

T1395

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

+ ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE DUYGU  
DIŞAVURUM İLE AİLE YÜKÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. HÜLYA SOYLU NURAL

T1395/1-1

"Tezimden Kaynakça Gösterilerek Yararlanılabilir"

Antalya, 2002

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

1. Giriş ve Amaç	1
2. Şizofreni İle İlgili Genel Bilgiler	4
2.1 Tanım ve Tarihçe	4
2.2. Epidemiyoloji	5
2.3. Etiyoloji	6
2.4. Organik Araştırmalar	7
2.4.1. Kalıtım Araştırmaları	7
2.4.2. Biyokimyasal Araştırmalar	8
2.4.3. Beyinde Yapısal Bozukluklar ve Görüntüleme Araştırmaları	10
2.4.4. Viral ve otoimmün nedenler	12
2.4.5. Doğum ve Hamilelik Komplikasyonları Hipotezleri	12
2.4.6. Psikososyal Yaklaşımlar	12
2.5. Klinik Belirtiler ve Bulgular	15
2.6. Gidiş ve Sonlanış	18
3. Duygu Dışavurum Tanımı ve Psikiyatrideki Yeri	18
4. Şizofren Hastaların Ailelerinde Duygu Dışavurum Ve Bakım Yüğü	21
5. Yüğü Kavramı	22
6. Şizofreni ve Aile Yüğü Kavramı	23
7. Psikopatoloji Ve Aile Yüğü İlişkisi	25
8. Yöntem Ve Gereçler	27
8.1. Denekler	27
8.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler	28
8.3. Kullanılan Gereçler Hakkında Bilgiler	29
9. Bulgular	33
10. Tablolar	36
11. Tartışma	41
12. Sonuçlar Ve Öneriler	45
13. Kaynaklar	47
14. Ekler	55

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni erken yaşlarda başlayarak yaşam boyu süren, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur. İnsanı, gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açan bu bozukluğun topluma maliyeti oldukça yüksektir (1).

Şizofreni kişide yarattığı yıkım ile hastayı ve hasta ailesini etkileyen önemli bir ruhsal hastalıktır. Son yarım asırdır psikofarmakolojideki hızlı gelişmelere rağmen halen şizofren hastalarda tam iyilik hali (işlevselliğin hastalık öncesi düzeye gelmesi) pek mümkün olmamaktadır. Sonuçta aileleri ile yaşayan hastaların çoğu belirgin derecelerde yetersizlik göstermeye devam etmekte ve bu durum hasta yakınlarını sıkıntıya sokmaktadır (2).

Antipsikotiklerin kullanılması ile 1950 lerde başlayan psikiyatri hastanelerinin boşaltılması 1970 lerde en üst düzeye ulaşmış ve 1970 li yılların başından itibaren şizofreniye neden olan faktörlerden çok, şizofreninin gidişine etki eden faktörler üzerindeki araştırmalara ağırlık verilmiştir. Antipsikotiklerin etkinliği ile, uzun süre hastanede yatmasına gerek kalmayan çok sayıda hastanın toplum içinde rehabilitasyonu gündeme gelmiştir. Toplum içindeki bakımda temel gaye, hasta bireyin özgürlüğünün olabildiğince korunması ve daha az kısıtlayıcı ortamlarda işlevselliğini azami ölçüde sürdürebilmesinin sağlanmasıdır. Bu anlayış doğrultusunda bir çok akıl hastanesi kapatılmış yada yatak sayısı en aza indirilmiştir (3,4). Bu süreç hasta yakınlarının, hastaları ile doğrudan ve yoğun etkileşime girmelerine neden olmuş; hastalık hakkında yeterince bilgi ve hoşgörü sahibi olmayan yakınlarında gerginlik ve zorlanma yaratmıştır. Böyle bir ortamda araştırmacıların dikkati ev içindeki atmosfere çevrilmiş ve evde birtakım zorluklar

yaşayan hastaların, düzenli ilaç kullanmalarına rağmen daha sık relapsa girdikleri gözlenmiştir (5,6). Dolayısıyla aile içindeki olumsuz ortamın (yüksek duygu dışavurum) şizofreninin seyrini kötüleştirdiği görülerek aile terapilerine önem verilmiştir. Bu konudaki ilk çalışmalar İngiltere'de Brown ve arkadaşları tarafından 1958 yılında başlamış ve 1976 yılında Leff ve Vaughn'un yayımlamış oldukları bir araştırma yazısı ile Duygu Dışavurum (Expressed Emotion) kavramı kuramsallaşmıştır (7,8,9).

Hastaların büyük çoğunluğunun günümüzde aileleriyle yaşıyor olmasının aile üzerindeki etkilerini az sayıda kişi araştırmıştır. Oysa hastanın evde bakımının getirdiği yük hatırı sayılır büyüklüktedir (10). Platt, yük kavramını "adil olarak kendi payına düşenden daha fazlasını yapmak" olarak tanımlamıştır. Bu yalnızca yüklenen kişinin ortak işlerde daha fazla bir oranı yada daha fazla sayıda işi üstlenmesi anlamına gelmez, aynı zamanda kişinin ilişki dışındaki etkinliklerini de kısıtlar. Ayrıca, ailelerin şizofreni hakkındaki bilgi eksikliği de hastayla başetmede yetersiz kalmalarına neden olmaktadır (10,11).

Sonuçta şizofreni, bakımı sağlayan ailenin sosyal ve boş zaman etkinlikleri ile mali durumunu sık sık etkiler. Üzerlerine binen yüke rağmen aileler, çok az destek görüp, tedaviyle uğraşan uzmanlardan çok az öneri ve bilgi almaktadırlar (11,12). Oysa psikotik alevlenmeleri azaltmak için ailelere önemli görevler düşmektedir. Fakat hem hastalık hakkındaki yetersiz bilgilerinden hem de yüklenme karşısında yetersiz kalan savunma düzeneklerinden dolayı aileler, bazen bu hastalar için stresör faktör olabilmektedir. Bu noktadan yola çıkılarak geliştirilmiş aile terapileri sayesinde relaps oranlarını %20-25 ler seviyesine indirebilmek mümkün olmuştur. Farmakoterapi ve aile terapilerine ek olarak hastalara sosyal beceri geliştirme eğitimleri de verilirse 1 yıllık relaps oranı %9 gibi çok düşük seviyelere çekilebilmektedir (13,14).

Günümüzde ailelerin karşılaştığı sıkıntılarla ilgili şimdi daha çok şey biliniyor olmasına karşın, onlara en iyi nasıl yardım edilebileceği konusunda yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır. Aileler, hastalık hakkında ne kadar iyi bilgilendirilirse, sıkıntıları ne kadar iyi anlaşılırsa ve yardım edilebilirse, şizofren hastanın prognozu da o ölçüde iyi olacaktır. Bu çalışmada; şizofreni hastalarındaki psikiyatrik belirtiler ile yakınlarındaki duygu dışavurum ilişkisi, psikiyatrik belirtiler ile aile yükü ilişkisi ve ailedeki duygu dışavurum ile aile yükü arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ŞİZOFRENİ ve TARİHÇESİ

Şizofreni genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünce, algılama ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir psikozdur. Bu hastalık; hastayı, ailesini ve toplumu ruhsal, sosyal ve ekonomik olarak sıkıntıya sokmaktadır (15).

Dementia praecox kavramını ilk kullanan kişi Belçikalı psikiyatrist Morel'dir. Morel, 1860 yılında yayınladığı "Akıl Hastalıkları" kitabında, 14 yaşında bir erkek çocuğunda, aile içinde ve okulda uyum sorunlarıyla başlayıp, entelektüel yıkımla sonlanan bir içe kapanma tablosu tanımlamış ve bunu dementia praecox olarak adlandırmıştır. 1871 de Hecker hebefreniyi ve 1874 de Kahlbaum katatoniyi tanımlamıştır. 1896 da Alman psikiyatrist Emil Kraepelin bu iki klinik tabloya paranoid ve basit tipleride eklemiş, bunların büyük olasılıkla metabolik kökenli bir hastalığın farklı görünümüleri olduğunu ileri sürerek hepsini "dementia praecox" tanısı altında toplamıştır. Kraepelin'in diğer bir katkısı ise günümüzde şizofreni kavramı içinde önemli yer tutan pozitif ve negatif belirti ayırımının çerçevesini hazırlamış olmasıdır. 1911 de Eugen Bleuler, bu bozukluğun mutlaka yıkımla sonlanması gerekmediğini belirterek, dementia praecox yerine zihin yarılması anlamına gelen "schizo-phrenia" teriminin kullanılmasını önermiştir. Bleuler "Dementia praecox veya şizofreniler grubu" adlı kitabında bu hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını ,ayrıca şizofreninin otizm, ambivalans, çağrışımlarda kopukluk ve anormal duygulanım olarak dört temel belirtisi olduğunu ileri sürmüştür. 1960 lı yılların sonlarında, Kurt Schneider 'in' **birinci sıra belirtileri** 'olarak adlandırdığı işitme varsanılları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle

söyendiğini işitme, dış güçler tarafından bedeninin etkilenmesi, düşünce çalınması ve düşünce sokulması gibi sanrı ve varsanılardan oluşan tanı kriterleri kabul görmüştür. Günümüzde biyokimyasal, anatomik ve genetik alanlardaki gelişmelere rağmen şizofreni, ancak belirtilerin gözlenmesiyle tanı konulabilen bir hastalık olmaya devam etmektedir (1,15,16,17,18).

Şizofreninin etyolojisi henüz tam olarak aydınlanmamıştır. Kraepelin ve Bleuler kendi dönemlerindeki araştırmaları sonucu şizofreninin biyolojik anormalite sonucu geliştiğine inanmışlardır. Kraepelin kalıtımın önemli rol oynadığı, toksik, metabolik ve dejeneratif bir hastalık olduğunu düşünmüştür. Bleuler ise beyinde kronik anatomik yada biyokimyasal bozukluğun temel belirtileri ortaya çıkardığını ileri sürmüş ve ikincil belirtileri ise bu hasta zemin üzerinde ruhsal etkenlerle gelişen anormal mekanizmalar olarak görmüştür. Bu konudaki görüşler organik ve psikososyal olmak üzere iki ana kümede toplanmışsa da, birden çok etkenin rol oynadığı görüşü hakimdir (19).

## 2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Yıllar içinde şizofreninin toplumdaki sıklığını için yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar büyük değişkenlik göstermiştir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda 1970-1980 arasında şizofreni için ilk başvuru oranlarında % 40-50 azalma olduğu bildirilmektedir ve bu düşüşün hastalığın sıklığındaki azalmadan sorumlu olup olmadığı tartışılmaktadır. Bunun nedeninin tanı kriterlerindeki değişiklikler, araştırmalarda kullanılan metodolojik farklılıklar olduğu bildirmiştir (1,20).

Son çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre şizofreninin sıklığı (insidans) binde 0.1-0.4, yaşam boyu yaygınlığı (prevelans) % 0.5-1 arasında değişmektedir (20). Her iki cinsiyet içinde yaşam boyu şizofreni riski eşittir. Şizofreni her yaşta ortaya çıkabilir ancak genellikle erken erişkinlik döneminde başlar. Hastaların %

70'inde başlangıç 15-35 yaşları arasındadır Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde kadınlardan ortalama 10 yaş daha erkendir (20,21).

Düşük sosyoekonomik düzeyli toplumlarda yaşayanlarda, yalnız ve boşanmış bireylerde, göç etmiş kişilerde, doğum komplikasyonu hikayesi olanlarda, kış-ilk bahar aylarında doğanlarda şizofreninin daha sık görülmesinden dolayı, bu etkenler risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (1,20,22).

### 2.3. ETİYOLOJİ

Şizofreni olasılıkla heterojen nedenli, farklı klinik görünümü, tedaviye cevabı ve klinik gidişi olan bir grup hastalıktır (23). Semptomlarında, prognozunda, tedavisinde böylesine farklılıkların görüldüğü bir hastalığın etyolojisinde tek bir nedenin bulunduğunu söylemek bugün için biraz fazla genel bir yaklaşım olacaktır. Şizofreni hastalığının etyolojisi hakkında pekçok farklı görüş ortaya atılmıştır. Araştırmalardan elde edilen çelişkili sonuçlar hastalığın etyolojisinde farklı mekanizmaların rol oynadığına inanmamız için yeterince kanıt sağlamaktadır.

Şizofreni konusunda yapılan bunca çalışmaya rağmen henüz tek bir hastalık olup olmadığı konusunda bile soru işaretleri vardır. Halen şizofreni etyolojisinde temel soru olarak, bu hastalığın nörogelişimsel mi yoksa nörodejeneratif bir bozukluk mu olduğu tartışılmaktadır. Yani beyinin normal gelişimini bozan bir neden mi var, yoksa normal gelişmiş bir beyinde etkili olan bir hastalık süreci mi var? (23). Beyin gelişiminin nörobiyolojisi hakkındaki bilgilerimizin artması, patojen etki mekanizmaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmamızı sağlamaktadır. Beyin gelişimindeki küçük bir sapma, spesifik davranışlarla ilgili disfonksiyonlara neden olabilmektedir. Nörodejeneratif süreç, genişlemiş ventriküller ile olan bilişsel bozuklukların varlığı ile destek görünürken, nörogelişimsel hipotez minor fiziksel anomaliler, gizli nörolojik



anormallikler, sosyal ve bilişsel eksiklikler gibi premorbid anomalilerin varlığı ile desteklenmektedir (24).

## 2.4. ORGANİK ARAŞTIRMALAR

### 2.4.1. Kalıtım araştırmaları

Genetik yatkınlığın şizofrenide önemli rolü olduğu düşünülmektedir Genel görüş, genetik ve çevresel etkenlerin değişik oranlarda rol oynadıkları farklı şizofreni alt grupları olduğu şeklindedir (15). Bu konuda yapılan çalışmalar dört ana başlık altında toplanabilir.

#### a) Aile araştırmaları:

Yapılan çalışmalarda, şizofreni tanısı almış kişilerin birinci derecede akrabalarında şizofreni oranı kontrol grubuna göre 5-10 kat daha yüksek bulunmaktadır. Araştırmalara göre anne veya babadan biri hasta ise, çocuklarda hastalık riski % 12,5- 13,8 arasındadır. Hem ana hem baba hasta ise bu risk % 35-46 arasındadır. Anne-baba sağlam, çocuklardan biri hasta ise, kardeşlerde şizofreni riski % 6,7- 8,2 dir. Bir hastanın birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni riski % 8-10 dur. Akrabalık uzaklaştıkça risk azalmaktadır (25,26,27,28,29).

#### b) İkiz araştırmaları:

Tek ve çift yumurta ikizlerinde eş-hastalanmayı ilk kez araştıran Franz Kallman'dır Kallman'ın bulgularına göre şizofreninin genel nüfusta görülme sıklığı% 0,085'tir. Üvey kardeşlerdeki eş hastalanma oranı % 1,8, öz kardeşler arsında % 14, çift yumurta ikizlerinde % 14, tek yumurta ikizlerinde ise % 86 dır. Birbirinden ayrı yetişmiş tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı % 76 olarak bulunmuştur. Ancak Kallman'ın araştırmalarının pek çok eksikliği vardır ve oldukça eleştirilmiştir. Kallman'dan başka pek çok araştırmacı ikizler üzerinde çalışmış ve hepsinin ortak

sonucu tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranının yüksek olduğu yönündedir (25,26,27,28,29).

