ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANA BİLİM DALI

# ŞIZOFRENİ'DE AİLE FAKTÖRÜ: EXPRESSED EMOTION ÖLÇEK GELİŞTİRME VE UYARLAMA DENEMESİ

UZMANLIK TEZİ

22531

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

DR. OĞUZ ERKAN BERKSUN

ANKARA-1992

22531.

# İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ.....1

ŞİZOFRENİ'DE AİLE FAKTÖRÜ: TARİHÇE.....1

EXPRESSED EMOTION KAVRAMI: TARİHÇE.....8

EE İLE İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR VE SONUÇLARI.15

EXPRESSED EMOTION.....21

EE ÖLÇME TEKNİKLERİ.....26

2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....29

3.ARAÇLAR .....31

a) Örneklem.....31

b) Veri Toplama Araçları.....36

c) Verilerin Degerlendirilmesi.....36

4.YÖNTEM VE ÇALIŞMA SÜRECİ.....37

I.EE ÖLÇEGİ:BİR DENEME.....37

II.LEE ÖLÇEGİ.....40

III.BULGULAR .....43

5.TARTIŞMA.....47

7.EKLER.....54

8.KAYNAKLAR.....63

## SUNUŞ

Şizofreni, çok uzun yıllar ailedeki bir disfonksiyona psikopatolojik bir cevap olarak düşünülegelmiştir. Ancak bu gün bu bozukluğun, sağlıklı ailelerde de ortaya çıktığı bilinmekte ve biyolojik-organik bir temelin varlığı yaygın biçimde kabul edilmektedir. İlgi, ailenin etyopatogenezdeki rolü üzerinden prognozdaki rolü üzerine kaymış durumdadır. Aile, şizofreni'de gidişi belirleyen önemli faktörleri içinde barındırmaktadır. Günümüzde bu faktörlerden önemli bir kısmı "Expressed Emotion" (EE) kavramı içinde sistematik bir biçimde incelenmektedir. Yapılan araştırmalar düşmancıllığın, eleştiriciliğin, aşırı-ilgi-koruyucu-kollayıcı-müdahaleciliğin yüksek olduğu ortamlarda şizofren bireyin klinik gidişinin belirgin olarak kötüleştiğini göstermektedir. Ülkemizde de klinisyenlerin deneyimleri bu bulguları destekler niteliktedir. Bu bilgilerden ve deneyimlerden yola çıkarak yapılan bu çalışma, hastalığın gidişini yordayabilen EE gibi önemli bir göstergeyi ölçmede kullanılabilecek iki ölçeği denemek ve retrospektif bir araştırma deseni içinde yordayıcılıklarını araştırmak üzere düzenlenmiştir.

Bu çalışmada yakın ilgi destek ve yardımlarını gördüğüm tez hocam Prof.Dr. Gülören Ünlüoğlu'na, bu vesileyle, esasen geride kalan beş yıllık mesleki eğitimimdeki yoğun ve süreli emeklerinden dolayı teşekkür etmek istiyorum.

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde önemli katkıları olan Dr.Atilla Soykan'a, Psikolog Çiğdem Soykan'a, Dr. Süheyla Ünal'a, Dr. Aykut Özden'e, Doç.Dr. Yusuf Eradam'a, verilerin toplanmasındaki değerli katkılarından dolayı Sosyal Hizmet Uzmanı Ladiper Gürakar'a teşekkür ediyorum.

Ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkılarından ve sağladıkları olanaklardan dolayı kliniğimizin tüm öğretim üyelerine bölüm başkanımız Prof.Dr. Coşkun Şarman'ın şahsında ayrı ayrı teşekkürlerimi belirtmek istiyorum.

Dr. Oğuz Erkan Berksun

Şubat 1992

# 1. GİRİŞ

## ŞİZOFRENİ'DE AİLE FAKTÖRÜ: TARİHÇE

Geçmişde şizofreni'nin tedavisi için ortaya çıkmış olan yaklaşımlar bozukluğun nedenlerini anlamaya dönük çok sayıda fikri de birlikte getirmiştir. Tarih bu bozukluğun çok ilkel açıklamalarından bugünkü modern psikiyatristlerinkine benzer türden "tahıllarda bulunan bazı proteinlerin bu bozukluğa yol açtığı" gibi biyolojik açıklamalara varıncaya dek pek çok açıklamayla doludur. Bu bölümde, şizofreni'de aile faktörü konusunda son yüzyıl içinde yaşanan gelişmelere değinilmektedir.

