

Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle İlişkisi

Hülya DENİZ*, Cem İLNEM*, Ferhan YENER*

ÖZET

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yatan 64 şizofrenik ve 10 şizoaffektif hastadan oluşan grubun, sosyodemografik özellikleri, hastaların algıladığı dışavurulan duygulanım (DD) düzeyi, aile işlevleri ve bunların relapsla ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği, dışavurulan duygulanım ölçeği, aile değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. DD'ın hastalığa karşı tutum alt ölçeğinde yüksek ve düşük DD'lı grupların ortalamaları ile relaps sayısı ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (yüksek DD'lı grupta relaps sayısı daha yüksekti). Yine hastalığa karşı tutum alt ölçeğinde yüksek ve düşük DD'lı gruplar arasında düzenli tedavi olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (yüksek DD'lı grupta düzenli tedavi olmayanların yüzdesi daha fazlaydı). Genel olarak yüksek DD'lı gruplarda şizofrenik semptom düzeyi de anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aile değerlendirme ölçeğinde genel işlevler alt ölçeği ile relaps sayısı arasında anlamlı fark saptanmıştır (son iki yılda relaps sayısı 2 ve üstü olan grupta aile işlevleri daha kötüydü). Yine aile işlevlerinin kötüleşmesi ile yaşam boyu psikiyatrik hastaneye yatış süreleri ve yatış sayısı arasında korelasyon saptanmıştır (aile işlevleri kötüleştikçe, hastaların yaşam boyu psikiyatrik hospitalizasyon sayısı ve süresi artıyordu).

Anahtar kelimeler: Duygu dışavurumu, aile işlevleri, relaps, şizofreni

Düşünen Adam; 1998, 11 (3): 5-15

SUMMARY

In this study it was aimed to evaluate the sociodemographic characteristics, perception of level of expressed emotion (EE), family functioning and the relation of these with relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Brief psychiatric rating scale, level of expressed emotion scale (LEE) and family assessment device are used during the study. Briefly, in LEE's attitude toward illness subscale, the means of the groups of high and low EE's and the number of relapses were found to be statistically different (the number of relapse were higher in high EE's group). Also, in the attitude toward illness subscale there was a statistical difference between the high and low EE's group, regarding the regular treatment point (the percentage of irregular treatment in high EE's group was higher than low EE's). In general in high EE's group the schizophrenic symptom level was also statistically higher than the other. In family functioning scale there was statistically difference between general functions subscale and the number of relapses (in the group with relapses at least two in the last two years, the family functions were worse). Moreover, a correlation is detected between the worsening the family function and the number of hospitalization and psychiatric hospitalization time during lifetime (as the family functions worsens, the hospitalization duration and the number of hospitalization were increased).

Key words: Expressed emotion, family functioning, relapse, schizophrenia

GİRİŞ

Çağdaş bakış açısı ile aile, geçmişte olduğu gibi şizofreninin muhtemel nedenlerinden biri olarak düşünülmemekte, ancak hastalıkla mücadelede olumlu katkılar sağlayabilecek en büyük doğal kaynak ola-

zofreninin muhtemel nedenlerinden biri olarak düşünülmemekte, ancak hastalıkla mücadelede olumlu katkılar sağlayabilecek en büyük doğal kaynak ola-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği

rak görülmektedir. Şizofrenik bozukluk sadece bireyin kişisel talihsizliği değil, aynı zamanda aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır.

Şizofreni bir beyin hastalığıysa, seyirleri psikososyal faktörlerden etkilenen diğer organ hastalıklarına (örn. miyokard infarktüsü, diabet) ve diğer kronik hastalıklarına (örn. konjestif akciğer hastalığı) benzer. İlaçla tedavi tek başına, maksimal klinik iyileşme için nadiren yeterlidir. Bu yüzden klinisyen şizofrenik bireyi etkileyen psikososyal faktörleri gözönünde tutmalıdır (1).

Şizofrenide aileye yaklaşımın tarihsel gelişimine göz atarsak dikkat çeken önemli noktalardan biri de; aile faktörünün hastalığın gidişi ve tedavisindeki yerinin ilk kez 1950'li yıllarda ele alınmış olmasıdır. Daha önceki çalışmalar, aileyi etyolojik bir faktör olarak incelemişlerdir (Sullivan, Fromm-Reichman).

Bir başka önemli konu, ailenin tedavideki yerini araştıran çalışmaların artmaya başladığı 60'lı ve 70'li yılların kurumsuzlaştırma hareketinin yerleşmeye başladığı yıllar olmasıdır. 90'lı yıllarda yapılan kültürlerarası karşılaştırmalara yönelik değerlendirme çalışmaları, dışavurulan duygulanım (expressed emotion) kavramının yapısının esas olarak kültürel bir doğada olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmalar DD faktörünün kuramsal zemini için ampirik bir temel oluşturmaktadır (2).

Hasta ve yakınları arasındaki olumsuz etkileşimler, hastaların semptom relapsına duyarlılığını artırır, hastanın semptomlarının artmasının, hasta yakınlarındaki olumsuzluğu arttırmasıyla da kısır döngü oluşur. Şizofren bireylerin ev ortamındaki duygusal atmosfer ve hasta yakınlarının hastaya karşı tutumları hastalığın seyirini belirgin biçimde etkiler. Tedavi girişimleri sadece hastaya odaklanmamalıdır.

Son 10 yıl içinde, şizofreninin seyirinde ailenin etkisine bakışta yeniden bir ilgi artışına neden olmuştur. Bu uyanış, dışavurulan duygulanım çalışmalarından kaynaklanan tedavi, geçerlilik, önkestimme ilişkin literatürle sağlanmıştır (3). Psikiyatrik hastaneye yatırılan hastanın, alıştığı sosyal ortamdan izole olduğu bilinmektedir. Yakınları ile teması haftada birkaç saatle sınırlı kalmaktadır. Tedavi eden

psikiyatrist ile aile arasındaki işbirliği de genellikle çok sınırlıdır (4).