Aile ve ikiz çalışmaları şizofrenik bozuklukta kalıtsal etkenin varlığını gösteriyorlarsa da çevresel etkenlerin önemli olduğunu sonucunu da ekarte edemiyorlar.

c) Evlat edinme araştırmaları:

Bu konuda günümüze kadar yapılan çalışmalar, şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı ailelerde yetişen çocuklarında, şizofreninin ve şizofreni spektrum bozukluğunun anlamlı derecede daha sık bulunduğudur. Diğer yönden yapılan çalışmalarda; şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarındaki şizofreni ve şizofreni spektrum bozukluğunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (1)

d) Moleküler genetik çalışmaları:

Şizofreni konusunda yapılan moleküler genetik çalışmaların varsayımı, en az iki kuşak boyunca hastalığı gösteren ailelerde 5. kromozom üzerinde şizofreniye neden olabilecek lokusun varlığıdır. Ancak bu bulgu henüz tam olarak doğrulanmamıştır. Ayrıca; X kromozomunun ve 11,12,13. kromozomlarının şizofreni ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar vardır (1).

Sonuç olarak; şizofrenide kalıtımın önemli rolü olduğu kabul edilmiş olmakla birlikte, genetik geçişin türü ve biçimi henüz aydınlatılamamıştır.

#### 2.4.2. Biyokimyasal araştırmalar

Şizofrenide dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin, glutamat gibi nörotransmitterler ve çeşitli nöromodulatör olan nöropeptidlerde bozukluklar olduğu düşünölmektedir.

**Dopamin hipotezi:** Şizofrenide dopamin hipotezi, dopaminerjik sistemi aktive eden amfetamin, levodopa gibi ilaçlarla paranoid psikoz benzeri bir klinik tablonun oluşması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini inhibe eden ilaçlarla psikotik

semptomların azaldığının gözlenmesiyle ortaya atılmıştır (23). Bu teorinin en basit açıklanışı şizofrenide aşırı dopaminerjik aktivitenin olduğu şeklindedir. Klasik antipsikotiklerin etki ve güçleri, dopamin D<sub>2</sub> reseptörünü antagonize etme yetenekleri ile ilişkilidir (30). Dopaminerjik hiperaktivitenin, aşırı dopamin salınımı, dopamin reseptörlerinde artış, dopamin reseptörlerinin dopamine aşırı duyarlılığına yada bunların değişik derecelerdeki kombinasyonuna mı bağlı olduğu açık değildir. Mezokortikal ve mezolimbik yollar üstünde en çok durulan yollardır. Bu yollardaki dopaminerjik nöronlar orta beyindeki hücre gövdelerinden limbik sisteme ve serebral kortekse uzanırlar (23,30).

Son zamanlarda D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>, D<sub>5</sub> reseptör alt tipleri gündeme gelmiştir. Yapılan PET çalışmalarından, atipik antipsikotiklerin etki mekanizmalarından elde edilen gözlemler sonucunda D<sub>1</sub> ve D<sub>4</sub> reseptörlerinin şizofrenide etkili olduğu görüşü benimsenmiştir (30).

Antipsikotik ilaçlar bütün psikotik ve ajite hastaları tedavi etmektedir yani akut mani tedavisinde de bu ilaçlar etkindir. Bu nedenle dopaminerjik hiperaktivitenin sadece şizofrenide olduğunu söylemek mümkün değildir. Ayrıca bazı elektrofizyolojik verilere göre, antipsikotik ilaçlarla uzun süre tedaviye cevap olarak dopaminerjik nöronların ateşleme oranlarında artış olmaktadır. Bu veriler şizofrenideki başlangıç anormalliğın hipodopaminerjik durum olabileceğini göstermektedir (23).

**Serotonin:** Atipik antipsikotik ilaçların ortaya çıkmasından sonra serotonin üzerinde en çok çalışılan nörotransmitterlerden biri olmuştur. Özellikle 5 HT<sub>2</sub> reseptör antagonizmasının psikotik semptomların azaltılmasında etkin olduğu, D<sub>2</sub> antagonizmasının ise hareket bozukluklarıyla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (1,23,30). Şizofreni hastalarında görülen yapısal beyin anormallikleri ile kan serotonin düzeyi ve azalmış BOS 5-hidroksi-indol-asetik asit düzeyleri arasında ilişki olduğu bildirilmiş, bu sonuçlardan yola çıkılarak serotoninin daha çok negatif şizofrenide etkin olduğu ileri sürülmüştür (30).

**Norepinefrin:** Uzun dönem antipsikotik kullanımının lokus sereleuste noradrenerjik aktiviteyi azalttığı ve bazı antipsikotik ilaçların terapötik etkilerini alfa1 ve alfa2 adrenerjik reseptörler üzerinden yaptıkları düşünülmektedir. Noradrenerjik ve dopaminerjik aktiviteler arasındaki ilişki henüz tam aydınlanmamış olsa da, elde edilen veriler noradrenerjik sistemin dopaminerjik sistem aktivitesini düzenlediğine işaret etmektedir. Anormal noradrenerjik sistemin hastalarda sık relapslar için predispozan olduğu ileri sürülmektedir(30).

**Amino asitler:** İnhibitör aminoasit olan GABA da şizofreninin patofizyolojisinde etkin görülmektedir. Hipokampustaki GABAerjik nöronlarda kayıp olduğuna dair veriler vardır. İnhibitör GABAerjik nöron kaybı teorik olarak dopaminerjik ve noradrenerjik hiperaktiviteden sorumludur (23). Yapılan çalışmalarda, prefrontal kortekste GABA aktivitesinin azaldığı, şizofrenide bilişsel belirtilerin oluşumundan ve bazal gangliondaki dopamin artışından bunun sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (30). Glutamat eksitator etki gösteren bir aminoasit nörotransmitterdir. Glutamat reseptör tipi olan NMDA reseptörünün psikoz benzeri bir tablo oluşturan fensiklidin ile antagonize edildiğinin bulunması dikkatleri glutamat üzerine çekmiştir (30). Yapılan postmortem çalışmalarda temporal bölgelerde glutaminerjik nöron kaybı, korteks ve putamende NMDA reseptör artışı bulunmuştur. Glutamat hiperaktivitesi ve hipoaktivitesi şizofreni hastalarında çelişkili olarak öne sürülen hipotezlerdir (23).

#### **2.4.3. Beyinde yapısal bozukluklar ve görüntüleme araştırmaları:**

Şizofrenideki yapısal beyin patolojisini saptamak üzere yapılan çalışmalarda limbik sistem patolojisi, üçüncü ve lateral ventrikül genişlemesi ve kortikal sulkuslarda genişleme en çok saptanan bulgudur. Bu konuda iki önemli bakış açısı vardır. Birincisi, yapısal beyin anormalliklerinin, semptomların başlamasından önce ortaya çıkmış olabileceği ve hastalığa doğrudan yatkınlığı gösterebileceğidir. İlk epizod hastalarda ventrikül genişlemesinin saptanması ve şizofreni için yüksek riski olan bireylerde daha fazla beyin patolojisinin gözlenmesi bu hipotezi desteklemektedir (31). Şizofreni ile genetik ilişkisi olduğu bildirilen şizotipal kişilik bozukluğunda (ŞKB) da artmış ventrikül boyutu, lateral ve frontal ventrikül horn, beyin oranı artışı bildirilmiş ve şizofrenide olduğu gibi ŞKB'nun defisit benzeri semptomları ile ilişkilendirilmiştir (32). İkincisi ise, beyindeki bu değişikliklerin hastalığın veya psikiyatrik tedavinin nonspesifik sonuçları olabileceğidir. Hastalık süresi ile beyin anormallikleri arasında bulunan ilişki ve diğer psikiyatrik hastalıklarda da benzer anormalliklerin bulunması bu görüşü desteklemektedir (31).

Bilgisayarlı beyin tomografisi (BT) çalışmalarında en sık, yan ve üçüncü ventriküllerde genişleme ile kortikal atrofi bildirilmiştir. Ancak şizofrenlerde ventrikül genişlemesi çelişkili bir bulgudur ve sonuçlar arasındaki farklılıkların kontrollerin seçimi ve kullanılan ölçüm yöntemlerinin farklılığından kaynaklandığı ileri sürülmektedir (33). Ventrikül genişlemesinin nedeni henüz belirsizdir. Doğum

komplikasyonu gibi çevresel faktörlerin buna neden olabileceği söylenmektedir (34). Bazı araştırmacılar ventrikül genişlemesinin periventriküler hücre kaybından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir (31). Ventrikül genişlemesinin sadece erkek hastalarda bulunduğunu, kadın şizofreni hastaları ile kontroller arasında belirgin bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (23,33). Araştırmacılar ventrikül genişlemesinin hastalığın erken dönemlerinde oluştuğunu ve zaman içinde stabil kaldığını bildirmektedir. Serebral ventrikül genişlemesi negatif semptomlar, kötü nöropsikolojik performans, kötü premorbid işlevsellik, nöroleptiklere kötü yanıt, ve tardif diskinezi için artmış risk ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (23,34). Bornstein şizofreni hastalarında üçüncü ventrikül genişlemesiyle frontal lob işlevleri, dikkat ve konsantrasyonu ölçen testlerde başarısızlık arasında bir ilişki olduğunu bildirmektedir (35).

Şizofreni hastalarında yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında da ventrikül genişlemesi konusunda çelişkili sonuçlar vardır (33). Şizofrenide global beyin volümünde azalma MRG çalışmalarındaki çelişkili sonuçlardan biridir ve pek az çalışmada frontal lob volümünde lokal bir azalma olduğunu bildirilmektedir. Temporal lob volümünde azalma da henüz kesinleşmiş bir bulgu değildir. Hipokampal-amigdal kompleksinin ve parahipokampal girus volümünde azalma saptanmıştır (6,33). Bu bulgulara dayanarak şizofrenide yapısal beyin anomalilerinin, ağırlıklı olarak subkortikal ve belki de sol yerleşimli temporal loba lokalize olduğu söylenmektedir (33).

Tek foton yayımlı bilgisayarlı tomografisi (SPECT) ve pozitron yayımlı tomografisi (PET) ile yapılan çalışmalarda serebral kan akımı ve glukoz tüketimi ölçülmektedir. Bu çalışmalarda frontal lobta hipoaktivite, serebral kortekse göre bazal gangliada hiperaktivasyon, bazı beyin bölgelerine yönelik nöropsikolojik testlerin uygulanması sırasında bozuk aktivasyonun varlığı gibi bulgular bildirilmektedir, ancak bu sonuçlar bütün çalışmalarda bulunamamıştır (23,33,36). PET ile yapılan diğer bir çalışma türü de, var olan D<sub>2</sub> reseptör sayısını radioaktif ligandlar kullanarak belirlemeye yöneliktir. Bu çalışmaların bir kısmında bazal gangliada D<sub>2</sub> reseptör sayısını artmış olarak saptanırken, bazı çalışmalarda böyle bir artışın olmadığı bildirilmektedir (23).

Ventriküllerde bulunan genişleme şizofreni için spesifik bir bulgu değildir, bu nedenle önemi tartışmalıdır. Ancak bu bulgunun varlığı şizofrenide henüz kesin olarak tanımlanamasa bile bazı yapısal beyin anormalliklerinin bulunduğu kanıtı olarak ele alınmalıdır. Sonuç olarak, yapılan çalışmaların sonuçları şizofrenide hem

kortikal hem de subkortikal bölgelerde yapısal ve işlevsel anormallikler olduğunu desteklemektedir (37).

#### **2.4.4. Viral ve otoimmün nedenler:**

Merkezi sinir sistemini etkileyen enfeksiyonlarda (sifiliz ve AIDS vs.) şizofreni benzeri bir tablo oluştuğu uzun zamandır bilinmektedir. Şizofreni etyolojisinde viral enfeksiyonların iki yolla etkin olabileceği ileri sürülmektedir. Birincisi virusun direk olarak sinir hücresinde yaptığı hasar, diğeri de vücudun viral enfeksiyona yanıt olarak ürettiği antikörlerin sinir sistemini etkilemesidir (1). Şizofreni etyolojisinde suçlanan başlıca virüsler sitomegalovirus, herpes simpleks virüsü ve insan retro virüsleridir (38). İkinci trimesterde geçirilen influenza enfeksiyonları ile artmış şizofreni sıklığı arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar vardır (38,39).

Şizofreni hastalarında saptanan immünolojik anormalliklerin bazıları T hücre interlökin 2 salınımında azalma, periferal lenfositlerin sayısında ve etkinliğinde azalma, nöronlara karşı anormal sellüler ve humoral aktivite, antibrain antikörlerinin varlığıdır (23). Bu bulgular nörotoksik viral enfeksiyonun veya endojen otoimmün bozukluğun varlığını desteklemektedir.

#### **2.4.5. Doğum ve hamilelik komplikasyonları hipotezleri:**

Hamilelik döneminde veya doğum sırasında komplikasyon öyküsü bulunanlarda erişkinlikte şizofreni gelişme riski daha yüksektir. Bu konuda bir kaç olası açıklama yapılmıştır. Şizofreniye yatkınlığa neden olan genler, komplikasyonları oluşturan erken embriyonik gelişimi de değiştirmiş olabilir. Ayrıca doğum veya hamilelik sırasında fetüsün hipoksida kalmasının, şizofreni gelişiminde rol oynayabileceği söylenmektedir. Hipoksi sırasında özellikle etkilenen serebral korteks, bazal ganglia, hippokampus, limbik sistemin şizofrenide etkilenen beyin bölgeleri olduğu ileri sürülmektedir (1,23)

#### **2.4.6. Psikososyal Yaklaşımlar**

##### **A) Aile Kuramları (Transaksiyonel model)**

İlk defa 1948'de Fromm-Reichmann "şizofrenojen anne" terimini kullanarak, şizofren annelerinin aşırı endişeli ve saldırgan, babalarının ise edilgen ve ilgisiz

olduğunu ileri sürmüştür Bateson ve arkadaşları 1956'da ebeveyn ile şizofren çocuk arasındaki iletişim tarzını tanımlamak için çifte çikmaz (double bind) terimini kullanmışlardır Böyle ailelerde çocuk birbiri ile çelişen mesajları aynı anda algılamakta, ne yapacağını ve ne düşüneceğini tam olarak ayıramadığı için donup kalmaktadır. Bu ikileme sık karşılaşmanın şizofreniyi ortaya çıkaracağı veya şiddetlendireceğini ileri sürmüşlerdir. Wyne ve Singer'ın, "yalancı yakınlık" (pseudomutuality) kuramına göre ailede sahte sözel ve duygusal ortam yaratılmakta fakat bu tür iletişim aile dışında geçerli olmadığı için gerçek sorun çocuk sosyalleşmeye başlayınca ortaya çıkmaktadır. Ruth ve Lidz, anlaşamadıkları halde patolojik bağımlılıkları nedeniyle evli kalan ebeveynlerin oluşturduğu ailelerde, ebeveyn çocuk ilişkisi erotize edildiği için şizofreniye zemin hazırladığını ileri sürmüşlerdir. Lidz eşlerin birbirinden doyum bulamadıklarını, doyum ve destek için çocuğa yöneldiklerini ileri sürmüştür (16,40,41)

Tüm modellere gelen eleştirilerin temelinde aile içi etkileşimin tek yönlü olmadığı ve doğuştan hasta olan çocuğun da aileyi etkileyerek iletişim bozukluğuna neden olabileceği yatmaktadır. Son yıllardaki gelişimsel psikopatoloji ile ilgili görüşlerde bebeğin doğuştan itibaren annenin tutumunu aktif olarak biçimlendirdiği öne sürülmektedir. Fakat tüm eleştirilere rağmen yukarıda adı geçen kuramcılar, çalışmalarıyla aile terapisine temel hazırlamışlardır (40).