Bu yüzyılın başında şizofreni'nin biyolojik bir temeli olduğunu kabul eden yaklaşım en popüler yaklaşımdı. O dönemlerde örneği Kreapelin, bu bozukluğun metabolik bir bozukluk olduğuna inanıyordu (Arieti, 1974a). Bununla birlikte bu tip biyolojik açıklamalara ek olarak karşıt görüşlerde söz konusuydu. İlk kez şizofreni terimini kullanan Bleuler, şizofrenik bozuklukların bir grubunun psikolojik bir nedeni olduğunu ve ağır baskı ve streslerin bu bozukluğu ortaya çıkardığını düşünüyordu (Brooker,

1990). Şizofreni'nin ortaya çıkışında, Sullivan için de sosyal ve çevresel faktörlerin önemi büyüktü. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göndermiş olduğu bir yazıda "Bu aşamada eve yansıyan kültürel distorsiyonların öneminden şüphe duyulmasını gerektirecek bir neden yoktur" demiş ve "Çocuklar için zorlayıcı ana-baba tutumları olmadığında maladaptasyonun da görülmediğini" savunmuştu (Brooker, 1990).

Hastalığın açıklanmasında psikososyal formülasyonlar sürerken ECT, insülin tedavisi ve narkoz tedavisi gibi tedavilerin ortaya çıkışı şizofreni'nin biyolojik-organik modelinin ağırlığın pekiştirdi. En nihayet 1952 yılında Delay ve Deniker'in Klorpromazin'i keşfi bir devrim yarattı (Brooker 1990). Bu ilacın kullanıma girmesiyle hastaların hastanede kalış süreleri kısaldı (Brooker, 1990). Öte yandan psikoanalizin ortaya çıkmasıyla kuramcıların şizofreni gibi bir hastalıkta dahi tek ve biricik etyolojik neden aramaya dönüşmüş çabaları aynı yıllarda yine de sürmekteydi.

Hastaların topluma geri dönüşünün hızlanmış olduğu ve böyle çok sayıda görüşün tartışıldığı bir ortamda aile çalışmaları da hız kazandı. Aile içi dinamiklere ve etkileşimlere ağırlık veren kuramcılar ampirik kanıtlara dayanan, bozukluğun ortaya çıkışında önemli görülen faktörleri

kavramsallaştırmaya başladılar. Örneğin 1948 yılında Fromm-Reichmann şizofrenojenik anne kavramını ortaya attı. Bu kavrama göre bu anneler aşırı koruyucu-kollayıcı, düşmancıl, açık veya kapalı reddedici, soğuk, uzak ve son derece sıkıntılı annelerdi (Fromm-Reichmann, 1948). Anneler şizofreni'nin etyolojisinde önemli bir faktör olarak görülmekteydi. Bu yıllarda babalar da kendi paylarına düşeni almaya başlamışlardı. Lidz ve arkadaşları 1957 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, şizofrenlerin babalarını güvensiz, aşırı beğenilme ihtiyacı olan kimseler olarak tanımlamışlar ve bu kişilerde paranoidliğin hiç de nadir olmadığını bildirmişlerdi (Lidz, 1957a). Ayrıca 1956 yılında Bateson ve arkadaşları da sonradan popüler hale gelen başka bir kavramı, "double-bind"ı ortaya atmışlar ve çifte mesajların sıkça kullanılmasının ailelerde çocukların sonradan şizofren olma riskini artırdığını iddia etmişlerdi (Bateson, 1956). Aynı dönemlerde (1957) Lidz ve arkadaşları da küçük bir grup üzerinde yaptıkları çalışmalarda anne ve babaların aile içindeki atipik dominans patternleri kavramı üzerinde durmuşlar ve "The Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients: Marital Schizm ve Marital Skew" adlı makalelerinde 1957 yılında iki çeşit şizofrenojenik aile tanımlamışlardı. "Çarpık Aile" ve "Evlilik Yarılması" kavramları ile tanımlanan bu aile tiplerinde çocukların sonradan şizofren

