

## Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi

### Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Schizophrenia

Ayşegül KART<sup>1</sup>, Kadir ÖZDEL<sup>2</sup>, Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

#### ÖZ

Şizofreni pozitif ve negatif psikotik belirtilerden oluşan, davranışlar, duygulanım ve bilişsel işlevlerin etkilendiği çoğul etkenli bir rahatsızlıktır. Antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinde ilk tercih olarak kullanılmaktadır fakat ilaç tedavisine uyum düşüktür. Tedavi uyumu olsa dahi kalıntı belirtiler ve tedaviye direnç görülebilmektedir. Bu nedenlerle güncel

şizofreni tedavi kılavuzları antipsikotik tedaviye ek olarak Bilişsel Davranışçı Terapi'yi (BDT) önermektedir. BDT'nin özellikle pozitif belirtilerde etkin olduğu bilinmektedir. Bu yazıda şizofreni tedavisinde BDT uygulamaları ve etkinliğinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, bilişsel, davranışçı, psikoterapi

#### ABSTRACT

Schizophrenia is a heterogeneous disorder that affects behavioral, affective, and cognitive domains and consists of positive and negative psychotic symptoms. Antipsychotic therapy is the first-line treatment for schizophrenia. However, treatment adherence levels are low. Even if there is good treatment compliance, residual symptoms and treatment resistance can be seen. As a result, recent schizophrenia

treatment guidelines suggest Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as adjunctive to antipsychotic therapy. CBT is known effective, especially on positive symptoms. This paper aims to review CBT practices and their effectiveness in schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, cognitive, behavioral, psychotherapy

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

#### GİRİŞ

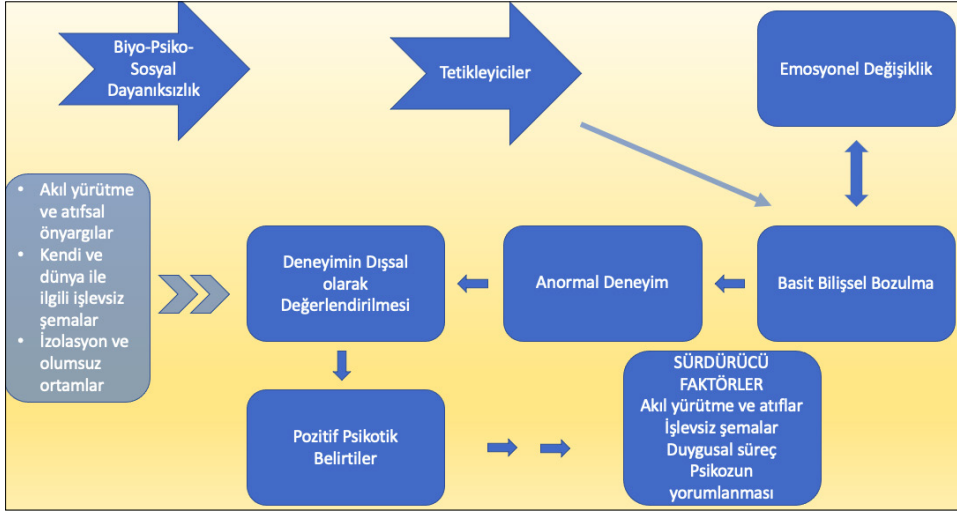
Şizofreni, kronik veya yineleyici psikoz ile karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Genel olarak şizofreni belirtileri pozitif (sanrı, varsanı, dezorganize davranış ve konuşma) ve negatif (duygulanımda düzleşme, aloji, motivasyon kaybı, içe çekilme vb.) belirti ve bulgular olmak üzere iki ana grupta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

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

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

#### BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN KANIT DÜZEYİ

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



Şekil 1. Pozitif psikotik belirtilerin bilişsel davranışçı modeli (Garety, 2001).

