

Şizofreni Üzerine Kimi Söylenceler ve Gerçekler

Cem İLNEM, Hülya DENİZ, Ferhan YENER

ÖZET

Bu makale, hastaların algılanmasını ve dolayısıyla tedavisini etkileyen ve psikiyatride uzun süreden beri kabul gören şizofreniye ilişkin 7 miti tartışmaya açmak için son iki dekadda toplanmış ampirik delilleri sunmaktadır. Bu tip mitler her mental sağlık disiplininde nesiller boyunca süregelmiştir ve önerilen tedavi alanını, hareket serbestisini ve etkisini kısıtlamaktadır. Bu mitler hastaların prognozuyla ilgili kötümserliğin sürmesine yol açarken, onların gelişme ve düzelmeye şanslarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Makalede karşıt delillere ek olarak yeni tedavi yöntemleri de sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, sonuç, tedavi, mit

Düşünen Adam; 1998, 11 (3): 16-22

SUMMARY

This paper presents empirical evidence accumulated across the last two decades to challenge seven long-held myths in psychiatry about schizophrenia which impinge upon the perception and thus the treatment of patients. Such myths have been perpetuated across generations of trainees in each of mental health disciplines. These myths limit the scope and effectiveness of treatments offered. These myths maintain the pessimism about outcome for these patients thus significantly reducing their opportunities for improvement and/or recovery. Counter evidence is provided with implications for new treatment strategies.

Key words: Schizophrenia, outcome, treatment, myth

Şizofreniyle ilgili klinisyenleri bir anlamda huzursuz eden, hastaya yaklaşımı ve dolayısıyla tedavisini de etkileyen ve sık karşılaşılan en az 7 önyargı vardır.

Tüm bu önyargılara araştırma verileriyle karşı çıkmış olmakla birlikte, bunlar mental sağlık disiplinlerinde eğitim ve uygulamada halen etkisini sürdürmektedirler.

Bu makalede klinisyenleri tekrar hareketlendirmeyi ve tedavi biçimlerini yeniden canlandırmak için şizofrenlere daha dengeli ve güncel bir yaklaşım sağlayabilmeyi amaçlayan bilgiler derlenmiştir.

1. Söylence: Bir kez şizofrenik olan daima şizofreniktir

Gerçek: Zaman içerisinde gittikçe genişleyen prognoz çeşitliliği vardır. Kraepelin, mental hastalığı iyi prognoz (manik depresyon) ve kötü prognoz (demans prekoks) olarak ikiye ayırmak suretiyle söyleneceyi başlatmıştır. Tam prognozla doğrulanmakta ya da geçersiz hale gelmekte idi. Hatta Bleuler, ki gerçekte şizofreni prognozu için daha iyimserdir; sonradan tam bir "restitutio ad integrum"un hiçbir zaman olmadığı kanısına varmıştır. Harding ve ark. bu iki araştırmacının da durumunu "klinisyen illüzyonu" ile açıklamaktadır. Bu illüzyon klinisyenlerin az sayıda, ancak en şiddetli belirtilere sahip hastaları

sürekli görmeleri ve "tipik" olarak değerlendirmeleri sonucu ortaya çıkmaktadır.

Gerçekte bu tür hastalar olası spektrumun küçük bir kısmını temsil ederler. İskandinavlılar kullandıkları "reaktif psikoz" kategorisiyle daha geniş bir bakış açısına sahip bulunmaktadırlar. Ancak onlarda da bu kritere uymayan ya da uymakla birlikte kısa sürede düzelmeyen hastalarla ilgili bir kuşku vardır (1).

Kanıt: Yakın zamanda yapılmış dünya çapında araştırmalarla daha önceki seyir tahminleri araştırılmış ve son 20 yıl süresince, uzun süreli prognozda geniş heterojenite saptanmıştır (ancak kullanılan tanı ölçütlerinde farklılıklar da olmuştur). Avrupa kökenli çalışmalar, ABD tarafından genellikle ölçütlerinin eşdeğer olmaması ve tam bir ırk üstünlüğü inancı nedeniyle reddedilmiştir. Bununla beraber tanısal farklılıklara ilişkin geçerli olan ya da olmayan eleştirilere rağmen tüm bu çalışmalar aynı sonuçlara varmaktadır.

