

Academy
of Cognitive
and Behavioral
Therapies

EABCT

Bilişsel Davranışçı Terapiler Okulu
Kökler ve Dallar



Şizofrenide Psikososyal Müdahaleler: BDT Uygulamaları

1-3 Ekim 2026
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kongre Merkezi
https://bdtokulu.com.tr

Dr. Kadir ÖZDEL

Ankara

Şizofreni

- Tanımı itibariyle bir sendrom
- Sendromla ilişkili
- Belirtilerin a
- 50'li yıllardan itiba edavileri ön planda olmuştur
  - Klorpromazin 1951'de sentezlendi
  - Genel anestezi güçlendirici olarak 1952'de piyasaya sürüldü



İyi durumda olanlar iyi mi?

- Araştırmalar psikotik bir bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %60'nın geçen ay içinde sanrı/varsanı yaşadığını gösteriyor (Jablensky ve ark. 1999)
- Negatif belirtiler için ilaç tedavilerinin vaat ettikleri daha da umut kırıcı (Keefe ve ark. 1999, Opler 1999)

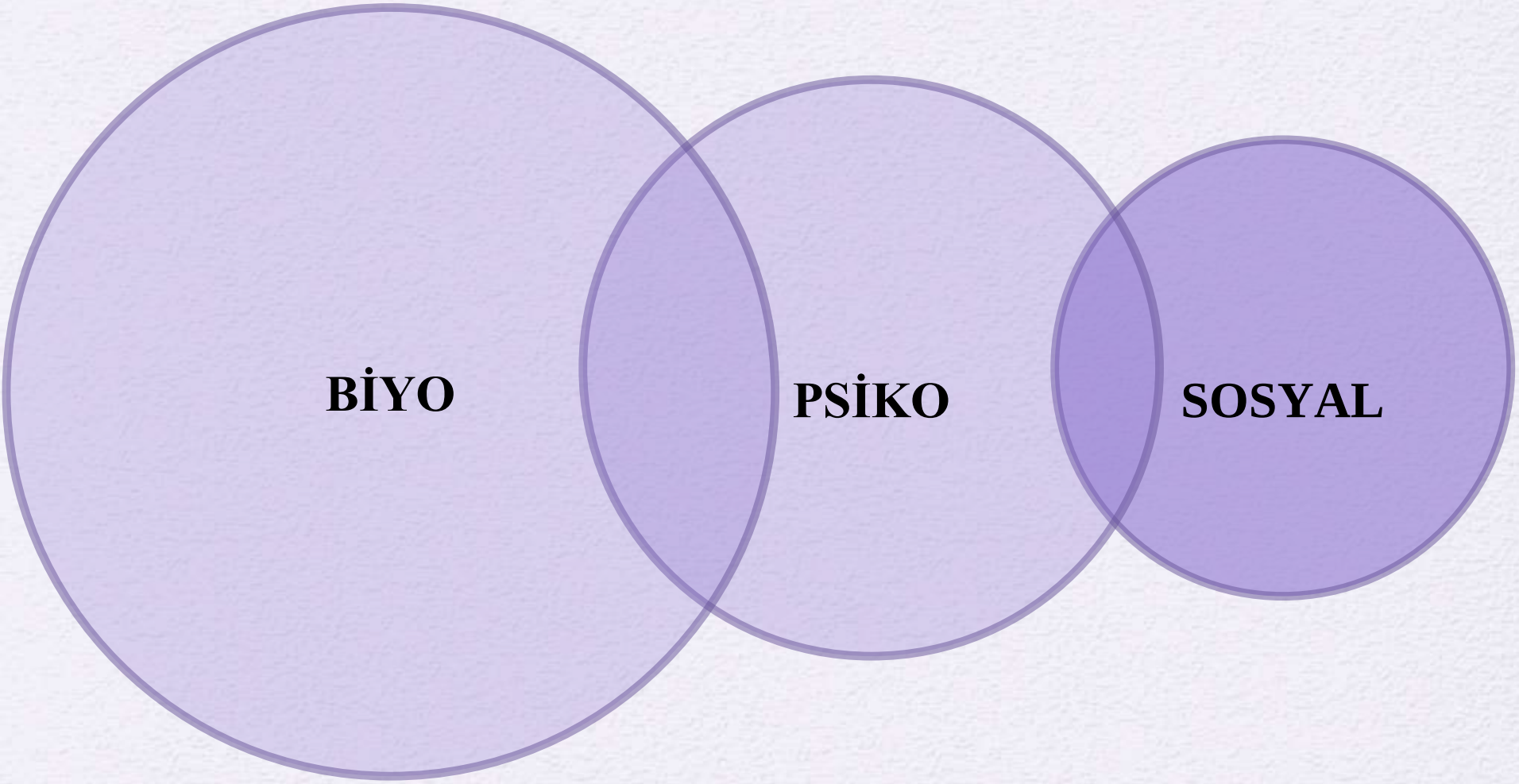
Psikoz sadece psikoz mudur?