Semptomların alevlenmesinde stres önemli rol oynar. Yüksek duygu dışavurum algılandığı zaman, hasta için bir stres oluşturmaktadır. Stresörün duyarlı bireyde etkisi, bireyin onu nasıl algıladığına bağlıdır. Yüksek duygu dışavurum, relapslarda mutlaka üzerinde durulması gerekli bir kavramdır. Algılanan yüksek duygu dışavurum, aynı zamanda ailenin hasta üyesiyle yeterli düzeyde başa çıkamadığının göstergesidir. Eğer mental hastasıyla başa çıkamayan aileleri ayırtılabilseniz, onlara daha iyi bir seçenek sağlamış oluruz ve hastanın da hastanede uzun süre kalmasını engellemiş oluruz (4).

Operasyonel olarak tanımlanmış DD kavramı; eleştirici olma, hostilite ve aşırı koruyuculuk-kollayıcılığı (emotional over involvement, EOI) kapsar. eleştirici oluş; bir kişinin davranışını ya da karakteristiklerini beğenmeme ya da onaylamama olarak tanımlanır, eleştirel bir ses tonuyla söylenmiş reddedici söz ve düşüncelerdir: "Hiç bir zaman sigara içmeyi bırakmadı, içiyor, içiyor" gibi. Hostilite; bu duygu-düşüncelerin daha samimi dışavurumdur, hostilite hasta reddedildiğinde ya da global eleştirici dışavurum varlığında ortaya çıkar: "Ölmüş olmasını isterdim" gibi. Her ikisi de tüm hasta yakınlarında görülebilir ve durumu tolere etme bazen de anlama güçlüğüne yansır.

EOI; aşırı koruma, kendini adama, hastayla aşırı identifikasyon ve duygusal üzüntüyü kapsar. Hasta yakını tarafından uygunsuz düzeyde endişe gösterilir; "Çok kilo verdim, endişeden uyuyamıyorum" gibi. Hasta öncesinden daha az kabiliyetli, daha kırılgan-duyarlı olarak algılanır, yetişkin bireyselleşme ve ayrılma sürecinin tersiyle sonuçlanır (5,6).

GEREÇ ve YÖNTEM

Olgular Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikoze servisinde Ocak-Ekim 1996 tarihleri arasında yatan hastalar arasından basit rastlantısal örneklemeye seçilerek çalışmaya alınmıştır. İki ayrı psikiyatri uzmanının değerlendirmesinde DSM-IV tanı kriterlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı konulmuş, en az iki yıllık hastalık öyküsü olan, hastaneye yatışından önce en azından üç

aydan beri yakını ile birlikte yaşayan, seçtiği anahtar yakını ile haftada 35 saatin üzerinde birlikte olan, her iki cinsten 74 hasta çalışma kapsamına alınmıştır. Mental retarde hastalar, alkol ve madde bağımlısı hastalar, genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluğu olan olgular çalışmaya alınmamış ve herhangi bir yaş sınırı belirlenmemiştir.

Araştırmada kullanılan araçlar

1. Olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanan klinik bilgi formu.
2. Araştırmaya alınan olguların semptom düzeyini ölçmek amacıyla kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği.
3. Olguların algıladıkları duygu dışavurum düzeyini ölçmek için dışavurulan duygulanım ölçeği.
4. Aile bireylerinin ailenin işlevlerini kodladığı aile değerlendirme ölçeği.

Dışavurulan duygulanım ölçeği

Bu ölçek hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelendirmek üzere Kanada'da Cole ve ark. (21) tarafından geliştirilmiş olan bir özdeğerlendirme aracıdır. Hastalara uygulanmaktadır ve maddeler, doğru-yanlış biçiminde, anahtar akraba konumunda olan kişi ile son üç ay içindeki ilişkiler gözönüne alınarak işaretlenmektedir. 60 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, herbiri 15 madde içeren müdahalecilik (instruveness), duygusal tepki (emotional response), hastalığa karşı tutum (attitude toward illness), hoşgörü/beklentiler (tolerance/expectation) başlıklarını taşıyan dört alt ölçeği vardır.

Bu ölçeğin dilimize çevirisi ve güvenilirlik-geçerlilik çalışması Berksun ve ark. (7) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı 0.93 (Kuder-Richardson 20 formülü ile), test-tekrar test güvenilirliği ise 0.84 bulunmuştur (7).

Aile değerlendirme ölçeği

Bu ölçek ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini

belirleyen bir ölçü aracıdır. ADÖ bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi doğrudan doğruya aile üyelerinden almak amacındadır. ADÖ daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modeli'nin (McMaster of Family Functioning- MMFF) klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla oluşturulmuştur. Bu ölçek yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi "sağlıklı" ve "sağlıksız" olarak ayırdedebilecek şekilde tanımlanmıştır. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir.

ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan altı tanesi MMFF'de ele alınan ölçeklerdir ve herbiri aile işlevlerindeki sorun alanlarını tek tek ele almaktadır. Yedinci alt ölçek ise ADÖ'de eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir (8).

Araştırmanın tasarımı

Yukarıda tanımlanan ölçütlere göre olgularla, uygulama sırasında gerçeği değerlendirmelerinde belirgin bir bozukluğun görece giderilmesi ve belirtilerin kontrol altına alınabilmesi için, yatışlarının 10. günü görüşülmüştür, gerçeği değerlendirmede çok belirgin bozukluk gösterenler çalışmaya alınmamıştır. Hastalara aynı gün KPDÖ de uygulanmıştır. 74 hastanın 30'unda aile ile görüşülerek ADÖ verilmiştir. Hastaların yatış tarihinden önceki iki yıla ait eski psikiyatrik yatış dosyaları ve ayaktan tedavi ünitesindeki dosyası incelenerek dar anlamda relaps kriterlerine göre relaps sayısı belirlenmiştir.

Dar tanımlama ile relaps kriterleri (Hogarty ve ark. 1988; Barralet ve ark. 1990)

1. Psikotik semptomlara bağlı hastaneye tekrar başvuru.
2. Psikotik semptomların rekürrensi ya da alevlenmesi.
3. Psikotik semptomların alevlenme ya da relapsının açık-kesin ifadesi.
4. Antipsikotik tedavide belirgin bir artış olması.

