

# Rezidüel Şizofrenisi Olan Hastalarda Sosyal Fobinin Bilişsel Davranışçı Terapisi

Elif ŞİMŞEK KAYGUSUZ<sup>1</sup>, Filiz CİVİL ARSLAN<sup>2</sup>, Gizem GÜNEŞ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm., Psikolog, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri Bölümü, Trabzon

<sup>2</sup>Uzm. Dr., Psikiyatrist, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri Bölümü, Trabzon

<sup>3</sup>Uzm. Dr., Psikiyatrist, Sorgun Devlet Hastanesi, Yozgat

## Özet

Rezidüel tip şizofreninin temel özelliği negatif belirtilerin olmasıdır ve negatif semptomlarla ilişkilendirilen nörokognitif bozulmalar arasında doğru orantı vardır. Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan yaklaşımlar arasında etkinliği konusunda hakkında en fazla kanıt bulunan, bilişsel-davranışçı terapidir. Bilişsel davranışçı terapinin, ilaç tedavisinden sonra geride kalan belirtiler açısından yararlı olduğu düşünülmektedir. Şizofreniye eşlik eden anksiyete bozuklukları arasında sosyal fobi başta yer almaktadır. Kognitif modele göre sosyal performansın bozulması sosyal fobinin şiddetini artırır. Oluşan bu kısır döngünün devamında rol oynayan etken ise, hastaların olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inançlarına kanıt bulabilmek için dikkatlerini seçici olarak bu durumlara odaklamalarıdır. Bu yazıda, uzun süredir rezidüel şizofreni ve sosyal fobi tanılı hastaya uygulanan bilişsel davranışçı terapi süreci ve formülasyonu anlatılmaktadır. Tedavideki amaç ilaç tedavisine dirençli belirtileri ele alarak, hastanın bozulmuş işlevselliğine kognitif ve davranışçı tekniklerle müdahale etmektir. Bunun için öncelikle kaçınma ve güvenlik sağlayıcıları belirlenerek hastanın durumlarla baş etme mekanizmaları gözden geçirildikten sonra otomatik düşünce ve yanlış inançları kognitif çerçevede ele alınmıştır. Ardından davranışçı teknikler uygulanarak, hastanın sosyal performansını yükseltmeye yönelik çeşitli alıştırmalar yapılarak tedavinin ana kısmı tamamlanmıştır. Sonuç olarak yanlış inanışlar, bilişsel yetersizlik ve negatif semptomlar arasındaki ilişkinin göstergesidir ve sosyal işlevsellikle bağlantılıdır. Bu inançları bilişsel davranışçı terapiyle ele alırken hastanın sosyal aktivitelerini artırma gerekliliği sosyal performansla sosyal fobi arasındaki ilişkide de kendini göstermektedir. **(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2015; 1: 38-46)**

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, sosyal fobi, bilişsel davranış terapisi

## Abstract

### Treatment of Social Phobia in Residual Schizophrenic Patients

Having negative symptoms is the basic feature of residual-type schizophrenia and there is a direct proportion between the neurocognitive impairments associated with negative symptoms. Among the approaches used for the treatment of patients with schizophrenia, cognitive behaviour therapy is the one with the most evidence of efficacy. Cognitive behaviour therapy is considered to be beneficial for the residual symptoms after drug treatment. The social phobia leads among the anxiety disorders accompanying schizophrenia. According to the cognitive model, the impairment of social performance increases the severity of social phobia. The leading factor of this vicious circle is that the patients pay attention selectively to such cases in order to find evidence for their thoughts and beliefs that they are going to be evaluated negatively. In this paper, the cognitive behavioural therapy and formulation carried out with a patient, who has been followed for a long time with the diagnosis of residual-type schizophrenia and social phobia is reported. The purpose of the treatment is to interfere with the impaired functionality of the patient through cognitive and behavioural techniques by dealing with the medical treatment-resistant symptoms. To this end, firstly coping mechanisms are examined through the identification of avoidance and security providers, and then, the patient's automatic thoughts and false beliefs are discussed depending on the cognitive perspective. The main part of the treatment has been completed by carrying out various investigations in order to increase the patients' social performance via applying behavioural techniques. As a result, false beliefs are the indicators of the relationship between cognitive inability and negative symptoms and related to social functioning. By addressing these beliefs through cognitive behavioural therapy, the necessity of increasing the patient's social activities and the relationship between social performance and social phobia are distinguished. **(Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2015; 1: 38-46)**

**Key Words:** Schizophrenia, social anxiety disorder, cognitive behavior therapy

## GİRİŞ

Rezidüel tip şizofreni tanısı hastanın en az bir şizofrenik nöbet geçirdiği, hastalığın ileri dönemlerinde şizofrenik yıkım sonrası ortaya çıktığı düşünülen, yani şizofrenik bozukluğun sürdüğü, fakat belirgin pozitif belirtilerin olmadığı durumlarda konur. Temel özelliği negatif belirtilerin olmasıdır. Meta analizlere göre ilaç tedavisinin negatif belirtiler üzerine etkisi sınırlıdır (Leucht ve ark. 2009). Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılmak üzere çeşitli psikoterapi yaklaşımları mevcuttur. Bu yaklaşımlar arasından etkinliği konusunda hakkında en fazla kanıt bulunan yaklaşım, bilişsel davranışçı terapi olup, ilaç tedavisinden sonra geride şikâyetleri kalan hastalarda yararlı olduğu düşünülmektedir (Dickerson ve Lehman 2006). Şizofreni hastalarının okul, iş ya da sosyal alanda sıklıkla tekrarlayan başarısızlıklarının muhtemel nedeni, konsantrasyon güçlüğü, dikkatin azalması, plan yapamama ve problem çözememe şeklinde ortaya çıkan nörokognitif bozulmadır. Bu durum pozitif semptomlardan çok negatif semptomlarla ilişkili olup, şizofrenideki işlevsel düzelmelerin göstergesi negatif semptomlardaki iyileşmedir (Perivoliotis ve Cather 2009). Şizofreni hastalarında eş tanı anksiyete bozukluklarının prevalansına ve anksiyete bozukluğu olanlarla olmayanların yaşam kalitesine bakılan bir çalışmada sosyal fobi % 17 ile şizofreniye eşlik eden anksiyete bozukluklarının başında yer almıştır (Braga ve ark. 2005). Sosyal fobi, kişinin dikkat odağı olacağı veya utanacağı, kendini güç durumda bırakacak şekilde davranacağından korku duyması, bunlarla bağlantılı olarak belirli sosyal ortamlarda bulunmaktan kaçınması durumudur. Sosyal fobi belirli ortamlarla sınırlı olabileceği gibi, toplumsal performans yaşama kaygısı ya da yaygın tipiyle de karşımıza çıkabilir. Erken başlangıçlı olması diğer bozuklukların gelişimi içinde bir risk oluşturmaktadır. Anlatılacak olguda da erken başlayan sosyal anksiyete belirtileri ve çekingen kişilik özellikleri şizofreni açısından prodromal dönem belirtileri olarak değerlendirilmiştir. Bilişsel modele göre korkunun ortaya çıkışına neden olan temel etken, korkuyu oluşturan durum/yer/nesne ile ilgili olumsuz düşünce ve inançlardır. Aynı modele göre fobik olguların çoğunda, fobik durumdan önce, bu durumla ilgili olumsuz düşüncelerin varlığı söz konusudur.