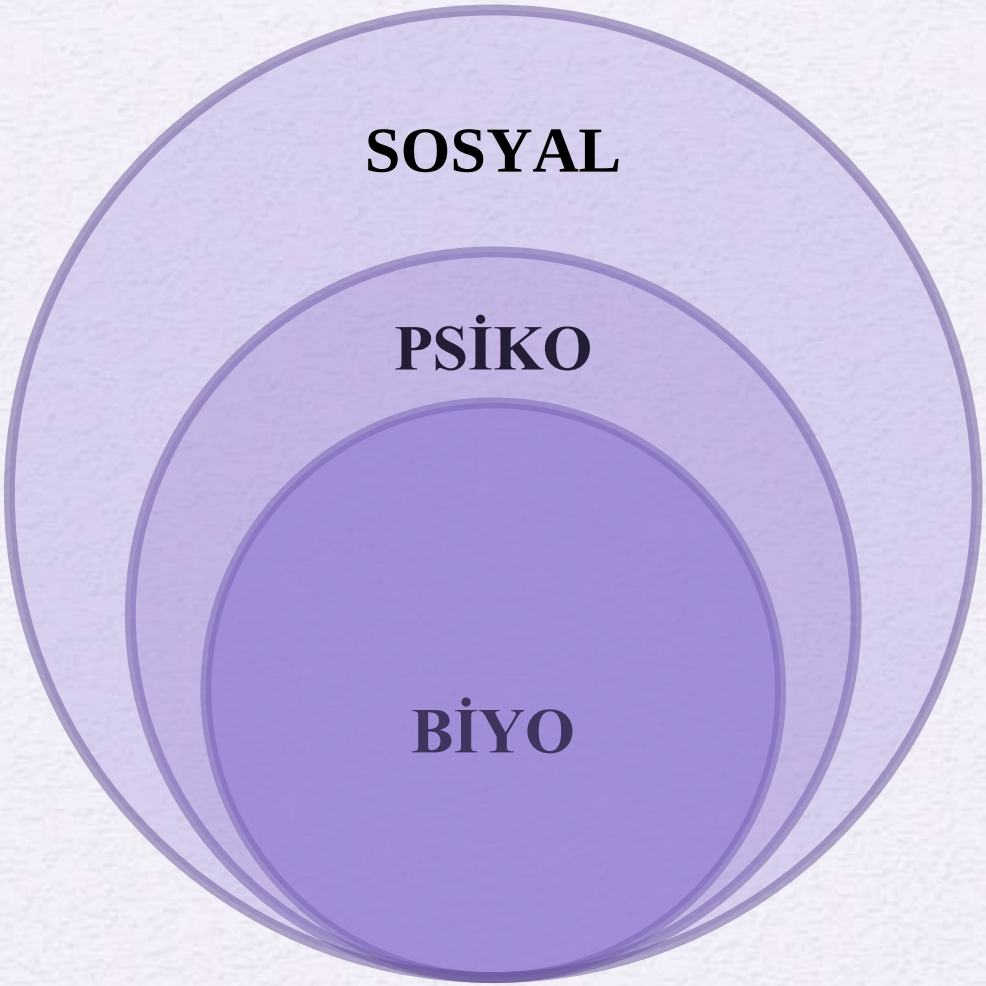
- Artmış depresyon ve anksiyete bozukluğu eş-hastalanma (Buckley ve ark. 2009)
- Sosyal engellilikte artış (yalnızca belirtilerle ilgili değil)

Nitelikli tedavide ne eksik?

