak.
- 8) Sınır belirlemek ve çeşitli davranışların olası sonuçlarını tartışmak.

Hastaya yönelik böylesi saygılı ve insani boyutları olan destekleyici bir yaklaşımın kendilik saygısını artırması, sınır ve sorumlulukların farkına varılması, hospitalizasyonun önlenmesi, bağımlılığın engellenmesi ve işlevselliğin artırılması gibi amaçlara hizmet edeceği açıktır.

MİT 4: REHABİLİTASYON TEDAVİNİN BİR PARÇASI DEĞİLDİR VE ANCAK HASTANIN HASTALIĞI STABİLİZE OLDUKTAN SONRA BAŞLAYABİLİR

Bu mit medikal modelin hediyesidir. Medikal modele göre "gerçek tedavi" değerlendirme-tanı ve ilaç tedavisini içerir. Rehabilitasyon, psikoterapi gibi yardımcı tedaviler ancak stabilizasyonu izleyerek verilebilir. Oysa rehabilitasyon hastalık tanısı konulduğu günden itibaren başlamalıdır. Çünkü rehabilitas-

yon bireyin hem sosyal hem de yaşam becerilerini artırır. Başka bir deyişle hastanın semptomları ile başa çıkmayı öğrenmesi, bir bütçe oluşturup ona uyabilmesi rehabilitasyon aracılığıyla kazanılması beklenen becerilerdir. Bu tür becerilerin kazanılması, semptomların azalması yanı sıra kendilik saygısının artmasını sağlar. İşlevselliği arttıran ve semptomları azaltan her türlü yaklaşım ise "gerçek tedavi"nin vazgeçilmez parçasıdır (Lieberman ve ark. 1986).

MİT 5: ŞİZOFREN HASTALARDA TEDAVİYE UYUMU SAĞLAMAK OLDUKÇA GÜÇTÜR

Hastalıktan çok hastayı anlamaya çalışan bir tutum içinde hastasına zaman ayıran, onu dinleyen, söylediklerini ciddiye alan, umut ve güven veren bir hekimin iyi bir terapötik ilişki içinde tedavi uyumunu arttırması mümkündür. Kullanılan antipsikotik ilaçların özellikle ekstrapiramidal olmak üzere çeşitli yan etkilerden arınmış olması da tedavi de uyumu arttırmaktadır.

MİT 6: ATİPİK ANTİPSİKOTİKLER İLK TERCİH EDİLEN ANTİPSİKOTİKLER DEĞİLDİRLER VE KLASİK NÖROLEPTİKLERE DİRENÇLİ OLGULARDA KULLANILMALIDIRLAR

Atipik antipsikotikler hastalık tanısının ilk konduğu günden itibaren kullanılabilirler. Atipik antipsikotikler etkileri yönünden klasik nöroleptiklerin kullanıldığı her durumda etkili biçimde kullanılabilirler yanı sıra yan etkileri yönünden klasiklere göre oldukça avantajlıdır. Ekstrapiramidal yan etkilerinin az olması ya da hiç olmaması tedaviye uyumu arttırmakta ve uzun dönem kullanımda tardif diskinezi riski azalmaktadır.

Hastanın tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini artırması yönünden atipikleri avantajlı konuma sokan bir başka özellik, cinsel yan etkilerinin bulunmamasıdır. Klasik antipsikotiklerle yapılan tedavilerde plazma prolaktin düzeylerinde yükselme olmakta, bu da kadınlarda galaktore ve çeşitli menstrüel bozukluklara, erkeklerde ise jinekomasti ve erektil işlev bozukluklarına neden olabilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları, akut bir tablo içinde olan hasta için pek önemli olmasa da, iyileşmekte olan hastalarda ve özellikle genç hastalarda ciddi sorunlara ve özgüven azalmasına neden olmakta ve böylelikle tedaviye uyumu bozmaktadır. Olanzapin ve quetiapin plazma prolaktin düzeylerinde artış yapmadıklarından, cinsel işlev bozukluğu yönünden oldukça güvenilir antipsikotiklerdir (Baldwin 1998).

