

Şizofreni Tedavisinde Psikososyal Yaklaşımlar

Prof. Dr. Ünsal SÖYLEMEZOĞLU*, Yrd. Doç. Dr. Adnan CANSEVER*

Özet

Şizofrenik bir hastanın tedavisinde ilaçlar kadar hasta-hekim ilişkisinin de önemli bir rolü vardır. Kurulacak bu ilişki ile bir yandan hastaya güven kazandırmaya çalışılırken, diğer yandan da hastanın zayıflamış olan ego gücünün yeniden kazandırılması amaçlanmalıdır. Hastayı yargısız ve yorumsuz dinlemek, psikotik düşünce içeriğinde özel anlamların bulunabileceğini unutmamak gerekir. Bu yazıda şizofrenik bir hasta ile kurulacak terapötik ilişkinin amaçları ve ilkelerinden sözedilmiş ve tedavide kullanılan psikososyal yaklaşımlara değinilmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1999;3:96-103

Şizofreni psikiyatrik işlev bozukluklarının en şaşırdır. Duygulanım, biliş, nesne ilişkileri, kimlik, algı, psikomotor davranış ve özellikle egonun gerçekliğe yönelik ve savunma işlevlerindeki bozukluklarla kendini gösterir. Şizofreninin "Şizo" su (schisme), bu bozuklukta benliğin ve gerçekliğin temsilcilerinin parçalanmasını ifade eder. Şizofreni tanımı, schisme; yarılma, parçalanma ve phrenia; akıl sözcüklerinin bir arada kullanımıyla üretilmiştir. Türkçe de skizofreni olarak mı, yoksa şizofreni olarak mı kullanılması daha doğru? Dil birliği sağlanması açısından bunun tartışılmasının uygun olacağını düşünüyorum. Bir çok yayında şizofreni teriminin kullanılması nedeniyle bu kelimeyi kullandım fakat skizofreni teriminin aslına daha uygun olduğu düşüncesindeyim. Başka bir deyişle, benliğin ve nes-

nelerin çeşitli temsilcileri, tutarlı ve sürekli bir benlik ve dünya tablosuyla bütünleştirilememiştir. Dahası, benlikle dünyanın temsilcileri arasındaki sınırlar bulanıklaşmıştır, öyle ki şizofrenik kişi bir pencerenin kırılmasını, ruhunun parçalanması olarak algılayabilir. Öfkesini kendisinin değil, sizin öfkeniz gibi görebilir; aklını okuyabileceğinize ya da zihnine düşünce sokabileceğinize inanabilir.

Çocuk ile psikotik bir insanın ruhsal organizasyonu arasındaki önemli fark, çocukta dış dünyanın henüz oluşmamış olmasıdır. Ben ve ben olmayan yoktur. Her şey kendisi ve kendisinin bir uzantısıdır. Psikotik hastada ise dış dünya gerçekliğini kaybetmiştir. Şizofrenik bozukluğun psikopatolojisi ile ilgili tarihsel gelişime baktığımızda psikonanalitik kuramcılar, şizofrenideki temel sorunun ego organizasyonundaki bozukluk olduğunu ileri sürerler. Egonun sağlıklı gelişmesi için anne ve çocuğun tam bağımlı ve çok yakın olduğu oral dönemde, iletişimin sürekliliği ve

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

tutarlılığının önemi büyüktür. Nesne sürekliliği dediğimiz bu durum, çocukta temel güven duygusunun gelişmesine neden olacaktır. Temel güven duygusunun sağlıklı gelişmesi güçlü bir ego oluşması için önemli bir aşamadır. Cinsel enerjinin dinamik belirtisi olduğu kabul edilen libido, oral dönemde çocuğun kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır (Birincil narsisizm). Çocuk geliştikçe bu libidinal enerji giderek çevredeki nesnelere yönelir ve bu nesnelere de, ilgi, bağlılık ve sevgi oluşur (Nesne libidosu). Bu gelişmeye rağmen bireyde birincil narsisizm dediğimiz kendini sevme durumu her zaman bir miktar mevcuttur. Şizofrenlerde anne-çocuk iletişiminin sürekliliği ve tutarlılığının bozuk olması nedeniyle temel güven duygusunun gelişmediği, kişinin kendini güvenli hissetmediği ve egonun zayıf kaldığı, sıkıntı oluşturan etkenlerin de etkisiyle dış dünyaya, nesnelere yönelmiş ilgi ve yatırımın nesnelere çekilerek yeniden bedene çevrildiği ileri sürülmüştür (İkincil narsisizm). Sigmund Freud, şizofreniyi ego gelişiminde çeşitli defektleri olan bireyin çevresel koşulların etkisiyle, primer narsistik döneme regrese olmasıyla açıklamaya çalışmıştır. Neticede kişinin dış dünya ile ilişkileri azalır, otistik ve hipokondriyak belirtiler ortaya çıkar.

İnsan doğduğunda fantazi ve gerçek iç içedir. Yaşamın ilk aylarında "id" in farklılaşmasıyla oluşmaya başlayan ego, ben ile ben olmayana birbirinden ayırt etmeye başlar. Fantazi ve gerçek birbirinden ayrılır. Psikoterapötik çalışmalarda terapistler fantazi ile gerçek arasında bir köprü oluşturmaya çalışır.