- Psikososyal tedaviler
  - Psiko-eğitim müdahaleleri
  - Beceri geliştirme eğitimleri
  - Sosyal biliş
  - Bilişsel rehabilitasyon

Bilişsel Davranışçı Teknikler


BİYO
PSİKO
SOSYAL


SOSYAL
PSİKO
BİYO

BDT'nin Psikotik Bozukluklardaki yeri

- Psikotik belirtilerin tedavisinde BDT'nin macerası başlıyor
- 1952 yılında Beck'in bir kronik şizofreni hastasının sanrısıyla çalışması

Etkililik çalışmaları

- Tarrier ve ark (1998) kısa süreli yoğun BDT'nin devam eden psikotik belirtileri üzerinde tek başına rutin tedaviye göre üstün
- Sensky ve ark. (2000) hem BDT hem de özgül olmayan destekleyici tedavi etkin ancak 9 ay sonra BDT'nin etkileri kalıcı
- Jones ve ark. (2012) BDT'nin yeniden yatış ve yineleme açısından diğer çalışmalardan üstün bir etkinliğinin olmadığını öne sürdü

Etkililik çalışmaları

- Başka çalışmalar etkinin olduğunu ancak küçük olduğunu ileri sürdü (Jauhar ve ark. 2014)
- Ancak genel işlevsellik ve ikincil sorunlarla (depresyon, sosyal anksiyete gibi)ilgili etkiler daha tutarlıdır ve etki büyüklüğü daha fazladır (Hofmann ve ark. 2012)
- Çok yüksek riskli grupta kişilerin psikoza ilerlemesini önlemede anlamlı ektileri gözlenmiştir (Gaag ve ark. 2012)

Şizofreninin BDT'si

- Şizofreni'nin bilişsel davranışçı terapisi temel olarak zorlanma & duyarlılık modelini kabul eder (EPPIC 1997)
- Ve sendroma değil belirtilere odaklanır

Diğer tedavilerle ilişkisi

- Lim ve Nathan'ın (2001) Bipolar Bozukluk için geliştirdiği modele benzer
- Önceliği:
  - Kendi kendini idare edebilmek
  - Atakları önlemek

Hasta grubunun genel özellikleri

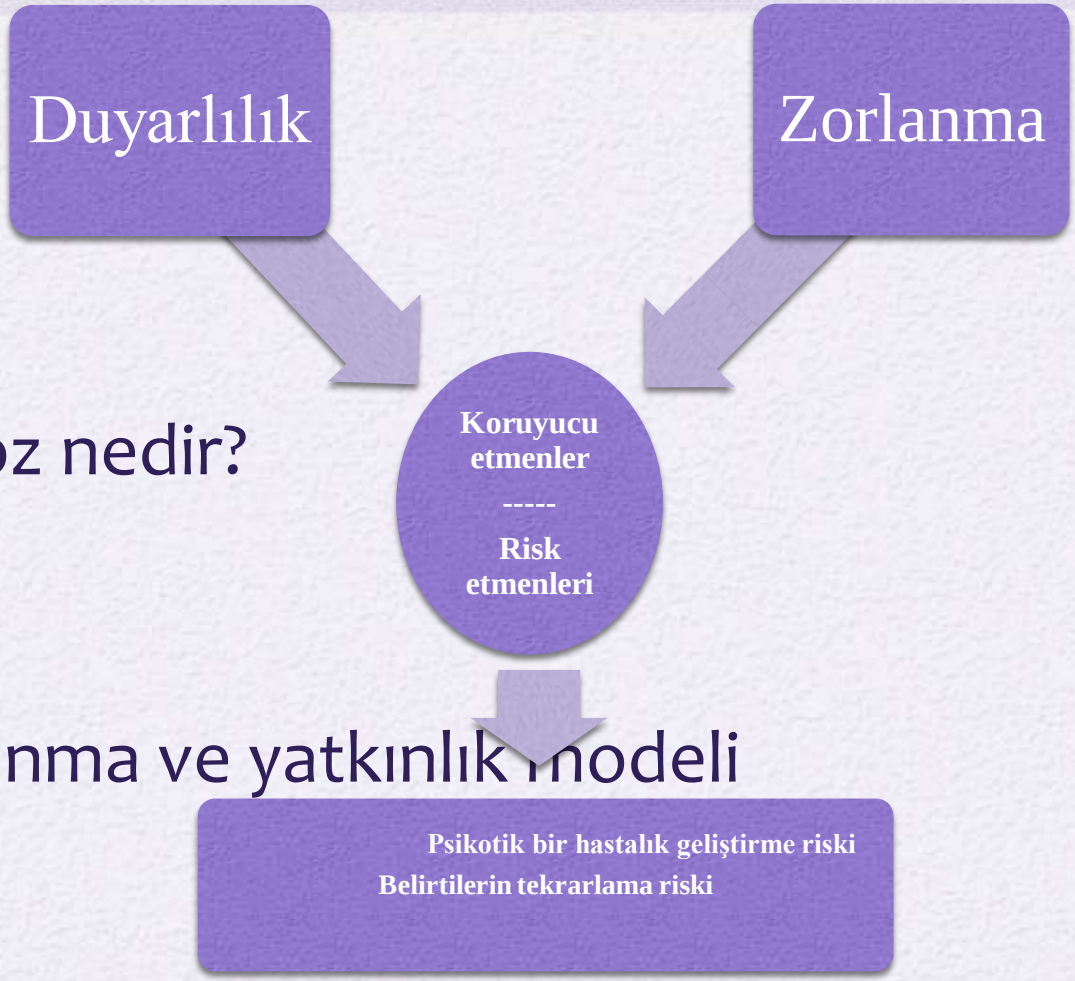
- Şizofreni hastaları çoğunlukla kendi belirtileri için doğrudan yardım talep eden bir grup değildir
  - İç görü
  - Motivasyon (ambivalans)
- Olumsuz tedavi yaşantıları vardır
  - Zorla yatış
  - Kapalı servisler
  - Belirtilerini söylediğinde cezalandırılma yaşantısı

