

# Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi-Sistemik Bir Gözden Geçirme



Psik. Oya MORTAN SEVİ<sup>1</sup>, Psik. Serap TEKİNSAV SÜTCÜ<sup>2</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** PsycINFO, PsycARTICLES ve MEDLINE veri tabanlarında 1980-2011 (temmuz) yılları arasında yayınlanan İngilizce makaleler; (1) psikoz ve bilişsel tedavi (psychosis and cognitive treatment), (2) şizofreni ve bilişsel tedavi (schizophrenia and cognitive treatment), (3) şizofreni ve bilişsel terapi (schizophrenia and cognitive therapy), (4) psikoz ve bilişsel terapi (psychosis and cognitive therapy), (5) şizofreni ve bilişsel müdahale (schizophrenia and cognitive intervention), (6) psikoz ve bilişsel müdahale (psychosis and cognitive intervention), (7) varsanı ve bilişsel terapi (hallucination and cognitive therapy), (8) varsanı ve bilişsel tedavi (hallucination and cognitive treatment), (9) varsanı ve bilişsel müdahale (hallucination and cognitive intervention) anahtar kelimeleriyle taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden terapi etkililik çalışması olmayan ve grup terapisi olmayanlar çıkarılmıştır.

**Bulgular:** Ölçütleri karşılayan 42 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri karşılaştırılarak sunulmuştur.

**Sonuç:** Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan kişilere standart tedaviye ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı terapilerin, bozukluğa ilişkin belirtileri (pozitif, negatif belirtiler vb.) ve/veya bozukluğa eşlik eden sorunları (anksiyete, umutsuzluk vb.) azaltmada etkili olduğu görülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, psikotik bozukluk, psikoz, bilişsel-davranışçı terapi, psikoterapi etkililiği

## SUMMARY

### Cognitive-Behavioral Group Treatment for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders- A Systematic Review

**Objective:** This study aims to revise empirical studies that were used to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group treatment programs in the treatment for schizophrenia and other psychotic disorders.

**Method:** Articles in English that were published between the years of 1980 and 2011 (july) have been searched in the: PsycINFO, PsycARTICLES and MEDLINE databases by using “(1) psychosis and cognitive treatment (2) schizophrenia and cognitive treatment, (3) schizophrenia and cognitive therapy, (4) psychosis and cognitive therapy, (5) schizophrenia and cognitive intervention (6), psychosis and cognitive intervention, (7) hallucination and cognitive therapy, (8) hallucination and cognitive treatment, (9) hallucination and cognitive intervention” keywords. The articles that were gathered by the search have been read and the ones that were not therapy effectiveness studies, group therapies were eliminated.

**Results:** The remaining 42 studies that were in conformance with the search criteria were introduced in the context of method (properties of population, measures, randomization, results, follow-up, etc.) and therapy characteristics (number of sessions, frequency of sessions, number of therapists and members, etc.).

**Conclusion:** It can be seen that the cognitive behavioral therapies plus standard treatment that are applied to people who have schizophrenia and other psychotic disorders are effective in decreasing the symptoms of the disorders (positive and negative symptoms etc.) and/or the problems that accompany the disorder (anxiety, hopelessness etc.).

**Key Words:** Schizophrenia, psychotic disorders, psychosis, cognitive behavioral therapy, effectiveness of psychotherapy

**Geliş Tarihi:** 27.09.2011 - **Kabul Tarihi:** 01.03.2012

<sup>1</sup>Psik., İstanbul Psikiyatri Enstitüsü, Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi, Psikiyatri Kl., İstanbul. <sup>2</sup>Yrd. Doç. Psik., Ege Üniv. Edebiyat Fak., Psikoloji Bl., İzmir.

Psik. Oya Mortan Sevi, e-posta: [oyamortan@gmail.com](mailto:oyamortan@gmail.com)

## GİRİŞ

Şizofreni, hastalık belirtileri ve hastalığa eşlik eden sorunlar nedeniyle ağır ve önemli olmasına rağmen, günümüzde iyi tedavi edilebilen bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Aker ve Sungur 2001). Tedavisinde antipsikotik ilaç tedavisi temel öneme sahip olmakla birlikte, ruhsal-toplumsal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediğinde tedavinin başarısının sınırlı kaldığı düşünülmektedir (Kültür ve Mete 1997, Soygür 1999).

Şizofreninin tedavisinde uygulanan psikososyal yaklaşımlar incelendiğinde, bu bağlamda 1960'lara kadar psikodinamik terapilerin uygulandığı, daha sonra bunun yerini destekleyici tedavilerin aldığı görülmektedir. Ailede duygu dışavurumunun önemi ortaya konulduktan sonra, İngiltere'de aile terapileri ile ilgili ilk çalışmaların başladığı bilinmektedir. İlk örnekleri 19. yüzyılda görülen ve davranışçı stratejileri içeren ortam tedavisi de bu alanda kullanılan başka bir yaklaşım biçimidir (Özmenler ve Battal 1998).

Şizofrenide bilişsel terapi ise, ilk olarak Beck tarafından 1952'de bir kronik şizofreni hastasında uygulanarak, dirençli sanrı sisteminin tedavisinde yararlı bulunmuştur (Beck ve Rector 2000, Beck 2002). Ancak ilk uygulama eskiye dayansa da, bilişsel davranışçı terapinin psikotik bozuklukların tedavisinde kullanımının yaygınlaşması çok daha yenidir. Yakın zamanda şizofreninin tedavisi için bazı özgün bilişsel davranışçı tedavi programları geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Fowler ve ark. 1995, Kingdon ve Turkington 1994, Tarrrier ve ark. 1993a).

Bu çalışmalara bakıldığında, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda standart tedavi olarak bilinen ilaç tedavisine eklenen bilişsel davranışçı terapi ile yalnızca standart tedavinin ya da alternatif tedavi yöntemlerinin etkililiğini karşılaştıran çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) programlarının bir kısmının bireysel, bir kısmının ise grup olarak uygulandığı anlaşılmaktadır. Grup terapileri, bireysel terapiye oranla zamandan tasarruf sağladığından hasta yoğunluğu fazla olan kliniklerde bile daha uygulanabilir görünmektedir. Bu nedenle bu çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) programlarının etkililiğini araştıran çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu gözden geçirmenin amacı, bilişsel davranışçı grup terapisinin özellikle standart tedavi ve diğer psikososyal tedavi yaklaşımlarına göre etkililiğini incelemektir.

## YÖNTEM

Bu çalışmada şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için PscINFO, PscARTICLES ve MEDLINE veri tabanlarında 1980-2011 (Temmuz) yılları arasında yayınlanan İngilizce makaleler

taranmıştır. Taramada (1) psikoz ve bilişsel tedavi (psychosis and cognitive treatment), (2) şizofreni ve bilişsel tedavi (schizophrenia and cognitive treatment), (3) şizofreni ve bilişsel tedavi (schizophrenia and cognitive therapy), (4) psikoz ve bilişsel tedavi (psychosis and cognitive therapy), (5) şizofreni ve bilişsel müdahale (schizophrenia and cognitive intervention), (6) psikoz ve bilişsel müdahale (psychosis and cognitive intervention), (7) varsanı ve bilişsel terapi (hallucination and cognitive therapy), (8) varsanı ve bilişsel tedavi (hallucination and cognitive treatment), (9) varsanı ve bilişsel müdahale (hallucination and cognitive intervention) anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Tarama sırasında "cognitive treatment" (bilişsel tedavi), "cognitive intervention" (bilişsel müdahale) ve "cognitive therapy" (bilişsel terapi) anahtar kelimeleri kullanılmış, bu anahtar kelimelerin bilişsel davranışçı terapileri de içerdiği düşünüldüğünden, ayrıca "cognitive behavior" therapy, intervention ya da treatment ("bilişsel davranışçı" terapi, müdahale ya da tedavi) anahtar kelimeleri kullanılmamıştır. Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, psikoterapi çalışması grup temelli olmayanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 42 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasında birkaç makalede aynı çalışmanın farklı bulgularının sunulduğu düşünülmekle birlikte, farklı sonuçlar bildirildiği için her bir makale birbirinden ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimleri, seçkisiz atanmanın ve bağımsız değerlendiricinin olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere, çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan bilişsel davranışçı terapi biçimine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1 ve 2'de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir.

