

# Şizofrenide Psikososyal Tedaviler

Yrd. Doç. Dr. Levent SEVİNÇOK\*

Şizofreni genellikle erken yetişkinlik döneminde başlayan ağır, kronik bir ruhsal hastalıktır. Hastalık dönemleri, stresli yaşam olayları yaşayan ya da aile üyeleriyle stresli ilişkileri olan bireylerde ortaya çıkar. Uzun süreli psikososyal ve toplumsal yetersizliklere yol açan tekrarlayıcı ataklar hastaların yoğun toplum desteğine ihtiyaç duyabileceği anlamına gelir.

Bir yandan belirtileri, yatkınlığı ve stresi azaltan, öte yandan psikososyal yetenekleri ve yaşam kalitesini iyileştiren müdahaleler şizofrenide ayrıntılı bir tedavi programının temel bileşkeleleridir. İlaç tipi, doz ve tedavi süresine göre yeterli olan ve kar/zarar ölçülerini dikkate alan akut alevlenme dönemlerinin ilaç tedavisi bu tür müdahalelerin en önemli noktasıdır ve mümkün olduğu kadar kısa sürede uygulanmalıdır. İlaç tedavileri hastalığın belirli evrelerine uygun bir şekilde uyarlanmış psikososyal yöntemlerle birlikte uygulanmalıdır. Çeşitli müdahalelerin eşgüdümlü bir şekilde uygulanması için terapist, kurumlar, hasta ve hasta ailesi arasında işbirliği gerekir (Gaebel ve Marder 1996).

Farmakolojik ve psikososyal tedaviler nörotransmitter anormallikleri gidermek, stres yaşantısını doğrudan azaltmak, hastaların yaşam sorunlarıyla başetmesine yardımcı olacak çeşitli toplumsal ve aletli becerileri öğretmek suretiyle hastalığın

gelişmesine karşı tampon rolü oynarlar. Psikososyal tedavileri iyi bir şekilde yapmak için klinisyenlerin hastanın üzerinde etkisi olan toplumsal stres etkenleriyle, günlük yaşamdaki engelleri aşmada gerekli olan becerilerin düzeyi ve destek sistemlerinin oluşturulması ve sürmesini kolaylaştıran kişilerarası etkenlerle ilgili bilgisi olması gerekir. Klinisyenler bu alanların herbirinde hastaların kuvvetini ve zayıflığını yansıtan bireysel iyileştirme planları geliştirebilirler (Axer ve Corrigan 1992).

Antipsikotik tedaviler şizofreni belirtilerini tedavi etmede ve relapsı önlemede etkin oldukları için psikososyal tedavilerin şizofrenideki değerini gözlemlemiştir. Son 30 yıl boyunca uygulanan nöroleptik tedavilerin şizofrenili hastaların tedavisinde önemli etkileri olsa da birçok hastada belirtilerin yatışması ve toplumsal işlevsellik arzu edilenden düşük düzeylerde kalmıştır. Son yıllarda birçok hasta için psikososyal tedaviler ile ilaç tedavisini birlikte kullanma eğilimi artmıştır. Kronik hastanın en önemli belirtisi toplumsal yeteneklerdeki yıkımdır ve bu sorun psikotik belirtilerden bağımsızdır, psikososyal bakım bu yüzden büyük önem göstermektedir. Nöroleptikler tedavinin ana taşları olmasına karşın şizofrenide geliştirilmiş çok sayıda önemli farmakolojik olmayan tedaviler de vardır (Bellack ve Mueser 1993). Bu tedaviler hastayı destekleme, bağımsız yaşama yetilerini geliştirme ve psikososyal işlevselliği iyileştirme amacındadır. Bu tedaviler ilaç tedavi-

\* Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, AYDIN

sine uyumu da arttırırlar. Şizofreninin psikoterapisindeki son gelişmeler uygun ilaç tedavisi ile birlikte, eğitimsel yöntemleri, yeti eğitimini, aileye dayalı stres düzenlemesini özgül bilişsel-davranışsal stratejileri bütünleştirmiştir. Bu tür yaklaşımlar şizofrenide ortaya çıkan yıkım ve yetersizlikleri ve olumsuzlukları iyileştirmede büyük umutlar sağlamıştır (Falloon 1992).

Yeni tedaviler şizofrenik hastalarda relaps oranının azaltılmasında umut vermektedir. İlaçlara uyumsuzluk, nöroleptik dozu, hastanın terapötik ve ev ortamlarındaki uyarılma düzeyi, ekstrapiramidal yan etkiler, dikkat ve uyanıklıktaki bozukluklar ve günlük yaşam olaylarının stresleri gibi etkenlerin kontrol altında tutulması birçok hastada relaps oranını azaltabilir. Hastaneden çıktıktan sonraki ilk yıl içindeki %65-70'lik bir relaps oranı antipsikotik ilaçların düzenli kullanılmasıyla %40'a, psikososyal tedavilerin eklenmesiyle %20'nin altına düşürülebilir. Düşük dozlarda antipsikotiklerle birlikte uygulanan psikososyal tedaviler yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yapar (Hogarty 1993). Çeşitli girişimlerin uygulanması ve aralarındaki eşgüdüm terapistler, kurumlar, hasta ve hasta ailesinin iyi bir işbirliğini gerektirir (Gaebel ve Marder 1996). Şizofrenik belirtilerin erken farkedilmesi ve tedavisine yönelik bütünleştirilmiş bir biyolojik davranışsal terapi, hastalar ve bakım verenler arasında tedavinin düzenlenmesi için yapılan işbirliği, aile ve toplumsal yeti eğitimi, başa çıkma yetileri ve kendine yardım tekniklerinin öğretilmesi belirtilerin yeniden ortaya çıkması, toplumsal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ölçülerek şizofreninin seyrini ve sonuçlarını iyileştirdiği belirlenmiştir (Carpenter 1986, Coursey 1989, Katz 1989).