Tüm durumlarda psikotik semptomlar en az bir hafta sürmelidir.

BULGULAR

Çalışmaya 74 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı konmuş hasta alınmıştır. Olguların 49'u (% 66) erkek, 25'i (% 34) kadındır. Örneklem grubunun yaş ortalaması 34 ± 9.2 olup, 20-40 yaşları arasında kümelenme görülmüştür. Örneklem grubunda yıl olarak eğitimin ortalaması 10 ± 3.6 , hastalık başlangıç yaşı ortalaması 23 ± 6.3 (erkeklerde 22 ± 6 , kadınlarda 23 ± 6), ortalama hastalık süresi 11 yıldır (± 7), grupta 16 kişi evli olup evlilik süresi ortalama 117 ay (± 100) olarak saptanmıştır.

Örneklemimizde olguların % 53'ü bekar, % 22'si evliydi. Kadınlarda evli olma oranı % 36, erkeklerde ise % 14 olarak saptandı. Kadın ve erkekler karşılaştırıldığında erkeklerde bekar olma oranı, kadınlarda evli, boşanmış, ayrı yaşıyor olma oranları daha yüksekti. Seçilen anahtar yakınının yaş ortalaması 51 ± 14.9 olarak saptandı. Seçilen kişi çoğunlukla ebeveyni ve yine çoğunlukla kadındı.

DD total puanının örneklem grubundaki ortalaması 22.9 ± 12.6 saptanmış olup, ortalamanın üstünde olan DD düzeyleri yüksek, ortalamanın altında kalan DD düzeyleri düşük olarak değerlendirilerek iki grup oluşturulmuştur. DD yüksek olan grubun yaş ortalaması 33 ± 7.6 , düşük olanların ise 34 ± 10.5 olarak bulunmuştur. Yaş açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($t=0.36$, $df=72$; $p=0.72$). DD düzeyi yüksek olan grupta eğitim süresinin ortalaması 10 yıl (± 3.4), düşük olan grupta ise 8 yıl (± 3.6) olarak saptanmış ve grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=1.69$, $df=72$, $p=0.95$). Her iki

grubun hastalık başlama yaşı ve hastalık süresi ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

DD yüksek olan grupta olguların % 26'sı, düşük olan grupta % 18'i evlidir. Her iki grup evlilik süresi açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tesbit edilmemiştir ($t=1.19$, $df=72$, $p=0.24$). Kadın olguların % 52'si, erkek olguların % 45'i yüksek DD'li grupta yer almıştır.

DD alt ölçeklerine göre olguların değerlendirilmesi

Bu alt ölçeklerde kesim noktalarına göre oluşturulan gruplarda; yaş, eğitim düzeyi, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, evli olanlarda evlilik süresi açısından karşılaştırıldığında, dağılım benzerdi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Ancak bağıntı analizinde duygusal tepki alt ölçeğinin puanı ile hastanın eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptandı ($r=0.23$, $p=0.04$). Hastalığa karşı tutum alt ölçeğine göre DD yüksek ve düşük olarak anlamlı bir fark saptandı. Duygusal tepki, hastalığa karşı tutum, hoşgörü/beklentiler alt ölçeğine göre oluşturulmuş gruplarda hastanın belirlediği anahtar yakınının cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 1).

Hastanın semptom düzeyi

Tüm örneklemde KPDÖ'nin total puanının ortalaması 13 ± 7 , şizofreni alt ölçeğinin ortalaması 10 ± 6 , depresyon alt ölçeğinin ortalaması 3 ± 2.5 , negatif belirtiler alt ölçeğinin ortalaması 4 ± 2 olarak saptandı.

Tablo 1.

	DD1 yüksek n (%)	DD1 düşük n (%)	DD2 yüksek n (%)	DD2 düşük n (%)	DD3 yüksek n (%)	DD3 düşük n (%)	DD4 yüksek n (%)	DD4 düşük n (%)
Düzenli tedavi								
Düzenli tedavi yok	20 (53)	22 (61)	19 (66)	23 (51)	19 (70)	23 (49)	23 (62)	19 (51)
Düzenli tedavi var	17 (45)	12 (33)	8 (28)	21 (47)	6 (22)	23 (49)	12 (32)	17 (46)
	$X^2=0.83$ sd=3 p=0.36		$X^2=2.27$ sd=1 p=0.13		$X^2=4.53$ sd=1 p=0.03*		$X^2=1.23$ sd=1 p=0.27	
Anahtar yakınının cinsiyeti								
Kadın	22 (58)	27 (75)	15 (52)	34 (76)	14 (52)	35 (75)	19 (51)	30 (81)
Erkek	16 (42)	9 (25)	14 (48)	11 (24)	13 (48)	12 (25)	18 (49)	7 (19)
	$X^2=2.42$ sd=1 p=0.12		$X^2=4.48$ sd=1 p=0.03*		$X^2=3.92$ sd=1 p=0.04*		$X^2=7.31$ sd=1 p=0.006*	

Tablo 2.

	DD toplam düşük ort.(sd)	DD toplam yüksek ort.(sd)	DD1 düşük ort.(sd)	DD1 yüksek ort.(sd)	DD2 düşük ort.(sd)	DD2 yüksek ort.(sd)	DD3 düşük ort.(sd)	DD3 yüksek ort.(sd)	DD4 düşük ort.(sd)	DD4 yüksek ort.(sd)
KPDÖ toplam	12±7 t=1.84, df=72, p=0.07	15±7	13±8 t=0.06, df=72, p=0.95	13±7	12±7 t=-2.33, df=72, p=0.02*	15±7	12±7 t=1.80, df=72, p=0.07	15±8	12±7 t=-1.35, df=72, p=0.18	14±7
KPDÖ şizofreni	9±5 t=-2.36, df=72, p=0.02*	12±6	10±5 t=-0.38, df=72, p=0.70	11±6	9±5 t=-2.67, df=72, p=0.009*	12±6	9±5 t=-1.87, df=72, p=0.06	12±6	9±5 t=-2.01, df=72, p=0.04*	12±6
KPDÖ depresyon	3±3 t=0.08, df=72, p=0.93	3±2	3±3 t=1.02, df=61, p=0.31	2.5±2	3±2.5 t=-0.57, df=72, p=0.57	3±2.5	3±2.5 t=-0.83, df=72, p=0.41	3±2	3±3 t=-0.68, df=72, p=0.49	3±2
KPDÖ negatif	4±2 t=0.23, df=72, p=0.82	4±2	4±2 t=0.72, df=72, p=0.47	4±2	4±2 t=-0.80, df=72, p=0.93	4±2	4±2 t=0.33, df=72, p=0.74	4±2	4±2 t=-0.29, df=72, p=0.77	4±2