### Gözden geçirilen çalışmaların yöntemsel özellikleri

*Örneklem:* Çalışmaların katılımcıları 18-65 yaşları arasındaki şizofreni veya başka psikotik bozuklukların tanı ölçütlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır. Çalışmaların bazılarında hastaların sadece psikotik bozukluk tanısıyla izlendiği bildirildiği için hangi tanıları aldıkları tam olarak bilinmemekle birlikte, çoğunda hastaların şizofreni ya da şizofreni spektrum bozukluğu tanısı ile izlendikleri bildirilmiştir. Hastaların genellikle DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10'a göre; bazı çalışmalarda ise WHO, MINI-Plus veya SCID ölçütlerine göre tanı aldığı görülmektedir (örn. Drury ve ark. 1996, Kingsep ve ark. 2003).

**TABLO 1.** BDGT Çalışmalarında Yöntem Özellikleri.

Çalışma	Örneklem	Tedavi grupları	BDT teknikleri	Aile eğitimi	Seçkisiz atama	Bağımsız değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı bırakan	Sonuçlar	E.B.
Andres ve ark. (2000)	ICD-10 Şizofreni/ şizoaffektif boz. 32 hasta (21 erkek, 11 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s= 17) ST + DT (s= 15)	PE BE PÇE	Var	Yok	Yok	Ön test-son test, -6-12-18. aylık izlem: HKÖ, SBÖ, HBÖ, KPDÖ, SANS, SGÇ	?	-Sonda tüm ölçümlerde; ST+BDGT= ST+DT (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş)	KPDÖ 1,01 SANS 1,46 SBÖ 0,32
Andres ve ark. (2003)	ICD-10 Şizofreni spektrum boz. 32 hasta (21 erkek, 11 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s= 17) ST + DT (s= 15)	PE BE PÇE	Var	Yok	Yok	Ön test-son test-6-12-18 aylık izlem: Bilgi Ölçeği, SBÖ, HKÖ, KKÖ, KPDÖ, SANS, SGÇ	?	-Sonda belirtiler ve sosyal ilişkide: ST+BDGT= ST+DT -Bilgi Ölçeğinde; ST+BDGT> ST+DT	?
Barrowclough ve ark. (2006)	DSM-IV Şizofreni/ şizoaffektif boz. 113 hasta (82 erkek, 31 kadın) Ayaktan tedavi	ST+ BDGT (s= 57) ST(s= 56)	PE BE BY	Yok	Var	Yok	Ön test, son test-12 aylık izlem: HAD, SIÖ, RBSÖ, BUÖ, PANNS, İGD	İzlem BDGT:5 ST:10	Belirtiler ve nüks: ST +BDGT=ST	Benlik saygısı 0,3
Bechdolf ve ark. (2004)	ICD-10 Akut faz şizofreni /diğer psikotik boz. 88 hasta (48 kadın, 40 erkek) Yatarak tedavi	ST + BDGT (s= 40) ST + PE (s= 48)	PE BE BY PE	Yok	Var	Var	Ön test, son test -6 aylık izlem: PANSS, ilaca uyum	BDGT: 9 PÇE:8	-Son test ve izlemede belirtiler; ST+BDGT= ST+PE Nüks ve uyum; ST+BDGT>ST+PE	?
Bechdolf ve ark. (2010)	ICD-10 Şizofreni 88 hasta (48 kadın, 40 erkek) Yatarak tedavi	ST+BDGT (s= 40) ST+PE (s= 48)	BE PÇE PE	Yok	Var	Yok	Ön test, 24 aylık izlem: PANNS, hastaneye yatış, ilaca uyum	24	İzlemede belirtiler ve ilaca uyum: ST+BDGT= ST+PE Hastaneye yatışta azalma ST+BDGT> ST+PE	BDGT 0,25 PE 0,29
Borras ve ark. (2009)	ICD-10 Şizofreni, non-afektif psikoz 54 hasta Ayaktan tedavi	ST+BDGT (s= 28) ST (s= 26)	BE	Yok	Var	Yok	Ön test, son test, 3 aylık izlem: PANNS, ODÖ, BSDÖ, BEÖ	11	Son test ve izlemede; Tüm ölçümlerde ST+BDGT>ST	?

Çalışmaların örneklem büyüklükleri ise 4 kişiden (Gledhill ve ark. 1998) 422 kişiye (Rathod ve ark. 2005) kadar çok geniş bir dağılıma sahip görünmektedir.

*Tedavi ve Kontroll/Karşılaştırma grupları:* Çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla (13 çalışma) standart tedavi olarak adlandırılan ilaç tedavisi ile standart tedaviyle birlikte uygulanan BDGT'nin karşılaştırıldığı görülmektedir (örn. Barrowclough ve ark. 2006, Wykes ve ark. 2005). Bununla birlikte standart tedaviyle birlikte uygulanan destekleyici tedavi ile standart tedaviyle birlikte uygulanan BDGT'yi karşılaştıran on çalışma bulunmaktadır (örn. Andres ve ark. 2000, Kemp ve ark. 1996). Destekleyici tedavi; grup üyelerinin rahatsızlık belirtileri ile ilgili destekleyici bir grup ortamının sağlandığı,

belirtilerle mücadele etmek için kendine güvenin aşılmasına çalışıldığı, yapılandırılmamış bir tedavi programını içermektedir. Ayrıca üç farklı tedavi biçimini karşılaştıran çalışmalara da rastlanmaktadır. Beş makalede standart tedavi, standart tedaviye eklenen destekleyici tedavi ve standart tedaviye eklenen BDGT (Eckman ve ark. 1992, Tarrrier ve ark. 1998, Tarrrier ve Wittowski 1999, Tarrrier ve ark. 2000, 2001) karşılaştırılırken, bir makalede standart tedaviye eklenen iki farklı BDGT yöntemi ile standart tedavi (Tarrrier ve ark. 1993a) karşılaştırılmıştır. Dahası yedi makalede baş etme becerilerini artırma, psikoeğitim ve problem çözme eğitimi gibi farklı teknikleri içeren BDGT müdahalelerinin birbirleriyle karşılaştırıldığı görülmektedir (örn. Bradshaw 1993, Tarrrier ve

TABLO 1'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi grupları	BDT Teknikleri	Aile eğitimi	Seçkisiz atama	Bağımsız değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı bırakan	Sonuçlar	E. B.
Bradshaw (1993)	DSM-III-R Şizofreni 16 hasta (9 kadın, 7 erkek) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s= 8) ST + PÇE (s= 8)	PE PSBE BY PÇE	Yok	Var	Yok	Ön test, son test: GAS 1 yıllık izlem: hastaneye yatış sayısı, hastanede kalış süresi	BE(1) PÇE(1)	GAS: ST+BDGT >ST+PÇE İzlemde hastaneye yatış: ST+BDGT < ST+PÇE	?
Combs ve ark. (2007)	SCID-P Şizofreni spektrum boz. 28 hasta (21 erkek, 7 kadın) Yatarak tedavi	ST + SBEE (s= 18) ST + BE (s= 10)	PE BY BE PÇE	Yok	Var	Var	Ön test –son test: PANSS, SUÖ	SBEE%4 BE %10	Negatif ve pozitif belirtilerde; ST + SBEE= ST + BE Saldırganlık bilişsel esneklik ST + SBEE> ST + BE	PANNS 0,08
Dannahy ve ark. (2011)	ICD-10 Şizofreni ve şizoafektif boz. 62 hasta Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan tedavi	ST+BDGT (kontrol grubu yok)	PE BE BY	Yok	Yok	Yok	Ön test, son test, 1 aylık izlem: CORE-OM (genel septomatoloji) Seslere ilişkin likert tipi sorular (karşı koyma, şiddet, kontrol)	1 aylık izlem: 12	Sonda ve 1 aylık izlemde; Seslerin yarattığı sıkıntı ve sesleri kontrol etmede anamlı ilerleme görülmüş.	0,53
Drury ve ark. (1996)	WHO Afektif olmayan akut fazda psikotik boz. 40 hasta (25 erkek, 15 kadın) Yatarak tedavi	ST + bireysel + grup BDGT (s= 20) ST + DT (s= 20)	BE BY	Var	Var	Var	Ön test, her hafta, son test, 9 aylık izlem: PDÖ, MDD	DT (1) BDGT (2)	Varsanı ve sanrı; ST+BDGT >ST+DT dezorganize ve negatif belirtiler: ST+BDGT= ST+DT İzlem: ST+BDGT= ST+DT	0,9
Drury ve ark. (2000)	WHO Afektif olmayan akut fazda psikotik boz. 34 hasta (17 kadın, 17 erkek) Yatarak tedavi	ST + bireysel + grup BDT (s= 17) ST + DT (s= 17)	BE BY	Var	Var	Var	4 ve 5 yıllık izlem: PDÖ, İçgörü Ölçeği, Hastalığa İlişkin İnançlar Ölçeği	9	Varsanı ve sanrılar, içgörü, nüks ST+BDT = ST+DT hastalığı kontrol ST+BDT > ST+DT	?

ark. 1993b). Ayrıca altı çalışmada sadece standart tedaviye eklenen BDGT'nin etkililiği araştırılmış, kontrol grubu kullanılmadığı için karşılaştırma yapılamamıştır (Gledhill ve ark. 1998, Perlman ve Hubbard 2000, Pinkham ve ark. 2004). Biyolojik kaynakları nedeniyle şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel davranışçı terapilerin hiçbir çalışmada tek başına kullanılmadığı, standart tedavi olarak adlandırılan antipsikotik ilaç tedavisiyle birlikte uygulandığı görülmektedir.

