

Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar

Mehmet Z. SUNGUR*, Özlem YALNIZ**

ÖZET

Psikopatolojinin temelinde, düşüncenin yapısı ve içeriğinde bozukluk olduğu bilinmesine karşın, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamıştır. Bu makalede, öncelikle bunun nedenleri üzerinde durulmuş ve günümüzde bilişsel-davranışçı tekniklerin şizofreni tedavisinde neden kaçınılmaz olarak yer aldığı tartışılmıştır. Bu makalede hastanın motive edilmesi ve tedavide kalmasının sağlanması, onunla iyi bir terapötik ilişki kurma, belirtilerin normalize edilmesiyle ilgili rasyoneli aktarma ve nöroleptiklere dirençli pozitif ve negatif semptomlara yönelik teknikler gibi tedavi basamakları da aktarılmıştır. Bu bağlamda, şizofreninin stres-yatkınlık modeli ve bilişsel tedavi yaklaşımlarının hedef semptomları tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, bilişsel-davranışçı tedaviler, stres-yatkınlık modeli.

KLİNİK PSİKIYATRİ 1999;2:160-166

SUMMARY

Cognitive-Behavioral Approaches in Schizophrenia Treatment

Although it is well known that the fundamental psychopathology in schizophrenia, is the structure and content of thought, cognitive-behavioral approaches have not yet been used sufficiently in treatment of schizophrenia. This paper discusses the reasons for the insufficient use of cognitive behavioral techniques and the present inevitable need and place of cognitive-behavior therapy. It also discusses treatment stages such as engagement and rapport building, normalizing rationale and specific techniques used

for neuroleptic-resistant positive and negative symptoms. In this context, stress-vulnerability models of schizophrenia and symptoms that might be targets for cognitive strategies are discussed.

Key Words: Schizophrenia, cognitive-behavioral treatments, stress-vulnerability model.

GİRİŞ

Psikopatolojinin temelinde, düşüncenin yapısı ve içeriğinde bozukluk olduğu bilinmesine karşın, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamıştır (Kingdon ve Turkington 1991). Oysa aynı yaklaşımlar affektif bir bozukluk olarak tanımlanan depresyonda başarıyla kullanılmış ve depresyonu bir duygudurum bozukluğundan çok düşünce bozukluğu olarak tanımlama noktasına kadar getirmiştir. Başka bir deyişle; "Şizofreni, bilişsel-davranışçı terapilerin unutulmuş çocuğu olmuştur." Bilişsel-davranışçı yaklaşımların şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamış olması terapistlerin önyargılara dayalı bazı varsayımlarına bağlı olabilir. Bunlar:

a) "Şizofreni bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla tedavi edilemeyecek düzeyde ağır ve ciddi bir hastalık tablosudur". Bu varsayımın temelinde bilişsel-davranışçı yaklaşımların "ağır" veya "ciddi" hastalıklarda etkin bir biçimde kullanılmayacağına ilişkin görüş yatmaktadır. Oysa bilişsel-davranışçı tedaviler inovatif yaklaşımlarıyla, diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermemiş bir dizi klinik tablonun tedavisinde bugün başarıyla kullanılmaktadır. Örneğin, geçmişte "Ruh kanseri" olarak tanımlanmış olan obsesif-kompulsif

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

bozukluğun tedavisinde bugün başarıyla kullanılmaktadır. Aynı yaklaşımlar günümüzde kişilik bozukluklarının tedavisinde de kullanılmaktadır.

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

c) "Farmakoterapi yeterlidir" biçimindeki varsayım biyo-psiko-sosyal boyutları olan şizofreninin yalnızca biyolojik boyutunu ele almakta, psikososyal boyutlarını gözardı etmektedir. Ayrıca bir tedavi biçiminin yeterli olduğunu belirtebilmek için önceden belirlenmiş tedavi hedeflerine o tedavi yaklaşımıyla ulaşmış olmak gerekir. "Yeterli tedavi" ile ifade edilmek istenenin, hastalık belirtilerinin (varsanı, sanrı gibi) ortadan kaldırılması mı, iş-sosyal-özel yaşam içinde uyumun sağlanması mı, yoksa bireyin hastalık öncesi kişilik özelliklerine dönüşü mü olduğu kesin değildir. Mevcut ilaçların hastalık belirtilerini önemli oranda azaltabildiği ve zaman zaman tamamen ortadan kaldırdığı bilinmekle birlikte aynı ilaçların iş-sosyal ve özel yaşam içinde gerekli uyumu sağlamakta yeterli olduğunu söylemek pek mümkün değildir.