Psikososyal etkenlerin şizofrenide önemli olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır. Fakat buna karşın halen bir fikir birliği bulunmamakta olup en çok kabul gören kuram yakınlık-stres modelidir. Biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörleri birlikte içeren stres-yakınlık modeli geliştirilmiştir. Bu modele göre kişi hastalığa karşı özel bir yakınlık göstermektedir. Bu yakınlığın üzerine stres yaratan çevresel etkenler binice şizofreninin belirtileri görünür hale gelmektedir. İlk kez Zubin

ve Spring tarafından ortaya atılan bu kavrama göre bireyin yapısında olan, soydan aldığı ve bir hastalığa yolaçan durum kişiyi bozukluğa yatkın, incinebilir bir hale sokmaktadır. Genetik yüklülük, nörotransmitterlere ait disfonksiyonlar, beyin anomalileri veya lezyonları ile gelişebilen şizofreniye yatkınlık, çevresel streslerle birleşince hastalığın görülme oranı ve şiddeti artmaktadır. Ancak halen hangi durumların kesin olarak yatkınlığa neden olduğu yada hangi streslerin kesin etken olduğu tam olarak bilinmemektedir (16,41,42,43).

### **B) Psikodinamik kuramlar**

Psikanalitik görüş, şizofrenide zayıf ego üzerinde durmaktadır. Bu ekole göre, yaşam stresleriyle başedemeyen, savunma düzeneklerini etkin biçimde kullanamayan ve buna bağlı olarak ilkel uyum düzeylerine gerileyen bireyler şizofreni geliştirmektedir.

Freud şizofreninin, egonun ilk kez ortaya çıktığı döneme gerilemesinden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu dönemde "birincil narsisizm" vardır yani libido tümüyle bedene ve benliğe yatırılmıştır. Ruhsal yada organik nedenlerle bu erken döneme saplanan ve yaşamın ileri dönemlerinde örseleyici olaylarla karşılaşan kişinin ego bütünlüğü sarsılır ve nesnelere yani dış dünyaya yatırılan libido yeniden bedene ve benliğe çekilir (ikincil narsisizm). Bu durumda bedenle aşırı uğraş, otizm ortaya çıkar. Libidonun terkettiği dünya anlamsızdır, nesnelere yabancılaşır. Psikanalistler şizofrenide doğuştan yapısal yatkınlığın, ego zayıflığının ve regresyona eğilimin varlığını kabul ederler. Böyle bir zeminde travmalar bu eğilimi kamçılar ve ortaya çıkan içe kapanım ve belirtiler bir çeşit savunma, uyum biçimidir (9,15).

Arieti ise, şizofrenlerin şizofrenlerin gelişimin erken aşamalarına özgü bir düşünce biçimi olan paleolojik düşünceye gerilediğini ileri sürmüştür. Paleolojik



düşüncenin özellikleri aşırı özdeşleştirme, amaçlı nedensellik, zaman ve mekan kavramının değişmesi ve kavramsallaştırma gücünün azalmasıdır (15).

Sullivan başta olmak üzere pek çok araştırmacı aile içi iletişim, anne-baba özellikleri gibi konuları araştırmışlardır. Ancak bu konudaki görüşlerin hiçbirinin tek başına geçerli olmadığı bugün için bilinen bir gerçektir (25).

Ciampi (1989) ise, şizofreninin gidişinde üç aşamalı biyopsikososyal bir model öne sürmüştür. Bu modele göre bireye özgü biyolojik, olumsuz psikososyal etkenler ve bilgi işlem kapasitesindeki yetersizlik incinebilir premorbid ortam yaratmaktadır. Ergenlik gibi büyük değişimlerin yaşandığı ikinci evrede, zedelenmeye yatkın bilgi işlem sisteminin ek psikososyal stresörlerle karşılaşması sonucu psikotik dekompanseasyon ortaya çıkar. Üçüncü evrede ise, tam iyileşme, tekrarlayan psikotik ataklar veya rezidüel tablolar yer alır (41,45).

### **2.5. Klinik belirtiler ve bulgular:**

Şizofreni için patognomonik olan hiçbir klinik bulgu veya semptom yoktur, her bulgu ve semptom diğer psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda da görülebilir (23,46). Hastadan alınan öykü tanı için temeldir. Öğrenme, kişisel bakım, meslek, kişiler arası ilişkiler gibi pek çok işlevsel alanda bozulmalara neden olmasına rağmen hastalık bireyler arasında ve aynı bireyde zaman içinde değişkenlik gösterebilmektedir (23).

Teorik olarak hastalığın prodromal döneminde bazı semptom ve bulgular gözlenebilmektedir ve çoğu kez hastalık ortaya çıktıktan sonra geriye dönük olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle geçerlilikleri şüphelidir (23) Prodromal belirtiler sıklıkla güç farkedilen, sinsi gidişli ve ilerleyicidir. Şizofren hastalar geriye dönük olarak incelendiğinde bir kısmının içe dönük oldukları, zor ilişki kurdukları, stres karşısında kolay incindikleri, motor beceriksizlikler gösterdikleri, sosyal uyumlarının bozuk olduğu saptanmıştır (1,15,46). Hastanın yakınları sıklıkla kişisel bakımda azalma, günlük işlevsellikte bozulma, insanlarla ilişkilerin azalması gibi bazı değişiklikleri

tanımlamaktadır. Bu içe kapanım döneminde din ile, metafizik olaylarla, felsefeyle aşırı uğraşlar gelişebilmektedir. Ergenlik döneminde bu gibi değişiklikler çoğu kez adolesan dönemin özellikleri olarak kabul edilip göz ardı edilebilmektedir (23). Prodromal dönem bir kaç haftadan bir kaç aya kadar uzayabilir (46).

Böylesi silik ve belirsiz öncül belirtilerin ardından klinik tablo yerleştiği zaman belirtiler ve bulguların herkes için aynı olmadığı görülmektedir. Genel olarak bakıldığında şizofreni hastalarının bilinçi açıktır, yönelimi yer, kişi ve zaman için tamdır (1,15).

Duygulanım bozuklukları Bleuler tarafından tanımlanan 4 A belirtisinden biridir. Duygulanımda sığlaşma veya küntleşme, uygunsuzluk sık görülmektedir (1,15).

Düşünce bozuklukları şizofreninin temel semptomlarından biridir ve düşünce akışı ve içeriğindeki bozukluklar olarak ikiye ayrılması anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Düşünce akışındaki bozukluklar düşüncede akımında durmalar (blok), yeni sözcükler üretme(neologizm), tamamıyla karışık anlaşılmaz konuşma (enکوهرans), kafiyeli konuşma (klang çağırışım), çevresel konuşma, kalıplaşmış yineleyici konuşmalar (stereotipi), mantıkdışılık şeklinde görülebilir. Sanrı şizofrenide görülen en belirgin düşünce içeriği bozukluğudur (1,23). Sanrılar, belli bir çağ ve toplum içinde gerçeğe uymayan, mantıklı tartışma ile değiştirilemeyen düşüncelerdir. Şizofrenide görülen sanrılar genellikle dağınık, tutarsız ve acayıptir (15). Kötülük görme, büyüklük sanrıları, somatik sanrılar, alınma sanrıları, etkilenme sanrıları, düşünce sokulması, düşünce okunması, düşünce yayılması gibi pek çok sanrı şizofrenide görülebilmektedir (1,15,23).

Şizofrenide gözlenen algı bozuklukları varsanılar ve yanılısamalardır. Şizofrenide en çok işitsel varsanılar görülmektedir, bunlar genellikle olumsuz sözler,

yönlendirici komutlar, yorumlar şeklinde olmaktadır. Daha az sıklıkla dokunsal varsanılar, koku varsanıları, görsel varsanılar da görülmektedir (15,23)

Şizofrenide gözlenen hareket bozuklukları pek çok farklı türde olabilmektedir. Garip yüz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol hareketleri (stereotipi) görülebilmektedir. Hastalar bazen donmuş gibi aynı konumu sürdürebilirler (katatoni), verilen pozisyonu saatlerce koruyabilirler (katalepsi) ve bu durumda aniden taşkınlık (katatonik eksitasyon) gösterebilirler (1,15).

Negatif ve pozitif semptomların ilk kez H Jackson tarafından tanımlandığı ileri sürülmektedir. Jacksona göre negatif belirtiler daha yüksek düzeydeki işlev kaybını göstermektedir ve negatif belirtiler olmadan pozitif belirtiler meydana gelmemektedir (47).

Crow ve ark. Tip I ve II şizofreni kavramlarını ortaya atmış ve pozitif, negatif semptomların yeniden gündeme gelmesine neden olmuşlardır. Crow'a göre tip I sendrom pozitif belirtiler, akut başlangıç, normal entellektüel işlevler, antipsikotiklere iyi yanıt, yapısal beyin anormalliklerinin olmaması gibi özellikleri taşımaktadır ve nörokimyasal (dopaminerjik) mekanizmalar etkindir ve bu nedenle geri dönüşümlü bir durumdur. Tip II sendrom ise negatif belirtiler, sinsi başlangıç, entellektüel işlevlerde bozulma, yapısal beyin anormallikleri (CT'de saptanan ventriküler genişleme gibi), antipsikotiklere kötü yanıt ile karakterizedir ve nöronal kayıp nedeniyle olduğu bu nedenle geri dönüşümsüz bir durum olduğu ileri sürülmüştür (48,49). Andreasen pozitif ve negatif belirtileri olan hastaların yanında karma (miks) belirtileri olan bir üçüncü altgrupun daha olduğunu ileri sürmüştür. Karma şizofreni alt grubu pozitif veya negatif ölçütlerini karşılamayan veya her ikisini de karşılayan hastalar için önerilmiştir (47,48)

Son yıllarda yapılan çalışmalarla şizofreni semptomlarının pozitif, negatif (defisit) ve dezorganize semptomlar olarak üçe ayrılması gündeme gelmiştir. Pozitif semptomlar sanrı ve varsanıları içermektedir. Dezorganize semptomlar düşünce bozukluğunu, dezorganize davranışları ve dikkat bozukluğundan oluşmaktadır. Negatif (defisit) semptomlar ise duygusal dışa vurumun şiddetinde kısıtlılığı (afektif düzleşme), düşünce ve konuşmada azalma (alogia), ilgi, istek azalması (anhedoni), amaca yönelik davranışları başlamada azalma (avolition) olarak tanımlanmaktadır (1,46).

## **2.6. Gidiş ve sonlanış:**

Şizofreni genellikle süregen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda hastaların küçük bir bölümünde tek atak görüldüğü, büyük kısmının alevlenme ve remisyonlarla seyrettiği ve küçük bir bölümünde ilerlemeyle gidiş gösterdikleri bildirilmektedir. Şizofreni için tam remisyon (hastalık öncesi işlevselliğe tam dönüş) sık görülen bir durum değildir (46). Hastalıktaki yıkım, en fazla ilk 5 yılda olmaktadır daha sonra belirgin bir yıkım olmadığı bildirilmektedir. Şizofrenide intihar, fiziksel hastalık ve erken ölüm riski genel popülasyondan daha yüksektir (1,23,46). Kadınlarda, ailede şizofreni öyküsünün olmaması, hastalık öncesi işlevselliğin iyi olması, evli olma, tetikleyici bir olayın ardından ani başlama, paranoid tip, pozitif bulguların ağırlıklı olması, ilk atakların daha hafif olması, nörolojik silik bulguların olmaması, yapısal beyin anormalliklerinin bulunmaması daha iyi prognozun göstergeleri olarak kabul edilmektedir (23,35).

## **3. DUYGU DIŞAVURUM TANIMI VE PSİKİYATRİDEKİ YERİ**

1958'de Brown ve arkadaşlarının çalışmalarıyla gündeme gelen, Leff ve Vaughn'un 1976'da bu konudaki çalışmalarıyla kavramlaşan "Duygu Dışavurum"

(DD), ev içi iletişim atmosferinin değerlendirilmesidir, başka bir deyişle ailenin yaşadığı sıkıntının barometresidir (31).

Duygu dışavurum(DD), Koenigsberg ve Handley tarafından 1986'da şöyle tanımlanmıştır: "hasta yakınlarının hastalık veya aile yaşantılarını görüşmeciye anlatırken, eleştirel (critical comments), düşmanca (hostil) veya aşırı koruyucu-kollayıcı (overinvolved) tutumlarını ifade etme şiddetinin ölçümüdür" (8).

DD' un ölçülebilmesi için ilk kez 1966 yılında Brown ve Rutter tarafından yapılandırılmış bir görüşme tekniği (Camberwell Aile Görüşmesi) geliştirilmiştir. Yaklaşık 3 saat süren bu teknik daha sonra 1976'da Vaughn ve Leff tarafından düzenlenerek 90 dakikaya indirilmiştir. Bugün bu görüşme ve değerlendirme tekniği DD'nin ölçülmesinde kullanılan klasik bir teknik olarak kabul edilmektedir (7,51,52).

Pratik kullanım amacıyla 1985 yılında Magana ve arkadaşları tarafından 5 dakikalık görüşme ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekle elde edilen sonuçlar Camberwell Aile Görüşmesi ile elde edilenlerle uyumlu bulunmuştur (53,54).

1988 yılında ise Kanada'da Cole ve arkadaşları tarafından hasta ve yakınları arasındaki duygusal havayı anlamak için LEE (Level of Expressed Emotion) ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçeğin diğerlerinden farkı görüşmenin hasta yakınları ile değil, hastanın kendisi ile yapılmasıdır (55).

Kuipers ve arkadaşları ise ölçek kullanılmadan da yüksek DD gösteren ailelerin tanınabileceğini, çünkü bunların daha uzun süre konuştuklarını, görüşmecinin sözünü daha sık kestiklerini ve daha az dinlediklerini belirlemiştir (51,56).

Duygu dışavurum eleştirel oluş (critical comments), düşmancılık oluş (hostility), aşırı koruyucu-kollayıcılık (overinvolved), iletişimdeki sıcaklık (expression of warmth), olumlu söylemler (pozitif remarks) olmak üzere 5 bileşenden oluşmaktadır. Fakat bu

konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bunlardan sadece ilk üçü ile psikotik relapslar arasında anlamlı ilişki gösterilmiş ve eleştirel oluş ile düşmancıl oluşun birlikte olduğu tespit edilerek duygu dışavurum eleştirel-düşmancıl oluş ve aşırı koruyucu-kollayıcı oluş olmak üzere iki bileşene ayrılmıştır (7,9,13,57).

**Eleştirel oluş:** Hoşnutsuzluk, beğenmeme ve onaylamama sözlerini içerir. Hastanın davranışlarına hoşgörü gösterememe, sevimsiz bulma ve kırılma gibi özellikleri kapsamaktadır.

