

# İşitsel Varsanılarda Bilişsel Davranışçı Terapi *Cognitive Behavioral Therapy for Auditory Hallucinations*

Oya Mortan<sup>1</sup>, Serap Tekinsav Sütçü<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uzm. Psik., Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup> Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Klinik Psikoloji ABD, İzmir

---

## ÖZET

İşitsel varsanılar, şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda sık görülen belirtilerdendir. İşitsel varsanıların sıklığı ve bu belirtileri deneyimleyen kişiler üzerinde yarattığı sıkıntı, kişiyi bu seslerin kontrol edilemez ve baş edilemez olduğuna inandırmaktadır. Bu durum umutsuzluğa ve çaresizliğe kapılmalarına, kendilerine ya da başkalarına zarar vermelerine yol açabilmektedir. Ayrıca seslere harcadıkları zaman ve bu belirtilerle meşguliyetleri nedeniyle bu kişilerin sosyal ve mesleki işlevselliklerinde belirgin azalma olmaktadır. İşitsel varsanılar temelde içsel uyarıların dışsal kaynaklara atfedilmesine neden olan düşünceler, yani kişilerin iç konuşmalarıdır. Bu iç konuşmalar temel kendini izleme süreçlerindeki bozulma nedeniyle hatalı olarak yorumlanmaktadır. Bu noktada uygulanacak olan bilişsel davranışçı tekniklerin bu bilişsel zorlukların giderilmesi; işitsel varsanıların yarattığı duygu, davranış ve bedensel tepkilerin anlaşılması ve bu belirtilerle baş edilmesi için yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu yazıda, işitsel varsanılara yönelik bilişsel-davranışçı teknikleri daha ayrıntılı biçimde tanıtılması ve bu belirtileri yaşayan kişilerin tedavisindeki kullanımının geniş biçimde ele alınması hedeflenmiştir.

*Anahtar Sözcükler: şizofreni, işitsel varsanılar, bilişsel-davranışçı terapi*

## ABSTRACT

Auditory hallucination is one of the most common symptoms in schizophrenia and the other psychotic disorders. The frequency of the auditory hallucinations and ensuing distress make the individual believe that these voices are not able to be controlled and to be coped. This situation can cause patients to be hopeless and desperate and lead to harm themselves or the others. Furthermore, the time they lose and preoccupation with these symptoms reduce

their social and occupational functioning significantly. Auditory hallucinations are fundamentally mean thoughts causing to attribute internal stimulus to the external sources, thus they are the internal speech of the individual. These internal speeches are inaccurately interpreted due to dysfunctions in the basic processes of self monitoring. Using cognitive behavioral techniques at this stage are thought to be effective in eliminating cognitive difficulties, understanding feelings, actions and somatic reactions which auditory hallucinations caused; and coping with these symptoms. The fundamental aim of this review was to clarify cognitive behavioral interventions intended for auditory hallucinations and to discuss its practice.

*Keywords: schizophrenia, auditory hallucinations, cognitive behavioral therapy*

Şizofreni düşünce, algılama, duygulanım ve davranışta bozulmaya neden olan bir beyin hastalığıdır. Tek bir bozukluk olarak değil, pek çok alanda bozulmanın görüldüğü klinik bir sendrom, bir süreç olarak kabul edilmektedir.[1] Gerek şiddetli ve sıklıkla kalıcı belirtileri gerekse sosyoekonomik sonuçları dikkate alındığında, dünyadaki en önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilebilir.[1,2]

Şizofreninin klinik belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere iki kategoride toplanabilir. Her hastada tüm hastalık belirtileri görülmeyebilir. Şizofrenide kimi zaman yalnız pozitif (algıda bozulma-varsanılar; düşünce içeriğinde bozulma-sanrılar; katatoni; düşünce yapısında bozulma-dezorganize konuşma, dezorganize davranış) kimi zaman negatif (donuk affekt, apati, anhedoni, aloji, avölüsyon, dikkat ve motivasyon eksikliği, iş yaşamı ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar) belirtiler görülebilir; ancak sıklıkla bu belirtiler değişik kombinasyonlarda birarada izlenebilir.[3-5]

Şizofreni etyolojisini aydınlatmak için en sık kullanılan model, stres-yatkınlık modelidir. Bu model biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımıdır.[3,6-9] Buna göre, şizofreninin ortaya çıkmasına neden olan etmenler yaşamın erken dönemlerinde edinilen bir yatkınlık (duyarlılık, zedelenebilirlik) ve stresin (ruhsal yüklenmeler) etkisiyle açıklanabilir.[4,9] Yatkınlık kavramı; anne ve babadan gelen genlerin etkisini (kalıtımı), kişinin ana rahminde iken maruz kaldığı çevresel-fiziksel etkileri (örselenme, beslenme bozuklukları, yangın, zehirlenmeler, vs.), doğum esnasındaki fiziksel incinme, solunum zorluğu, oksijen eksikliği, yangınlar, kanama ve benzeri durumları kapsar. Stres ise yatkınlık etmenlerinden bağımsız olarak ya da kısmen bağımlı olarak daha sonra ortaya çıkan ya da maruz kalınan birtakım yaşam olayları, ilaç ve maddelerin etkisiyle hastalığın ortaya

çıkmasını açıklar.[3,6,10] Bu durumu terazi modeliyle açıklayacak olursak, eğer kişinin karşılaştığı ruhsal yüklenmeler (stresler) kendi yük kaldırma gücünden fazlaysa o zaman denge bozulur ve kişi psikotik bir epizod içine girer.[10,11]

Şizofreni hastalık belirtileri ve hastalığa eşlik eden sorunlar nedeniyle ciddi ve önemli olmasına rağmen, günümüzde iyi tedavi edilebilen bir bozukluk olarak kabul edilmektedir.[6] Tedavisinde genellikle antipsikotik ilaç kullanımının yanı sıra ilaç kullanılmayan ya da ilaç tedavisine yanıt vermeyen olgularda elektrokonvulsif tedavi (EKT) gibi somatik teknikler kullanılmaktadır.[4] Bununla birlikte, hem organik hem de psikososyal bileşenlere odaklanan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesinin yararlı olduğu üzerinde durulmaktadır. Tedavide antipsikotik ilaç tedavisi temel öneme sahip olmakla birlikte, ruhsal-toplumsal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediğinde tedavinin başarısının sınırlı kaldığı düşünülmektedir.[12]

Bu çalışmanın amacı şizofrenide sık görülen belirtilerden olan işitsel varsanıların bilişsel-davranışçı bir temelde daha iyi anlaşılmasını sağlamak, bu belirtilere yönelik uygulanan bilişsel davranışçı terapi programlarının içeriğini ve bu alanda yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçları gözden geçirmektir.