Araştırmacılar, belirlenmiş bir grubu (hastalar tedavi görsün ya da görmesin) ne kadar uzun bir süre takip ederlerse, heterojenite artışı ve işlevsellikte düzelmelerin daha belirgin olduğu bir tabloyla karşılaşmaktadırlar. Birbirlerini doğrulayan bu çalışmalar hastaların çok kronik vakalardan oluşan bazı gruplar dahil-yarısı ile 2/3'ünün önemli ölçüde gelişme gösterdiği veya düzeldiği sonucuna varmıştır.

Düzelmelerin evrensel ölçütü; o anda herhangi bir mental hastalık belirtisi ya da bulgusunun olmaması, o anda ilaç kullanmama, çalışabilme, aile ve arkadaşlarla iyi ilişkilere girme, topluma katılma ve davranışlarıyla herhangi bir psikiyatrik sorun nedeniyle hospitalize edilmiş olma yönünde şüphe oluşturma olarak belirlenmiştir.

Tüm bu uzun vadeli çalışmaların da araştırmacıları nisbeten eski ve kötümser kuramsal modellerle eğitilmişlerdir ve kendi bulguları onları şaşırtmıştır. Zira efsaneler çok sık tekrarlandığından artık somutlaşmıştır. Bu araştırmacıların karşılaştığı güçlü inanış sistemleri ve direnç pekçok faktör etkisiyle oluşmuştur ve tek bir çalışmayla kolayca değiştirilemez. Oysa şimdi pekçok sonuç biraraya toplanmıştır (1,2).

Önerilen tedavi stratejileri: Seyir ve prognoz ile ilgili inançlar değişmektedir. Klinik uygulamalar ve programlar yeniden geliştirilmektedir. Mental sağlık dalları da kendilerine düşen mesajı almaktadır. Elde edilen verilerle tedavi programlarının sanki herkes önemli derecede gelişme ve/veya düzelmeye gösterecekmiş gibi oluşturulması önerilmektedir. Bu öneri yapılmaktadır, çünkü bu sanatın yapısı, klinisyenlerin hastaları prognostik faktörler temelinde seçip ayırmasına izin vermemektedir.

Şizofrenide, özellikle çok sayıda hecme geçiren tiplerinde, ilk semptomların şiddeti ve hastalık gidişindeki işlev bozukluğu uzun yıllar süreklilik gösterebilir. Hastalığa yardım edildikçe, hastanın enerjisi geri döner, düşüncesi berraklaşır, stres faktörleriyle başa çıkma yöntemleri gelişir ve hasta hem işlevsellikte gelişmeye hem de semptomların azalmasıyla iyileşmeye doğru yol alır.

Bu da Kraepelin tarafından çoğu hasta için tanımlanan acımasız kötü seyir tablosuna uymamaktadır. Bu uzun düzelmeye süreci, klinisyenin hasta ve yakınlarını prognozla ilgili bilgilendirme biçiminde bir değişiklik gereğini gösterir ("Üzerinde uğraşmak için biraz zaman gerekecek, oldukça ciddi bir hastalığınız var. Ancak dünya çapındaki veriler hastaların %50'sinden fazlasının belirgin gelişme gösterdiğini hatta düzeldiğini gösteriyor. Biz düzelmeye giden bu yolculukta birlikte yürümek için yanınızda olacağız"....) gibi.

Bu yeni mesaj ufak bir umut kıvılcımının canlı kalmasını sağlar. Umut, herhangi bir hastalığın her düzelmeye sürecinden bağımsız olarak, kendi kendine iyileşme kapasitesini artırır. "Tedavi" aynı zamanda kişinin bütünlüğü ile ilişkili kapsamlı bir biopsikososyal yaklaşımdır ve aynı zamanda hasta, aile ve klinik ekip, diğer toplumsal kurumlar ve doğal iletişim ağı arasında ortaklaşa bir çaba demektir. Tedavi, ileri atılan her küçük adımı övmeyi, geri atılan adımdan ders almayı ve bunu yaparken hasta, aile ve ekibi suçlamamayı gerektirir.

