

Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar¹

Orhan DOĞAN²

ÖZET

Amaç: Bu yazıda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların öneminin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu alandaki Türkçe ve İngilizce kaynaklar taranmış ve içlerinden önemli görülenler seçilmiştir. **Sonuç:** Şizofrenik bozuklukların ele alınmasında ve tedavisinde psikososyal yaklaşımların önemli bir yerinin olduğu kanısına varılmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:240-248*)

Anahtar sözcükler: Şizofrenik bozukluklar, ele alma, tedavi, psikososyal yaklaşımlar

Psychosocial approaches in schizophrenic disorders

ABSTRACT

Objective: In this article, it has been aimed that has been reviewed of the importance of psychosocial approaches in schizophrenic disorders. **Method:** First, it has been reviewed Turkish and English literature in this issue and then it has been chosen those important. **Result:** As a result, it has been thought that psychosocial approaches are important in the management and treatment of schizophrenic disorders. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2002; 3:240-248*)

Key words: Schizophrenic disorders, management, treatment, psychosocial approaches

GİRİŞ

Çağcıl tıp anlayışı bütüncül yaklaşımı benimser. İnsan da bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden bir bütün olarak görülür. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması psikiyatri alanında diğer alanlara göre daha uygundur.¹

Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişiler arası ilişkiler iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir.² Bu belirtiler çeşitli biyolojik, ruhsal, toplumsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu etkenler çok çeşitli olduğundan, tedavi yaklaşımlarının da birden çok olması kaçınılmazdır.¹

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde hemen her hastada ilk seçenek ilaç tedavisi olmaktadır. Şizofreninin nörobiyolojisiyle ilgili araştırmalar, çalışmalar son 30 yılda çok artmıştır. Yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimi görece daha az olan ilaçların bulunması ve gün geçtikçe daha çok kullanılmaları ile

birlikte, biyolojik tedavi yöntemlerinin kullanılması da artmıştır. İlaçların şizofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttığı ya da ortadan kaldırdığı, uzun süreli kullanılmalarıyla relaps oranlarını düşürdüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Fakat ilaç tedavisi tek başına şizofrenik bozuklukları tam olarak iyileştirememektedir. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme görülebilmektedir.²⁻⁴ Bu sonuç, antipsikotik ilaçların etkisinin şizofrenik bozukluklarda sınırlı olduğunu göstermektedir.

1960'lı yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikodinamik etkenlerin ve aile içi ilişkilerin önemi üzerinde duruluyordu. Ancak 1970'li yılların sonunda bu görüşler yerini nörobiyolojik araştırmaların sonuçlarına bıraktı. Şizofrenik bozuklukların nörobiyolojik bir hastalık olduğu ve tedavisinin de biyolojik olarak yapılması gerektiği öne sürüldü. Ancak ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmaması, bu bozukluklarla ilgili bilgi

¹ 11. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde (5-8 Haziran 2002, Adana) sunulmuştur.

² Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, SİVAS

Yazışma Adresi: Dr. Orhan DOĞAN, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 58140 SİVAS
e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr

birikiminin artması, tek bir tedavi yönteminin yeterli olmadığını ve birden çok tedavi yönteminin bir arada kullanılmasının gerektiğini gösterdi.

Şizofreni hastalarının çoğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aile üyelerinin etkilenmeleri ve yaşadıkları güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilir.⁵⁻⁸ Bu özellikler ailenin de ele alınması gerektiğini göstermekle kalmamış, ailenin tedaviye etkin biçimde katılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

Yukarıda kısaca gözden geçirilen özellikler şizofrenik bozuklukların ruhsal toplumsal yönlerine gereken önemin verilmesi konusunda uyarıcıdır. Biyolojik tedavi ile bozukluğun bir yönüyle ilgili iyilik sağlanmaya çalışılırken, diğer yönleri göz ardı edilmektedir. Şizofrenik bozuklukların tedavi girişimleri kapsamlı, çok yönlü, hastanın tedaviye verdiği yanıtı ve ilerlemesine göre değiştirilebilir olmalıdır.⁹

Bu yazının amacı, şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların önemini vurgulamak ve bütüncül bir tedavi planına ve uygulamasına doğru ilerlemektir.

GENEL KONULAR

Psikiyatri tanı ve tedavide biyolojik ve psikososyal yönleri bütünleştiren bir tıp dalıdır. İyi bir klinik bakımın sağlanması biyolojik indirgemecilikten de, psikososyal indirgemecilikten de kaçınmayı gerektirir. Psikiyatristler nörotransmitterler, psikofarmakoloji, genetik ve çevre arasındaki etkileşim hakkında bilgili olmalıdır. Aynı zamanda intrapsişik çatışmaları, ilişki biçimlerini, belirtilerin ruhsal anlamlarını da bilmelidir. Şizofreni hastası için düzenlenen tedavi planının her ögesi bozukluğun özgül bir yönünü ve onun sonucunu kapsar. Farmakolojik girişimler pozitif, negatif ve dezorganize belirtileri; duygulanım belirtilerini ve biliş hedefler. Psikososyal girişimler ise, kendine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişiler arası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, bağımlılığı, toplumsal ve mesleki becerileri hedefleyerek üretkenliğe temel hazırlar.^{9,10} Psikiyatri uzmanlık alanı ilaç önermeye indirgenirse, diğer tıp uzmanları kolayca psikiyatristlerin yerini alabilir. Benzer biçimde psikiyatri psikoterapötik girişimlerle sınırlandırılırsa, ruh sağlığı alanında çalışan diğerleri benzer işlevleri yerine getirecek ve psikiyatristlere gerek kalmayacaktır.¹⁰