Tedavi hedefleri

- Psikotik yaşantılarla ilgili iç-görüyü arttırmak
- Kalıntı belirtilerle başa çıkma becerisini geliştirmek
- İşitsel varsanılarla ilişkili zorlanmayı azaltmak
- Sanrı ve ADVD' lere olan inancı azaltmak
- Kazanımların sürdürülmesi yinelemenin önlenmesi

Psikoeğitim

- Psikoz nedir?



- Zorlanma ve yatkınlık modeli

Psiko-eğitim

- Normalleştirilmesi ve felaket algısının giderilmesi sağaltıcıdır (Turkington ve Kingdon 1996)
- Kişilerin kendi belirtilerini ve hangi ortamda ortaya çıktıklarını anlamaları fırsatını sağlar (Fowler ve ark. 1995)
- Kişinin belirtileriyle ilgili anlayışını daha yakından görmeyi sağlar. Bu da bilişsel formülasyonun oluşturulmasında önemli olacaktır

BDT müdahaleleri

BT [Sanrılar]

- Özellikle sanrıların bilişsel değerlendirmesi birçok hasta için sıkıntı verir
- İyi bir tedavi iş birliği
- Basamaklı bir karşı çıkış

Sanrının içeriğinin doğruluğunu sorgulama



Sanrının etkisinin değişebilirliğini sorgulama

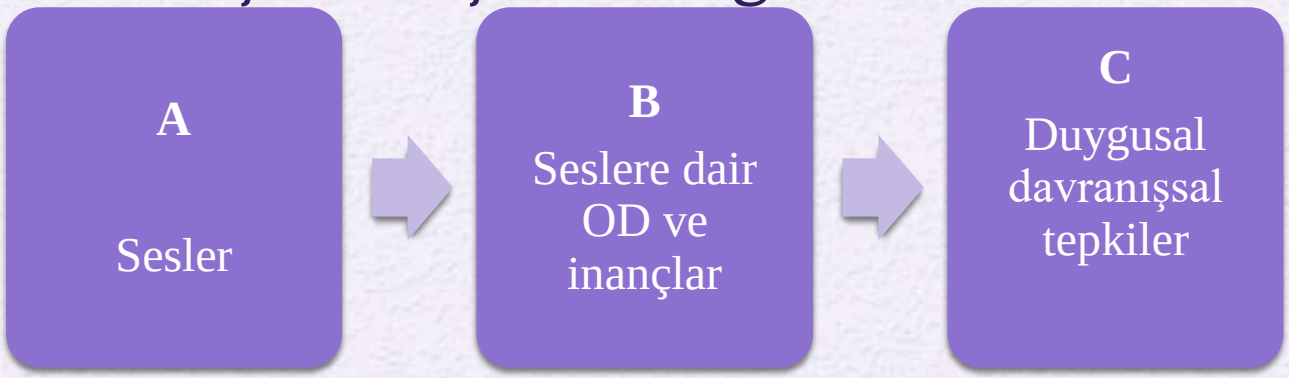


Sanrılarda BT

- Otomatik (anlık) düşüncelerle çalışmaya göre daha çok şemalarla çalışmaya benzer
- Netleştirilmeleri için daha çok zaman ve çaba gerekir
- Değişim yavaş olur
- Yaşantısal öğrenme gereklidir

Seslerde BT

- Sesler tetikleyici olarak görülür
- Hastanın stresinin önemli bir kısmının seslere dair inançlarla ilişkili olduğu öne sürülür



Seslerin etkisi

- Seslere verilen anlam zorlanmada belirleyicidir
  - Gücü
  - Kimliği
  - Niyeti

(Chadwick ve Birkchwood 1994, 1995)

Seslerle ilgili bilişler

- Bu ses beni bitirecek!
- Bu ses bana yardım etmeye çalışıyor!
- Sesler karşısında çaresizim!
- Bu ses şeytani bir şey!
- Bu ses benim kötü şeyler yapmamı istiyor!
- Sesin dediğini yapmazsam beni hasta edecek!

Ne oldu?	Ne hissettim? Ne yaptım?	Ne düşünüyordum?
Ses diyordu ki. . . . . *Bıçağı al ona sapla !*	*Korktum* *Sıkıntı hissettim* *Bunaltım oldu* *Kafam karıştı* *Çöktüm* *Evin içinde dolaştım*	*Onun dediğini yapabilirim* *Bu seslerin olmaması lazım* *Allah tarafından cezalandırılıyorum* *Bu ses şeytani bir ses* *Bu sese direnemem*

Seslerin söylediğini analiz etme



Seslere verilen değeri ve anlamı analiz etme



Beceri geliştirme eğitimi

- Şizofrenide sosyal becerilerdeki eksiklik uzun zamandır biliniyor (Green 1996)