Klorpromazin ve haloperidolün şizofreni tedavisinde etkili olduğunun gösterilmesi şizofrenide dopamin hipotezinin ortaya atılmasına neden olmuş ve D₂ reseptör blokajının antipsikotik etkiden sorumlu olduğu düşünülmüştür. Ancak aynı dopaminerjik blokaj, bir yandan da ekstrapiramidal yan etkilere neden olmuştur. Atipik antipsikotikler birden fazla nörotransmitter üzerinden etki etmekte ve çoğu kez 5-HT₂ reseptörlerine, D₂ reseptörlerinden daha fazla afinite göstermektedirler. Bu nedenle ekstrapiramidal yan etkiler oluşmamaktadır. İlk atak sırasında kullanılan ilaçların yan etki yapmaması, hastaların tedaviye uyumunu artırarak, prognozu iyileştirebilmektedir (Kopala 1998). Bu nedenle uzun dönemde ilaç tedavisine uyumun sağlanması yönünden ilk atakta atipik antipsikotik kullanılması daha akılcı olabilir.

MİT 7: ŞİZOFRENİ SEMPTOMLARININ BİR KISMI MEVCUT OLSA DA ÇOK GEREKLİ OLMADIĞI ANTİPSİKOTİK İLAÇ KULLANMAYINIZ

Bugünkü bilgilerimiz mevcut semptomların tedavisinin geciktirilmesinin uzun dönemde prognozu olumsuz etkilediğini göstermektedir (Kopala 1998). Daha önceleri hekimlerin antipsikotik ilaç kullanımını geciktirmelerinin temel nedenleri arasında; şizofreninin prodrom belirtilerinin kesin olmayışı, antipsikotiklerin kolay tolere edilememeleri, sıklıkla ekstrapiramidal belirtiler oluşturmaları ve hekimlerin hastalarının “şizofren” olarak damgalanmasından endişe etmeleri vardı. Bugün antipsikotik ilaçların şizofreni dışında bazı hastalıklarda kullanılabilmesi, atipik antipsikotiklerin etkili, güvenli ve ekstrapiramidal yan etkiler oluşturmada kullanılabilmesi gibi nedenlerle bu kaygılar aşılmıştır. Semptomların erken tanınması ve erken tedavisi prognozu iyileştirebilmektedir.

MİT 8: ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN KULLANIMI SİRASINDA ORTAYA ÇIKAN YAN ETKİLER, İLACIN TEDAVİDE ETKİLİ OLDUĞUNU GÖSTERİR

Geçmişte oldukça yaygın bir mit olan, etkili ilaçların doğal olarak daha fazla yan etki oluşturacağına ilişkin inanç günümüzde atipik antipsikotiklerin sergilediği sonuçlarla aşılmış görünmektedir. Daha önceleri etkili minimum dozu bulabilmek amacıyla ekstrapiramidal belirtiler çıkıncaya kadar antipsikotik dozu artırılır ve ilacın etkinliği ile yan etkilerinin koşut gittiği düşünülürdü.

Bu bakış açısı, hastalarda oldukça ciddi rahatsızlık oluşturan yan etkilerin, hekimler tarafından tedavinin

bir parçası olarak görülmesine ve önemsenmemesine neden olurdu. Ekstrapiramidal yan etkiler ortaya çıktığında ise antikolinergik ilaçlar verilir ve bu tür ilaçlar tedavinin neredeyse değişmez bir parçası olurdu. Bu gün antikolinergik ilaçların kendilerinin oluşturduğu ek yan etkiler nedeniyle kullanımlarından ola-bildiğince kaçınılmaktadır.

MİT 9: DÜZENLİ İLAÇ KULLANMAMAK NÜKSLE-RİN EN ÖNEMLİ NEDENİDİR

Taburculuk sonrası ilaçları düzenli kullanmama oranları ilk bir yıl içinde %50, ilk iki yıl içinde ise %75'lere yükselmektedir (Weiden 1998). Bu oranlar ilaç kullanma ile ilgili motivasyon azlığının hastalığın bir parçası olduğunu göstermektedir. Tedaviye uyum hasta ile yapılan her görüşme sırasında rutin olarak araştırılan bir konu olmalı, ilaçlarını düzenli almayan hastalarda terapötik ilişkinin iyileştirilmesine daha da fazla çaba gösterilmelidir. Ancak iyi bir terapötik ilişkinin varlığında, nüks gösteren bir hastanın tedaviyi tekrar kabulü sağlanabilir.

