

İşitsel Halüsinasyonlarla Başa Çıkmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Grup Müdahalesinin Etkililiği: Bir Pilot Çalışma



Psik. Oya MORTAN¹, Psik. Serap TEKİNSAV SÜTCÜ², Psik. Güzide GERMAN KÖSE¹

ÖZET

Amaç: Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda işitsel halüsinasyonlarla baş etmeye yönelik bilişsel davranışçı bir grup müdahale programı hazırlamak ve programın etkililiğini incelemektir.

Yöntem: Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde açık servislerde yatarak tedavi gören, DSM-IV'e göre (SCID-I) şizofreni ve şizo-afektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan, en az bir kez yatarak tedavi görmüş, devam eden işitsel halüsinasyonları olan, madde/alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, organik bozukluğu, zihinsel ve fiziki kusuru olmayan 18-55 yaşları arasında 12 erkek hasta çalışmaya alınmıştır. 7 hasta standart tedaviye (stabil ilaç tedavisi) ek olarak bilişsel davranışçı grup terapisi, 5 hasta ise sadece standart tedavi almıştır. Grup terapisi, hazırlanan el kitabına göre 9-10 seans boyunca haftada 2 kez yürütülmüştür. Müdahale öncesinde, sonunda ve 1 yıl sonraki izlemde hastalar SAPS, SANS, Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği ve Şizofreniye İlişkin Bilgi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçek sonuçları Wilcoxon İşaretli Diziler Testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Müdahale sonrasında BDT grubu halüsinasyonların, hezeyanların sıklığı ve şiddeti, işitsel halüsinasyonların yarattığı sıkıntı, halüsinasyonlara harcanan süre, negatif belirtiler ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı düşme gösterirken, kontrol grubunda müdahale öncesi ve sonrası ölçümler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p < .05$). Bu sonuçların 1 yıllık izlemde de değişmediği görülmüştür.

Sonuç: Hazırlanan müdahale programının işitsel halüsinasyonları azaltma ve onlarla baş etmede etkili olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, şizoafektif bozukluk, bilişsel-davranışçı terapi, etkililik

SUMMARY

A Pilot Study on the Effectiveness of a Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy Program for Coping with Auditory Hallucinations

Objective: The aim of this study was to prepare a group-based cognitive-behavioral therapy program for patients with schizophrenia and other psychotic disorders coping with auditory hallucinations, and to evaluate the effectiveness of the program.

Method: The study included 12 male inpatients aged between 18 and 55 years from the Manisa Mental Health and Illnesses Hospital that were diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder according to DSM-IV diagnostic criteria (SCID-I). The inclusion criteria were the diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder, at least 1 hospitalization, the presence of auditory hallucinations, and the absence of alcohol/drug abuse/dependence, organic deficit, and mental/physical disability. In all, 7 patients received routine care plus group CBT and 5 patients received routine care alone. The group treatment program was conducted for 9-10 sessions twice a week. The patients were assessed using SAPS, SANS, the Problem/Symptom Checklist, and the Knowledge of Schizophrenia Questionnaire pre-treatment, post-treatment, and at the 1-year follow-up. The outcomes were analyzed using the Wilcoxon signed rank test.

Results: There was a significant reduction in the severity and frequency of hallucinations, delusions, distress and occupation with auditory hallucinations, negative symptoms, and anxiety in the CBT group after treatment. Additionally, post-treatment outcome in the treatment group didn't change at 1 year follow-up. In the control group, there was no difference between pre-treatment and post-treatment outcome ($P < 0.05$).

Conclusion: The therapy program was considered to be effective in increasing the ability to cope with auditory hallucinations and reducing their frequency for the patients with schizophrenia and schizoaffective disorder.

Key Words: Schizophrenia, schizoaffective disorder, cognitive behavioral therapy, effectiveness

Geliş Tarihi: 13.03.2010 - **Kabul Tarihi:** 01.09.2010

Yazar Notları: 1. Araştırma, ilk yazarın yüksek lisans tezinin bir bölümünü içermektedir. 2. Araştırmanın bir kısmı Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği 2. Ulusal Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuş ve Bilim Araştırması Birincilik Ödülü'ne layık görülmüştür. 3. Araştırma, Manisa Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği ve Lundbeck ilaç firması tarafından desteklenmiştir. 4. Terapi programının hazırlanma aşamasındaki kaynak önerileri ve desteği için Dr. Judith S. Beck'e ve hazırlanan terapi programının değerlendirilme ve uygulanma aşamalarındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. Köksal Alptekin'e teşekkür ederiz.

¹Psik., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Açık Psikoz Servisi, Manisa. ²Psik., Psikoloji AD., Ege Üniv. Klinik İzmir.

Psik. Oya Mortan, e-posta: oyamortan@gmail.com

GİRİŞ

Uzun yıllar boyunca şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi psikotik bozuklukların ağır, kronik ve olumsuz prognoza sahip olmaları nedeniyle sadece ilaç ve EKT gibi biyolojik tedavilerden yarar göreceğine ve psikososyal tedavilerin bu grupta işe yaramayacağına inanılmıştır. Ancak son yıllarda psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisiyle birlikte yürütülen psikososyal tedavilere ilginin arttığı bilinmektedir. Bununla birlikte psikotik hastalara uygulanan psikososyal tedaviler içinde bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının nispeten yeni ve az olduğu söylenebilir (Aker ve Sungur 2001; Kingdon ve Turkington 1994; Sungur ve Yalnız 1995).

Şizofrenide bilişsel terapi, ilk olarak Beck tarafından 1952'de bir kronik şizofreni hastasında uygulanmış ve dirençli hezeyan sisteminin tedavisinde yararlı olduğu bulunmuştur (Beck ve Rector 2000; Beck 2002). Beck'ten sonra şizofreninin tedavisi için bazı özgün bilişsel davranışçı tedavi programları geliştirilmiş ve uygulanmıştır (Fowler ve ark. 1995; Kingdon ve Turkington 1994; Tarrrier ve ark. 1993, vb.). Bu çalışmaların bir kısmı bireysel, bir kısmı grup olarak yürütülmüştür. Literatürdeki şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara yönelik bilişsel davranışçı grup terapisi programları incelendiğinde, programların sıklıkla bir psikoeğitimi içerdiği ve hemen her çalışmada baş etme tekniklerine yer verildiği görülmüştür. Birkaç çalışmada baş etme teknikleriyle birlikte problem çözme tekniklerinin de kullanıldığı (örn. Bradshaw 1993; Tarrrier ve ark. 2001), bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel tekniklere ise daha çok uzun süreli tedavilerde (örn. Bechdolf ve ark. 2004; Drury ve ark. 1996) yer verildiği anlaşılmıştır. Genellikle hastaların dezorganize ve dikkatlerinin dağınık olabilmesi nedeniyle küçük grup çalışmalarının tercih edildiği (Andres ve ark. 2000; 2003) ve aynı nedenle grupların genellikle iki liderle yürütüldüğü (örn. Drury ve ark. 2000; Kemp ve ark. 1996) görülmektedir.