olduklarını söylemişlerdi (Lidz, 1957b). Wynne ve Singer 1963 yılındaki bir yazılarında şizofrenlerin ailelerinde distorsiyona uğramış emosyonlardan ve deviant komünikasyonlardan bahsetmişlerdi (Wynne ve Singer, 1963). Bu kuramların hepsine ek bir katkı sayılabilecek bazı görüşler de 1965 yılında İngiltere'den Laing ve Esterson'dan gelmişti. Laing ve Esterson aile içinde bir üyenin günah keçisi (scapegoat) olduğunu ve bu üyenin daha sonradan şizofreni geliştirecek, aile içi bozuk ilişkinin yükünü sırtlanmış olan üye olduğun ileri sürmüşlerdi.

Yukardaki kavramların ortaya çıkışı 1970'li yılların ortalarına kadar bu alandaki çalışmalara hız kazandırmıştır. Bu dönem, biyoloji-organik modelin baskısına rağmen iyimserliğin hakim olduğu ve psikososyal planda etyolojiye dönük araştırmaların yapıldığı bir dönemdir. Ancak bu dönem içinde katedilen yol hastalığın etyolojisini aydınlatma söz konusu olduğunda tatmin edici değildir. O güne kadar yapılmış araştırmaların kapsamlı olarak gözden geçirilmesi, geride kalmış yirmi yıl içindeki yukarda bahsedilen kavramların ve görüşlerin eleştirildiği bir dönemi başlatır. Yapılan araştırmaların incelenmesi süreci kısaca şu sonucu ortaya çıkarır: Şizofrenlerin anne ve babalarında var olduğu öne sürülen anormalliklerin hiçbiri sadece şizofrenlerin anne ve babalarına özel

değildir (Arieti,a1974).

1970'li yılların basından itibaren nedensellik ilkesi doğrultusunda etyolojiye dönük araştırmalardan ziyade şizofreni'nin gidişine etki eden faktörler üzerine araştırmalara ağırlık verilmiştir. Bu araştırmalarda da yine ana-baba ve yakın akrabalar ön plandadır. Bu dönem, 1970'li yılların ikinci yarısından itibaren, özellikle aile tedavisinin, sosyoterapinin, rehabilitasyonun devreye girdiği, ilaç tedavisine karşı veya ilaç tedavisene ek olarak bu tedavilerin denendiği bir dönemdir. Bu dönemde, daha ileride de bahsedileceği gibi aslında kökleri 1958 yılına kadar giden, bununla birlikte Vaughn ve Leff'in 1976 yılında yayımlamış oldukları bir araştırma yazılarında sonradan "Expressed Emotion" olarak isimlendirdikleri kavram popüler hale gelmiştir (Kuipers ve Bebbington, 1988).

Yukarda da bahsedildiği gibi özellikle son yirmi yıl içinde şizofreni'de sosyal çevre ve aile faktörlerinin rolünü betimleyen görüşlerde bir değişim yaşanmaktadır. Şizofreni'nin ortaya çıkışı ve bu faktörler arasında var olduğu düşünülmüş nedensel ilişki yerine, araştırmacılar, bu bozukluğun potansiyel olarak sürmesine neden olan çevresel faktörleri arastırmaktadırlar (Barrowclough, 1984). Görece yeni olan bu araştırma alanı pek çok sorunla

da ilgilidir. İlaç tedavisinin, hastanın sosyal işlevselliк düzeyi ile ilgili tarafı, yaşam kalitesini ve yakın çevrenin bu durumdan etkilenişini göz ardı eden yaklaşımı bir yana, idame ilaç tedavisinin sınırlı profilaktik etkisi bu sorunlardan en önemlisi gibi gözükmektedir. Leff ve Wing'e (1971) göre akut şizofrenik semptomları olan hastaların yaklaşık %7 kadarında ilaç tedavisi sonrası bir düzelme kaydedilememekte ve gerçekte idame tedavisine rağmen kabaca %30-40 kadar hastanın 1-2 yıllık süre içinde relaps gösterdiği tahmin edilmektedir (Barrowclough, 1984). Bazı yayınlarda da ilaçların sınırlı tedavi edici etkilerine değinilmekte, parlak semptomları ortadan kaldırmada çok başarılı olmalarına karşın negatif semptomlar üzerine etkilerinin belirgin olmadığından bahsedilmektedir (Goldberg, 1985). Üstelik bu görüşe ek olarak Carpenter ve arkadaşları (1985) ve Andreasen (1985) aslında ilaç tedavilerinin negatif semptomları ortaya çıkardığı veya artırdığına dair bazı kanıtlar olduğunu bildirmektedirler.