Görülüyor ki, tek bir tedavi yöntemine bağlı kalmak kendi varlığımızı da tehdit eder bir durum yaratacaktır. Günümüzde şizofrenik bozuklukların tam bir tedavisi yoktur. Kombine tedavilerin uygulanması bozukluğun morbiditesini ve mortalitesini sınırlandırabilir, hastanın prognozunu olumlu yönde etkileyebilir ve

yaşam kalitesini artırabilir.^{9,11} Tedavinin genel amaçları bozukluk dönemlerinin sıklığını, belirtilerin şiddetini ve olumsuz psikososyal sonuçlarını azaltmak; dönemler arasında psikososyal işlevselliği en üst düzeye çıkarmaktır. Tedavinin özgül amaçları ise, bozukluğun evresine ve özgül özelliklerine göre değişir.¹¹ Birçok şizofreni hastası kapsamlı ve sürekli bakım gerektirir.^{9,11}

Amerikan Psikiyatri Birliği 1997 yılında şizofreni hastalarının tedavisi için uygulama kılavuzu hazırlamıştır. Bu kılavuz en geniş kapsamlı gözden geçirme ve uygulama kılavuzu olarak görülebilir. Bu yazıda çok çeşitli kaynaklardan yararlanılmakla birlikte, bu kılavuz temel alınmıştır.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ ELE ALINMASINDAKİ TEMEL İLKELER

Şizofreni hastasının tedavisinde ilk adım, onun çeşitli özellikleriyle kapsamlı olarak anlaşılmasına çalışmasıdır. Örneğin, hastanın gereksinimleri ve beklentileri, intrapsişik çatışmaları ve savunmaları, baş etme biçimleri, güçlü yönleri tanınmalıdır. Ayrıca psikiyatrist hastanın uyumunu etkileyebilecek olan biyolojik, kişiler arası, toplumsal ve kültürel etkenleri de anlamaya çalışmalıdır.

Şizofreni hastalarının ele alınmasındaki temel öğeler şunlardır:¹¹

1. *Tedaviye uyumu sağlama ve sürdürme:* Bu durum psikiyatristin hasta hakkında temel bilgileri edinmesini sağlar, hastanın işbirliğini artırır ve hasta-hekim ilişkisinde güven duygusu yaratır. Bu durumun sürdürülmesi için, tedavi mümkün olduğu kadar aynı hekim tarafından yürütülmelidir.

2. *Hastanın psikiyatrik durumunu gözleme:* Psikiyatrist hastanın psikiyatrik durumundaki değişiklikler konusunda uyanık olmalıdır. Bu konuda aileyle işbirliği özel önem taşır. Hastalarda bozukluğun doğasına bağlı olarak içgörü kaybı olduğundan duygulanım, düşünce ya da davranış alanlarındaki değişiklikleri fark etmeyebilir, bunlar bir akut nöbetin habercisi olabilir.¹² Hastayla ilgili yeni bilgiler öğrenildikçe, tanının yeniden değerlendirilmesi gerekebilir.

3. *Şizofreni ve tedavisiyle ilgili bilgi verme:* Hastalar ve aileleri şizofreninin belirtileri, tedavisi ve sonlanması ile ilgili eğitimden yararlanırlar. Hastanın bu eğitimden aldıkları ve bunları sürdürmesi zaman içinde değişebilir, bilişsel yetersizlikler ya da akut psikoz dönemleriyle engellenebilir. Hasta bu eğitimle prodromal belirtilerin neler olduğunu ve hekimine ne zaman bildireceğini öğrenir. Tedavi yöntemlerinin önemini ve tedaviyi kesmenin sonuçlarını öğrenir, tedaviyi hekim önerisi dışında kesme oranı azalır. Bu eğitim için basılı materyal yararlı olmaktadır. Aile üyeleri de bu eğitimden yararlanır. Üstelik aile üyeleri prodromal belirtileri daha iyi tanıyabilir ve bildirir.¹³

4. İlaç ve gerekli diğer tedavileri belirleme ve tedavi planı geliştirme: Şizofreni hastaları ilaçtan ve psikososyal girişimlerden yarar görürler. Psikiyatrist hastanın klinik durumundaki değişiklikleri gözlemeli, bir tedavi yöntemine uygun olan ve uygun olmayan yanıtlara bakmalı, gerekirse tedavi planını değiştirmelidir.

5. Tedavi planına uyumu artırma: Şizofrenide tedavi planına uyum, hastanın klinik durumunu önemli ölçüde iyileştirebilir. Ancak kimi zaman hastalar temel bilgileri vermeyebilir, ilaçları kesebilir, randevularına uymayabilir. Tedavi planına uymamanın nedenleri arasında bireyin hasta olduğunu kabul etmemesi, stabil dönemde ilaç kullanmanın önemini bilmemesi, damgalanma endişesi, toplumsal inanışlar, ilaçların hoşla gitmeyen yan etkileri vardır.^{14,15} Hastaya ilaçlar hakkında bilgi vermek, stabil dönemde kullanmayı sürdürmenin relapsı önlemede yararlı olacağını anlatmak tedaviye uyumu artırabilir.^{16,17} Hasta herhangi bir nedenle tedaviye uyum göstermiyorsa, telefonla ya da ev ziyaretiyle ilişkiyi sürdürmek tedaviye yeniden uyumu sağlamada yararlı olabilir.