Bu yazıda rezidüel şizofreni ve sosyal fobi tanılarıyla takip edilen bir hastanın formülasyonu ve ilaç tedavisine dirençli olan belirtileri için yürütülen bilişsel davranışçı psikoterapi süreci anlatılmaktadır. Bu tedavi yönteminin tercih edilmesi bir taraftan hastanın uzun süredir devam eden ilaç tedavisine dirençli kalıntı belirtilerinin varlığıyla; diğer taraftansa hastanın

kaçınmaları ve azalan işlevselliğine eşlik eden güçlü iç görüşü ve psikoterapi motivasyonu ile ilgilidir.

## OLGU

59 yaşında, evli, yüksekokul mezunu, erkek hasta. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde 2005 yılından bu yana rezidüel şizofreni ve sosyal fobi tanılarıyla ve başkalarının onu olumsuz, itici bulmalarından endişe duyma, başkalarının yanında rahat olamama, insanlar tarafından tenkit edilmekten korkma şikâyetleriyle takip edilen hasta, bu yakınmalarla bilişsel davranışçı terapi açısından değerlendirilmek üzere yönlendirildi.

Belirtilerinin başlangıcının çocukluk dönemlerine uzandığını ifade eden hasta, ilkokulu yatılı bir Kur'an kursunda, fiziksel şiddet uygulayan bir öğretmenin eşliğinde tamamlamış. Sadece hafta sonları geldiği evinden, dışarı çıkması yasakmış; çıkarsa cezaya maruz kalıyormuş. Bay H, içine kapanık bir çocuk olduğunu, ancak o dönemlerde (ilkokul-ortaokul yılları) insanların kendini dışlamasından, olumsuz değerlendirmesinden korkusu olmadığını; sadece diğerleri gibi olmayı ve rahatça konuşabilmeyi istediğini ve kendini yetersiz hissettiğini belirtiyordu.

Lise yıllarındayken uzaktan akrabası olan bir öğretmen, Bay H'nin nazarında her şeyi bilen, olaylara yorum getiren bir idol imiş. Sürekli onun gibi rahat konuşmayı ve olaylara yorum yapabilmeyi hayal edermiş. Onun nezdinde zayıf düşmekten, tarafından eleştirilmekten endişe duymuş. Hasta liseyi takiben üç yıl boyunca imamlık yapmış. Bu süreçte; ezan okurken 'sesim biterse, kesilirse, yanlış okursam' vb. endişeler ortaya çıkmış. Cemaat karşısında konuşmaktan, namaz kıldırmaktan kaçınmaları da baş gösterince, imamlıktan ayrılıp öğretmen olmak üzere eğitim enstitüsüne başlamış. Öğretmenliğe başladığında (80'li yılların başları) kendisini diğer öğretmenlerden yetersiz görüyormuş. Bu kez diğer öğretmenlerle konuşurken yorum yapamayacağı, rahat konuşamayacağı ve öğrencilerine ulaşamayacağıyla ilgili endişeleri tezahür etmiş. Bu düşünceleri giderek artmış ve tenefüslerde sınıftan çıkmıyormuş.

O dönemde idealize ettiği öğretmen akrabası, sokaklarında bulunan bir köşe başında, başka bir öğretmenin yanında hastayla ilgili eleştiride bulunmuş. Bunun üzerine Bay H, o kişinin (idolünün) kendisinin aleyhinde başkalarına bir şeyler söylemesinden şüphe duyup, korkmuş. Sonra bu şüphelerinin artmasıyla, başka insanlara karşı da aynı korkuyu duymaya başlamış. Hasta o köşe başından her geçişinde aynı travmayı yaşadığını ve kendi ifadesiyle o esnada do-

nuklaştığını belirtiyor. Giderek hareketleri azalan hasta o dönemde evden dışarı çıkamaz olmuş. Yemek yemiyormuş, uykusu azalmış, eşi dışında kimse ile görüşmek istemiyormuş. Bunun üzerine eşi tarafından (26 yaşındayken) psikiyatriste götürülmüş. Haloperidol ile başlayan ilaç tedavisi sonraki yıllar içinde olanzapin tedavisiyle devam etmiş. Dönem dönem tedavisine antidepresan olarak fluvoksamin, fluoksetin tedavileri eklenmiş. 33 yıldır çeşitli antipsikotik ve antidepresan tedavileri gören hasta son 2 yıldır ketiapin 300 mg/gün ve venlafaksin hcl 300 mg/gün ilaç tedavisine devam etmektedir.