Bugün şizofreni yaygın biçimde, beyin'in organik bir hastalığı olarak kabul edilmektedir. Ancak ileri sürülen biyolojik faktörler tek başlarına hastalığını ortaya çıkışını, gidişini ve sonuçlarını açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Son yirmi yıl içinde çok sayıdaki araştırma biyolojik-organik bir zeminde de olsa psikososyal stres

lerin hastalığın en azından gidişini etkilediğini göstermektedir. Psikososyal stresler ve nüksler arasında bir ilişki vardır (Malla,1990).

## EXPRESSED EMOTIONS KAVRAMI VE TARIHÇESI

EE kavramı tarihsel olarak, İngiltere'de Tıbbi Araştırma Merkezi'nin (Medical Research Center, MRC) yaklaşık son 30 yıldır, şizofrenik hastalarda alınan sonuçlar hakkında yürüttüğü bir seri çalışmaya dayanır (Bland, 1989). Bize, bu kavramın gelişim aşamalarını bu çalışmaların gözden geçirilmesi verecektir.

1950'lerde George Brown ve meslektaşları, Londra'da MRC Sosyal Psikiyatri Ünitesi'nde bir grup epidemiyolojik çalışma başlatmışlardır. 12 yıllık bir süreye yayılan bu epidemiyolojik çalışmalar 3 ayrı projeyi içermektedir. Bu çalışmalarda amaç kabaca şizofrenik hastalara taburcu olduktan sonra neler olduğunu anlamak, daha spesifik olarak da şizofreni'de relapsların bazı açıklamalarını araştırmaktır. Bu sırada Klorpromazin'in keşfi ile birlikte çok sayıda hasta hastanelerden taburcu edilmiş ve toplum içine geri dönmüşlerdir (Vaughn, 1989).

Brown, Carstairs ve Topping'in birlikte 1958 yılında yapmış oldukları araştırma bu konudaki ilk araştırmadır (Brown ve ark., 1958). Bu araştırmaya üçte ikisi şizofren olan 229 erkek hasta alınmıştır. Brown, bu çalışmada hastaların toplum içinde başarılı veya başarısız oluşlarının,

taburculuktan sonra dönmüş oldukları ortamlardaki insanların yaşam biçimleri ile her nasılsa bir ilişki gösterdiğini keşfetmiştir. Pansiyonlarda ve evlerinde kardeşleri ile yaşayan hastalar taburculuktan sonra daha iyi bir yaşam sürmektedirler. Büyük kurumlarda (hostel) yerleştirilmiş olanlarla, ailesi yanında yaşayanlar ise kötü bir gidiş göstermektedirler (Hooley, 1985; Bland, 1989). Tek başına bile bu gözlem bu konuda bir fikir vermeye yeterlidir. Ancak araştırmada bu gözlemi daha ilginç kılan başka bir değişken de söz konusudur. Bu değişken hastaların aileleri ile doğrudan ilişkide bulundukları süredir. Hastaların akrabaları ile yüz yüze geçirdikleri süre ne kadar uzun ise relaps riskleri o kadar artmaktadır. Öte yandan hastaların akrabaları ile yüz yüze oldukları sürenin, hasta ve/veya yakınların bir işte çalışması nedeniyle azaldığı durumlarda bu risk belirgin bir biçimde düşmektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular çok önemlidir ancak araştırmanın retrospektif olması ve heterojen bir grup hasta üzerinde yapılması, yeni prospektif bir araştırmayı gerekli kılmaktadır.

