

Persekütuar Tip Sanrısıl Bozuklukta Bütünleyici Psikoterapi Yaklaşımı: Bir Olgu Sunumu

F. Işıl Bilican¹, Mustafa Övül²

¹Yard. Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi,
Psikoloji Bölümü, Adana - Türkiye
²Psikiyatrist, Duygu Ruh Sağlığı Merkezi,
Adana -Türkiye

ÖZET

Persekütuar tip sanrısıl bozuklukta bütünleyici psikoterapi yaklaşımı: Bir olgu sunumu

Bu olgu sunumunda persekütuar tip sanrısıl bozukluğu olan hastanın tedavisinde bilişsel-davranışçı, psikodinamik ve destekleyici psikoterapi tekniklerinin entegre edilerek oluşan bütünleyici psikoterapi uygulanması anlatılacaktır. Hasta psikoterapi sürecinde antipsikotik ve antidepresan ilaç tedavisine devam etmekteydi. Hastanın temel şikayeti, sokakta insanlar tarafından izlendiğine, yargılandığına ve emekli olduğu için, 'zibidi, boş gezenin boş kalfası' şeklinde nitelendirildiğine şiddetli derecede inanmasıydı. Hasta, bu inancı yüzünden davranışlarını kısıtlıyor ve günlük yürüyüşlerini yapamıyordu. Terapi öncesinde hasta, yürüyüş yapmak istediği günlerin ancak %40'ında yürüyüşünü büyük zorlukla tamamlayabiliyordu. Terapötik ittifakı güçlendirmek için hastaya destek sağlandı, girişkenliğini artırmak için psikolojik eğitici bilgiler verildi. Hastanın sanrıları bilişsel formlar kullanılarak takip edildi. Bilişsel-davranışçı tekniklerin kullanıldığı seanlarda; düşünce, duygu ve davranışları takip etme, düşüncenin derecesini takip etme, derine inme, kanıtları inceleme, görüş-karşı görüş geliştirme, bedel-kazanç analizi kullanılan yöntemler arasında yer aldı. Bunlara ek olarak hastanın sanrılarına kaynak olabileceği düşünülen aile ilişkileri psikodinamik açıdan gelişimsel olarak incelendi ve hastanın içgörüsü kazanması amaçlandı. Terapi bittiğinde, hasta, yürüyüş isteğinin %90'unda yürüyüşünü tamamlayabilir hale geldi.

Anahtar kelimeler: Sanrısıl bozukluk persekütuar tip, psikofarmakoloji, bilişsel-davranışçı psikoterapi, psikodinamik psikoterapi, bütünleyici psikoterapi

ABSTRACT

Integrative psychotherapy for a patient with delusional disorder persecutory type: a case study

In this case report integrative psychotherapy with cognitive-behavioral, psychodynamic, and supportive psychotherapy techniques were used to provide treatment to the patient with delusional disorder, persecutory type. The patient was stable on antipsychotics and antidepressants during the psychotherapy process. The patient's main delusion was being followed and called 'loser' by others. He believed people on the street knew he had not worked and devalued him for not having worked. In the beginning of the therapy, the patient was able to finish his exercise, i.e. walking, 40% of the time, only with great anxiety. During the therapy, the patient's thoughts, feelings, and behaviors were followed using cognitive-behavioral forms. Several forms including tracking degree of thought, using the vertical descent, cost-benefit analysis, point and counter-point, examining the evidence were used to track the patient's progress. In addition, the patient's problematic relationships with his family were discussed from a psychodynamic perspective in order to provide meaning and insight into the source of his difficulties. When the therapy ended, the patient was able to complete his exercise 90% of the time he attempted walking in the park, which suggested an improvement in his target complaint.

Key words: Delusional disorder persecutory type, psychopharmacology, cognitive-behavioral psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, integrative psychotherapy

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yard. Doç. Dr. F. Işıl Bilican,
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Psikoloji
Bölümü, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-216-280-2640

Elektronik posta adresi / E-mail address:
ibilican@medeniyet.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
19 Ekim 2011 / October 19, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
14 Ocak 2012 / January 14, 2012

GİRİŞ

DSM-IV-TR'ye göre sanrısıl bozukluğun temel özelliği, şizofreni tanısı için gerekli semptomların yokluğunda, bireyin en az bir ay boyunca bizar olmayan sanrılarının bulunmasıdır (1). Sanrıların kendi içlerinde kapsülleşmeye yatkın olmaları nedeniyle, birey

günlük fonksiyonlarını yerine getirebilir (2). Sanrısıl bozukluk 18 yaşından 80 yaşına kadar görülebilir (3). Tedavi edilmediğinde, genellikle hayat boyunca sürer (4). Sanrısıl bozukluk ilaç tedavisine (5) ve psikoterapiye cevap verir (6,7). Hastanın sanrılarını anlamasına yardımcı olması ve problem çözmede aktif rol almasını sağlaması

nedeniyle bilişsel-davranışçı terapi, sanrısız bozukluğun tedavisinde kullanılan psikoterapi türlerinin başında gelmektedir (8-10).