Literatürdeki çalışmaların çoğu şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluklarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak kullanılan bilişsel davranışçı temelli bireysel ve grup terapisi programlarının yalnızca ilaç tedavisi ya da ilaç tedavisine ek olarak uygulanan destekleyici müdahalelere göre pozitif ve negatif belirtileri azaltmada, iç görüyü artırmada ve nüksü önlemede daha etkili olduğunu göstermiştir (Bechdolf ve ark. 2004; Drury ve ark. 2000; Garety ve ark. 1997; Kuipers ve ark. 1997; Shelley ve ark. 2001; Tarrrier ve ark. 2000; Turkington ve ark. 2002; Wykes ve ark. 1999, vb.).

Batıda şizofreni ve diğer psikotik belirtilerin tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi uygulamaları giderek artmasına rağmen, ülkemizde bu bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi uygulamaları pek yaygın değildir. Bu nedenle ülkemiz literatüründe şizofreni ve diğer psikotik bozukluklara yönelik olarak oluşturulmuş bilişsel davranışçı terapi programlarına ve bu programlara ilişkin etkililik çalışmalarına pek rastlan-

mamaktadır. Şizofreni hastalarında yürütülen sınırlı sayıda psikososyal tedavi çalışmalarının genellikle hastaları bilgilendirme, sosyal iletişim, sorun çözme gibi temel becerileri geliştirme, ilaca uyumu sağlama gibi amaçlara hizmet eden psikoeğitim çalışmaları olduğu anlaşılmaktadır (Doğan ve ark. 2002; Sungur ve ark. 2008; Yıldız ve ark. 2003; 2004; 2005). Bu çalışmalarda bilişsel tekniklerin kullanılmadığı söylenebilir.

Bu noktadan hareketle bu çalışmanın amacı, işitsel halüsinasyonlarla baş etmeye yönelik bilişsel davranışçı bir grup müdahale programı oluşturmak ve bu programın etkililiğini şizofrenisi ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda incelemektir. Çalışma sonucunda ortaya çıkacak olan etkililiği sınanmış programın, ülkemizde genellikle kullanılan ilaç tedavisiyle birlikte uygulanarak işitsel halüsinasyonların sıklığı ve şiddeti, işitsel halüsinasyonlarla baş etme gücü, halüsinasyonlara olan inanış düzeyi, hezeyanların sıklığı ve şiddeti, pozitif ve negatif belirtiler açısından ilaçla elde edilen yararın artırılmasında ve hastalık nüksünün önlenmesinde klinisyenlere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Program sonunda hastalık belirtilerinin azalması ve hastalıkla baş etme gücünün artmasıyla birlikte, psikotik bozukluklara eşlik ettiği bilinen depresyon, umutsuzluk ve anksiyete düzeylerinde azalma ve benlik saygısında artış olacağı beklenmektedir.

YÖNTEM

Örneklem

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde açık servislere yatarak tedavi gören, DSM-IV şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanı ölçütlerini karşılayan (SCID-I), önceden en az bir atak geçirmiş ve yatarak tedavi görmüş, devam eden işitsel halüsinasyonları olan, oral ya da enjektabl antipsikotik kullanan, madde/alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, organik bozukluk ve çalışmaya katılmayı engelleyecek zihinsel ve fiziki kusuru olmayan, ölçekleri yanıtlamayı ve terapiyi sürdürmeyi engelleyebilecek ölçüde bilişsel yıkımı ve dezorganize davranışları olmayan, 18-55 yaşları arasındaki 12 erkek hasta çalışmaya alınmıştır. Standart tedaviye ek olarak bilişsel davranışçı terapiyi tamamlayan hastaların (N=7) yaş ortalaması 44, sadece standart tedavi alan grubunun (N=5) yaş ortalaması ise 40.6'dır. Hastaların hepsi düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmektedir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılacak hastaları seçme aşamasında diğer kriterleri karşılayan hastalara DSM-IV SCID-I- Yapılandırılmış Görüşme Formu-Klinik Versiyon uygulanarak, tanısal değerlendirme yapılmıştır.

Çalışmaya alınan hastalara grup terapisi başlamadan önce, bittiginde ve bittikten 1 yıl sonra SAPS (Pozitif

Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği, Şizofreniye ilişkin Bilgi Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Seanslar arasındaki değişimi incelemek amacıyla tüm seanslarda Şizofreniye ilişkin Bilgi Ölçeği, Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği ve Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Uygulama sonunda hastaların tedaviyi ve terapistleri değerlendirmesi amacıyla araştırmanın ilk iki yazarı tarafından hazırlanan 11 maddelik değerlendirme anketi verilmiş, ayrıca 6 maddelik bir değerlendirme ölçeği ile hastanın ve ailenin tedaviye uyumu değerlendirilmiştir.

İşlem

Çalışma öncesinde makalenin ilk iki yazarı konuyla ilgili pek çok çalışmadan (Aker ve Sungur 2001; Beck ve Rector 2000; Fowler ve ark. 1995; Gledhill ve ark. 1998; Goldberg ve ark. 2007; Haddock ve ark. 1998; Tarrrier, 1992; Kingdon ve Turkington 1994; Morrison 2002; Wykes ve ark. 1999; Yıldız 2001) yararlanarak, şizofrenide işitsel halüsinasyonları azaltmaya yönelik bir bilişsel davranışçı tedavi el kitabı hazırlanmıştır. Bu aşamada bilişsel davranışçı terapiye katkılarıyla tanınan bir klinik psikoloji profesörünün kaynak önerilerinden yararlanılmış ve hazırlanan terapi programı ve uygulamalar sırasında elde edilen görüntü kayıtları psikotik bozukluklar konusunda deneyimli bir psikiyatri profesörü tarafından değerlendirilmiştir. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, hazırlanan el kitabına göre 90 dakikalık oturumlar halinde (arada 10 dk mola) haftada iki oturumdan 9-10 seans olarak uygulanmıştır.