- Ayrıca depresyonun yaratacağı bilişsel ek sorunlar da sosyal beceri üzerinde olumsuz etki yapacaktır
- Sosyal anksiyete özellikle kişiler arası etkileşimi olumsuz etkiler

NÖRO PSİKİYATRİ ARŞİVİ
ARCHIVES OF NEUROPSYCHIATRY

DERLEME

Arch Neuropsychiatry 2021;58:(Ek 1): 61–65
https://doi.org/10.29399/npa.27418

Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia

Ayşegül KART[1], Kadir ÖZDEL[2], Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR[3]

[1]Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
[3]Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZ

Şizofreni pozitif ve negatif psikotik belirtilerden oluşan, davranışlar, duygulanım ve bilişsel işlevlerin etkilendiği çoğul etkenli bir rahatsızlıktır. Antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinde ilk tercih olarak kullanılmaktadır fakat ilaç tedavisine uyum düşüktür. Tedavi uyumu olsa dahi kalıntı belirtiler ve tedaviye direnç görülebilmektedir. Bu nedenlerle güncel şizofreni tedavi kılavuzları antipsikotik tedaviye ek olarak Bilişsel Davranışçı Terapi'yi (BDT) önermektedir. BDT'nin özellikle pozitif belirtilerde etkin olduğu bilinmektedir. Bu yazıda şizofreni tedavisinde BDT uygulamaları ve etkinliğinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bilişsel, davranışçı, psikoterapi

ABSTRACT

Schizophrenia is a heterogeneous disorder that affects behavioral, affective, and cognitive domains and consists of positive and negative psychotic symptoms. Antipsychotic therapy is the first-line treatment for schizophrenia. However, treatment adherence levels are low. Even if there is good treatment compliance, residual symptoms and treatment resistance can be seen. As a result, recent schizophrenia treatment guidelines suggest Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as adjunctive to antipsychotic therapy. CBT is known effective, especially on positive symptoms. This paper aims to review CBT practices and their effectiveness in schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, cognitive, behavioral, psychotherapy

Cite this article as: Kart A, Özdel K, Türkçapar H. Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Terapi. Arch Neuropsychiatry 2021; 58:(Ek 1):61-65.