Hasta ile yapılan ilk görüşmeler hem psikolojik testler hem de sorun alanlarına yönelik dört değerlendirme seansından oluşuyordu. Değerlendirme görüşmelerindeki amaç hem güven ilişkisini sağlamaya çalışmak hem de hastanın sorunlarının araştırılması yoluyla, kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışlarının belirlenerek; bunların sosyal ve iş hayatındaki yansımalarının ortaya konup hastayla ilgili formülasyonun başlatılmasıydı. Yapılan psikometrik değerlendirmede Liebowitz sosyal fobi ölçeği: Kaygı puanı: 68, Kaçınma puanı:53; Beck Anksiyete Ölçeği: 36, Beck Depresyon Ölçeği: 12 olarak kaydedildi.

Hastanın sorun alanları: İnsanların yanında rahat olamaması, başkalarının kendisini gözlemlediğini düşünmesi, hasta olarak değerlendirilmekten ve insanların onu tenkit etmesinden korkması, insanlardan çekiniyor olması ve konuşmakta zorlanması olarak belirlendi. Kaçınma durumları: Kalabalık ve küçük sosyal gruplar olup, güvenlik sağlayıcıları: Yalnızken gazete okuma, herhangi bir şeyle meşgul olma, fark edilmeyeceği yerlerde durma şeklindeydi.

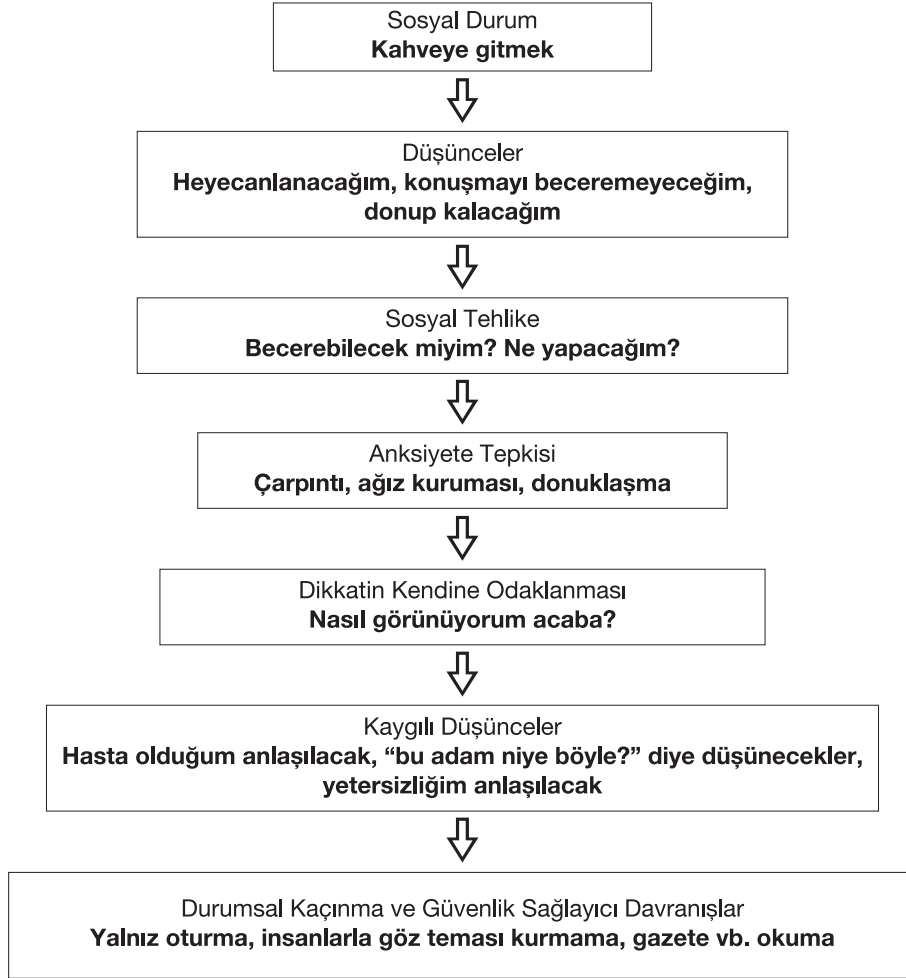
Yapılan değerlendirmelere göre sorun listesi hastanın daha çok ortaokul yıllarında fark ettiği, lise sonrası imamlığa başlamasıyla yoğunlaşan topluluğa karşı konuşma yapma, insanların yanında rahatça konuşamama, başkalarının kendisini olumsuz değerlendirmesinden korkma gibi sosyal ortamlarda ortaya çıkan yoğun kaygı durumundan oluşuyordu. Buna eşlik eden düşünceleri “İnsanlarla konuşurken rahat olmalıyım, hasta olduğum anlaşılmalı, zayıf görünmemeliyim, yetersiz olduğum fark edilecek” şeklindeydi. Bu durumlarda sosyal ortamlardan uzak durma, insanlarla göz teması kurmama, az konuşma, gazete vb. okuma davranışı gösteriyordu. Hastanın erken yaşantılarına bakıldığında ilkokulda yatılı ve cezalandırma sistemi ile eğitim görmesi, küçük yaşta aileden ayrı kalıp, korku ve güvensizlik içinde olması, katı ve şiddet uygulayan baba modeli, çekingen ve korumayan annenin varlığı ve yaşlılarıyla beraber etkinliğinin yasak olmasının bugünkü duruma

katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Babasının otoriter ve katı tutumu, ilkokulda maruz kaldığı fiziksel cezalar ve ortaokul ve lisede kendini diğerlerinden farklı olarak değerlendirmesi kendisiyle ilgili zayıf, yetersiz şemalarını oluşturmuştur. Hastanın kendisiyle ilgili temel inançları zayıf, yetersiz, rahatsız edici; diğerlerinin güçlü, yeterli, eleştirel olması şeklinde özetlenebilir. Bunlara eşlik eden koşullu inançlarının başında “Zayıflık belirtisi göstermemeliyim, göstersem insanların gözünde değersizleşirim. İnsanlar beni eleştirmemeli, eleştirirse bir daha dikkate alınmam” gelmektedir. Hasta çok tanımadığı ya da kendisinden daha yeterli, güçlü olarak değerlendirdiği insanlarla bir araya geldiğinde ya da karşılaştığında yetersizlik, değersizlik, zayıf olma inançları etkin hale geçmektedir. Hastanın sorunlarının çıkış noktası olan imamlık yapmaya başladığında topluluğa hitap ederken heyecanlanması, sesinin titremesi ve kaygıları sonucu şemaları etkin hale geçerek iş değişikliğiyle de pekiştirilmiştir. Ardından öğretmenlik yaptığı sürecin büyük kısmında kaçınmalar ve zorunlu olduğu durumlarda da yoğun anksiyete belirtileri yaşayarak inancı pekiştirilmiş ve umutsuzluğu giderek artmıştır. Sosyal ortamlara girdiğinde şemalarıyla bağlantılı olarak olumsuz otomatik düşünceleri tetiklenmekte, (insanlar beni eleştirecek, yetersizliğim anlaşılacak vb.) korku ve kaygı duymakta, bunun sonucunda da sosyal ortamlardan ve insanlardan kaçınmaktadır. Bu kaçınmaları, güvenlik sağlayıcı davranışları ve kendi performansını olumsuz olarak değerlendirmesi ise sorunların sürmesindeki etkenler olarak değerlendirilmiştir.

İlk seansta amaçlar gözden geçirilerek; “iletişim kurarken yaşadığı zorluk ve sıkıntıları azaltmak, kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışların yerine daha uygun, yeni çözümler getirmek” hedef olarak belirlendi. Sosyal Fobinin bilişsel modeli aşağıdaki şekilde anlatıldı (Şekil 1).

Edimsel koşullanma (edimsel koşullanma davranışların onlarla bağlantılı sonuçlar aracılığıyla öğrenildiğini savunur) yoluyla hastanın kaçınmalarının artması ve kaçınmaların da bu döngüde olumsuz pekiştirici görevini gördüğü açıklandı.

Tedavinin devamında (2-3-4. ve 5. Seanslarda) hastanın kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışları ele alındı. Buna ulaşmak için daha çok korktuğu şeylerin yani donup kalma, insanların zayıf olduğunu düşünmeleri, yetersiz olduğunun anlaşılması vb.nin gerçekleşmesini önlemek kullandığı yöntemler araştırıldı. Güvenlik sağlamak amacıyla dikkat çekmeyeceği, fark edilmeyeceği yerlerde olarak, gazete- kitap okuyup, göz teması kurmadan sakın gözükmeye çalışıyordu. Daha sonra kaçınma ve güvenlik sağlayıcı



**Şekil 1.** Sosyal Fobinin Bilişsel Modeli

davranışların bugün ona kazandırdıkları ve kaybettirdiklerine baktığımızda hastanın hayatına nasıl yayıldığı, bu davranışları belirtileri bertaraf etmek amacıyla yaparken hastalığı nasıl pekiştirdiği ele alındı. “Kaçınma ve güvenlik sağlayıcılar olmadan nasıl bir yaşamı olurdu? Güvenlik sağlayıcıları yapması diğerlerine nasıl görünmesini sağlıyor? Onları yapmasa nasıl görünürdü? Oluşturmaya çalıştığı izlenime bu davranışlar ne kadar katkıda bulunuyor?” soruları üzerinde çalışılarak hastanın iç görüşünü arttırmak ve stratejilerine vurgu yapmak amaçlandı.

Ardından otomatik düşünce ve kanıt inceleme seanslarına geçildi (6-7-8. Seanslar). Değerlendirme sürecinden bu yana ortaya çıkan otomatik düşünceler öncelikle ele alındı. Çünkü otomatik düşünceler değişime en açık katman olup, kişinin zihninden anlık olarak geçen düşünceler, imgelerdir. Yine hastanın örnekleri üzerinden “sokakta karşınızdaki eski bir öğretmen arkadaşınız geliyor, akşam eşiniz komşunuzun geleceğini söyledi...”, “bu durumlarda korku, kaygı

yaşamınızı sağlayan, o anda aklınızdan geçen düşünce nedir? “ diye sorulduğunda “donup kalacağım, beni sıkıcı olarak değerlendirecekler, diğerleri kadar yeterli değilim, onlardan farklıyım, küçük düşebilirim” otomatik düşünceleri elde edildi. Ve hastadan diğer seans için otomatik düşünce kaydı yapması istendi. Örnek görüşmede anlatılan kanıt inceleme tekniğiyle hastanın olumsuz otomatik düşünceleri ele alındı.

Birlikte bilişsel çarpıtmalar listesi (düşünce hataları listesi) incelendiğinde hastanın değerlendirmeleriyle ilgili olarak daha çok şu hataları yaptığı görüldü:

- Felaketleştirme: “donup kalabilirim... Rezil olurum, küçük düşerim”
- Zihin Okuma: “benim sıkıcı olduğumu düşünüyorlar... Hasta olduğum anlaşılıyor”
- Mükemmeliyetçilik: “konuşurken yanlış bir şey söylersem yetersiz olurum”
- Ya olursa: “donup kalırsam, beni eleştirirlerse...”



- Aşırı genelleme: “ben hep yetersizim”
- Etiketleme: zayıfım, diğerleri güçlü

9. ve 12. Seanslar arasında düşünce hatalarıyla çalışmayı pekiştirmek amacıyla hastadan kendi düşüncelerini değerlendirip, çarpıtmalarını bulması istendi. Hastanın seanslara getirdiği materyaller birlikte incelendi. Özellikle felaketleştirme, zihin okuma ve ya olursa dikkat çekiyordu.