## **Şizofreni ve İşitsel Varsanılar**

Varsanı, ortada bir nesne yokken dışsal bir nesnenin varlığının algılanmasıdır. Gerçek bir algımanın tüm gücü ve etkisine sahip olan algı benzeri yaşantıdır.[9,13] Varsanılar işitsel, görsel, koku (olfaktör), tat ve dokunma (taktil) olmak üzere beş duyardan herhangi biriyle ilişkili olabilir. Ancak en sık etkilenen işitme duyusudur.[8,14,15] İşitsel varsanılar şizofrenide en sık görülen belirtilerdendir (yaklaşık olarak %70) ancak yalnızca şizofreniye özgü psikopatolojik deneyimler değildir.[6,8] Bu belirtiler başka ruhsal rahatsızlıklarda ya da alkol/madde kullanımına bağlı olarak görülebildiği gibi, sağlıklı kişilerde de uyarıcı yoksunluğu ya da ağır stres durumlarında gözlenebilmektedir. Bu nedenle her zaman psikopatolojiyi düşündürmemelidir.[6] Normal insanların da yaklaşık %15'i yaşamlarında en az bir kez varsanı deneyimi yaşayabilirler.[10]

İşitsel varsanıları olan şizofreni tanımlı hastalar konuşmalar, sesler ya da gürültülerden söz ederler. Kişinin kendisiyle ya da kişi hakkında konuşabilir, ona seslenebilir ya da emir verebilir. Ses birden fazla da olabilir ve sesler aralarında hasta hakkında tartışabilir. Onun düşünce ve davranışları hakkında yorum yapabilir, onu tehdit edebilir.[1,5,15,16] Bu sesler belirli ya da belirsiz; sessiz

ya da yüksek sesli olabilir. Bu sesler kişinin kendi düşüncelerinden ayrı olarak algılanır. İki ya da daha çok kişinin birbiriyle konuşan sesleri ya da kişinin düşünce ya da davranışlarıyla ilgili sürekli yorum yapan konuşma sesleri şizofreniye özgü işitsel varsanılar olarak kabul edilebilir.[14]

Birçok olguda hastalar bu seslere başkaları onlarla konuşuyormuş gibi tepki verirler. Yani bu seslerle kişisel bir ilişki kurarlar. Sıklıkla seslerin durdurulamaz, kontrol edilemez olduğunu düşünürler.[17] Seslerin verdiği emirlere uyup kendileri ya da başkalarına zarar verici davranışlar sergileyebilir ve sonuç olarak kendini genelde umutsuz, değersiz ve çaresiz hissederler.[9,17] Bazı hastalarda ise sesler kişiye hoş şeyler de söylemekte olduğundan hasta bunlardan memnun olabilir ve varsanıların tedavi ile kaybolmasından rahatsız olabilir. Bu hastalar sesleri baş edilmesi gereken sıkıntı verici belirtiler olarak görmeyebilir, bu nedenle belirtilerle başa çıkmak için gerekli olan ilaç kullanımı, hastaneye yatış ve günlük tedaviye katılımı reddedebilir.[7,9]

Şizofreninin bilişsel açıklamasını yapan Frith Modeline göre, şizofreni hastalarının temel kendini izleme süreçlerinde bir bozulma vardır. Buna göre, şizofreni hastalarının kendi eylemlerinden kaynaklanan olaylarla dışsal kaynaklı olanları ayırt edemediği, kendi eylemlerinden kaynaklananları dışsal olaylara atfettiği ileri sürülmektedir.[7] İşitsel varsanılar için pek çok kuram ileri sürülmesine karşın, çoğu kuramcı da varsanıların dışsal bir uyarının hatalı yorumlanmasına bağlı oluşan düşünceler olduğunu kabul etmektedir.[13,14,18] Sesler duyan kişilerde yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, seslerin etkin olarak duyulduğu aşamada konuşurken etkin olan beyin alanlarının benzer bir etkinlik gösterdiği saptandığından, duyulan seslerin kişinin kendi içsel konuşması olduğu düşünülmektedir.[14]

Varsanılar zorlayıcı yaşam olaylarını ve koşulları dışsallaştırma eğiliminden kaynaklanmaktadır. Sonrasında ise bunlardan kaçınma gibi bazı güvenlik davranışlarına başvurulmakta, işlevsel olmayan bazı açıklamalar üretilmekte, sonuçta da yoğun bir duygulanıma neden olmaktadır.[14] Ses duyan bir kişinin kendi kendisine “Şeytan benimle konuşuyor, deliriyor olmalıyım” veya “bu yabancı bir his, çok yorulmuş olmalıyım” demesi; bu yaşantıyı nasıl anlamlandıracağını belirleyecektir.[13,19] Bu yaklaşım Morrison’un “düşünceler, bu düşüncelerin sesler olarak yorumlanması, ardından gelen değerlendirme ve bu değerlendirmenin duygudurum, bedensel ve davranışsal sonuçları arasındaki döngü, işitsel varsanıların içsel olayların dışsal bir kaynağa atfedilmesinden kaynaklanır” görüşüyle uyumludur.[20-22]

## Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar

Toplumda şizofreni ve psikotik bozuklukların tedavi edilemez hastalıklar, psikolojik müdahalelerden yararlanamayan biyolojik koşullar olduğuna ilişkin geçmişten gelen yaygın bir inanış vardır.[12,23] Hastalığın oluşumunda genetik, biyolojik ve yapısal etkenlerin rolünün önemi bilinse de, tedavisinde yalnızca biyolojik tedavilerin kullanılması yeterli bulunmamaktadır.[6] Psikososyal açıdan desteklenmeyen ilaç tedavisi tüm belirtileri ortadan kaldıramamakta, arta kalan bilişsel, sosyal sorunları ve negatif belirtileri azaltmamaktadır.[24,25] Ayrıca psikososyal tedavilerle sallanan rahatsızlığa ilişkin bilginin, sorun çözmenin, iletişim becerilerinin ve tedaviye uyumun artması gibi sonuçlar sadece ilaç tedavisiyle sağlanamamaktadır.[6]

Şizofrenide psikososyal tedaviler bireysel ve grup terapilerini, aile terapilerini, uğraş ve meslek edindirme terapilerini, rehabilitasyonu içermektedir.[1,16] Şizofrenide bilişsel davranışçı tedaviler ise, terapötik ilişkiyi oluşturmayı, belirtiler için alternatif açıklamalar üretmeyi, pozitif ve negatif belirtilerin etkisini azaltmayı, baş etmeyi ve ilaca uyumu arttırmayı hedefleyen yapılandırılmış terapi modelleridir. Hali hazırda sahip olunan beceri ve yetenekler aracılığıyla işlevsellik artırılmaya çalışılırken, yitirilen becerileri yeniden kazandırmaya yönelik stratejiler uygulanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapilerin destekleyici tedaviden en büyük farkı; bilişsel davranışçı tedavinin sıkıntı yaratan, yeti yitimine neden olan temel belirtilere odaklanması ve belirtide şiddet ile sıklık azaltmaya yönelik özgül teknikler kullanılmasıdır.[26]

## Şizofreni ve Bilişsel-Davranışçı Terapiler

Şizofreninin temelinde, düşüncenin yapısı ve içeriğinde bozukluk olduğu bilinmesine karşın, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamıştır.[6,13,28] Bu durumun temelinde, psikotik belirtilerin anlaşılabilir olduğu görüşü; geleneksel terapilerin başarısızlığı ve terapistlerin daha hafif patolojilere yönelmeleri; şizofreninin davranışsal değil biyolojik bir bozukluk olduğu ve ilaçlarla tedavi edilebileceği anlayışının olduğu düşünülmektedir.[6,27]

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, sadece psikotik olgularda görüldüğü düşünülen sanrılar ve varsanıllar gibi pozitif belirtilerin bazen psikotik olmayan kişilerde de görülebileceğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar depresyon ve anksiyetede yararlı bulunan bilişsel davranışçı müdahalelerin psikotik bozuklukların tedavisinde de başarılı biçimde uygulanabileceği fikrini vermiş-

tir.[23,27] Hastaların kendi baş etme yöntemlerini etkili bir biçimde kullandıklarına dair bilgiler, şizofreninin gelişiminde sosyal ve çevresel etmenlerin rolünün ve stres-yatkınlık modelinin önem kazanması, antipsikotik ilaç kullanımına direnç gösteren vakaların varlığı, farmakolojik ve psikolojik yaklaşımların tamamlayıcı olduklarına dair görüşler de bilişsel-davranışçı tedavilerin şizofreni tedavisin önem kazanmasını sağlamıştır.[27]

Günümüzde şizofreniye yönelik bilişsel-davranışçı tedavi uygulamaları, temelde hastalığa bakış açısını normalleştirerek kendine yönelik etiketlemeyi, sanrı ve varsanılar gibi psikotik belirtilerin sıklığını ve şiddetini azaltmanın yanı sıra; bu belirtilerin deneyimlenmesine bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete, depresyon ve umutsuzluk gibi sorunları gidermek, benlik saygısını arttırmak üzere uygulanan stratejileri de içermektedir. Depresyon ve anksiyete belirtileri ilaç tedavisi ve terapiye olan uyum ve motivasyonu bozabileceğinden bilişsel davranışçı tedaviden ve antidepresan ilaçlardan yararlanılarak bu belirtilerin tedavi edilmesi oldukça önemlidir.[6,29] Sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyonu azaltmanın, varsanıların sıklığını ve şiddetini azalttığı ileri sürülmektedir.[23,29,30]

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini araştıran ve yayınlanmış ampirik çalışmaların sistematik bir gözden geçirmesinde; bilişsel davranışçı terapilerin pozitif belirtileri, negatif belirtileri ve eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada destekleyici terapi, rehabilitasyon hizmetleri ya da standart ilaç tedavisine göre daha etkili olduğu görülmüştür.[31-37] Aynı çalışmalarda elde edilen olumlu etkilerin en sık olarak 6 ay ya da 1 yıl sonra alınan izlem değerlendirmelerinde de korunduğu ya da olumlu ilerlemenin devam ettiği belirtilmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmaların ise genellikle sosyal beceri eğitimi ve problem çözme tekniklerini kullanarak şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini ve özbakım becerilerini arttırmaya, aileleri bilgilendirmeye odaklandığı ve daha çok davranışçı teknikleri kullandığı; hem bilişsel hem davranışçı tekniklerden yararlanan ve özellikle de işitsel varsanıların ve diğer pozitif belirtilerin sıklığı ve şiddetinin azaltılmasına ve bu belirtilerle baş etme becerilerinin artırılmasına odaklanan sadece bir etkililik çalışması olduğu görülmektedir.[38-43] Bir çalışmada müdahale sonrasında standart tedaviye eklenen bilişsel davranışçı terapi grubunda sanrı ve varsanıların sıklığı ve şiddeti, işitsel varsanıların yarattığı sıkıntı, varsanılara harcanan süre, negatif belirtiler ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı düşme gözlenirken, standart tedavi (stabil ilaç tedavisi) grubunda müdahale öncesi ve sonrası ölçümler arasında anlamlı

bir farklılık bulunamamıştır ( $p<.05$ ).[43] Bu sonuçların 1 yıllık izlemde de değişmediği görülmüştür.[43] Bu çalışmada uygulanan terapi programına ilişkin daha detaylı bilgiye son bölümde yer verilecektir.