d) "Şizofrenik hastalar terapiden yarar sağlayabilmek için gerekli bilişsel becerilere sahip değildirler ya da mevcut psikotik semptomlar ve bilgi işleme bozuklukları hastaların terapilerden yarar sağlamalarına engel olur" biçimindeki varsayım, aynı varsayımı destekleyen bilimsel verilerden yoksundur. Son yıllarda yapılan araştırmalar, herhangi bir terapötik yöntem aracılığıyla hastanın repertuarına yeni bilgi ve becerilerin geçirilmesini yordayan en önemli etkenin kısa süreli bellek olduğunu göstermektedir (Mueser ve Berenbaum 1990).

Hastalığın önemli tanı ölçütlerinden olan varsanılar ve sanrılarla ilgili olarak Slater ve Roth (1969) "...paranoid bir hastayla sanrıları konusunda tartışmak yalnızca bir zaman kaybıdır..." demiş, Hamilton (1984) ise "... hastanın sanrılarına ve varsanılarına eşlik etmeyiniz, tam tersi, hastanın bunları görmez-

likten gelmesini sağlayınız..." biçiminde görüş belirtmişlerdir. Oysa, bu tür temel konuları tartışmaktan kaçınmak geleneksel psikiyatrik yaklaşımlara ters düşer. Öte yandan bunların konuşulması;

- Hastanın tedaviye motive edilmesini ve tedavide kalmasını,
- Terapötik bir ilişkinin oluşmasını,
- Psikofarmakolojik yöntemlere uyum sağlanmasını,
- Gerektiğinde hastaneye yatış konusunda ikna edilebilirliği artırabilir.

ŞİZOFRENİDE NEDEN BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİLER?

I. İlaça Dirençli Psikotik Belirtiler

Pekçok psikotik birey, nöroleptiklerden yarar sağlasa da, sıkıntı veren ve işlevselliğini olumsuz etkileyen bazı belirtiler, yeterli doz ve sürede ilaç kullanımına rağmen devam edebilmektedir. Hatta ilaçların, üzerinde daha çok etkili olduğu bilinen pozitif semptomların tedavisinde bile zaman zaman yeterince başarılı olamadığı ve düzenli nöroleptik tedavisine karşın inatçı pozitif semptomları devam eden pekçok hasta olduğu bilinmektedir. En genel biçimiyle, hastaların üçte biri ile yarısında belirtiler nöroleptik ilaç kullanımına karşın sürmektedir (Curson ve ark. 1985, Harrow ve ark. 1985, Johnstone ve ark. 1991). Bilişsel-davranışçı yaklaşımların ilaçlara dirençli pozitif semptomlar üzerinde etkili olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar vardır (Sungur 1991, Tarrier 1992, Tarrier ve ark. 1993).

II. Emosyonel Bozukluklar

Psikotik hastalar sıklıkla yoğun anksiyete, yalnızlık, umutsuzluk, değersizlik ve kabul görmeme gibi duygular tanımlarlar. Akut bir atak sırasında depresif epizodun yaygınlığı %20 ila %50 arasında değişmektedir (Siris 1991). Şizofreni tanısı alan hastaların %65'inin üç yıllık izleme süresi içinde en az bir depresif epizod geçirdiği bildirilmiştir (Johnson 1981). Kronik psikotik bozukluk tanısı ile izlenen hastaların ortalama %60'ında panik ve anksiyete semptomları ortaya çıkmaktadır (Siris 1991, Moorey ve Soni 1994). Diğer taraftan, pek çok çalışma emosyonel bozukluk semptomlarının nüksleri ve intihar riskini belirleyen önemli yordayıcılar olduklarını göstermiştir. Şizofreni tanısı alan hastaların %30'u intihar girişiminde bulunmakta (Johnson 1981), %10'u ise yaşamlarını bu şekilde sonlandırmaktadır (Caldwell ve Gottesman 1990).