Burada unutulmaması gereken nokta şudur; çoğu hasta nüks görülen dönemde ilaçlarını kesmiş olsa da, bir kısım hasta nüks oluştuktan sonra ilaçlarını kesmektedir. Bu yeni modele göre önce semptom oluşmakta, ilaçlarını kullandığı halde semptomların ortaya çıktığını ya da iyileşmediğini gören hasta, ilaç kullanımını kesmekte ve nüks bütün bunların sonucunda oluşmaktadır. Bu model göz önünde bulundurularak yapılan bir çalışmada taburculuktan sonraki ilk yılda oluşan nükslerin %40'ı ilaçların kesilmesine, %60'ı ise ilaçların nüks oluşumunu engelleme de etkisiz kalmasına bağlanmıştır (Weiden ve Olfson 1995). Atipik antipsikotiklerle klasiklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ilaç tedavisini uygulayan hastalarda nüksleri önlemede atipiklerin klasik antipsikotiklere göre daha etkili oldukları gösterilmiştir (Weiden ve ark. 1996).

Hastalar, hekimlerin tersine ilaç tedavisine uyumu çok önemsememektedirler (Weiden ve Zygmunt 1997). Hastaların ilaçların gerekliliğine olan inançlarını olumsuz etkileyen etkenler şunlardır:

- Hastalığın inkarı.
- İlacı kesme ile semptomların ortaya çıkışı arasındaki sürecin uzunluğu, hastaların kullanılan ilaçların nükslerin önlenmesi arasındaki bağı anlamalarını güçleştirmektedir. Diğer taraftan ilaçların kesilmesinden çok kısa süre sonra yan etkiler kaybolabilmektedir.

c) Mevcut semptomların bir kısmının ilaçlara dirençli olması ve kaybolmaması hastaların ilaçların etkinlikleri ile ilgili şüphelerini arttırmaktadır.

MİT 10: İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM YÖNÜNDEN KULLANILAN ATİPİK ANTİPSİKOTİKLERLE KLASİK NÖROLEPTİKLER ARASINDA BİR FARK YOKTUR. BİR BAŞKA DEYİŞLE ŞİZOFREN HASTALARIN İLAÇLARI KULLANMAYA YÖNELİK MOTİVASYONLARI GENEL OLARAK DÜŞÜKTÜR

Atipik antipsikotikler inatçı pozitif ve negatif semptomların kontrol edilmesinde daha etkili olduklarından, hem semptomları iyileştirebilmeleri hem de daha az yan etki oluşturmaları nedeni ile ilaç tedavisine uyumu arttırabilirler. Klasik nöroleptiklerin oluşturdukları ekstrapiramidal yan etkiler hastanın çevresindeki kişiler tarafından kolaylıkla farkedildiğinden, hasta hastalığının başkaları tarafından anlaşıldığını düşünmekte ve böylelikle kendisini çevresinden izole etmektedir. Atipik antipsikotiklerin başkaları tarafından çoğu kez farkedilmeyen yan etkileri, hastanın etiketlenme duygularını azalttığından, ilaç tedavisine uyumunu arttırabilmektedir.

Bu olumlu etkilerine karşın atipik antipsikotiklerin bazı yönleri ile ilaç tedavisine uyumu azaltmaları da beklenebilir. Bunlar:

a) Hiçbir atipik antipsikotik ilacın uzun etkili depo uygulaması henüz olmadığından, hastalığını inkar eden hastalarda uzun dönemde sorunlar oluşacaktır.

b) Atipik antipsikotik ilaçlarla semptomlar daha etkili biçimde kontrol edileceğinden hastalar iyileştiklerini düşünerek, ilaçlarını gerektiğinden önce kesme yoluna gidebilirler.

c) Negatif semptomlu hastaların bir kısmı ilaçlarını kesmek istemelerine karşın doktorlarının ve ailelerinin bu konudaki kararlı tutumları ve onlara karşı çıkacak enerjileri olmadıkları için ilaçlarını kullanmaktadırlar. Yeni antipsikotik ilaçlarla negatif semptomlar azaldıkça, hastalar ailelerinin ve doktorlarının isteklerine karşı koyacak enerjiyi kazanacak ve ilaçlarını kesme yoluna gideceklerdir (Weiden 1998).

Etkinliklerinin ve tolere edilebilirliklerinin fazlalığı nedeniyle ilaç tedavisine uyumu arttıracığı beklenen atipik antipsikotiklerin şizofrenideki tedaviye uyum sorununu tümüyle ortadan kaldıracığını düşünmek yanlış olur. Ancak atipik antipsikotik ilaçların uygun biçimde kullanılmalarının terapötik işbirliğini arttıra-

cağı, etiketlenmeyi ve ailelerin üzerindeki yükü azaltacağı düşünülmektedir.