Tedavi, stres faktörlerini azaltmak için çevresel düzenlemeler yapmaktır. Tekrar tekrar yeniden değerlendirmenin gerekliliğini hatırlatmak önemlidir; zira bir hastanın dezorganize zihnini organize etmesini sağlayan kurulu çevresel yapı aynı şekilde

de olsa; ileride organize olmuş bu zihin çok daha organize (karmaşık) bir ortamla karşılaştığında artık psikojenik hale de gelebilir.

2. Söylence: Şizofrenik şizofreniktir

Gerçek: Tanısal sınıflandırmada geniş bireysel heterojenite vardır (herkesi tedavi ve araştırma yönünden aynı tanı içine alma şeklinde bir eğilim bulunmaktadır) (1).

Kanıt: Gerçekte her hasta grubu önemli ölçüde heterojeniteye sahiptir. Cinsiyetin majör etkisi yanısıra yaş, gelişimsel durum, eğitim düzeyi, mesleki öykü, semptom görünümü, olaylarla başa çıkma becerisi ve kişiliğin güçlü ve zayıf yönleri, düşünce şekilleri ile genel olarak ve özel durumlarda strese yanıt vermede dikkate değer farklılıklar vardır. Dahası, şizofrenin kendine ait heterojenitesi unutulmaktadır. E. Bleuler, demans prekoksus yeniden adlandırıldığında onu "şizofreniler grubu" olarak tanımlamıştır. Kendiler, yakınlarda, şizofreni etyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ve rolü konusunda bazı modeller geliştirmiştir. Hastalarımızın geniş heterojenitesi dikkate alındığında bu modeller oldukça akla yakın görünmektedir (1,3,4).

Önerilen tedavi yöntemleri: Heterojenite, yukarıda tanımlandığı gibi, her hastanın bireysel durumunun, hastalık seyrindeki yerinin ve çevresel ortamının kapsamlı biyopsikososyal değerlendirilmesini gerektirir. Bireysel farklılıklar; bireye indirgenmiş tedavi planlarını, gelişimsel başarı ya da çabaların dikkate alınmasını ve "bozukluğun arkasındaki kişi"nin tanınmasını gerektirir. Klinisyenlerin bu düzeyde bir anlayışı kazanmaları için bu görevi, gerek hasta gerekse hastayı yakından tanıyan kimselerle gerçek bir işbirliği çalışması olarak kabul etmeleri gerekir.

Bozuklukların longitudinal doğası dikkate alındığında, yıllar süren psikopatoloji ve işlev bozukluğundan sonra da değişikliklerin ve devam eden durumların sürekli olarak değerlendirilmesi özellikle önemlidir. Bu amaçla verilerin kronolojik, kapsamlı bir hayat hikayesinde toplanmasını sağlayan ve aynı zamanda tedaviye işbirlikçi bir nitelik kazandıran zaman çizelgeleri ya da yaşam kartları önerilmektedir. Bireysel farklılıklara, yaşam öyküsüne ve gelişimsel evrelere dikkat yöneltmemiz hastaların kendilerini

şizofrenikler olarak değil, şizofreniye rastgelmiş kişiler olarak algılamasını özendirecektir. Uygulayıcılar, hastaların bu "kişilik" anlayışlarının, düzelmelerinde ve iyilik duygusunu tekrar kazanmalarında önemli rol oynadığını tekrar tekrar vurgulamaktadırlar.

3. Söylence: Rehabilitasyon ancak stabilizasyondan sonra sağlanabilir

Gerçek: Rehabilitasyon 1'inci gün başlamalıdır. Bu mit, medikal modelin dar fakat popüler bir versiyonu içine yerleştirilmiştir. "Gerçek tedavi" günümüzde, değerlendirme, tanı ve ilaç tedavisinden ibaret bakım ortamı içinde idare etmektir. Bunun dışındaki herşey, rehabilitasyon gibi, stabilizasyona kadar beklemelidir ve genelde bunlar, yardımcı bir hizmet olarak düşünülür. Oysa stabilizasyon, çoğunlukla yalnızca "idame"ye götürür, rehabilitasyona değil (1).