Bilişsel terapilerin özellikle depresyon ve anksiyete üzerine olan olumlu etkileri ise uzun yıllardan beri bilinmektedir.

III. Nüks Riski

Emosyonel sorunların varlığında ve psikotik semptomların sürekli olarak devam ettiği durumlarda, nüks riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Goldberg ve ark. 1977). Uzun süreli ilaç kullanımı nüks riskini azaltmaktadır. Ancak, düzenli ilaç kullanımına karşın iki yıl içinde %25, 5 yıl içinde ise %40-60 oranında nüks oluşmaktadır (Remington ve Adams 1994). Öte yandan, ayaktan takip edilen hastaların %20 ila %65'i çeşitli nedenlerle ilaçlarını kullanmayı bırakmaktadır (Curry 1985).

Bilişsel terapilerin şizofrenide stres-yatkınlık modeli çerçevesi içinde stresle başa çıkmayı öğreten özellikleri nüks riskini azaltmaktadır.

IV. Sosyal Yeti Yıkımı

Bu alandaki sorunlar genel olarak, günlük işlevlerin yürütülmesi sırasında diğer insanlarla kurulan ilişkilerde ve işyerinde yaşanan güçlükler gibi sorunları kapsar. Sosyal yeti yıkımının varlığı, en az dört farklı etkene bağlıdır (Wing 1983):

- Bilişsel nöropsikolojik bozuklukların varlığı.
- Akut psikoz.
- Olumsuz sosyal ortamlar.
- Bireyin kendine ve iyileşmeye yönelik tutumları.

Farklı bireylerde sosyal yeti yıkımının nedenleri farklı olduğuna göre, her bireye yaklaşım da farklı olmalıdır. Bilişsel-davranışçı terapilerin önemli bir elemanı olan "Yaşam Becerileri ve Yaşam Eğitimi" hastaların sosyal yaşama uyum sağlamasında çok değerlidir. Hastaya özgü olarak hasta ve ailesi ile birlikte uygulanan bu eğitim ile bir yandan hastanın işlevselliği artırılırken, diğer yandan aile üzerindeki yük azaltılmaktadır.

Sözü edilen noktalar, şizofrenide bilişsel-davranışçı yaklaşımların kullanılması için gerekli nedenlerden bazılarıdır.

Bilişsel-Davranışçı Terapiler Ayrıca;

- Hasta ve terapistin sorunun anlaşılması ve çözümünü konusunda işbirliği yapmasını sağlar ve hastayı kendine uygulanan terapinin pasif-edilgen seyircisi konumundan çıkarıp, etkin katılımcısı durumuna getirir.

- Şizofreni tanısının içerdiği yargı ve etiketi ortadan kaldırmaya yöneliklerdir.

Yaklaşım, tedavide hastaların sorunlarının birbirlerinden farklı olduğu dikkate alınarak, her bir hastanın bireysel gereksinimlerine uygun biçimde düzenlenir.

TEDAVİ BASAMAKLARI

I. Hastayı Tedaviye Katmak ve İyi İlişki Kurmak

Hasta ve terapist arasında kurulan iyi bir terapötik ilişki ve terapistin özellikleri, tedavinin sonucunu belirleyen önemli unsurlardır (Mahoney 1991).

Tedaviye katma süreci içinde:

- Empati, sıcaklık, içtenlik ve koşulsuz kabullenme iyi bir terapistte olması beklenen özelliklerdir.
- Psikotik hastalarla daha önce çalışmış olmak ve yeterli bilgi ve deneyim sahibi olmak gereklidir.

- Şizofren hasta ile terapötik ilişki kurarken, hastanın yaşadığı deneyimin gerçek olmadığına dair sözel ya da sözel olmayan bir ipucu vermemek gerekir. Örneğin, hastayı sanrı ile bu aşamada yüzleştirmek terapötik işbirliğini zayıflatır. Her tedavi oturumunda hastayı yüzleştirmeden önce, hastayla iyi bir işbirliği içinde gerçeği test etmek gerekir.