OLGU

S., 50 yaşında, bekar, üniversite mezunu, minyon yapılı, emekli bir erkekti. Konuşması amaca uygundu, düşünce akışı ve çağrışımlarında patoloji yoktu. Düşünce içeriği ve algılama dışında patoloji gözlenmedi. S., insanların kendisini izlediğini, hakkında kötü konuştuklarını ve kendisi hakkında 'zibidi, boş gezenin boş kalfası' diye düşündüklerini iddia ediyordu. Bu inancı yüzünden sokakta yürümekte büyük zorluk çekiyordu. Klinik mülakat sonucunda, hastaya, Persekütuar Tip Sanrısız Bozukluk teşhisi konuldu. S. bir yaşında iken, annesini siroz sebebiyle kaybetmişti. Öz annesi olarak bildiği babasının ikinci eşinin, aslında üvey annesi olduğunu, S. altı yaşındayken boşandıklarında öğrenmişti. S. ile babasının üçüncü eşi arasında iyi bir bağ kurulamamıştı. Sıkça yaptıkları tartışmalar nedeniyle S.'nin babasıyla arasının bozulduğu olurmuş. Anneanne diye çağırıldığı kişinin ise aslında teyzesi olduğunu yetişkinliğinde öğrenmişti.

S., çalıştığı dönemlerde insanların kendisine kötü davrandığını düşünüyordu. Örneğin, lokantaya gittiğinde garsonların kendisini inceleyip küfrettiklerini, 'yavşak' dediklerini algıyormuş. Ona göre, taksiciler önüne geçip 'dövüne dövüne' güler, sen 'homoseksüelsin' derlermiş. Tatil beldesinde bir aile kendisine gülmüş, sonra birdenbire ortadan kaybolmuş. Fuarda gezerken herkes 'dönüp dönüp' ona bakarmış. Ancak birlikte dolaştığı arkadaşları, hastaya gülenleri fark etmezlermiş.

S. emekli olduktan sonra, spor ve uzun yürüyüşler yaparak kendini meşgul etmeye çalışmıştı. Terapiye başladığında, bu yürüyüşler sırasında insanların kendisine baktıklarını, izlediklerini, kendisi için 'zibidi' dediklerini düşünüyordu. Her gün aynı rotayı takip ederse, önünden geçtiği mağaza sahiplerinin onu küçük göceklerine, "boş gezenin boş kalfası" diye niteleyeceklerine inanıyordu. Bu yüzden evden çıkmakta, belirli sokaklardan geçmekte, parka girmekte zorluk çekiyordu. S.'nin terapiye yönlendirilmesinin ana sebebi, insanların kendisini izlediği sanrısının yarattığı stresi

azaltmaktı. S., geçmişte pasif intihar ve başkalarına zarar verme düşünceleri taşımakla birlikte, niyet ve planlama yapmadığını belirtti. Hastanın sosyal ortamlara girme ve insanlarla iletişim kurmada sıkıntı yaşamadığı gözlemlendi.

AMAÇ VE YÖNTEM

S.'ye ilaç ve terapi tedavisi birlikte uygulandı. Psikoterapiye başlamasından önceki dört sene boyunca, psikiyatrist gözetiminde kullandığı antipsikotik ve anti-depresan ilaçlar yardımıyla durumu stabil kaldı. İlaç tedavisine olanzapin 10 mg/gün ile başlandı, 15 mg/gün ile devam edildi. Altı ay sonra, gündüz uyku artışı, sabahları zor ve dinlenmemiş olarak uyanma, isteksizlik ve bezginlik gibi günlük aktiviteyi engelleyen belirtiler nedeniyle başlanan sertralin 50 mg/gün'e bir yıl devam edildi, belirtiler düzelince bırakıldı. Bir yıl sonra kilo artışı, hipergliseridemi ve hafif derecede ekstrapiramidal sendrom (EPS) belirtileri sebebiyle amisülprid 200 mg/gün başlanıp, 400 mg/gün olarak devam edildi. İki ay sonra amisülprid dozu 600 mg/gün'e çıkıldığında tedirginlik ve akatizi gelişince, ketiapin 25 mg/gün başlandı ve doz bir ayda 300 mg/gün'e çıktı. Terapi sürecinde hasta düzenli olarak ketiapin 300 mg/gün almaya devam etti.