**Düşmancıl oluş:** Hastanın herşeyinin eleştirilmesi, suçlanması ve doğrudan reddedilmesini içermektedir. Eleştirel oluşa göre daha genelleşmiş duygu aktarımıdır ve sadece davranışlarına değil, kişiliğine yöneliktir.

**Aşırı koruyucu-kollayıcılık:** Hastayla aşırı özdeşimi ve kendini feda edercesine aşırı ilgi göstermeyi içermektedir. Hasta yakını kendini suçlamakta, hasta için sürekli endişelenmekte, onun işlerini üstlenmekte ve bir anlamda çocuk muamelesi yapmaktadır.

**Olumlu söylemler:** Ailenin hastaya karşı olumlu, anlayışlı, onaylayıcı, destekleyici ve empatik yaklaşımını ölçmektedir.

Bu konuda yapılan çalışmalarda, aşırı koruyucu-kollayıcı ve/veya eleştirel-düşmancıl oluşla karakterize yüksek duygu dışavurum gösteren ailelerin hastalarında, düşük duygu dışavurum gösteren ailelerle yaşayan hastalara oranla yaklaşık 3 kat daha fazla alevlenme saptanmıştır. Bu bulgular, şizofreninin uzun süreli tedavisinde duygu dışavurum kavramının önemini vurgulamakla birlikte; sadece hastanın değil, ailenin de hastalıkla başetmedeki zorluğuna ve yaşadıkları yüklenmeye dikkati çekmektedir (5,7,58).

Yapılan çalışmalarda; yüksek duygu dışavurumu düşürmeyi hedefleyen aile terapileriyle, relapsların 1 yıllık süreçte % 40'lardan % 20'lere indiği ve bununla

birlikte hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Relaps oranlarının düşürülmesi ile hastaneye yatışlar ve kullanılan antipsikotik dozunun azaldığına dikkat çekilmiştir. Tüm bunların yanında bir çok gelişmiş ülkede özellikle gündüz evleri gibi mekanlarda sağaltıma devam edilmesi ile birlikte bu hastalar üretime yönlendirilmiş ve bunun sonucunda işlevsellik düzeyleri daha iyi duruma getirilmiştir. Böylece şizofreni hastalarının topluma ekonomik maliyeti azaltılmış ve ailenin yükü hafifletilmiştir (5,59,60).

#### **4. ŞİZOFREN HASTALARIN AİLELERİNDE DUYGU DIŞAVURUM VE BAKIM YÜKÜ**

Scazufca ve Kuipers (1996), şizofren ve şizofreniform bozukluk tanısı almış 50 hasta ve onların yakınlarını ele alarak duygu dışavurum, psikopatoloji ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma sonucunda psikopatoloji ile bakım yükü ve psikopatoloji ile duygu dışavurum anlamlı bir ilişki olmadığı fakat bakım yükü ile duygu dışavurum arasında güçlü bir bağlantı olduğu ve yüksek duygu dışavurumu gösteren ebeveynlerin bakım yükünde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular duygu dışavurum ve bakıcısının yükünün, hastanın gerçek defisitinden çok hastalığın hasta yakınları tarafından nasıl değerlendirildiğiyle ilişkili olduğunu desteklemektedir (61).

Brown ve arkadaşları (1998), şizofreni tanısı almış 179 hastayı 15 yıl sonra tekrar değerlendirmişler ve bunların % 55'inin halen aileleriyle yaşadıklarını ve sorun yaratmaya devam ettiklerini saptamışlardır (2).

Yapılan birçok çalışmada duygu dışavurumunun zamanla değişebileceği ve özellikle relapsı izleyen iyileşme döneminde azalma göstermesi bu durumun kalıcı olmadığını gösteren kanıtlar olarak ileri sürülmüştür. Bu bulgular ışığında duygu

dışavurumunun durumsal olduğu ve hasta ile yakınları arasında karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıktığı söylenmiştir (14,51,57,62).

Leff ve arkadaşları, (1990) araştırmalarında hastanın yarattığı yük arttıkça DD düzeyinin arttığını ve olguların üçte ikisinde yüksek DD'ye hasta davranışlarının neden olduğunu saptamışlardır (63).

Yüksek DD, hastanın yarattığı stres ve hasta yakınının yetersiz başa çıkma çabalarının sonucu oluşmaktadır. Bazı çalışmalarda şizofren hastayla tek başına yaşayan ebeveynlerde DD' nin daha yüksek olduğunun gösterilmesi de bu görüşü desteklemektedir. Hastanın kontrolsüz davranışları sonucunda aile bireyleri karşılaştıkları stres karşısında ya savunma mekanizmalarıyla sorunları çözebilmekte yada kontrolü sağlayabilmek için bir tepki olarak eleştirel-düşmancıl oluş veya aşırı koruyucu-kollayıcı olma yoluna gitmektedirler (57,64,65).

Ayrıca premorbid uyumları kötü olan içe kapanık, sosyal yönden pasif kalan hastaların yakınları, aşırı koruyucu-kollayıcı olmaya daha fazla meyilli olarak bulunmuştur (66).

## **5. YÜK KAVRAMI**

Bu kavram, sosyal performansla aynı özelliklere sahiptir, çünkü bir kişinin sosyal performansının düşüklüğü diğerleri için yük teşkil eder. Her iki kavramda oldukça değişken olma eğiliminde olan sosyal beklentilerle ilgilidir (10). Bir yükün varlığı, insanların ilişkilerinde sürdürdükleri karşılıklı düzenlemelerinde bir bozukluk olduğu anlamına gelir, yani kişi "adil olarak kendi payına düşenden daha fazlasını" yapmaktadır. Bir kişi kendisinden bekleneni yerine getirmezse diğerleri onun yapması gereken ortak görevlerden daha fazla bölümünü üstlerine almaya zorlanırlar. Dolayısıyla, aynı zamanda yüklenen kişinin ilişki dışındaki faaliyetleri kısıtlanır, sosyal



olarak yalnızlaşır ve buna subjektif sıkıntı da eşlik eder. Sonuçta; kişinin beden ve ruh sağlığında bozulmalar da tabloya eklenebilir (10,11,12).

## 6. ŞİZOFRENİ VE AİLE YÜKÜ KAVRAMI

İlk kez 1946'da Treudley "Aile üzerine binen yük" tanımını; aşırı derecede rahatsızlığı olan psikiyatri hastasıyla yakın temasta olanlar için hastalığın getirdiği sonuçlar anlamında kullanmıştır (67). 1960'ların başlarından itibaren antipsikotiklerin kullanılmaya başlanması ve hastaların tedavilerinin evde sürdürülmesinden sonra, hastalar yakınlarıyla daha aktif bir şekilde uzun süreli etkileşime girdiler ve bunun sonucunda aileler hastalarının bakımlarıyla ilgilendiği için bakımın yükü gündeme geldi (12). 1961'de Mandelbrote ve Folkard, 1964'de Wing ve arkadaşları, 1963'de Grad ve Sainsbury ve 1965 de Waters ve Northover, şizofreni hastasıyla yaşayan ve onların bakımıyla uğraşanların sosyal faaliyet kısıtlanmasını belgelemişlerdir (10,12). Leff ve arkadaşlarının 1982'de yayınladıkları araştırmaları bu sonuçları desteklemiştir (70). 1955'de Yarrow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal izolasyona utanç duygusunun önemli bir katkısı olduğu vurgulanmıştır (68).

Hoening ve Hamilton 1966'da toplumda şizofreni hastasının konumu ve ev halkı üzerindeki etkisini inceleyen bir makale yayımlamışlardır. Bu araştırmacılar, yük kavramını objektif ve subjektif olmak üzere ikiye ayırmışlardır. Onların görüşüne göre, objektif yük hastalıktan kaynaklanan aile yaşamındaki rahatsız edici faktörlerle (örn: sağlık, sosyal yaşam, gelir durumu üzerideki etkiler) ilgili iken, subjektif yük ailenin bir yük taşıdıklarını hissetme derecesidir (69).

Spitzer ve ark 1971'de hastanın rahatsızlığından kaynaklanan aile sıkıntılarını üzerine yaptıkları çalışmalarda subjektif yükü; hastanın rahatsızlığına bağlı ailevi

psikopatoloji, objektif yükü ise hasta davranışlarının aile yaşamları ve fonksiyonlarını sürdürmeleri üzerindeki etkileri olarak ikiye ayırmışlardır (71).

1982'de Pai ve Kapur, kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin yakınlarıyla çalışmalar yapmışlar ve bu çalışmalarda hastalığın aile bireylerinin parasal durumu, günlük işlevleri, boş zamanı, aile içi etkileşim, fiziksel ve ruhsal sağlığa olumsuz etkilerini saptamışlardır (72).

Creer ve arkadaşları (1982), zaman geçtikçe artan tolerans, teslimiyet ve bir şekilde bitip tükenme fenomenine dikkat çekmişlerdir ve hastalığın süresinin önemli bir faktör olduğuna değinmişlerdir (73).

Şizofreninin aileye ve dolayısıyla topluma etkileri farkedilmeye başlandıktan sonra bazı araştırmacılar bu konuya ilgi duyarak çalışmalar yapmışlar ve yükü somutlaştırmak için ölçekler geliştirmişlerdir. Bu konuyla ilgili kullanılan yük skalalarını ilk kez Platt (11) liste haline getirmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Aile yükü ölçekleri.

Yazar	Yıl	Ölçek	Maddeler (n=)	Yük Unsurları	
				Objektif	Subjektif
Grad	1963	Görüşme	?	+	-
Hoenig	1966	Görüşme	?	+	+
Spitzer	1971	Görüşme	450	+	+
Platt	1980	Görüşme	18	+	+
Pai	1981	Görüşme	24	+	+
Creer	1982	Görüşme	18	+	+
Fadden	1984	Görüşme	±50	+	+
Coyne	1987	Anket	33	+	+
Jakob	1987	Anket	25	-	+
Schene	1987	Anket	50	+	-
Noh	1988	Anket	9	+	-
Tessler	1989	Anket	14	+	+

1986 da Schene, 1987'de Tessler geliştirdikleri ölçeklerle ailedeki bakım yükünü araştırmışlardır (74,75). Son yapılan çalışmalarda hastalığın; günlük ev işleri, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, boş zaman ve kariyer, maddi durum, sağlık, diğer aile üyelerinin ihmali gibi objektif yüklerle neden olduğu kabul edilmiştir. Subjektif yük

ise, hastalığın ve hastanın ailede yarattığı psikolojik sonuçlar (suçluluk hissi, belirsizlik, nefret, öfke, kayıp hissi, utanç, ambivalans. ) olarak tanımlanmıştır (10,12)

Özetlersek; çok açık soruları olan anketlerden, karmaşık yapılandırılmış görüşmelere kadar değişen çoğu heterojen populasyon çalışmalarında kullanılmış çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Her ne kadar kullanıma hazır hale getirilmeleri birbirinden epey farklıysa da çoğu ölçek objektif ve sübjektif boyutlar arasında bir şekilde ayırım yapar. Devam eden esaslı problemlerden birisi hastayla ilişkilendirilmedi: psikiyatri hastasının evinde her çeşit yan etki cereyan ediyor olabilir, ama bu olaylar ve hastanın rahatsızlığının ne dereceye kadar birbiriyle ilişkili olduğunu ölçmek çok zordur. Hatta daha zoru objektif ve sübjektif yük arasındaki tesadüfi ilişkidir. Bu kesinlikle çeşitli teslimiyet dereceleriyle ilişkili olup zaman içinde başa çıkma stratejileri geliştiren bireyler ve ailelerden kaynaklanır ve sonuçta insanların sıkıntılarının ne boyutta hastanın rahatsızlığından doğduğunu göstermelerini zorlaştırır. Sonuç olarak, "yük" terimi" değer yüklüdür ve muhtemelen hastalığı olan kişiyi suçlayan bir anlamı vardır ve aile bakımının pozitif unsurlarını görmezden gelir. Her ne kadar yük kavramı kullanılıyorsa da negatif bir vurgusu vardır (10,12).

## 7. PSİKOPATOLOJİ VE AİLE YÜKÜ İLİŞKİSİ

Semptomatik davranışın şiddeti ve yükün derecesi arasındaki ilişki pek çok araştırmaya konu olmuştur. Fakat özellikle yük olan semptom tiplerini belirlemek daha zordur. Hem pozitif hem de negatif semptomlar incelenmiştir. Bazı yazarlar, sanrı, varsanı (76), intihar, saldırgan ve taşkın davranış (69) gibi pozitif semptomları daha yük verici olduğu sonucuna varmışlardır. Bazı yazarlar ise, negatif semptomların daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (73,77). Rabkin (78) negatif

belirtmişlerdir (73,77) Rabkin (78) negatif semptomların pozitif olanlardan daha az yüke sebep olduğunu öne sürerek 'Bizim kültürümüzde rahatsız edici, garip veya sorun çıkarıcı bir tarzda davranmak; içe kapanmış, çökkün veya toplumdan kopuk davranmaktan daha az kabul edilebilir bir durumdur' şeklinde açıklamıştır. Öte yandan Creer ve ark. (73) ve Fadden ve ark. (77) negatif semptomların daha çok yük olduklarını ileri sürerler, çünkü hasta yakınlarının bu semptomların hastalığın bir sonucu olmaktan çok hastanın karakterinin bir parçası olduğunu düşündüklerini saptamışlardır. Pozitif semptomlar doğrudan hastalıkla ilgilidirler, arada kesintiye uğrarlar ve daha az sıklıktadırlar oysa negatif semptomlar kronik olarak rahatsız edicidirler. Fakat Gubman ve ark. (79) her iki semptom grubunu da yük verici olarak saptamışlardır. Bu sonuçlar, semptomların derecesi ve yük derecesi arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını gösterir gibi görünmektedir. Muhtemelen semptom kümeleri ve belirli yük alanları arasında özel bir ilişki aramak daha uygun olabilir. Mesela pozitif semptomların utanç duyguları ve sosyal ilişkilerde daha ciddi sonuçları varken negatif semptomlar özellikle rol değişimi ve aile içi ilişkilerin diğer unsurları ile alakalı olabilir.

Brown ve arkadaşları şizofreni hastalarının akrabalarının yaşadığı problem ve sıkıntıların yüksek oranda hastanın şergilediği huzursuz ve garip davranış gibi pozitif semptomlarla ilgili olduğunu belirtmişlerdir (80).

Hoenig ve Hamilton (69) akrabaların en sık olarak hem agresif davranışı hem de içe kapanma ve kendini toplumdan çekişi problem yaratıcı olarak gördüklerini kaydeder.

Creer ve Wing (81) şizofren hastaların akrabaları için en çok problem yaratıcı olanların konuşmama, faaliyetsizlik, yavaşlık ve çok az hobi sahibi olmak gibi sosyal olarak kendini çekmeyle alakalı 'negatif' semptomlar olduğunu bildirmişlerdir.

Problem yaratan diğer bir grup semptom sosyal açıdan utanç verici ve açıkça rahatsızlık verici pozitif semptomlardır. Vaughn'ın araştırma sonucuna göre, yakınların Őikayetlerinin yalnızca üçte biri sanrı, varsanı veya diğer garip davranışlarla ilişkiliyken üçte ikisi istenç yitimi, ilgisizlik, iletişimsizlik gibi davranışların sorun yarattığını yönündedir (82).