DD: toplam duygu dışavurum puanı, DD1: müdahalecilik alt ölçeği, DD2: duygusal tepki alt ölçeği, DD3: hastalığa karşı tutum alt ölçeği, DD4: hoşgörübeklentiler alt ölçeği, *p<0.05

Hem DD toplam puanının ortalamasına göre hem de DD alt ölçeklerinin ortalamasına göre oluşturulan grupların hastanın semptom düzeyi açısından karşılaştırılması Tablo 2'de özetlenmiştir.

Toplam DD puana göre, duygusal tepki alt ölçeğine göre ve hoşgörü/beklentiler alt ölçeğine göre DD düzeyi yüksek ve düşük olarak değerlendirilen gruplar arasında, KPDÖ şizofreni alt ölçeğinde aldığı puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Duygusal tepki alt ölçeğine göre oluşturulmuş gruplarda KPDÖ toplam puanı açısından da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bağıntı analizinde hastalığa karşı tutum alt ölçeğinin puanları ile KPDÖ toplam puanı ve şizofreni alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla; r=0.23, p=0.048; r=0.23, p=0.049).

Son iki yıldaki relaps sayısı

Tüm örnekleme dar kapsamlı relaps kriterleri ile değerlendirilerek elde edilen son iki yıldaki relaps sayısı ortalaması 1.9±1, yaşamı boyunca psikiyatrik hospitalizasyon sayısı ortalaması 5±4; son iki yıldır toplam psikiyatrik hospitalizasyon süresi (hafta olarak) ortalaması 8±9, yaşamı boyunca toplam psikiyatrik hospitalizasyon süresi (hafta olarak) ortalaması 17.5±18 olarak saptandı.

Tablo 3'de DD toplam ve DD alt ölçeklere göre oluşturulan gruplarda hastaların son iki yılda relaps sayısı, son iki yıldır toplam psikiyatrik hospitalizasyon sayısı (hafta olarak), yaşamı boyunca toplam psikiyatrik hospitalizasyon sayısı ve süresi (hafta olarak) karşılaştırılmıştır. Hastalığa karşı tutum ve relaps sayısı arasındaki anlamlı ilişki dışında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmemiştir.

Aile değerlendirme ölçeği

Bu ölçek 30 hasta ailesinin 18 yaşından büyük aile üyelerine uygulanmıştır. İki hasta hariç her hastanın bir yakınıyla görüşülebilmektedir. İki hasta için iki yakınının ayrı ayrı aile işlevlerini değerlendirmesi sağlanıp iki ayrı değerlendirmenin ortalama değerleri çalışmaya alınmıştır. Ölçeği dolduran hasta yakınlarının yaş ortalaması 49±16 olup, % 55'i kadın, % 45'i erkektir. Yakınların % 57'si ebeveyn, % 20'si eş, % 17'si kardeştir. Ölçeği dolduranların eğitim düzeyi; okur-yazar değil 2(% 7), okur-yazar 1(% 3), ilkökul 7(% 23), ortaokul 3(% 10), lise 11(% 37), yüksek okul 5(% 17)'dir.

Tüm örneklemin ADÖ alt ölçeklerinin ortalamaları; problem çözme (ADÖ1) 2.10(±0.73), iletişim (ADÖ2) 1.99±0.60, roller (ADÖ3) 2.18±0.58, duygusal tepki verebilme (ADÖ4) 2.13±0.72, gereken ilgiyi gösterme (ADÖ5) 2.33±0.52, davranış kont-

Tablo 3.

	DD düşük ort.(sd)	DD yüksek ort.(sd)	DD1 düşük ort.(sd)	DD1 yüksek ort.(sd)	DD2 düşük ort.(sd)	DD2 yüksek ort.(sd)	DD3 düşük ort.(sd)	DD3 yüksek ort.(sd)	DD4 düşük ort.(sd)	DD4 yüksek ort.(sd)
Relaps sayısı	1.7±0.9	2.1±1.3	1.8±0.9	2±1.3	1.9±1.2	1.9±1	1.7±0.9	2.2±1.3	1.8±1.3	2±0.9
	t=-1.43, df=72, p=0.16		t=-0.64, df=72, p=0.53		t=0.14, df=72, p=0.89		t=-2.02, df=72, p=0.04*		t=-0.62, df=72, p=0.54	
Toplam hosp. sayısı	5±5	5±3	5±5	5±3	5±5	5±3	5±3	6±6	5±5	5±3
	t=0.65, df=71, p=0.51		t=0.38, df=71, p=0.70		t=0.61, df=72, p=0.54		t=-0.91, df=71, p=0.37		t=0.82, df=71, p=0.41	
Son iki yıl hosp.	7±7	9±10	7±7	9±10	9±10	7±5	8±7	9±11	9±12	7±5
	t=-0.68, df=67, p=0.49		t=-0.62, df=67, p=0.54		t=0.82, df=67, p=0.41		t=-0.38, df=67, p=0.71		t=0.81, df=67, p=0.42	
Toplam hosp.	19±21	16±15	19±22	16±14	20±21	14±11	17±16	18±22	21±22	14±10
	t=0.63, df=54, p=0.53		t=0.61, df=54, p=0.54		t=1.25, df=54, p=0.22		t=0.29, df=54, p=0.78		t=1.53, df=54, p=0.12	

Tablo 4.