- Bazen hasta yaşadığı deneyimle o kadar meşguldür ki bu konuda terapistini sürekli ikna etmeye çalışır. Böyle durumlarda terapist, herkesin farklı düşüncelere sahip olma hakkının varlığını kabul etmeli ve alternatif bakış açısı kazandırmaya yönelik bir çaba içinde, hastayı gerçeği test etmeye yönlendirmelidir.

- Hastanın uygulanan herhangi bir teknik sırasında ya da belirli bir konu ile ilgili sıkıntılı olduğu farkedilirse, konu kapatılmalı, uygun destek verilmeli ve bu hassas alana daha sonra dönülmelidir.

- Başlangıçta hasta tarafından verilen pek çok anlamalı gibi görünmeyen mesaj, hastanın yaşam öyküsünün, şemalarının ve yanlış yorumlamalarının anlaşılmasıyla daha anlamlı hale gelecektir. Terapist bu süreyi tolere edebilmelidir.

- Hastaya bilişsel model öğretilmelidir. Bu modele göre, olaylar değil olaylarla ilgili algı ya da yorumlar, duyguları ve davranışları belirlenir.

II. Normalize Etmek

Şizofren olmayan bireyler de aşırı stres altında sesler duyabilir. Seslerin oluşumuyla ilgili net rasyonel

geliştirenler, seslerle uygun biçimde başa çıkarlar. İşitilen seslerin artan stresle ortaya çıkabileceğinin hastaya açıklanması, hastanın kendini daha az "tuhaf", daha az "deli" ve daha çok "normal" hissetmesini sağlar. Bu nedenle psikotik deneyimleri normalize ederken şu modellerden yararlanılabilir:

a) Uyku yoksunluğu modeli: Uykusuzluğun illüzyonlara, varsanılara ve paranoid fikirlere yol açtığına dair veriler mevcuttur (Oswald 1974). Örneğin, tıp öğrencilerinin uykusuz geçen saatler sonrasında tuhaf davrandıkları bildirilmiştir. Ayrıca, psikotik belirtiler sıklıkla uykusuzluk sonrasında ortaya çıkmaktadır. Böyle bir açıklama hastanın kendisinde neler olup bittiğini anlamasını sağlarken, hastanın kullandığı ilaca uyumunu da artırır.

b) Uyarıcı yoksunluğu modeli: Karanlık bir odada uzun süre yalnız kalmak varsanıları ortaya çıkarabilmektedir. Böyle bir açıklama ile hastalar uzun süreli izolasyonla semptomlar arasında bağlantı kurabilir, sosyalleşmenin önemini anlayabilirler.

c) Hücre hapsi: Grassian (1983) uzun süreyle iletişim yoksunluğu yaşayan tutuklularda, psikotik belirtilerin ortaya çıktığını bildirmiştir. Şizofren hastalarda sıklıkla psikotik atak öncesinde benzer bir izolasyon dönemi tanımlanmıştır.

d) Posttravmatik stres modeli: Önemli yaşam olayları sonrasında psikozun ortaya çıkabileceği, bireylerin aşırı stres karşısında verdiği tepkileri hasta ile tartışmak yararlıdır. Hastaya Vietnam Savaşı sonrasında savaşa katılan askerlerde varsanıların ortaya çıktığı aktarılabilmektedir.

e) Rehin alma modeli: İzolasyon ve iletişim güçlüğü nedeniyle, rehin tutulan bireylerde de psikotik semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Siegel 1984).

f) Cinsel taciz modeli: Son yıllardaki çalışmalar, cinsel taciz öyküsü olan bireylerde varsanıların yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Pek çok hasta yaşamlarında mevcut olsa bile tedavinin erken dönemlerinde böylesi travmatik bir öyküyü dile getirmeye hazır değildir ancak böyle bir bilgi gelirse, mevcut semptomlarla geçmişteki travmatik deneyim arasında bağların kurulması yararlı olur.

Genellikle şizofren hastaya klinisyen tarafından tanısı söylenmez. Hasta ise tanıyı, bakım veren diğer kişilerden ya da okuduğu bir kitap, dergi veya TV programından öğrenir. Böyle bir tesadüfi öğrenme hastayı korkutmak ve kültürden kültüre değişmekle beraber şu tür düşüncelerin oluşmasına neden olabilmektedir:

"Ben deliyim,"

"Beni kilitleyecekler,"

"Tımarhanede beni dövecek, bana işkence edecekler,"

"Hiç ümit yok,"

"Bana şok verecekler,"

"Bana çok güçlü ilaçlar verecekler ve zombiye döneceğim."