Programın işleyişine göre, her oturumun ilk 10 dakikasının bir önceki seansın gözden geçirilmesi ve varsa ev ödevlerinin tartışılmasına ayrılır. Sonra gündem maddelerinin ele alınması ile ilk yarı tamamlanır. 10 dakikalık kahve-çay molasının ardından başlanan ikinci yarıda gündeme devam edilir ve oturumlar ev ödevlerinin ve üyelere geribildirimlerin verilmesiyle tamamlanır.

Terapi programında ilk seanslar hastalarla işbirliği kurmaya ve grup bağlılığını sağlamaya yönelik etkinliklere ve psikoeğitime ayrılmıştır. Psikoeğitimde psikotik belirtiler normalleştirme rasyoneli çerçevesinde tanımlanmakta, psikotik bozuklukların nedenleri ve hangi durumlarda ortaya çıktıkları stres yatkınlık modeli yardımıyla anlatılmaktadır. Böylece üyelerin hastalıklarıyla ilgili yanlış ve eksik bilgileri giderilmeye ve grup üyeleri arasında bir bağ kurulmaya çalışılmaktadır. 3 ve 4. seanslar işitsel halüsinasyonlarla baş etmeyi sağlayacak başa çıkma tekniklerine ayrılmıştır. Bu aşamada üyelerin bugüne kadar kullandıkları baş etme teknikleri öğrenilerek, işe yarayanlar pekiştirilir ve yeni baş etme teknikleri öğretilir. Öğretilen dikkat dağıtma tekniği, işitsel halüsinasyonlar geldiğinde hastanın dikkatini seslerden başka bir uyaran ya da etkinliğe verme-

sini gerektiren, bu sayede de halüsinasyonun etkisini azaltmayı hedefleyen bir tekniktir. Bir diğer baş etme tekniği olan odaklanma tekniği ise, dikkat dağıtmanın tam tersine sesin nereden geldiğine, nasıl bir ses olduğuna, içeriğine daha fazla dikkat vermeyi böylece sesin dışsal bir kaynaktan gelmediğini ve kontrol edilebileceğini fark etmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca bu aşamada üyeler seslerle tartışma ve onlara sınırlar koyma, seslerin tonunu değiştirerek komik hale getirme ve etkisini azaltma gibi başka teknikleri de denemeleri için teşvik edilmektedir. 5-8. seansları kapsayan sonraki aşama bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin uygulanmasını içermektedir. Bu aşamada seslerin geldiği durumları belirlemek, seslere eşlik eden düşünceleri yakalamak, bu seslerle düşünceler arasında bir ilişki olduğunun farkına varmak, dolayısıyla seslerin dışsal kaynaklı olmayabileceğini fark etmek ve son olarak düşünceyi değiştirerek işitsel halüsinasyonları azaltmak hedeflenmektedir. Son seanslar ise nüksü önlemeye ayrılmıştır. Bu seanslarda daha önce öğretilen tüm teknikler gözden geçirilerek her hastanın en çok yarar gördüğü teknikleri belirlemesine, kendine özgü bir baş etme seti oluşturmasına çalışılmakta ve hastalar bu seti kullanmaları için cesaretlendirilmektedir.

Psikotik hastalarda dikkat süresinin kısa, bilişsel kayıpların ve sosyal izolasyonun fazla olduğu bilindiğinden; gruba devam etmeleri, ev ödevlerini yapmaları, grup kurallarına uymaları ve hedeflere ulaşmaları için motivasyonlarının sağlanması ve grup bağlılığının artırılması için bolca ödül kullanımına önem verilmiştir (Özden ve Özsan 2001; Yıldız ve ark. 2004; Yıldız 2009). Hastalar tam ve eksiksiz yaptıkları şeyler için değil, gösterdikleri çaba için ödüllendirilmişlerdir. Çalışmada hem bireysel, hem grup ödülleri kullanılmıştır.

Grup çalışmaları Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde açık servislerde psikolog olarak görev yapan ve psikotik hastalarla grup çalışması yapma deneyimi olan, makalenin ilk ve üçüncü yazarları tarafından ikinci yazarın süpervizyonu altında yürütülmüştür. Grup lideri klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi süresince hem çocuk hem de yetişkinlerde “bilişsel davranışçı terapi” derslerini ve süpervizyonunu tamamlamıştır. Araştırma sürecinde, izlenecek etik ilkeler açısından Türk Psikologlar Derneği (TPD) Etik Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri temel alınmıştır. Çalışma öncesinde hastalar ve aileleri çalışmanın hedefi, süresi ve yapılacaklar konusunda bilgilendirilmiş, çalışmaya katılım konusunda yazılı olarak izinleri alınmıştır.

Çalışmaya katılım için kriterleri karşılayan hastalar standart tedavi (ilaç tedavisi) + bilişsel davranışçı grup terapisi veya sadece standart tedavi koşullarından birine alınmışlardır. Aynı dönemde hastanede yatarak standart tedavi gören ve kriterleri karşılayan en az 4 hasta olduğunda bilişsel davranışçı müdahale grubuna alınmış, aynı dönemde yatan hasta sayısı 4'ten az olduğunda ise, bu kişiler sadece standart tedaviyi içeren kontrol grubuna dahil edilmişlerdir. Çalışma boyunca servis uzman hekimleriyle görüşülerek çalışmaya katılan hastaların

(hem BDT alan, hem kontrol grubunun) ilaç düzeylerinin stabil olması sağlanmıştır.

Gruplar 2008-2009 yıllarında yürütülmüştür. 5 kişiyle başlayan ilk tedavi grubunda, üçüncü seans sonrasında iki hasta yakınlarının isteğiyle taburcu edildiklerinden çalışma dışında kalmış, ilk grup 3 kişiyle tamamlanmıştır. İkinci grup 4 hastayla başlamış ve sonlanmıştır. Hastaların hepsi tüm seanslara katılmışlardır. Ancak ikinci gruptan bir hasta olumsuz aile ilişkileri nedeniyle, tedavisi tamamlandığı halde hastanede yatmakta ısrarcı olmuş, bunu sağlamak için de kendini olduğundan kötü göstermeye çalıştığı anlaşılmıştır. Bu nedenle güvenilir olmadığı düşünülerek bu hastanın verisi değerlendirilmeye alınmamıştır. 1 yıl sonraki izlemde ise telefonla ulaşılabilen ve durumlarına ilişkin bilgi alınan 10 hastanın bir kısmı çalıştığı, bir kısmı ise şehir dışında yaşadığından her iki gruptan 3'er hastayla yüz yüze görüşme yapılabilmiş ve ölçekler uygulanabilmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Programme for Social Science) for Windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklemenin küçük olması nedeniyle ön ve son test ölçümleri non- parametrik bir teknik olan Wilcoxon İşaretli Diziler Testi ile karşılaştırılmıştır. BDT alan ve almayan grupların ön test ölçümlerinde farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır.