	DD düşük ortalama (sd)	DD yüksek ortalama (sd)	Relaps sayısı 2'den düşük ortalama (sd)	Relaps sayısı 2 ve üstü ortalama (sd)
ADÖ1	2.06±0.87	2.15±0.50	1.90±0.74	2.30±0.68
	z=-0.98, p=0.32		z=-1.77, p=0.08	
ADÖ2	1.98±0.59	2.01±0.64	1.79±0.59	2.20±0.56
	z=-0.21, p=0.98		z=-1.91, p=0.05	
ADÖ3	2.07±0.57	2.33±0.59	2.14±0.57	2.22±0.61
	z=-1.19, p=0.23		z=-0.29, p=0.77	
ADÖ4	1.92±0.58	2.40±0.83	1.91±0.63	2.34±0.76
	z=-1.70, p=0.09		z=-1.41, p=0.16	
ADÖ5	2.34±0.58	2.32±0.46	2.17±0.53	2.49±0.47
	z=-1.68, p=0.87		z=-1.69, p=0.09	
ADÖ6	2.14±0.52	2.21±0.50	2.13±0.57	2.21±0.45
	z=-0.31, p=0.75		z=-0.56, p=0.57	
ADÖ7	1.94±0.62	2.20±0.53	1.82±0.58	2.28±0.51
	z=-1.15, p=0.25		z=-2.30, p=0.02*	

ADÖ1: problem çözme alt ölçeği, ADÖ2: iletişim alt ölçeği, ADÖ3: roller alt ölçeği, ADÖ4: duygusal tepki verebilme alt ölçeği, ADÖ5: gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği, ADÖ6: davranış kontrolü alt ölçeği, ADÖ7: genel fonksiyonlar alt ölçeği, *p<0.05.

rolü (ADÖ6) 2.17±0.50, genel fonksiyonlar (ADÖ7) 2.05±0.59 olarak saptandı. Tablo 4'de bu örneklemin toplam DD puanının ortalamasına göre oluşturulmuş yüksek ve düşük DD'lı grupların ve örneklemin relaps ortalamasına göre oluşturulmuş son iki yılda relaps sayısı ikiden düşük olanlar ile iki ve ikiden fazla olan grupların ADÖ alt ölçekleri açısından karşılaştırılması yer almaktadır.

Sadece genel işlevler (ADÖ7) ve relaps sayısına göre oluşturulmuş gruplar arasında istatistiksel ola-

rak anlamlı sonuç elde edilmiştir. DD alt ölçeklerine göre oluşturulmuş gruplarla ADÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmadı. Ancak bağıntı analizinde hastalığa karşı tutum (DD3) ile duygusal tepki verebilme (ADÖ4) arasında anlamlı ilişki saptandı (t=0.48, p=0.007).

Yine bağıntı analizinde problem çözme ve iletişim alt ölçeklerinin puanları ile yaşam boyu psikiyatrik hospitalizasyon süresi arasında (sırasıyla r=0.44, p=0.03; r=0.42, p=0.04) ve problem çözme, duy-

gusal tepki verebilme ve genel işlevler alt ölçeklerinin puanları ile toplam psikiyatrik hospitalizasyon sayısı arasında korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0.46$, $p=0.01$; $r=0.46$, $p=0.01$; $r=0.38$, $p=0.04$).

TARTIŞMA

Gibbons ve ark. (9) yaptığı çalışmada, şizofrenlerin % 50'si kendi evinde yakını (destekleyicisi) ile birlikte oturuyordu. Destekleyici çoğunlukla kadındı (% 63'e % 41). Hastaların % 30'u bir destekleyici ile birlikte yaşıyordu. Destekleyicinin yaşının artmasıyla bu oran da artmış bulundu (65 yaşın üzerinde % 38, 75 yaşın üzerinde % 45). Bu durumda, hastanın ebeveynine destek olması beklenmekteydi.

Çalışmamızda tek ebeveynle yaşama % 22 (16 olgu) olarak saptandı. Bu tek ebeveynin 13'ü (% 26.5) kadın, 3'ü (% 12) erkekti. Bunların % 50'si 65 yaşın üzerindeydi. Tek ebeveynle yaşayanların DD puanı ortalamalarının diğer yakınlarıyla birlikte yaşayanlarla karşılaştırıldığında, özellikle duygusal tepki alt ölçeğinde düşük olduğu saptandı. Literatüre göre, tek ebeveynli aileler daha fazla yüksek DD gösterir ve bu DD'nin "başa çıkma stratejisi" ile uyumludur (Parker ve ark. 1988). Çalışmamız bu görüşü doğrulamadı. Örneklem grubumuzda tek ebeveynli ailelerde birbirine destek olma daha ön planda görünmektedir.

DD toplam ve DD alt ölçek puanlarına göre oluşturulan yüksek ve düşük DD'lı gruplar sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında, DD toplam ile duygusal tepki, hastalığa karşı tutum, hoşgörü/beklentiler alt ölçeklerinde, seçilen anahtar yakınının cinsiyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Her üç alt ölçek ve DD toplam puanına göre oluşturulan gruplarda; düşük DD'lı grupta seçilen anahtar hasta yakını çoğunlukla kadındı.

Düşük ve yüksek DD'lı gruplarda seçilmiş annelerin yüzdesi; DD toplam puanına göre % 56'ya % 48.5; duygusal tepki alt ölçeğine göre % 64'e % 48; hastalığa karşı tutum alt ölçeğine göre % 65'e % 46; hoşgörü/beklentiler alt ölçeğine göre % 75'e % 41 olarak saptandı. Anahtar hasta yakını olarak anne seçildiğinde DD total ortalaması 21 ± 13 , baba seçildiğinde 27 ± 13.5 , kadın olan eş seçildiğinde 20.5 ± 11.5 , erkek olan eş seçildiğinde 28 ± 11 olarak saptandı.

Erkeklerle karşı algılanan DD düzeyi daha yüksekti. Bağıntı analizinde duygusal tepki alt ölçeğinin puanlarıyla hastanın eğitim düzeyi arasında korelasyon saptandı (hastanın eğitim düzeyi arttıkça algılanan duygu dışavurum düzeyi artıyordu). Ancak bu r değeri çok zayıf bir ilişki gösteriyordu. Evli kadın ve erkekler DD toplam puanı ortalamasına göre karşılaştırıldığında, evli kadınların ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir yükseklik saptandı.