Böyle düşünceler hastada aşırı uyarılmışlık ve anksiyete ortaya çıkarır. Bu tür bir duygudurumun varlığı ise psikotik atağı tetikler. Ümitsizlik içeren depresif düşünceler çökkün duygudurum ve intihar fikirlerine neden olabilir. Oluşan anksiyete ve depresyon ise nöroleptik ilaçlara olan uyumu azaltır. Bu nedenle terapist ve hastanın işbirliği içinde şizofreni kelimesini katastrofik görünümünden çıkarıp normalize etmeye çalışmaları oldukça yararlı olacaktır.

III. Rasyonel Geliştirme

Terapist ve hasta işbirliği içinde çalışarak, belirtilerin nasıl ortaya çıktığıyla ilgili bir formülasyon oluştururlar. Rasyonel geliştirirken psikotik atak öncesini yakından anlamak gerekir. Bu aşamada hastaya stres-yatkınlık modeli (Zubin ve Spring 1977, Strauss ve Carpenter 1981, Nuechterlein 1987, Ciompi 1988) açıklanmalıdır. Stres-yatkınlık modeli, bazı etkenlerin şizofreniye yatkınlığı arttırdığını ve hastalığın seyrini etkilediğini öne sürer. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşim üzerinde durur. Yenidoğanda genetik etkenler, intrauterin çevre, doğum travması; çocukluk dönemindeki virüs enfeksiyonları, kafa travması ya da devam eden olumsuz çevresel koşulların şizofreniye yatkınlığı arttırabileceğini ileri sürer. Nuechterlein, şizofreniye yatkınlığı arttıran dört etkenden söz etmiştir:

- Sosyal beceri eksikliği,

- Şizotipal kişilik özellikleri,

- Bilişsel nöropsikolojik bozukluklar,

- Nörolojik bozulmalara ait non-spesifik fiziksel belirtiler.

Bu modele göre akut psikotik atağın ortaya çıkmasında, yalnız yatkınlık değil, ek stres etkenleriyle de karşılaşmak gerekir. Bu ek stres etkenleri; biyolojik (örneğin, ilaç kötüye kullanımı) veya psikolojik (örneğin, işe başlamak, evden ayrılmak gibi yaşam olayları veya evde aşırı eleştiri almak gibi olumsuz çevresel koşullar) olabilir. Hastalığın kronik biçim

kazanmasında bireyin değerine yönelik tehditlerin (etiketlenme gibi), bireyin yaşadığı sosyal çevrenin (eleştirilme, reddedilme gibi) etkisi üzerinde durulmaktadır. Bu model yardımıyla hastanın semptomlarının nasıl ortaya çıktığı onunla birlikte incelenir.

Psikotik atak öncesi, genel olarak çevresel sorgulama ile araştırılır. Kullanılan diğer teknikler imgeleme ve rol oynama teknikleridir. Bu dönemde başarı, onaylanma ve kontrolle ilgili altta yatan şemaları gösteren anahtar kognisyonlar araştırılır. Terapinin bu aşamasındaki seanslar önemli veriler içerir. Hastanın paranoid sanrıları yoksa izin alarak görüşme teybe kaydedilir ve hastaya ev ödevleri verilir. Terapinin bu aşamasında, hastaya acı veren duyarlı konularla karşılaşıldığında ve anksiyete düzeyi çok yükseldiğinde terapist, geri çekilme taktiğini kullanmalı, bu tür konuların konuşulmasını ertelemelidir.

IV. Anksiyete ve Depresyon Tedavisi

Affektif semptomların varlığı, psikososyal ve biyolojik tedaviye olan uyumu düşürmesi nedeniyle önemlidir. Anksiyete belirtileri normalizasyon yöntemiyle azaltılmalıdır. Devam etmesi halinde, sanrılara bağlı anksiyetenin ortaya çıktığı durumlarda progresif kas gevşetme teknikleri öğretilmelidir. Hafif ve reaktif depresyon bilişsel yaklaşımla ele alınırken, bazen bu aşamada terapiye ek olarak antidepresan ilaca başlanabilir.