Margaret Mahler ve arkadaşları normal gelişimin basamaklarını şöyle sıralamışlardır;

1. Normal otizm dönemi
2. Normal sembiyozis dönemi
3. Ayrışma-bireyselleşme dönemi
 - a. Farklılaşma alt dönemi
 - b. Uygulama alt dönemi
 - c. Yakınlaşma alt dönemi
 - d. Emosyonel nesne kalıcılığı ve bireyselleşmenin pekişme alt dönemi.

Mahler ve arkadaşları, beşinci aydan başlayan ve üçüncü yaşın sonuna kadar süren ayrışma ve bireyselleşme döneminde "Ben" ve "Ben olmayanın" yapılaşmasını, ayrışmasını ve farklılaşmasını anlatmaktadır.

Mahler, çocuğun oral dönemde anne ile olan tam bağımlı ilişkiden kurtulup, bireyselleşmeyi başaramamasını şizofreninin nedeni olarak görmüştür. Normal gelişimin otizm ve sembiyozis dönemlerinde annenin sevecen, yumuşak, kabullenici, okşayıcı ve kucaklayıcı tutumu önem kazanmaktadır. Ancak ayrışma ve bireyselleşme dönemlerinde annenin bu tutumu yanısıra, gerektiği zaman ve yerde bir takım engellemelerde bulunması ve bu engellemelerin tutarlılığı ve devamlılığı önem kazanır. Bir yandan minimal gerekli engellenmelerin yarattığı hoşnutsuzluk, öte yandan yine ölçülü izin verme veya serbest bırakmanın yarattığı hoşnutluk yaşantılarının sürekliliği ve tutarlılığı, çocuğun nesnelere yani dış dünya ile ilişkilerinde sürekli ve kalıcı duygu ve düşüncelerin gelişmesine yol açar. Çocuktaki bu gelişme sonraki yaşam döneminin ve kişiliğin temel taşlarını oluşturur, diğer bir deyimle bu deneyimler, yaşantılar kişiliğimizin ve ruhsal hayatımızın oluşmasında önemli rol oynarlar. Yani hem kendiliğin hem de nesnelere temsilatasyonları daha gerçekçi bir şekilde gelişir ve yine bu deneyimler aynı zamanda erişkin hayatımız boyunca çevre ve kendimizle olan ilişkimize damgasını vurarak sürüp gitme durumundadırlar. Böylece çocuğun hem kendi hem de dış dünyanın gerçeğini daha iyi anlaması ve yaşaması sağlanır. Annenin tutarlı ve süreklilik gösteren tutumu sayesinde çocuğun anne imajını içinde tutması ve böylelikle anneye özdeşimi daha kolaylaştırır. Psikotik belirtilerin daha çok genç yaşlarda ortaya çıkması, adolesan dönemde güçlü bir ego yapısına ihtiyaç duyulmasına karşın zayıf egonun bu yükü taşıyamamasıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

Ego ruhsal yapının düzenleyici, denge ve uyum sağlayıcı parçasıdır. Yani egonun temel işlevi uyumdur. Egonun değişik otörler tarafından tanımlanan işlevleri içinde "gerçeği test etme fonksiyonu" ve de "obje ilişkileri" diye adlandırdığımız insanlar arası ilişkilerin tedavide öncelikli olarak göz önüne alınması önemlidir. Gerçeği test fonksiyonu dış dünyanın gerçekleri olarak bilinir. Bu fonksiyonu a. Realite duygusu. b. Realiteyi test etme, görme. c. Realiteye uyum sağlama oluşturur. Ego uyum işlevini şu yetiler aracılığıyla gerçekleştirir.

- Dürtü ve gereksinimlerin içten algılanması
- Dış dünyadaki durum ve koşulların algılanması
- Bütünleştirme ve birleştirme yetisi ile dürtülerin

birbirleriyle, süperegonun istekleriyle düzenlenmesi ve çevresel koşullara uyabilecek bir nitelik kazandırılması.

- Yürütme yetisi ile istemli davranışın eyleme geçirilmesi söz konusudur.

Gelişmiş ya da gelişmekte olan ego işlev görürken bir yandan dış dünya ile olan ilişkileri gözlemler (gözlemleyen ego), diğer yandan kendi içrel dünyasındaki yaşantıları hisseder (yaşayan ego). Ego bu işlevselliği ile ben ile dış dünya arasında bir sınır oluşturmakta ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi sağlamaktadır. Hasta ile çalışırken sadece dış dünyanın gerçeği doğrultusunda ilişki kurmamak, hastanın kendi iç dünyasının gerçeğini de göz önünde tutarak dinlemek, merak edip anlamaya çalışmak, hasta ile aramızda iyi bir ilişki kurmamızı sağlayacaktır.

Heredot zamanında Mısır'da insanlar hastalarını pazara götürür, yan yana dizerlermiş. Oraya gelen tüm insanlar hasta olan kişilere rahatsızlıklarını sorar. Eğer hastanın rahatsızlığını soran kişi bu rahatsızlığı geçirmemiş ise geçmiş olsun der, diğerine geçermiş. Eğer kişi hastanın hastalığını daha önce yaşamış ise onunla oturur konuşur, hastalığı nasıl yaşadığını, hastalığı için neler yaptığını, nasıl baş ettiğini anlatmış hastaya. Empatik, insan insana hoş bir diyalog.