**Tablo.1. İşitsel Varsanların Tedavisi için Uygulanan bir Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Örneğinin Seanslarının İçeriği [44]**

Seanslar	İçerik
1. seans	Tanışma Üyelere tedavideki hedeflerin ve tedavi sürecinin anlatılması Grup kurallarının tartışılması ve tedavi sözleşmesinin yapılması Güven ilişkisinin vurgulanması
2. seans	Şizofreni hakkında bilgi vermek Şizofreninin nedenleri hakkında bilgi vermek Şizofreniyi normalleştirerek etiketlemeden uzak bir bakış açısı kazandırmak Varsanların tanımı ve nedenleri konusunda bilgi vermek
3-4. seans	Üyelerin kullandıkları baş etme yollarının tartışılması Alternatif baş etme yollarının öğretilmesi ve uygulanması
5-6.seans	Seslerin ortaya çıktığı durumların belirlenmesi Seslerin geldiği durum sırasındaki düşüncenin ifade edilmesi
7-8. seans	Seslerin analizi ve seslerin nereden geldiğine ilişkin farkındalık kazandırılması Alternatif düşüncelerin ve baş etme kartlarının oluşturulması
9-10. seans	Kendi baş etme setlerini oluşturmalarını sağlamak Benlik saygısını güçlendirmek Çalışmayla ilgili geri bildirim alıp vermek Üyeleri katılımları için pekiştirmek

## İşitsel Varsanılarda Bilişsel-Davranışçı Müdahale Teknikleri

Şizofrenide varsanılara yönelik kullanılan bilişsel-davranışçı müdahale teknikleri; dikkat dağıtma (distraction), gevşeme (relaxation), odaklanma (focusing), kendini izleme (self-monitoring), düşüncüyü durdurma (thought stopping), kendine yönerge verme eğitimi (self-instructional training) gibi baş etme teknikleri, problem çözme (problem solving) ve bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive reconstruction) olarak özetlenebilir. Bu tekniklerden bazıları hastaların hali hazırda uyguladığı teknikler olabilir. Bazılarını ise hiç denememiş olabilirler. Her hastada farklı tekniğin etkili olabileceği düşünülmektedir; bu

nedenle birden fazla stratejinin kullanımının daha yararlı olduğu belirtilmektedir.[18] Burada temel amaç hastaların seslerle mücadele edebilmeleri için bu teknikleri deneyip en çok işe yaradığını düşündükleri teknikleri içeren bir baş etme seti oluşturmalarıdır.[44] Bu teknikleri kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

### ***Baş Etme Teknikleri***

#### **Dikkat Dağıtma (Distraction)**

Dikkat dağıtma, dikkatin varsanı dışında başka bir uyarana verildiğinde varsanının yarattığı sıkıntının azalacağı varsayımına dayanmaktadır. Varsanı dışarıdan gelen bir uyarının hatalı yorumlanması olarak kabul edildiğinden; dışarıdan gelen başka bir uyarın yardımıyla varsanının etkisinin azaltılabileceği kabul edilir.[18,45] Bu nedenle radyo dinlemek, müzik dinlemek, televizyon izlemek, bir müzik aleti çalmak, günlük tutmak, şiir yazmak, okumak, bahçeye uğraşmak gibi yöntemler kullanılarak varsanların etkisi azaltılmaya çalışılır.[13] Dikkat dağıtma teknikleri aynı zamanda varsanlara ilişkin inançları değiştirmek için de kullanılabilir. Bu teknikleri kullandıkça sesler üzerindeki kontrolleri artar. Chadwick ve arkadaşları bu teknik sayesinde seslerin kontrol edilemez olduğuna ilişkin inançların değiştirilebileceğini belirtmiştir.[46] Hoşa giden bir aktiviteyle uğraşmak o sırada sese atfedilen önemi azaltacaktır. Seslerin söylediklerini dinlememek veya onlara sınırlar koyabilmek için dikkatlerini başka bir etkinliğe vermeleri işe yarayabilir.

#### **Gevşeme (Relaxation)**

Gevşeme egzersizleri korku, kaygı, öfke gibi duyguları tetikleyen uyarıların varlığında psikofizyolojik uyarılma düzeyini azaltmak üzere kullanılır. Şizofreni hastalarında varsanı ya da sanrılarla ilişkili olan sıkıntı ve gerginliği hafifletmek için kullanılmaktadır. Kas gevşetme ya da nefes egzersizleri şeklinde olabilir. Kas gevşetme tekniklerinin temeli belirtilerin de şiddetlenmesine neden olan kaygı ve kaygıyla ilgili kas gerginliğini azaltmaktır.[13,47,48] Eğer kaslar gevşetilebilirse, anksiyete azalacaktır. Gevşeme egzersizleri ile parasempatik sinir sisteminin etkinliğinin arttığı bir durumun yaratılacağı ve anksiyete anında uyarılmış olan sempatik sinir sisteminin etkinliklerinde de bir gerileme sağlanabileceği düşünülmektedir.[47]

Pek çok kişi stresli durumlarda nefes darlığı hissetmekte, soluk alıp verme süresi kısalmaktadır. Bu durumda alınan hava akciğerlerin yalnız üst kısmını doldurmakta, beyne giden oksijen miktarı azalarak bedensel bir gerginlik oluşmaktadır. Derin nefes alma bu nedenle önemlidir. Çünkü solunum ritmik ve düzenli olduğunda sinir sistemi sakinleşmektedir. Derin nefes alma egzersi-



zinde, gözler kapatılıp burundan derin bir nefes alınır. Alınan nefes göğüs kafesini değil, diyaframı aşağı doğru iterek karnı etkilemelidir.[49] Bu tekniğin başlangıçta düzenli olarak belirli zamanlarda planlanarak yapılması ve sesin gelmediği durumlarda da uygulanması yararlı olacaktır.