**Tedavi Gruplarına Atama:** Birden fazla müdahale grubunun olduğu çalışmaların çoğunda (30 çalışma) hastaların dahil olacağı tedavi koşulu belirlenirken seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür. 4 çalışmada karşılaştırma grubu olmasına rağmen tedavi koşullarına seçkisiz atama yapılmamış (Andres ve ark. 2000, 2003, Shelley ve ark. 2001, Wykes ve ark. 1999), diğer dört çalışma ise daha önce belirtildiği gibi

karşılaştırma ya da kontrol grubu kullanılmadığı için hastalar herhangi bir atama yöntemine tabi olmamışlardır.

**Kullanılan Ölçme Yöntemleri:** Çalışmaların çoğunda tedavi öncesi ve sonrasında hastaların belirtilerini değerlendirirken hem klinisyenin bildirimine hem de hastanın öz bildirimine dayalı ölçme araçları kullanılmıştır. 12 çalışmada ise, yalnızca klinisyenin bildirimine dayalı ölçüm alınmış, hastalardan öz bildirimine dayalı değerlendirme yapılmaları istenmemiştir (örn. Bechdolf ve ark. 2004, Combs ve ark. 2007). Bunun yanı sıra kırk iki çalışmanın yirmi beşinde ön test, son test ve/veya izlem değerlendirmelerinde araştırmacılardan bağımsız klinisyenlerin görev aldığı bildirilmiştir (örn. Eckman ve ark. 1992, Kemp ve ark. 1996).

Çalışmalarda farklı alanlara odaklanıldığından farklı içerikte ölçme araçlarının kullanıldığı göze çarpmaktadır. Ölçme

TABLO 1'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar	E. B.
Eckman ve ark. (1992)	DSM-III-R Şizofreni 41 erkek hasta Ayaktan ve yatarak tedavi	ST +PSBE (s= 20) ST + DT (s= 21)	PE BE PSBE	Yok	Var	Var	Ön test, son test ve 1 yıllık izlem: SANS, KPDÖ	İzlem: PSBE(13) DT (11)	*Son test ve 1 yıllık izlemde; ilaca uyum, varsanılar, sanrılar ve negatif belirtilerde ST+PSBE > ST+DT	?
Favrod ve ark. (2010)	DSM-IV-R Şizofreni ve şizoaffektif boz. 25 hasta Ayaktan tedavi	ST+BDGT (Kontrol grubu yok)	BY PÇE PSBE	Yok	Yok	Yok	Ön test ve son test: PSYRATS, PANNS, SUMD	7	Sanrılar azalmış, sanrılara ilişkin farkındalık artmış	?
Gledhill ve ark. (1998)	DSM-III-R Şizofreni 4 hasta (2 erkek ve 2 kadın) Ayaktan tedavi	ST+BDGT (Kontrol grubu yok)	PE BE	Yok	Yok	Yok	Ön test, son test ve 1 aylık izlem: PDÖ,BDE,BUÖ, RBSÖ, problem/ Belirti Ö., Bilgi Ö., Doyum Ö.	Yok	Tüm hastalarda izolasyonda, depresyonda azalma, şizofreniye ilişkin bilgi ve benlik saygısında artma var. Hastaların yarısında baş etme gücünde artma var	?
Goldberg ve ark. (2007)	Şizofreni spektrum bozuklukları kronik- 24 hasta (9 kadın, 15 erkek) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (Kontrol grubu yok)	PE BE	Yok	Yok	Yok	Ön test-son test: PANNS, SCL-90	8	Psikotik belirtiler azalmış	.52
Gumley ve ark. (2006)	DSM-IV Şizofreni /diğer psikotik boz. 144 hasta (105 erkek, 39 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s= 72) ST (s= 72)	PE BE BY	Yok	Var	Yok	Ön test, 3 -6-12 aylık izlem: RIÖ, RBSÖ	?	12 aylık izlemde kayıp inancı ve benlik saygısı ST+BDGT > ST	?
Haddock ve ark. (2009)	DSM-IV Şizofreni ve şizoaffektif boz. 77 hasta (66 erkek, 11kadın) Ayaktan ve yatarak tedavi	ST+BDGT (s= 38) ST+SAT (s= 39)	PE BE PÇE	Yok	Var	Var	Ön test, 6. hafta, sonda (6.ay), 1 yıllık izlem: PANNS, PSYRATS, İGD, WARS (saldırganlık ve öfke)	9	Öfkede; ST+BDGT= ST+SAT Sanrılarda ve saldırganlıkta ST+BDGT> ST+SAT	?

araçlarının bazıları doğrudan psikotik belirtileri araştırmaya (örn. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Psikotik Belirti Değerlendirme Ölçeği); bazıları depresyon, anksiyete, umutsuzluk, benlik saygısı gibi psikotik bozukluğa eşlik eden sorunları araştırmaya (örn. Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği); bir kısmı ise, bozukluğun işlevselliğe etkisini araştırmaya (örn. Sosyal Uyum Ölçeği, Sosyal Davranış Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği ) yönelik değerlendirme araçlarıdır. Birkaç çalışmada ise, standart ölçme araçlarından ziyade hastanede kalış süresi ve hastaneye yatış sayısı (Bradshaw 1993, Tarrrier ve ark. 2000); baş etmenin etkinliği ve olumlu baş etme tekniklerinin sayısı (Tarrrier ve ark. 1993b) gibi bilgileri içeren gözlem ve kayıtların kullanıldığı görülmektedir.

Müdahalelerin etkililiğini değerlendirme genellikle ön test ve

tedavinin hemen bitiminden sonra verilen son test ölçümleriyle yapılmış, ek olarak bazı çalışmalarda tedavilerin daha uzun süreli etkililiğini değerlendirmek için farklı zaman aralıklarında izlem ölçümleri de alınmıştır. 42 makalenin 11 tanesinde sadece ön test-son test değerlendirmesi yapılmış ve izlem değerlendirmesi yapılmamıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 ay sonra (Geldhill ve ark. 1998, Mann ve Chong 2004) ile 5 yıl sonra (Drury ve ark. 2000) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmaların büyük çoğunluğunda 3 ay ile 1 yıl arasında değişen aralıklarda izlem değerlendirmesi yapıldığı, sadece 4 makalede (Andres ve ark. 2000, 2003, Drury ve ark. 2000, Tarrrier ve ark. 2000) 1 yıldan daha uzun süreli izlem çalışması yapıldığı bildirilmiştir.

TABLO 1'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar	E. B.
Halperin ve ark. (2000)	Şizofreni + komorbid sosyal anksiyete boz. 20 hasta (14 erkek, 6 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT ST	PE BY	Yok	Var	Yok	Ön test, son test – 6 haftalık izlem: KSFÖ, CDÖ, SIAÖ, YKÖ, AKÖ, KSÖ	4	Son test tüm ölçümlerde ST+BDGT > ST İzlem: ST+BDGT > ST	?
Kemp ve ark. (1996)	Akut faz psikotik boz. 47 hasta (24 kadın, 23 erkek) Yatarak tedavi	ST + BDGT (s= 25) ST + DT (22)	PE BE	Yok	Var	Var	Ön test, son test – 6 aylık izlem: KPDÖ	6 aylık izlem: 7	Son test: uyum, içgörü; ST+BDGT > DT	?
Kingsep ve ark. (2003)	MINI-Plus Şizofreni + komorbid sosyal ank. 33 hasta (23 erkek, 10 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=16) ST (s= 17)	PE BE BY	Yok	Var	Var	Ön test-son test- 2 aylık izlem: KSFÖ, KSE, SIAÖ, ODKÖ, CDÖ, YKÖ	8	*Sonda ve 2 aylık izlemde Tüm ölçümler için; ST+BDGT > ST	SIA. 0,64 KSE 1,29
Lysaker ve ark. (2009)	DSM-IV Şizofreni ve şizoafektif boz. 100 hasta (85 erkek, 15 kadın) Ayaktan tedavi	ST+Bireysel ve grup BDT (s= 50) ST+ DT (s= 50)	BY PSBE	Yok	Var	Var	Ön test-son test: PANNS WBI (iş performansı)	?	Çalışma süresi ve çalışma performansı ST+BDT>ST+DT	?
Malik ve ark. (2009)	ICD-10 Şizofreni 422 hasta Yatarak tedavi	ST+BDGT (s= 257) ST (s= 165)	PE BE BY	Var	Var	Var	Ön test, 5, 12 ve 24 aylık izlem: nüks oranı, hastaneye yeniden yatışta geçirilen süre, iş bulma oranı	Yok	24 aylık izlemde: nüks, hastaneye yatış ve iş bulma; ST+BDGT>ST	?
Mann ve Chong (2004)	DSM-IV Şizofreni 50 hasta (38 erkek ve 12 kadın) Yatarak tedavi	ST + BDGT ST + PE	PE BE PE	Yok	Var	Var	Ön test-son test: PANNS, Yaşam Becerileri Profili 1 aylık izlem; hastanede kalış süresi	Yok	Varsanılarda ve işlevsellikte; ST+BDGT> ST+PE	?