Egonun obje ilişkileri fonksiyonuna baktığımızda;

1. Objelere realistik olarak yatırım yapanlar,
2. Objelere narsistik olarak yatırım yapanlar,
 - a. İzole alanlarda, projekte fantazilerle sorunu olan kişiler gene de realistik ve kalıcı ilişkiler kurabilirler,
 - b. Hemen tüm obje ilişkilerinde fantazi projekte eden kişiler, kendi fantazilerinin dışında objelerin varlığına pek az değer verirler,
3. Objelerle narsistik düzeyde de olsa hiçbir türlü ilişkiye girmeyenler.

İnsanların objelerle olan ilişkilerinde korkuları önemli rol oynamaktadır. Psikiyatri literatüründe ruhsal hastalıkların oluşmasında etken olan temel korkularımızı aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

- Süperego korkusu (Regresif, içimizde ayrı bir kişi gibi duran, personifiye, entegre olmamış, cezalandırma ve eleştirme fonksiyonları aşırı çalışan süperegoların benlik üzerinde oluşturduğu korkulardır).

- Kastrasyon korkusu (Ensest dürtülere karşı koyan kastrasyon korkusudur).

- Ayrılma korkusu.

- Objenin sevgisini kaybetme korkusu (Oedipal döneme ait nevrotik bir korkudur).

- Objeyi kaybetme korkusu (Borderline bir korkudur).

- İd korkusu (Dağılma korkusudur).

- Yutulma, yok olma korkusu (Simbiyotik, otoerotik bir korkudur).

Psikoseksüel dönemlerin erken fazlarından kaynağını alan şizofrenik bozuklukta realite ile ilişkiler, ben ile ben olmayanın birbirinden ayrılamaması ve bu doğrultuda egonun obje ilişkilerindeki bozukluklar sonucu, şizofren kişi "korku-gereksinim" ikileminden çıkamaz. Yani şizofren kişi, insanlara yaklaştıkça bir yandan bağlanma ve bağımlılık duyguları oluşmakta, artmakta öte yandan mazide yaşadığı primer objelerle ilişkileri dolayısıyla korkuları ortaya çıkmaktadır. Şizofrendeki bu korku "yutulma korkusu" olarak bilinir. Şizofren kişi bu korkuları doğrultusunda insanlardan uzaklaşıp yalnızlığa geçmektedir. Yalnızlıkta ise bir süre sonra gerek kendi içrel reprezentasyonları ile olan ilişkiler ve bunların projeksiyonu ve projektif identifikasyonu, gerekse insanlara olan gereksinimi doğrultusunda insanlara yaklaşmaya başlar. Şizofren bir kişinin bu iki süreci dengelemesi oldukça zordur. Yutulma korkusu insan için en ağır, en ilkel korkudur. Şizofren kişinin içe kapanması bu korkusuyla (nesnelere kaynaşma, kendini yitirme korkusuyla) başa çıkmasının bir yoludur. Bu nedenle şizofren bir kişi ile ilişki kurmak zordur. Bugün şizofreniyi tedavi etmekteki en büyük zorluk şizofren kişiye katlanamamaktan kaynaklanmaktadır.

Şizofreninin temel psikopatolojisinin erken psikoseksüel gelişim dönemlerinden kaynaklandığı bilinmektedir. Psikoseksüel dönemin erken patolojileri kendini psikiyatrik belirti ve semptomlarla göstermektedir. Hastayla bu ikisi arasındaki ilişkiyi çalışırken; terapiye nereden ve ne şekilde bağlantılar kurarak, nasıl başlanacağı önemlidir. Denize girmek için önce denizin yüzeyinde durabilmeyi öğrenmek söz konusudur. Sonra fiziğinizi nefesinizi, tekniğinizi geliştirerek derinlere inebilir, denizin derinliklerini tanıyabilir, görebilirsiniz. Şizofren bir insanla çalışırken onun dünyasının derinliklerini algılayabilmek, anlayabilmek zordur. Neden zor? Bizler egonun fonksiyonlarından biri olan dil fonksiyonu ile

iletişim kuruyoruz, ortak bir dilimiz var. Ortak sembollerimiz var. Biliyoruz ki şizofren kişi paleosembolik dil ile bizimle ilişki kuruyor ve bu dil bizim kullandığımız sembolik dilden çok farklı, doğal olarak ta onu anlayamıyoruz.

Örneğin; "beynimin bir kısmı yok gibi, her şeyden üstün olmam, tuvalet ve insanlarla konuşmak problem, insanlar niye selam veriyorlar anlamam. Ben önce sağ gözümle ağlarım sonra sol gözümle, çay içmiyorum, içsem de şekersiz. Şeker de annem var, barış çubuğu gibi insanları bir araya getiriyor çay. Çay erkeğin, kadına muhtaç olmamak için şeker almıyorum, şimdi çayda içmiyorum. Barış ortamından ayrılıyorum, çay içmeyerek şimdi".