Şizofreninin evresel seyri ve hastanın hastalığa zamanla değişen uyumu seyrin, prognozunu, hastalık evresinin ve hedef sorunların periyodik olarak yeniden değerlendirilmesini gerektirir. Çoğu hasta için stresi azaltmak ve relapstan sakınmak için, ilaç tedavisinde denge, toplumsal desteğin harekete geçirilmesi ve destekleyici sürekli bir tedavinin sağlanmasına akut bir epizodu izleyen ilk 6-12 ay içinde girişilmelidir.

### Aile tedavisi

Şizofreninin aile üzerindeki etkileri son zamanlarda büyük dikkat toplamaktadır. Günümüzde ruh sağlığı uzmanları aileye bir bilgi kaynağı, hastaya

bakım veren, hastanın stres kaynağı olan, aile eğitimine ve aile tedavisine ihtiyaç duyan aile olarak yaklaşmaktadır. Aile tedavilerinin hasta başına tedavi maliyetini ortalama %27 oranında azaltmaktadır (Tarrier ve ark. 1991). Kurumsallaşmanın önemini azaldığı ve şizofreninin toplum içindeki tedavisine doğru bir eğilim olduğu günümüzde, hasta yakınları hastalığın tedavisinde giderek artan bir rol oynamaktadır.

Psikiyatrik hastaların aileleri şizofreninin psikotik ve rezidüel belirtileriyle başa çıkmada önemli güçlüklerle karşılaşmaktadır (Fadden ve ark. 1987). Bu aileler sıklıkla toplumdan uzaklaşmış ve hasta olan yakınlarına karşı yabancılaşmıştır (Beels ve ark. 1984). Son zamanlara kadar ruh sağlığı çalışanları hasta ailelerini ruhsal hastalığın nedeni ya da hastalık dönemlerini tetikleyici unsur olarak suçlama eğilimi içinde olmuşlardır. Bu durum aktif aile hareketlerinin ortaya çıkmasıyla son 10 yıl içinde düzeltilmiştir. Aileler sıklıkla yanlış bilgilendirildiklerinden ve tedaviye yardımcı olamadıklarından yakınmaktadır. Psikiyatrik hastalar ve onların yakınları ruhsal hastalık ve onunla nasıl başedileceği hakkında birşeyler öğrenmekten birçok fayda sağlarlar. Yapılan çalışmalarda hasta yakınları psikiyatrik hastalık ve buna bağlı sorunlarla baş etme stratejileri hakkında bilgi sahibi olma konusunda oldukça istekli görünmüşlerdir (Mueser ve ark. 1992).

Bütün aileler hastanın nasıl ve ne zaman normal yaşantısına döneceklerini, ya da yetersiz kaldıkları takdirde rehabilitasyon gerekip gerekmeyeceğini bilmek isterler. Klinisyen onlara iyileşmenin haftalar ya da aylar içinde olacağını ve kronik hastalıklardaki bu iyileşmenin her yeni epizoddan sonra benzer şekilde olduğunu anlatmalıdır (Strauss ve ark. 1985).

Birçok aile için hastaneye yatışlar sadece ayaktan tedavilerin başarısızlığı uğramasıyla kullanılacak son bir çare olarak görülür. Krizdeki aileler sıklıkla yardım alma eğilimindedir ve anlayışlı, empati yapabilen bir terapistten yardım almaya açıktırlar. Şayet bu hastanın ilk psikotik dönemiye eş ya da aile hastanın içinde bulunduğu durumdan ötürü kendilerini suçlayabilir ve hastayı hastaneye yatırmaktan dolayı kendilerini suçlu hissedebilirler. Hastaya ne olduğunu tam olarak anlamayabilir ve yakınlarını tamamen kaybetmekten korkabilirler. Eğer bu kriz birçok epizoddan birisiyse aile

hastanın durumundan ötürü acizlik ve üzüntü hissedebilir ve hastalığın seyrini kontrol etmeyi başaramayan sağlık kuruluşuna yabancılaşabilir. Bu aileler hastanın hastaneye yatırılması ile rahatlarlar ve sıklıkla hastanın erken taburculuk için hazırlanmasına direnebilirler. Hasta acil bir durumdayken bir hasta yakınının ya da hasta için önemli bir kişinin bulunması ve daha sonra düzenli olarak onu ziyaret etmesi sonucun daha iyi olmasına neden olurken (Gould ve Glick 1977, Withersty 1977), ailenin olmaması prognozun kötü olmasına ve hastane tedavisinin uzun sürmesine neden olur. Aileyi eğitmek ve onların kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak erken taburculuğu önleyebilir. Drake ve Sederer (1986) hastane tedavisinin başlarında aile desteğinin kalkmasının intihar davranışına yol açabileceğini bildirmiştir. Bu yüzden terapist tedavinin başlangıcından itibaren taburculuk planını tartışarak hastaya ailenin destekleyici bir yardım sağlamasını teşvik etmelidir.