bildirilmiştir (13). Pozitif psikotik bulgular yerine tek tek sanrı veya varsanılar ele alınarak yapılan bir meta-analizde ise kontrol grubuna göre varsanılar için BDT etki büyüklüğü 0,44, sanrılar için BDT etki büyüklüğü 0,36 olarak gösterilmiştir (14). Negatif belirtiler için BDT etki büyüklüğü bir meta-analizde 0,44 olarak bildirilmiştir (13). Güncel bir meta-analizde ise BDT'nin genel psikopatoloji ve pozitif belirtilerde etkili olduğu, negatif belirtiler üzerindeki etkinliğinin ise net olmadığı belirtilmiştir (15). Çalışmalarda negatif belirtilerin genelde ikincil bir tedavi hedefi olarak ele alındığı da belirtmek gerekir (16). 34 BDT çalışmasının yer aldığı bir meta-analizde pozitif belirtiler, negatif belirtiler, işlevsellik, duygudurum ve sosyal anksiyete üzerinde 0,35-0,44 oranında bir etkinliğin olduğu gösterilmiştir (13). BDT'nin etki büyüklüğü konusunda çelişkili sonuçların elde edilmesi; tedavi protokollerinde, uygulanan BDT modellerinde, seans sıklığında, yoğunluğunda, hedef belirtilerdeki ve bireysel (akut-kronik dönem) farklılıklar ile açıklanabilir (17).

Şizofreninin yarattığı etkiyi ve halen kanıta dayalı olarak etkinliği gösterilmiş başka bir psikoterapötik yaklaşımın olmadığını düşündüğümüzde BDT kullanımının önemi anlaşılacaktır. Bu nedenle günümüzde genel olarak tüm şizofreni tedavi yönergelerinde BDT önerilmektedir (17). Ayrıca güncel bir meta-analizde sanrılara yönelik uygulanan BDT'nin etkinliğinin 1998 ve 2018 yılları arasında arttığı gösterilmiştir (16). Bu sonuç, psikotik bozuklukların altında yatan psikolojik mekanizmaları anladıkça daha etkin terapi modellerinin geliştirilmesiyle ya da süreç içerisinde daha etkin psikoterapistlerin yetişmesiyle ilişkili olabilir. Her halükârda bu umut verici bir sonuçtur.

## BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE İLİŞKİ KURMA, UYUM SAĞLAMA VE MODELİ TANITMA

Şizofreni hastaları için BDT'de, diğer psikiyatrik hasta gruplarına göre ne söyleyeceğimiz ve nasıl söyleyeceğimiz daha önemlidir. Eğer yanlış bir adım atarsak özellikle psikotik bulguların gerçekliğini sınamamız daha da zorlaşacaktır. Empati, samimiyet ve koşulsuz kabul etme gibi BDT'de olması gereken genel özellikler şizofreni hastaları için de geçerli olmakla birlikte, bu hastaların psikotik yaşantılarına dair genel bilgi ve deneyimlere sahip olmamız gereklidir. Doğru ve yerinde sözcük seçimi bu hasta grubunda oldukça önemlidir. Şizofreni hastalarının psikotik yaşantılarını değersizleştirecek herhangi bir söylem veya davranışta bulunmamalıyız. Hastayı sanrısız inancıyla yüzleştirmek, tedavide ilişkiyi ve uyumu bozabilir hatta bazen sanrısız inancı kuvvetlendirebilir. Eşinin kendisini aldattığı sanrısız inanışa sahip bir hastaya bu inancının gerçek olmadığını söylemek yerine, böyle bir olasılığın olabileceğini ama yanı sıra başka olasılıkların da olabileceğini, bu durumu birlikte test edebileceğimizi belirtmek daha uygun bir yaklaşım olacaktır. Hastanın hangi durum ve konularda

kendisini daha sıkıntılı hissettiği belirlenmeli ve bu durumlarda hastaya gereken destek sağlanmalıdır. Özellikle ilk değerlendirmelerde psikotik deneyimleri anlamak ve formülasyonu oluşturmak zor olabilir. Hastanın yaşam öyküsü, şemaları ve inançlarını ile birlikte değerlendirilmesi formülasyonu kolaylaştıracaktır. 'Şizofreni' kelimesini kullanmaktan kaçınmamalı, hastanın şizofreni tanısı ile ilgili kaygıları dinlenmeli ve doğru bir bilgilendirme yapılmalıdır. Zorlanma-yatkınlık modelinin ve psikoz oluşumuna yol açabilecek durumların (örn. uyku ve uyarın yoksunluğu, travma) hastaya açıklanması yardımcı olacaktır (18).

## VARSANILARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ UYGULAMALARI

Gerçek bir algı niteliğinde olan ancak ilgili duyu organına yönelik herhangi bir uyarın olmaksızın ortaya çıkan duyuusal algılamalar varsanı olarak tanımlanmaktadır. Şizofrenide en sık işitsel varsanı görülmektedir (yaklaşık %70). İşitsel varsanılar şizofreni dışı psikiyatrik rahatsızlıklarda ve yaklaşık %15 oranında normal popülasyonda da görülmektedir. Bu nedenle artık transdiagnostik bir belirti olarak değerlendirilmektedirler (19). Psikotik hastalar ile normal popülasyonda görülen işitsel varsanıları karşılaştıran çalışmalarda, iki grup arasında seslerin cinsiyeti, kimliği, sıklığı, süresi, şiddeti, yerleşimi (kafanın içinde/dışında) ve içeriği açısından fark bulunamamıştır (20). İşitsel varsanılar normal popülasyona göre psikotik hastalarda daha sıkıntı verici olması ise, psikotik hastaların sesleri tehlikeli ve kontrol edilemez olarak değerlendirmeleri ile ilişkili bulunmuştur (21). Psikotik hastaların sesleri daha kötücül olarak değerlendikleri, karşı koymaya çalıştıkları ve bu durumun ses sıklığının artmasına ve depresyona yol açtığı belirtilmiştir (22, 23). Örneğin, sevilen bir kişinin ölümü sonrası ölen kişinin sesini duymak olumlu ('hala benimle') veya beklenebilir ('zor bir dönemdeyim') olarak değerlendirilebilir. Fakat sesin zarar verebilecek kötücül bir dış kaynaktan olduğunu düşünülür ise ('şeytan benimle konuşuyor'), kişinin vereceği tepki çok farklı olabilir.

### İşitsel varsanılar için BDT uygulamaları:

- Seslerin detaylandırılması: Kimin sesi? Nereden geliyor? Kaç ses var? Nerede ortaya çıkıyorlar? Nasıl konuşuyorlar? Kişi sese nasıl yanıt veriyor? Sesi ne kadar güçlü görüyor? Kişi için sesin anlamı ne? Seslerle başa çıkmak için neler yapıyor? Nasıl başlıyor? Ne sıklıkta ortaya çıkıyor? Ne kadar sürüyor?
- Psiko-egitim ve normalizasyon: Hasta ses duymanın garip veya aptalca olduğunu düşünebilir ve bu konuda konuşmak istemeyebilir. İşitsel varsanılarının stresli yaşam olayları, uykusuzluk, yas, travma, sosyal izolasyon, fiziksel hastalık ve

**Tablo 1.** İşitsel varsanılar için ABC modeli örneği

A- Durum-Sesler	B- Otomatik Düşünceler	C- Duygular	C- Davranışlar
Anneyle yaşanan tartışma sonrası 'bıçakla onu' sesini duyması	Ben tehlikeli bir insanım	Üzüntü, öfke	Odadan dışarı çıkmama

ilaç kullanımı gibi birçok durumda ortaya çıkabileceği bilgisi, hastanın sesleri olumsuz değerlendirmesine engel olabilir, kaygısını ve yalnızlık hissini azaltabilir.

- ABC modeli: Hastanın en son ses duyma deneyiminde; tam olarak sesin söylediği şey (A), hastanın sesle ilgili düşünceleri (B), hastanın ses duyduğunda neler hissettiği ve yaptığı (C) modellerdir (Tablo 1). Kişinin liste tutması istenebilir.
- Sokratik sorgulama ile hastanın sesler üzerinde bir kontrolü olmadığı inancı ("Hiçbir şey onları yok edemez."), seslerin güçlü olduğu inancı ("Ne derlerse yapmak zorundayım."), seslerin dış kaynaklı olduğu inancı ("Sesler dış güçlerin sesleri."), seslerin inanılır olması ("Sesler benimle ilgili her şeyi biliyorlar.") irdelenir. Hastanın inançlarının lehine ve aleyhine kanıtlar incelenir, hastanın başka birisinin gözünden bu inançları değerlendirmesi istenebilir, alternatif açıklamalar oluşturulur. Terapi süresince kişinin inanç düzeyi izlenir.
- Hastanın inançlarını destekleyen/güçlendiren kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışları ele alınır.
- Başa çıkmaya yönelik basit davranış stratejileri oluşturulabilir: Müzik dinlemek, yürüyüş yapmak gibi dikkati başka yöne kaydırmak ya da seslerin söylediklerine odaklanmak ve not alıp incelemeye çalışmak.

## SANRILARDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ UYGULAMALARI

Yaşantılar veya algıların yanlış yorumlanmasıyla ortaya çıkan, hemen hemen diğer herkesin inandığına aykırı olan, açık karşı kanıtlara rağmen sürdürülen, kültür ve alt kültürün diğer üyeleri tarafından olağan bir şekilde kabul edilmeyen, yanlış inançlar sanrı olarak tanımlanmaktadır. Geçmişte sanrı gibi psikotik belirtilerin niteliksel olarak normal deneyimlerden farklı oldukları, normal akıl yürütme ve öğrenme mekanizmalarıyla açıklamaya uygun olmadıkları düşünülmüştür. İlerleyen süreçte yapılan epidemiyolojik çalışmalarda normal ve psikotik deneyimlerin bir süreklilik gösterdiği ve normal akıl yürütme mekanizmalarının sanrısız inançların oluşumu ve devamında rol oynayabileceği gösterilmiştir (24). Nitekim toplumun %47'sinde paranoid fikirlerin (25) ve %66-79'unda ise paranormal inançların olduğu gösterilmiştir (26).

Psikotik belirtilerin, özellikle de sanrılarının gelişiminde bilişsel yanlışlıkların rol oynadığı düşünülmektedir. Bilişsel yanlışlıklar, bilginin işlenmesi, seçimi ve değerlendirilmesindeki sapmalar olarak tanımlanabilir (27). Bilişsel yanlışlıklar patolojik değildir hatta kendine hizmet eden atfetme yanlışlığı veya gerçekçi olmayan optimizm, iyi hissetmekle ilişkili bulunmuştur. Bazı bilişsel yanlışlıklar ise sanrısız düşünce oluşumu ile ilişkilendirilmiştir (28). Bunlar:

- **Sonuca atlama yanlışlığı (jumping to conclusion bias):** Yeterli kanıt olmamasına rağmen hızlı karar verme eğilimi olarak tanımlanabilir. Genellikle ihtimali akıl yürütme testleri ile değerlendirilir. Şizofreni spektrum bozukluklarında yaklaşık %60 olarak saptanmıştır. Şizofreni tanısından ziyade sanrı

varlığı ile ilişkili bulunmuştur ve sanrı gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (29). Sanrıya yatkın bireylerde de var olması, şizofrenideki genel bilişsel yetersizlik ve psikotrop tedavi altında olma gibi durumların bu yanlışlığın ortaya çıkmasında etkili olmadığını, sanrı ortaya çıkmadan önce de bu yanlışlığın olduğunu göstermektedir (30).

- **Yanlışlayan kanıtı karşı yanlışlık (YKKY) (bias against disconfirmatory evidence):** Çelişkili bilgiler ve tersini gösteren kanıtlar olmasına rağmen kişilerin inancını sürdürmesi. Bu yanlışlığın sanrının sürmesinde etkin olduğu düşünülmektedir (29).
- **Sonlandırma ihtiyacı yanlışlığı (need for closure bias):** Bir cevap alabilmek veya belirsizlik hissinden kurtulmak için hızlı karar alma ihtiyacı olarak tanımlanabilir. Sanrı oluşumunda etkili olduğu düşünülmektedir (30).
- **Aşırı güven yanlışlığı (overconfidence bias):** Şizofreni hastalarının anlamsız bir şekilde kararlarına ve tahminlerine fazla güvendikleri gösterilmiştir. Genellikle bellek testleri ile değerlendirilir (31).
- **Atfetme Yanlışlıkları (attributional biases):** Dışsallaştırma; ilgisiz dış olaylara kişisel anlamlar, içsel psikolojik veya bedensel olaylara dışsal nedenler atfetme olarak tanımlanabilir. Kişiselleştirme; olumsuz olaylardan koşulları değil de kişileri sorumlu tutma yanlışlığı olarak tanımlanabilir. Niyetlilik; dış bir etkenin kişiyi olumlu ya da olumsuz etkilemeye çalıştığını düşünme yanlışlığıdır. Başkalarının davranışlarını, düşüncelerini ve niyetlerini öngörme ve açıklama, yorumlama yeteneği zihin teorisi olarak adlandırılır. Atfetme yanlışlıkları, zihin teorisi eksikliğine bağlı olarak başkalarının eğilim ve davranışları hakkındaki yanlış inançlarla açıklanmaya çalışılmıştır (32).