V. Nöroleptiklere Dirençli Pozitif Psikotik Semptomlarda Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri

a) Sanrılar

Bireyin sosyal, kültürel ve eğitimsel altyapısı ile uygunsuz olan ve tersine veriler olmasına karşın mantıklı tartışma ile kolaylıkla sarsılmayan yanlış inançlardır. Sanrılar uygun tutum ve stratejilerle zayıflatılabilir. Hasta ile terapist işbirliği içinde sanrılarla ilgili kanıtları toplamadan ve bunları değerlendirmeden, hasta sanrıları ile konfronte edilmemelidir. Böyle bir konfrontasyon sanrılarının kuvvetlenmesine yol açar. En zorlukla değişen sanrılar, bireyin en çok duygusal yatırım yaptığı sanrılarıdır. Kullanılan teknikler şöyledir:

Çevresel sorgulama: Hastanın sanrılarının etrafındaki tutarsızlıkları görmesine yardım edilir. Sorgulama sanrının kalbinden başlatılmamalıdır. Bu hasta için tehdit edici olabilir. Başlangıçta mümkün olduğunca çok bilgi toplanır. Daha sonra Sokratik sorgulama, sanrının etkilerini anlamak amacıyla kullanılır.

Burada sanrının çevresinden başlayarak kalbine doğru ilerleyen bir yol izlenir. Çevresel sorgulamanın terapide nasıl kullanıldığı aşağıdaki örnekte gösterilmiştir.

Hasta: Evim dinleme cihazları ile dolu. Hatta bu oda da dinleme cihazları ile dolu.

Terapist: Dinleme cihazları ne şekilde? Haydi onları tanımlayalım ve bulmaya çalışalım.

Hasta: Duvardaki betonun içine yerleştirilmişler.

Terapist: Ne çeşit bir dinleme cihazı betonun içinden sesleri duyabilir?

Hasta: Bilmiyorum.

Terapist: Anlıyorum ki, dinleme cihazları küçük mikrofonlardır, çalışmalarını için açıkta olmalı ya da en azından yüzeye yerleştirilmelidirler. Şimdi onları burada arayalım ve sen sonra evini kontrol edebilirsin.

Ev ödevi, gerçeği değerlendirme egzersizi: Gerçeği değerlendirmeye yönelik egzersizler soyut biçimde değil, bulgular kaydedilerek yapılmalıdır. Erken dönemlerde hastaya egzersizler sırasında ve bulguların kaydedilmesinde bir sağlık personeli yardım edebilir. Bulguların analizinde yönlendirilmiş keşif yöntemi "Guided discovery" kullanılır. Sanrıya yapılan duygusal yatırım işlenerek azaltılır. Sanrılar bireyin kendilik değerini korumaya yönelik işlev gören çarpıtılmış şemalar olarak değerlendirilir. Değişmez kabul edilen ve bireyin yoğun yatırım yaptığı şemaların zayıflatılması depresif belirtiler ortaya çıkarabilir. Bu durumlarda uygun destek verilerek gerektiğinde antidepresana başlanabilir.

b) Varsanılar

Nereden köken aldığını araştırmaksızın ya da nasıl ortaya çıktığı ile ilgili bir rasyonel oluşturmaksızın işitsel varsanıların gerçek gibi kabul edilmesi şaşırtıcıdır. Seslerin analizi hasta ile beraber seslerin nereden gelebileceği ile ilgili hipotezler kurularak başlar. Hastaların seslerin ne olabilecekleri ile ilgili hazır bir cevabı genellikle yoktur. Yönlendirilmiş keşif yöntemi ile çeşitli olasılıklar ve bu olasılıklara hastanın ne kadar inandığı araştırılır. Seans içinde öğretilenlerin ev ödevleri biçiminde oturumlar arasında devam ettirilmesi genellikle seslerin dış dünyadan geldiğiyle ilgili inancı zayıflatır. Hastalar seslerin içeriğine odaklandığında bunların kendi düşüncelerinden kaynaklandığını farketmeye başlarlar. Bu aşamadan sonra seslerle başetme yöntemlerine geçilebilir.