Tedavinin hedefleri bir çalışma ortaklığı kurmak ve aileyi hastalık hakkında eğitmektir. Terapist geçmiş ayaktan tedavi programlarını dikkatli bir şekilde gözden geçirmeli ve hasta ile ailesinin o andaki şikayetlerini karşılayacak bir tedavi planı tasarlamaya gayret etmelidir. Terapist sorunları belirlemek, kuvvetli ve zayıf yanları tanımak ve uygun sorun çözücü stratejiler geliştirmek amacıyla aile ile işbirliği yapar (Wynne ve ark. 1987, 1994). Ailelere hastanın beyindeki kimyasal bir dengesizlik nedeniyle hastalandığı, bu yüzden kimsenin suçlu olmadığı anlatılmalıdır. Terapist ağır ve süregelen bir ruhsal hastalıkla başa çıkmak için ailenin ve eşin gösterdiği çabaları takdir ettiğini göstermelidir. Hastaya ailelerle yapılan bu toplantılar bildirilmeli ve terapist hastanın bu toplantılara katılabileceğine karar verdikten sonra toplantılara katılması sağlanmalıdır.

Son yıllarda şizofreninin aile tedavisinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak özellikle ülkemizde psikiyatri servislerinin bu yenilikleri klinik uygulamada bütünleştirmede yetersiz kaldığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde elde edilen sonuçlar standart hastane tedavisine aile tedavisi eklemenin etkin olduğunu göstermektedir, ancak bu terapötik etkinin kadın hastalarla kısıtlı olduğu görülmüştür. Aile tedavisinin şizofrenik erkek hastalar üzerindeki etkisi çok düşük ya da bir miktar olumsuz bulunmuştur (Spencer ve ark. 1988).

Hasta yakınlarına başa çıkma yetilerini öğretmede aile girişimi programlarının sıklıkla şizofrenik relapsı azaltmada etkin olmasına rağmen, birçok aileler tedaviden erken bir evrede ayrılmak zorunda kalırlar (Tarrrier 1991). Stresle başa çıkma yetilerini kullanarak bakım veren ailelere şizofreni hakkında bilgi sağlayan, hasta davranışlarının düzenlenmesinde problem çözme yetilerini eğiten ve toplumsal destek ve toplumsal kaynaklara daha fazla yol açan eğitimsel destek gruplarının, bakım verenlerde anksiyeteyi önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur (Abramowitz ve Coursey 1989).

Şizofreniklerin ebeveynleri çocuklarının tedavilerine ya psikolojik eğitim yoluyla, ya da düzenli aile tedavisi ile giderek daha fazla katılmaktadırlar. Bu tip girişimlerin başarısı ebeveyn ilişkisinin yapısına bağlı olabilir. Bu yüzden şizofreniklerin ebeveynleri arasındaki ilişkinin tanımlanması klinisyen için değerlidir (Wichstrm ve Holte 1995).

Ailenin psikolojik olarak eğitilmesine dayanan tedavilerin diğer psikososyal tedavilerin ya da sıradan bakımın ötesinde yararlar sağladığı, bu yüzden şizofreni tedavisinin tümünün önemli bir parçası olduğu bildirilmektedir (Schooler 1995, Anderson ve ark. 1986). Aileye yönelik girişimler (ailenin psikolojik eğitimi ve davranışsal aile tedavileri) ailelerin duygu dışavurumunu (expressed emotion) ve özellikle hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk 1 yıl içindeki yinleme riskini azaltmada başarılı olmaktadır (Goldstein 1994). Aile tedavileri ailenin yükünü de azaltmaktadır. Bilişsel rehabilitasyon ve pozitif belirtilerle baş etme eğitimleri umut vaat eden girişimlerdir. Farklı aile girişim modellerinin etkinliği çok sayıda araştırma tarafından vurgulanmaktadır. Gelecekteki çalışmalar bu yöntemleri diğer psikososyal yaklaşımlarla bütünleştirmeye, hangi hastaların hangi tedavilerden yarar göceklerini ve tedavinin süresini belirlemeye yönelik olacaktır (Penn ve Mueser 1996, Dixon ve Lehman 1995).

Şizofreni için geliştirilen yeni bir aile terapisi olan "Eğitimsel Aile Terapisi" (EAT) aile üyelerinin hastalığı anlamalarını geliştirmektedir. Bu tip araştırmaların etkin aile girişimlerinin ortaya çıkması, ailenin gereksinimlerine göre tedavi modelleri geliştirilmesi şizofreninin seyri ve aile yükünün üzerinde aile tedavisinin etkilerinin

altında yatan mekanizmaların anlaşılmasını sağlar (Mueser ve ark. 1994).

Sınırlı bir psikodinamik model olan Fokal Aile Terapisi (Focal Family Therapy) gibi eğitici, problem çözücü yaklaşımlar ilaç tedavisine dirençli olan şizofrenik hastalarda özellikle toplumsal işlevsellikte düzelmeye yol açmıştır (Levene ve ark. 1989).

Aile terapisi akut yatan hasta tedavisinde pek değerli değildir. Bu tedavi hastaneye yatışın yarattığı kriz sırasında hasta ve aileyi desteklemeye çalışır. Yoğun tedavi ortamlarında aile tedavisi diğer seçeneklere ek olarak düşünülebilir. Bu tedavi hastanın eyleme vurum ve bölünmesini önleyerek yeniden inşasını sağlar, ailenin anksiyeteleri için koruyucu bir ortam sağlar. Aileleri hastalık hakkında bakım sonrası gereksinimleri hakkında eğitirken, tedaviye ilgi duyarak katılmalarını destekler. Yatan hasta aile terapisi alanı hala çok yenidir. Yatan hasta birimlerinden kaynaklanan aile patolojisi hakkındaki ilk gözlemlere rağmen aile tedavisine yönelik ilgi ayaktan hasta tedavisine yönelmiştir. Aile tedavisini dinamik bir çevrede bütünleştirmek için ailesel ego işlevselliğinin güçlü ve zayıf yanlarının değerlendirilmesi gereklidir. Yeteneklerin, nesne ilişkilerinin düzeyinin, savunmaların, anksiyete toleransının ve bütün ailenin uyuma dönük kapasitelerinin belirlenmesi uygun müdahalelerin tasarlanmasına olanak tanır. Bu müdahaleler mevcut patolojilerin yıkıcı doğasını sınırlarken ailenin güçlerinin birleştirilmesi doğrultusunda kullanılır (Bradley 1987).