Sanrılarının zaman içerisinde ortaya çıktığı ve biyografik veya durumsal faktörlerle yakın ilişkili olduğu bilinmektedir (31). Örneğin kötülük görme sanrısı için öncüllerin saptanması zor olsa da genellikle bir korku ya da endişe ile başladığı söylenebilir. Sanrı oluşumundaki adımlar şu şekilde örneklenebilir: Kişi devleti çökertmeye çalışan bir oluşum hakkında sık olarak haber dinlemektedir ve iş arkadaşlarının da bu çeteden olabileceği düşüncesi onu kaygılandırır. Kendisi bu oluşum içinde olmadığı için ona zarar vermek isteyebileceklerini düşünür (atfetme yanlışlığı). Arkadaşlarının davranışlarına odaklanır (tehdit monitörizasyonu). Onların bazı kelimeleri kendisine mesaj vermek için kullandıklarını düşünür ve bakışlarından rahatsız olmaya başlar (sonuca atlama yanlışlığı). Kaygısının giderek artmasını, gerçekten zarar vermek istediklerine dair bir bulgu olarak değerlendirir (duygu-temelli yanlışlık). İşyerindeki bir arkadaşını metroda da görünce düşüncelerinden emin olur (sanrının yerleşmesi).

### Sanrılar için BDT uygulamaları:

- **Öncüller Araştırma:** İki farklı yaklaşım kullanılabilir: 1) Doğrudan yaklaşım: 'Bunu ilk ne zaman düşündünüz?' , 'En son ne zaman iyi hissettiniz?' gibi sorularla doğrudan bilgi edinmeye çalışmak; 2) Kişisel öykü alma: Gelişim öyküsü, aileden alınan öykü, klinik kayıtlar, raporlar, reçeteler, epikrizler, doktor notları vb.
- **Sanrıyı Değerlendirme:** Sanrıyı beş alanda değerlendirmek önemlidir;
  1. İçerik (Ne oluyor?)
  2. Sanrısız düşüncenin oluşumu-Mantık yürütme (Nasıl oluyor?)
  3. Açıklama (Neden oluyor?)
  4. Beklenti (En sonunda bu nereye varacak ve sonucu ne?)
  5. Tepki-eylem (Bununla ilgili kendisi ne yapacak?)

- Sanrısız inanç düzeyi: Dört düzeyde değerlendirilebiliriz: 1. düzey) Sanrısı şu anda yok geçmişte olmuş, ve şu anda bunun yanlış olduğunu kabul ediyor, 2. düzey) Sanrısı şu anda yok geçmişte olmuş, ama olanların gerçek olduğunu kabul ediyor, 3. düzey) Sanrısı halen devam ediyor ancak sanrıya uygun davranmıyor, 4. düzey) Sanrıya inanç tam ve buna uygun davranıyor (32). Başlangıçta içgörüsü olmayan hastalarda terapist tarafından durumun kabullenilmesi önemlidir. Bunu değiştirmeye çalışmadan bunu kabul ederek hastayla çalışmak gerekir. Hastanın yaşadığı sıkıntıya odaklanmak, sanrının yol açtığı korkuları ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunları yatıştırmaya çalışmak yeterli olabilir.
- ABC modeli ile düşüncelerin duygu ve davranışlarımızla olan ilişkisi çalışılabilir (Tablo 2). Kanıt inceleme ve alternatif açıklama yapılabilir. Ayrıca sanrısız içerik üzerine düşünme tanımlanabilir, kişinin bu düşünceleri sadece düşünce olarak ele alması ve mesafe koyabilmesi üzerine çalışılabilir.
- Davranış deneyleri ile kişinin inancını sarsmak daha etkili bir öğrenme yolu olabilir.
- Hastanın inançlarını destekleyen/güçlendiren kaçınma ve güvenlik sağlayıcı davranışları ele alınır.