### **Odaklanma (Focusing) ve Kendini İzleme (Self-monitoring)**

Dikkat dağıtma tekniklerinin tersine bazı araştırmacılar hastaları belirtilere odaklanmaya ve onları izlemeye cesaretlendirmektedir. Odaklanma ve kendini izleme, yaşantıyı izlemeyi, dikkatle dinlemeyi, son olarak yeniden anlamlandırmayı içermektedir. Örneğin işitsel varsanıllarla çalışırken hastanın sesin nereden geldiğine, ne kadar sürdüğüne, nasıl bir ses olduğuna, içeriğinin ne olduğuna dikkat etmesi istenir. Böylece sesin dışsal değil, içsel bir kaynaktan geldiğini fark etmesi ve sesin kontrol edilebileceğini görmesi amaçlanır.[7,50] Depresyon ya da anksiyete gibi durumlarla çalışırken otomatik düşünce kaydı olarak adlandırdığımız ödevler; işitsel varsanıllarla çalışırken sesin geldiği durumlar, o sırada sesin ne söylediği, sese eşlik eden düşünce, bu sese ilişkin inanç ve kişinin sesle baş etmek için ne yaptığı gibi sese ilişkin özellikler kaydedilerek oluşturulur.[44,45]

### **Kendine Yönerge Verme Eğitimi (Self-Instructional Training)**

Meichenbaum, pek çok şizofreni hastasının kendi kendine olumlu konuşma ile kendilerine yönerge verdiklerini gözlemlemiş ve Cameron'la birlikte bu gözleme dayanan bir eğitim uygulaması olan "kendine yönerge verme eğitimi"ni geliştirmiştir.[6,18] Şizofreni belirtilerinin altında yatan dikkat eksikliğinin kendi kendine yapılan yanlış sözel değerlendirmelerin bir sonucu olduğu varsayılır. Bunun üstesinden gelebilmek için hastalar kendi dikkat süreçlerini kontrol etmeyi öğrenirler. Bu nedenle teknik hastaların kendi kendilerine konuşmaları ya da telkin vermeleri esasına dayanır.[6] Kendi kendine konuşmayı yüksek sesle veya sözel düşünce şeklinde yapabilirler. Her basamak sözel olarak tekrarlanır. Önce terapist model olur, sonra hasta bunu uygular. Son aşamada ise kendi kendine sessizce konuşarak uygulamaya başlar.[18]

### ***Problem Çözme (Problem Solving)***

Diğer bozuklukların tedavisinde olduğu gibi şizofreni tedavisinde de problemi tanımlamak, amacı belirlemek, çözüm yolları ortaya koymak, seçenekleri gözden geçirmek ve en iyi çözüm yolunu seçmeye dayanmaktadır.[6] Hastaya genel bir problem listesi ve istek listesi (sorunun ne yönde değişmesini istediği) verilir. Bu problem listesinde hastanın ifade ettiği probleme göre genel problem çözme becerilerine bir giriş yapılır, problemleri standartlaştırılır ve

problem çözme becerileri kullanılarak çözülmeye çalışılır. Bu teknik kullanıldığında, hastanın işlevsellik düzeyinde artış olması hedeflenmektedir.[51]

### ***Bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive reconstruction)***

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniği “inanç düzenlenmesi”, “düşünceyi değiştirme”, “kanıt arama tekniği”, “gerçeklik testi”, “sokratik sorgulama”, “işbirlikçi analiz” isimlerle de anılır. Şizofrenide psikofizyolojik yapıda ve dikkat süreçlerindeki işlev bozukluklarına bağlı olarak ortaya çıkan ve bir araya geldiğinde varsanı ve hezeyanlara neden olan gerçekliği test etmede ve algısal verilerde çarpıtmalar mevcuttur.[52] Bu nedenle gerçeklik testi ve sözel sorgulama yöntemleri hezeyanlı inanç ve düşünceleri değiştirmek amacıyla kullanılabilir. Beck’in depresyon tedavisi için geliştirdiği bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, kronik hezeyanları olan hastalar için de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. İnancın gerçekliği test edilir, alternatif açıklamalar üretilerek önceki inancın şiddeti yeniden değerlendirilir.[18] Daha çok işbirliğine dayalı bu yöntemlerde amaç, hastanın yaşadığı sorunları açıklamada kendisine daha az sıkıntı verecek ve sağlığı güçlendirici yeni ve mantıklı yorumlar oluşturmada hastaya yol gösterici olmaktır.

Bu tekniği kullanırken davranışsal deneyler planlanır ve uygulanır. Bu deneyler sırasında bireyin kaygısı ortadan kalkar.[52] Sözel sorgulama ile birlikte kullanıldığında hezeyanlı düşüncelere ilişkin inancı değiştirmede en etkili yol olarak görülür.[25]

### **Bir Grup Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulaması Örneği**

İşitsel varsanıları ele alan bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, bireysel ve grup temelinde uygulanır. Her iki uygulama türünde de, bu belirtileri normalleştirme, seslerin felaket olarak yorumlanmasından kaynaklanan sıkıntıyı azaltma, uygun baş etme yolları kazandırma ve bilişsel yeniden yapılandırma çalışmalarından yararlanır.[53] Bununla birlikte grup tedavisinin ilaç tedavisinin çok önemli bir tamamlayıcısı olduğu bilinen bir gerçektir. Grup ortamı hastaya, içinde yaşadığı ve zorlandığı toplumun küçük bir modelini sunmaktadır.[53,54] Bu belirtilerin başkaları tarafından da deneyimlendiğini anlamaları, diğer üyelerin örnekleri sayesinde rahatsızlık belirtilerinin daha kolay anlaşılması, aynı anda birden fazla kişiye yardımcı olunabilmesi gibi sebeplerle grup uygulamalarının daha yararlı olduğu düşünülmektedir. Ancak dikkatlerini yoğunlaştırmadaki güçlükleri ve dezorganize olabilmeleri sebebiyle küçük grup çalışmaları tercih edilmektedir.