Görüldüğü gibi kişinin

- Ne söylemiş olduğunu
- Nasıl söylemiş olduğunu
- Neden söylemiş olduğunu

araştırmak ve bunun ne anlama geldiğini ve o anki ilişkiler ile bağlantısını kurmak önemlidir, oldukça da zordur.

Şizofren hastalarda psikanalizde tanımlanan "mevcut dünyayı yıkma ve yeniden yapma" fantazileri vardır. Bu libidonun nesnelere ayrılıp yeniden bedene ve benliğe çekilmesidir. Bunun sonucu olarak da libidonun dış dünyadan içe dönmesi, realite ile bağlantıda kopukluğa neden olur. Diğer bir deyimle gelişimin ben merkezli dönemine libidinal bir regresyon olmaktadır. Arlov ve Brenner, bireyin çevre ile ilişkisindeki sorunlar nedeniyle hastalık sürecinde ego ve süperegoyu korumanın bir yolu olarak, gerçek ile bağlantıyı kopardığını vurgulamaktadırlar.

Çocukluk dönemindeki gelişimsel bozukluklar, çözümlenmemiş nesne ilişkileri ve çatışmaları, kırılmalı bir yapıya neden olur. Bu, infantil psikotik benlik olarak tanımlanır. Erken dönemde çözümlenemeyen nesne ilişkileri, çatışmaları, ego işlevlerinin gelişmesini engeller. Bazı durumlarda da genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenler nesne ilişkilerinde çatışmalara neden olur ve ego yıkımı ortaya çıkar. Infantil psikotik benliğin yetişkin yaşamda ne olduğu belli değildir. Bazı olgularda yok olmakta, bazı olgularda da tüm kişiliğin gelişmesini engellemektedir. Diğer olgularda ise infantil psikotik benlik egonun daha gelişmiş kısımları ile sarılmaktadır. Bu tür olgularda bireyin şizofreniye yatkın olduğu

söylenbilir. Psikotik benliğin ortaya çıkması ile bireyin kişiliğinde gözle görülür bir değişme olur. Pao "Bireye şizofreni tanısı koyarken mutlaka bir kişilik değişimini görmeliyiz" der.

Şizofrenik bozukluğun nedeninin regresyon olmadığı bazı yazarlarca ileri sürülmektedir. Bu ötelemlere göre ego koruyuculuk ve uyum işlevini yapamamaktadır. Burada ego infantil psikotik benliği maskeleyemez ve yetişkin benliği koruyamaz. Böylece birey terör yaşar ve psikotik benlik ortaya çıkar. Erken dönemde üstü örtülen kırılmalı benlik yeniden ortaya çıkmıştır. Şizofrenide regresyonun nedeninin bu olduğu ileri sürülmektedir.

Şizofren kişinin iyileşme sürecinde ortaya çıkan "bütünleşme"; benlik ve başkalarına ilişkin birbirinden tamamen farklı imgelerin biraraya gelerek, benlik ve dünya imgelerine karışmasını ifade eder. Buna, daha önce çok fazla bilinçli olan bütünleştirilemez, egodistonik (egoya yabancı) benlik ve dünya imgelerinin bastırılması eşlik eder. Şizofren kişinin yitime aşırı duyarlılığı ve nesne açlığı, bütünleştirilmiş nesne azlığından ve bir nesneyi uzunca bir süre aklında tutamamasından kaynaklanır.

Bu durumda insan ilişkilerine özgü yüzeysel zorlukları çözümlenerek terapötik ilişkiye başlayabiliriz. Şizofren bir kişi ile terapötik bir diyalog kurabilmek için öncelikle kişi ile bağlanma ve bağımlılığın oluşturulmasına özen gösterilmelidir.

Şizofren kişinin diğer insanlarla bağlanmasında güçlükler mevcuttur. Bu güçlük kendi iç ruhsal organizasyonundan kaynaklanır. Çocuk anne ilişkileri çerçevesinde, kötü kendilik ve nesne aktivasyonu genel anlamda korku ve anksiyete ile gelişir, kötü kendilik ve nesne tasarımları sonuç olarak agresif yatırımlıdır. Şizofren kişi kendi iç dünyasındaki birincil obje ilişkilerinden kaynaklanan yıkıcılık ve kötülüğün, insan ilişkilerine psikotik aktarımı sonucu insanlara yakınlaşmaktan korkar.

Bu nedenlerle terapist, hastanın hem gereksinme duyduğu hem de çok korktuğu bir ilişkiye hastayı dahil etmenin yollarını bulmalıdır. Eğer terapist çok temkinli ise hasta tarafından daima reddedilecektir, çok atak, cüretkar davranırsa hastanın korkusu ortaya çıkacak ve içe kapanacaktır.