### Gözden geçirilen çalışmalarda bilişsel davranışçı grup terapilerinin içeriği ve uygulanışı

*Uygulanan teknikler:* Çalışmaların bilişsel davranışçı grup terapisi programları içerik açısından incelendiğinde, en sık olarak baş etme teknikleri ve psikoeğitime yer verildiği görülmektedir. 35 çalışmanın terapi programlarının baş etme tekniklerini ve 26 çalışmanın terapi programlarının psikoeğitimi içerdiği görülmektedir. 13 çalışmada baş etme teknikleriyle birlikte problem çözme teknikleri de kullanılmaktadır (örn. Bradshaw 1993, Tarrier ve ark. 2001). Bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerine ise yalnızca 18 çalışmada yer verilmektedir (örn. Bechdolf ve ark. 2004, Drury ve ark. 1996). Birkaç çalışmada (7) ise sosyal beceri eğitiminin kullanıldığı görülmektedir (Bradshaw 1993, Eckman ve ark. 1992, Valencia ve ark. 2007). Bununla birlikte yalnızca 6 çalışmada tedavinin aileleri de kapsadığı anlaşılmaktadır (örn. Andres ve ark. 2000, Valencia ve ark. 2007).

*Seans Özellikleri ve Sayısı:* Uygulanan BDGT programlarının seans uzunlukları incelendiğinde bazı çalışmaların bu ayrıntıyı bildirmediği, bununla birlikte seans uzunluğunun bir ile iki saat arasında değiştiği ve 75, 90 dakika gibi farklı uygulamaların da olduğu görülmektedir. Ayrıca terapilerin haftada 3-5'den (Shelley ve ark. 2001) ayda 2'ye (Bradshaw 1993) kadar farklı sıklıklarda uygulandığı, en yaygın uygulama biçimlerinin ise haftada 1 ve 2 olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar en az 4-6 seanstan en fazla 90 seansa kadar farklı uzunluklarda uygulamalar bildirmiştir. Sadece Lysaker ve arkadaşlarının (2009); Drury ve arkadaşlarının (1996 ve 2000) çalışmalarında grup terapisiyle birlikte bireysel terapinin de yapıldığı bildirilmiştir.

*Üye ve Terapist Sayısı:* Gruptaki üye sayısı incelendiğinde, on yedi çalışmanın bir terapi grubunun kaç üyeden oluştuğunu bildirmediği, diğer çalışmalarda ise gruptaki üye sayısının en az 4 (Andres ve ark. 2000, 2003), en çok 20 (Eckman

TABLO 1'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar	E. B.
Moritz ve ark. (2011)	MINI Şizofreni 36 hasta (28 erkek, 8 kadın) Ayaktan ve yatarak tedavi	ST+BDGT (s= 18) ST (s= 18)	BY PÇE PSBE	Yok	Var	Var	Ön test ve son test: PANNS PSYRATS YKÖ	?	PANNS; ST+BDGT=ST PSYRATS sanrı ve YKÖ; ST+BDGT>ST	1,49
Mortan ve ark. (2011)	DSM-IV Şizofreni, şizoafektif boz. 12 erkek hasta Yatarak tedavi	ST+BDGT (s= 7) ST (s= 5)	PE BE BY PÇE	Yok	Yok	Yok	Ön test, son test, 1 yıllık izlem: HDÖ, HAÖ, BDÖ, BAÖ, BUÖ, SAPS, SANS, ŞBÖ, RBSÖ, PBDÖ	Yok	Sonda ve 1 yıllık izlemde: varsanılar, SAPS toplam, SAPS sanrılar, SANS, HAÖ; ST+BDGT>ST	Yok
Penn ve ark. (2009)	DSM-IV Şizofreni, şizoafektif boz. 65 hasta (33 erkek, 32 kadın) Ayaktan tedavi	ST+ BDGT ST+ DT	PE, BE, BY	Yok	Var	Var	Ön test, son test, 3 aylık ve 12 aylık izlem; PSYRATS, BAVQ-R, PANNS, SİÖ,	12 aylık izlemde 14	12 aylık izlemde; Toplam PANNS: ST+BDGT> ST+DT BAVQ-R, PSYRATS ST+DT> ST+BDGT	Yok
Perlman ve Hubbard (2000)	DSM-IV Kronik şizofreni 9 hasta (6 kadın 3 erkek) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (Kontrol grubu yok)	PE BE	Yok	Yok	Yok	Görüşme ile bilgi alınmış.	Yok	7'inde belirtilerle azalma ve kontrol gücünde artış	Yok
Pinkham ve ark. (2004)	DSM-IV Kronik şizofreni / şizoafektif boz. 11 hasta (8 kadın, 3 erkek) Yatarak tedavi	ST + BDGT (7 seans) ST + BDGT (20 seans)	PE BE PE BE	Yok	Yok	Yok	Ön test-son test: PSYRATS, PANNS, Varsanılara İlişkin İnançlar Ölçeği	1	Seslere inanç, seslerin yarattığı sıkıntı; ST + BDGT (7) = ST + BDGT (20)	Psytrats 0,72 Panns 1,11
Rathod ve ark. (2005)	WHO (1992) Şizofreni 422 hasta (280 erkek, 142 kadın) Yatarak ve ayak-tan tedavi	ST + BDGT (s =257) ST (s =165)	PE BE BY	Yok	Var	Var	Ön test- son test - 1 yıllık izlem: İÜÖ, KAPD, Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği	ST (46) BDGT (40)	Son test Psikotik belirtileri etiketleme, tedaviye uyum ST+ BDGT> ST Farkındalık ST+ BDGT= ST 1 yıllık izlemde; tedaviye uyum ST+ BDGT> ST	?

ve ark. 1992) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte grup üye sayısının çoğunlukla 4-8 arasında değiştiği görülmektedir. On bir çalışma bir terapi grubunda kaç terapist bulunduğunu bildirmemekle birlikte, on çalışmada tek terapistle; 3 çalışmada 1-2 terapistle; 13 çalışmada iki terapistle; hatta 2 çalışmada 3 terapistle çalışıldığı anlaşılmaktadır.

### Gözden Geçirilen Çalışmaların Bulguları

*Gruplar Arası Karşılaştırmalar:* Standart tedavi ile birlikte uygulanan BDGT ile standart ilaç tedavisini karşılaştırmayı içeren 13 çalışma incelendiğinde; sadece Barrowclough ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında iki tedavi yaklaşımının etkisinin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde

farklılaşmadığı bulunmuştur. Bunun dışındaki tüm çalışmalarda standart tedaviyle birlikte BDGT uygulanan grubun en azından bir değişken açısından sadece standart tedavi alan gruptan istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir. Bunun yanı sıra BDGT ile destekleyici tedaviyi karşılaştırmayı içeren 10 çalışma incelendiğinde; birkaç çalışmanın BDGT'nin tüm ölçümlerde destekleyici tedaviden daha üstün olduğunu bildirdikleri görülmektedir (Kemp ve ark. 1996, Shelley ve ark. 2001). Bununla birlikte diğer çalışmalarda iki tedavi yaklaşımının bazı ölçümlerde birbirlerinden farklılaşmadığı, bazı ölçümlerde de BDGT lehine sonuç verdiği görülmektedir (örn. Andres ve ark. 2003, Tarrier ve ark. 2001). Farklı teknikleri içeren BDGT yaklaşımlarının