Mortan, işitsel varsanılarla baş etmeye yönelik bir bilişsel-davranışçı terapi programının etkililiğini incelenmiştir.[44] Bu bölümde bu terapi programının yapısı ve içeriği üzerinde durulmuştur. Bu terapi programı bu alanda yapılan çok sayıdaki çalışmadan yararlanılarak oluşturulmuştur. [6,7,11,13,17,18,22,46,55,57] Bu aşamada bilişsel davranışçı terapiye katkılarıyla tanınan bir klinik psikoloji profesörünün kaynak önerilerinden yararlanılmış ve hazırlanan terapi programı ve uygulamalar sırasında elde edilen görüntü kayıtları psikotik bozukluklar konusunda deneyimli bir psikiyatri profesörü tarafından değerlendirilmiştir.[44]

Bilişsel davranışçı grup terapisi, hazırlanan el kitabına göre 90 dakikalık oturumlar ve 10 dakikalık molalar şeklinde haftada iki oturumdan 9-10 seans olarak uygulanmıştır. Programın işleyişine göre, her oturumun ilk 10 dakikasının bir önceki seansın gözden geçirilmesi ve varsa ev ödevlerinin tartışılmasına ayrılır. Sonra gündem maddelerinin ele alınması ile ilk yarı tamamlanır. 10 dakikalık kahve-çay molasının ardından başlanan ikinci yarıda gündeme devam edilir ve oturumlar ev ödevlerinin ve üyelere geri-bildirimlerin verilmesiyle tamamlanır. Çalışmaya alınan hastalara grup terapisi başlamadan önce, bittiğinde ve bittikten 1 yıl sonra SAPS (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), SANS (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği, Şizofreniye ilişkin Bilgi Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Seanslar arasındaki değişimi incelemek amacıyla tüm seanslarda Şizofreniye ilişkin Bilgi Ölçeği, Problem/Belirti Değerlendirme Ölçeği ve Doyum Ölçeği uygulanmıştır.[55] Uygulama sonunda hastaların tedaviyi ve terapistleri değerlendirmesi amacıyla 11 maddelik değerlendirme anketi verilmiş, ayrıca 6 maddelik bir değerlendirme ölçeği ile hastanın ve ailenin tedaviye uyumu değerlendirilmiştir.[44]

Tablo 1'de seansların içeriği kısaca özetlenmiştir. Bu tabloya göre, ilk iki seansın hastalarla işbirliği kurmaya ve grup bağlılığını sağlamaya yönelik etkinliklere ve psikoeğitime ayrıldığı görülmektedir. Bu seanslarda şizofreni kavramı ve hastalığın temel belirtileri üzerinde durulur. Toplum içinde hastalığa atfedilen yanlış inanç ve bilgiler, hastalığın uyandırdığı tepkiler tartışılır. Şizofreni sözcüğünün olumsuz çağrışımlarının kökeni, görünümleri, şizofrenide ilaç tedavisinin neden önemli olduğu anlatılır. Bireylerin doğru bilgileri pekiştirilip yanlış ve eksik bilgilerle ilgili geri bildirim verilir. Rahatsızlığın nedenleri stres-yatkınlık modeline göre açıklanır. Varsanıların doğası, nedenleri ve hangi durumlarda sıklık ve şiddetinin arttığı üzerinde durulur. Böylece

üyelerin hastalıklarıyla ilgili yanlış ve eksik bilgileri giderilmeye ve grup üyeleri arasında bir bağ kurulmaya çalışılmıştır.[44]

Üçüncü ve 4. seanslar işitsel varsanılarla baş etmeyi sağlayacak başa çıkma tekniklerine ayrılmıştır. Daha sonraki seanslarda bireylerin seslerle baş etmek için kullandıkları baş etme yolları öğrenilir ve kullandıkları uygun baş etme yolları pekiştirilir. Bununla birlikte başka baş etme yollarını kavrayıp uygulamaları hedeflenir. Nefes egzersizi, dikkat dağıtma, odaklanma, aktivite artırma teknikleri anlatılıp uygulanır. Ayrıca bu aşamada üyeler seslerle tartışma ve onlara sınırlar koyma, seslerin tonunu değiştirerek komik hale getirme ve etkisini azaltma gibi başka teknikleri de denemeleri için teşvik edilmektedir. Bireyler en çok işe yarayacağını düşündükleri baş etme yollarını seans içinde ve dışında uygulamaları için teşvik edilirler. Bu sırada seslerin geldiği durumları kaydetmeleri konusunda görevler verilir ve bu durumlarda baş etme yollarını uygulamaları istenir. Bu baş etme yolları sıkıntıyı azaltmada yeterli değilse başka yollar da denemeleri istenir. Grup uygulamalarında eğer bir üye baş etme tekniklerini uygulama ve sıkıntısını yorumlamada zorluk çekerse diğer üyelere de yardım alınarak problem çözme tekniklerinden yararlanılabilir.[44]