6. Şizofreninin psikososyal etkilerini anlamayı ve uyumu artırma: Şizofreninin psikososyal etkileri birçok hastada duygusal, toplumsal, ailesel, akademik mesleki ya da ekonomik sorunlar yaratır. Psikiyatrist hastayla birlikte, gerçekçi ve ulaşılabilir olan kısa ve uzun süreli hedefleri belirlemelidir. Bu hedeflere ulaşmak hastaların kendilik değerlerini artırır. Çocuklu hastalar çocuklarının gereksinimleri konusunda yardıma gerek duyabilir. Çocuk sahibi olmak isteyen hastalara genetik danışmanlık vermek gerekir.¹⁸

7. Nöbetlerin erken tanısını ve tedavisini sağlama, ortaya çıkarıcı ya da sürdürücü etkenleri belirlemeye yardım etme: Psikiyatrist hastaya ve aile üyelerine akut nöbetlerin erken işaretlerini ve belirtilerini belirlemelerine yardım etmelidir. Bu durum erken ve uygun tedavinin başlanması, relaps oranlarının azaltılmasını sağlayabilir.¹³

8. Ailenin sıkıntısını azaltma ve aile işlevlerini iyileştirme: Şizofrenili hastanın aile üyeleri sıklıkla sıkıntı duygusu yaşarlar. Aile üyeleri tanı, klinik belirtiler ve davranışlar, hastanın strese duyarlılığı, bozuk davranışlarla baş etme gibi konulardaki eğitimden yararlanırlar. Eğitimle aile ilişkileri ve işlevleri düzeltilebilir.

9. Çeşitli hizmet sistemleri kaynaklarını koordine etme ve hizmet yollarını kolaylaştırma: Bir psikiyatrist hastasının bakımını düzenlerken sıklıkla diğer ruh sağlığı çalışanlarıyla, genel sağlık hizmeti verenlerle (pratisyen hekim) ve sosyal çalışanlarla birlikte çalışır.

ÖZGÜL PSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLAR

Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler

geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla bunların etkinlikleri araştırılmaktadır. Psikososyal yaklaşımlar tek başına şizofrenik bozuklukların tedavisinde etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının parçası olarak psikofarmakolojik tedaviyle birlikte şizofreninin gidişini iyileştirebilir.^{11,19,20} Bu yaklaşımlar relapsı önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik, bağımsız işlev görme gibi alanlarda ek yararlar sağlayabilir.

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır.^{1,2,5,11,21} Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır:^{1,7,8,11,22-25}

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
- Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
- Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
- Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
- Erken tanı ve erken tedavi,
- Relapsı önleme ya da azaltma,
- Toplumsal işlevselliği artırma,
- Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
- Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
- Yaşam kalitesini artırma.

Bireysel Psikoterapi

Bireysel psikoterapi ciddi bir psikiyatrik bozukluğa uyumun insan yönlerine yönelir. Hedefleri yadsıma, cesaretsizlik, tedaviye uyum, kişisel ilişkiler, kendine güven gibi sorunlardır. Bu hedefleri gerçekleştirmek için hastanın inançlarını, tutumlarını, umutlarını, yaşantılarını anlamada odaklanır.⁹

Bireysel psikoterapilerin en çok bilinen biçimleri destekleyici ve içgörü yönelimli olanlardır.¹¹ Günümüzde bireysel psikoterapiler *esnek (flexible) psikoterapiler* başlığında toplanır. Bozukluğun alt tipine ve evresine göre esnek biçimde uygulanır. Bu özelliklere göre destekleyici, yönlendirici, eğitimsel, araştırıcı, içgörü yönelimli olabilir. Bu tedavi sürekli ve stabil hasta-hekim ilişkisi temelinde olmalıdır.^{9,11}

Varsayımları: Esnek psikoterapi yaklaşımı biyolojik, ruhsal, toplumsal ve çevresel etkenlerin katkısının olduğu bilinen şizofreninin doğasıyla ilgili varsayımların gözden geçirilmesi temelindedir:

- "Stres-yatkınlık" ya da "duyarlılık (zedelenebilirlik)-stres modeli" şizofreninin etiyojisiyle, gidişiyle ve

sonlanmasıyla ilgili verilerin bütünleştirilmesini sağlar. Şizofreninin duyarlı bir kişide çevresel ya da yaşanan stres arasındaki dinamik bir etkileşimden ortaya çıktığını varsayar. Şizofreniye duyarlılık heterojendir ve epidemiyolojik çalışmalar birçok risk etkenine dikkat çeker. Biyolojik temelli duyarlılık, hastaların alt grupları arasında görece sürekli psikofizyolojik, bilişsel ya da davranışsal güçlükler olarak ifade edilebilir.

- "Duyarlılık-stres modeli"nin stres yanı, stresörlerin duyarlı bir kişide belirtilerin ortaya çıkışını presipite edebileceğini öne sürer. Şizofreninin başlangıcı ya da gidişle ilgili psikososyal etkenler arasında stresli yaşam olayları, kültürel ortam, sosyal sınıf, sosyal destek ağının özellikleri, ortamın duygusal kalitesi gösterilmiştir. Çok duyarlı bir kişide yeterli stres prodromal işlev bozukluğunu presipite edebilir. Klinik deneyimler, bozukluğun başlangıcıyla ya da kötüleşmesiyle ilgili olarak stresin son derece bireyselleştirildiğini gösterir.