BULGULAR

Mann-Whitney U testi sonuçları iki grup arasında ön test ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını ($p>.05$) göstermiştir. Wilcoxon İşaretli Diziler Testi ile yapılan analizlerde BDT ve kontrol grubunun öntest, sontest ve izlemde aldıkları puan ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Pozitif Belirtiler: Analiz sonuçları BDT grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında SAPS halüsinasyon alt ölçeği ($z = -2.207$, $p = .027$); SAPS hezeyan alt ölçeği ($z = -2.201$, $p = .028$); Problem/Belirti Ölçeği sesin sıklığı ($z = -2.06$, $p = .039$), sesin yarattığı sıkıntı ($z = -2.264$, $p = .024$) ve sesle meşguliyet ($z = -2.232$, $p = .026$) toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu, buna karşılık kontrol grubunda farklılık olmadığını göstermiştir. Tablo 1'e bakıldığında, BDT alan grubun halüsinasyon, hezeyan, sesin sıklığı, yarattığı sıkıntı, sesle meşguliyet toplam puanlarının son test ölçümlerinde düştüğü görülmektedir.

Sonuçlar SAPS toplam puanı açısından ön test ve son test ölçümleri arasında hem BDT alan grupta ($z = -2.201$, $p = .028$) hem de kontrol grubunda ($z = -2.032$, $p = .042$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir. Her iki grupta da son testte toplam pozitif belirti puanlarının düştüğü

görülmektedir. Buna ek olarak hem BDT alan grupta, hem de kontrol grubunda ön test ve son test ölçümleri arasında Problem/Belirti Ölçeği sese inanç, sesi kontrol etme ve sesle baş etme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Negatif Belirtiler: Analiz sonuçları BDT alan grupta ön test ve son test ölçümlerinde SANS toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu ($z = -1.992$, $p = .046$) buna karşılık kontrol grubunda bir farklılık olmadığını göstermiştir. Tablo 1'e bakıldığında BDT alan grubun puanının son testte düştüğü görülmektedir.

Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi: Analiz sonuçları hem BDT alan grubun hem de kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinde Şizofreniye İlişkin Bilgi Ölçeği toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte Tablo 1 incelendiğinde BDT alan grubun puanlarında son testte yükselme olduğu görülmektedir.

Eşlik eden Sorunlar: Sonuçlar kontrol grubunda ön test ve son test ölçümlerinde BDE toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu ($z = -2.023$, $p = .043$), son testte puanların düştüğünü göstermiştir. Tablo 1 BDT alan grupta da düşme olduğunu göstermekle birlikte sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna karşılık ön test ve son test ölçümleri arasında Hamilton Depresyon Envanteri toplam puanları açısından hem BDT alan grupta ($z = -2.201$, $p = .028$) hem kontrol ($z = -2.032$, $p = .042$) grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu, her iki grupta da son testte puanların düştüğü görülmüştür.

Beck Anksiyete Envanteri toplam puanları açısından öntest ve sontest arasında her iki grupta da anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, BDT alan grupta Hamilton Anksiyete Envanteri öntest ve sontest toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($z = -2.032$, $p = .042$), buna karşılık kontrol grubunda bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Tablo 1'de BDT alan grubun Hamilton Anksiyete Envanteri toplam puanının son test ölçümlerinde düştüğü görülmektedir.

Analiz sonuçları hem BDT alan grubun hem de kontrol grubunun ön test ve son test ölçümlerinde umutsuzluk ve benlik saygısı toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir.

İzlem: BDT uygulamasından 1 yıl sonra tüm katılımcılar izlem ölçümü almak için hastaneye çağrılmış ancak BDT alan gruptan ve kontrol grubundan 3'er hasta randevularına gelmiştir. Buradan elde edilen ölçümlere örneklem sayısının azalması nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır. BDT alan ve almayan grupların tüm ölçme araçlarından aldığı puan ortalaması ve standart sapma değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Bununla birlikte izlem değerlendirmesi için randevu veri-

TABLO 1. BDT + Standart Tedavi ve Standart Tedavi Gruplarının Öntest ve Sontest Ölçek Puan Ortalama ve Standart Sapmaları.

Ölçek Puan	BDT + Standart tedavi (N=6) X ± S		Standart tedavi (N=5) X ± S	
	Öntest	Sontest	Öntest	Sontest
SAPS halüsinasyon	20.17 ± 9.70	7.33 ± 5.16*	21.60 ± 3.97	13.60 ± 8.90
SAPS hezeyan	21.67 ± 13.05	9.00 ± 7.15*	23.20 ± 10.98	18.80 ± 8.23
SAPS toplam	45.17 ± 20.09	18.17 ± 11.72*	48.20 ± 10.98	35.00 ± 17.25*
Problem sıklık	3.83 ± 1.17	2.33 ± 1.21*	4.00 ± 1.22	3.20 ± 1.79
Problem inanç	3.00 ± 1.55	2.33 ± 1.50	3.60 ± 1.95	2.80 ± 1.79
Problem sıkıntı	4.17 ± .98	2.00 ± 1.26*	4.00 ± 1.73	2.60 ± 1.34
Problem meşguliyet	4.17 ± .75	2.00 ± .63*	4.80 ± .45	2.40 ± 1.14
Problem kontrol	1.67 ± 1.03	2.83 ± .98	2.00 ± 1.22	3.20 ± 1.30
Problem baş etme	2.50 ± 1.52	3.83 ± 1.17	2.00 ± 1.22	2.60 ± 1.52
SANS toplam	14.67 ± 8.24	6.67 ± 3.83*	21.60 ± 10.45	17.80 ± 14.72
Bilgi Ölçeği	8.33 ± 1.37	9.83 ± 1.72	8.40 ± 1.52	8.20 ± 1.92
BDE	23.67 ± 13.84	15.17 ± 11.20	28.60 ± 11.70	16.80 ± 8.53*
HDÖ	16.17 ± 11.14	4.50 ± 5.89*	18.40 ± 7.23	8.80 ± 4.32*
BAE	26.17 ± 15.83	22.17 ± 11.91	22.60 ± 19.58	18.20 ± 12.50
HAÖ	15.00 ± 10.58	3.17 ± 2.14*	10.80 ± 4.76	8.40 ± 2.07
BUÖ	12.50 ± 5.39	7.50 ± 6.02	9.60 ± 3.21	8.60 ± 3.05
RBSÖ	2.50 ± 2.17	1.00 ± 1.26	2.40 ± .89	1.20 ± .84