GİRİŞ

Şizofreni, kronik veya yineleyici psikoz ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Genel olarak şizofreni belirtileri pozitif (sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve konuşma) ve negatif (duygulanımda düzleşme, aloji, motivasyon kaybı, içe çekilme vb.) belirti ve bulgular olmak üzere iki ana grupta değerlendirilmektedir. Şizofrenide davranışlar, duygular ve bilişsel işlevler gibi birçok alanda olumsuz değişiklikler ve belirtiler ortaya çıktığı bilinmektedir (1).

Şizofreni tedavisinde ilk tercih antipsikotik ilaçlardır. Antipsikotik ilaç kullanan hastaların ilk 18 aylık süreçte sadece yaklaşık %30'unun tedaviden memnun oldukları, kalan hastaların ise bu süreçte tedavilerini ya kestikleri ya da değiştirdikleri gösterilmiştir (2). Tedavi uyumu olan hastalarda %50'ye varan oranda devam eden pozitif veya negatif belirtilerin olduğu, tedaviye direncin ise %20–30 oranında görüldüğü bildirilmiştir (3). Antipsikotik ilaçların pozitif belirtiler üzerinde etkinlikleri iyi bilinmekle birlikte, özellikle negatif ve bilişsel belirtiler gibi geri planda kalan fakat hastaların genel işlevselliği üzerinde oldukça belirleyici olan alanlarda etkinlikleri halen tartışmalıdır (4). Antipsikotik ilaç yan etkileri de hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedavi uyumunu bozmaktadır. Bu nedenlerle güncel şizofreni tedavisi antipsikotik ilaç tedavisine ek olarak psikoterapötik yaklaşımları da içermektedir. Psikoterapötik yaklaşımları ise genel olarak bireysel (destekleyici, sosyal beceri terapileri, vb.), grup ve bilişsel-davranışçı olarak ayırabiliriz (1).

Psikotik bozukluklar için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDTp) uygulamaları 1980'li yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu tarihten önce şizofreni sadece tıbbi bir hastalık olarak ele alınmakta ve psikolojik etmenler yok sayılmaktaydı (5). 'Zorlanma-yatkınlık' modelinin ortaya çıkması ile birlikte şizofreninin sadece biyolojik kökenli bir rahatsızlık olmadığı, biyolojik etmenler ile psikososyal etmenlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı öne sürülmüştür. Yatkınlık biyolojik kökenli (örn. genetik), doğuştan gelen psikolojik özellikler veya intrauterin/erken gelişme evrelerindeki sosyal koşullar nedeniyle olabilir. Zorlanma ise yine biyolojik (örn. enfeksiyon), psikolojik veya sosyal olabilir (6). 'Zorlanma-yatkınlık' modelini takip eden süreçte 'psikotik sendrom' yerine 'psikotik belirtiler' e odaklanma benimsenmiş (7) ve BDTp modelleri oluşturulmuştur (8) (Şekil 1).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN KANIT DÜZEYİ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda BDTp, pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel işlevsellik, prodromal evre, psikoz gelişimi için riskli bireyler ve eşlik eden depresyon, anksiyete, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda kullanılmıştır (9–11). Yapılan meta-analizlerde BDTp'nin düşük-orta düzeyde etkinliğinin olduğu gösterilmiştir. Pozitif psikotik belirtiler için BDT'in etki büyüklüğü bir meta-analizde standart tedavi almakta olan grupla karşılaştırıldığında 0,31 olarak saptanmış (12), başka bir meta-analizde ise 0,37 olarak

Yazışma Adresi: Ayşegül Kart, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye • **E-posta:** aysegulkart@hotmail.com
Geliş Tarihi: 08.09.2020, **Kabul Tarihi:** 23.06.2021, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 20.09.2021
©Telif Hakkı 2021 Türk Nöropsikiyatri Derneği - Makale metnine www.noropsikiyatrarsivi.com web sayfasından ulaşılabilir

Dikkatiniz için teşekkürler