S., ilaç tedavisinin yanında iki haftada bir klinik psikolog ile 50 dakika süren psikoterapiye devam etti. Literatürde sanrısız bozukluk için belirtilen bilişsel-davranışçı terapi tekniklerinin yanı sıra, tedaviye psikodinamik ve destekleyici teknikler de entegre edilerek, hastaya bütünleyici psikoterapi tedavisi sunuldu. Bu olgu sunumunda, bütünleyici psikoterapinin sanrısız bozukluğu olan bir hastanın semptomlarını azaltmadaki etkisi incelenmiştir. Terapinin ilk seanslarında destekleyici terapi uygulanarak hasta ile terapötik bağ kurulması sağlandı. İlk ve orta seanslarda, bilişsel-davranışçı teknikler kullanılarak, hastanın günlük hayata katılmasını engelleyen sanrılar tartışılması ve bunların yarattığı anksiyetenin azaltılması hedeflendi. Terapinin son aşamasında ise psikodinamik teknikler kullanılarak, sanrının kaynağı hakkında içgörü kazanması amaçlandı. Tedavi süresince hastanın sanrılarındaki değişiklikler, düşünce-duygu-davranış arasındaki bağı izleyen

bilişsel-davranışçı formlar ile takip edildi. Hastaya eğitici psikolojik bilgiler verildi. Hasta, tedavisi ile ilgili bilgilerin olgu sunumu olarak paylaşılmasına izin verdi.

Bireysel Terapide Kullanılan Yöntemler Ve Terapi Süreci

İlk Beş Seans

Bireysel terapinin ilk seansında, hasta sanrıları ile açıkça yüzleştirilmedi (11). Hastanın şikayetleri dinlendi, duyguları onaylandı (12,13). Terapistin hastaya destek olması terapötik bağı güçlendirdi, bu da yapılacak olan bilişsel çalışmalara temel oluşturdu. Bilişsel teknikler kullanılarak hastanın sıkıntı yaratan düşüncelerini farklı bir bakış açısıyla incelemesi amaçlandı. Olay-düşünce-duygu-davranışlar arasındaki bağlantı hakkında konuşuldu. Bilişsel çarpıtmaların bir listesi hastaya verildi. Düşüncelerin ve duyguların ayrı olgular olduğu ve düşüncelerin duyguları oluşturduğu açıklandı. Seansın hedefi, düşüncelerin ve gerçeklerin birbirinden farklı olduğunun anlaşılması, sanrıları gerçeklerden ayırmak ve sanrılara karşı alternatif düşünceler geliştirmektir (14).

İkinci ve üçüncü seanslarda, hastanın emekliliği hakkındaki düşünceleri yeniden yapılandırıldı. Çalıştığı 22 yıldan sonra emekliliği hak ettiği, emeklilerin serbest zamanının olmasının doğal olduğu, parka gitmenin, yürüyüş yapmanın normal olduğu, yürüyüşün sağlığa yararlı olduğu gibi düşünceleri içselleştirmesi sağlandı. Yürüyüş yapma, serotonin yükselmesi ve kendini daha iyi hissetme konusunda bilgilendirme yapıldı.

Beşinci seansta, derine inme yöntemi kullanıldı (15). Bu metot kullanıldığında hasta parka girememesinin sebebinin, başkalarının kendisi hakkında, “zibidi, işe yaramaz” diye düşüneceklerine ilişkin korkusu olduğunu belirtti. Hastadan zibidi olarak görülmenin kendi üzerinde bıraktığı etkiyi değerlendirmesi istendiğinde, hasta ‘zibidi’ olarak görülmenin yarattığı moral bozukluğunu, O’dan (moralini çok bozuyor) 100’e (moralini hiç bozmuyor) kadar olan ölçekte, 50 olarak değerlendirdi. Aynı ölçekte hastanın parka girmeden eve dönmesi, moralini 100 derecesinde bozuyordu. S., bu alıştırmadan sonra parka girememenin yarattığı kaybın,

başkalarının kendisini eleştirmesi riskine kıyasla 2 kat olduğunu gördü. Hastanın parka girememesinin kendisi için olan sonuçları konusunda içgörü geliştirmesi amacıyla bedel-kazanç analizi formu (15) kullanıldı. Hasta, parka girememesinin bedel ve kazançlarını inceledikten sonra, parka girememenin bedelinin kendisi için daha yüksek olduğunu fark etti.