MİT 11: İLERİ YAŞTA ORTAYA ÇIKAN ŞİZOFRENİ GRUBU İLE GENÇ YAŞTA BAŞLAYIP İLERİ YAŞTA DEVAM EDEN ŞİZOFRENİ GRUBU ARASINDA FARK YOKTUR.

Genç yaşta başlayıp ileri yaşta devam eden şizofreni ile ilgili bilgiler yeterli değildir. Yaş ilerledikçe davranışlarla ilgili semptomlar azalmakta ancak bu hastalarda zaman zaman ajitasyonlar oluşabilmekte ve psikotik düşünce biçiminde alevlenmeler görülebilmektedir. Geç başlangıçlı şizofrenide ilk atak 6 ve 7. dekadlarda görülmekte, belirgin bir bilişsel defisit veya affektif bozukluk görülmemekle birlikte, perseküsyon sanrıları ve işitsel halüsinasyonlar tabloya hakim olmaktadır.

Erken başlangıçlı kronik şizofrenide de benzer pozitif semptomlar olmakla birlikte, geç başlangıçlı şizofrenide çağrışımlarda kopukluk ve uygunsuz duygulanım nadiren görülmektedir. Geç başlangıçlı şizofrenide daha az negatif semptom vardır, kadınlarda daha sık görülür, talamik, prefrontal ve temporal bölge daha sık tutulur. Erken başlangıçlı şizofrenide aile öyküsüne daha sık rastlanmaktadır. Geç başlangıçlı şizofrenide ilaçlar orta düzeyde etkili olup, antipsikotik ilaç dozu, erken başlangıçlı şizofreniye göre daha düşük tutulmalıdır.

İlke olarak yaşlılarda atipik antipsikotikleri düşük dozlarda başlamak ve doz artışlarını da küçük miktarlarda yapmak gerekmektedir (Salzman 1998).

MİT 12: YAŞLI ŞİZOFRENLER ANTİPSİKOTİKLERE İYİ YANIT VERMEZ VE ATİPİK ANTİPSİKOTİKLER BU GURUPTA İLK TERCİH EDİLEN İLAÇLAR DEĞİLDİRLER.

İleri yaşlarda görülen şizofrenide atipik antipsikotiklerden önce klasik nöroleptikler kullanılmıştır. Orta düzeyde etkili olan bu ilaçlar ekstrapiramidal yan etkiler yanı sıra uzun süreli kullanıma bağlı tardif diskinezi oluşturmaktadır.

Atipik antipsikotikler yaşlı hastalarda iyi bir tedavi seçeneği oluşturmaktadır. Yaşlılarda dört atipik antipsikotik çalışılmıştır. Klozapin etkili olmasına karşın agranülositoz, ortostatik hipotansiyon, sedasyon ve pulmoner işlevlerde bozukluk oluşturmaktadır. Düzenli kan sayımı ve kan basıncı ölçümleri gerektirdiğinden kullanımı sınırlı kalmaktadır. Risperidon 1 mg/gün üzerindeki dozlarda sedasyon veya ajitasyon

ve 5 mg/gün dozun üstünde ekstrapiramidal semptomlar oluşturabilmektedir. Olanzapin 5-15 mg/gün dozlarda etkili olmakta ancak kilo alma ve somnolansa neden olmaktadır. Quetiapin ise 25-100 mg/gün dozlarda kullanıldığında etkili olmakta ancak somnolans ve ortostatik hipotansiyona neden olabilmektedir.

MİT 13: ŞİZOFREN HASTALAR YAŞAM BOYUNCA İLAÇ KULLANMAK DURUMUNDADIRLAR

Bu mitin kökeninde çeşitli nedenler yatıyor olsa da temelde "birkez şizofrenik-hep şizofrenik" mitine inananlar doğal olarak hastanın yaşam boyu ilaç kullanması gerektiğini düşünecektir. Ancak uzun dönemli izleme çalışmaları sırasında saptanan ilginç bulgulardan biri hastaların önemli bir kısmının (%25-50 arasında) ilaçlarını kullanmadıkları halde işlevselliklerinin yerinde olduğunu ve herhangi bir şizofreni semptomundan yakınmadıklarını görmek olmuştur. İlaçların hekim önerisi olmadan kesilmesi çoğu kez nüks yönünden önemli bir risk faktörü olmasına karşın, insan doğasının gereği olarak hastaların ilaç tedavisine tam uyum gösterme oranlarının yalnızca %40 ila %50 arasında değiştiği unutulmamalıdır (Diamond 1984). Gerçekten de "hastalık yok hasta vardır" ilkesi içinde tüm şizofren hastaların yaşam boyu ilaç kullanmaları gerektiğini söylemek çok uygun olmayabilir.