*p<.05

lirken hastalarla ve yakınlarıyla telefonda bir değerlendirme görüşmesi yapılmıştır. Kontrol grubundan 1 hasta ve yakını hariç tüm katılımcılara telefonla ulaşılabilmektedir. Bu görüşme de BDT alan gruptan (N=6) 5 hastanın ilaç tedavisini düzenli biçimde sürdürdüğü, bunların içinden hastane yatışı öncesinde çalışan 4 hastanın tedavi sonrasında çalışmaya devam ettiği, daha önce çalışmayan 2 hastanın da çalışmaya başladığı öğrenilmiştir. Buna karşılık kontrol grubundan (N=5) 3 hastanın ilaç kullanmayı reddettiği, aile üyeleriyle sınırlı vakit geçirdiği ve ulaşılabilen 4 hastanın da çalışmadığı öğrenilmiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada işitsel halüsinasyonlarla baş etmeye yönelik hazırlanan bilişsel davranışçı bir grup müdahale programının etkililiği şizofrenisi ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalarda incelenmiştir. Çalışmanın esas hedefleri işitsel halüsinasyonların şiddet ve sıklığı gibi pozitif belirtilerin yanı sıra negatif belirtilerin yarattığı sıkıntının azaltılması ve işitsel halüsinasyonlarla

baş çıkma gücünü arttırmaktır. Bununla birlikte, genellikle kronik olması ve yaşattığı yoğun sıkıntı nedeniyle psikotik belirtilere depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve düşük benlik saygısının eşlik ettiği bilinmektedir (Beck ve Rector, 2000; Birchwood ve ark. 2002). Bu nedenle uygulanan terapi programının temel hedefi olmamasına rağmen, pozitif ve negatif belirtilerin azalması ve baş etme güçlerinin artmasıyla birlikte eşlik eden sorunlarda da azalmanın olması beklenmektedir.

Çalışmada tedavi sonrasında işitsel halüsinasyonların sıklığı, yarattığı sıkıntı, harcanan süre gibi problemler ve genel olarak halüsinasyon ve hezeyanların şiddeti açısından kontrol grubunda anlamlı bir azalma olmazken, ilaç tedavisi + BDT grubunda anlamlı azalmalar olduğu görülmüştür. Toplam pozitif belirti puanı ise her iki grupta da anlamlı azalma göstermiş, ancak BDT alan grupta daha fazla azalma olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sese inanç, sesi kontrol ve seslerle baş etme açısından iki grupta da bir farklılık olmamıştır. Ancak bu alt ölçeklerin puan ranjlarının küçük olması nedeniyle, özellikle ön test puanları düşük olan ölçümlerde istatistiksel

TABLO 2. BDT + Standart Tedavi ve Standart Tedavi Gruplarının İzlemede Ölçek Puan Ortalama ve Standart Sapmaları.

Ölçek Puan	BDT + Standart tedavi (N=3) X ± S			Standart tedavi (N=3) X ± S		
	Öntest	Sontest	1 yıllık izlem	Öntest	Sontest	1 yıllık izlem
SAPS halüsinasyon	23.00 ± 13.75	7.67 ± 7.09	12.00 ± 10.58	23.00 ± 2.00	18.33 ± 5.69	13.67 ± 11.85
SAPS hezeyan	26.67 ± 15.37	12.67 ± 5.51	9.67 ± 3.21	26.67 ± 11.50	24.33 ± 4.51	20.00 ± 16.37
SAPS toplam	51.00 ± 26.96	21.33 ± 11.02	23.00 ± 12.29	51.33 ± 11.50	45.00 ± 11.79	42.67 ± 32.04
Problem sıklık	3.33 ± 1.53	2.33 ± 1.53	3.00 ± 2.00	3.67 ± 1.53	4.00 ± 1.73	3.67 ± 2.31
Problem inanç	2.67 ± 1.15	3.00 ± 1.73	1.67 ± .58	4.00 ± 1.73	3.33 ± 2.08	3.67 ± 2.31
Problem sıkıntı	4.33 ± 1.16	2.00 ± 1.73	2.33 ± 1.53	3.33 ± 2.08	2.67 ± 1.15	3.67 ± 2.31
Problem meşguliyet	4.00 ± 1.00	2.00 ± 0.0	2.53 ± 1.53	4.67 ± .58	2.67 ± 1.15	1.67 ± .58
Problem kontrol	1.67 ± 1.15	3.00 ± 1.00	4.00 ± 1.00	1.67 ± .58	2.67 ± 1.15	2.67 ± 2.08
Problem baş etme	2.00 ± 1.00	4.00 ± 1.00	4.33 ± 1.15	1.67 ± .58	1.67 ± .58	2.67 ± 2.08
SANS toplam	8.33 ± 3.21	3.67 ± 3.05	2.33 ± 4.04	22.33 ± 2.52	19.67 ± 16.62	37.00 ± 18.03
Bilgi Ölçeği	8.33 ± 1.53	10.33 ± 2.08	10.67 ± 2.31	9.33 ± .58	8.33 ± 2.52	9.33 ± 2.31
BDE	29.67 ± 12.01	19.00 ± 11.53	14.00 ± 7.94	32.33 ± 5.03	19.67 ± 8.50	32.67 ± 13.32
HDÖ	15.33 ± 10.60	2.00 ± 1.00	10.00 ± 5.57	20.67 ± 8.74	10.33 ± 5.13	16.67 ± .58
BAE	27.00 ± 17.44	26.00 ± 8.72	12.67 ± 7.64	29.33 ± 24.00	23.00 ± 14.73	16.00 ± 7.94
HAÖ	13.00 ± 9.64	2.33 ± 1.53	6.33 ± 2.89	12.67 ± 4.04	9.00 ± 2.64	11.00 ± 3.46
BUÖ	14.00 ± 5.20	9.67 ± 7.09	15.00 ± 1.73	9.00 ± 2.64	9.67 ± 2.31	11.33 ± 5.03
RBSÖ	3.67 ± 2.52	1.00 ± 1.73	1.00 ± 1.00	2.67 ± .58	1.67 ± .58	3.00 ± 2.00

anlamlılık elde etmek zor görünmektedir. Özetle ilaç + BDT grubunun pozitif belirtiler açısından kontrol grubundan daha etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca müdahale sonrasında negatif belirtiler açısından kontrol grubunda anlamlı bir azalma olmazken, ilaç tedavisi + BDT grubunda anlamlı azalma olduğu görülmüştür.