**Tablo 2.** Sanrılar için ABC modeli örneği

A- Tetikleyici Olay	B- İnanç	C- Sonuç
İş arkadaşlarının kendi aralarında konuşmaları	Benim hakkımda konuşuyorlar, plan yapıyorlar.	Odadan ayrılma, yalnız dolaşma

## NEGATİF BELİRTİLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ UYGULAMALARI

Negatif belirtiler avolasyon-apati (amotivasyon, anhedoni, asosyalite) ve azalmış ifade (sözel ve sözel olmayan) olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır (33). Şizofreninin nörobijolojisine bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtilere birincil, medikasyon, sanrı, varsanı, depresyon ve sosyal izolasyon gibi etmenler nedeni ile ortaya çıkanlar ise ikincil negatif belirtiler olarak tanımlanmaktadır (34). İkincil negatif belirtilerde ortaya çıkarıcı etmene yönelik müdahaleler uygundur (medikasyon konusunda psiko-eğitim, psikotik belirtiler veya depresyona yönelik BDT uygulamaları gibi). Şizofrenide görülen dikkat, bellek, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi nörobilişsel alan defisitleri daha şiddetli negatif belirti varlığı ile ilişkilendirilmiştir (35). Negatif belirtilerin psikolojik ve bilişsel bileşenleri de bulunmaktadır. Hastaların genel olarak kendileri ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri, başarı ve zevk almaya dair düşük beklentileri, damgalanma nedeniyle beklentilerinin düşük olması ve sınırlı bilişsel yetilerine dair farkındalıkları mevcuttur (32).

Negatif belirtili hastaların aslında bir etkinliğe katıldıklarında keyif aldıkları, etkinliğe katılmama nedenlerinin ise keyif almayacaklarına dair inançları olduğu gösterilmiştir. Odaklanma güçlükleri ve yürütücü işlevlerdeki yetersizlikleri nedeniyle işlerini tamamlamakta güçlük yaşamaları, basit işler için bile motivasyonlarının olmamasına yol açmaktadır. Hastaların şizofreni tanısından dolayı kendilerini başarısız ve değersiz olarak tanımlamaları hali hazırda var olan zorlukları arttırmaktadır. Bilişsel işlevlerindeki yetersizlikler de işlevsel olmayan inançlara yol açmaktadır (36) (Tablo 3).

Negatif belirtili hastalarla çalışmak, konuşma miktarlarının az olması, duygularını ifade etmede güçlük yaşamaları ve motivasyon eksiklikleri nedeniyle zor olabilir.

- Negatif belirtilerde bilişsel yaklaşım depresyon ve anksiyete bozukluklarına benzerdir; sokratik sorgulama, düşünce kaydı, otonomik düşüncelerin saptanması, kanıt inceleme, alternatif açıklama oluşturma, bilişsel yeniden yapılandırma ve şemaların revize edilmesini içermektedir.
- Davranışsal aktivasyon: Hastanın etkinlik düzeyini arttırmak için terapist ile birlikte basit etkinlikler (bahçede yürüyüş yapmak, markete gitmek gibi) planlanabilir. Kompleks etkinlikler planlamak hastanın başarı ihtimalini düşürebilir.
- Etkinlik çizelgesi, hastanın hafta boyunca günlük yaptığı işlerden hoşlanma ve kendisini başarılı bulma düzeyini 0 ile 10 arasında puanlamasıdır. Bu çizelge, hastaların hoşlandığı ve kendilerini başarılı buldukları işleri terapi seansına kadar unutmaları veya olumsuz inançları nedeniyle zamanla kayda değer bulmamaları ihtimallerini azaltacaktır.
- Aşamalı görev oluşturmak, hastanın ulaşmak istediği hedefleri için gerçekçi bir planlama yapmaktır. Amaç hastanın bilişsel yeterliliğini adım adım arttırmaktır.
- Duygulanımsal katılım için sosyal beceri eğitimi verilebilir.