Kanıt: Günümüzdeki "gerçek tedavi", semptomları azaltmakta ve özbakım, çalışma, insan ilişkileri, toplumla tekrar bütünleşmedeki işlevselliğin artırılmasında hastaya yardımcı olmada şimdiye dek ancak orta derecede başarılı olabilmektedir. Buna karşın, işlevsellik düzeyini belirgin olarak arttırabilmek için, medikal tedavilerle psikiyatrik rehabilitasyonun kombine edildiği bir alan tomurcuklanmaktadır. Sorun, tüm bu bakım öğelerini biraraya getirmeyi öneren bu birleşik modellerin yetersizliğindedir (1,5,6).

Önerilen tedavi yöntemleri: Rehabilitasyon, psikofarmakoloji ile birlikte anahtar bir metod olarak hastaların tedavisinde çok önemli bir yer işgal etmiştir. Beceri kazanma (örneğin; bir kimsenin semptomları ile başetmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, bütçe yapmayı öğrenmesi, bir meslek edinmesi, sosyal iletişime girmesi... gibi) bunların tümü de hastanın özsaygısını (self-esteem) artırır ve semptomları azaltır. Semptomları azaltan ve işlevselliği arttıran herşey "tedavi" olarak adlandırılmayı hakeder ve bu şekilde adlandırılır.

4. Söylence: Şizofreni için psikoterapiyle niçin uğraşmalı?

Gerçek: Destekleyici psikoterapi, yapılan işlemin bütnelleştirilmesi ve erişkin çağı gelişiminin sü-

rekliliği için çok önemli ve gereklidir. Şizofreni tedavisinde psikoterapinin etkili olmadığını gösteren araştırma bulguları bu alanda, yaygın bir isteksizliğe ve araştırmada görece kısırlığa yol açmıştır. Heinrichs şu sonuca varmıştır: "Şu ana kadar yapılan kontrollü çalışmaların en iyi niyetli yorumu şizofrenide psikoterapinin yararının henüz gösterilemediğidir." Bununla beraber psikoterapiyi tümünden terketmek yerine, öne sürülmesi gereken tez klinisyenlerin psikoterapiyi maksimum yararı sağlayacak en uygun şekilde kullanmalarıdır (1).

Kanıt: Psikoterapinin mantıklı kullanımını destekleyen iki ana kanıt serisi vardır. Birincisi, çalışmalar ve kişisel yargılar, kullananların psikoterapiye değer verdiklerini ve onu çeşitli şekillerde faydalı bulduklarını göstermektedir. İkincisi, farklı tipte bazı psikososyal girişimlerin (ki bunlar arasında aile tedavisi ve şizofrenik kişilerin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış grup tedavileri ve oldukça spesifik hedefe yönelik kognitif tedavi de vardır) şizofrenik kişilerin yaşamlarında olumlu etkiye sahip olduğunu göstermektedir (7,8,9).

Önerilen tedavi yöntemleri: Psikoterapinin şizofreniklere yararlı olmayacağını kabul etmek, bu kişilerin başkalarıyla kıyaslandığında farklı oldukları ve eksikleri bulunduğu şeklindeki tehlikeli ve hatalı mesajı güçlendirir. Diğer yandan psikoterapinin genel tedavi planı içinde uygun ve gerçekçi uygulanımı; şiddetli hastalık nedeniyle kesintiye uğramış olan yaşantılarını bütünselleştirmek ve başa çıkma yöntemlerini öğrenmelerine yardım etmek suretiyle hastaların iyileşmesini hızlandırabilmektedir.

Coursey, şizofrenlerde sağlıklı bir psikoterapi için şu konulara açıklık getiriyor:

1. Psikoterapi medikasyonla yarışan değil, onu tamamlayan birşey olarak görülmelidir.
2. Psikoterapi, ağır mental hastalıktan kaynaklanan bireysel ve insani sorunlara yönelmelidir.
3. Psikoterapi, pratiğe yönelik olmalıdır, yani bireylerin hastalıkla başedebilmelerine yardımcı olacak eğitimsel ve deneysel yaklaşımları kullanmalıdır.
4. Psikoterapi, şizofrenik hastaların aynen başkaları kadar uğraşmak zorunda olduğu günlük hayat problemlerine yönelmelidir.