Birçok kontrollü araştırmalarda hastaneden taburcu edilen şizofreni hastası aileleriyle birlikte tedavi edilmiştir (Anderson ve ark. 1986, Falloon ve Pederson 1985, Hogarty ve ark. 1986, 1991, Leff ve ark. 1982, 1985, 1989, MacCarthy ve ark. 1989, Tarrier ve ark. 1988). Her programda ilaç tedavisinin yanı sıra genellikle bireysel, destekleyici psikoterapiler olmak üzere rastlantısal kontrol tedavileri ya da aile tedavileri uygulanmıştır. Aile tedavileri relapsı azaltmada ve aile üyelerine hastayı daha az eleştirmede yardımcı olmada daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Doane ve ark. 1985, Falloon ve Pederson 1985, Hogarty ve ark. 1986).

### **Toplumsal Becerilerin Geliştirilmesi**

Araştırmalar şizofrenik hastalarda toplumsal yeti eğitiminin kişilerarası yetileri arttıracak ve

büyük olasılıkla şizofrenik hastaların relaps riski olasılığını geciktireceğini ya da azaltacağını ileri sürmüşlerdir ve çok sayıdaki çalışmadan elde edilen sonuçlar bu varsayımı desteklemektedir (Benton ve Schroeder 1990, Wallace ve Liberman 1985, Liberman ve ark. 1986). Bu tür eğitimlerin hastaların toplumsal davranışlarını ve kendilik algılarını önemli derecede iyileştirdiğini ve toplumsal anksiyetelerini azalttığı bildirilmektedir (Benton ve Schroeder 1990). Toplumsal becerileri geliştirme ve toplumsal çevre tedavisinin şizofrenik belirtileri, özellikle negatif belirtileri iyileştirmede etkin olmaktadır. İzlem süresi uzadıkça toplumsal becerilerin geliştirilmesi yönünde yardım alan hastalarda negatif belirtilerdeki iyileşme azalmaktadır. (Dobson ve ark. 1995, Penn ve Mueser 1996). Toplumsal ölçülerdeki en büyük iyileşmenin toplumsal yeti eğitimine, psikotik belirtilerin kötüleştiği ilk gözlemlenildiğinde ilaç tedavisinin de eklenmesiyle sağlandığı gözlenmiştir (Marder ve ark. 1996).

### **İçgörü Geliştirme Yaklaşımları**

Araştırmalar içgörü eksikliğinin şizofrenili hastalarda tedaviye uyumun ve sonucun kötü olması ile birlikte olduğunu göstermektedir. Hangi tedavi türlerinin içgörüyü arttırabileceği konusunda çok az şey bilinmektedir. Yapılan çalışmalar hastaların standart tedavilere katılmalarına rağmen içgöründe pek değişiklik olmadığını göstermektedir. Bir çalışmada meslek geliştirme programının özellikle bilişsel yetilerinde daha az yıkım olan hastalarda içgörüyü arttırdığı belirlenmiştir (Lysaker ve Bell 1995).

İçgörü-yönelimli terapi 1930'larda psikoanalizin bir değişimi olarak ortaya çıkmıştır (McGlashan 1983). İçgörü-yönelimli psikoterapinin hedefleri hem belirtilerin giderilmesini, hem de yineleyen uyum bozucu kişilerarası modellerin devamlı olarak yeniden şekillendirilmesini içerir. Tedavinin hastanın yaşam öyküsünü ve geçmiş ilişkilerini ayrıntılı olarak incelemesi, hastanın o anki ilişkilerinin gerçeklerin dikkatli bir şekilde gözden geçirmesi ve hastanın uyum bozucu davranışlarının o anki işleyişi ile tarihsel köklerinin paylaşılmış bir anlayışının geliştirilmesi beklenir. Hastanın güçlüklerini şekillendiren önemli geçmiş yaşantıların unutulduğu ve sadece o anki doktor-hasta ilişkisindeki tekrarları inceleyerek iyileştirilebileceği varsayılır. Bu

nedenle hasta-doktor ilişkisinde ortaya çıktıkça transferansı incelemek içgörü-yönelimli terapide önemli bir görevdir. Temel bir güvensizlik ve başkalarından zarar görme beklentisi şizofrenili hastada izolasyon ve içe çekilmeye ya da başkalarının istediği gibi düşünme ve davranmaya uysal bir şekilde gayret etmeye yol açan en önemli psikolojik güçlük olarak tanımlanır.

Yüksek relaps ve hastaneye yatırılma riski taşıyan bir takım hastalara ilaç tedavisi ile birlikte destekleyici içgörü yönelimli grup terapisi uygulandığında hastaların yeniden hastaneye yatırımlarına gerek kalmamış, yaşam kalitesi ile işlevsellik düzeyi birçoğunda iyileşmiştir (Profita ve ark. 1989).

### Bireysel Tedaviler

1980'den önceki çalışmalar bireysel psikoterapinin şizofrenide tek tedavi olarak etkinliği konusunda pek fazla kanıt sağlamamıştır. Aynı zamanda ilaçla tedavi edilen hastalarda tedaviye uyum sağlayama ve relaps oranlarının yüksek olması psikolojik ve psikososyal konulara ilginin yoğunlaşmasına neden olmuştur (Kane 1983). Bundan başka yoğun içgörü yönelimli bireysel terapinin ve destekleyici psikoterapinin karşılaştırılması sonucunda farklı yönelimli terapistler tarafından uygulanan bu iki tekniğin birbirine yaklaştığı görülmüştür. Her iki terapinin de önemli destekleyici öğeler içerdiği ve her iki tedavi grubu için de iyileşmenin terapistin hastanın psikolojik kaygılarını dinamik bir şekilde anlaması ve uyum sağlaması ile birlikte olduğu bulunmuştur (Frank ve Gunderson 1990, Glass ve ark. 1989, Gunderson ve ark. 1984, Stanton ve ark. 1984).