- Şizofreni, onun etkilediği bireyler gibi heterojendir. Şizofreninin duyarlılık, risk etkenleri, başlama yaşı ve tipi, belirgin işaret ve belirtileri, gidişi, sonlanması gibi klinik çeşitliliği heterojen olabileceğini düşündürür.

- Şizofreni genellikle evresel (fazik) gidiş gösterir. Evreleri prodromal, akut (aktif), subakut, moratorium (uyumsuz), işlevlerde geçiş ve stabil evrelerdir.

Klinik görevler ve teknik stratejiler: Tüm bireysel psikoterapi girişimleri duyarlılığın etkilerini azaltmayı, uyumsuz kapasiteyi desteklemeyi ve stresin etkilerini azaltmayı amaçlar. Burada kritik konu, bozukluğun özel bir evresindeki bir birey için girişimlerin potansiyel değerinin ne olduğudur. Uygun tedavi görevlerinin belirlenmesinde bozukluğun alt tipi, hastalanmadan önce ve şimdiki işlevsellik, hastanın belirlediği tedavi hedefleri önemlidir.

Genel tedavi stratejileri

1. *Değerlendirme:* Tedavi sürecinin başlaması değerlendirme ile olur. Ayırıcı tanıyı, tedaviye uyumu, riskleri, kısa süreli ilaç tedavisine yanıtı değerlendirmeyi kapsar. Hastanın strese tepkileri, bilişsel güçleri ve güçsüzlükleri de değerlendirilir.

2. *Sürekli yeniden değerlendirme:* Şizofreninin değişken doğası ve hastanın uyumu, hedeflerin ve sonuçlarının periyodik değerlendirilmesini gerektirir.

3. *Zamanlama:* Şizofrenin evresel doğal öyküsü özel terapötik görevlerin zamanlamasına özel dikkat gerektirir. Stabilizasyonu sağlamaya ve destekleyici tedaviyi sürdürmeye ilk 6-12 ay arasında başlanmalıdır. Hasta belirtisiz duruma gelince uyumlandırma ve psikoeğitimsel yaklaşımlar devreye sokulur.

4. *Titrasyon:* Tedavi girişimleri uygulanırken gerek uygulamanın yoğunluğu, gerekse karmaşıklığı yavaş yavaş artırılmalıdır.

5. *Psikofarmakolojiyle bütünleştirme:* Tüm farmakolojik tedavilerin hedefi etkili en düşük dozda ilaç

kullanarak belirtileri kontrol etmektir. İlaç dozunun azaltılması ise, psikososyal yaklaşımların başarısına bağlıdır.

Ayaktan şizofreni hastalarında ilaç tedavisine bireysel psikoterapi eklendiğinde relaps oranının düştüğü, toplumsal ve mesleki işlevselliğin arttığı, iyilik durumunun daha uzun sürdüğü gösterilmiştir.^{10,17,26-28}

Grup Tedavisi

Grup tedavileri kavramı psikoeğitim gruplarını, destekleyici ya da dinamik yönelimli grup psikoterapisini, grup danışmanlığını ya da bunların bir karışımı olan bütüncül yaklaşımlı grup tedavisini gösterir. Grup tedavisinin amaçları hastanın bozukluğun hangi döneminde olduğuyla yakından ilgilidir: Bu amaçlar arasında ilaçlara uyum ve yan etkilerinin denetim altına alınması, problem çözme becerisinin kazandırılması ve artırılması, hedefleri belirleme, toplumsal etkileşimler, bağımsız günlük yaşam etkinliklerinin geliştirilmesi vardır.²⁹

Grup tedavilerinin *burada ve şimdi* (here and now) ilkesinde odaklanmasının gerektiği, hastaların baş etme becerilerini artırmada etkili olduğu belirtilmektedir.^{29,30} Yatan hastalarda grup tedavisinin etkinliğinin olmadığı belirtilmekte, genel olarak stabil ayaktan hastalar için önerilmektedir.^{4,11,31} Grup tedavisine alınacak hasta sayısının 6-8 arasında olması önerilir.¹¹

Grup tedavisi için hasta seçiminin ölçütleri klinik deneyimlerle, hastanın ve bozukluğun özellikleriyle ilgilidir. Grup tedavisine alınacak hastalar stabil olmalı, gruba anlamlı katılım için gerçeği değerlendirmeleri yeterli düzeyde olmalıdır. Grup tedavisine alınmama ölçütleri ise, hastanın sanrı ya da varsanılarla aşırı uğraşması, ciddi düşünce organizasyonu bozukluğu ve dürtü kontrolünün çok bozuk olmasıdır.