Hasta, emekli olmayı negatif anlamlandırıyordu. Emekli olurken kendisine, üzerinde ‘iş yapamaz’ yazan bir belge verilmişti. S., bu belgenin kendisinin ‘işe yaramaz’ bir insan olduğunu gösterdiğini düşünüyordu. Kanıtları inceleme formu (15) kullanılarak, hastanın bu düşüncesini destekleyen ve buna karşıt olan kanıtlar incelendi. Emekli edilme süreci detaylıca konuşulduğunda, çalıştığı firmanın ekonomik krizde olduğu bir dönemde, kendisi ile birlikte 150 kişiyi işten çıkardığı öğrenildi. Bu kişilerin hepsinin ‘işe yaramaz’ olup olmayacağı sorgulandı. Kendi düşündüğü gibi işe yaramaz bir çalışan olsaydı, işverenin kendisini 22 sene çalıştırıp çalıştırmayacağı tartışıldı. Bu alıştırmadan sonra, hasta emekliliği hak ettiği düşüncesini içselleştirmeye başladı. Bilişsel çarpıtmalar listesini (15) okuduktan sonra, emekli edilmesini negatif algılamasının ‘kişiselleştirme’ olduğu kararını verdi. Hastaya, terapi sürecinde, emeklilik konusunda hissettiği utancı azaltmak için çeşitli ev ödevleri verildi. Düşünce ve duygularını takip eden formları doldurmasının yanı sıra, yakın arkadaşlarına parkta yürüdüğünü söylemesi istendi. Hasta arkadaşlarına her gün parkta yürümeye gittiğini anlattı ve onların desteğini gördü. S., parkta iki doktoru yürürken gördüğünü ve parkta yürümenin ‘belki de zibidi olmak anlamına gelmeyeceğini’ ifade etti. Altıncı seansta derine inme metodu tekrar kullanıldığında, hastanın sanrıları değişmeye yüz tutmuş ve hasta, parkta ve sokakta yürümenin olumsuz bir şey olmadığına ilişkin düşünceler geliştirmeye başlamıştı.

Son Beş Seans

Hasta altıncı seansta, emekli olmakla ilgili yeni negatif düşüncelerden bahsetti. Emekli olduğu için kadınların kendisine ilgi göstermeyeceklerinden çekiniyordu. Bu düşüncenin, bilişsel çarpıtmalardan olumsuz süzgeçten geçirmeye ve zihin okumaya örnek olduğu tartışıldı. Bu

çarpıtmaya karşıt düşünceler üretildiğinde, emekliyen sahip olunan boş zamanı bir kadın arkadaşla geçirebilme fırsatı, bir avantaj olarak nitelendirildi. Sahip olduğu olumlu özelliklerin listesi (örn. eğitimi, maddi imkanları, sosyal olması vb.) yapıldı. Emekli olmasının kadınları kendisinden uzaklaştırdığına ilişkin kendi inancını şöyle bir örnekle anlattı: 2005 yılında bir kadınla tanışmış, ancak kadının etnik kökenini duyunca ilgi göstermemişti. 2007 yılında tekrar karşılaştıklarında, bu kez kadın ilgi göstermemişti. S., bu sonucu emekli olmasına bağlıyordu. Görüş-karşı görüş formu (15) kullanılarak, bu negatif düşünceye karşıt, akılcı görüşler üretildi. Hastanın etnik yapısından dolayı kadını kendisinin beğenmemesi, kadını iki sene aramaması, arada geçen iki senede kadının bir başka ilişkiye girmiş olabileceği, üretilen akılcı cevaplar arasındaydı. Bu yeni akılcı düşünceler, hastanın bilişsel çarpıtmalarına alternatif oluşturdu.

S.'nin parka girme korkusu yedinci seanstan sonra azalmaya başladı. Bir önceki hafta her gün parka girebildiğini belirtti. Parka giderken arkadaşlarını aramaya ve onlarla parkta buluşmaya başladı. Yedinci seanstan sonra hastanın sanrısının kaynakları tartışıldı. Sanrısı ile babasının kendisine davranış biçimi arasında bağlantı kurdu. S.'ye göre babası, çocukken onunla ilgilenmez, derslerine yardım etmez, fiziksel olarak dokunup sevgisini göstermez, ancak sürekli eleştirmiş. İlkokulda derslerinde zorlandığı için 'bu çocuk geri zekalı' dermiş. Babası hala S.'ye, vergi kağıtlarını doldurması konusunda güvenmez, araba ve ev aletlerini kullanmasını beğenmemiş. S.'ye göre, kimse küçükken kendisine güvenmemişti. Üvey annesi, evde ders çalışırken, 'ben bile öğrendim, sen öğrenemedin' der, yetersizlik duygusunu pekiştirmiş. S.'nin babasının eleştirel tavrını içselleştirmesi ile kendisini eleştirmesi ve diğer insanlardan devamlı eleştiri beklemesi arasında bağ kuruldu.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. Fourth Ed., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Gelder M, Gath A, Mayou R. The Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1989.
3. Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995; 40:616-622.
4. Manschreck, TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. J Clin Psychiatry 1996; 57:32-38.
5. Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. Can J Psychiatry 2006; 51:114-119.