TABLO 1. 'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar	E. B.
Shelley ve ark. (2001)	DSM-IV Şizofreni /şizoaffektif boz. 48 hasta (Cinsiyet ?) Yatarak tedavi	ST + RPST + BDGT (s=25) ST + RPST; (s=23)	PE BE	Yok	Yok	Yok	Ön test ve son test: PANNNS	Yok	PANNNS; ST+BDGT > ST	?
Tarrier ve ark. (1993a)	DSM-III-R Kronik şizofreni 27 hasta Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan tedavi	ST + BDGT (n=15) ST+ PÇE (s=12) ST (s=14)	BE PÇE	Yok	Var	Var	Ön test – son test – 6 aylık izlem: KPDÖ, PDÖ, SİÖ	BDGT (3) PÇE (1)	Psikotik belirtilerde ST+BDGT= ST+PÇE > ST	0,35
Tarrier ve ark. (1993b)	DSM-III-R Kronik şizofreni 27 hasta Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=15) ST + PÇE (s=12)	BE PÇE	Yok	Var	Var	Son test: -kullanılan olumlu baş etme tekniği sayısı -baş etmenin etkililiği -problem çözümünün uygunluğu	BDGT (3) PÇE (3)	Olumlu baş etme tekniklerinin sayısı ve etkililiği; ST+BDGT > ST+PÇE Problem çözme tekniklerini kullanma; ST+BDGT = ST+PÇE	?
Tarrier ve ark. (1998)	DSM-III-R Şizofreni, şizoaffektif boz., sanrısız boz. 87 hasta (69 erkek, 18 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=33) ST + DT (s=26) ST (s=28)	BE PÇE	Yok	Var	Var	Ön test – 3 aylık izlem: KPDÖ	15	Belirtilerin şiddeti, sayısı, hastaneye yatış sayısı ve kalış süresi ST+BDGT > ST +DT> ST	?
Tarrier ve Wittkowski (1999)	DSM-III-R Şizofreni, şizoaffektif boz., sanrısız boz. 87 hasta (52 erkek, 35 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=23) ST + DT (s=21) ST (s=26)	BE PÇE	Yok	Var	Var	Ön test- son test – 1 yıllık izlem: MDD, KPDÖ, SANS	17	Sonda:pozitif ve negatif belirtiler; ST+BDGT > ST İzlemde:pozitif belirtiler; ST+BDGT > ST negatif belirtiler; ST+BDGT = ST+DT > ST	?
Tarrier ve ark. (2000)	DSM-IV Şizofreni, şizoaffektif, sanrısız boz. 87 hasta Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=23) ST + DT (s=21) ST (s=26)	BE PÇE	Yok	Var	Var	*Ön test-son test- 3 – 12 aylık ve 2 yıllık izlem: MDD, KPDÖ, SANS nüks ve hastaneye yatış	Sonda: 11 2 yıllık izlemde: 16	- Sonda, 1 ve 2 yıllık izlemde pozitif, negatif belirtiler nüks ve hastaneye yatış; ST+BDGT= ST+DT>ST	BDGT Poz.: 0,42 Neg. 0,54

karşılaştırılmasına odaklanan çalışmalar ölçülen değişkene, kullanılan BDT tekniğine göre farklı sonuçlar göstermektedir. Bu nedenle bu çalışmalardan ortak bir sonuç çıkarmak zor görünmektedir. Yalnızca BDT'nin bir tekniği olan psikoeğitimin verildiği grupta, baş etme ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerini içeren BDT grubunu karşılaştıran Bechdolf ve arkadaşlarının (2004) çalışması, BDGT ile psikoeğitimin hastalık belirtileri açısından benzer etkinliğe sahip olduğunu; nüks ve ilaca uyum açısından ise BDGT'nin üstün olduğunu

bildirmektedir. Ancak benzer biçimde sadece psikoeğitim ile baş etme tekniklerinin kullanıldığı BDGT yaklaşımlarını karşılaştıran Mann ve Chong (2004) baş etme tekniklerini içeren BDGT'nin varsanılıların azalmasında ve hastanın işlevselliği konusunda daha üstün olduğunu bildirmiştir. BDT tekniklerinden biri olan problem çözme eğitimi ile başka teknikleri içeren BDGT uygulamasını karşılaştıran çalışmalarda da farklı sonuçlar görülmektedir. Baş etme tekniği içeren BDGT ile problem çözme eğitimi karşılaştıran Tarrier ve



TABLO 1. 'in Devamı.

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seçkisiz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar	E. B.
Tarrier ve ark. (2001)	DSM-III-R Kronik şizofreni, şizoaffektif, sanrısız boz. 87 hasta (çalışma sonunda 54 erkek, 18 kadın) Ayaktan tedavi	ST +BDGT (s=24) ST + DT (s=21) ST (s=27)	BE BY PÇE	Yok	Var	Var	Ön test- son test – 3 aylık izlem: PDÖ, KPDÖ, MDD, SANS, BDE, BUÖ	15	Düşünce bozuklukları ve negatif belirtilerde; ST+BDGT > ST -Sanrılar; ST+BDGT = ST+DT>ST - Varsanılar; ST+BDGT > ST+DT >ST	BDGT Poz. 0,5
Thomas ve ark. (2011)	Şizofreni, şizoaffektif boz. 33 hasta (21 erkek, 12 kadın) Ayaktan tedavi	ST+BDGT	PE BE BY	Yok	Yok	Yok	Ön test-son test: PSYRATS, PANNS, İDÖ	5	PSYRATS PANNS Pozitif belirtiler ve toplam puan azalmış.	?
Trower ve ark. (2004)	ICD-10 şizofreni ve diğer psikotik boz.38 hasta (24 erkek, 14 kadın) Ayaktan ve yatarak tedavi	ST + BDGT (s=18) ST (s=20)	BY	Yok	Var	Var	Ön test- son test (6 ay), 12 aylık izlem: Varsanılara İlişkin İnançlar Ölçeği, Bilgi Ölçeği, PSYRATS, CDÖ	*Sontet: -BDGT (3) -ST (3) *İzlem: -BDGT (4) -ST (5)	*Son test ve izlem: Seslerin gücüne inanış, seslere uyuma ve depresyon ST+BDGT > ST Seslerin şiddeti, gürültüsü, içeriği -ST+BDGT = ST	BDGT 1,1
Valencia ve ark. (2007)	DSM-IV Kronik şizofreni 82 hasta (64 erkek, 18 kadın) Ayaktan tedavi	ST + PSBE + AT (s=43) ST (s=39)	PSBE	Var	Var	Var	Ön test- son test – 1 yıllık izlem: PANNS, SİÖ	ST (10) PSBE(6)	-belirtiler, psikososyal ve genel işlevsellik, düşük nüks, düşük hastaneye yatış ve ilaca yüksek uyum: ST+PSBE +AT> ST	PSBE: PANNS: SİÖ: 2,2 2,1
Wykes ve ark. (1999)	DSM-IV Şizofreni 21 hasta Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan ve yatarak tedavi	ST + BDGT ST	PE BE	Yok	Yok	Var	Ön test- son test -3 aylık izlem: PSYRATS, KPDÖ-E, PİDÖ, Varsanılara İlişkin İnanışlar Ölçeği BDE, BAE, RBSÖ	11	KPDÖ, Varsanı, İlgörü: ST+BDGT > ST İzlemde: KPDÖ; ST+BDGT = ST	?
Wykes ve ark. (2005)	DSM-IV Şizofreni 85 hasta (50 erkek, 35 kadın) Ayaktan tedavi	ST + BDGT (s=45) ST (s=40)	PE BE	Yok	Var	Var	Ön test- son test (10. hafta) 6 aylık izlem: SDÖ, PSYRATS, RBSÖ	İzlem: BDGT (8) ST(7)	Varsanılarının şiddetinde ve baş etme yöntemlerini kullanma; ST+BDGT = ST -Sosyal işlevsellik; ST+BDGT > ST	Sos. İşlev. 0,63
Yung ve ark. (2011)	DSM-IV Psikoza yatkın 193 kişi Cinsiyet belirtilmemiş Ayaktan tedavi	ST+BDGT (43) P+BDGT (44) P+DT (28) KG (78)	BE, BY BE, BY PE	Yok	Var	Var	Ön test, 6 aylık izlem: KPDÖ, SANS, HDÖ, İGD, YKÖ	63	BPRS: ST+BDGT= P+BDGT= P+DT= KG SANS: P+ DT, KG> ST+BDGT, P+BDGT	BPRS: 0,10 0,12 0,05