Sesler bilişsel terapi terimiyle otomatik düşünceler olarak düşünülmemelidir. Hastadan seslerle ilgili kayıt tutması istenir. Daha sonra bunların ne derece doğru olduğu değerlendirilir ve rasyonel yanıtlar geliştirilir. Bu yanıtlar teyibe kaydedilir ve hastadan seslerin aktif olduğu durumlarda bunları dinlemesi istenir. Hastanın seslerin verdiği komutlara uygun davranmaması da benzer etki oluşturur. Sonuçta, sesler başlangıçta bir süre için alevlenecek daha sonra azalacaktır (cognitive dissonance) ve bu konuda hasta uyarılmalıdır.

c) Düşünce bozukluğu

Şizofrenik düşünce bozukluğunun tedavisinde kullanılan bilişsel-davranışçı tekniklerden en önemlisi düşünce bağlantısıdır. Bu teknikle hastaya tekrar tekrar ilişkisiz görülen konuşmalar arasında nasıl bir bağlantı kurduğunu açıklamaları istenir. Hastanın neolojizmi kabul edilmez, söylenen kelimenin anlamı ve nereden çıktığı sorgulanır.

d) Negatif belirtiler

Negatif belirtileri devam ettiren faktörler;

- Pozitif semptomlarla aşırı meşguliyet,
- Nöroleptik yan etkisi,
- Veya depresyon olabilir.

Pozitif semptomlara yönelik terapötik yöntemlerin uygulanması düşük doz nöroleptik kullanımı ve standart savaşı yaklaşımlar pozitif semptomları yatıştırarak negatif belirtileri düzeltir.

Aktivitelerin planlanması, yaşam becerileri eğitimi ve sosyal beceri eğitimi negatif belirtilerin tedavisinde önemlidir.

e) Nüks önleme

Her bir hastanın nüks profilinin belirlenmesi, muhtemel tetikleyici faktörlerle semptomlar arasındaki bağlantının hastaya öğretilmesi nükslerin önlenmesinde önemlidir. Ayrıca, hastaya hastalık dönem-

lerinin erken belirtileri öğretilerek böyle durumlarda ne yapması gerektiği ile ilgili açık yönergeler verilmiştir.

Diğer taraftan aile içinde yüksek duygu-dışavurumu olan hastalarda nüks riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Pek çok çalışma ile kombine ilaç ve aile tedavisinin nüks riskini yalnız ilaç tedavisine göre %50 oranında düşürdüğü gösterilmiştir (Lam 1991). Nüksleri önlemede aileyi de içine alan bir tedavi oldukça önemlidir.

TARTIŞMA

Nöroleptiklerin 1950'lerde şizofreni tedavisinde yer almasıyla yeni bir dönem başlasa da, nöroleptiklere dirençli pozitif psikotik belirtilerin hastaların hemen hemen yarısında devam etmesi (Silverstein ve Harrow 1978, Curson ve ark. 1988) şizofrenide ilaç tedavilerinin yeterli olmadığını ortaya koymuştur.

Şizofrenide psikososyal etkilerin rolü bugün artık iyi bilinmektedir. Bilişsel-davranışçı terapiler temelini stres-yatkınlık modeli üzerine kurmuşlardır. Böyle bir model hastalığın başlangıcı ve devamı yönünden oldukça "de-katastrofik" bir yaklaşımı simgelemektedir. Başka bir deyişle hastalığın açıklanmasında bir "Normalizasyon rasyoneli" getirmekte ve hastayı "Tedavi edilmez bir deli" veya "Şizofreni hastalığının şanssız kurbanı" yerine "Yaşamının bazı noktalarında belirli stres etkenleriyle karşılaşınca tepki olarak hastalık semptomlarını çıkaran kişi" olarak görmektedir. Böyle bir normalizasyon rasyoneli gerek hasta gerekse terapistin hastalığa daha iyimser, daha umutla bakabilmeleri ve terapötik kilitlenmeden kurtulmaları için son derece önemlidir.