Destekleyici bir bireysel terapinin hedefleri bozulan dengenin düzeltilmesi, belirtilerin azaltılması, savunmaların güçlendirilmesi ve hastanın işlevselliğinin sağlıklı yönlerinin korunması üzerinde yoğunlaşır. Belirtilere farmakolojik tedavi için yönelmek destekleyici psikoterapinin önemli bir klinik görevidir. Destekleyici terapinin tüm teknik yaklaşımı pragmatiktir, burada hekim hastaya gerçekliği anlaması ve uyum sağlaması konusunda yardımcı olur.

Bireysel terapinin ailesiyle birlikte yaşayan hastalardaki istenmeyen etkiler üzerinde olumlu etkisi olmuştur. Ancak bu tedavi ailesinden bağımsız yaşayan hastalarda psikotik yinelemeyi arttır-

mıştır. Bu nedenle bireysel tedavinin belirtilerin ve ikamet durumunun belli bir düzene oturmasına kadar geciktirilmesi önerilmektedir (Hogarty ve ark. 1997).

### Grup Tedavileri

Grup terapisi özgün olarak öz-saygıyı arttırmak ve destekleyici toplumsal duygular ve grup üyeleri tarafından olumlu yansıtılan övgülerle tutum ve davranışları değiştirmek üzere geliştirilmiştir. İletişim, toplumsal ilişkiler ve sorun çözme alanında yetileri geliştirir.

Birçok klinikte şizofrenili hastaların ayakta bakımında daha çok grup tedavisi tercih edilmektedir. Gruplar klinisyene zaman kazandıran ve yalıtılmış hastalar için toplumsal etkileşim sağlayan bir yöntem olduğu için kullanılır. Çalışmalar değişik tür ve tekniklerde uygulanan grupların ilaçlarla birlikte en az diğer tedaviler kadar etkin olduğunu göstermektedir (Kahn ve Kahn 1992). Grup tedavileri şizofrenik hastalarda özellikle bilişsel işlemlerde, toplumsal yetiler ve sözlü iletişimdeki işlevsellikte iyileşme sağlar (Ahmed ve Goldman 1994). Grup tedavileri ayrıca aktarım, direnç ve motivasyon gibi bilinçdışı süreçlere içgörü gelişmesini, gerçeklik duygusunun gelişmesini (Kanas 1985, 1986) öz kontrol konusunda etkin stratejiler geliştirerek psikotik yaşantıların kontrol edilmesini (Breier ve Strauss 1983), hastalık ve tedavisi ile uygun toplumsal kaynaklar konusunda eğitimi (Maxmen 1984) sağlar.

Akut evredeki şizofrenik hastalar toplumsal aşırı uyarılmalara oldukça duyarlı oldukları için grup terapisi hastalığın bu evresi için uygun değildir. Bu evrede hastalar uygun antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmelidirler (Leszcz ve ark. 1985).

Tartışma yönelimli terapi gruplarında hastalara psikotik yaşantıları ile başa çıkmaları ve kişiler-arası ilişkilerini iyileştirmelerine yardımcı olunur. Tartışmalar varsanılar, sanrılar, çağrışım kopuklukları ve uyumu bozan ilişkiler üzerinde odaklaşır, anksiyete yaratan konulardan uzak durulur. Bu tarz etkileşim yönelimlidir, burada ve şimdiyi vurgular (Kanas 1991).

### Bilişsel Terapiler

Şizofrenili kişilerin bilişsel terapi ve rehabilitasyonu ile ilgili yapılan klinik çalışmalar hastaların bilişsel ve klinik durumu konusunda umut veren

iyileştirmeler sağlamıştır. Kronik şizofrenik hastaların bilişsel terapiler vasıtasıyla çeşitli bilişsel ve davranışsal yetiler geliştirebileceğinin gösterilmesiyle gelecek, özellikle şizofrenideki bilgi-işleme bozukluklarından ortaya çıkan bilişsel-davranışsal rehabilitasyonu amaçlayan yeni modellerin artacağı konusunda parlak görünmektedir (Lieberman ve Green 1992).

### **Davranışsal Yaklaşımlar**

Çeşitli davranışsal rehabilitasyon stratejileri şizofreni tedavisinde tercih edilen psikososyal tedavi yöntemlerinden biridir. Davranışsal aile tedavileri stresli aile etkileşimlerinden dolayı hastalıkları alevlenen hastalar için uygun olabilir. Yetersiz toplumsal ve başatme yetileri olan kişiler becerilerin eğitilmesinden yarar görebilirler (Schade ve ark. 1990, Lieberman ve Kopelowicz 1995). Şizofrenili hastalarda standart tedavilere ek olarak bilişsel-davranışsal psikoterapi ile tedavi edildiklerinde, hastaneye yatışların azaldığı, ilaç dozlarının düşük düzeylerde kaldığı görülmektedir (Kingdon ve Turkington 1991).