**Ölçekler:** AKÖ: Alkol Kullanım Ölçeği; BAE: Beck Anksiyete Envanteri; BDE: Beck Depresyon Envanteri, BEÖ: Baş Etme Ölçeği; BSDÖ: Benlik Saygısını Değerlendirme Ölçeği; BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği; CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği; GAS: Amaca Ulaşma Ölçeği; HAD: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; HAÖ: Hamilton Anksiyete Ölçeği; HBÖ: Hastalıkla Baş Etme Ölçeği; HDÖ: Hamilton Depresyon Ölçeği; HKÖ: Hastalık Kapsamı Ölçeği; İDÖ (SAI-E): İlgörü Değerlendirme Ölçeği; İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği; İÜÖ: İlgörünün Üç Bileşeni Ölçeği; KAPD: Kapsamlı Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği; KKÖ: Kendini Kontrol Ölçeği; KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği; KSFÖ: Kısa Sosyal Fobi Ölçeği; KSÖ: Kısa Semptom Tarama Ölçeği; MADS: Maudsley Delüzyon Değerlendirme Ölçeği; MDD: Mevcut Durum Değerlendirmesi; ODÖ: Otomatik Düşünce Ölçeği; ODKÖ: Olumsuz Değerlendirme Ölçeği; PANNS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; PBDÖ: Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği; PDÖ: Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği; PİDÖ: Psikozlarda İlgörüyü Değerlendirme Ölçeği; PSYRATS: Psikotik Belirti Değerlendirme Ölçeği; RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; RİÖ: Rahatsızlığa İlişkin İnanışlar Ölçeği; SANS: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği; SBÖ: Stresle Baş Etme Ölçeği; SDÖ: Sosyal Davranış Ölçeği; SGÇ: Sosyal Görüşme Çizelgesi; SIAÖ Sosyal İlişkilerde Anksiyete Ölçeği; SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği; SUMD: Rahatsızlığa İlişkin Farkındalık Değerlendirme Ölçeği; SUÖ: Sosyal Uyum Ölçeği; SBÖ: Şizofreniye İlişkin Bilgi Ölçeği; WARS: Şiddet ve Öfke Değerlendirme Ölçeği; YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği

**Tedavi ve Teknikler:** AT: Aile Terapisi; BDGT: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; BE: Baş Etme Teknikleri; BL: Bekleme Listesi; BY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma; DT: Destekleyici Tedavi; KG: Kontrol Grubu (ilaç ya da terapi almayan grup); P: Plasebo ilaç tedavisi; PÇE: Problem Çözme Eğitimi; PE: Psikoegitim; SBEE: Psikososyal Beceri Eğitimi; RPST: Rutin Psikososyal Tedavi; SAT: Sosyal Aktivite Terapisi; CIT: Sosyal Bilişsel Etkileşimsel Eğitim; ST: Standart Tedavi

**Genel kısaltmalar:**WHO: Dünya Sağlık Örgütü; ?: Belirtilmiyor; E. B.: Etki Büyüklüğü; s: Sayı.

**TABLO 2.** BDGT Çalışmalarında Terapi Özellikleri.

Çalışma	Seans süresi	Seans sayısı	Terapi sıklığı	Terapist sayısı	Üye sayısı
Andres ve ark. (2000)	90 dk	24 seans	Haftada 2	?	4-7
Andres ve ark. (2003)	90dk	24 seans	Haftada 2	?	4-7
Barrowclough ve ark. (2006)	2 saat	18 seans	Ayda 3	2	max. 12
Bechdolf ve ark. (2004)	60-90 dk	16 seans	Haftada 2	1	8
Bechdolf ve ark. (2010)	60-90 dk.	16 seans	Haftada 2	1-2	8
Borras ve ark. (2009)	1 saat	24 seans	Haftada 2	2	5-13
Bradshaw (1993)	90 dk	20 saat	Ayda 2	2	8
Combs ve ark. (2007)	1 saat	18 seans	Haftada 1	1-2	8-10
Dannahy ve ark. (2011)	90 dk.	8-12 seans	Haftada 1	2	6-7
Drury ve ark.(1996)	?	max. 6 ay	Haftada 8 saat,4 bireysel,1grup	2	max. 6
Drury ve ark. (2000)	?	max. 6 ay	Haftada 8 saat	2	6
Eckman ve ark. (1992)	90 dk	6 ay	Haftada 2	1	20
Favrod ve ark. (2010)	60 dk.	8 -16 seans	Haftada 1	2-3	?
Gledhill ve ark. (1998)	1 saat	8 seans	Haftada 1	1	4
Goldberg ve ark. (2007)	2 saat	8 seans	Haftada 1	2-3 hastaya 1	?
Gumley ve ark. (2006)	?	24-36 seans	Haftada 2-3	1	?
Haddock ve ark. (2009)	?	25 seans	Haftada 1	?	?
Halperin ve ark. (2000)	2 saat	8 seans	Haftada 1	?	7
Lysaker ve ark. (2009)	1 saat	26 seans	Haftada 1	1-2	10
Kemp ve ark. (1996)	20-60 dk	4- 6 seans	Haftada 2	2	?
Kingssep ve ark. (2003)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	?
Malik ve ark. (2009)	?	6 seans	?	?	?
Mann ve Chong (2004)	?	6 seans	Haftada 1	?	5
Moritz ve ark. (2011)	45-60dk.	8 seans	Haftada 1	?	6-9
Mortan ve ark. (2011)	90 dk.	9-10 seans	Haftada 2	2	4-5
Penn ve ark. (2009)	1 saat	12 seans	Haftada 1	2	4-7
Perlman ve Hubbard (2000)	1 saat	23 seans	Haftada 1-2	2	9
Pinkham ve ark. (2004)	1 saat	7 seans	Haftada 1	?	11
Rathod ve ark. (2005)	?	5 ay	?	?	?
Shelley ve ark. (2001)	?	27-90 seans	Haftada 3-5	?	?
Tarrier ve ark. (1993a)	?	10 seans	Haftada 2	1	5
Tarrier ve ark. (1993b)	?	10 seans	Haftada 2	1	9-12
Tarrier ve ark. (1998)	1 saat	20 seans	Haftada 2	1	?
Tarrier ve Wittkowski (1999)	1 saat	?	?	1	?
Tarrier ve ark. (2000)	1 saat	20 seans	Haftada 2	1	?
Tarrier ve ark. (2001)	1 saat	20 seans	Haftada 2	3	?
Thomas ve ark. (2011)	1 saat	max.24 seans	Haftada 1	1	?
Trower ve ark. (2004)	?	13 seans	?	1	?
Valencia ve ark. (2007)	max. 75dk	max.48seans	Haftada 1	2	8
Wykes ve ark. (1999)	1 saat	6 seans	Haftada 1	3	7
Wykes ve ark. (2005)	1 saat	7 seans	Haftada 1	?	?
Yung ve ark.(2011)	50-60 dk.	48 seans	Haftada 1	2	?

?: Belirtilmiyor

arkadaşları (1993b) iki yaklaşımın hastaların problem çözme becerilerini artırmada benzer etkinliğe sahip olduğunu, buna karşılık baş etme becerilerini artırmada ise baş etme tekniği içeren BDGT'nin daha etkili olduğunu bildirmiştir. Tarrier ve arkadaşları (1993a) psikiyatrik belirti ve sosyal işlevsellik alanında bu iki yaklaşımın benzer etkinliğe sahip olduğunu

bildirmiştir. Bradshaw (1993) ise, problem çözme eğitimi (PÇE) bilişsel yeniden yapılandırma, psikoegitim gibi teknikleri içeren bir BDGT ile karşılaştırmış, amaca ulaşmada problem çözme eğitimi içermeyen BDGT lehine; 1 yıl boyunca hastaneye yatış açısından ise PÇE içeren BDGT lehine anlamlı sonuçlar bildirmiştir.

*Belirtilere Göre Değişim:* Gözden geçirilen çalışmalarda uygulanan bilişsel davranışçı grup terapileri farklı alanlara odaklandığından sonuçlar da çok geniş bir aralıkta incelenebilir.

**Pozitif Belirtiler:** Bu çalışmaların bir kısmında (8 makale), BDGT ve alternatif tedavinin varsanıların, sanrıların sıklığı ve şiddeti, işitsel varsanıların yarattığı sıkıntı düzeyi, varsanılara harcanan süre ve genel olarak pozitif belirtileri azaltmada eşit düzeyde etkili olduğu bulunurken (örn. Andres ve ark. 2000, 2003, Barrowclough ve ark. 2006); çoğu çalışmada ise (26 makale) BDGT'nin alternatif tedaviye göre daha etkili olduğu görülmüştür (örn. Halperin ve ark. 2000, Mann ve Chong 2004, Tarrrier ve ark. 2000, 2001).

**İçgörü:** Rahatsızlığa ilişkin içgörüyü artırmayı hedefleyen az sayıda (5) çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan yalnızca ikisi iki tedavi grubunun da aynı oranda etkili olduğunu bildirirken (Drury ve ark. 2000, Rathod ve ark. 2005), üç çalışma BDGT'nin karşılaştırma grubuna göre daha etkili olduğunu göstermektedir (Andres ve ark. 2003, Kemp ve ark. 1996, Wykes ve ark. 1999).