13. ve 16. seanslar arasında hastanın günlük aktiviteleri üzerinden bilişsel içerikli çalışmaya devam edildi ve -gibi gelmesiyle gerçek arasındaki farklar konuşuldu. Birlikte görsel geribildirim uygulaması yapıldı (kamera çekimi). Bu yolla tahminde bulunduğu hatta emin olduğu yetersizlik, zayıflık, sosyal beceriksizliğini nesnel biçimde izlemesi ve nasıl görüldüğüne dair iç tasarımının geçerliliğinin olmadığı ele alındı. Bu etkinlikte hasta bir anlamda davranışçı çalışmalar için hazırlanmış oldu.

17. ve 21. seanslar arası daha çok davranışçı uygulamalara odaklanıldı. Hastada korku ve kaygı uyandıran durumlar için hiyerarşik sıralama yapılarak, hastanın kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışlarını azaltmaya yönelik alıştırmaya ödevi planlandı. Aşamalı olarak öncelikle fark edilemeyeceği yerler yerine özellikle kahveye gittiğinde ortaya yakın masalara oturması ve orada “uzaydan gelmiş, kimseyi tanımayan bir canlı” gibi, anlamaya çalışması, incelemesi istendi. Edindiği izlenimleri seansta konuşmak üzere not alması istendi. Daha sonra karşılaştığı kişilere öncelikli olarak selam vermesi planlandı. Amaç hastanın bu durumlarla ilgili senaryolarını test etmesini sağlamaktı. Sonraki aşamada ise diyalogları başlatması ve bunu yaparken de dikkatini kendisinden uzaklaştırması, karşısındakilere yöneltmesi planlandı. Hasta bunları planlanan şekilde ve amacına uygun olarak gerçekleştirdi. Genel olarak bakıldığında sadece sosyal fobisi olan hastalara uygulanan BDT’den farklı olarak tek seansta uygulanabilecek konu başlıkları iki üç seansa yayılmıştır. Tedavi daha yavaş seyretmiştir. Güçlendirme görüşmeleri halen devam etmektedir.

Tedavinin son kısmında yapılan psikometrik değerlendirmede Liebowitz sosyal fobi ölçeği: Kaygı puanı: 36 - Kaçınma puanı: 22; Beck Anksiyete Ölçeği: 16, Beck Depresyon Ölçeği: 10 olarak belirlendi.

Aşağıda hastayla yapılan 7. görüşmeden bir kesit sunulmaktadır. Bu görüşmenin amacı hastanın otomatik düşüncenin ne olduğunu anlamasını pekiştirmek ve bunlar üzerinden kanıt inceleme tekniğiyle düşünce hataları konusunu çalışmaktır.

## ÖRNEK GÖRÜŞME

- T: Geçen görüşmeden aklınızda neler kaldı Hasan Bey?
- H: Geçen görüşmemizde sizin bana anlattığınız kaçındığımı gösteren şeyler vardı. Mesela insanların arasında otururken gazete okumam, köşelerde oturmam.
- T: Evet bunların kaçınma olduğunu...
- H: İşte ben bunları düşündüm zaten. Gerçekten insanlardan kaçıyorum ben.
- T: Başka neler konuştuğumuzu hatırlıyor musunuz?
- H: Bunları yapmamın yararlarını ve zararlarını konuşmuştuk diye hatırlıyorum.
- T: Çok doğru. Nasıl bir sonuca bağlamıştık o konuyu hatırlıyor musunuz?
- H: Davranışlarımın bana daha çok zarar verdiğinden, bir kısır döngüden bahsettiniz.
- T: Evet, Hasan bey çok güzel özetlediniz. Sizin çözüm yollarınızın, yani uyguladığımız yöntemin pek de işe yaramadığı sonucuna varmıştık. Bununla ilgili geçen görüşmede birlikte doldurmaya başladığımız bir çizelge ve okumanızı istediğim bilişsel çarpıtmalar konusu vardı.
- H: Hı hı doldurdum olumsuz duygu kaydını, listeyi de okudum, hatta notlar aldım defterime.
- T: Tamam, elinize sağlık. Birazdan onları birlikte inceleyeceğiz, ama bundan başka sizin için önemli bir konu varsa ona da görüşmemizde yer verebiliriz.
- H: Yok şu anda.
- T: O halde bugün sizin hafta boyunca yaşamış olduğunuz sıkıntı verici durumları yazdığınız çizelgeyi inceleyerek, geçen görüşmede söylediğim gibi otomatik düşüncelerinizle ilgili çalışırız. Siz ne dersiniz?
- H: Tabi tabi
- T: Size çizelgeyi verirken aslında giriş yapmıştık bugünkü gündemimize yani otomatik düşünce konusuna.
- H: Evet. İnsanların karşısında aklıma gelen şeyler
- T: Doğru onlar da otomatik düşünce. Otomatik düşünce dediğimiz şey kişinin aklından “o” anda geçen yani anlık düşüncelerdi diye bir giriş yapmıştık geçen sefer, bugünkü konumuza. Görüşmediğimiz süre boyunca sıkıntı yaşadığınız durumları, duygularınızı ve aklınızdan geçenleri çizelgemize not etmenizi planlamıştık.