Davranışsal girişimler varsanılar, sanrılar ve kavramsal dağınıklığı hafifletmede antipsikotik ilaçların etkilerini arttırabilir. Bu tip girişimler destek stratejileri ve başa çıkma yetilerini eğitime üzerine dayalı olabilir. Destek stratejileri karmaşık konuşma, sanrısız konuşma ve diğer psikotik davranışların oranını azaltmada kullanılmıştır. Fakat bu girişimlerin hastaların yaşadığı öznel sıkıntılar üzerinde çok az etkisi olduğu görülmektedir. Hastalara psikotik belirtilerle başa çıkma yetilerini öğreten stratejiler bilişsel yeniden şekillendirme yöntemlerini, hastalara sanrılar için alternatif açıklamalar bulmada yardımcı olan yüzleştirmeci olmayan yöntemler ve işitsel varsanılarla ilişkili olabilecek larenks kaslarının subvokal hareketleriyle karışacak şekilde mırıldamanın kullanılmasını içermektedir (Corrigan ve ark. 1990).

### **Duygu dışavurumu (Expressed Emotion) kavramı**

Duygu dışavurumu ölçütü son 35 yıl içinde geliştirilmiştir, fakat son 10 yıl içinde bu konuya yönelik ilgide büyük patlama olmuştur. Bu ölçüt çeşitli fiziksel ve psikiyatrik şartlardaki kişilere bakım veren insanlardaki tutum ve davranışları ele alır. Dışa vurulmuş duygu ölçümleri ruhsal hastalıkları olan kişilerin ailelerinde eleştiricilik,

suçlama ve öfkenin çeşitli düzeyleri ile ailelerin hasta hakkında ifade ettiği olumsuz ve zorlayıcı tutumları ölçer. Bu, şizofrenideki psikososyal müdahaleler konusunda başarılı çalışmalar yapılması için iyi temel oluşturmuştur. Bu konu hakkındaki geçerli bazı görüşler de aile içinde dışa vurulmuş duygu düzeyinin yüksek olmasının hastanın dirençli hastalığının doğrudan bir sonucu olabileceğini ileri sürmektedirler (Lefley 1992). Duygu dışavurumu yüksek olan bir yakınıyla yaşayan hastalar düşük dışa vurulmuş duyguları olan yakınlarıyla yaşayan hastalara göre daha kötü toplumsal işlevsellik gösterirler (Barrowclough ve Tarrier 1990, Smith ve ark. 1993). Ancak duygu dışavurumu ile ilgili yanıtlanması gereken birçok soru bulunmaktadır. Duygu dışavurumunun şizofrenide birçok yerleşim ve kültürlerde her iki cinsiyet için de yinelemenin önemli bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. İlaç tedavileri ve aile atmosferi relaps üzerinde birbirinden tamamen bağımsız olan etkiler yaparlar. Şizofreni konusunda yapılan çalışmalar hastalarda yineleme ile; eleştiricilik, düşmançılık ya da aşırı duygusal ilgi olarak tanımlanan yüksek duygu dışavurumu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Lefley 1992). Duygu dışavurumu yüksek akrabalarıyla yakın bir temas hastalarda yineleme oranlarını arttırırken, bunun tersinin koruyucu olduğu bildirilmektedir (Bebbington ve Kuipers 1994, Leff ve ark. 1990, Leff ve ark. 1985, Tarrier ve Barrowclough 1990, Kavanagh 1992). Duygu dışavurumu yüksek olan hasta yakınları başa çıkmada daha etkisiz kalırlar. Duygu dışavurumu değişebilir ve muhtemelen dış stres etkenlerinin etkileşimini, hastayla yaşanan gerçek sorunları ve uygun olmayan başa çıkma yanıtlarını yansıtır (Kuipers ve Bebbington 1988).

Duygu dışavurumu yüksek ailelerde yaşayan hastalar daha çok evde yaşarlar ve ayaktan tedaviye daha az katılırlar (Mintz ve ark. 1989). Kısa hastaneye yatışlar hastalar ve ailelerinin tedavi ve destek programlarına katılmaları için bir fırsat olabilir.

Akrabaların duygu dışavurumu konusunda yapılan araştırmalar temelinde geliştirilen program şizofreni hakkında hastalar ve akrabaların eğitimiyle başlar. Evdeki aile seansları bir akraba grubuyla paralel yürür ve iletişimi geliştirme, problem-çözme becerilerini öğretme, eleştirileri ve aşırı müdahaleleri azaltma, hasta ve akrabaları arasındaki toplumsal ilişkiyi azaltma, toplumsal

ilişkileri genişletme ve beklentileri azaltma amaçlarına yöneliktir. Hastayla yapılan bireysel çalışma aile oturumlarıyla birlikte yürütülür ve toplumsal becerilerin eğitilmesi, anksiyete ile baş etme ve inatçı psikotik belirtilere bilişsel bir yaklaşım getirilmesini içerir. Terapist hasta ve akrabaları tarafından ihtiyaç duyulan çeşitli hizmetler arasında eşgüdüm sağlanmasında merkezi bir rol oynar (Leff 1994).

Davranışsal aile tedavisi gören hastaların yineleme ve hastaneye yeniden yatış oranları kısa bir eğitim programı ya da rutin tedaviler alan dışa vurulmuş duygu düzeyleri yüksek ailelerden gelmiş hastalardan daha az olmuştur (Tarrrier ve ark. 1988, Tarrrier ve ark. 1989). Ayrıca aile tedavisi dışa vurulmuş duyguyu azaltmada ve tedavi uyumunu başarmadaki etkinliği nedeniyle relapstaki en anlamlı azalmayı sağlamıştır (Hogarty ve ark. 1991).