## SONUÇ

BDTp'de amaç hastayı tamamen iyileştirmekten ziyade psikotik yaşantılardan kaynaklanan sıkıntıyı ortadan kaldırmak veya en azından hastanın bu sıkıntıyla baş edebilmesini sağlamaktır. Bu nedenle antipsikotik tedaviye dirençli sanrılar da BDTp kullanılabileceğini unutmamak gerekir. BDTp'nin inanç düzeyi düşük olan, daha esnek inançları olan, iyi içgörüyü sahip ve hastalık süresi daha kısa olan bireylerde daha etkin olduğu gösterilmiştir. Negatif belirtilere yönelik BDTp uygulamaları pozitif bulgulara göre nispeten yeni olup, bu alanda yapılacak çalışmalar hem BDTp'nin etkinliğini netleştirecek hem de hastaların genel işlevselliği üzerinde etkili olacaktır. BDTp alanında yapılacak çalışmalarda; alt gruplarına göre tedavi planlanması (örn.; nörobilişsel bozulma veya hastalık şiddetine göre

**Tablo 3.** Negatif belirtilerde olumsuz beklenti değerlendirmeleri (Rector, 2003)

Değerlendirmeler				
Belirtiler	Düşük başarı beklentisi	Düşük zevk alma beklentisi	Düşük kabul görme beklentisi	Sınırlı bilişsel yetiler
Duygulanımda Düzleşme	Eğer duygularımı belli edersem, diğer insanlar yetersiz olduğumu görürler.	Her zamanki gibi hissetmiyorum.	Yüzüm katı ve çarpık gözüküyor.	Duygulanımı ifade etme yeteneğim yok.
Aloji	Kendimi ifade edecek doğru kelimeleri bulamayacağım.	İstediğim noktaya gelmem çok uzun sürecek, sıkıcı.	Sesim garip, aptalca veya farklı çıkacak.	Konuşmak için çok fazla efor gerekiyor.
Avolasyon	Niye deneyeyim ki, başarısız olacağım.	Karşılığına değmez, çok zor.	En iyisi hiç katılmamak.	Denemek için çok fazla efor gerekiyor.

ayrılmış), tedavi protokollerinin daha iyi yapılandırılması, tedavinin hedef belirtilerinin net olması ve çalışmaların uzun dönem sonuçları da içerecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Hayır.