Şizofrenlerin başka insanlarla bağının zayıf olması nedeniyle hasta suskunlaşıp içe kapanırsa ya da psikotik davranışlar gösterirse, terapist konuşması ya

da davranışları ile orada olduğunu gösterebilir. Hasta tarafından kenara itilmeye ve onun bilincinin dışında kalınmasına izin verilmemelidir. Güven duygusu arttıkça hasta sessiz kalabilir ya da rahatsızlık duymadan odayı terk edebilir. Hasta yavaş yavaş anlamalıdır ki, terapist bakmasa da, hemen yanında bulunmasa da onunla ilişkisi sürmektedir. Bu tür sessizliklere, ayrılıklara, yokluklara terapistin ego gücünü kullanarak katlanabilmesi ve karışmaması önemlidir. Hastanın anksiyetesinin yoğunlaşmamasına ve ilişkiyi sürdürme yeteneğinin gelişmesine dikkat edilmelidir.

Bağlanma ve bağıllık başlangıçta sözsüz gelişir, yani sözcüklerle tanımlanamaz ancak yaşanabilir. Bağıllık terapötik ilişkinin temelidir. Bir kişinin varoluşunda huzur bulabilmesi için sürekli, güvenilir bir kimliğinin olması, her durumda kim olduğunu, nasıl davranacağını, başkalarının kendisini nasıl değerlendireceğini ve nasıl tepki vereceklerini bilmesi çok önemlidir. Bu nedenle, hastanın benlik saygısına tehdit oluşturan bir ilişki anksiyetenin artmasına yol açar. Bu da anksiyeteyi azaltmaya yönelik davranışları aktive eder. Böylece kişinin o zamana kadar tanınmayan düşünce ve affektlerden kaçınma davranışı artar. Bu da hastanın gerçeklik duygusunun ve de kendisinin gelişmesini engellemiş olur.

Daha sonra bağıllıktan bağımlılığa geçiş olur. Bağımlılık bir başkasına aşırı güvenme durumudur. Bağımlılık ilişkisinde terapist destek amacıyla etkisini ve gücünü gereğinden fazla uygularsa ilişki tehdit edici olarak yaşanabilir, bu önemlidir. Bu tarz yaklaşım hastanın zaten sağlıklı olan gelişim süreçlerindeki duygularını ortaya çıkarır ve bu da çok tehdit edici olabilir. Şizofren kişi diğer pek çok insan gibi bağımlılığı kolaylıkla kabul edebilecek güveni hissetmez. Ancak bağımlılığın koruyucu yönlerine ihtiyacı vardır. Bağımlılık ilişkisinde "biz" kimliği zamanla ortaya çıkabilmektedir. Terapinin ileri dönemlerinde hastayla terapist arasındaki sınır üzerinde çalışıldıkça terapötik sette sınırlar ortaya çıkar, "ben" ve "sen" üzerinde odaklanılabilir.

Yukarıda egonun realiteyi test etme, ben ile ben olmayı ayırma fonksiyonu ve bütünleştirme fonksiyonu üzerinde durulmuştu. Borderline bozukluğu olan insanlarda egonun ayırma yapan fonksiyonu gelişmiş, bütünleştirme yapan fonksiyonu gelişmemiştir. Bu nedenle de bu kişiler her şeyi siyah ve beyaz olarak değerlendirirler. Şizofrenik bozuklukta ise iki fonksiyon da bozulmuştur.

Hastanın sekreterle olan telefon konuşması;

- Doktor beyle görüşmek istiyorum.
- Doktor bey şu anda burada yok, henüz gelmedi.
- Hayır ben biliyorum, beni doktor beyle görüştürmek istemiyorsun.
- Hayır benim böyle bir niyetim yok, ben şunu söylüyorum ki, doktor bey henüz gelmedi.
- Hayır, o doktor beye söyleyin. Lanet olsun, o benimle görüşmek istemiyor ve telefona çıkmıyor.

diyerek telefonu kapıyor.

Bu kişi ilkel, kendi içinde yapılaşmış self, nesne veya objelerin reprezentasyonlarına göre ilişki kuruyor. Bu noktada hastayla çalışmaya realite ilişkisi üzerinde odaklanmadan başlanmalıdır.

Şizofren insanların kaotik iç dünya gerçeğini, dış dünya ile ayırt edememeleri sonucu ortaya çıkan çatışmalarda, hastaya dış dünyanın gerçeğini erken yüzleştirdiğimizde hasta bunu kullanamayacaktır. Bu nedenle hastanın getirdiği materyali kateksis yapmasına izin vermek ve bunu anlamaya çalışmak hasta ile ilişkide çok önemli bir adımdır. Hacıalpine "Hasta geçmişi yaşamalı, hali gözlemlemeli, psikoterapist hali yaşamalı, geçmişi gözlemlemeli" derken nevrotik düzeydeki hastalardan söz etmiştir. Bu söylem şizofren insanlarla olan ilişkilerde daha farklı olmasına karşın göz ardı edilmemelidir. Sınırlarımızın nerede başlayıp nerede bittiğini ayırmak bir çok nevrotik hastalıkta bozulmuş iken, şizofrenide geniş gözenekleri olan bir elek gibi çok daha ağır düzeyde bozulmuştur. Hasta ile sınır ilişkilerini çalışmak, özellikle projektif identifikasyon savunma düzeneğinin üzerinde durarak kendi dışındaki şeyleri kendinden ayrı tutmasına yardım etmek, çok önemli bir terapötik adımdır. Bunları yaparken dinlemeyi bilmek, yargısız, yorumsuz dinlemek, anlatılanların paleosembolik anlamlarının bizim gerçek dünyadaki sembollerle anlaşılamayacağını fakat içeriğin kendine özgü bizim anlayamadığımız bir anlamının olduğunu unutmamak önemlidir. Bilinç dışı id materyalinin ortaya çıktığı bu paleosembolik anlatımda, id yapısını ve fonksiyonlarını, çatışma kavramlarını ve bunlarla ilgili kuramları aklımızın bir kenarında tutmak ve bunlara göre hastayı dinleyerek, anlamaya çalışmak önemlidir. Jung'un söylediği iki rolü burada bir daha hatırlatmak istiyorum. İnsanların ve insan insana ilişkisinin evrensel zorluğunu oluşturan bu rollerin nerede ve