### Terapötik İlişki

Tedaviye uyum kronik psikiyatrik hastaların tedavisinde başarıya ulaşmak için önemli bir etkidir. Terapötik başarısızlığın esas nedenleri hastaların ilaçlarını bırakmaları, terapistlerin önerilerini tutamamaları ve önerilen psikososyal etkinliklere katılmamalarıdır. Tedaviye iyi uyum sağlayamama oranları uzun yıllar süren tedavilerde %75'lere kadar çıkabilir (Corrigan ve ark. 1990).

İyi bir terapötik ortaklığın tedaviye uyumla ilişkili olduğu bilinmektedir (Frank ve Gunderson 1990). Hekimin hastayla ilişkisinin kalitesi tüm tedavi çabasının başarı ya da başarısızlığının önemli bir belirleyicisi olacaktır. Hastanın şüpheciligi, içe

dönüklüğü insan ilişkilerindeki ambivalansı nedeniyle şizofrenili bir hastayla bir ilişki kurmak güç olabilir. hastaya temel bir saygı ve hastalığın hasta için ne anlama geldiğini öğrenme merakı hekimin tutumunu belirleyen ana temel olmalıdır. Aşırı terapötik hevesler, hızlı ve dramatik bir iyileşme için gerçekçi olmayan beklentiler çoğunlukla hayal kırıklığı ile sonuçlanır. Terapist hastalığın seyri ile ilişkili olarak kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkan dalgalanmalarda sabırla iletişim kurmaya gayret etmelidir. Sıklıkla hastanın başlangıçtaki kayıtsızlığı hekimde sıkıntı ve ümitsizlik duyguları yaratır, hastanın şüpheciligi ya da suçlamaları savunma yapılmasına neden olur, hastanın tedaviye uyumsuzluğu hekimin sinirlenmesine ya da hastayı bırakma dürtülerine neden olur. Bu durumlara sabretme zamanla gelişir ve giderek ortak hedeflere yönelik olarak birlikte çalışma duygusu ortaya çıkar.

Psikoterapist birçok hastanın bazı zamanlarda önerilenden az ya da çok ilaç alacağını bilmeli ve böyle bir denemenin saklanmadan açıkça konuşulabileceği terapötik bir ilişkinin oluşturulmasına yönelik çalışmalıdır. Klinik belirtiler kontrol altına alındıktan sonra hastaya ilaç dozlarını ayarlamasına olanak vermek terapötik ortaklığı arttırabilir. İnkâr önemli bir etken olduğunda aile ve arkadaşların yardımını almak alınan ilacın danışmanlığını düzenlemek yararlı olabilir. Ruhsal hastalık hakkındaki yanlış inançların önem kazandığına inanılırsa, hasta, aile ve arkadaşlarla yapılan psikolojik eğitim gerekli olur. Dağınık davranışlar ya da bilişsel eksiklikler uyumu etkilerse özgül davranışsal girişimlerin değeri olabilir. (Falloon 1984, Corrigan ve ark. 1990).

### KAYNAKLAR

Abramowitz IA, Coursey RD J (1989) Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives. *J Consult Clin Psychol*, 57:232-236.

Ahmed M, Goldman JA (1994) Cognitive rehabilitation of adults with severe and persistent mental illness: a group model. *Community Ment Health J*, 30:385-394.

Anderson CM, Griffin S, Rossi A ve ark. (1986) A comparative study of the impact of education vs process groups for families of patients with affective disorders. *Fam Process*, 25:185-206.

Axer HA, Corrigan PW (1992) Helping chronic psychiatric patients adjust to sociopolitical changes in Poland. *Liberman RP Psychiatry*, 55:207-213.

Barrowclough C, Tarrrier N (1990) Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25:125-129.

Bebbington P, Kuipers L (1994) The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl 382): 46-53.

Beels CC, Gutwirth L, Berkeley J ve ark. (1984) Measurement of social support in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 10:339-411.

Bellack AS, Mueser KT (1993) Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 19:317-336.

Benton MK, Schroeder HE (1990) Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*, 58:741-747.

- Bradley SS (1987) Family treatment within a psychodynamic treatment milieu. *Psychiatr Clin North Am*, 10:289-308.
- Breier A, Strauss JS (1983) Self-control in psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1141-1145.
- Carpenter WT (1986) Thoughts on the treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 12:527-539.
- Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD (1990) From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry*, 41:1203-1211.
- Coursey RD (1989) Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. *Schizophr Bull*, 15:349-353.
- Dixon LB, Lehman AF (1995) Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21:631-643.
- Doane JA, Falloon IRH, Goldstein MJ (1985) Parental affective style and the treatment of schizophrenia: predicting course of illness and social functioning. *Arch Gen Psychiatry*, 42:34-42.
- Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J (1995) Aldous J Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 46:376-380.
- Drake RE, Sederer LI (1986) Inpatient psychosocial treatment of chronic schizophrenia: negative effects and current guidelines. *Hosp Comm Psychiatry*, 37:897-901.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987) The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry*, 150:285-292.
- Falloon IRH (1984) Developing and maintaining adherence to long-term drug-taking regimens. *Schizophr Bull*, 10:412-417.
- Falloon IRH, Pederson J (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry*, 147:156-163.
- Falloon IR (1992) Psychotherapy of schizophrenia. *Br J Hosp Med*, 48:164-170.
- Frank AF, Gunderson JG (1990) The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 47:228-236.
- Gaebel W, Marder S (1996) Conclusions and treatment recommendations for the acute episode in schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(Suppl 2):93-100.
- Glass LL, Katz HM, Schnitzer RD (1989) Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome. *Am J Psychiatry*, 146:603-608.
- Goldstein MJ (1994) Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl 382): 54-57.
- Gould E, Glick ID (1977) The effects of family presence and brief family intervention on global outcome for hospitalized schizophrenic patients. *Fam Process*, 16:503-510.
- Gunderson JG, Frank AF, Katz HM ve ark. (1984) Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull*, 10:564-598.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ ve ark. (1986) Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, I: one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*, 43:633-642.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ ve ark. (1991) Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry*, 48:340-347.
- Hogarty GE (1993) Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*, 54(Suppl):18-23.
- Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D ve ark. (1997) Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry*, 154:1504-1513.
- Kahn EM, Kahn EW (1992) Group treatment assignment for outpatients with schizophrenia: integrating recent clinical and research findings. *Comm Ment Health J*, 28:539-550.
- Kanas N (1985) Inpatient and outpatient group therapy for schizophrenic patients. *Am J Psychother*, 39:431-439.
- Kanas N (1986) Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. *Int J Group Psychother*, 36:339-360.
- Kanas N (1991) Group therapy with schizophrenic patients: a short-term, homogeneous approach. *Int J Group Psychother*, 41:33-48.
- Kane JM (1983) Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 44 (No 6, Sec 2):3-6.
- Katz HM (1989) A new agenda for psychotherapy of schizophrenia: response to Coursey. *Schizophr Bull*, 15:355-359.
- Kavanagh DJ (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 160:601-609.
- Kingdon DG, Turkington D (1991) The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report. *J Nerv Ment Dis*, 179:207.
- Kopelowicz A (1995) Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry*, 3:55-64.
- Kuipers L, Bebbington P (1988) Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychol Med*, 18:893-909.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R ve ark. (1982) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 141:121-134.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R ve ark. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 146:594-600.
- Leff J, Berkowitz R, Shavit N ve ark. (1989) A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 154:58-66.
- Leff J, Berkowitz R, Shavit N ve ark. (1990) A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 157:571-577.