Beşinci ile 8. Seanslar arasında kapsayan sonraki aşama bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin uygulanmasını içermektedir. Bu aşamada seslerin geldiği durumları belirlemek, seslere eşlik eden düşünceleri yakalamak, bu seslerle düşünceler arasında bir ilişki olduğunun farkına varmak, dolayısıyla seslerin dışsal kaynaklı olmayabileceğini fark etmek ve son olarak düşünceyi değiştirerek işitsel varsanıları azaltmak hedeflenmektedir. Bireyler seslere eşlik eden düşüncelerin kaydı için cesaretlendirilir. Düşüncelerin anlaşılması için hipotetik örneklerden yararlanır. Daha sonrasında bireylerden anlattıkları seslerle ilgili durum örneklerini hatırlamaları ve o sırada akıllarından geçenleri yazmaları istenir. Seans aralarında seslerin geldiği durumlarla ilgili en az 1 düşünce kaydetmesi istenir. Kayıt formu sesin geldiği durum özelliklerinin yanı sıra; “Ne düşündün?”, “Ses ne dedi?”, “Sıkıntı düzeyi” (/10), “Sese ne kadar inandın?” sütunlarını da içermektedir. Seslerin geldiği durumları belirleyen bireylere varsanılar ve düşünceler arasında benzerlik olduğu anlatılır. Bu ilişki örneklerle iyice pekiştirildikten sonra işlevsel ve işlevsel olmayan düşünceleri ayırt etmelerine çalışılır. İşlevsel olmayan düşünceler daha işlevsel ve gerçekçi alternatif düşüncelerle değiştirildiğinde sonucun nasıl değiştiği (sıkıntının düzeyi ve sese inanın azaldığı) üzerinde durulur. Ödev olarak seslerin geldiği en az bir durumla ilgili düşüncelerinin gerçekliğini araştırıp kanıt bulamadıkları takdirde en az bir alternatif düşünce üretmeleri istenir. Kayıt formu seslere

ilişkin düşünce kaydı sütunlarının yanı sıra “Başka ne düşünebilirsin?”, “Sıkıntı düzeyi ne oldu? (/10)” sütunlarını da içermektedir.[44]

Seslerin geldiği durumlarda üretilen alternatif düşünceler ve ses-düşünce ilişkisi pekiştirildikten sonra baş etme kartlarının oluşturulması üzerinde durulur. Bazen sesler başlamadan önce düşünceleri yakalayıp onları değiştirmenin ve sesleri durdurmanın mümkün olmayabileceği, ancak bu durumlarda baş etme teknikleri kullanabilecekleri hatırlatılır. Üzerinde öğrenilen tüm tekniklerin olduğu baş etme cümlelerinden oluşan bir baş etme kartı hazırlanır ve bu kartı her zaman yanlarında taşımaları, yeri geldiğinde yararlanmaları söylenir. Yeterince işe yaramadığını düşündükleri durumlarda uygun başka baş etme cümleleri bulunması teşvik edilir. Ödev olarak baş etme kartını gözden geçirmeleri ve en çok yararlandıkları baş etme cümlelerini belirlemeleri istenir.[44]

Dokuzuncu ve 10. seanslar ise nüksü önlemeye ayrılmıştır. Bu seanslarda daha önce öğretilen tüm teknikler gözden geçirilerek her hastanın en çok yarar gördüğü teknikleri belirlemesine, kendine özgü bir baş etme seti oluşturmalarına çalışılmakta ve hastalar bu seti kullanmaları için cesaretlendirilmektedir. Şimdiye kadar öğrenilenler gözden geçirilir. Yaşantılarında karşılaşılabilecekleri güçlüklerle ilgili örnekler bulmaları istenir ve birbirlerine baş etme teknikleri önermeleri için teşvik edilir. Hatırlamakta zorluk çekilirse terapistler örneklerden yararlanarak teknikleri hatırlatabilir. Son olarak tedavi sürecinde olumlu özelliklerin farkına varılmasının önemi üzerinde durulur. Her bireyden kendine ait 5 olumlu özellik bulması ve ona örnekler vermesi istenir. Sonrasında terapistler her bireye çalışma sırasındaki olumlu özellikleriyle ilgili geri bildirim verirler. Bireyler sabır ve motivasyonları için pekiştirilir. Değerlendirme için geribildirim alınır. Baş etme tekniklerini kullanmaları, baş edemedikleri durumlarda terapistlerle ve hastaneyle iletişime geçmeleri söylenir ve izlem seansı hatırlatılır.[44]

## **Sonuç**

Bilişsel-davranışçı terapiler terapistte hem yapılandırılmış hem de esnek bir yol haritası sağlamaktadır. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sık gözlenen işitsel varsanıların tedavisinde ilaç tedavisine eklenen bilişsel-davranışçı terapilerin bu belirtileri normalleştirme, belirtileri izleme, onlarla baş etme ve bilişsel yeniden yapılandırmada belirgin yarar sağlayacağına inanılmaktadır. Daha önce bu alanda yapılmış olan sınırlı sayıdaki çalışma, bu belirtilerin tedavisinde umut verici olmaktadır. Bundan sonra bu alanda çalışan klinisyenlerin ön

yargılardan kurtulup bu teknikleri tanıtmalarına ve daha fazla randomize kontrollü çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

1. Carpenter WT, Buchanan RW. Schizophrenia. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition (Eds HJ Kaplan, BT Sadock): 889-1018. Philadelphia, Williams & Wilkins, 1995.
2. Morrison AP. A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? Behav Cogn Psychother 1998; 26:289-302.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3rd edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
4. Kültür S, Mete L. Şizofreni. In Psikiyatri Temel El Kitabı (Eds C Güleç, E Köroğlu):321-355. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
5. Mete L. Şizofreni En Uzak Ülke. İstanbul, İletişim Yayınları, 2003.
6. Aker T, Sungur MZ. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler-V: Şizofrenide Bireysel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri. İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
7. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice. Oxford, England, Wiley, 1995.
8. Kanas N. Group Therapy for Schizophrenic Patients. Washington, American Psychiatric Association, 1996.
9. Işık E, Işık U. Şizofreni. In Güncel Klinik Psikiyatri. (Eds E Işık, E Taner, U Işık):81-115. Ankara, Asimetrik Paralel Yayıncılık, 2008.
10. Yıldız M. Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. İstanbul, Okuyan Us Yayınları, 2005.
11. Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler-IV: Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulama Kılavuzu. İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
12. Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. Psikiyatri Dünyası 1999; 3:83-90.
13. Kingdon DG, Turkington D. Cognitive Behavioral Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford Press, 1994.
14. Köroğlu E. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
15. Mete L. Şizofrenide klinik belirtiler. Şizofreni Dizisi 1998; 1:23-28.
16. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Basım. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2004.
17. Beck A, Rector NA. Cognitive therapy for schizophrenia. A new therapy for the new millenium. Am J Psychother 2000; 54(suppl 3):S291-S300.
18. Tarrier N. Psychological treatment of positive schizophrenic symptoms. In Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook (Ed DJ Kavanagh):356-373. London, Chapman & Hall, 1992.
19. Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. J Nerv Ment Dis 1991; 179(suppl 4):S207-S211.