- H: Buyurun burada notlarım.
- T: Şimdi bugünkü çalışmamızı otomatik düşünceleri inceleme formu üzerinde yapalım getirdiğiniz olumsuz duygu kaydını buraya uyarlayarak çalışacağız. Notlarımızda iki duruma yer vermişsiniz.
- H: Evet bu hafta bunlar oldu. Zaten bütün sorunlarım birbirine benziyor bu hafta galiba üç-dört kez çıktım dışarı, kahveye gittim, bakkala, yürüyüşe çıktım, birinde de çocuğun alınacak şeyleri vardı. O vesileyle çıktım yani.
- T: Tamam, notlarınız bunlarla ilgili sanırım.
- H: Tabi tabi evde sorun yok bence. Dışarı çıktığımda, diğer insanlarla karşılaşınca oluyor bende bu şeyler.
- T: Neler?
- H: Yani işte o düşünceler, tedirginlikler.
- T: Peki şimdi ilk duruma baktığımızda “arkadaşla karşılaşma ve bana selam vermemesi” demişsiniz.
- H: Evet en son çalıştığım okuldan, yani emekliye ayrıldığım okuldan bir öğretmen arkadaş, benden gençtir o. Halen çalışıyor herhâlde. İşte onunla karşılaştık çarşıda.
- T: Hı hı sonra ne oldu?
- H: Ya selam verir diye bekledim, ne bileyim o kadar zaman aynı okuldaydık, bekledim açıkçası.
- T: Peki. Duygu olarak da üzüntü-75 ve tedirginlik-90 demişsiniz.
- H: Doğrudur. O anda hem üzüldüm selam vermedi diye hem de yine görmezden gelinmenin verdiği tedirginlik duygusu işte, her zaman yaşadığım şeyler.
- T: Hı, hı. Otomatik düşünceler kısmına baktığımızda “beni görmezden geldi, iticiyim, değersizim, değerli insanlara selam verilir, hal hatır sorulur.” diye not etmişsiniz.
- H: Evet, siz aklımdan geçenleri yazmamı söylemişsiniz.
- T: O sırada yoğun olarak bunlar geçti zihninizden yani.
- H: Her zaman böyle!
- T: Peki Hasan Bey ne yaptınız bu durumda?
- H: Ne yapacağım? İşte, yoluma devam ettim.
- T: Aslında sonrasında siz selam verdiniz mi? Ya da yeltendiniz mi? Onu öğrenmek istedim.
- H: Yok, öyle bir pozisyon olmadı.
- T: Nasıl bir pozisyon?
- H: Yani çok da bakmadım açıkçası öyle gözünün içine falan bakmadım.
- T: Hı hı yani eski arkadaşınızla karşılaştınız, ama bu göz teması kurulan bir karşılaşma değildi doğru anladım mı?
- H: Evet öyle oldu.
- T: Ve siz bu durumda arkadaşınız selam vermedi ya da sizinle diyalog kurmadığı için üzüntü ve tedirginlik yaşadınız. Ve o esnada sizi görmezlikten geldiğini düşündünüz. Bununla bağlantılı olarak da sırasıyla itici olduğunuzu, değersiz olduğunuzu, çünkü değerli insanlara selam verilir, hal hatır sorulacağını düşündünüz.
- H: Yani Elif Hanım insan bunu hisseder hastayım diye mi itici oluyorum bilmiyorum.
- T: İtici olarak değerlendirildiğinizi düşünüyorsunuz.
- H: Yani dışarıda daha çok bu. Karımla, çocuklarımla öyle bir şey yok
- T: Evet bunu daha önce de konuşmuştuk, notlarıma da ekledim. Peki, Hasan Bey şimdi düşüncelerinize tekrar dönecek olursak; olayla bağlantılı olarak yani arkadaşınızın selam vermemesini sizi görmezlikten gelmesi olarak değerlendirdiniz. Bunu destekleyen başka şeyler de var mı sizce?
- H: Nasıl yani?
- T: Şöyle ki, “arkadaşım bana selam vermedi, çünkü beni görmezlikten geldi” düşüncesine olan inancınızı insanlara ispatlamanız gerektiğini düşünelim. Onlara bunu nasıl ispatladınız? Delil olarak neler getirirdiniz?
- H: Şimdi daha iyi anladım, ispatlamaya çalışsam...
- T: Biraz düşünün isterseniz
- H: Yani şöyle söyleyeyim küçücük sokak zaten karşılaştığımız yer, görmemek ne bileyim zor ihtimal
- T: Hı hı yazıyorum destekleyen verileri
- H: Bir de ben onu gördüğüme göre illa ki o da beni görmüştür. Göre göre selam vermemeye ne dendir?
- T: Evet, başka ekleyeceğimiz bir şey var mı bu kısma?
- H: Yok, şu anda aklıma bunlar geldi.
- T: Sokağın dar olması ve sizin onu görmüş olmanız destekleyenlerde. Peki, şimdi de bunu aksini ispatlamaya çalışalım. Ne derdiniz?
- H: Ne bileyim? Görmemiş midir?