Şizofreni tanısı olan birçok hastanın bir hastalığı olduğuna, hastalığının klinik belirtilerine, olumsuz etkilerine, tedaviye ihtiyaç duyduğuna, ilaç tedavisinin önemine yönelik farkındalığı yoktur (Dankı ve ark. 2007). Bu nedenle yapılan çalışmalar içgörüyü de arttırmayı hedeflemektedir. Bu çalışmada müdahale sonrasında içgörü açısından kontrol grubunda artış olmazken, BDT grubunda bilgi puanının arttığı görülmüştür; ancak bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuç yorumlanırken, çalışmaya seçilen hastaların hepsinin bilişsel davranışçı bir terapi grubuna katılabilecek ve ölçekleri yanıtlama konusunda işbirliği kurabilecek kişiler olmasına dikkat edildiği; dolayısıyla başından itibaren belirli düzeyde bir içgörüyü sahip oldukları göz önüne alınmalıdır.

Bu durumun göstergesi olarak bilgi ölçeğinde baştaki ölçümlerde hem BDT alan grup, hem de kontrol grubu ortalama 8 puana sahiptir. Ayrıca tüm seanslar boyunca değerlendirilen ölçümlerde bilgi puanının giderek arttığı ve 9. Seansta maksimum puan olan 10'a kadar çıktığı gözlenmiştir. Bu durum şizofreniye ilişkin bilginin seanslar boyunca artış gösterdiğini düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde çoğu çalışmada ilaç + BDT kombinasyonunun pozitif belirtileri azaltmada (England 2007; 2008; Halperin ve ark. 2000; Mann ve Chong, 2004; Tarrier ve ark. 2000; 2001), negatif belirtileri hafifletmede (örn. Eckman ve ark. 1992; Shelley ve ark. 2001) ve içgörüyü arttırmada (örn. Andres ve ark. 2003; Kemp ve ark. 1996; Rathod ve ark. 2005; Wykes ve ark. 1999) karşılaştırma grubuna göre daha etkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte birkaç çalışmada iki tedavinin de benzer biçimde etkili olduğu belirtilmiştir (Barrowclough ve ark. 2006; Samarasekera ve ark. 2007).

Çalışmada hem klinisyenin hem hastanın bildirimine dayanan anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılmıştır. Klinisyen

bildirimine dayanan ölçümlerde yalnızca BDT alan grubun anksiyete puanında ve her iki grubun da depresyon puanlarında anlamlı azalma olduğu bulunmuştur. Özbildirime dayanan ölçümlerde ise, sadece kontrol grubunun depresyon düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu ve BDT alan gruptaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Ayrıca her iki grubun anksiyete düzeyinde de anlamlı azalma bulunamamıştır. Analizler her iki grubun da umutsuzluk ve benlik saygısı düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığını göstermiştir. Özetle çalışmada hastaların pozitif ve negatif belirtilerinin azalması ve baş etme güçlerinin artmasıyla birlikte, anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden sorunlarda da azalma olacağı varsayılmış olmasına rağmen, sonuçlar bu varsayımı desteklememiştir. Çalışmaya katılan hastaların bu belirtileri ve belirtilerin yarattığı öznel sıkıntıları uzun süredir deneyimleyen kronik hastalar olduğu göz önünde bulundurulursa, içinde buldukları durumun değişmeyeceğine ilişkin dirençli ve zaman içinde pekişmiş bir inanca sahip oldukları düşünülebilir. Bu nedenle nispeten kısa sürede ortaya çıkan, belirtilerin hafiflemesi ve başa çıkma gücünün artması gibi sonuçların, depresyon, anksiyete ve umutsuzluk gibi eşlik eden belirtileri azaltmaya yetmediği söylenebilir. Bu olumlu sonucun uzun süre devam etmesi durumunda, yaşam kalitesinin artmasının eşlik eden belirtilerin azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada tedaviden 1 yıl sonra küçük bir grupta izlem verisi alınmış ve ilaç + BDT grubunun puan ortalamalarının pek değişmediği gözlenmiştir. Tedaviden 1 yıl sonra ölçek uygulanabilen hasta sayısının az olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılmadığından, izlem sonuçlarıyla ilgili yorum yapmak zor olmasına karşın, hastaların işlevselliğini değerlendirmek için yapılan telefon görüşmelerinin, neredeyse tüm hastalara ulaşıldığı için bilgi verici olduğu düşünülmektedir. Başlangıçtaki hedeflerde belirtilmemiş olmakla birlikte, ilaç tedavisine uyumun artmasının ve hastalıkla bozulan mesleki ve sosyal işlevselliğin giderilmesinin de tedavinin başarısını değerlendirmek açısından çok önemli olduğu düşünülmektedir. Çünkü BDT gruplarında ilacın tedavideki rolü ve önemi üzerinde durulmuş ve işlevselliği sağlayacak baş etme teknikleri öğretilmiştir. Telefon görüşmeleri sonucunda BDT alan grubun 1 yıl sonunda da ilaç tedavisine devam ettiği, kişilerarası ilişkiler kurduğu ve çalışmaya başlayarak normal yaşam işlevselliğini sürdürdüğü; buna karşın sadece ilaç tedavisi alan grubun ilaç kullanmayı reddettiği ve normal yaşam işlevlerini yerine getirmede güçlük yaşadığı anlaşılmıştır.

Literatürdeki çalışmaların hepsinde izlem değerlendirmelelerine ilişkin bilgi verilmemekle birlikte, genellikle izlem ölçümlerinin tedaviden 6 ay ya da 1 yıl sonra alındığı anlaşılmaktadır. Çoğu çalışmada izlem sonuçları BDT alan grupta değişimin korunduğunu ya da tedavinin olumlu etkilerinin sürdürdüğünü göstermektedir (örn. Tarrier ve ark. 2000; Trower ve ark. 2004).