## 8. YÖNTEM VE GEREÇLER:

Araştırmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve DSM IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı alan 16 hasta ile birlikte yaşadığı aile üyelerinden en fazla iletişimde olduğu (anahtar yakını) 16 kişi çalışmaya alındı

### 8.1. DENEKLER

#### Hasta kabul kriterleri:

- 1) DSM IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almak.
- 2) En az 2 yıllık şizofreni öyküsü bulunmak.
- 3) Yalnız yaşamıyor olmak
- 4) Başka psikiyatrik yada organik hastalığa sahip olmamak.
- 5) Alkol yada madde kötüye kullanımı olmaması.
- 6) Son 3 ay içinde hastaneye yatışının olmaması.
- 7) Araştırmaya katılmayı kabul etmesi.

#### Araştırmaya katılan hasta yakınında aranan koşullar:

- 1) Hastayla birlikte yaşıyor olmak
- 2) DSM IV tanı kriterlerine göre şizofreni olmamak.
- 3) Araştırmaya katılmayı kabul etmek.
- 4) Okur yazar olmak.

Hasta yakınlarının birden fazla kişi olarak alınması, duygu dışavurumu ve hastanın aileye getirdiği yükün ölçülmesi açısından daha uygun olmasına rağmen hasta yakınlarından kaynaklanan olanaksızlıklar nedeniyle hastaya en yakın kişi olan anahtar yakını yeterli kabul edilmiştir.

### 8.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

#### Hastayı değerlendirmede kullanılan gereçler:

- 1) Hasta bilgi formu (Sosyodemografik ve klinik özellikleri)

- 2) Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği (SAPS)
- 3) Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği (SANS)
- 4) Hastaların algıladıkları duygu dışavurum düzeyini ölçmek için hastaya

verilen LEE ölçeği.

Hastanın anahtar yakınını değerlendirilmede kullanılan gereçler:

- 1) Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)
- 2) Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)
- 3) Duygu Dışavurum Ölçeği (DD)
- 4) Hastanın hastalığından dolayı aileye getirdiği yükü ölçen Pai-Kapur

görüşme ölçeği.

### **8.3. KULLANILAN GEREÇLER HAKKINDA BİLGİLER:**

#### **Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SANS)**

Andreasen tarafından 1981'de geliştirilen bu ölçekte, duygulanımda sığılaşma, alogia (düşünce fakirleşmesi), istenç yitimi, zevk alamama ve dikkat eksikliği olmak üzere 5 genel semptom değerlendirilmektedir. 25 negatif semptom 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (83).

#### **Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (SAPS)**

Andreasen tarafından 1984' de geliştirilmiştir. 32 pozitif semptomu içeren 4 genel semptom (garip davranış, varsanılar, sanrılar, yapısal düşünce bozukluğu) değerlendirilmektedir. Her semptom 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe versiyonlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (83).

### **Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)**

Bu ölçek, Max Hamilton tarafından depresyon tanısı almış hastalarda depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Hamilton 17 depresyon semptomunun puanlanırken (0-4) görüşme, gözlem, yaşam öyküsü ve yakınlarının görüşleri gibi tüm bilgilerden yararlanılmasını önermektedir. Bu ölçek Türkçeye çevrilerek pek çok psikiyatrik araştırmada kullanılmıştır, ancak çevirinin psikometrik özellikleri pek fazla incelenmemiştir (83).

### **Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)**

Max Hamilton tarafından anksiyeteli hastalarda anksiyeteyi derecelendirmek amacıyla hazırlanmış 14 maddelik, bedensel yakınmalara ağırlık verilmiş bir ölçektir. Güvenirlik ve geçerliliği fazla yüksek bulunmamıştır (83).

### **Dışavurulan Duygulanım Ölçeği ( Level of Expressed Emotion: LEE )**

Bu ölçek hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Cole ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir değerlendirme aracıdır. 60 maddeden oluşur ve maddeler doğru-yanlış biçiminde, anahtar akraba ile son üç ay içindeki ilişkiler gözönüne alınarak işaretlenmektedir. Ölçeğin her biri 15 madde içeren müdahalecilik (DM) (intrusiveness), duygusal tepki (DT) (emotional response), Hastalığa karşı tutum (HT) (attitude toward illness), hoşgörü-beklentiler (HB) (tolerance-expectation) olmak üzere dört alt skalası vardır:

a) **Dalıcılık-Müdahalecilik (DM):** İletişim sağlamak için tekrarlayıcı girişimler, ya da istenilmediği halde sıklıkla eleştirici öneriler sunmak. Örn: "Ben konuşurken müdahale eder", "Hakkımdaki herşeyi mutlaka öğrenmek ister".



b) **Duygusal Tepki (DT):** Hastayı daha da üzen öfke yada ani sıkıntı ile tepki vermek.Örn: "İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur", "Bana sebepsiz yere öfkelenir".

c) **Hastalığa Karşı Tutum (HT):** Hastanın gerçekten hasta olduğu ve semptomları üzerinde çok az yada hiç kontrolü olmadığı konusunda kuşku duymak, hastayı suçlamak ya da koşullar için hastayı sorumlun tutmak. Örn: "Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler", "İyi olmadığımı söylediğimde durumu abartmakla suçlar".

d) **Hoşgörü-Beklenti (HB):** Hastaya alt düzeyde tolerans göstermek, yüksek düzeyde beklentileri olmak. Örn: "Benden çok fazla şey bekler", "İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir"

Bu ölçeğin dilimize çevirisi ve geçerlik-güvenirlik çalışması O.E.Berksun ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (9).

#### **Duygu Dışavurum Ölçeği (DD Ölçeği)**

Berksun tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği yapılmış olan 41 soruluk bir ölçektir. Hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Hasta yakınlarının hastasını ve kendisini nasıl algıladığıyla ilgili sorular yer almakta ve verilen yanıtlara göre DD düzeyi saptanmaktadır. 29 madde eleştirel-düşmancıl oluşu (ED), 12 madde ise aşırı ilgi koruyucu-kollayıcı (AlKK) olmayı göstermektedir.ED' ye örnek olarak; "Onun hasta olduğuna inanmıyorum" ve "Onun varlığı beni deli ediyor", AlKK' ya örnek olarak ise; "Onun üstüne titrerim" ve " Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum" verilebilir. Doğru-yanlış şeklinde doldurulan ve 0-1 arası derecelendirilen ölçekte puanlar yükseldikçe DD düzeyi yükselmektedir (9,60).

### **Pai-Kapur Görüşme Ölçeği (Aile Yüğü)**

Pai ve Kapur tarafından 1981 yılında geliştirilen, hastanın aileye getirdiğı yükü ölçen ve hastaların yakınlarıyla görüşme sonucu puanlanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Hastanın hastalığının getirdiğı objektif yükün; ailenin parasal durumuna, günlük aile işlevlerine, ailenin boş zamanlarına, aile içi etkileşime, ailenin ruh sağlığına ve fiziksel sağlığına etkisini değerlendiren 24 maddelik görüşme ölçeğidir. Ayrıca subjektif yükü sorgulayan bir madde bulunmaktadır. Geçerlik ve güvenilirliğı yapılmış ve görüşmeciler arası güvenilirliğı yüksek bulunmuştur (72, 84).

**İstatiksel Çözümleme:** Gruplar arası karşılaştırmalarda gruplar arası farkların anlamlılığı testi Student-t test, bağıntılar için ise Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı uygulandı. Bütün istatiksel çözümlelerde Akdeniz Üniversitesi Bilgi İşlem Servisinde SPSS for Windows 10.0 kullanılmıştır.

## 9. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik verileri incelendiğinde % 56'sı kadın, % 44'ünün erkek olduğu belirlendi. Medeni durumlarına bakıldığında % 17'sinin evli olduğu tespit edildi. Hastaların yaş ortalaması 31.81, eğitim ortalaması 9.31, evde yaşayan kişi sayısı ortalaması 4.19, hastalık süresi ortalaması 10.9, hastalık başlama yaşı ortalaması 20.94, hastaneye yatış sayısı ortalaması ise 3.88 olarak saptandı.

Çalışmaya alınan hastalar ve yakınları yöntem ve gereçler bölümünde belirtilen istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirildi.

Hastaların algıladıkları duygu dışavurum (LEE) sonuçlarına bakıldığında toplam puan ortalaması 23.81, hasta yakınlarının duygu dışavurum ölçeği(DD) toplam puan ortalaması ise 19.75 olarak belirlendi.

Hastalara bakım veren birinci derece yakınlarının yaş ortalaması 55.0 olarak bulundu. Hastanın aileye getirdiği yük (AY) ortalaması(Pai-Kapur) puanı ise 12,25 olarak saptandı.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hasta yakınlarının gösterdikleri duygu dışavurum arasındaki ilişki incelendiğinde; sadece hastanın anne ve babasının eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Eğitim seviyesi yüksek olan anne babaların duygu dışavurumunun daha yüksek olduğu saptandı. Hastanın psikopatolojisi (SANS ve SAPS) ile ailenin duygu dışavurumu arasındaki ilişki incelendiğinde; garip davranış ile DD arasında anlamlı ilişki belirlendi. Garip davranış gösteren hastaların yakınlarında duygu dışavurumu(DD) daha yüksek olarak bulundu.

Duygu dışavurumu ile aile yükü(AY) arasındaki ilişki incelendiğinde; DD ile aile yükü arasında anlamlı ilişki saptandı. Yüksek DD gösteren ailelerde, aile yükü toplam puanı ve aile içi etkileşimin bozulması puanları yüksek olarak bulundu.

Duygu dışavurum ile ailenin depresyon ve anksiyete bulguları arasındaki ilişki incelendiğinde; depresyon( HAM-A) ile anlamsız, anksiyete (HAM-A) düzeyleri ile anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygu dışavurumu yüksek olan ailelerin anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur.

Hastanın sosyodemografik özellikleri ile hastanın algıladığı duygu dışavurum(LEE) arasındaki ilişki incelendiğinde; anlamlı bulunmamıştır.

LEE ile hastanın psikopatolojisi arasındaki ilişki incelendiğinde; pozitif semptomların toplam puanı(SAPS) ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Pozitif semptomları fazla olan hastaların algıladıkları duygu dışavurum yüksek olarak saptanmıştır.

LEE ile DD arasındaki ilişki incelendiğinde; anlamlı ilişki saptanmamıştır.

LEE ile aile yükü (AY) arasındaki ilişki incelendiğinde aile içi etkileşim ile anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile içi etkileşimin bozuk olduğu ailelerde, hastanın algıladığı duygu dışavurum (LEE) yüksek bulunmuştur.

Hastanın sosyodemografik özellikleri ile aile yükü arasındaki ilişki incelendiğinde hastaneye yatış sayısı ile aile yükü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastanın hastaneye yatış sayısının fazla olmasının aile yükünü artırdığı bulunmuştur.

Aile yükü ile duygu dışavurum arasındaki ilişki incelendiğinde; aile yükü ile DD ve ED (eleştirel-düşmancıl oluş) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile yükünün artmasıyla ailenin duygu dışavurumu artmaktadır. Aile yükünün artmasıyla eleştirel-düşmancıl davranışın arttığı bulundu.

Aile yükü ile hastanın psikopatolojisi arasındaki ilişki incelendiğinde; SAPS genel puanı, dikkat genel puanı ve garip davranış genel puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Pozitif bulguların ön planda olduğu, garip davranış gösteren ve dikkatte bozulma olan hastaların ailesine daha fazla yük oluşturduğu bulundu.

Aile yükü ile ailenin depresyon (HAM-D) ve anksiyete (HAM-A) düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; HAM-D VE HAM-A ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Ailenin yükü fazla ise depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı bulundu.

## 10. TABLOLAR

Tablo 1. Aile yükünün demografik özelliklerle karşılaştırılması.

	Aile Yüğü >= 12,00	Aile Yüğü < 12,00	P
Hasta sayısı	8	8	
Yaş	34,88±10,29	28,75±6,18	0,171
Eğitim	9,75±3,96	8,88±3,36	0,641
Aile üye sayısı	4,13±1,96	4,25±1,58	0,89
Anne yaşı	55,5±5,65	56,75±8,12	0,753
Baba yaşı	61±5,33	63,5±6,95	0,478
Anne eğitimi	4,43±4,08	6,5±5,37	0,421
Baba eğitimi	7,14±2,85	10,75±4,95	0,106
Hastalık süresi	13,63±5,68	8,25±6,27	0,094
Hastalık başlangıç yaşı	21,38±6,89	20,5±6,23	0,794
Hastaneye yatış sayısı	6,25±4,77	1,5±0,76	0,026

Tablo 2. LEE toplam değeri ile alt değişkenlerin ilişkisi (Pearson' s r)

	Müdahalecilik	Duygusal tepki	Hastalığa karşı tutum	Hoşgörü-beklenti
Müdahalecilik				
Duygusal tepki	0,46			
Hastalığa karşı tutum	0,43	0,68		
Hoşgörü-beklenti	0,39	0,69	0,65	
LEE Toplam Skor	0,70	0,87	0,86	0,83

Tablo 3 Aile yükü ile alt bileşenlerinin ilişkisi (Pearson' s r)

	Aile Yüğü	Parasal Durum	Günlük işlevler	Boş zaman	Ailenin etkileşimi	Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık
Parasal Durum	0,75						
Günlük işlevler	0,85	0,52					
Boş zaman	0,60	0,29	0,54				
Ailenin etkileşimi	0,76	0,48	0,60	0,14			
Fiziksel sağlık	0,74	0,56	0,65	0,31	0,48		
Ruhsal sağlık	0,23	0,13	-0,01	0,03	0,17	0,05	

Tablo 4. Duygu dışavurumu ile Aile Yüğü ilişkisi (Pearson' s r)

	Aile Yüğü	Parasal Durum	Günlük işlevler	Boş zaman	Ailenin etkileşimi	Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık
Eleştirel düşmancıl oluş(ED)	0,61	0,32	0,57	0,22	0,75	0,24	0,08
Aşırı ilgi koruyucu-kollayıcılık(AİKK)	0,45	0,45	0,34	-0,01	0,37	0,33	0,33
Duygu dışavurum(DD)	0,64	0,42	0,57	0,16	0,72	0,32	0,19

Tablo 5. LEE toplam değerleri ve hasta demografik verileri.

	LEE $\geq$ 23,00	LEE <23,00	p
Hasta sayısı	7	9	
Yaş	33,00 $\pm$ 10,77	30,89 $\pm$ 7,46	0,650
Eğitim	9,43 $\pm$ 3,65	9,22 $\pm$ 3,73	0,913
Aile üye sayısı	4,29 $\pm$ 1,70	4,11 $\pm$ 1,83	0,848
Anne yaşı	54,00 $\pm$ 3,03	57,88 $\pm$ 8,69	0,272
Baba yaşı	59,40 $\pm$ 2,07	64,11 $\pm$ 7,18	0,096
Anne eğitim durumu	5,50 $\pm$ 4,32	5,56 $\pm$ 5,29	0,983
Baba eğitim durumu	8,67 $\pm$ 4,27	9,33 $\pm$ 4,69	0,785
Hastalık süresi	10,43 $\pm$ 6,48	11,33 $\pm$ 6,73	0,790
Başlangıç yaşı	22,57 $\pm$ 6,80	19,67 $\pm$ 6,08	0,383
Hastaneye yatış sayısı	4,71 $\pm$ 4,79	3,22 $\pm$ 3,67	0,491

Tablo 6. LEE toplam değerleri ile aile yüğü ilişkisi.