Neligh ve Kinzie yukarıda belirtilen amaçlara ulaşmak için 10 pratik yaklaşım belirlemiştir:

1. O anki işlevsellik düzeyini, değiştirmek için baskı yapmadan kabul etmek.
2. Her hasta için en uygun dialog sıklığını belirlemek.
3. Rahat bir iletişim tarzı seçmek.
4. İstek uyandıran, cazip sosyal konular geliştirmek.
5. Problem çözme becerisini arttırmak.
6. Hastalara duygu dışavurumları açısından güvenli ortamlar sağlamak.
7. Bağımlılıkla mücadele etmek.
8. Hastanın çevresinde değişiklikler oluşturabilmek.
9. Sınırlar koymak ve hareketlerin sonuçlarını tartışmak ve bunu yaparken;
10. Gizlilik kurallarını yerleştirmek ve bakım sağlayan unsurlar arasında bilgi paylaşımının gerekliliğini unutmamak.

5. Söylence: Hastalar ömür boyu ilaç tedavisi altında olmalıdır

Gerçek: Süresiz medikasyona ihtiyaç gösterenler, hastaların küçük bir yüzdesi olabilir. Bu söylence çeşitli sebeplerle klinisyenlerce ortaya çıkarılmıştır. Birincisi bu, hastayla bir güç mücadelesi içerisinde, ilacı almanın önemini altını çizmek için yapılmış bir girişimdir. İkincisi, bir klinisyen birinci söylence olan "bir şizofrenik her zaman şizofreniktir" ya da bunun doğal sonucu "bir kere dağılmış beyin her zaman dağılmış bir beyindir"e inanıyorsa bu klinisyen aynı zamanda ömür boyu dengede tutmanın sağlanması için ilacın gerekli olduğuna da inanır (1).

Kanıt: Bu söylenceyi destekleyen bir veri mevcut değildir. Uzun vadeli çalışmaların sonuçlarını analiz ettiğimizde şaşırtıcı sayıda hastanın (en az % 25-50) tamamen ilacı bıraktığı, ancak daha fazla şizofrenik bulgu veya belirti göstermediği ve işlevselliğinin oldukça iyi olduğu görülebilir (10). Zaman içinde çoğu hasta ilaç dozu ve tedavi planlarını değiştirirler. Bu davranışlar sıklıkla hastalığın yükselme dönemi olan erken dönemlerinde nüklere yol açar. Bu durum karşısında sorumlu doktorlar haklı olduklarını görür ve hastalar da bir yenilgi hissederek. Sorun biraz da insan doğasındadır. Çünkü ABD'de herhangi bir hastanın, herhangi bir reçeteye uyum oranı sadece % 40-50'dir.

Diğer ilgili sorunlar;

1. Hastanın bir hastalığı olduğuna ilişkin kavrayış eksikliği.
2. İlaç kullanmayı beceremeyecek derecede şaşkın hale gelmesi.
3. İlaç kullanmanın gerektirdiği beceri ve kullanma sebebi konusunda net bilgi yoksunluğu.
4. Arzu edilmeyen ve hoş olmayan yan etkilerin sık görülmesi (diskinezi, distoni, akinezi, akatizi, obezite, empotans, ağız kuruluğu, kilo alma... gibi).
5. Çevresel stresörlerin azaltılmasında başarısızlık.

Bu tür yüksek stresör faktörlerin, bazı hastalarda parenteral ilaç almalarına rağmen nöks sıklığını artırdığı gösterilmiştir. Yine de hastalar ilaçlarına alışmalarına ve daha düzenli kullanmayı öğrenmelerine karşın, uzun vadeli çalışmalar göstermiştir ki; hatalı ilaç kullanan, ilaç kullanmayı unutan ya da kendi tecrübeleriyle ilacı bırakan bazı hastalar hastalık süreçlerinin daha ileriki dönemlerinde ilaçsız işlevsellik de kazanabildiklerini keşfetmektedirler.