İlaç tedavisine uyumu bozan diğer etkenler şunlardır:

- 1) Hastanın hastalığını anlamak ve kabul etmekteki güçlüğü,
- 2) İlaç kullanmayı kesecek düzeyde oryantasyon güçlüğü,
- 3) İlaç kullanmanın gerekliliği ve ilacı düzenli kullanabilme becerisinin kazanılmamış olduğu durumlar,
- 4) Rahatsız edici, istenmeyen açık veya örtülü yan etkiler (diskinezi, distoni, akatizi, obesite, kilo alma, ağız kuruluğu gibi),
- 5) Çevresel stresörleri azaltma yönünde yetersiz bilgi ve beceri.

Hastaların bir kısmı süreç içinde ilaçlarını daha düzenli kullanmayı öğrenirken, önemli bir kısmı deneme-yanılma yolu ile hastalık sürecinin belirli dönemlerinde ilaç kullanmadan yaşamlarını devam ettirmeyi öğrenmişlerdir.

Başarılı yaklaşımlar hasta-hekim ilişkisine ve hastanın eğitimine önem veren ona beceri kazandıran,

hastalığın ve nükslerin erken belirtilerini tanınmasını ve en azından bu tür durumlarda hekimiyle daha yakın bir temas içine girmesini sağlayan, düzenli ilaç kullanma becerisini kazandırmaya çalışan yaklaşımlardır.

MİT 14: ŞİZOFREN HASTALAR ANCAK SINIRLI BECERİ GEREKTİREN İŞLERDE ÇALIŞABİLİRLER

Anthony ve arkadaşları (1984) yaptıkları literatür taramasında şizofren hastaların ancak %10-30'unun bir yıllık süre içinde tam iş günü kapasitesinde çalışabildiklerini göstermiştir. Bu bulgu şizofren hastaların ancak düşük işlevsellik düzeyinde performans gösterebilecekleri biçimdeki miti güçlendirmiştir.

Strauss ve Carpenter (1974) yaptıkları çalışmada hastalık semptomları ile hastanın işlevselliği arasında güçlü bir bağ bulamamışlardır. Vermont Longitudinal Araştırma Projesi (Harding ve ark. 1987) "İyileşme gösteren ancak tam iyileşmemiş" grupta ilaçlara dirençli hezeyan ve halüsinasyonların bazı hastalarda iş yaşamını olumsuz etkilemediğini, tersine iş yaşamının bu belirtileri azalttığını saptamışlardır. Öyle ki bazı hastalar için çalışma ve birşeylerle meşgul olma semptomları azaltan bir tedavi stratejisi gibi algılanmaktadır. Galen'in söylediği gibi "İş yaşamı doğanın en iyi hekimi olup insan mutluluğu için gereklidir". Oysa Harding ve arkadaşlarının (1987) belirttiği gibi insan işlevselliğindeki yeri ve önemi bilinmesine karşın ciddi mental hastalıkların tedavisinde iş yaşamının diğer tedavi komponentleri ile entegrasyonu günümüzde sınırlı, sporadik ve yetersiz olarak yapılabilmektedir.

MİT 15: AİLELER HASTALIĞIN NEDENİDİR

Bu mite göre özellikle iletişim alanında sorunu olan ailelerde yetişen çocuklarda şizofreni görülmektedir. Şizofreni yönünden biyolojik etkenlerin ağırlık kazandığı dönemde bile kısmen geçerliliğini sürdüren bu mit, hasta ailesine suçluluk duygusu yükleyen ve hiçbir bilimsel temele oturmayan bir önyargıdır. Ancak hastanın içinde yaşadığı duygusal ve iletişimsel ortam nüksleri presipite edebilmekte, aile içi iletişimin iyileştirilmesi ise nükslere olan duyarlılığı azaltmaktadır (Harding ve Zahniser 1994).

Aile yapısı ve özellikleri şizofreniye neden olmamakla birlikte duygu dışı vurumu fazla olan ailelerle yaşayan şizofren hastalar daha çok nüks göstermektedir. Diğer yandan şizofren hastaların önemli bir kısmının ailesinde aşırı duygu dışı vurumu görülmektedir.

Sonuç olarak mevcut bulgular şizofreninin epizodik özellikler gösteren bir hastalık olduğunu ve pek çok epizodik hastalık gibi çevresel stresörlerden olumsuz etkilendiğini göstermekle birlikte, aile etiyolojik bir ajan olarak kabul edilmemektedir.