	LEE $\geq$ 23,00	LEE <23,00	p
Aile Yüğü	15,00 $\pm$ 8,96	10,11 $\pm$ 5,82	0,207
Parasal Durum	2,43 $\pm$ 2,57	1,89 $\pm$ 2,03	0,645
Günlük işlevler	1,86 $\pm$ 1,86	1,44 $\pm$ 1,67	0,648
Boş zaman	2,71 $\pm$ 2,29	1,89 $\pm$ 2,09	0,464
Ailenin etkileşimi	5,43 $\pm$ 2,76	2,44 $\pm$ 1,67	0,032
Fiziksel sağlık	1,14 $\pm$ 1,22	1,00 $\pm$ 1,41	0,835
Ruhsal sağlık	1,43 $\pm$ 0,79	1,22 $\pm$ 0,83	0,623

**Tablo 7. LEE toplam değerleri ile psikopatoloji ilişkisi**

	LEE $\geq$ 23,00	LEE <23,00	p
SANS	49,43 $\pm$ 13,05	37,44 $\pm$ 20,75	0,204
SAPS	34,0 $\pm$ 17,09	14,30 $\pm$ 15,05	0,034

**Tablo 8. LEE toplam değerleri ile HAM-A, HAM-D ilişkisi.**

	LEE $\geq$ 23,00	LEE <23,00	p
HAM-D	10,86 $\pm$ 5,37	8,67 $\pm$ 5,15	0,421
HAM-A	11,43 $\pm$ 5,44	9,33 $\pm$ 5,02	0,438

**Tablo 9. Aile yükü ile HAM-A, HAM-D ilişkisi.**

	Aile Yükü $\geq$ 12,00	Aile Yükü < 12,00	p
HAM-D	12,25 $\pm$ 3,41	7,00 $\pm$ 5,50	0,038
HAM-A	12,75 $\pm$ 4,51	7,75 $\pm$ 4,71	0,048

**Tablo 10. Aile yükü ile aile yükü alt bileşenleri arasındaki ilişki**

	Aile Yükü $\geq$ 12,00	Aile Yükü < 12,00	p
Parasal Durum	3,63 $\pm$ 2,07	0,63 $\pm$ 1,06	0,003
Günlük işlevler	2,75 $\pm$ 1,67	0,50 $\pm$ 0,76	0,004
Boş zaman	3,25 $\pm$ 2,60	1,25 $\pm$ 0,89	0,071
Ailenin etkileşimi	5,38 $\pm$ 2,77	2,13 $\pm$ 0,99	0,013
Fiziksel sağlık	1,75 $\pm$ 1,39	0,38 $\pm$ 0,74	0,027
Ruhsal sağlık	1,38 $\pm$ 0,52	1,25 $\pm$ 1,34	0,764



Tablo 11. Duygu dışavurum ile anne-baba eğitim durumları arasındaki ilişki.

	DDTOP $\geq$ 19,00	DDTOP $<$ 19,00	p
Anne eğitim durumu	2,75 $\pm$ 2,87	8,71 $\pm$ 4,61	0,009
Baba eğitim durumu	7,00 $\pm$ 3,85	11,43 $\pm$ 3,91	0,046

Tablo 12. Hastaların psikopatolojisi ve duygu dışavurum ilişkisi

	DDTOP $\geq$ 19,00	DDTOP $<$ 19,00	p
SANS	47,44 $\pm$ 17,13	36,57 $\pm$ 19,23	0,252
SAPS	27,67 $\pm$ 20,16	16,86 $\pm$ 16,68	0,272
Duygulanımda sığılaşma	6,89 $\pm$ 6,21	6,43 $\pm$ 5,50	0,880
Alogia	6,78 $\pm$ 3,31	5,29 $\pm$ 4,64	0,464
İstenç yitimi	9,67 $\pm$ 4,56	7,29 $\pm$ 2,98	0,253
Asosyallik	16,78 $\pm$ 4,32	12,57 $\pm$ 6,29	0,135
Dikkat	8,22 $\pm$ 3,49	4,43 $\pm$ 4,08	0,065
Varsanı	2,00 $\pm$ 4,58	1,43 $\pm$ 1,90	0,763
Sanrı	6,78 $\pm$ 4,24	5,14 $\pm$ 4,30	0,459
Garip davranış	6,56 $\pm$ 4,64	1,71 $\pm$ 2,98	0,031
Pozitif yapısal düşünce boz.	10,56 $\pm$ 8,85	7,57 $\pm$ 7,79	0,493
Uygunsuz duygulanım	1,56 $\pm$ 1,81	1,00 $\pm$ 1,00	0,479

Tablo 13. Duygu dışavurum toplam değerinin alt bileşenleri ile karşılaştırma

	DDTOP $\geq$ 19,00	DDTOP $<$ 19,00	p
Eleştirel-düşmancıl oluş	15,11 $\pm$ 3,37	7,43 $\pm$ 1,72	0,000
Aşırı ilgi koruyucu-kollayıcılık	9,33 $\pm$ 1,80	6,29 $\pm$ 2,36	0,011

Tablo 14. Duygu dışavurum ile HAM-A,HAM-D arasındaki ilişki.

	DDTOP $\geq$ 19,00	DDTOP $<$ 19,00	p
HAM-D	11,78 $\pm$ 3,67	6,86 $\pm$ 5,79	0,056
HAM-A	12,44 $\pm$ 4,48	7,43 $\pm$ 4,79	<b>0,049</b>

Tablo 15. Hastanın psikopatolojisi ile aile yükü arasındaki ilişki

	Aile Yükü $\geq$ 12,00	Aile Yükü $<$ 12,00	p
SANS	50,13 $\pm$ 18,22	35,25 $\pm$ 16,14	0,106
SAPS	32,38 $\pm$ 20,58	13,50 $\pm$ 11,89	<b>0,041</b>
Duygulanımda sığılaşma	8,25 $\pm$ 5,85	5,13 $\pm$ 5,51	0,290
Alogia	7,38 $\pm$ 4,14	4,88 $\pm$ 3,40	0,208
İstenç yitimi	9,63 $\pm$ 4,87	7,63 $\pm$ 2,92	0,336
Asosyallik	17,25 $\pm$ 4,65	12,6 $\pm$ 5,60	0,094
Dikkat	8,63 $\pm$ 3,66	4,50 $\pm$ 3,63	<b>0,040</b>
Varsanı	2,75 $\pm$ 4,77	0,75 $\pm$ 1,49	0,277
Sanrı	7,88 $\pm$ 4,85	4,25 $\pm$ 2,60	0,084
Garip davranış	6,75 $\pm$ 5,18	2,13 $\pm$ 2,53	<b>0,039</b>
Pozitif yapısal düşünce boz.	13,00 $\pm$ 8,77	5,50 $\pm$ 6,12	0,067
Uygunsuz duygulanım	1,75 $\pm$ 1,67	0,88 $\pm$ 1,25	0,255

## 11. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofren hastalarda görülen semptomların dağılımı ve şiddeti ile hasta yakınlarındaki duygu dışavurum arasındaki ilişkisi, hastalarda görülen semptomların dağılımı ve şiddeti ile aile yükü ilişkisi, duygu dışavurum ile aile yükü ilişkisi araştırılmıştır. Ayrıca duygu dışavurum ve aile yükü düzeylerini etkileyebilecek hasta ve yakınına ait sosyodemografik özellikler ile yakınının ruhsal durumu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya 16 hasta (9 kadın 7 erkek) ve 16 hasta yakını olmak üzere 32 kişi katılmıştır. Hasta grubundaki, hastalık başlangıç yaş ortalamasının 20,94 olması literatürle uyumludur. Grubumuzdaki hastaların yaş ortalamasının 31,81 olması ve hastalık süresi ortalamasının 10,94 olması kronik şizofren hastaları temsil ettiğini göstermektedir. Hastaların sadece %12,5 'inin çalışıyor olması belirgin derecede işlevsellikte kayıp olduğunu göstermektedir ve bu bulgu kronik şizofreni de beklenen bir durumdur (16).

Çalışmaya katılan hasta yakınlarında % 55,2 oranında yüksek duygu dışavurum saptanmıştır. Literatürde gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere daha yüksek duygu dışavurum bulunduğu belirtilmektedir. (İtalya % 57, Danimarka % 54, İngiltere % 54, Hindistan % 23) Bazı araştırmacılar DD düzeylerindeki farkın gelişmekte olan ülkelere şizofreni prognozunun daha iyi olmasıyla doğrudan ilişkili olduğunu öne sürmektedirler (51,85).

Hasta yakınlarının eğitim düzeyi ile duygu dışavurum arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ailenin eğitim düzeyi yüksek olan ailelerde duygu dışavurum yüksek bulunmuştur. Ancak literatürde bu bulguyu destekleyecek çalışma bulunamamıştır.

Bu çalışmada hastaya ait sosyodemografik verilerle duygu dışavurum arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.

Literatürde hasta yakınında psikiyatrik hastalığın olmasının duygu dışavurumu etkilediğini bildiren çalışmalar vardır. Bir psikiyatrik hastalığı olan annelerin % 73'ünde, babaların % 64'ünde yüksek duygu dışavurum bulunmaktadır. Duygulanım bozukluğu olan annelerde yüksek duygu dışavurum 5 kat fazla bulunmaktadır (86). Bu çalışmada da; HAM-A ile yüksek anksiyete saptanan hasta yakınlarında duygu dışavurum yüksek bulunmuştur.

Mintz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (1987); yüksek duygu dışavurum gösteren ailelerin hastalarının daha fazla davranışsal bozukluk gösterdiğini vurgulamışlardır (87). Strachan ve arkadaşları (1989); DD düzeylerinin hasta ve yakınlarının karşılıklı etkileşimi sonucu oluştuğunu, hastanın tutum ve davranışının hasta yakınındaki duygu dışavurumu belirlediğini saptamışlardır (88). Otsuka ve ark. (1994), yaptıkları çalışmada yüksek DD gösteren gruptaki hastalarda saldırgan davranış ve negativizm, çaresizlik tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da; garip davranış ile yüksek DD düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (89).

Bu çalışmada hastanın algıladığı duygu dışavurum (LEE) yüksekliği ile SAPS genel toplamı arasında ilişki bulunmuştur. Aile içi etkileşiminin bozulması sonucu aile yükünün artması ile hastanın algıladığı duygu dışavurum yüksekliği birliktelik göstermiştir. Ancak bu konu ile ilgili literatürde bilgi bulunamamıştır.

Duygu dışavurum ve aile yükü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı çok azdır. Kuipers (1996) çalışmasında; psikopatoloji ile aile yükü arasında ilişki olmadığını fakat aile yükü ile duygu dışavurum arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ve yüksek DD gösteren ailelerin yükünün de fazla olduğunu göstermiştir. Bu bulgular DD ve aile yükünün hastanın semptomlarından çok, yakınlarının hastalığı nasıl değerlendirdiğini desteklemektedir (61). Leff ve ark. (1990) yazılarında, üçte iki olguda hastanın davranışlarının yüksek DD ye neden olduğunu ve hastanın yarattığı aile

yükü arttıkça DD düzeyinin arttığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada da; DD arttıkça aile yükünün arttığı saptanmıştır. Eleştirel-düşmancıl oluş arttıkça, aile yükü artmaktadır.

Brown ve ark. ailenin davranışlarının hastada psikotik alevlenmeye neden olduğu ve hastaneye yatışların sayısını artırdığı belirtmişlerdir (80). Daha sonra Vaughn ve Leff yaptıkları çalışmalarla aile davranışlarının relapsa neden olduğu görüşünü desteklemişlerdir. Ayrıca aile yükünün fazlalığının nüks üzerinde dolaylı etkisi olduğu düşünülmektedir (10). Bu çalışmada; hastanın hastaneye yatış sayısının fazla olmasının aile yükünü artırdığı bulunmuştur.

Şizofren hastaların ailelerinin bir çok semptoma katlandıkları, epey miktarda zor davranışa tolerans gösterdikleri açıktır. Çoğu hasta yakınının hastalık hakkındaki bilgisi yetersizdir ve başetme yolları konusunda zorlanmaktadır. Bunun sonucunda kendi fizik ve ruh sağlıkları bozulmaktadır (10). Bu çalışmada da; aile yükü yüksek olan hasta yakınlarının depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Hoenig ve Hamilton akrabaların en sık olarak hem agresif davranışı hem de içe kapanma ve kendini toplumdan çekişi problem yaratıcı olarak gördüklerini kaydeder (69). Rabkin, negatif semptomların pozitif olanlardan daha az yüke sebep olduğunu öne sürerek 'Bizim kültürümüzde rahatsız edici, garip veya sorun çıkarıcı bir tarzda davranmak; içe kapanmış, çökkün veya toplumdan kopuk davranmaktan daha az kabul edilebilir bir durumdur' şeklinde açıklamıştır (78). Öte yandan Creer ve ark. (73) ve Fadden ve ark. (77) negatif semptomların daha çok yüke neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Brown ve arkadaşları şizofreni hastalarının akrabalarının yaşadığı problem ve sıkıntıların yüksek oranda hastanın sergilediği huzursuz ve garip davranış gibi pozitif semptomlarla ilgili olduğunu belirtmişlerdir (80). Fakat Gubman ve ark. her iki semptom grubunu da yük verici olarak saptamışlardır (79). Bu çalışmada, garip davranış, pozitif semptomlar genel puanı (SAPS) ve dikkatte

bozulma (negatif) görülen hastaların ailelerinde yükün daha fazla olduğu bulunmuştur.

İşlevselliğin büyük ölçüde bozulduğu şizofrenide, hastanın çalışmıyor olması ve sürekli tedavi görmesi gerektiğinden aileye parasal yönden ek sıkıntı getirmektedir. Hastanın evde kalıyor olması ve istenç yitimi nedeniyle ailenin günlük işlevleri aksamakta ve boş zaman etkinlikleri azalmaktadır. Ayrıca hastanın negatif veya pozitif semptomlarından dolayı aile içi etkileşim bozulmaktadır. Tüm bunların sonucunda da aile üyelerinin ruhsal veya fiziksel sağlığı etkilenmektedir. Martyns ve Yellowe yaptıkları çalışmada, en fazla yükün günlük işlevlerin aksaması ve ailenin boş zaman etkinliklerinin kısıtlanmasından kaynaklandığını saptamışlardır. Ayrıca yakınlarında anksiyete düzeyinin yüksekliğine dikkat çekmişlerdir (90). Bu çalışmada Pai Kapur aile yükü ölçeği ile yapılan değerlendirmede; aile yükü en fazla parasal durumun etkilenmesi, günlük işlevlerin aksaması, aile içi etkileşimin bozulması ve fiziksel sağlığın bozulması ile ilişkili bulunmuştur. Hastanın, ailenin boş zamanlarına (örn: eğlence, tatil ve hobi gibi uğraşlar) ve ruh sağlığına etkisi olmadığı saptanmıştır. Ailenin boş zamanlarına etkisinin olmamasının nedeni; toplumumuzun sosyokültürel yapısı ve ailelerin yaşam tarzı olabilir. Hasta yakınlarının HAM-D ve HAM-A düzeylerinin aile yükü arttıkça yükseldiği saptanmasına karşın, aile yükü ile ruh sağlığı ilişkisi bulunmaması ölçekle ilgili olabilir.