Niceliksel ölçümlerin yanı sıra çalışma süresince edinilen gözlemlerin, seansların sonunda çalışmaya ilişkin alınan geri bildirimlerin ve uygulayıcıların hastaların çalışmadan yararlanma düzeylerine ilişkin değerlendirmelerinin çalışma sonuçlarına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hastalardan çalışmayla ilgili hem sözlü hem de yazılı geri bildirim alınmıştır. Grup üyelerine her seansın sonunda bir doyum ölçeği verilmiştir. Doyum ölçekleri incelendiğinde her seansın ortalama doyum düzeyinin 6.30 ile 7.33 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçekten alınabilecek maksimum puanın 8 olduğu düşünüldüğünde, her seansın hastalar için yüksek düzeyde doyum verici olduğu söylenebilir. Uygulayıcı tarafından hastaların tedavide hangi tekniklerden yarar gördüğü, hangilerinden görmediği, hangilerinde zorlandıkları ve ailelerinin tedaviye olumlu/olumsuz etkilerine ilişkin bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirmeye göre; tüm teknikleri öğrenerek uygulayabilen, ailesi de tedaviye olumlu katkı sağlayan hastalar için sondaki ölçümlerde ve izlemede daha olumlu sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. Yalnızca baş etme tekniklerini öğrenebilen, düşünce ve ses ilişkisini kavrayamayan, seslerin kaynağına ilişkin alternatif bir yaklaşımı benimseyemeyen hastaların tedaviden sağladıkları yararın daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Ancak ailenin tedaviye olumlu katkısı olmuştusa ve teknikleri tedavi sonrasında da kullanmaya teşvik edici ise hastanın sonda ve izlemedeki durumunun daha olumlu olduğu görülmüştür. Hastaların en kolay öğrendikleri tekniklerin baş etme teknikleri olduğu ve tedavide ailenin etkisinin oldukça önemli olduğu dikkate alınmalıdır. Bu nedenle baş etme seanslarının artırılıp bu tekniklerin nüksü önlemedeki etkileri üzerinde daha çok durularak, ailenin de tedaviye katıldığı bir programın oluşturulmasının tedaviye daha çok yarar sağlayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bilişsel düzeyi daha iyi olan hastalardan oluşan gruplarda, seslere ilişkin alternatif açıklama seanslarının arttırılmasının ve tedavi sonrasında canlandırma seanslarının eklenmesinin de olumlu yarar sağlayacağı düşünülebilir.

Psikoterapi etkililik çalışmaları çok zahmetli ve vakit alıcı olduğu için, ülkemiz literatüründe bu tip çalışmalara nadiren rastlanmaktadır. Ayrıca Türkiye’de şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımları uygulayan az sayıda da olsa çalışma bulunmakla birlikte, bilişsel davranışçı terapi uygulayarak bunun etkililiğini değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bunun nedeninin psikoz gibi ağır bozukluklarda bilişlerle çalışmayı gerektiren bilişsel davranışçı tedavinin uygulanamayacağı ya da işe yaramayacağı yönündeki yaygın görüş olduğu düşünülebilir. Bilişsel davranışçı teknikleri kullanarak işitsel halüsinasyonlar, hezeyanlar gibi inatçı belirtileri azaltmayı ve rahatsızlık belirtileriyle baş etme gücünü kazandırmayı amaçlayan bu çalışmanın Türkiye’de bu alanda yapılacak olan çalışmalar için bir başlangıç noktası olduğu söylenebilir.

Çalışmanın önemine karşın, bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Gruba katılan hastaların tedavi koşullarına seçkisiz

olarak atanamamış olması çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak düşünülebilir. Bu çalışma yatan hasta sayısı hayli fazla olan bir hastanede yürütülmüş olmasına rağmen, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve ailesinin katılım için onay verdiği hasta bulmakta güçlük çekilmiştir. Tüm kriterleri karşılayan hastalar bulunduğu da bazen hastayı izleyen hekimin 5 hafta boyunca hastayı taburcu etmeyeceği ve ilaç değişikliği yapmayacağı konusunda desteğini almak mümkün olmamıştır. Uygulama yapılan psikiyatri servislerinde yatış çıkış süreleri de kısa olduğundan aynı dönemde hastanede yatmakta olan çalışmaya uygun hasta bulmakta zorluk yaşanmıştır. Klinikte aynı dönemde grup oluşturacak sayıda kriterleri karşılayan hasta olduğunda BDT + standart tedavi koşuluna alınmış, kriterleri karşılayan ama aynı dönemde hastanede yatmayan hastalar ise standart tedaviyi içeren kontrol grubuna alınmışlardır. Yine aynı şekilde uygun hastaları bulmayla ilgili sorundan ötürü küçük bir örnekleme çalışılmıştır. Örneklemin küçük olması parametrik analizlerin yapılmasını engellemiş ve olası olarak analiz sonuçlarını da etkilemiştir. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarına ihtiyatla yaklaşmak gerekir. Bundan sonra birkaç grup çalışması daha yaparak örneklemin genişletilmesinin bulguların güvenilirliğini arttıracakı düşünülmektedir.

Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise, ölçüklerin bağımsız bir değerlendirici tarafından uygulanmamış olmasıdır. Değerlendirme araçlarının bir kısmı özbildirim ölçeği olmakla birlikte, bir kısmı uygulayıcılar tarafından değerlendiril-

mektedir. Klinisyen bildirimine dayalı ölçükler uzun zaman almaktadır. Ayrıca şizofreni hastalarının belirtilerini değerlendirme amacıyla yapılacak bir görüşmede öncelikle işbirliğinin sağlanması gerekmektedir ki, bu da uzun bir zaman almaktadır. Bu çalışmadaki hastaları değerlendirmek için bu kadar uzun zaman ayırabilecek araştırmacılar dışında bir klinisyen bulunmadığından değerlendirmeler uygulayıcılar tarafından yapılmıştır. Sayılan nedenlerle bu tip çalışmalarda bağımsız değerlendirmeci kullanmak zor bir iştir. Literatürdeki bir çok çalışmada da, bağımsız değerlendiricinin olmadığı bildirilmektedir (örn. Gumley ve ark. 2006; Halperin ve ark. 2000). Buna karşılık çoğu çalışmada hem bir klinisyen tarafından değerlendirme yapılmış hem de özbildirim ölçümleri alınmıştır. Bu çalışmada uygulayıcıların değerlendirmelerine dayanan ölçüklerin yanı sıra öz bildirim dayalı ölçüklerin de kullanılmasının araştırmacılar tarafından kaynaklanabilecek olan yanlılığı bir nebze azalttığı söylenebilir.