Önerilen tedavi yöntemleri: En başarılı yaklaşımlar şunlardır;

- Güçlü bir hasta-hekim işbirliği,
- Prodromal ve kronik semptomların tanınması ve medikasyonun yönetilmesi hedefine yönelik ruhsal-egitsel yetenek kazandırma stratejileri,
- Yeniden değerlendirme metodları, ve
- Standardize edilmiş yan etki izleme teknikleri.

6. Söylence: Şizofrenikler alt düzey işler dışında birşey yapamazlar

Gerçek: Şizofrenik kişiler her düzey işte çalışabilirler ve çalışmaktadırlar. Şizofreniklerin çalışmaya-cakları ya da ancak düşük düzeyde işler yapabilecekleri fikrine özellikle ABD'de uzun süre inanılmıştır. Anthony ve ark. (1984) literatür taramalarında, ancak % 10-30 hastanın bir yıl boyunca ya da takip süresince tam-gün çalışabildiğini bildirmişlerdir. Bu bulgu da bu inancı kuvvetlendirmiştir (1,4).

Kanıt: Hastaların çalışmalarıyla ilgili ilk yaklaşımlar özellikle gelişim geriliği olanlar için tasarlanmış, kapalı (atölye) çalışma alanlarından ibarettir. Yakın zamana kadar bu çalışma alanlarının bu hastalar ya da ciddi mental hastalığı olanlar için uygun olup olmadığı konusunun çok az üzerinde durulmuştur. Ay-

nca toplum tarafından damgalanmanın etkisi, mesleki rehabilitasyonda psikiyatrik hastalara öncelik verilmemesi ve farklı sistemlerin işin içine girdiği problemler (rijidite, izolasyon, kısa süreli kompensatuar girişimler ve bilgiye erişimde güçlük gibi konular) üzerinde çok az durulmuştur.

Yine de; Strauss ve Carpenter 1974'deki takip çalışmalarında, semptomlar ile çalışma gibi işlevsellik düzeylerinin ancak zayıf şekilde bağlantılı olduğunu saptadılar. Yine Vermont Longitudinal Research Project'in (1987) "gelişme göstermiş ancak düzelmemiş" grupların bazı grup elemanlarının devamlı ve ısrarlı varsanı ve/veya sanrılarına rağmen iyi çalışması gibi geniş bir heterojenite saptanmıştır. Bu hastalar başkalarına birşey söylememeyi öğrenmişlerdi, çünkü bu başkalarını tedirgin etmekteydi. Başka bazı hastalar için ise çalışma, semptomatolojisini azaltmak için primer tedavi yöntemi olabilmekteydi.

Zamanla klinisyenler, çalışmanın hastalık üzerindeki (ve aynı zamanda karşılıklı bir etkileşim içinde olan) tedavi edici etkisini kabullendiler. "Bir işte çalışma doğanın en iyi doktorudur ve insan mutluluğu için çok önemlidir" (Galen). Harding, işlevsellikle ilgili bu temel anlayışa rağmen, ağır mental hastalığın tedavisinde, çalışmanın yerinin kısıtlı, sporadik ve yetersiz olduğu sonucuna varmıştır.

Bir rehabilitasyon programı hastalarıyla yakın temas kurabilme ve önemli noktaların üzerinde gereğince durma özelliğine sahipse, uzun vadede gidis belirgin olarak düzleme göstermektedir ve çalışma öyküsü de büyük ölçüde değişmektedir.