Bunun üzerine Brown 1959 yılında ikinci bir araştırma başlatır. Prospektif olan bu ikinci çalışmada yaşanan ortamlarda, hastalığın gidişine katkıda bulunan özellikler daha ayrıntılı ve özgün bir desen içinde araş-

tırılır (Brown ve ark., 1962). 1962 yılında yayımlanan, 129 erkek şizofren hasta ile yürütülen bu çalısmada hastalar ve anahtar akraba konumunda olan kişiler ile, taburculuk sırasında, taburculuktan 2 hafta sonra ve 1 yıl sonra görüşmeler düzenlenir. Bu görüşmeler sırasında ifade edilen duygular (EE), düşmancıllık ve baskın oluş hem hasta hem de akraba açısından değerlendirilir. Pratikte (yordayıcılık açısından) daha çok akrabaların bir önemi olduğu bilindiğinden akrabaların sergiledikleri emosyonların düzeyi belirlenir. Akrabalar yüksek EE gösteren ve göstermeyenler olarak ikiye ayrılır. Bir yıllık izleme peryodu sonunda yüksek EE düzeyi gösteren akrabaların yanında yaşayan hastaların düşük EE düzeyi gösteren akrabaların yanında yaşayan hastalardan daha fazla relaps riski taşıdıkları bulunur. Yüksek EE'ye sahip grupta relaps oranı %56, düşük EE'ye sahip grupta ise relaps oranı %21 saptanır. Bu çalışmadan sonra 1966 yılında Brown ve arkadaşları hasta yakınlarından hastalara yönelen duygulanımların değerlendirilmesi ve ölçülmesi için daha sağlıklı, güvenilir ve geçerli bir yol araştırmaya yönelirler (Brown & Rutter, 1966;Rutter & Brown, 1966). Sonucta yarı yapılandırılmış standard Camberwell Family Interview yani CFI geliştirilir. Camberwell Aile Görüşmesi emosyonları değerlendirmek için güvenilir bir yöntemdir. Interrater güvenilirliği yüksektir fakat bu görüşmenin üç saat gibi

uzun bir sürede yapılıyor olusu klinikte tedavi indikatörü olarak kullanımını güçleştirmektedir.

1972 yılında 101 şizofren hasta ve aileleri ile Brown ve arkadaslarının yapmıs oldukları baska bir prospektif çalısmada (Brown ve ark. 1972), kullanılan "EE" indeksi üç ölçülebilir kompanenti icermektedir: Görüsme sırasındaki aşırı koruyucu ve kollayıcılık, düşmancıllık ve eleştirel cümlelerin sayısı, Çalışmadan elde edilen sonuclar EE indeksinin semptomatik relapsların en iyi yordayıcısı olduğunu göstermektedir (Bland 1989). CFI ile yapılan değerlendirmeler çok uzun zaman almalarına karşın iyi sonuç veriyordu. Brown ve arkadaslarının bu araştırmada kullanmıs oldukları ailelerle görüşme seklini (CFI) daha sonra Vaughn ve Leff 1976 yılında tekrar gözden geçirdiler ve 3 saatlik yöntemi 1 saat gibi kısa bir süreye indirdiler (Vaughn ve Leff 1976). Bu tekrar gözden geçirilmiş formu Brown ve arkadaşlarının 1972 yılında yapmış oldukları calışmayı aynen tekrar etmede kullandılar. Çok yakın sonuclar ortaya çıktı. Yazarlar, bulgularını yazılarında "Relapslara karşı korunabilmek icin bekar erkek hastalar ilaclarını düzgün kullanmalıdırlar ve aileleri ile yüzyüze geçirdikleri süreyi mümkün olduğunca en aza indirmelidirler. Evli kadınlar akrabaları ile yakın ve yoğun bir iliski icinde olsalar da, hatta ilaclarını

kesseler de büyük olasılıkla iyilik hallerini sürdürebilmektedirler. Buna karsın bekar erkekler ve kadınlarda fazladan bir faktör bile relaps için yeterli olabilmektedir" seklinde özetlediler (Bland 1989). Bu relaps riski taşıyan grubu belirlemenin dısında bu alanda yapılabilecek terapötik müdahalelere dair herhangi bir öneri getirmeseler de yazarların, o zaman terapötik bir strateji olarak EE düzeylerini modifiye etmek için aileye yönelik potansiyeli görmüş olmaları anlamlıdır.