**Negatif Belirtiler:** Çalışmaların altısı her iki tedavi grubunun da negatif belirtileri azaltmadaki etkinliğinin benzer olduğunu bildirmiş (örn. Bechdolf ve ark. 2004, Drury ve ark. 1996); buna karşılık 9 çalışma BDGT'nin alternatif tedaviye göre daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (örn. Eckman ve ark. 1992, Shelley ve ark. 2001).

**Eşlik Eden Sorunlar:** Gözden geçirilen çalışmaların bir kısmında depresyon, anksiyete, umutsuzluk, düşük benlik saygısı gibi eşlik eden sorunlar ve tedavilerin bu sorunlar üzerindeki etkisi de değerlendirilmiştir. Bu çalışmaların birkaçı her iki tedavi grubunun da psikotik bozukluğa eşlik eden belirtileri azaltmada benzer şekilde etkili olduğunu gösterirken, (örn. Barrowclough ve ark. 2006) bir kısmı da BDT grubunun karşılaştırma grubuna göre daha etkili olduğunu bildirmiştir (örn. Kingsep ve ark. 2003, Gumley ve ark. 2006).

**İzlem Değerlendirmeleri:** İzlem değerlendirmesinin alındığı çalışmaların pek azında (4 makale), izlemde BDT grubundaki değişimin korunmadığı ya da anlamlı ilerleme olmadığı ifade edilmiştir (Barrowclough ve ark. 2006, Bechdolf ve ark. 2004, 2010, Drury ve ark. 1996). İzlem verisi alan diğer tüm çalışmalarda (28 makale) BDT grubundaki değişimin korunmuş ya da tedavinin olumlu etkilerinin sürdüğü bildirilmiştir (örn. Tarrrier ve ark. 2000, Trower ve ark. 2004).

## SONUÇ

Bu gözden geçirme çalışmasında, 1980-2011 (temmuz) yılları arasında yayınlanan ampirik araştırma makaleleri gözden geçirilmiştir. Ancak bulunan en eski makaleler 1993 yılına aittir (Tarrrier ve ark. 1993a, Tarrrier ve ark. 1993b). Taranan 42 makalenin 10 tanesi (1/4) 90'lı yıllara ait, diğerleri 2000'li

yıllara aittir ve 80'li yıllarda konuyla ilgili çalışma bulunamamıştır. Başka bir deyişle psikotik bozukluklarda BDGT çalışmalarının yakın zamanın ürünü olduğu ve son yıllarda artış gösterdiği söylenebilir. Şizofrenide bilişsel davranışçı grup terapi uygulamalarının ülkemizde de çok yaygın olmadığı bilinmektedir. Gözden geçirme sonucunda ulaşılan 42 makale incelendiğinde, yalnızca birinin ülkemizde yürütülmüş olduğu ve bu çalışmanın da son yıllarda gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır (Mortan ve ark. 2011).

Aslında Beck'in bir şizofreni hastasındaki başarılı bilişsel terapi uygulamasının üzerinden uzun yıllar geçmesine rağmen, bu yaklaşımın şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda yaygın olarak kullanılmayışının bazı nedenlerinin olduğu düşünülmektedir. Bunlardan birisi, daha önce uygulanan geleneksel terapiler psikotik bozukluklarda pek işe yaramadığı için, genel olarak psikoterapilerin psikotik bozukluklarda işe yaramayacağı ve psikoterapilerin daha hafif bozukluklar için etkili bir tedavi yöntemi olduğu şeklinde bir görüşün gelişmiş olması olabilir. Ayrıca şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların biyolojik kaynaklı olmaları nedeniyle, sadece ilaçlarla tedavi edilebileceği görüşünün yerleşmiş olması da, BDT'nin uzun yıllar bu hasta grubunda kullanılmamasının bir nedeni sayılabilir (Aker 2003, Aker ve Sungur 2001). Ek olarak sadece BDT'nin değil, genel olarak psikososyal tedavilerin ilaç tedavisine oranla çok daha zaman alıcı olmaları, özellikle ülkemizde olduğu gibi klinisyenin hasta yükünün fazla olduğu yerlerde bu tip uygulamaların tercih edilmemesine neden olmaktadır.

Çalışmalar, standart tedaviye ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı grup terapilerinin, hastalığa ilişkin içgörüyü ve bozukluğun negatif ve pozitif belirtilerini azaltmada standart tedaviden daha etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca BDGT'nin bozukluğa eşlik eden anksiyete, umutsuzluk, depresyon gibi sorunları azaltmada etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bunlara ek olarak bazı çalışmalarda BDGT'nin ilaç kullanma motivasyonunun ve ilaca uyumun artması konusunda da katkısının olduğu ortaya konmuştur (örn. Bechdolf ve ark. 2004, Mortan ve ark. 2011). İzlem değerlendirmeleri, elde edilen kazanımların tedavi bittikten sonra da korunduğunu göstermiş, hatta bazı çalışmalar BDGT'nin daha sonraki dönemlerde hastaneye yatış sayısı ve hastanede kalma süresinin azalmasını sağladığını bildirmiştir (örn. Bradshaw 1993, Valencia ve ark. 2007). Bu sonuçlar, standart tedaviye eklenen BDGT'nin psikotik hastalardaki pek çok belirtiyi azaltmada sadece standart ilaç tedavisinden daha üstün olduğunu göstermektedir. O halde psikotik hastalar için antipsikotik ilaç tedavisinin vazgeçilmez ama tek başına yetersiz bir yöntem olduğu söylenebilir. Bilişsel davranışçı terapilerin psikotik hastaların tedavisinde rutin uygulamanın içine sokulmasının önemli kazanımlar sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak ülkemizde BDT'yi uygulayacak yeterlikte klinisyenin azlığı bu tedavinin rutin uygulamaya geçmesini zorlaştıran etkenlerden biridir.

Bu makalede gözden geçirilen çalışmalarda olduğu gibi, terapinin grup olarak uygulanması rutinde uygulanabilirliğini artırır. Ancak, BDT uygulayabilecek yeterli sayıda terapistin yetişmesine ihtiyaç vardır.

Standart tedaviye eklenen destekleyici tedavi ile BDGT'yi karşılaştıran çalışmaların birçoğunun BDGT'nin destekleyici tedaviye üstünlüklerini ortaya koyduğu ama bazı ölçümlerde iki yaklaşımın benzer etkinliğe sahip olduğunu bildirdiği görülmektedir. Tarrier ve arkadaşlarının (1993a, 1993b, 1999, 2000, 2001) yaptığı çalışmalar ise, standart tedaviye eklenen destekleyici tedavinin de sadece standart tedaviden üstünlükleri olduğunu göstermektedir. Bu bulgular şizofreni gibi psikotik hastalıklarda sadece BDT'nin değil genel olarak psikososyal tedavilerin önemini göstermektedir. Pratikte tüm psikotik hastalarla çalışacak yeterince terapist bulmak kolay olmayabilir. Ancak en azından uygulayıcı için yoğun bir eğitim gerektirmeyen ve daha kolay uygulanabilir olan destekleyici tedavilerin, standart ilaç tedavisine ek olarak rutin uygulamanın içine sokulması önemli kazanımlar sağlayacak gibi görünmektedir.

Gözden geçirilen çalışmalarda bilişsel davranışçı terapi olarak isimlendirilen terapilerde kullanılan teknikler geniş bir aralığa sahip olduğundan, aslında tek bir BDGT'den söz edilememektedir. Bu durumda hangi teknikleri içeren terapilerin daha etkili olduğu sorusu gündeme gelmektedir. Ancak bu makalede gözden geçirilen çalışmaların çok az bir kısmı farklı teknikleri içeren BDGT programlarını karşılaştırdığı, bunlar da hem birbirlerinden farklı teknikleri karşılaştırdıkları hem de farklı ölçümlere odaklandıkları için, tutarlı bir bilgiye ulaşmak mümkün olmamıştır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda hangi tekniklerin hangi belirtilerde daha etkili olduğunu belirlemeye yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir. Buradan elde edilecek bilgi terapilere pratiklik kazandırabilir.