Önerilen tedavi yöntemleri: Günümüzde çalışmayı eksen alan ya da başta tür bir rehabilitasyon, ancak sistemlerin birleştiği yerlerde oluşmuş engellere ustaca çözümler üretebilen ısrarlı ve enerjik personel ile başarılıdır. Hastayı "tedavi etmek" öncelikle; esneklik, işbirliği, veriler temelinde eğitim ve uzlaşmış teorik çerçeve gibi konularda yapıcı olmak amacıyla "bakım sistemi"ni tedavi etmektir. Anthony ve ark. tarafından yönetilen Boston grubunun (1984) "seç, hazırla, devam ettir" mesleki modelini içeren çalışma stratejileri gibi başka yaklaşımlar da tasarlanmıştır. Buna göre bir rehabilitasyon kararı oluşturulur, mevcut ve gereken kaynakları biraraya getiren bir rehabilitasyon planlanır ve bireye yönelik

girişimler tasarlanır. Bu işbirliği; mesleki danışmanlık, beceri kazandırma, bir işe yerleştirme ve alınmış olduğu işi devam ettirebilmesi için gerekli eğitimi (işe zamanında gitme, düzgün giyinme ve uygun sosyal ilişkiler sürdürebilme... gibi) içerir.

7. Söylence: Aileler etyolojide rol oynayan faktörlerdir

Gerçek: Aileler işbirliği içinde önemli çözümsel bilgiler sağlayabilirler ve yakınlarının hecmeye eğilimlerini azaltacak ortamlar sağlayabilirler. Ailenin şizofreninin sebebi olduğu söylencesi yakın zamanlarda psikiyatride gerçekleşen biyolojik devrimden önce gelişip serpilmiştir. Bu söylenceyi ortaya atanlar şizofreni sebebi olarak ailenin özellikle iletişim alanındaki şiddetli işlev bozukluklarına yöneldiler. Örneğin pekçok teorisyen şizofrenik hastalarda iletişim zorluklarını gözledikten sonra, bunların rahatsız aile bireyleriyle etkileşim sonucu öğrenilmiş işlev bozuklukları olduğu sonucuna vardılar. Her ne kadar pekçok araştırmacı bugün bu miti terkettiyse de günümüzdeki biyolojik dönemde dahi bu mit yaşayabilmektedir. Öğrencilerini değişik mental sağlık disiplinlerine göre yetiştiren bazı klinisyenler ve akademisyenler halen buna inanmaktadır (1).

Kanıt: Aile araştırmacıları artan aile içi iletişiminin, nüks eğilimini azaltıcı etkisini gösterdikleri gibi, ailenin emosyonel ve etkileşimler ortamının nüksün hızlanmasına yardımcı olduğunu da sergilemişler ancak; aile etmenlerinin şizofreni için gerekli ve yeterli neden olduğunu gösterememişlerdir. Ailenin psikososyal ortamı, iletişim tarzları ve ebeveyn davranışlarının şizofreninin primer nedeni olduğuna dair kanıt yoktur. Gerçekte yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerden gelen olgularda nüks olasılığının daha fazla olduğu bulgusuna rağmen, ailelerin çoğu bu faktörde yüksek oran göstermemiştir.

Duygu dışavurumu düşük olan pekçok aile oldukça koruyucu bir biyolojik faktör sunabilir. Aile araştırmacıları artık, hasta bireyin davranışlarıyla, semptomları genellikle hızlandıran ailenin tepkisinin emosyonel/etkileşimsel çeşitli özelliklerinin birlikte görüldüğünü kabul ediyorlar. Mevcut kanıtlar şizofreninin diğer epizodik hastalıklardan (asthma, crohn hastalığı, artrit ...gibi) farklı olmayan epizodik bir hastalık olduğunu ve çevresel stresörler ve tetikleyi-

cilere duyarlı olduğunu düşündürüyor. Aile ortamı gibi stresörlerin, altta yatan bozukluğun etyolojik sebepleri arasında olduğu düşünülmekle birlikte, günümüzde yeterli sebep olarak kabul edilmiyorlar (11,12).

Önerilen tedavi yöntemleri: Ailelerin tedavideki optimal rolleri ve klinisyenler ile aile arasındaki uyumlu ilişkiler iyice kavranılmasa da artık geniş ölçüde kabul edilmektedir. Aileler; eğitim, bilgilendirme, olaylarla başa çıkma ve iletişim alanlarında beceri kazanma, emosyonel destek ve işbirliğine ihtiyaç duyar ve öyle isterler. Pekçok yazarın belirttiği gibi; ailelerin sebep olarak değerlendirildiği bilimsel teoriler ailenin taşıdığı yük ve suçluluk hissine olduğu kadar, tedavi ekibi ile aile arasındaki yabancılaşmanın çözümüne de katkıda bulunur.