## 12. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, şizofren hastalar ile yakınları arasındaki karşılıklı etkileşim ile hastalığın aileye etkisi ve ailenin hastalığa etkisi olduğu düşüncesinden yola çıkılarak kısır döngülerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak, hastaların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik semptomlarının şiddeti ile ailenin duygu dışavurum düzeyleri ve bakım yükü karşılaştırılmıştır. Ayrıca, bugüne kadar çok az sayıda çalışmaya konu olan ailenin duygu dışavurum düzeyi ile aile yükü ilişkisi araştırılmıştır. Aile eğitimi yükseldikçe ve hastadaki garip davranış arttıkça ailenin duygu dışavurum düzeyinin arttığı saptanmıştır. Ayrıca, hasta yakınlarının anksiyete düzeyinin yüksekliği ile duygu dışavurum düzeyinin yüksekliği birliktelik göstermiştir. Hastadan dolayı günlük aile işlevlerinin aksaması ve aile içi etkileşimin bozulması ve aile yükünün artması ile duygu dışavurum düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir. Bakım yükünün fazla olduğu ailelerde, hastaya karşı eleştirel –düşmancıl oluş yüksek bulunmuştur. Bu çalışma hasta ile yakınları arasında gelişen kısır döngüleri görmek açısından önemlidir. Çünkü; hastadan dolayı ailenin yükü arttığı için eleştirel-düşmancıl davranıyor olabilirler yada, eleştirel düşmancıl davrandıkları için aile içi etkileşim gerginleşiyor ve bu da hastanın semptomlarını alevlendiriyor dolayısıyla ailenin yükü artıyor olabilir. Bu çalışmada hastanın pozitif semptomlarının ve garip davranışının artması ile aile yükünün arttığı bulunmuştur. Ayrıca hastaneye yatış sayısının artmasıyla aile yükünün arttığı tespit edilmiştir. Muhtemelen hastaneye yatış sayısının fazlalığı relapsları gösteriyor ve bunun sonucunda aile yükü artıyor.

Ailenin yükü attıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır. Burada da bir kısır döngü yaşanıyor olabilir. Aile üyesindeki depresyon yada anksiyete, varolan sorunlarla başetmede yetersizliğe ve yüksek duygu dışavuruma neden oluyor , bunun sonucunda da aşırı yüklenme hissediyor olabilirler. Diğer yandan, ailenin yükü arttıkça depresyon ve anksiyete gelişiyor olabilir. Ayrıca Pai-Kapur ölçeği ile yapılan aile yükü değerlendirilmesinde; parasal durumun etkilenmesi, günlük işlevlerin aksaması, aile içi etkileşimin ve fiziksel sağlığın bozulmasının en çok aile yükü ne neden olduğu saptanmıştır. Şizofren hastaların, aileleriyle yapılan çalışmaların çoğu etiyojolojiye yöneliktir ve ailenin hastalığın seyri üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Buradan yola çıkılarak duygu dışavurum kavramı geliştirilmiştir. Oysa, çok az çalışma hastanın aile üzerindeki etkisi ve bu durumla nasıl başa çıktıklarıyla ilgilenmiştir. Günümüzde ailelerin karşılaştığı sıkıntılarla ilgili şimdi daha çok şey biliniyor olmasına karşın, onlara en iyi nasıl yardım edilebileceği konusunda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Aileler, hastalık hakkında ne kadar iyi bilgilendirilirse, sıkıntıları ne kadar iyi anlaşılırsa ve yükleri ne kadar azaltılırsa, şizofren hastanın prognozu da o ölçüde iyi olacaktır.



### 13. KAYNAKLAR

1. Kültür S, Mete L. Şizofreni. (psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C, Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği. 1997.
2. Brown S, Birtwistle j. People with schizophrenia and their families. Br J Psychiatry. 1998 ; 173:139-144
3. Alpay N. Şizofreninin psikososyal tedavisinde toplumsal rgtlenme. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi- İzmir. 1998
4. Muijen M, Marks I, Conolly J, The Daily Living Program: A community programe for the seriously mentally ill. (International Perspectives in Schizophrenia. Biological, Social and Epidemiological Findings. Weller M. 1990: 307-317)
5. Falloon I. Family management of schizophrenia. (International Perspectives in Schizophrenia. Biological, Social and Epidemiological Findings. Weller M. 1990: 293-307)
6. Hogarty G, Anderson C, Reiss D, Kornblith S, Greenwald D, Ulrich R, Carter M. Family psikoeducation, social skills training and maintenance, chemotherapy in the aftercare treatment schizofrenia. Two year effects of a controlled study on relaps and adjusment. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 340-347.
7. Kavanagh D. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br. J. Psychiatry. 1992; 160: 601-620.
8. Koenigsberg H, Handley R. Expressed Emotion: From predictive index to clinical construct. Am. J j Psychiatry. 1986; 143: 1361-1373.
9. Berksun O. Dışavurulan duygulanım lçeği: lçek uyarlama üzerine pilot bir alışma. Trk Psikoloji Dergisi.1993;8 (29): 10-15.
10. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The Burden of Care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. Br J Psychiatry. 1987; 150: 285-292

11. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family; an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*. 1985; 15: 383-394
12. Schene A. H. Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1990; 25: 289-297.
13. Neuchterlein K, Snyder K, Dawson M, Rappe S, Gitlin M, Fogelson D. Expressed Emotion, fixed dose fluphenazine decanote maintenance, and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*. 1986; 22(3): 633-639.
14. Falloon I, Boyd J, McGill C, Williamson M, Razany J, Moss H, Gildermen A, Simpson G. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42:887-896.
15. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. 5. Basım. 1994.
16. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Synopsis Of Psychiatry*. Williams and Wilkins, 7 th edition. 1994: 457-486
17. Işık E. Şizofreni. Kent Matbaacılık. Genişletilmiş 2. Baskı 1997:1-2.
18. Fenton W. Course and outcome in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 1997;10:40-44.
19. Meltzer Herbert Y, Fatemi S. Hossein. Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*.
20. Cannon M, Jones P. Schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1996; 61: 604-613.
21. Karno M, Norquist GS. Schizophrenia: Epidemiology. *Compherensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ (ed) 6. Baskı, Vol 1 Williams & Wilkins, 1995.
22. Ceylan E. Şizofreni: Genel bir bakış. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1996: 1-4.
23. Carpenter WT, Buchanan RW, Schizophrenia: Intraduction and overview. *Compherensive Textbook of Psychiatry*, Kaplan HI, Sadock BJ (ed) 6. Baskı, vol:1 Williams & Wilkins, 1995.

24. Frangou S, Murray RM Imaging as a tool in exploring the neurodevelopment and genetics of schizophrenia. *Br Med Bul.* 1996; 52: 3, 587-596.
25. Cloninger C. R, Schizophrenia: Genetic etiological factors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry V.* H.I.Kaplan, B. J. Sadock, Baltimore: Williams and Wilkins. 1989: 232-244.
26. Kessler S. The Genetics of Schizophrenia: A Review. Special Report: Schizophrenia 1980; Rockwille, Md. National Institute of Mental Health, U.S. Public Health Service.
27. Kety S. S, Mathysse S. Genetic and Biochemical Aspects of Schizophrenia. *The New Harvard Guide to Modern Psychiatry.* 1988.
28. Leach A, Cherer S. The Epidemiology of Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry.* 1992; 5:63-69
29. Murray R. M, Revely A. M, Mc Guttin P. Genetic Vulnerability to Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America.* 1986; 9:3-16.
30. Alkın T. Şizofreni nörokimyası: Yeni Gelişmeler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.* 1996; 1:4.
31. Cannon TD, Marco E,. Structural brain abnormalities as indicators of vulnerability to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 20:1 1994
32. Siever LJ, Kalus OF, Keefe RS. Boundaries of Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1993 16:2 , 217.
33. Chua SE, McKenna PJ. Schizophrenia a brain disease? A critical Review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *Br J Psychiatry* 1995;166:563-582.
34. Vita A, Dieci M, Giobbio GM, ve ark. A reconsideration of the relationship between cerebral structural abnormalities and family history of schizophrenia. *Psychiatry Research* 1994; 53: 41-55.

35. Bornstein RA, Schwarzkoph SB, Olson SC ve ark. Third ventricle enlargement and neuropsychological deficiid in schizophrenia. Biol Psychiatry 1992; 31: 954-961
36. Weinberger DR, Berman KF, Zec RF. Psychologic disfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 114-124.
37. Walker EF,. Developmentally moderated expressons of the neuropatalogy underlying schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1994 20;3:453-474.
38. Elbi H, Pırıldar Ş, Terzioğlu E. Şizofreni etyolojisinde Viruslar ve otoimmunitte. Ege Sürekli Psikiyatri Yayınları. 1996; 1:4.
39. Kringlen E. Is the concept of schizophrenia useful from an aetiological point of view? A review of findings and paradoxes. Acta Psychiatr Scand 90 (supl 384): 5, 1994.
40. Işık E. Şizofreni. Kent Matbaacılık Genişletilmiş 2. Baskı. 1997: 48-67.
41. Gökalp P. Psikososyal Kuramlar-Tedaviler: Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Ceylan E. 1. Baskı, 1. Cilt. 1993.
42. Neuchterlein K, Dawson M, Ventura J, Gitlin M, Subotnik L, Snyder K, Mintz J, Bartzokis G. The vulnerability / stress model of schizophrenic relapse: A longitudinal study. Acta Psychiatr Scand. 1994; 89(supl.383): 58-64.
43. Ceylan E. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 1.Cilt, 1. Baskı. 1993:121-134.
44. Kay S, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. Schizophreria Bulletin. 1990; 16:537-545.
45. Ciompi L. The dinamics of complex biological- psychosocial systems. Br J Psychiatry 1989; 155(supl.5): 15-21.
46. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry April 1997; 154: 4.

47. Veznedaroğlu B, Pırıldar Ő, Saygılı R. Şizofrenide pozitif/negatif belirtiler ve sonrası. Ege S¼rekli Psikiyatri Yayınları. 1996; 1:4.
48. Andreasen NC, Nopoulos P, Schultz S ve ark. Positive and negative symptoms of schizophrenia: past, present and future. Acta Psychiatr Scand 90(suppl 384): 5, 1994.
49. Green M, Walker E. Neuropsychological performance and positive and negative symptoms in schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 1985 94;4: 460-469.
50. Mintz J, Mintz L, Goldstein M. Expressed Emotion and relapse in first episodes of schizophrenia. Br J Psychiatry. 1987;151:314-320.
51. Kuipers L, Bebbington P. Expressed Emotion research in schizophrenia: Theoretical and clinical implications. Psychological Medicine. 1998;18:893-909.
52. Deniz H. Şizofren bireyin algıladığı dışavurulan duygulanım d¼zeyi ve relapsla ilişkisi. Uzmanlık tezi. İstanbul 1997.
53. Magana A, Goldstein M, Karno M, Miklowitz D, Jenkins J, Falloon I. A brief method for assessing Expressed Emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatric Research. 1986;17:203-212.
54. Malla A, Kazarian S, Barnes S, Cole J. Validation of the five minute speech sample in measuring Expressed Emotion. Can J Psychiatry. 1991;36:297-397.
55. Cole J, Kazarian S. The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of Expressed Emotion. J. Clinical Psychology. 1988;44(3):392-397.
56. Kuipers L, Sturgeon D, Bercowitz R, Leff J. Characteristics of Expressed Emotion: its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives. Br J Psychiatry. 1983;22:257-264.
57. Hooley J. Expressed emotion: A review of the critical literature. Clinical Psychology. 1985;5:119-139.

58. Parker G, Pavlovic D. Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine*. 1990;20:961-965.
59. Lam D. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*. 1991;21:423-441.
60. Akbirgün A. Şizofren hastalarda psikiyatrik semptomların dağılım ve şiddeti ile ailedeki duygudışavurum ilişkisi. Uzmanlık tezi. İstanbul 1999.
61. Scazufca M, Kuipers E. Links between Expressed Emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1996; 168:580-587
62. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Freeman H. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1998;153:532-542.
63. Leff J, Wig N, Bedi H, Menon D, Kuipers L. Relatives expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh. *Br J Psychiatry*. 1990;156:351-356.
64. Parker G, Johnston P, Hayward L. Parental expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. *Arch Gen Psychiatry*.
65. Miklowitz D, Goldstein M, Falloon I. Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *Br J Psychiatry*. 1984;144:482-487.
66. Miklowitz D, Goldstein M, Falloon I. Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 1983;92(3):359-367.
67. Treudly MB. Mental illness and family routines. *Ment Hygiene*. 1946;15:407-418.
68. Yarrow M, Schwarz C, Murphy H, Deasy L. The psychological meaning of mental illness in the family. *J Soc Issues*. 1955;11:12-24.

69. Hoening J, Hamilton MW. The burden on the household in an extramural psychiatric service. In: Freeman HL, Farndale WAJ(eds) *New aspects of the mental health services*. Pergamon, Oxford. 1966:pp 612-635.
70. Keff JP, Kuipers L, Kerkowitz R. A controlled trial of social intervention in schizophrenic families. *Br J Psychiatry* 141:121-124
71. Spitzer RL, Gibbon M, Endicott J. Family evaluation form. New York State Department of Mental Hygiene. New York. 1971.
72. Pai S, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient; development of an interview schedule. *Br J Psychiatry*. 1981; 138:332-335.
73. Creer C, Sturt E, Wykes T. The role of relatives. In: Wing JK(ed) *Longterm community care experience in a London borough*. *Psychol Med Monogr(suppl 2)* :29-39 1982
74. Schene AH. The burden on the family scale. Department of Ambulatory and Social Psychiatry. Universty of Utrecht. 1987
75. Tessler R, Fisher G, Gamache G. A role strain approach to the measurement of family burden: the properties and utilities of a new scale. Paper presented at the Annual meeting of the Eastern Sociological Society, Baltimore. 1989
76. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet*;1:544-547,1963.
77. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987) Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry* 151:660-667.
78. Rabkin J(1972) Opinions about mental illness, a review of the literature. *Psychol Bull* 77:153-171.
79. Gubman GD, Tessler RC, Willis G (1987) Living with the mentally ill: factors affecting household complaints. *Schizophr Bull* 13:727-736.

80. Brown GW, Bone M, Dalison BH, Wing JK. Schizophrenic and social care. A comparative follow-up study of 339 schizophrenic patients (Maudsley Monographs No 17). Oxford University Press. 1966
81. Creer C, Wing JK. Schizophrenia at home. Institute of Pshychiatry. London 1974.
82. Vaughn, C.E. Patterns of interactions in families of schizophrenics. In Schizophrenia: The Other Side(ed. H.Katschnig). Vienna: Urban& Schwarzenberg.1977
83. Sorias O. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri. (Psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C, Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. 1997:81-95.
84. Pai S, Kapur RL. Impact of treatment intervention of the relationship between dimensions of clinical psychopatology , social disfunction and burden on the family. Pscol Med. 1982;12: 651-658.
85. Jablensky A. Interaction of enviromental and endogenous factors in schizophrenia. International Perspectives in Schizophrenia. Biological, Social and Epidemiological Findings. Weller M. 1990; 307-317.
86. Hibbs E, Hamburger S, Lenane M, Rapoport J, Kruesi M, Keysor C, Goldstein M. Determination of Expressed Emotions in families of disturbed and normal children. J Child Psychol Psychiat. 1991; 32: 757-770.
87. Mintz J, Mintz L, Goldsstein M. Expressed Emotion and relapse in first episodes of schizophrenia. Br J Psychiatry. 1987; 151: 314-320.
88. Strachan A, Feingold D, Goldstein M, Miklowitz D, Neuchterlein K. Expressed Emotion an index of a transactional process? Patient's coping style. Family Process. 1989; 28: 169-181.
89. Otsuka T, Nakane Y, Ohta Y. Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. Acta Psychiatr Scand. 1994; 89: 111-116.