1958 yılından 1980'li yıllara gelinceye kadar EE konusunda çok yol katedilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda aile ve hasta birey arasındaki etkileşimlerin duygusal kompanentinin önemi açıga çıkmıştır. Bu duygusal kompanentte ölçülebilen bazı özelliklerin, pisikiyatrik rahatsızlıkların, özellikle sizofreninin gidişini yordayabildiği anlaşılmıştır. Kuipers, 1979 yılında yayımlamış olduğu bir gözden geçirme yazısında (Kuipers, 1979), EE'nin, hastaya yönelen aşırı koruyuculuğun-kollayıcılığın-ilginin-müdahaleciliğin ve eleştirel ifadelerin güvenilir degerlendirmesine dayanan çok özel bir ölçüt olduğu sonucuna varmıştır. Buna karşın ölçüldüğü söylenen şeyin tam olarak neyi yansıttığını söylemenin mümkün olmadığını ileri sürmüştür. Vaughn ve Leff'in 1976 yılında kendi yapmış oldukları çalısmanın temel verilerini

yeniden gözden gecirmelerine dayanan "Patterns of Emotional Response in Relating to Schizophrenic Patients" adlı makaleleriyle (Vaughn ve ark., 1981), aile içinde ortaya çıkan bu fenomenin daha net bir biçimde kavramsallatırılmasına dönük bazı çabalar gündeme gelmiştir. Vaughn ve Leff'e göre EE, şizofrenik aile üyesinin patolojik davranışlarına karsı ortaya cıkan tutum ve tavırların ve başa çıkma tepkilerinin bir göstergesidir.

Ev ortamı içinde şizofren bireye gösterilen duygusal tepkilerle şizofren hastanın davranıs bozuklukları arasında gerçekte karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Bugüne kadar yapılan çalışmaların birçoğu hastanın davranış bozukluklarının EE'ye olası etkisini göz ardı etmiştir ancak son yıllarda aile yükü (Family Burden) ile EE arasındaki ilişkiyi tekrar gündeme getiren bazı yayınlara rastlamak mümkündür (Leley, 1989;Jackson ve ark., 1990). EE çalışmalarında buna benzer eksiklikler ve akla gelen çeşitli sorular vardır. Örneğin "Görüşmelerde saptanan tutumlar, davranıslar ve duygusal hava gerçekte hasta ile yüz yüze iken de var mıdır?", "Varsa bile bunu hasta nasıl yaşamaktadır?", "Emosyonel tutum hastalıkla birlikte yaşanan krizle mi ilişkilidir yoksa süregelen bir tutum mudur yani ailenin bir özelliği midir?", "Eğer süregelen bir tutum ise ailedeki kişilerin karakter özelliği midir yoksa hastanın premorbid ve/veya morbid özellikleri mi bunu

yaratmaktadır?" gibi sorular önemli ve yol gösterici sorulardır. Böylesi sorular EE konusunda gelinen bugünkü tarihsel noktadan itibaren daha kapsamlı, karsılaştırmalı, çok sayıda değişkeni kontrol edebilen, sofistike araştırmaların gerekli olduğunu göstermektedir.

## EXPRESSED EMOTIONS'LA İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR VE SONUÇLARI

1958 yılından bu yana EE üzerine yapılan araştırmaları birinci kuşak ve ikinci kuşak araştırmalar olmak üzere ikiye ayırabiliriz. İlk kuşak araştırmaların temel özelliğinin, amaçlarının EE'yi sağlıklı bir biçimde ölçebilmek ve bozukluğun gidişi ile EE arasındaki ilişkiyi araştırmak olduğunu görürüz. İkinci kuşak araştırmalar ise daha çok 1970'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar ailedeki EE düzeylerinin aileye yapılan müdahalelerle değiştirilmesinin sonuca etkisini görmeyi amaçlar. Bu ikinci kuşak araştırmalar daha sofistike ve kontrollu araşcırmalardır. Aile'ye müdahalenin söz konusu olduğu ilk çalışma Hogarty ve arkadaşlarının 1973 yılında yayımlamış oldukları çalışmadır (Barrowclough, 1986). Bu çalışmada sosyoterapi ve idame ilaç tedavi ayrı ayrı ve birlikte denenerek sonucun ne olduğu araştırılmıştır. Bu tip araştırmalarda EE düzeylerinin aileye dönük tedavilerle, veya eğitsel yöntemlerle düşürülmesinin relaps riskini azaltacağı iddia edilir. Her iki kuşak araştırma yöntemi ile değişik ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalar vardır.