Grup tedavisinin kimi zaman olumsuz etkileri de olabilir. Grup ortamı hastalar için aşırı stresli bir duruma gelirse, belirtiler kötüleşebilir. Aşırı duygu dışavurumu, yüzleştirme, sorunları deşme uyarıcı olabilir ve hastayı olumsuz olarak etkiler. Bunlardan kaçınmak için terapistin sınır koyması gerekir.¹¹ Akut dönemdeki yatan hastalarda içgörü psikoterapisinin yararı olmadığı gibi, tehlikeli bile olabilir.³¹

Stabil, ayaktan şizofreni hastalarında grup tedavilerinin etkinliğinin güçlü kanıtları yoktur. Kontrollü çalışmaların çoğu, özellikle destekleyici ve etkileşim yönelimli grup tedavilerinin yararlı olduğunu göstermiştir. Bu yararlar hastaların belirtileriyle baş etmelerinde, toplumsal uyumlarının iyileşmesinde, tedavi ekibiyle işbirliğini geliştirmede görülür.^{4,11,32-34}

Aile Psikoeğitimi

Şizofreni hastalarının bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle ailelerin önemi daha da

artmıştır. Uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakıcıları genellikle ailelerdir. Bir hastanın yaşamındaki en değişmez öğelerden biri ailesidir. ABD’de taburcu olan hastaların %60’tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü belirtilmektedir.^{4,11} Bu oranının ülkemizde daha yüksek olduğunu söylemek yanlış olmaz. Anne-babasıyla birlikte yaşamayanlar bile, sıklıkla onlarla yakın ilişkilerini sürdürürler.

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir:³⁵ Birinci gruptaki güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerindeki azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilgilidir. İkinci gruptaki güçlükler hastaların bozuk ve inhibe olmamış davranışlarıyla ilgilidir. Bu güçlükler aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler yaratabilir.

Çalışmalar, aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozukluklar hakkında yeterli bilgisinin olmadıklarını, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların relaps oranlarını artırdığını göstermiştir.³⁶⁻³⁸ Hastanın aile ya da akrabalarıyla yakın ilişkide olmasının ve ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının relaps oranlarını artırdığı gösterilmiştir.^{4,7,24,25,35,39,40} Uyarının çok olması pozitif belirtileri, az olması negatif belirtileri kötüleştirir.

Son 30 yılda ailelerin tedavi ekibinin etkin üyeleri olmalarına çalışılmaktadır. Aile hekimler için değerli bilgi kaynağıdır. Aile üyeleri erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabilir, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili olabilir, aile içi etkileşimi düzenleyebilir. Aileyi psikoedükatörel aile toplantılarına çekmek için en uygun zaman akut dönemdir. Aileler hastanın durumu kötüyken ilişki kurma, ilişkiyi sürdürme, bilgi alma, güven arama, soru sorma konularında daha motive edilebilir.¹¹ Aile eğitimi tek^{40,41} ya da grup⁴²⁻⁴³ halinde yapılabilir.

Aile tedavisinin amaçları relaps oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmaktır. Bu hedeflere ulaşıldıktan sonra aşama, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşamasına doğru ilerlemesini kolaylaştırmaya çalışmaktır.

Aile tedavisi ilaç tedavisine eklendiğinde relaps oranı yarıya düşmüştür,^{4,11} ilaca uyum, toplumsal uyum ve iş uyumu artmıştır.⁴¹

Aile tedavisinin ortaya çıkarabileceği olumsuzluk, hasta hala akut evrede ve yoğunlaşması bozukken stresli aile ortamlarında aşırı uyarılması ve kötüleşmesi olabilir.

Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarının tedavisinde biyolojik yöntemler temel öneme sahip olmakla birlikte, psikososyal yaklaşımlarla desteklenmedikçe, bu yöntemlerin başarıları sınırlı kalmaktadır. Bu alandaki eğitim çalış-

malarının gerek bozuklukla ilgili sorunlarda, gerekse yaşam kalitesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir.⁴⁵⁻⁴⁷

Şizofreni hastalarının bozukluğun belirtileriyle baş etmede, kişiler arası ilişkilerde, iş yaşamında, günlük yaşam etkinliklerinde yaşadıkları sosyal beceri sorunları vardır. Bunların şizofreninin pozitif ya da negatif belirtilerine ikincil olup olmadığı net değildir.⁴ Bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, artırılması, yeni beceriler kazandırılması hastaların işlevselliği yönünden önemlidir. Hastaların bu tür programlara katılması bozukluğun gidişini olumlu yönde etkilediği gibi, sorumluluğu kendilerinin almasını ve bireysel etkinlik kazanmalarını da sağlar.⁴⁵

Psikososyal beceri eğitimi, toplumsal yaşamın beklentilerini karşılamak için hastalara gerekli becerileri kazandırmada öğrenme kuramlarını ve davranışsal teknikleri kullanır. Eğitim etkileşimsel niteliktedir. Bu eğitim bireysel ya da grup temelinde verilebilir.^{11,45,48}

Psikososyal beceri eğitiminin temel amacı, hastaların psikososyal işlevlerdeki özgül yetersizliklerini/bozukluklarını iyileştirmek; en üst düzeyde yaşam kalitesi ve üretkenlik sağlamaktır. Bu eğitimin amaçları şöyle özetlenebilir:^{11,45}

- İletişim becerilerinin kazandırılması,
- Problem çözme becerilerinin kazandırılması,
- İlaçları nasıl kullanacağını ve yan etkilerinin neler olduğunu tanıtlaması,
- Tıbbi ve psikiyatrik tanıyı tartışmanın artırılması,
- Gereksinmelerini ve beklentilerini diğer insanlara/topluma açıklamasının geliştirilmesi,
- İş görüşmesini yapabilmesinin öğretilmesi,
- Relapsın uyarıcı işaretlerinin tanınmasının ve baş edilmesinin sağlanması: İlgisizlik, dikkat dağınıklığı, karamsarlık, gerginlik, uyku bozuklukları, kendine/başkalarına zarar verme düşünceleri, saldırganlık...
- İnatçı belirtilerin tanınmasının ve baş edilmesinin sağlanması: Sıkıntı (anksiyete), depresyon, sanrı, varsanı, düşünce ve konuşma bozuklukları.