90. Martyns-Yellowe IS. The Burden of Schizophrenia on the Family A Study from Nigeria.  
Br J Psychiatry. 1992; 161: 779-782.

## HASTA BİLGİ FORMU:

Tarih:

Adı soyadı:

Cinsiyeti:

Askerlik durumu:

Yaşı:

Mesleği:

Adresi:

Telefonu:

Yaşadığı yer: Köy ( ), İlçe ( ), Kent ( ).

Medeni durumu: Evli ( ), Bekar ( ), Boşanmış ( ), Ayrı yaşıyor ( ), Diğer ( ).

Eğitimi: Yok ( ), Okuryazar ( ), ilk ( ), Orta ( ), Lise ( ), Yüksek ( ), Diğer ( Yıl: ).

Evde yaşayan kişi sayısı:

Evdeki anahtar yakını ve eğitim durumu:

Evde yaşadığı kişiler: Anne( ), baba( ), eşi( ), kardeşler(sayısı: ), çocuklar(sayısı: ), diğer:

Anne yaşı: Eğitim: Hastalık öyküsü:

Baba yaşı: Eğitim: Hastalık öyküsü:

Ailenin geçimini sağlayan kişi / kişiler:

Ailenin sosyokültürel düzeyi:

Gelir düzeyi:

Sosyal güvence:

İş yaşantısı: Çalışıyor: düzenli ( ), düzensiz ( )

Çalışmıyor: hiç çalışmamış ( ), hastalık nedeniyle bırakmış( ), malulen emekli( )

Hastalandıktan sonra eğitim-öğreniminde aksama oldu mu?

Hastalığın başlama yaşı:

Hastaneye yatış sayısı ve süreleri:

Kullandığı ilaçlar:

EKT öyküsü: Var ( ), Yok ( )

Tedaviye uyumu: Düzenli ( ), kısmen düzenli ( ), tamamen uyumsuz ( )

İntihar girişimi: Yok ( ), Var ( sayısı: , şekli: )

Ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü:

**A-PARASAL SIKINTI:**

- 1-) Hastanın gelir kaybı:
  - İşini kaybetti mi?
  - Daha önce yaptığı işi bıraktı mı?
  - Bu aile gelirini ne boyutta etkiledi?
- 2-) Hastanın rahatsızlığına bağlı olarak ailede herhangi bir kişinin gelir kaybı:
  - Herhangi bir kişi evde kalmak için işini bıraktı mı?
  - Para, iş kaybetti mi?
  - Bu ailenin para durumunu ne boyutta etkiledi?
- 3-) Hastanın rahatsızlığına ve tedavisine bağlı olarak masrafa girme:
  - Hastalığına bağlı olarak mantıksızca para hacama ve para kaybı var mı?
  - Bu ailenin para durumunu nasıl etkiledi?
  - Tedavi, ilaç, ulaşım, evden uzak kalacak vb. gibi ihtiyaçlar için ne kadar para harcadı?
  - Eğer gidildi ise hocalar, muskalar için ne kadar para harcadı?
  - Bu ailenin para durumunu ne kadar etkiledi?
- 4-) Hastaya bakım için fazladan yapılan harcamalar:
  - Başka bir aile yakını yada akraba hastayla kalmak için geliyor mu?
  - Hemşire veya bakıcıyla ilişki kuruldu mu?(Çocuklara veya hastaya bakmak için)
  - Bu ailenin para durumunu nasıl etkiliyor?
- 5-) Borçlanma, ödünç para alma veya biriktirilmiş paranın harcanması:
  - Hangi büyüklükte bir borç aldınız?
  - Borç aldığınız kişiler geri ödemeyi nasıl planladı?
  - Bu durum aileyi nasıl etkileyecek?
  - Tasarruflarından (birikimlerinden) mı harcadılar?
  - Bu paralar kullanıldı mı?
  - Aileyi nasıl, ne kadar etkiledi?
- 6-) Hastanın aileye getirdiği parasal yükden dolayı planlanmış bir aktivite atlatıldı mı?
  - Öm: Evliliğin ertelenmesi, yolculuk, tatil vs.
  - Aile nasıl etkilendi?

**B-) GÜNLÜK AİLE İŞLEVLERİNİN AKSAMASI:**

- 1-)Hasta işe, okula gitmiyor:
  - Bu aile için nasıl bir rahatsızlık, zahmet getirdi?
- 2-)Hasta ev işlerine yardım etmiyor:
  - Bu aileyi nasıl etkiliyor?
- 3-) Ailenin diğer üyelerinin aktivitelerinin kesilmesi, aksaması:
  - Birileri hastaya bakmak için zaman harcıyor mu?
  - Bunu yapmak için diğer günlük bir aktiviteden vazgeçmek zorunda kalıyor mu?
  - Bu aileyi ne kadar rahatsız ediyor?
- 4-) Hastanın davranışları aktiviteleri aksatıyor:
  - Hasta bir başkasına onunla olması için ısrar ediyor ve onun dışarıya gitmesine izin vermiyor.
  - Hasta hemen şiddete başvuruyor, birşeyler kınıyor, uyumuyor ve başkalarının uyumasına izin vermiyor.
  - Bu aileyi nasıl etkiliyor?
- 5-) Hastanın rahatsızlığından dolayı diğer aile bireylerinin ihmal edilmesi:
  - Diğer bir aile üyesi okul yemeklerini, kabul günlerini vs. kaçırıyor mu?
  - Bu durum aileyi ne kadar etkiliyor?

### C-) AİLENİN BOŞ ZAMANLARININ AZALMASI:

- 1-) Normal eğlence aktivitelerinin durması:
  - Tamamen, bir bölümü, hepsi değil:
  - Aile bireyleri nasıl tepki veriyor?
- 2-) Hastanın rahatsızlığı, başka kişilerin tatilini ve boş zamanını kullanıyor:
  - Aile bireyleri nasıl tepki veriyor?
- 3-) Hastanın aile üyelerine dikkatinin azalması (çocuklar, eşi gibi):
  - Bu durumun onların üzerindeki etkisi:
- 4-) Hastanın rahatsızlığından dolayı kapasitesinin azalması nedeniyle aktivite kaybı olmuş mu?
  - Öm: Kısa geziler ve aile toplantıları gibi.
  - Aile üyeleri bu durum hakkında nasıl hissediyor?

### D- AİLE İÇİ ETKİLEŞİMİN AZALMASI:

- 1-) Evdeki genel duruma hastalığın herhangi bir etkisi:
  - Kasvetli, sessiz oldu mu? Yada pek çok yanlış anlama oldu mu?
  - Buna aile üyeleri nasıl bakıyor?
- 2-) Diğer aile üyeleri fazlasıyla tartışma ortamındalar mı?
  - Öm: Hasta nasıl tedavi olmalı? Nasıl çalışmalı? Kim suçlu?
  - Aile bu durumdan nasıl etkileniyor?
- 3-) Komşuların veya akrabaların ziyaretleri durdu veya sıklığı azaldı mı?
  - Hastanın davranışlarından veya rahatsızlığının yarattığı önyargıdan dolayı.
  - Bu durum hakkında aile nasıl hissediyor?
- 4-) Aile içine kapanmaya başladı mı? Aile diğer insanlarla birlikte olmaktan kaçıyor mu?
  - Yanlış anlaşılma olmaktan, utançtan veya bunlardan korku nedeniyle.
  - Bu durum hakkında aile nasıl hissediyor?
- 5-) Hastanın rahatsızlığının ilişkiler üzerine başka etkileri oldu mu?
  - Aile ile komşular, akrabalar arasında veya aile içinde. Öm: Boşanma, iki aile arasında tartışma, kavga, mal paylaşımı, polislin devreye girmesi, aile üyelerinde utanç hisleri.
  - Bunlar aileyi nasıl etkiledi?

### E- FİZİKSEL SAĞLIĞA ETKİSİ:

- 1-) Hastanın rahatsızlığından dolayı, herhangi bir üyenin beden sağlığında bozulma veya yaralanma oldu mu?
  - Bu durum onları nasıl etkiledi?
- 2-) Aile üyelerinin sağlığına herhangi bir olumsuz etkisi oldu mu?
  - Öm: Bir miktar kilo kaybı veya mevcut olan hastalığında artış, alevlenme, tekrarlama?
  - Şiddeti nasıl?

### F- RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ:

- 1-) Bir aile üyesinin, hastanın davranışlarından kaynaklanan psikolojik rahatsızlıktan dolayı yardım arayışı oldu mu?
  - 2-) Ailenin diğer herhangi bir üyesinde uykusuzluk, çökkünlük veya ağlamada artış oldu mu?
    - Aşırı sinirlilik, çabuk öfkelenme başladı mı?
    - İntihar istekleri var mı?
    - Şiddeti nasıl?
- 
- Sonuçta; bizim size sormadığımız bir sıkıntı var mı?
  - Eğer varsa, nedir? Anlatırmısınız?
  - Bu sizi nasıl etkiliyor?

## DD ÖLÇEĞİ

Hasta yakınının ;	Hastanın ;
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :
Yaşı :	Yaşı :
Eğitimi :	Eğitimi :
Mesleği :	Mesleği :
Medeni durumu :	Medeni durumu :
Hastaya yakınlığı :	İlaç kullanımı : Düzenli ( ) Kısmen düzenli ( ) Düzensiz ( )
	Yaşam olayı : Var ( ) Yok ( )
	Hastalığın süresi :

**AÇIKLAMA:** Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D) yanlış (Y) şeklinde işaretleyiniz. Bunu yaparken son 1 yılınızı düşününüz.

- (D) (Y) 1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum
- (D) (Y) 2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
- (D) (Y) 3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
- (D) (Y) 4. Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir.
- (D) (Y) 5. Onunla ilgili herşeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
- (D) (Y) 6. Onun varlığı beni deli ediyor.
- (D) (Y) 7. Ne hata yaptık diye düşünüp duruyorum.
- (D) (Y) 8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
- (D) (Y) 9. Ona sık sık öğüt veriyorum.
- (D) (Y) 10. Onunla uyuşamıyoruz.
- (D) (Y) 11. Bıraktım artık, ne hali varsa görsün.
- (D) (Y) 12. Aile içinde onun her şeyi ile ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 13. Ona kırılıyor ve güceniyorum.
- (D) (Y) 14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
- (D) (Y) 15. Onun üstüne titrerim.
- (D) (Y) 16. Onunla birlikteyken başka bir şey ile ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üzerinde oluyor.

- (D) (Y) 17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
- (D) (Y) 18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum
- (D) (Y) 19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum
- (D) (Y) 20. Onun giyim-kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum
- (D) (Y) 21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
- (D) (Y) 22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
- (D) (Y) 23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 24. Ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor.
- (D) (Y) 25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
- (D) (Y) 26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
- (D) (Y) 27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum.
- (D) (Y) 28. Biz birbirimize benziyoruz.
- (D) (Y) 29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
- (D) (Y) 30. Onunla iyi anlaşıyoruz.
- (D) (Y) 31. Aklım fikrim hep onda, başka hiç birşey düşünemiyorum.
- (D) (Y) 32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
- (D) (Y) 33. Ondan uzak kalmak istiyorum.
- (D) (Y) 34. Başıma bir sürü dert açıyor.
- (D) (Y) 35. O olmasa bütün işler yola girecek
- (D) (Y) 36. Bir zorlukla karşılaşırsam başa çıkabiliyorum.
- (D) (Y) 37. Onun herşeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
- (D) (Y) 38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım.
- (D) (Y) 39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım.
- (D) (Y) 40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum.
- (D) (Y) 41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek olurum.

- 24-Keyifsiz,huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.
  - 25-Beni caresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
  - 26-Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
  - 27-Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler.
  - 28-Benim özelliklerimi, sınırlılıklarımı anlar, elimi kolumu bağlayan seyleri bilir.
  - 29-Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
  - 30-Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
  - 31-Hasta olduğumda, benim kendimi iyi hissetmem için uğrasır.
  - 32-Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
  - 33-Her zaman işlerime burnunu sokar.
  - 34-Söylediğim seyleri sonuna kadar dinler.
  - 35-Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
  - 36-İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
  - 37-Hakkımda herşeyi mutlaka öğrenmek ister.
  - 38-O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
  - 39-Iyi olmadığımı söylediğimde beni durumumu abartmakla suçlar.
  - 40-Birseyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.
  - 41-Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
  - 42-Bana sebepsiz yere öfkelenir.
  - 43-Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
  - 44-Destegine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
  - 45-Benim özel-kisisel meselelerime karışır.
  - 46-Zor (stres yaratan) bir durumla kolayca basa çıkar.
  - 47-Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumumu merak eder ve anlamak ister.
  - 48-Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
  - 49-Hayatıma karışmaz.
  - 50-Iyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
  - 51-Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
  - 52-Benden çok fazla şey bekler.
  - 53-Bana ait çok özel konularda çok soru sormaz.
  - 54-İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir.
  - 55-Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
  - 56-Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
  - 57-Gelis gidis saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
  - 58-İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
  - 59-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
  - 60-Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.
-

DD SKALASINDAN ÖNCE  
HASTANIN BİRLİKTE YASADIĞI KİSİLER  
BU SKALA İÇİN SEÇTİĞİ KİŞİ KİM (BASVURU ÖNCESİ SON 3 AYIN  
EN AZ 1 AYI BİRLİKTE OTURMASI, HAFTADA 35 SAATİN ÜZERİ  
KONTAKT ZORUNLU) KISA TANIMI, YAŞI MESLEĞİ, YÜZ YÜZE BİR  
HAFTADA KAC SAAT GÖRÜŞTÜKLERİ, YAKIN KONTAĞIN NEDENİ

### DISAVURULAN DUYGULANIM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

ACIKLAMA: Aşağıda bir yakınınızın size karşı davranışlarını tanımlayan cümleleri vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- 1-Konusmak istemediğim zaman anlayışla karşılar.
- 2-Sinirlendiğim zamanlar beni yatıştırır.
- 3-Kontrolümü yitirdiğimi söyler.
- 4-Beklentilerini karşılamadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
- 5-Ben konuşurken müdahale etmez.
- 6-Sinirlerimi bozmaz.
- 7-İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- 8-Beklentilerini doyuramadığım için kendimi suçlu hissetmeme neden olur.
- 9-Bana karşı aşırı koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
- 10-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana öfkelenir.
- 11-Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
- 12-Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- 13-Her zaman müdahalecidir.
- 14-Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- 15-Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan yardım aramam için cesaret verir.
- 16-Ona dert olduğumu düşünmez.
- 17-Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- 18-İşler sarp sarınca doğru dürtüst düşünmez.
- 19-Keyifsiz huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- 20-Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
- 21-Hep benimle birlikte olmakta ısrarlı değildir.
- 22-Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- 23-Bir insan olarak değerli biri olduğumu bana hissettirir.