20. Smith L, Nathan P, Juniper U, Kingsep P, Lim L. Cognitive Behavioural Therapy for Psychotic Symptoms: A Therapist's Manual. Perth, Australia, Centre for Clinical Interventions, 2003.
21. Morrison AP. The interpretations of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and and delusions. *Behav Cogn Psychother* 2001; 29:257–276.
22. Morrison AP. Cognitive therapy for drug-resistant auditory hallucinations: A case example. In *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis* (Ed AP Morrison):132-148. New York, Taylor & Francis, 2002.
23. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Freeman D, Dunn G, Bebbington P. Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: Refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophr Bull* 2006; 32:24-31.
24. Gökler I. Şizofrenide bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları. In *Bilişsel Davranışçı Terapiler* (Eds I Savaşır, G Soygüt, E Kabakçı):229-251. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003.
25. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatr* 1996; 153 (suppl 5):S2093-S2093.
26. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatr* 2006; 163:365-373.
27. Aker T. Şizofrenide pozitif belirtiler ve bilişsel davranışçı tedavileri. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2003; 11(ek 2):59-66.
28. Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999; 2:160-166.
29. Rathod S, Kingdon D, Smith P, Turkington D. 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 Bull* 2005; 74:211-219.
30. Naeem F, Kingdon D, Turkington D. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: relationship between anxiety symptoms and therapy. *Psychol Psychother Theor Res Pract* 2006; 79:153-164.
31. Tarrier N, Kinney C, McCarthy E, Humphreys L, Wittkowski A, Morris J. Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(suppl 5):S917-S922.
32. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 184:312-320.
33. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D et al. What are the effects of group cognitive behavioral therapy for voices? A randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2005; 77:201-210.
34. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronck K, Zimmermann K et al. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. *Am J Psychiatr* 1992; 149(suppl 11):S1549-S1555.

35. Shelley AM, Battaglia J, Lucey J, Ellis A, Opler LA. Symptom-specific group therapy for inpatients with schizophrenia. *Einstein Q J Biol Med* 2001; 18:21-28.
36. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive-behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003; 63:121-129.
37. Gumley A, Karatzias A, Power K, Reilly J, McNay L, O'Grady M. Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *Br J Clin Psychol* 2006; 45:247-260.
38. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan-Başegmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:69-74.
39. Sungur MZ, Güner P, Üstün B, Soygür H, Çetin İ. Şizofrenide optimal tedavi: Randomize, kontrollü, uzunlamasına bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9 (ek 1):27-32.
40. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder MÖ. Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:281-287.
41. Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2004; 8:1-7.
42. Yıldız M, Yüksel AG, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi deneyimleri. *Türkiye'de Psikiyatri* 2005; 7(ek 1):25-32.
43. Mortan O, Tekinsav-Sütcü S, German-Köse G. İşitsel varsanılarla baş etmeye yönelik bilişsel-davranışçı bir grup tedavisi programının etkililiği: Bir pilot çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:26-34.
44. Mortan O. İşitsel varsanılarla baş etmeye yönelik bilişsel-davranışçı bir grup tedavisi programının etkililiği: Bir pilot çalışma (Yüksek lisans tezi). İzmir, Ege Üniversitesi, 2009.
45. Haddock G, Tarrrier N, Spaulding W, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E. Individual cognitive-behaviour therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(suppl 7):S821-S838.
46. Chadwick P, Sambrooke S, Rasch S, Davies E. Challenging the omnipotence of voices: Group cognitive-behavior therapy for voices. *Behav Res Ther* 2000; 38:993-1003.
47. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:132-139.
48. Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry* 2000; 177:101-106.
49. Şahin NH. Stresle Başa Çıkma: Olumlu Bir Yaklaşım. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998.
50. Slade PD, Haddock G. A historical overview of psychological treatments for psychotic symptoms. In *Cognitive Behavioral Intervention with Psychotic Disorders* (Eds G Haddock, PD Slade):28-45. New York, Routledge, 1996.
51. Tarrrier N, Kinney C, McCarthy E, Wittkowski A, Yusupoff L, Gledhill A et al. Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy? *Behav Cogn Psychother* 2001; 29:45-55.



52. Spaulding WD, Storm L, Goodrich V, Sullivan M. Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull* 1986; 12(suppl 4):S560-S577.
53. Üçok A. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler I: Şizofreni Hastaları için Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisi. İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
54. Yalom I. Kısa Süreli Grup Terapileri (Çev Zİ Babayığit). İstanbul, Kabalcı Yayınları, 2003.
55. Gledhill A, Lobban F, Sellwood W. Group CBT for people with schizophrenia: A preliminary evaluation. *Behav Cogn Psychother* 1998; 26:63-75.
56. Goldberg JO, Wheeler H, Lubinsky T. Cognitive coping tool kit for psychosis: Development of a group-based curriculum. *Cogn Behav Pract* 2007; 14:98-106.

---

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Oya Mortan, Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi, Bakırköy, İstanbul. E-mail: oyamortan@gmail.com