ne ölçüde kullanılacağını saptamak önemlidir. Bunlar, "yaşlı bilge adam", sürekli akıl veren, öğüt veren rolümüz ve "büyük anne", her şeyi hoş gören, sevecen, sevgi dağıtan koruyucu kollayıcı rolümüzdür.

Egonun ne oranda destekleneceği ve de ne zaman güçlendirileceğini bilmek önemlidir. Egonun güçlendirilmesi; yeni ego fonksiyonlarının kazandırılması, mevcut olanların geliştirilmesi ve olgunlaştırılmasıdır. Egonun desteklenmesi ise eksik ya da yetersiz ego fonksiyonlarının geçici bir süre için ya da -eğer gerekirse- sürekli olarak yedeklenmesi, üstlenilmesidir. Tüm terapi görüşmelerinin devamında ego desteğini azaltarak egonun güçlendirilmesinde bir optimuma ulaşmak hedeflenir. Egonun güçlendirilmesi ve desteklenmesi arasındaki denge çok önemlidir. Her durumda "hangisinden-ne kadar" sorusunu kendimize sormamız, "şu an hastam için hangisi endikedir" diye düşünmemiz önemlidir. Aksi takdirde çalışmalardan bir verim alamaz ya da hastaya zarar verebiliriz. Bir benzetmeyle bu kavramlar daha iyi açıklanabilir. Omurganın kemik yapısının zarar gördüğü ve ağırlığı taşıyamıyacağı durumlarda yapılacak şey sırtın bir korse ile belirli bir süre desteklenmesidir. Buna karşın kas yapısından ve postürden kaynaklanan yetersizliklerde sırt kaslarının güçlendirilmesi için aktif egzersizlere başvurulur. Egzersiz önermenin mantığı sırt kaslarının haddinden fazla yorulmadan güçlendirilmesi ve eski işlevini kazanması için çalıştırılması iken, korse veya alçının mantığı sırtı, kaldırması beklenemeyecek yüklerden korumak ve ikinci bir destek sistemi oluşturmaktır. Ancak kemik yapı düzelişip kendisi ayakta durabilir hale geldiğinde, desteği sağlayan korsenin çıkarılması ve sırt kaslarının güçlendirilmesi için egzersiz gereklidir. Bu noktada desteği sürdürür isek, atrofi oluşumu kaçınılmazdır. Buna benzer biçimde hasta ile psikoterapötik çalışma içinde vakitsiz yada zorlayıcı egoyu güçlendirme deneyimleri en iyi halde savunma süreçlerinin yoğunlaşmasına, geriye dönüşlere, hasta ve terapistin düş kırıklıkları yaşamalarına hatta tedavide krizlere ve tedavinin terk edilmesine yol açacaktır. Şizofren hasta için, terapistin "sekonder ego" rolünü üstlenmesi hastanın ego desteğini sağlamada önemli bir aşamadır. Diğer taraftan gereksiz ve abartılmış destekleme manevraları, hastaya akıl verme girişimleri, hastanın kendi kendine başa çıkma çabalarını zedeler, erişkin olmasını engeller ve böylece narsistik bir yaralanmaya yol açabilir.

Virginia SATİR, bir canlının psikolojik olarak üç şeye ihtiyaç duyduğunu belirtir. Bunlar duygusal alışverişler, işe yönelik ilişkiler ve dostluk arzusudur. Her üç ihtiyacında ancak kişiler arası bir ilişkiyle sağlanabilir.

Terapistin hastası ile birlikte uzun süre terapötik sembiyoz veya psikotik transferans içinde kalma yeteneğinde olması, aynı zamanda gözlemleyen ego görevini yapması ve hastasının ne kadar çabuk zedelenebileceğini göz önünde bulundurması ve bunlara katlanabilme gücü tedavide önemlidir.

Hastanın yaşamını sürdürdüğü ortamın duygusal niteliği tedavinin etkinliğini belirleyen bir diğer önemli etkidir. Şizofrenlerin birlikte zaman geçirdiği diğer hastalar, ev arkadaşları ve aile bireyleri gibi kişilerin olumsuz tutum ve davranışları hastalığın tekrarlama olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenle etkin bir tedavi için ailenin tedaviye katılması önemlidir.

Ailenin olumsuz tutum ve davranışları 3 grupta özetlenebilir:

1. Eleştirici tutumlar: Hastanın davranışlarından hoşnut kalınmadığını belirten yorumlarda bulunması ya da bu durumun ses tonu, mimikler ve davranışlarla dolaylı olarak gösterilmesidir.