Bu yüzden, klinisyen aile bireylerinin işbirliğini ve olaya katılımını teşvik etmek için özel bir çaba sarfetmek zorundadır. Bazı olgularda aileyi işbirliğine çekebilmek için yaşadıkları zorlukları kabul etmek ve mental sağlık sisteminin kendilerine yönelik davranışı nedeniyle özür dilemek bile gerekebilir. İletişim bir kez sağlandığında, klinisyen, hasta ve aile; ihtiyaçları ve uygun girişimleri belirlemek için birlikte çaba gösterebilirler. Ailelerin çoğu iletişim eğitimi ve hastalık ile başa çıkma yolları konusunda psikik eğitimden yarar görürler.

Sonuç: Bu makale şizofrenler grubuyla ilgili 7 yaygın miti gözden geçirmiştir çeşitli yazarlar her mite karşı kanıtlarını ileri sürmüşlerdir. Semptomların azaltılması ve hastanın işlevsellik düzeyinin yükselmesiyle, iyileşme ve düzelme olasılıklarını arttırmak için bazı tedavi yöntemleri önerilmiştir. Bu düşüncenin klinisyenleri, program düzenleyenleri, politika geliştirenleri, hastaları ve ailelerini bu zor ve genellikle uzun süren hastalıkla daha etkili bir şekilde başa çıkmaları yönünde cesaretlendireceği umulmaktadır.

Şizofreni ile ilgili uzun vadeli bir bakış açısı herkese yeniden umut ve iyimserlik aşılmalıdır. 22 yıl boyunca 508 hastayı inceledikten sonra Huber ve ark. şu sonuca vardılar. "Şizofreni yavaş ve ilerleyici bir yozlaşmayla giden bir hastalık gibi görünmemektedir. Hastalığın ikinci ve üçüncü dekadlarında dahi hala tam ya da kısmi düzelme potansiyeli vardır."

Yakın zamanlarda uzun süreli izlem çalışması yapan araştırmacıların hepsi aynı bulguları kaydetmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Harding CM, Zahniser JH: Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90(Suppl 384):140-46, 1984.
2. Marneos A: The long-term course and outcome of schizophrenia. *Triangle* 4:155-61, 1992.
3. Siever LJ, Kalus OF, Keefe RSE: The boundaries of schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North America* 2:217-45, 1993.
4. Ciompi L: On schizophrenia. In: *The psyche and schizophrenia*. Harvard University Press, Cambridge 1988; p.182-247.
5. Vaccaro JV, Young AS, Glynn S: Community-based care of individuals with schizophrenia. *The Psychiatric Clinics of North*

America 2:387-401, 1993.

6. McGlashan TH: Psychosocial treatments of schizophrenia: The potential of relationships. In: *Schizophrenia from mind to molecule*. 1ed. Andreasen NC (ed). American Psychiatric Press, Washington 1994; p.189-219.
7. Perris C: Psychotherapeutic approaches to schizophrenic patients. *Triangle* 1:45-55, 1993.
8. Göka E, Sağnak S: Şizofrenide psikodinamik yaklaşım. 3P 4 (ek sayı 4) 27-38, 1996.
9. Gabbard GO: Schizophrenia. In: *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practise*. The DSM-IV edition, 1ed. American Psychiatric Press, Washington 1994; p.183-219, 1994.
10. Gelder M, Gath D, Mayov R, Cowen P: Treatment. In: *Oxford Textbook of Psychiatry*. 1ed. Oxford Psychiatric Press, Oxford 1996; p.285-93.
11. Mintz LI, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Mintz J, Synder KS: The initial onset of schizophrenia and family expressed emotion. *Br J Psychiatry* 148:212-17, 1989.
12. Stirling J: Schizophrenia and expressed emotion. *Perspective in Psychiatric Care* 2:20-25, 1994.