Bu gözden geçirmede etkili bulunan terapiler birbirlerinden farklı uzunluklara sahiptir. Örneğin 6-8 seanslık nispeten kısa terapilerin de standart tedaviden üstün olduğunu gösteren sonuçlar vardır. Ayrıca Pinkham ve arkadaşları (2004) aynı teknikleri kullanan farklı uzunluklardaki terapileri karşılaştırdıklarında, 7 seanslık bir program ile 20 seanslık bir programın seslerin yarattığı stres ve seslere inanç gibi değişkenler açısından

benzer etkililiğe sahip olduğunu bulmuşlardır. Bu sonuçlar kısa süreli BDGT'nin de oldukça etkili olabileceği ve böylece rutin uygulamaya konulabileceği fikrini doğrulamaktadır. Ancak bu bulgulardan yola çıkarak kesin bir şey söylemek mümkün değildir. Benzer şekilde terapilerdeki grup üye sayısının ya da gruba liderlik eden terapist sayısının, terapinin etkililiğinde bir fark yaratıp yaratmadığı bilinmemektedir. Bundan sonraki çalışmalarda hem hastalar için etkili olacak, hem de zaman açısından ekonomi sağlayacak ideal terapi süresi, grup büyüklüğü vb. gibi terapi bileşenlerini belirlemeye yönelik araştırmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca çalışmalara katılan hastalar birbirinden farklı demografik ve klinik özelliklere sahiptir. Terapinin etkililiği hastaya ait bu değişkenlerden de etkileniyor olabilir. Ancak henüz hangi grup hastanın BDGT'den daha fazla yarar sağladığı ile ilgili bir bilgiye sahip değiliz. Bu nedenle terapiden yararlanma düzeyini öngören değişkenleri belirlemeye yönelik çalışmalara da ihtiyaç vardır.

Çalışmaların çoğunluğunda pozitif belirtileri azaltmak hedeflenmiş ve eşlik eden sorunlar, içgörü gibi faktörler daha geri planda tutulmuştur. Oysaki anksiyete, depresyon, umutsuzluk gibi belirtilerin varlığı ve sınırların başlaması ve sürmesi ile ilişkili olduğu ve bu sorunların azaltılmasının pozitif belirtileri azaltmada da yararlı olduğu bilinmektedir (Kingdon ve Turkington, 1994, Smith ve ark. 2006). Ayrıca uygulanan tedavinin içgörü üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinin de gerekli olduğu dikkate alınmalıdır. Bundan sonraki çalışmalarda bu faktörlerin daha fazla üzerinde durulmasının yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, hala üzerinde çalışılması gereken pek çok araştırma sorusu olmasına rağmen, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi psikotik bozuklukların tedavisinde standart tedaviye eklenen BDGT'nin etkili bir yöntem olduğunu gösteren pek çok kanıt vardır. Eğitimden geçmiş kişiler tarafından uygulanmasının gerekmesi, terapilerin ilaç tedavisine oranla çok daha zaman alıcı olması gibi zorluklar nedeniyle yöntem ilk bakışta ekonomik görünmese de, BDGT'nin hastaneye yatışları ve yatış süresini azalttığına ilişkin kanıtlar yine de hastayla geçirilen zaman açısından ekonomiye işaret etmektedir. Ayrıca kısa süreli müdahalelerin de olumlu sonuçlar vermesi yöntemin rutinde uygulanabilirliğini artırmaktadır.

## KAYNAKLAR

- Aker T, Sungur MZ (2001) Şizofrenide psikososyal tedaviler-V: Şizofrenide bireysel ve davranışçı terapi yöntemleri. PAREM, İstanbul.
- Aker T (2003) Şizofrenide pozitif belirtiler ve bilişsel davranışçı tedavileri. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 11 (ek 2): 59-66.
- 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: 318-22.
- 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: 527-32.
- 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: 21-8.
- Bechdolf A, Knost B, Nelson B (2010) Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: Effects on subjective quality of life. Aust N Z J Psychiatry, 44: 144-50.
- Beck A, 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. *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*, AP Morrison (Ed), New York. Taylor & Francis Inc., s. 3-15.
- Borras L, Boucherie M, Mohr S ve ark. (2009) Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur Psychiatry*, 24: 307-16.
- Bradshaw WH (1993) Coping skills training versus a problem solving approach with schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 44 (11): 1102-4.
- Combs DR, Scott DA, Penn DL ve ark. (2007) Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: Preliminary findings. *Schizophr Res*, 91: 112-6.
- Dannahy L, Hayward M, Strauss C ve ark. (2011) Group person-based cognitive therapy for distressing voices: Pilot data from nine groups. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42: 111-6.
- Drury V, Birchwood M, Cochrane R ve ark. (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *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. *Br J Psychiatry*, 177: 8-14.
- Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR ve ark. (1992) Technique for training schizophrenic patients in illness self-management a controlled trial. *Am J Psychiatry*, 149 (11): 1549-55.
- Favrod J, Maire A, Bardy S ve ark. (2010) Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 67( 2): 401-7.
- Fowler D, Garety P, Kuipers E (1995) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practise*. England, John Wiley & Sons Ltd.
- Gledhill A, Lobban F, Sellwood W (1998) Group CBT for people with schizophrenia: a preliminary evaluation. *Behav Cogn Psychother*, 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: 247-60.
- Haddock G, Barrowclough C, Shaw J ve ark. (2009) Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*; 194: 152-7.
- 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: 809-13.
- Kemp R, Hayward P, Applewhaite G ve ark. (1996) Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *Br Med J*, 312: 345-9.
- Kingdon DG, Turkington D (1994) *Cognitive Behavioral Therapy of Schizophrenia*. New York, The Guilford Press.
- Kingsep P, Nathan P, Castle D (2003) Cognitive-behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res*, 63: 121- 9.
- Kuipers E, Garety P, Fowler D ve ark. (2006) Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bull*, 32: 24-31.
- Kültür S, Mete L (1997) *Şizofreni. Psikiyatri Temel El Kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed.), Ankara. Hekimler Yayın Birliği, s. 321-55.
- Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H (2006) Group cognitive behavioral therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13: 673-81.
- Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ ve ark. (2009) Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 107:186-91.
- Malik N, Kingdon D, Pelton J ve ark. (2009) Effectiveness of brief cognitive behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: Relapse and recovery at 24 months. *J Clin Psychiatry*, 70 (2): 201-7.
- 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.
- Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R ve ark. (2011) Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behav Res Ther*, 49: 151-7.
- Mortan O, Tekinsav-Sütcü S, German-Köse G (2011) İşitsel halüsinasyonlarla baş etmeye yönelik bilişsel-davranışçı bir grup tedavisi programının etkililiği: Bir pilot çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 22 :26-34.
- Özmenler KN, Battal S (1998) Şizofreni tarihçesi. *Şizofreni Dizisi*, 1 (1): 5-16.
- Penn DL, Meyer PS, Evans E ve ark. (2009) A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophr Res*, 109: 52-9.
- Perlman LM, Hubbard BA (2000) A self-control skills group for persistent auditory hallucinations. *Cogn Behav Pract*, 7: 17-21.
- Pinkham AE, Gloege AT, Flanagan S ve ark. (2004) Group cognitive behavioral therapy for auditory hallucinations: a pilot study. *Cogn Behav Pract*, 11: 93-8.
- 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: 211-9.
- Shelly AM, Battaglia J, Lucey J ve ark. (2001) Symptom-specific group therapy for inpatients with schizophrenia. *The Einstein Journal of Biology and Medicine*, 18: 21-8.
- Smith B, Fowler DG, Freeman D ve ark. (2006). Emotion and psychosis: Direct links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res*, 86(1): 181-8.
- Soygür H (1999) Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3: 83-90.
- Tarrier N, Beckett R, Harwood S ve ark. (1993a) A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. outcome. *Br J Psychiatry*, 162: 524-32.
- Tarrier N, Sharpe L, Beckett R ve ark. (1993b) A trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. treatment specific changes in coping and problem-solving skills. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 28 (1): 5-10.
- Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C ve ark. (1998) Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *Br Med J*, 317: 303-7.
- Tarrier N, Wittkowski A (1999) Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment. *Br J Psychiatry*, 174: 500-4.
- 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): 917-22.
- Tarrier N, Kinney C, McCarthy E ve ark. (2001) Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behav Cogn Psychother*, 29: 45-55.
- Thomas N, Rossel S, Farhall J ve ark. (2011) Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations: Effectiveness and predictors of outcome in a specialist clinic. *Behav Cogn Psychother*, 39: 129-38.
- Trower P, Birchwood M, Meaden A ve ark. (2004) Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 184: 312-20.
- Valencia M, Rascon ML, Juarez F ve ark. (2007) A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychol Med*, 37: 1393-402.
- Wykes T, Parr A, Landau S (1999) Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *Psychol Med*, 175: 180-5.
- Wykes T, Hayward P, Thomas N ve ark. (2005) What are the effects of group cognitive behavioral therapy for voices? A randomised controlled trial. *Schizophr Res*, 77: 201-10.
- Yung AR, Phillips LJ, Nelson B ve ark. (2011) Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6 month analysis. *J Clin Psychiatry*, 72, 4: 430-40.