- Akşama kadar evde oturuyorum
- Zorla banyo yaptırıyorum
- İyice tembel oldu.

2. Düşmanlık tutumlar: Eleştirici tutumlar hastanın bir davranışına yönelikken, düşmanlık tutumlar hastanın bir davranışından çok, kişiliğini hedef alan, olumsuzluğu daha genel ve belirgin olan ifadelerdir.

- Ölse daha iyi
- Ondan nefret ediyorum
- Ona 5 dakika katlanamıyorum.

3. Duygusal aşırılık: Hastanın durumuna abartılı tepkiler gösterilmesidir. Aşırı koruyuculuk, fedakarlık ve müdahalecilik gibi tutumları içerir.

- Ne! Hastaneye mi yatacak? Oğlum hastane yemeklerini asla yiyemez.
- İlacını dakikası dakikasına hep ben veririm.
- Bana sormadan sakız bile almaz.

Ailenin bu tür tutum ve davranışları ölçülebilir bir kavram haline getirilmiş ve duygu dışavurumu

(expressed emotion) olarak adlandırılmıştır. Duygu dışavurum düzeyi yüksek olan aileler çok konuşup az dinlerler, aşırı müdahalecidirler. Egonun güçlenmesine fırsat tanımazlar. Yeteri kadar güçlenmeyen ego yaşam olaylarından kaynaklanan akut streslerle başa çıkma yetisini kazanmadığından, hastalık belirtileri kolayca yeniden ortaya çıkar.

Remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik bir hastalık olan şizofreninin tedavisi sadece pozitif belirtilerin yatıştırılması ile sınırlı değildir. İyi bir hasta terapist ilişkisi ile birlikte ailenin de terapiye katılması şu nedenlerle önem kazanmaktadır:

- Psikotik hastalar genellikle tedavinin gereklerini yerine getirme konusunda isteksizlerdir. Hastanın bakımını üstlenen aile bireylerinin hastalık konusunda bilgilendirilmesi tedaviye uyumu artırabileceği gibi, hastaya uygulanacak rehabilitasyon programlarının seçimi ve hastanın yönlendirilmesi konusunda da olumlu rol oynayacaktır.
- Hasta ile aile bireyleri arasında oluşan ve hastanın regresyonu ile artış gösteren hastalıklı sembiyotik ilişkiler, ailenin katılımı sayesinde sağlıklı düzeye çekilebilecektir.
- Bazı ailelerde aile bireylerinin yaşamı tamamen hasta ve onun yaşantısı üzerine kurulmuştur. Böyle bir programla hasta ve aile bireylerinin birbirinden bağımsız olarak yapabilecekleri işleri saptamak ve her aile bireyinin kendi sağlıklı yaşantısını da sürdürmesine olanak sağlamak imkanı doğacaktır.
- Yine aileyi olumsuz etkileyebilecek iç çatışmalar ve sorunlar da ele alınarak, hasta üzerindeki stresör etkenlerin azalması mümkün olacaktır.
- Tüm bunların gerçekleşmesi için terapistin dostça ancak profesyonelliğini koruyan, aile bireylerini tedavi süreci içine katan, her ailenin ayrı bir iç dinamiği olduğunu akılda tutan ve bu dinamik ile uyum sağlayan yaklaşımlar içinde olması gerekmektedir.

Şizofreni tedavisinde sağlıklı bir hekim-hasta-aile ilişkisi yüz güldürücü sonuçlar alınmasında çok önemli bir etkidir.

Şizofreni tedavisinde ödül yönteminin temel alındığı davranışçı tedavi teknikleri de uygulanmaktadır. "Token economy" adı verilen bu ilk davranışçı tedavi tekniğinde "token" her hastanın kazanıp, sonradan ödül olarak kullanabileceği bir objedir. Boncuk ya da jeton bu amaçla kullanılan objelerden

bazılarıdır. Hastanın belirli kurallara uyması ve istendik davranışları yapması sonunda kazanacağı jeton miktarına göre hastaya çeşitli ödüller verilir. Örneğin hastanın saldırgan davranışlarını engellemesi, özbakımına ve klinik kurallarına uyum sağlaması jeton kazandırır. Hastaya biriktirdiği jeton sayısı ile orantılı ödüller verilir. Ödül özel bir ihtiyacı karşılayan somut nesnelere olabileceği gibi, oyun ya da televizyon odasında daha fazla kalma, haberleşme olanağı ve klinik dışı izin gibi aktiviteleri de içerir. Ödüllerin hastanın işine yarayan nitelikler taşıması gerekir. Bu teknik özellikle hastane tedavisinde yararlı olmakla birlikte, hastane dışında da iyi sonuçlar verir.