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar psikotik deneyimlerin tedavisinde henüz başlangıç aşamasındadır. İnnovatif yaklaşımlar ve kontrollü çalışmalar gelecek için daha çok bilgi verecektir. Hangi terapötik yaklaşımların hangi durumlarda etkili olduğu, hangi hastaların tedaviden yararlanma şansının yüksek olduğu cevaplanması gereken sorulardan bazılarıdır.

KAYNAKLAR

Caldwell J, Gottesman I (1990) Schizophrenics kill themselves too. Schizopr Bull, 16:571-590.

Ciampi L (1988) The Psyche and Schizophrenia. Cambridge, Harward University Press.

Curry SH (1985) Commentary on the strategy and value of neuroleptic medication monitoring. J Clin Psychopharmacol, 5:263-267.

Curson DA, Barnes TRE, Bamber RW ve ark. (1985) Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic outpatients. Br J Psychiatry, 146:464-480.

Curson DA, Patel M, Liddle PF (1988) Psychiatric morbidity of a long stay hospital population with chronic schizophrenia and implications for future community care. Br Med J, 297:819-822.

- Goldberg SC, Schooler NR, Hogarty GE ve ark. (1977) Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drugs and psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 34:171-174.
- Grassian G (1983) Psychopathology of solitary confinement. *Am J Psychiatry*, 150:178-187.
- Hamilton M (1984) *Fish's Schizophrenia*. 3. baskı, Bristol, Wright, s.145.
- Harrow M, Carone BJ, Westermeyer J (1985) The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 142:702-707.
- Johnson DAW (1981) Studies of depressive symptoms in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 139:89-101.
- Johnstone EC, Owens DGC, Frith CD ve ark. (1991) Clinical findings: abnormalities of mental state and their correlates. The Northwick Park follow-up study. *Br J Psychiatry*, 159:21-25.
- Kingdon DG, Turkington D (1991) The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 179:207-211.
- Lam D (1991) Psychosocial family intervention studies in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med*, 21:423-441.
- Mahoney MJ (1991) *Human Change Processes United States of America*, Basic Books.
- Moorey H, Soni SD (1994) Anxiety symptoms in stable chronic schizophrenics. *J Ment Health*, 3:257-262.
- Mueser KT, Berenbaum H (1990) Psychodynamic treatment of schizophrenia-is there a future? *Psychol Med*, 20:253-262.
- Nuechterlein KH (1987) Vulnerability models for schizophrenia: state of the art, Search for the causes of schizophrenia, H Hafner, WF Gattaz, W Janzarik (Ed), Berlin, Springer, s.297-316.
- Oswald I (1974) *Sleep*. 3. baskı, Harmondsworth, Penguin.
- Remington GI, Adams ME (1994) *Depot neuroleptics. Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis*, RJ Ancill, S Holliday, J Higenbotham (Ed), Chichester, Wiley.
- Siegel RK (1984) Hostage hallucinations. Visual imagery induced by isolation and life-threatening stress. *J Nerv Ment Dis*, 172:264-272.
- Silverstein ML, Harrow M (1978) First rank symptoms in the post-acute schizophrenic: a follow up study, *Am J Psychiatry*, 135:1481-1486.
- Siris SG (1991) Diagnosis of secondary depression in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 17:75-98.
- Slater E, Roth M (1969) *Clinical Psychiatry*. 3. baskı, London, Bailliere, Tindall&Cassel.
- Strauss JS, Carpenter WT (1981) *Schizophrenia*. New York, Plenum.
- Sungur MZ (1991) Nöroleptiklere dirençli rezidüel semptomları olan iki şizofreni olgusunda uygulanan kognitif-davranışçı tekniklerin semptomlar üzerine etkileri. XXVII. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Antalya.
- Tarrier N (1992) Management and modification of residual positive psychotic symptoms. *Innovations in the Psychological Management of Schizophrenia*. M Birchwood, N Tarrier (Ed), Chichester, Wiley.
- Tarrier N, Beckett R, Harwood S ve ark. (1993) A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome, *Br J Psychiatry*, 162:524-532.
- Wing JK (1983) *Schizophrenia. Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, FN Watts, DH Bennett (Ed), Chichester, Wiley.
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability - a new view on schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 86:103-126.