- Leff J (1994) Working with the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry, (Suppl 23):71-76.*
- Lefley HP (1992) Expressed emotion: conceptual, clinical and social policy issues. *Hosp Comm Psychiatry, 43:591-598.*
- Leszcz M, Yalom ID, Norden M (1985) The value of inpatient group psychotherapy: patients perceptions. *Int J Group Psychother, 35:411-433.*
- Levene JE, Newman F, Jefferies JJ (1989) Focal family therapy outcome study. I: Patient and family functioning. *Can J Psychiatry, 34:641-647.*
- Lieberman R, Mueser K, Wallace C (1986) Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry, 143:523-526.*
- Lieberman RP, Green MF (1992) Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull, 18:27-35.*
- Lieberman RP, Kopelowicz A (1995) Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol, 9 (Suppl 5):51-58.*
- Lysaker P, Bell M (1995) Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis, 183:103-106.*
- MacCarthy B, Kuipers L, Hurry J ve ark. (1989) Counseling the relatives of the long-term mentally ill, I: evaluation of the impact on relatives and patients. *Br J Psychiatry, 154:768-775.*
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J ve ark. (1996) Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry, 153:1585-1592.*
- Maxmen JS (1984) Helping patients survive theories: the practice of an educative model. *Int J Group Psychother, 34:355-368.*
- McGlashan TH (1983) The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry, 40:1319-1323.*
- Mintz LI, Nuechterlein KH, Goldstein MJ ve ark. (1989) The initial onset of schizophrenia and family expressed emotion: some methodological considerations. *Br J Psychiatry, 154:212-217.*
- Mueser KT, Bellack AS, Wade JH ve ark. (1992) An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *Br J Psychiatry, 160:674-680.*
- Mueser KT, Gingerich SL, Rosenthal CK (1994) Educational Family Therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. *Schizophr Res, 13:99-107.*
- Penn DL, Mueser KT (1996) Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry, 153:607-617.*
- Profita J, Carrey N, Klein F (1989) Sustained, multimodal outpatient group therapy for chronic psychotic patients. *Hosp Comm Psychiatry, 40:943-946.*
- Schade ML, Corrigan PW, Liberman RP (1990) Prescriptive rehabilitation for severely disabled psychiatric patients. *New Dir Ment Health Serv, 45:3-17.*
- Schooler NR (1995) Integration of family and drug treatment strategies in the treatment of schizophrenia: a selective review. *Int Clin Psychopharmacol, 10(Suppl 3):73-80.*
- Smith J, Birchwood M, Cochrane R ve ark. (1993) The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 28:11-16.*
- Spencer JH Jr, Glick ID, Haas GL ve ark. (1988) A randomized clinical trial of inpatient family intervention, III: Effects at 6-month and 18-month follow-ups. *Am J Psychiatry, 145:1115-1121.*
- Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH ve ark. (1984) Effects of psychotherapy in schizophrenia, I: design and implementation of a controlled study. *Schizophr Bull, 10:520-551.*
- Strauss JS, Hafez H, Lieberman P ve ark. (1985) The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *Am J Psychiatry, 142:289-296.*
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C ve ark. (1988) The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry, 153:532-542.*
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C ve ark. (1989) Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families [see comments]. *Br J Psychiatry, 154: 625-628.*
- Tarrier N, Barrowclough C (1990) Family interventions for schizophrenia. *Behav Modif, 14:408-440.*
- Tarrier N (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes. *Br J Psychiatry, 159:475-480, 483-484.*
- Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. *Br J Psychiatry, 159:481-484.*
- Wichström L, Holte A (1995) Fusion in the parent relationship of schizophrenics. *Psychiatry, 58:28-43.*
- Wethersty DJ (1977) Family involvement on a psychiatric inpatient service. *Am J Psychiatry, 134:93-94.*
- Wynne LC, McDaniel SH, Weber TT (1987) Professional politics and the concepts of family therapy, family consultation and systems consultation. *Fam Process, 26:153-166.*
- Wynne LC (1994) The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand, (Suppl 384):125-132.*