Sosyal işlevselliğin bozulması, şizofreninin en olumsuz sonuçlarından bir tanesidir. Göz iletişimi kurma, garip mimikler, konuşmada cevap süresinin uzaması, duygusal yakınlığın sağlanamaması, hastanın sosyal destek sağlayabileceği ilişkiler kurmasına engel olur. Hastaya ait video çekimlerinin, kendisine gösterilmesi ve iletişim repertuarındaki eksikliklerin giderilmesi esasına dayanan ve ev ödevleri ile desteklenen eğitici çalışmalar, sosyal beceri eksikliğinin giderilmesinde faydalıdır. Sosyal beceri eğitimi olarak adlandırılan bu tür davranışçı yaklaşımlar, sosyal uyumu ve yaşam kalitesini artırır, hastalık belirtilerinin tekrarlama riskini azaltır.

Şizofrenide bellek, dikkat, bilgi işleme, tepki zamanı, sorun çözme yetisi gibi birçok bilişsel fonksiyon bozulmuştur. Sosyal işlevsellikteki yetersizlik ağırlıklı olarak bilişsel kayıplara bağlıdır. Bilişsel tedavi girişimlerinin bilişsel fonksiyonlar ve sosyalleşme üzerine olumlu etkileri vardır. Günümüzde bilişsel davranışçı terapilerin şizofreni tedavisindeki yeri bir başka makalede kapsamlı olarak ele alınmıştır. Nöroleptiklere dirençli pozitif ve negatif semptomların tedavisinde bilişsel-davranışçı tekniklerin önemi vurgulayan bu makalede hastalığın hastaya açıklanmasında kullanılan bilişsel rasyonel aktarılmakta, ardından sanrı, varsanı, düşünce bozukluğu ve negatif belirtilerle başa çıkmakta kullanılan teknikler ve nüks önleme yöntemleri tartışılmaktadır.

Yeni avantajlar sunan farmakolojik tedavilerle birlikte, psikososyal tedavilerin uygulanması hastanın yaşam kalitesini, işlevselliğini ve farmakolojik tedaviye uyumunu arttırmaktadır.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Akvardar Y, Çalak E, Etaner U ve ark. (1997) Psikanalitik Kurama Giriş, MEPEV Seminerleri, İstanbul, EKİP Yayıncılık, s.56-103.
2. Arieti S (1974) Schizophrenia: The Psychodynamic Mechanisms and The Psychostructural Forms, American Handbook of Psychiatry, İkinci Baskı, Cilt 3, S Arieti, EB Brdoy (Ed), New York Basic Books, Inc., s.551-587.
3. Bellack AS, Mueser KT (1993) Psychosocial treatment for Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19:317-336.
4. Cashdan S (1988) Objects Relations Therapy-Using The Relationship, WW Newyork Norton & Company, Inc., s.3-28.
5. Ceyhun B, Çevik A (1997) Psikanaliz Yazıları (Çev: VD Volkan), İkinci Baskı, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, s.59-100.
6. Çevik A, Söylemezoğlu Ü, Erol N (1985) Bir Olgu Nedeniyle "Minimal Gerekli Engellenmenin" Ruhsal Gelişmedeki Önemi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Bülteni, 27(2):435-443.
7. Freud A (1980) Normality and Pathology in Childhood, yedinci Baskı, Newyork International Universities Press, s.71-198
8. Halford WK, Hayes R (1991) Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical Psychology Review, 11:23-44
9. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 48:340-347.
10. Işık E (1997) Şizofreni. 2. Baskı, Ankara, Kent Matbaacılık, s.174-178.
11. Kernberg OF (1986) Borderline Conditions and Pathological Narcissism, London, Jason Aronson, s.69-184.
12. Kavanagh D (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry, 160:601-620.
13. Liberman RP, Mueser KT (1989) Schizophrenia: Psychosocial Treatment. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Beşinci Baskı, Cilt 2, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore Williams & Wilkins, s.792-805.
14. Mahler MS, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. New York Basic Books, s.109-204.
15. McGlashan TH (1989) Schizophrenia: Psychodynamic Theories, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5. Baskı, Cilt 2, HT Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore Williams & Wilkins, s.745-756.
16. Odağ C. (1996) Borderline Kime Denir? Tanı ve Tedavi Sorusu. Konferans Notları, Grup Psikoterapileri Sempozyumu, Bergama.
17. Oral N (1998) Şizofreni ve İlkel Ruhsal Durumlar-Yapısal Çökme ve Yaratıcılık, (Çeviri, PL Giovacchini) Hekimler Yayın Birliği, MedicoGraphics, Ankara.
18. Öztürk O (1994) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.31-68.
19. Savaşır I, Savaşır Y (1993) Psikanalizin Temelleri, (Çeviri, C Brenner, An Elementary Textbook of Psychoanalysis), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.33-128.
20. Söylemezoğlu Ü (1999) Sevmek ve Çalışmak-Bir Psikoterapi Gösterisi (Çeviri: LH Kapelovitz (1976) To Love and To Work-A Demonstration and Discussion of Psychotherapy, Colorado Crume and Stratton Inc., Ankara, GATA Basımevi.
21. Sungur MZ, Yalnız Ö (1999) Şizofreni tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2(3):160-166.
22. Volkan VD (1979) Primitive Internalized Object Relations, 2. baskı, New York, International Universities Press, Inc., s.29-59.
23. Widroe HJ (1968) Ego Psychology and Psychiatric Treatment Planning, New York, Appleton-Century-Crafts, s.43-72.