**Finansal Destek:** Bütün yazarlar, bildirilmesi gereken herhangi bir finansal çıkar olmadığını beyan ederler.

## KAYNAKLAR

- Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and treatment options. P T 2014;39:638–645. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/pdf/ptj3909638.pdf>
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RSE, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353:1209–1223. [\[Crossref\]](#)
- Conley RR, Buchanan RW. Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. Schizophr Bull 1997;23:663–674. [\[Crossref\]](#)
- Möller H-J, Czobor P. Pharmacological treatment of negative symptoms in schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2015;265:567–578. [\[Crossref\]](#)
- Brockman R, Murrell E. What Are the Primary Goals of Cognitive Behavior Therapy for Psychosis? A Theoretical and Empirical Review. J Cogn Psychother 2015;29:45–67. [\[Crossref\]](#)
- Zubin J, Spring B. Vulnerability –a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 1977;86:103–126. [\[Crossref\]](#)
- Bentall R. Deconstructing the concept of schizophrenia. J Ment Heal 1993;2:223–238. [\[Crossref\]](#)
- Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychol Med 2001;31:189–195. [\[Crossref\]](#)
- Nowak I, Sabariego C, Switaj P, Anczewska M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. BMC Psychiatry [Internet] 2016;16:228. [\[Crossref\]](#)
- Tavares S. Severe Mental Disorders from a Cognitive-Behavioural Perspective: A Comprehensive Review from Conceptualization to Intervention. Curr Psychiatry Rev 2017;13:1–8. [\[Crossref\]](#)
- Callcott P, Standart S, Turkington D. Trauma within psychosis: Using a CBT model for PTSD in psychosis. Behav Cogn Psychother 2004;32:239–244. [\[Crossref\]](#)
- Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. Br J Psychiatry [Internet] 2014;204:20–29. [\[Crossref\]](#)
- Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. Schizophr Bull [Internet] 2008;34:523–537. [\[Crossref\]](#)
- Van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. Schizophr Res [Internet] 2014;156:30–37. [\[Crossref\]](#)
- Polese D, Fornaro M, Palermo M, de Luca V, Bartolomeis A. Treatment-Resistant to Antipsychotics: A Resistance to Everything? Psychotherapy in Treatment-Resistant Schizophrenia and Nonaffective Psychosis: A 25-Year Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. Front Psychiatry 2019;10:210. [\[Crossref\]](#)
- Sitko K, Bewick BM, Owens D, Masterson C. Meta-analysis and Meta-regression of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) Across Time: The Effectiveness of CBT has Improved for Delusions. Schizophr Bull Open [Internet] 2020;1. [\[Crossref\]](#)
- Candida M, Campos C, Monteiro B, Rocha N, Paes F, Nardi A, Machado S. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings. Med Express 2016;3:M160501. [\[Crossref\]](#)
- Turkington D, Kingdon D. Using a normalising rationale in the treatment of schizophrenic patients. In: Haddock G, Slade PD, editors. Cognitive-Behavioral Interventions with Psychotic Disorders. London and New York: Routledge; 1996. p.103–108. [\[Crossref\]](#)
- Waters F, Allen P, Aleman A, Fernyhough C, Woodward TS, Badcock JC, Barkus E, Johns L, Varese F, Menon M, Vercammen A, Larøi F. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. Schizophr Bull [Internet] 2012;38:683–693. [\[Crossref\]](#)
- Baumeister D, Sedgwick O, Howes O, Peters E. Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. Clin Psychol Rev [Internet] 2017;51:125–141. [\[Crossref\]](#)
- Hill K, Varese F, Jackson M, Linden DEJ. The relationship between metacognitive beliefs, auditory hallucinations, and hallucination-related distress in clinical and non-clinical voice-hearers. Br J Clin Psychol 2012;51:434–447. [\[Crossref\]](#)
- Andrew EM, Gray NS, Snowden RJ. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. Psychol Med 2008;38:1409–1417. [\[Crossref\]](#)
- Taylor G, Murray C. A qualitative investigation into non-clinical voice hearing: what factors may protect against distress? Ment Health Relig Cult [Internet] 2012;15:373–388. [\[Crossref\]](#)
- Mehl S, Werner D, Lincoln TM. Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. Front Psychol [Internet] 2015;6:1450. [\[Crossref\]](#)
- Ellett L, Lopes B, Chadwick P. Paranoia in a Nonclinical Population of College Students. J Nerv Ment Dis [Internet] 2003;191:425–430. [\[Crossref\]](#)
- Ross CA, Joshi S. Paranormal experiences in the general population. J Nerv Ment Dis 1992;180:357–358. [\[Crossref\]](#)
- Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S, Veckenstedt R, Woodward TS. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry 2010;23:561–569. [\[Crossref\]](#)
- Yilmaz AE, Gencoz T, Wells A. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. Clin Psychol Psychother 2008;15:424–439. [\[Crossref\]](#)
- Sauvé G, Lavigne KM, Pochiet G, Brodeur MB, Lepage M. Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev [Internet] 2020;78:101854. [\[Crossref\]](#)
- Juárez-Ramos V, Montánchez Torres M. Cognitive Biases in Schizophrenia Spectrum Disorders. In: Shen YC, editor. Schizophrenia Treatment-The New Facets. Croatia: InTech; 2016. p.95–108. [\[Crossref\]](#)
- Moritz S, Ramdani N, Klass H, Andreou C, Jungclaussen D, Eifler S, Englisch S, Schirmbeck F, Zink M. Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia. Schizophr Res Cogn [Internet] 2014;1:165–170. [\[Crossref\]](#)
- Beck A, Rector N. Cognitive Approaches to Schizophrenia: Theory and Therapy. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:577–606. [\[Crossref\]](#)
- Millan MJ, Fone K, Steckler T, Horan WP. Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. Eur Neuropsychopharmacol 2014;24:645–692. [\[Crossref\]](#)
- Batinic B. Cognitive Models of Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia and Implications for Treatment. Psychiatr Danub 2019;31:181–184. [http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol31\\_noSuppl%202/dnb\\_vol31\\_noSuppl%202\\_181.pdf](http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%202/dnb_vol31_noSuppl%202_181.pdf)
- Grant PM, Beck AT. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. Schizophr Bull [Internet] 2009;35:798–806. [\[Crossref\]](#)
- Sarin F, Wallin L. Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview. Nord J Psychiatry 2014;68:145–153. [\[Crossref\]](#)