Örnekleminizde olguların % 57'si düzenli tedavi olmuyordu. DD toplam ve DD alt ölçek puanlarına göre oluşturulan yüksek ve düşük DD'lı gruplar düzenli tedavi olma açısından karşılaştırıldığında; hastalığa karşı tutum alt ölçeğinde yüksek ve düşük DD'lı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yüksek DD'lı grupta düzenli tedavi olmayanların yüzdesi anlamlı düzeyde fazlaydı. Müdahalecilik alt ölçeği dışında diğer alt ölçekler ve toplam puanda yüksek DD'lı gruplarda, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da düzenli tedavi olmayanların yüzdesi yüksekti.

Müdahalecilik alt ölçeğine göre düşük DD'lı grupta düzenli tedavi olmayanların yüzdesi, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir yükseklik gösteriyordu. Araştırmacılar düşük DD'lı evlerde ilaçların, hastaları hasta yakınlarının stresine karşı korumadığını, ancak yaşam olaylarının stresinden hastaları izole edebileceğini öne sürmektedirler (10). Literatüre göre, düzenli ilaç tedavisi olan şizofrenlerde, iki yılda beklenen relaps oranı % 24, düzenli ilaç tedavisi olmayanlarda ise % 80-90'dır.

Çalışmamızda düzenli tedavi olanlarda relaps oranı % 52, düzenli tedavi olmayanlarda % 55 idi. Algılanan DD (toplam puana göre); düşük olduğunda relaps oranı % 46, yüksek olduğunda % 63 olarak saptandı. Şekil 1'de DD total puanına göre düzenli tedavi olanlar ve olmayanlar arasında son iki yılda (bu yatışı hariç) relaps olup olmamasına göre olgu sayısı ve yüzdeleri verilmiştir.

Bu şema üzerinden (1) yüksek ve düşük DD'lı ailelerde hastanın düzenli tedavi olmaması durumunda relaps görülme oranları eşit, (2) düşük DD'lı ortamda düzenli tedavi relaps sayısını düşürüyor (3), yüksek DD'lı ortamda düzenli tedavi relapsı artırıyor

DD düzeyi	Düzenli tedavi n (%)	Son iki yıldaki relaps n (%)
DD yüksek 35(47)	Olmuyor 22 (67)	Yok 10 (45)
		Var 12 (55)
	Oluyor 11 (33)	Yok 2 (18)
		Var 9 (82)
DD düşük 39 (53)	Olmuyor 20 (53)	Yok 9 (45)
		Var 11 (55)
	Oluyor 18 (47)	Yok 12 (67)
		Var 6 (33)

Şekil 1.

şeklinde çıkarsamalar yapabiliriz. Ancak düzenli tedavi olan DD yüksek grupta özellikle relaps göstermeyen olgu sayısı çok düşüktür. Bu olgu sayısının azlığı sonuçları yanıltıcı hale getirebilir.

Çalışmamızda olguların KPDÖ'nin şizofrenik semptom düzeyi alt ölçeği ortalamalarıyla; toplam DD puanı, duygusal tepki, hoşgörü/beklentiler alt ölçekleri puanlarına göre oluşturulmuş yüksek ve düşük DD'lı grupların ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. KPDÖ toplam puanı ortalamaları ile duygusal tepki alt ölçek puanlarına göre oluşturulmuş yüksek ve düşük DD'lı grupların ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Herbirinde de yüksek DD'lı grupta semptom düzeyi ortalamaları yüksekti. Bağıntı analizinde de hastalığa karşı tutum puanları ile KPDÖ toplam ve şizofreni puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Ancak bu "r değeri" çok zayıf bir ilişkiyi göstermektedir.

Glynn ve ark. (1990) (11) çalışmasında da, yüksek DD'lı ailelerin hastaları, düşük DD'lı ailelerin hastalarına göre daha fazla pozitif semptom ve anksiyöz depresyon bulguları gösteriyordu. Hastanın semptom düzeyinin yüksek olması; ya algıladığı DD düzeyini etkileyebilir, ya da aile içinde hasta tarafından algılanan yüksek DD'in stresi, hastalığının renkli semptomlarına aktarılarak semptom düzeyini yükseltiyebilir (5).

Örneğimizde hastalık süresi ortalaması 11±7 yıl idi. Bu oran kadınlarda ve erkeklerde birbirine çok yakındı. Gibbons ve ark. (1984) (9) yaptığı ça-

lışmada, hastalık süresi bir yıldan az olanların yakınlarının 3/4' ünde orta ya da şiddetli derecede duygusal stres saptadılar. Oysa bu oran 5 yıldan fazla süreyle hasta olanların yakınlarında % 46 idi. Hasta yakınları zamanla daha uysal (boyun eğen) hale mi geliyorlar, yoksa deneme-yanılmayla önceki rollerinden ayrılı-yorlar mı, ya da uzun süredir hasta ile birlikte olan yakınları her zaman iyi başa çıkabilen, en güçlü olanlardan oluşan bir grup mu?(9).

Bizim hastalarımızın çoğu ailesiyle birlikte yaşıyor. Bunda aile ilişkilerinin kültürel anlamı rol oynuyor olmalı. Kültürlerde, bir uçta bireyler kendilerini primer olarak daha geniş akraba temelli sosyal birimin üyesi şeklinde görürler, diğer uçta ise bireyler kendi kişisel hedef ve eylemleri için sekonder olarak aile bağlarını düşünürler. Batı toplumlarında bireye verilen önemin artması; duyguların engellenmemiş şekilde dışavurumuna ve kişinin kendi düşünce ve duygularını tahlil etmesine daha fazla değer verilmesine yol açmıştır. Bu, tüm olumlu ve olumsuz duyguları etkilemektedir.

Bizim toplumumuz ailenin primer olarak algılandığı uca daha yakın, bu yüzden hastalarımızın çoğunluğu hala aileleri ile yaşıyor. Bireyler duygularını dışavurmada zorlanıyorlar. İleride belirteceğimiz gibi, belki bu yüzden algılanan DD ve relaps arasındaki ilişkiyi saptayamadık. Kendi içinde ortalama puanına göre DD'ı yüksek ve düşük diye ayırdığımızda, yüksek dediğimiz grupların batı toplumundaki yüksek DD'lı gruplardan farklılık gösterdiğini saptadık.