Bu çalışmada uygulanan bilişsel davranışçı terapi programının içerik ve uygulama biçimi açısından literatürdeki çalışmalara benzediği, bununla birlikte herhangi bir programla tamamen aynı olmadığı söylenebilir. Bu nedenle çalışmadan elde edilen sonuçları literatürdekilerle birebir kıyaslamak güçtür. Ayrıca bu çalışmaya alınan hastalar seçilirken ölçükleri yanıtlayabilecek ve terapiye katılabilecek bilişsel yeterliliğinin olması bir ölçüt olarak alınmıştır. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen sonuçların işbirliği kurulması zor olan, aşırı dezorganize ve bilişsel kaybı ağır olan psikotik hastalara genellenemeyeceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

- Aker T, Sungur MZ (2001) Şizofrenide psikososyal tedaviler-V: Şizofrenide bireysel ve davranışçı terapi yöntemleri. PAREM. Kutu Grafik, İstanbul.
- Andres K, Pfammatter M, Garst F ve ark. (2000) Effects of a coping oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: A pilot study. *Acta Psychiatr Scand*, 101: 318-322.
- Andres K, Pfammatter M, Fries A ve ark. (2003) The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 18 (4): 149-54.
- Barrowclough C, Haddock G, Lobban F ve ark. (2006) Group cognitive behavioral therapy for schizophrenia: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 189: 527-532.
- Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C ve ark. (2004) A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 110: 21-28.
- Beck AT, Rector NA (2000) Cognitive therapy for schizophrenia. A new therapy for the new millenium. *Am J Psychother*, 54(3): 291-300.
- Beck AT (2002) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt: A 1952 case study. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Taylor & Francis Inc., New York.
- Birchwood M, Meaden A, Trower P ve ark. (2002) Shame, humiliation, and entrapment in psychosis. A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In A.P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Taylor & Francis Inc., New York.
- Bradshaw WH (1993) Coping skills training versus a problem solving approach with schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 44 (11): 1102-1104.
- Dankı D, Dilbaz N, Okay İT ve ark. (2007) Şizofreni tanısı alan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 18 (2): 129-136.
- Doğan S, Doğan O, Tel H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:69-74.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R ve ark. (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. *Br J Psychiatry*, 169 (5): 593-601.
- Drury V, Birchwood M, Cochane R (2000) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. 3. five-year follow-up. *The Br J Psychiatry*, 177: 8-14.
- Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR ve ark. (1992) Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. *Am J Psychiatry*, 149.
- England M (2007) Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspect Psychiatr Care*, 43, 2.
- England M (2008) Significance of cognitive intervention for voice hearers. *Perspect Psychiatr Care*, 44, 1.
- Fowler D, Garety P, Kuipers E (1995) *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practise*. John Wiley & Sons Ltd., England.
- Garety P, Fowler D, Kuipers E ve ark. (1997) London-east anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors outcome. *Br J Psychiatry*, 171: 420-426.
- Gledhill A, Lobban F, Sellwood W (1998) Group CBT for people with schizophrenia: A preliminary evaluation. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26: 63-75.

- Goldberg JO, Wheeler H, Lubinsky T (2007) Cognitive coping tool kit for psychosis: Development of a group-based curriculum. *Cogn Behav Pract*, 14: 98-106.
- Gumley A, Karatzias A, Power K ve ark. (2006) Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *Br J Clin Psychol*, 45: 247-260.
- Haddock G, Tarrier N, Spaulding W ve ark. (1998) Individual cognitive-behaviour therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clin Psychol Rev*, 18 (7): 821-838.
- Halperin S, Nathan P, Drummond P ve ark. (2000) A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 34: 809-813.
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G ve ark. (1996) Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *Br Med J*. 312: 345-349.
- Kingdon DG, Turkington D (1994) Cognitive behavioral therapy of schizophrenia. The Guilford Press, New York.
- Kuipers E, Garety P, Fowler D ve ark. (1997) London-east anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry*, 171:319-327.
- Mann S, Chong B (2004) The effect of symptoms coping program in reducing psychotic symptoms and enhancing functions in chinese with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil*, 7: 69-82.
- Morrison AP (2002) Cognitive therapy for drug-resistant auditory hallucinations: A case example. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. Taylor & Francis Inc., New York.
- Özden A, Özsan HH (2001) Ankara üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri kliniği kadın psikoz katında basamaklı tedavi uygulaması. *Klinik Psikiyatri*, 2: 1-7.
- Rathod S, Kingdon D, Smith P ve ark. (2005) Insight into schizophrenia: The effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res*, 74: 211-219.
- Samarasekera N, Kingdon D, Siddle R ve ark. (2007) Befriending patients with medication-resistant schizophrenia: Can psychotic symptoms predict treatment response? *Psychol Psychother*, 80:97-106.
- Shelley AM, Battaglia J, Lucey J ve ark. (2001) Symptom-specific group therapy for in patients with schizophrenia. *Einstein Q J Biol Med*, 18:21-28.
- Sungur MZ, Yalnız Ö (1999) Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar. *Klinik psikiyatri*, 2: 160-166.
- Sungur MZ, Güner P, Üstün B ve ark. (2008) Şizofrenide optimal tedavi: Randomize, kontrollü, uzunlamasına bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, Klinik psikiyatri* 9 (ek sayı.1), 27-32.
- Tarrier N (1992) Psychological treatment of positive schizophrenic symptoms. In D. J. Kavanagh (Ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook*. Chapman & Hall, London.
- 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.
- Tarrier N, Kinney C, McCarthy E ve ark. (2000) Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*, 68 (5): 917-922.
- Tarrier N, Kinney C, McCarthy E ve ark. (2001) Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Cambridge University Press, 29: 45-55.
- Trower P, Birchwood M, Meaden A ve ark. (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 184: 312-320.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T (2002) Effectiveness of a brief cognitive behavioral therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 180:523-527.
- Wykes T, Parr A, Landau S (1999) Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry*, 175: 180-185.
- Yıldız M (2001) Şizofrenide psikososyal tedaviler IV: Şizofrenide psikososyal beceri eğitimi uygulama kılavuzu. PAREM. Kutu Grafik, İstanbul.
- Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S ve ark. (2003) Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 14(4): 281-287.
- Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A ve ark. (2004) Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 8:1-7.
- Yıldız M, Yüksel AG, Erol A (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi deneyimleri. *Türkiye'de psikiyatri*, 7 (1): 25-32.
- Yıldız M (2009) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal tedavi girişimleri. E. Ceylan, & M. Çetin (Ed.), *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. Şizofreni*, İstanbul, 1(4): 1403-1414.