- T: Göz temasınız olmadığından bahsettiniz.
- H: Görmemiş de olabilir, şimdi adamın günahını da alıyorum burada. Ama diyorum ya ben gördüm de, o mu görmedi yani?
- T: Anı, görmeme ihtimalini yazabiliriz o zaman.
- H: Evet yazalım.
- T: İnsanlarla daha doğrusu, sosyal açıdan daha mesafeli olduğumuz kişilerle selamlaşmak için görmüş olmak yeterli midir sizce? Nasıl durumlarda selam veririz? Yani göz teması kurulmasının etkisini nasıl değerlendirdiğinizi merak ettim. Onu soracaktım biraz önce.
- H: Anladım. Doğru göz göze gelmeden de selam veremezdi bana.
- T: Güzel, bunu da yazdım. Başka ne derdiniz aksini ispatlamak için?
- H: Bilmem.
- T: Acaba görmüş olsa bile sizi tanıyamamış olabilir mi? Çünkü uzun zamandır görmediniz birbirinizi.
- H: Olabilir, bir kaç sene oldu görmeyeli
- T: Bazen insanlar dalgın olabilir mi?
- H: Olabilir tabi. Tanınamış olabilir.
- T: Tamam bunu da yazdık. Hasan Bey siz arkadaşınızı gördünüz ama onun sizi gerçekten görüp görmediğinden emin değiliz doğru mu?
- H: Evet doğru
- T: O halde siz de –sizin tabirinizle- onu görmezlikten gelmiş olmuyor musunuz?
- H: Doğru ama benim ki ona değer vermemekle alakalı değil.
- T: Ben bunu biliyorum ama arkadaşınız bilmiyor. Belki onun da bu davranışının altında düşündüğünüz gibi değersizlik ya da iticilikle alakalı bir düşünce yoktur.
- H: Bu da bir ihtimal.
- T: İhtimaller çoğalıyor Hasan Bey. Ama hangi ihtimale yakın olduğunuz önemli
- H: Doğru bakış açısı gibi.
- T: Aynen öyle. Nereden baktığınız çok önemli. Bazen olayları olduğundan farklı değerlendiririz yani zihnimizin olayı işleme biçimi duruma çok uygun olmayabilir. Normalde zihnimizin durumları değerlendirme ya da işleme şekli bizim çevreye uyumumuzu kolaylaştırır. Ancak sıkıntılı dönemlerde veya durumlarda zihnimizin bu işleyiş biçiminde aksaklıklar olabiliyor. İşte bunlara bilişsel çarpıtma diyoruz. Size verdiğim listeyi incelediğinizi söylemişsiniz, şimdi birlikte bakacak olursak: “arkadaşım beni görmezden geldi” düşüncesinde ne gibi düşünce hataları olabilir?
- H: Keyfi çıkarsama
- T: Evet doğru, başka? Aynı düşüncede birden fazla düşünce hatası yapılabiliyor. Seçici soyutlamaya da bakalım mı?
- H: (hasta listeden okuyor) “Belli bir ortamın ya da bağlamın genelini yok farz ederek seçtiği bir detayı öne çıkartıp durumun daha belirgin yönlerini göz ardı etmek ve bütün olayı bu ayrıntıyla tanımlamak. Örneğin yaptığı bir konuşma birçok kişi tarafından beğenilen kişinin konuşmayı dinleyen ancak eleştiren bir arkadaşını sürekli düşünerek kendisini kötü hissetmesi” evet doğru
- T: Yani olayın diğer ayrıntılarını da göz önünde bulundurursak, bu yeni bilgiler ışığında “arkadaşınızla karşılaşmanız sonucu selamlaşmamış olmanızla, sizi görmezlikten gelmesi arasındaki ilişkiye dair inancınızda bir değişim oldu mu? Olduysa bunu ifade etmenizi istesem.
- H: Kesinlikle, şu anda baştaki gibi düşünmüyorum. Dediniz ya “ tanıyamamış olabilir mi?” doğru ben tanıdım ya da gördüm diye onun da aynı olmasını beklemek... Ne bileyim beklememek gerekir aslında.
- T: Böyle bir durumda olan bir yakınınıza ne derdiniz? Sizin durumunuzu yaşayan bir yakınınızı düşüntün.
- H: Ne derdim? Sizin dediklerinizi derdim, görmemiş olabileceğini, tanınamış olma ihtimalini söyledim.
- T: Peki o yakınınız arkadaşının selam vermemesinin ve görmezlikten gelmesinin yanında, yakınınızı itici ve değersiz olarak gördüğünü de söylese ne derdiniz?
- H: (gülerek) İşte bu zor bir soru.
- T: Tamam birlikte düşünelim, bilişsel çarpıtma listesine bakalım mı?
- H: Olur, bakalım.
- T: Keyfi çıkarsama ve duygusal çıkarsamaya bakalım isterseniz.
- H: Zihin okuma da var bence burada; “Diğer kişinin düşüncelerini okuduğumuza inanma”, “gelmediğine göre beni beğenmedi”, “aramadı beni çünkü benim önemli olmadığımı düşünüyor”. Aynen benim gibi, zihin okuyorum.
- T: Şimdi bu yaklaşımla otomatik düşüncelerinizi inceledikten sonra düşüncelerinizde farklılaşma olduğunu gördük. Peki, bu durum duygularınız-

da değişikliğe neden oldu mu? Üzüntü-75 ve tedirginlik-90 diye yazmıştınız.

H: Aslında şu anda hiç üzülmiyorum diyebilirim, tedirginliğe de 10 puan veririm.

T: Evet, bunları duymak güzel. O zaman aynı çalışmayı şimdi yazdığımız ikinci duruma uygulayalım. Amacımız sıkıntılı durumlarımızda bu çalışmayı alışkanlık olarak size kazandırmak.

\*Örnek görüşmede kullanılan isim hastanın gerçek adı değildir.

## TARTIŞMA

Bu yazıda rezidüel şizofreni ve sosyal fobi tanısıyla izlenen bir hastaya uygulanan bilişsel davranışçı terapi anlatılmıştır. Rezidüel şizofreninin özelliği negatif belirtilerin olması ve hastaların sıklıkla duygusal küntlük, toplumsal çekilme, düşünme ve konuşmada yoksullaşma, girişim yetersizliği, çağrışım gevşekliği gibi belirtiler göstermesidir. Bu belirtilerle birlikte boşluk duygusundan ve sıkıntıdan yakınır, bir işe başlayıp bitirmede güçlük çekerler, kendilerinden beklenen işlevleri yerine getiremez ve ilaç tedavisine iyi yanıt vermezler. Son araştırmalar, şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan psikoterapi yöntemlerinden etkinlik bakımından hakkında en fazla kanıt bulunan yaklaşım olan bilişsel-davranışçı terapinin prodromal durumlar, negatif belirtiler, içgörü kaybı ve nüksün önlenmesi üzerindeki etkisine odaklanmaktadır. Bununla birlikte kronik şizofreninin negatif ve rezidüel belirtilerinin denetiminde olduğu gibi, akut şizofrenide pozitif belirtilerin denetimi için de bilişsel davranışçı terapinin (ilaç tedavisine ek olarak kullanılan) etkili olduğunu gösteren kanıtlar artmaktadır. Ayrıca bilişsel-davranışçı terapinin, nüksleri azaltmaya yönelik aile terapisi ve kapsamlı toplum tedavi protokolleri ile kombine edilebileceğini gösteren kanıtlar da mevcuttur. Bilişsel davranışçı terapi, şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve belirti denetimini düzeltme yoluyla prognozu iyileştirerek nükslerin azalmasına neden olur. Bununla birlikte yüksek riskli prodromal durumlarda psikoza geçişi önleyebilir (Rathod ve Turkington 2005).