Günümüzde hastalar hastanelerde daha kısa süre kalmaktadır. İleri derecede yozlaşma nedeniyle dışarıda yaşayamamak durumunda olanlar, uzun süre hastanede kalmak zorunda olanlar pek azdır (% 10). Bununla beraber şizofrenik hastaların % 80'i yaşamlarının bir kesitinde hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır. Yüksek oranda hasta, tekrarlayan hecmeler nedeniyle sık sık hastaneye yatırılmaktadır (hastaneden çıkan hastaların % 40-50'si çıkışlarından sonraki bir yıl içinde ve % 65-85'i 2-3 yıl içinde hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır) (12).

Literatürde DD çalışmalarının büyük çoğunluğunda, DD'nin relapsı yordadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda sadece hastalığa karşı tutum alt ölçeğinde, yüksek ve düşük DD'lı grupların ortalamaları ile relaps sayısı ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Yüksek DD'lı grupta relaps sayısı yüksekti. Ancak bu veri de regresyon analizinde relapsı yordayıcı değer olarak saptanmadı. Dayandırma (attribution) teorisi; (Weiner 1985,1986) hasta yakınının, hastanın kendi semptomlarını kontrol edebilme yetisine sahip olduğu şeklindeki algısına dayanır.

Weiner, Perry ve Magnusson (1988) algılanan kontrol edebilme yetisi ile, mental hastalıklar da dahil olmak üzere geniş bir yelpazedeki tıbbi bozukluklara sahip kişilere yöneltilmiş affektif tepkiler arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Deneklere mental-davranışsal bozukluklu kişi senaryoları sunulduğunda hoşlanmama, kızgınlık ve reddetme gibi olumsuz; fiziksel olarak hasta bir kişi sunulduğunda ise sevme, acıma, yardım etme düşünceleri gibi olumlu tepkiler göstermişlerdir. İnanıştaki farklılıklar davranışsal ve affektif tepkiyi değiştirmiştir (13).

Bu modele göre nedensel açıklamalar, odak, süreklilik ve kontrol edebilme boyutlarına göre analiz edilebilir. Odak; kişinin birşeyin nedenini kendi içinde mi, yoksa kendi dışında mı algıladığını gösterir. Süreklilik boyutu; nedenin sürekli mi, yoksa geçici mi algılandığını, kontrol edebilme ise; kişinin sonucu üreten nedeni isteyerek etkileyip etkilemeyeceği algısını yansıtır (14).

Bazen durumla başa çıkma girişimi, hastanın davranışının nedenlerini yanlış anlamaya dayanabilir (örn. negatif semptomların tembelliğe bağlı olduğuna inanma).

Bununla uyumlu olarak, düşük DD gösteren kişilerin şizofreni hakkında daha iyi bilgi sahibi oldukları ve ailelerin duygusal sıkıntısı ile DD düzeyi arasındaki bağı değerlendirmenin, aile hastayı hasta olarak görmediği takdirde, daha anlamlı olduğu söylenebilir (6). Bu nedensel dayandırmalar hasta yakınının şizofreni ile ilgili inancına bağlıdır.

Düşük DD'lı yakınlar hastalığın özelliklerinin hastanın kontrolünü bozduğuna, yüksek DD'lı yakınlar kontrolün hastada olduğuna inanırlar, bazı otörler relapsı yordamada bu teorinin DD düzeyinden daha etkili olduğunu ileri sürerler (15). DD ve relaps arasında elimizde tek anlamlı verinin hastalığa karşı tutum olması bu görüşü destekler görünüyör.

Tompson ve ark. (1994) (16) aile üyeleri yüksek eleştirel skorlara sahipse, hastaların onları, olduğundan daha fazla eleştirel davranış örnekleri gösterdikleri şeklinde algıladıklarını saptadılar. Ayrıca etnik azınlık gruplarındaki hastalarda, hasta algısının klasik DD ölçümlerinden daha etkili olarak sonucu öngösterebileceğini öne sürdüler. Baker ve ark. ile Warner ve Atkinson'ın çalışmalarında da hasta tarafından algılanan tutumların en azından şizofrenik hastanın, hastane başvurusunu önkestirmede ve şizofreni seyrini etkilemede değeri olduğu gösterilmektedir (17,18).

Hastanın ailesini algısı, psikopatoloji etkisiyle çarpıtılmış olsa da bu algıları anlamının önemi vardır (19). Hastalar ve yakınları farklı problemleri farklı algılama eğiliminde olsalar da, hastaların problemlerin varlığını yakınları kadar bilmeleri şaşırtıcıdır. Fazla eleştireci hasta yakınları, algılama konusunda hastalarıyla hayli yüksek düzeyde bir tutarlılığa sahiptirler (20).

Çalışmamız, hastanın algıladığı DD düzeyine göre şekillenmiştir. Yukarıda kısaca söz edilen, literatür hastanın algısına güvenmemiz gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak çalışmamızdaki bulgular literatürü desteklemiyor. LEE'nin (dışavurulan duygulanım ölçeği) yordayıcı değeri 3 ayrı araştırmada gösterilmiştir (21-24). Şizofrenik hastaların yüz yüze yöntemlerden çok, ankette kendisini ifade etmeyi daha kolay buldukları ileri sürülmüştür (25).

Kazarian ve ark. (1990) çalışmasında Camberwell Aile Görüşmesinde yakınların sıcaklık ve eleştirici oluş skorları ile LEE'de total ve hastalığa karşı tutum skorları arasında korelasyon vardı. Bu bulgular hasta ve yakınlarının DD'ın ilişkili olan birimlerinde farklı odak gösterdiklerini düşündürür (23).

ADÖ'nün Türkiye'de ilk uygulaması ruh hastası bir kişi ile devamlı birarada yaşayan ailelerin kendi aile işlevlerini algılama biçimlerinin, ruh hastası üyesi olmayan ailelerle karşılaştırmalı olarak incelenmesi amacıyla yapılmıştır (8). Bulgular, ruh hastası üyesi bulunan ailelerin kendi aile işlevlerini her alt ölçekte, ruh hastası üyesi bulunmayan ailelerden daha sağlıklı olarak değerlendirmeleri ile; aile içinde yaşayan hastanın demografik özellikleri, hastalık tanısı, aile içindeki pozisyonu ve hastalık özgeçmiş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (8).