Psikososyal beceri eğitimi için seçilen hastaların orta ya da ciddi düzeyde beceri eksikliklerinin olması, hastalıklarına karşı içgörülerinin olması, eğitime etkin biçimde katılabilecek olmaları istenir.^{11,45}

Bu eğitimde kullanılması yararlı olan araçlar eğiticinin el kitabı, grup üyeleri için çalışma kitabı, demonstrasyon için videolardır. Beceri kazandırma eğitimi bilgilendirme, terapistin model olması, rol oynama, davranış biçimlendirme, olumlu geribildirimde bulunma, ev ödevleri, yapılanların dış dünyaya da genellemenin bir kombinasyonu ile gerçekleştirilir. Bunlar hedefe ulaşmak için aşama aşama yapılır. Bu becerilerin hastaların doğal çevrelerine genelleştirilmesinin güçlü kanıtları yoktur.^{11,45}

Şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitiminin yararları gösterilmiştir. Fakat etkisinin uzun süreli olduğunu söylemek güçtür. Bir yıllık izleme çalışmalarında öğrenilen becerilerin korunduğu gösterilmiştir,⁴⁹⁻⁵¹ iki yıllık izlemede koruyucu etkide kayıp gösterilmiştir.⁴¹

Eğitim programlarının olumsuz etkilerinden kaçınabilmek için bazı konulara dikkat etmek gerekir. Örneğin, hastalardan kapasitelerinin üzerinde ev ödevi istenir, süreç hızlı işletilirse ve yineleyen başarısızlık olursa, ters tepkiler ortaya çıkabilir. Bilişsel yetiştirimi olan hastalar bu program için uygun olmayabilir ve başarısızlık yaşayabilir. Yineleyen başarısızlık birey için stres yaratıcı ve cesaret kırıcı olabilir. Bu nedenle terapistlerin gerçekçi hedefler belirlemesi ve uygun hasta seçmeleri önemlidir.¹¹

Bilişsel İyileştirme ve Tedavi

Şizofreni hastalarında düşünce yapısında ve içeriğinde bozukluk olduğu Bleuler'den bu yana bilinmektedir. Bununla birlikte, şizofreni tedavisinde bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar yeterince vurgulanmamış ve uygulanmamıştır. Bunun nedenleri arasında gerek şizofrenik bozukluklarla, gerekse bilişsel davranışçı yaklaşımlarla ilgili önyargılar yatmaktadır.²⁰

Bilişsel davranışçı yaklaşımların başarıya ulaşmasında hastayla işbirliği önemlidir. Burada da hastanın tedaviye etkin olarak katılması, stabil durumda bulunması gereklidir. Bu yaklaşımın amacı, hastanın bozuklukla ilgili önyargılarının ve toplumsal işlevselliğinin artırılarak diğer yaklaşımlardan yararlanması için anormal bilişsel yaklaşımları düzeltmektir.

Bilişsel tedavi bu hastalarda iki yaklaşım kullanır: Birincisi, birçok şizofreni hastasında görülen dikkatini toplayamama, bellek sorunları, uyanıklıkta/canlılıkta azalma, planlamada ve karar vermede sınırlılık gibi bilişsel bozuklukların düzeltilmesi. İkincisi ise, Beck'in depresyonda yaptığına benzer bilişsel tedavi girişimlerinde bulunmaktır.^{11,52,53}

Şizofreni hastalarında nöropsikolojik bozuklukların düzeltilmesinin etkinliği deneysel çalışmalarla gösterilmiş,^{54,55} fakat bu etkilerin sürekliliği onaylanmamıştır.⁵⁴ Bilişsel tedavilerin şizofrenide kullanılması ile ilgili düzenlemeler sürmektedir.

Mesleksel Uyumlandırma

Mesleksel uyumlandırma programları yatan hastalarda kuruma bağımlılığı artırabileceğinden, temel olarak toplum içinde yaşayan hastalarda odaklanmalıdır. Temel amacı, hastanın mesleksel işlevsellikte en üst düzeye çıkması için cesaretlendirmektir. Bazı çalışmalar şizofrenili hastaların bir işte çalışma oranlarının %15-40 arasında olduğunu göstermiştir.^{4,11}

Mesleksel uyumlandırma programları korumalı iş yerleri, iş desteği, iş kulüpleri, Boston Üniversitesi modeli, geçici iş verme gibi alt başlıklarda ve uygulamalarda yürütülür. Bunların amaçları arasında

hastalara daha kısa iş günü sağlamak, iş baskısını azaltmak, basitleştirilmiş görevler ve olumlu iş çevresi sağlamak;⁵⁶ sürekli olarak iş desteği sağlamak;⁵⁷ hastaların özelliklerine uygun iş bulmalarına, iş istemelerine, iş görüşmelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sayılabilir.¹¹

Erken Girişim İçin Özgül Programlar

Prodromal belirtiler ortaya çıktığında erken girişimde bulunmak relapsın ve yeniden yatışın önlenmesinde etkin olabilir. Çalışmalar, relapsın genellikle birkaç gün-birkaç hafta arasında sonlanabilen prodromal belirtilerin ardından ortaya çıktığını göstermiştir. Kontrollü çalışmalar, prodromal belirtiler ve erken girişim konularında hastaları ve ailelerini eğitmek için özgül programların relaps oranlarını azaltmada yararlı olabileceğini göstermiştir.^{16,58,59}

Erken girişim için formal bir stratejiyi uygulamada hastalar ve aile üyeleri prodromal belirtiler ve davranışlar için eğitilir, düzenli olarak izlenir. Bazı hastalarda prodromal dönem çok kısa olabildiğinden, hastalar ve aileleri günün her saatinde yardım istemek için telefon edebilmelidir.