Negatif semptomlar yatınlığı olan ve stresle baş etme yetisi düşük olup, genellikle sosyal fobi ve agorafobi geliştiren kişilerde daha çok görülür (Kingdon ve Turkington 2005). Ayrıca Wittorf ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada negatif semptomlarla özgüven arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Voges (2005) ilk psikotik atağını geçiren iyileşme dönemindeki hastaların, % 31'inin sosyal bunaltı bozukluğu kriterlerini karşıladığını bildirmiştir. Ülkemizde Ba-

kırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan, şizofrenide sosyal bunaltı bozukluğu eştanı varlığı ve klinik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların %21,6'sında sosyal bunaltı bozukluğu eştanısı belirlenmiştir (Güçlü ve ark. 2012). Çalışmanın sonucuna göre şizofrenide sosyal bunaltı bozukluğu eştanısı seyrek görülen bir durum olmayıp, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Şizofrenide sosyal anksiyetede grup bazlı bilişsel davranışçı tedavinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, 6 haftalık takip sonucu, katılımcıların sosyal anksiyete düzeyinde anlamlı azalma, yaşam kalitesinde de anlamlı artış bulunmuştur (Halperin ve ark. 2000). Şizofrenide sosyal anksiyete belirtilerine grup terapisinin etkinliğinin ölçüldüğü başka bir çalışmada ise kontrol grubuyla kıyaslandığında müdahale grubunda istatistiksel açıdan anksiyete puanlarında anlamlı düşüş kaydedilmiştir. Bu çalışmada şizofrenide sosyal anksiyetesi olan grup için bilişsel davranışçı terapi bir güçlendirme tedavisi olarak tanımlanmıştır (Kingsep ve ark. 2003).

Sosyal fobiye bilişsel açıdan bakıldığında hastaların sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz düşünce, inanç ve beklentiler görülür. Bununla ilgili olarak hastamızın "donup kalacağım, sıkıcı olarak değerlendirileceğim, küçük düşebilirim" gibi olumsuz beklentileri söz konusudur. Bu olumsuz beklentilerin doğal sonucu olarak oluşacak anksiyetede artış meydana gelmektedir. Sosyal performans bozuldukça sosyal fobinin şiddeti artmakta, sosyal fobinin şiddeti arttıkça sosyal performans daha da bozulmaktadır. Bu kısır döngünün devamına neden olan bir başka etken de sosyal fobiklerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inançlarına kanıt bulabilmek için dikkatlerini seçici olarak olumsuzluklara odaklamalarıdır (Stopa ve Clark 1993). Bahsedilen hastanın yanlış inanışları anksiyetesini daha da arttırmakta ve olağan durumları çarpıtarak değerlendirmesine sebep olmaktadır. Böylece başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğine dair bilişleri kendisi tarafından pekişmektedir. Ayrıca hastanın sosyal anksiyete belirtilerinin çocukluk dönemine uzanıyor olması, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye karşı hassasiyeti, bu nedenlerden dolayı meslek değişikliği yapması, ancak öğretmenlikte de aynı sorunları yaşamaması, sürekli dışlanma, değersizleşme konularıyla uğraşması ve sosyal ketlenmesinin olması tedavide çekingem kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulmasına neden olmuştur. Birçok araştırmacı çekingem kişilik bozukluğunun ve sosyal fobinin birbirinin devamı olduğu ve aradaki farkın kalitatif değil kantitatif olduğunu bildirmektedir. II. eksen tanısı hastalığın



daha şiddetli olduğunun bir habercisidir. Eş zamanlı çekingen kişilik bozukluğu olan sosyal kaygı bozukluklu hastalarda endişe düzeyi çok daha şiddetli, yeti kaybı daha fazla ve tek başına sosyal anksiyete bozukluğu olanlara göre eş zamanlı hastalık riski daha yüksektir (Herbert ve ark. 1992).

Sonuç olarak bu tedavide hastanın olumsuz inançları ve beklentileri bilişsel davranışçı yöntemlerle ele alınırken, diğer taraftan hastanın yanlış değerlendirmelerinin rezidüel şizofreni belirtileriyle ilgili olduğu da göz önünde bulundurulmuştur. Bu açıdan hasta ile kurulan güven ilişkisi ön planda yer almış ve değerlendirme görüşmeleri salt sosyal fobi tanısı alan hastalara kıyasla daha fazla sayıda planlanmıştır. Hastayla toplam yirmi bir bilişsel davranışçı terapi seansı yapılmış olup, halen güçlendirme seansları devam etmektedir.

## KAYNAKLAR

- Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP ve ark (2005) Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiat Res*, 39: 409-14.
- Dickerson FB, Lehman FA (2006) Evidence-based psychotherapy for schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 194: 3-9.
- Güçlü O, Erkıran M, Aksu EE ve ark (2012) Şizofrenide sosyal bunaltı bozukluğu eştanısı; sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 23: 1-8.
- Halperin S, Nathan P, Drummond P ve ark (2000) A cognitive-behavioral, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust Nz J Psychiat*, 34: 809.
- Herbert JD, Hope DA, Bellack AS (1992) Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *J Abnorm Psychol*, 101: 332-9.
- Kingdon D, Turkington D (2005) *Cognitive therapy of schizophrenia*. The Guildford Press, New York.
- Kingsep P, Nathan P, Castle D (2003) Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res*, 63: 121-9.
- Leucht S, Corves C, Arbter D ve ark (2009) Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta analysis. *Lancet*, 373: 31-41.
- Perivoliotis D, Cather C (2009) Cognitive behavioural therapy of negative symptoms. *J Clinical Psychol*, 65: 815-30.
- Rathod S, Turkington D (2005) Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: a review. *Curr Opin Psychiatr*, 18: 159-63.
- Stopa L, Clark DM (1993) Cognitive processes in social phobia. *Behav Res Ther*, 31:255-67.
- Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G ve ark (2010) Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilisation phase of schizophrenia. *Psychiatry Res*, 179: 130-8.
- Voges M, Addington J (2005) The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res*, 15; 76: 287-92.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

e-mail: elifskaygusuz@yahoo.com

Alınma Tarihi : 20.08.2013

Received : 20.08.2013

Kabul Tarihi : 29.06.2015

Accepted : 29.06.2015