Çalışmamızda, aile değerlendirme ölçeğinde genel işlevler alt ölçeği ile relaps sayısı arasında anlamlı ilişki saptandı. Son iki yılda relaps sayısı 2 ve üstü olan grupta aile işlevleri daha kötüydü. Bağını analizinde, problem çözme ve iletişim alt ölçeklerinin puanları ile yaşam boyu psikiyatrik hospitalizasyon süresi arasında ve ayrıca problem çözme, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alt ölçeklerinin puanları ile toplam psikiyatrik hospitalizasyon sayısı arasında korelasyon saptandı.

DD'ın hastalığa karşı tutum alt ölçeği ile ADÖ'de duygusal tepki verebilme alt ölçeği puanları arasında da korelasyon saptandı. DD aile işlevlerinin bir boyutudur ve kimi araştırmacılar, ailenin başa çıkma tarzını gösterdiğini ileri sürer. Aile araştırmaları, aile işlevlerinin ailenin başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu ileri sürer çünkü ailenin başa çıkma stratejileri aile işlevlerinin düzeyine bağlıdır. Duyguların dışavurumunu gözönünde tutan aile kuralları, uygun aile içi destek derecesini etkileyebilir (26).

Sonuç olarak, aile işlevleri kötüleştikçe, hastaların yaşam boyu psikiyatrik hospitalizasyon sayısı ve süresi artıyordu. Yurtiçi ve yurtdışı diğer çalışmalarla desteklendiği gibi, aile işlevlerinin değerlendirilmesi rehospitalizasyonun iyi bir göstergesi olabilir. DD'ın hastalığa karşı tutum alt ölçeği ile ADÖ'de duygusal tepki verebilme alt ölçeği puanları arasında anlamlı

pozitif korelasyon saptandı. Aile içinde bireylerin birbirlerine duygularını ifade edebilme işlevi kötüleştikçe, aile hastanın davranışlarını hastalığa dayandırmıyordu veya hasta, hasta olarak görülmeince, aile içinde bireylerin birbirlerine duygularını ifade edebilmeleri bozuluyordu.

Bu bulgular sonucunda çalışma literatür ile karşılaştırıldığında DD'ın relapsı önkestim gücü açısından sonuçlar tatmin edici değildir. Bu fark algılanan DD ölçeği ile Camberwell Aile Görüşmesi arasındaki farklılıktan mı kaynaklanıyor? Yoksa çalışmanın retrospektif olması sonuçları etkiliyor mu? Yoksa kültürel özelliklerimiz mi farklılığı doğruyor?

Ailelerimizin hastalığa karşı tutumunu daha iyi araştırabileceğimiz bir prospektif çalışmayla çalışmanın desteklenmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 7th edition. Middle East Edition: Williams & Wilkins Mass, 1995; 470.
2. Soygür AH: Şizofreni tedavisinde aileye yaklaşım. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1:117-27, 1993.
3. Smith J, Birchwood M: Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia. Br J Psychiatry 156:654-60, 1990.
4. Mozny P, Votypkova P: Expressed emotion, relapse rate and utilization of inpatient care in schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 27:174-79, 1992.
5. Kuipers L, Bebbington P: Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. Psychological Med 18:893-909, 1988.
6. Kavanagh DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry 160:601-20, 1992.
7. Berksun OE: Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarılama üzerine bir pilot çalışma. Türk Psikoloji Dergisi 29:10-15, 1993.
8. Bulut İ: Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. 1. baskı, Ankara. Özgüzelig Matbaası, 1990; 6-9.
9. Gibbons JS, Horn SH, Powel JM, Gibbons JL: Schizophrenic patients and their families a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. Br J Psychiatry 144:70-7, 1984.
10. Brooker C: Expressed emotion and psychosocial intervention: a review. Int J Nurs Stud 3:267-76, 1990.
11. Glynn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, Strachan A: Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. Br J Psychiatry 157:877-80, 1990.
12. Arkonaç O: Psikotik bozukluklar ve tedavileri. 1. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri 1994; 137-44.
13. Weisman A, López SR, Karno M, Jenkins J: An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia. J Abnormal Psychology 4:601-6, 1993.
14. Natale A, Barron C: Mother's causal explanations for their son's schizophrenia: Relationship to depression and guilt. Arch Psychiatr Nursing 4:228-36, 1994.
15. Davies T: Psychosocial factors and relapse of schizophrenia. BMJ 309:353-54, 1994.
16. Tompson MC, Goldstein MJ, Lebell MB, Mintz LI, Marder SR, Mintz J: Schizophrenic patients perceptions of their relatives attitude. Psychiatry Res 57:155-67, 1995.
17. Baker B, Helmes E, Kazarian SH: Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. Br J Psychiatry 144:263-69, 1984.
18. Warner R, Atkinson M: The relationship between schizophrenic patients perceptions of their parents and the course of

their illness. *Br J Psychiatry* 153:344-53, 1988.

19. Halford WK: Familial factors in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 7:186-91, 1994.

20. Fernandez CS, Kuipers L, Katz R: Unpredictability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 148:727-31, 1986.

21. Cole JD, Kazarian SS: The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J Clin Psychology* 3:392-97, 1988.

22. Kazarian SH: The measurement of expressed emotion. A review. *Can J Psychiatry* 37:51-6, 1992.

23. Kazarian SS, Cole JD, Malla AK, Baker B: Comparison of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *J Clin Psychology* 3:306-9, 1990.

24. Cole JD, Kazarian SS: Predictive validity of expressed emotion scale: readmission follow-up data for 1,2 and 5 year periods. *J Clin Psychology* 2:216-18, 1993.

25. Scott RD, Fagin L, Winter D: The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 163:62-8, 1993.

26. Rose LA: Families of psychiatric patients: A critical review and future directions. *Arch Psychiatric Nursing* 2:67-76, 1996.

beciya