Büyüme sürecinde, doğru zannettiği şeylerin yanlış olmasının başkaları tarafından bilinmesine rağmen (annesi diye bildiği kadının aslında üvey annesi olduğu ve anneannesi zannettiği kadının teyzesi olduğu yanlışlığı), kendisinin bunların farkında olmaması tartışıldı. Başkalarının kendisi hakkında daha çok bilgi sahibi olduğu düşüncesini zaman içinde içselleştirip, başkalarının olası negatif düşüncelerine önem vermeye başlamasına dikkat çekildi.

Dokuzuncu seansa geldiğinde, zamanının büyük kısmında rahatça parka girebiliyor, sanrılarını yüzünden parka girmekte zorlandığı zamanlarda ise, sanrılarında dengeli düşünceler ile meydan okuyarak kendini parka girmeye zorluyor ve yürüyüşü bitince kendini daha iyi hissediyordu. Hasta terapinin dokuzuncu seansında, parka girmek istediği günlerin %90'unda parka girmeyi ve yürüyüşünü tamamlamayı başarı hale geldi.

TARTIŞMA

Bütünleyici terapi hastanın değişik ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı oldu. Hastanın sanrılarını bilişsel yöntemlerle sorgulanıp dengeli düşüncelerle değiştirirken (16), psikodinamik teknikler hastanın tekrarlayan örneğinin kaynağını anlamasına ve içgörü geliştirmesine yardımcı oldu. On seanslık terapi bittiğinde, S.'nin sanrılarını kendisini daha az rahatsız ediyordu. S. parka girerken negatif düşünceler aklına gelse de, bunları kendi kendine dengeli düşünceler ile değiştirip, parkta ve sokakta daha rahatça yürümeye başladı. S.'nin sosyal hayatında da olumlu değişiklikler oldu. Kendisini endişelendiren konuları arkadaşlarıyla paylaşması utancını azalttı, arkadaşlarıyla daha çok vakit geçirmeye başladı ve başkalarıyla iletişim kurarken sanrılarını kendisini daha az etkilemeye başladı.

6. Turkington D, John CH, Siddler R, Ward D, Birmingham L. Cognitive therapy in the treatment of drug-resistant delusional disorder. *Clin Psychol Psychother* 1996; 3:118-128.
7. O'Connor K, Stip E, Péliissier MC, Aardema F, Guay S, Gaudette G, Van Haaster I, Robillard S, Grenier S, Careau Y, Doucet P, Leblanc V. Treating delusional disorder: a comparison of cognitive-behavioural therapy and attention placebo control. *Can J Psychiatry* 2007; 52:182-190.
8. Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res* 2000; 16:71-90.
9. Moorhead S, Turkington D. The CBT of delusional disorder: the relationship between schema vulnerability and psychotic content. *Br J Med Psychol* 2001; 74:419-430.
10. Townend M. Individual exposure therapy for delusional disorder in the elderly: a case study of a 71-year-old man. *Behav Cogn Psychother* 2002; 30:103-109.
11. Fowler D, Garety P, Kuipers E. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychoses: Theory and practice*. Chichester: Wiley, 1995.
12. Douglas CJ. Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *Am J Psychiatry* 2008; 165:445-452.
13. Gentile JP, Niemann P. Supportive psychotherapy for a patient with psychosis. *Psychiatry* 2006; 56-61.
14. Beck AT. *Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar*. Özakkaş T (Çeviri Ed.) 2. Baskı, İstanbul: Litera, 2008.
15. Leahy RL. *Bilişsel Terapi Yöntemleri*. Türkçapar HT, Köroğlu, E (Çeviri Eds.), Ankara: HYB Yayıncılık, 2003.
16. Kuipers E. The management of difficult to treat patients with schizophrenia, using non-drug therapies. *Br J Psychiatry* 1996; 169:41-51.