Bu programları uygularken hekimler, hastalar ve aileler prodromal belirtilerin gözlenmesinde gereğinden çok odaklanmamalıdır. Bu durum yanlış pozitif değerlendirmeye ve ilaç dozunun yükseltilmesine, yan etkilerin artmasına neden olabilir. Bir başka önemli nokta, tedavinin salt psikopatolojiye değil, belirtilerde iyileşmeye de dikkat çekmesinin önemli olduğudur.

Olgu Yönetimi

Yaygın bir gözlem, şizofreni hastalarının gerekli ve yeterli bakımı alamadıklarıdır. Bu durumu ortadan kaldırmak için olgu yönetimi uygulaması geliştirilmiştir. Tedavi ekibinden bir kişi ya da ekibin birkaç üyesi olgu yöneticisi olur. Hastalar eşgüdümü, sürekli ve kapsamlı tedavi hizmetleri alır.

Olgu yönetimi hizmetlerinin verilebilmesi için uygun tedavi kaynaklarının bulunması temel öneme sahiptir. Hasta evde, işte izlenip gerektiğinde hemen yardımcı olacak girişimlerde bulunulur. Olgu yöneticisi bağımsız işlev görüp tedavi ekibiyle birlikte çalışmazsa, uygulamada sorunlar ortaya çıkar.¹¹

Kendine Yardım Grupları

Günümüzde şizofreni hastaları ve aileleri tedavi sürecinde giderek artan biçimde etkin olarak rol almaktadırlar. Bu durumun amaçları, hastaların ve ailelerin tedavinin planlanmasında ve uygulanmasında söz sahibi olmayı, profesyonellere bağımlılıklarını azaltmayı, hastalıkla ilgili damgalanmayı azaltmayı, tedavi ve araştırma için yeterli desteğe ulaşmaya çalışmayı kapsar. Bu alandaki kendine yardım gruplarının alt tipleri şunlardır.¹¹

- Hasta organizasyonları,
- Kendine yardım tedavi organizasyonları,
- Akraba organizasyonları.

Yukarıda belirtilenler dışında toplumsal yaklaşımlar da vardır. Toplumsal yaklaşımların amacı psikososyal yaklaşımlarla ortaktır. Bunlar arasında şunlar sayılabilir:

- Assertive toplum tedavisi programı,
- Fairweather Lodge,
- Psychosocial clubhouse.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde psikososyal yaklaşımlarla ilgili yaygın, sistematik bir çalışma ve uygulama yoktur. Bunun nedenleri arasında biyolojik psikiyatriye ağırlık verilmesi, psikososyal yaklaşımlar konusunda bilgi eksikliği, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde bu yaklaşımlara yeterince yer verilmemesi, ruh sağlığı alanında çalışanların nicelik yönünden yetersiz olması ya da tedavi ekibinin tam olarak oluşturulamaması sayıla-

bilir. Bununla birlikte, bazı tedavi merkezlerinde bu tür yaklaşımlara da yer verildiği, bazı illerde (İstanbul, Ankara, İzmir, Manisa, Konya) ruh sağlığı çalışanlarıyla hasta yakınlarının dernek oluşturarak etkinliklerde bulunmaları, PAREM’in psikososyal tedavilerle ilgili eğitici yayınlar yapması sevindiricidir. Bu konuyla ilgili olarak yurt dışında eğitim görenler ve ülkemizde eğitimcilerin eğitimini verenler arasında Doç.Dr. Mustafa YILDIZ (Kocaeli), Prof.Dr. Alp ÜÇÖK, Doç.Dr. Tamer AKER (İstanbul), Doç.Dr. Haldun SOYGÜR (Ankara), Prof.Dr. Köksal ALPTEKİN (İzmir) vardır ve bu kişilerden eğitim konusunda yardım alınabilir.

Sivas’ta şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığımız kombine psikososyal yaklaşım uygulamaları üç ay gibi kısa bir süre olsa da, kişiler arası ilişkilerde, aile ilişkilerinde, tedaviye uyum konusunda, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde olumlu sonuçlar vermiştir.¹

Şizofreni hastaları ve ailelerine somatik tedavilerin yanı sıra, psikososyal yaklaşımların uygulanması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde psikososyal ve bütüncül yaklaşımlara yer verilmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

- Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başeğmez F: Şizofrenide psikososyal yaklaşım. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Bildirileri Özet Programı, (24-28 Nisan 2002, Antalya) s. 137.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A: Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):21-46.
- Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M: Residential care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996; 168:448-456.
- Bustillo J, Keith SJ, Lauriello J: Schizophrenia: psychosocial treatment. BJ Sadock, VA Sadock (ed): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’de, 7. baskı, cilt. I, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 1210-1217.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26(1):5-20.
- Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM: The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *Am J Public Health* 1997; 87:2002-2008.
- Leff J, Vaughn C: The role of maintenance therapy and relative expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow up. *Br J Psychiatry* 1981; 139:102-104.
- Mueser KT, Drake RE, Bond GR: Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Rev Psychiatry* 1997; 5:123-137.
- Fenton WS, McGlashan TH: Schizophrenia: individual psychotherapy. BJ Sadock, VA Sadock (ed): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’de, 7. baskı, cilt. I, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 1217-1231.
- Gabbard GO: Combined psychotherapy and pharmacotherapy. BJ Sadock, VA Sadock (ed): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*’de, 7. baskı, cilt. II, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 2225-2234.
- American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Washington DC, APA, 1997.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC ve ark: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-836.
- Herz MI: Prodromal symptoms and prevention of relapse in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46:22-25.
- Van Putten T: Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31:67-72.
- Van Putten T, May PR: Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:477-480.
- Herz MI, Glazer WM, Mostert MA ve ark: Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two years relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:333-339.
- Hogarty GE, Goldberg SC: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: one-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28:54-64.
- Pardes H, Kaufmann CA, Pincus HA ve ark: Genetics and psychiatry: past discoveries, current dilemmas, and future directions. *Am J Psychiatry* 1989; 146:435-443.

19. Karon BP, VandenBos GR: The consequence of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 1972; 9:111-119.
20. Aker T, Sungur MZ: Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.0
21. Lehman AF, Steinwachs DM and PORT coinvestigators: At issue: translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24(1):1-10.
22. Mueser KT, Bond GR: Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13:27-35.
23. Leff J: Needs of the families of people with schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998; 4:277-284.
24. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N: Attributions, expressed emotion, and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behav Ther* 1994; 25: 67-88.
25. Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors as the course of psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976; 129:125-137.
26. Hogarty GE, Ulrich RF, Mueser KT ve ark: Drug discontinuation among long term, successfully maintained schizophrenic outpatients. *Dis Nerv Syst* 1976; 37:494-500.
27. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR ve ark: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, II: two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31:603-608.
28. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, III: adjustment of nonrelapsed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31:609-618.
29. Üçok A: Şizofreni Hastaları İçin Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisi. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
30. Kanas N: Group therapy with schizophrenic patients: a short-term, homogeneous approach. *Int J Group Psychother* 1991; 41:33-48.
31. Kanas N, Rogers M, Kretz E ve ark: The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study. *J nerv Ment Dis* 1980; 168:487-492.
32. Donlon PT, Rada RT, Knight SW: A therapeutic aftercare setting for "refractory" chronic schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1973; 130:682-684.
33. O'Brien CP, Hamm KB, Ray BA ve ark: Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: a controlled outcome study. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27:474-478.
34. Malm U: The influence of group therapy on schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* 1982; 297.
35. Gelder M, Mayou R, Cowen P: *Psychiatry*. New York, Oxford University Press, 2000.
36. Kavanagh DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 160:601-620.
37. Vaughn CE, Leff JP: Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1981; 7:43-44.
38. Mueser KT, Gingerich SL, Rosenthal CK: Familial factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 1993; 6:251-257.
39. Rolland JS, Walsh F: *Family therapy: systems approaches to assessment and treatment*. Synopsis of Psychiatry, Washington DC, APP, 1996, 1097-1126.
40. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW ve ark: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:887-896.
41. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ ve ark: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:340-347.
42. Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W ve ark: Family factors in schizophrenic relapse: a replication. *Schizophr Bull* 1982; 8:425-426.
43. McFarlane WR: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv* 1994; 62:13-22.
44. Yıldız M: Psikososyal Beceri Eğitimi. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
45. Herz MI, Lambert JS, Mintz J ve ark: A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-283.
46. Stenberg JH, Jaaskelainen IP, Røyks R: The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. *Int Rev Psychiatry* 1998; 10:58-61.
47. Liberman LP, Mueser KT, Wallace CJ: Socialskills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. *Am J Psychiatry* 1986; 143:523-526.
48. Wallace CJ: Socialskills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. *Int Rev Psychiatry* 1998; 10:9-19.
49. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR ve ark: Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1549-1555.
50. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ ve ark: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149:654-658.
51. Holmes MR, Hansen DJ, St Lawrence JS: Conversational skills training with aftercare patients in the community: social validation and generalization. *Behav Ther* 1984; 15:84-100.
52. Tarrier N, Harwood S, Yusopoff L ve ark: Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behav Psychother* 1990; 18:283-293.
53. Tarrier N, Beckett R, Harwood S ve ark: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 162:524-532.

54. Penn DL, Mueser KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153:607-617.
55. Green MF: Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? *Am J Psychiatry* 1993; 150:178-187.
56. Griffiths RD: Rehabilitation of chronic psychotic patients. *Psychol Med* 1974; 4:316-325.
57. Cook JA, Razzano L: Natural vocational supports for persons with severe mental illness: Thresholds Supported Competitive Employment Program. *New Dir Ment Health Serv* 1992; 56:23-41.
58. Marder SR, Wirshing WC, Van Putten T ve ark: Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:280-287.
59. Pietzcker A, Gaebel W, Kopcke W ve ark: Intermittent versus maintenance neuroleptic long-term treatment in schizophrenia: 2-year results of a German multicenter study. *J Psychiatr Res* 1993; 27:321-339.

ANADOLU PSİKİYATRİ DERGİSİ
Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında,
yılda dört sayı olarak yayımlanır.

YAZI GÖNDERME ADRESİ

Prof.Dr. Orhan DOĞAN
Anadolu Psikiyatri Dergisi
C.Ü. Hastanesi Psikiyatri ABD
58140 SİVAS
Tel. ve faks: 0346 2191574
e-posta: odogan@cumhuriyet.edu.tr