Klinisyenlerle aile arasındaki ilişki ve ailenin tedavi içindeki rolü yadsınamaz bir gerçektir. Aileler bilgiye, eğitime, duygusal desteğe, iletişim ve başa çıkma becerilerine gereksinimleri olan ve işbirliği yapılması gereken kişi ve kurumlar olarak düşünülmelidir. Ailenin hastalığın oluşumunda etiyolojik bir ajan olarak görülmesi, uzun yıllar ruh sağlığı hizmeti

verenlerle aileler arasındaki bağı olumsuz etkilemiş ve ailenin yükünü ve suçluluk duygusunu arttırmıştır. Bu nedenle klinisyenin aile ile kurduğu olumlu bağ çok önemlidir. İyi bir ilişki çerçevesinde, hasta, hasta ailesi ve terapist gereksinimlerin belirlenmesi ve uygun müdahalenin seçiminde ortaklaşa çalışırlar. Aileye bilgi vermek ve sorunla başa çıkma konusunda beceriler kazandırmak yanısıra hastalığın iyileşebilirliği konusunda iyimser ancak gerçekçi beklentilerin aktarılması da son derece önemlidir. Tedavide önemli etkilerinin olduğunun belirtilmesi ailelerin işbirliğini ve tedaviye motivasyonlarını arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Angst J (1986) European long-term follow up studies of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 14(4):501-513.
- Anthony WA, Howell J, Danley KS (1984) Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. *The Chronically mentally ill: Research and Services*, M Mirabi (Ed), Bölüm 13, s.215-237.
- Baldwin D (1998) Continuing Care in Schizophrenia. Presented at Satellite Symposium on Schizophrenia: Myths and Realities. XXIst CINP Congress, Glasgow.
- Campbell J, Schraiber R (1989) The well-being project. Mental health consumers speak for themselves. Sacramento, CA, California Department of Mental Health.
- Coursey RD (1989) Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia. *Schizophr Bull*, 15: 349-353.
- Diamond RJ (1984) Increasing medication compliance in young adult chronic psychiatric patients. *New Dir Ment Health Serv*, 21: 59-69.
- Hamilton M (1984) Fish's Schizophrenia. 3. Baskı, Bristol & Wright, s.145.
- Heinrichs DW (1986) The psychotherapy of schizophrenia. *Handbook of Studies in Schizophrenia*, GD Burrows, TR Norman, G Rubinstein (Ed), New York, Elsevier.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS (1987) Chronicity in Schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hosp Community Psychiatry*, 38(5): 477-486.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS (1992) Chronicity in Schizophrenia revisited. *Br J Psychiatry*, 161(Suppl 18): 27-37.
- Harding CM, Zahniser JH (1994) Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 90(Suppl 384): 140-146.
- Kendler KS, Eaves LJ (1986) Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 143(3): 279-289.
- Kingdon DG, Turkington D (1991) The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 179: 207-211.
- Kopala L (1998) Early intervention in Schizophrenia Presented at Satellite Symposium on Schizophrenia: Myths and Realities. XXIst CINP Congress, Glasgow.
- Lieberman RP, Mueser KT, Wallace CT (1986) Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry*, 143: 523-526.
- Salzman C (1998) Treatment of the elderly. Presented at Satellite Symposium on Schizophrenia: Myths and Realities. XXIst CINP Congress. Glasgow.
- Slater E, Roth M (1969) *Clinical Psychiatry*. 3. Baskı, Bailliere, Tindall Cassel, London.
- Strauss JS, Carpenter WT (1981) *Schizophrenia*. Plenum, New York.
- Sungur MZ (1991) Alkol bağımlılığı tedavisinin biçimlendirilmesinde nökslerin önemi ve nöksleri önleme teknikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(3):171-178.
- Sungur MZ, Yalnız Ö (1999) Şizofreni tedavisinde kognitif davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3):160-166.
- Üçok A (1999) Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 3(3): 67-71.
- Weiden P (1998) Compliance in Schizophrenia. Presented at Satellite Symposium on Schizophrenia: Myths and Realities. XXIst CINP Congress, Glasgow.
- Weiden P, Olfson M (1995) Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21: 419-428.
- Weiden P, Aquila R, Standard J (1996) Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 57(Suppl 11):53-60.
- Weiden P, Zygmunt A (1997) Assessment of non-compliance in schizophrenia. *J Practical Psychiatry Behavioural Health*, 3(1): 106-110.