Yapılan birçok çalışma, taburculuktan sonraki 9 aylık izleme peryodlarındaki relapslarla anahtar akrabalarda saptanan EE düzeyi arasında bir ilişkinin varlığını

ortaya koymuştur. 1972 yılında Brown ve arkadaşları yayınladıkları çalışmalarında yüksek EE saptanmış 45 hastalık grupta relaps oranını %58 düşük EE saptanmış 56 hastalık grupta relaps oranın %16 bildirmislerdir (Brown ve ark., 1972). 1976 yılında Vaughn ve Leff'in yapmış oldukları çalısmada taburculuktan sonra yüksek EE'li ortamlara dönen hastalarada relaps oranı %51 düsük EE'li ortamlara dönen hastalarda relaps oranı %13 bulunmustur (Vaughn ve Leff, 1976b). Temel calısmalardan biri kabul edilen bu çalısmada bu oranlara etki eden iki faktör saptanmıstır. Birincisi hastanın akrabası ile yüzyüze oluduğu süre, diğeri ise ilaç kullanımıdır. Haftada yüzyüze gecen süre 35 saatin altında ise ve ilac kullanımı düzenli ise relaps oranı çok belirgin olarak %12'ye kadar düsmektedir. Buna karsın yüzyüze geçen süre 35 saatin üzerinde ve düzensiz ılaç kullanımı söz konusu olduğunda bu aran %92'ye kadar cıkmaktadır (Kuipers ve Bebbington, 1988). Leff ve arkadaşları 1983 yılında yayınlamıs oldukları İngilterede yaptıkları bir çalışmada sizofren has-taların, yaşam olaylarının yarattığı gibi akut tipteki streslere ve EE gibi kronik tipteki streslere duyarlı olduklarını yazmışlardır. Korunma amacıyla İlaç kullanmayan hastalarda bu iki stres kaynağından biri hastalığın tekrarlamasına neden olabilmektedir. Yüksek EE'li ortamlarda yaşayan sizofrenlerin

ilaç kullanımıyla hastalığın tekrarlamasına karşı kısmen korunabildikleri bildirilmektedir fakat hastalar hem EE ve hem de bir yaşam olayının her ikisi ile başa çıkamamaktadırlar. Bu ortamlarda belirli zamanlarda ortaya çıkışı beklenilen tipten akut stres yaratan bir yaşam olayı hastalığın tekrarı olasılığını çok büyük oranda artırmaktadır (Bland, 1989). Vaughn ve Leff 1976 yılında yayınlamış oldukları çalışmalarında yüksek EE'li ortamlarda haftada 35 saatin üzerinde bulunan fakat ilaç kullanan hastalarda relapsın %53 kullanmayanlarda ise %92 oranında görüldüğünü bildirmişlerdir (Vaughn ve Leff, 1976). Vaughn, Synder ve Jones (1984) İngiltere'de yapılan çalışmaların bir benzerini California'da tekrar etmişler (Vaughn ve ark., 1984) ve benzer sonuçlar bulmuşlardır. Anahtar akraba konumunda olan kişide saptanan yüksek Critisizm ve Over involvement'in 9 aylık izlemelerde relapsların tek ve en iyi yordayıcıları olduğu kanıtlanmıştır. 1987 yılında Parker ve Johnston'un yayımlamış oldukları California'da yapılan çalışmanın benzeri bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Parker ve Johnston, 1987). Yine 1987 yılında Vaughn ve Leff Candigargh'da aynı sonuçlara varmışlardır. Daha önce 1984 yılında Vaughn ve arkadaşlarının Los Angeles'da , 1985 yılında Moline ve arkadaşlarının Chicago'da, yapmış oldukları çalışmalarda da bu doğrultuda sonuçlar alınmıştır. 9 aydan daha uzun süreli

takiplerde de çalışmalar, EE'nin relapsları yordayıcı olduğunu göstermektedir (Leff ve Vaughn, 1981). İki yıllık izlemelerde düşük EE'li gruptaki hastalarda, ilaçların, profilaksi görevlerini yerine getirebildikleri görülmüştür; ancak yüksek EE'li gruptaki hastalarda ilaçların profilaktik etkisi yok denecek kadar azalmaktadır. 1986 yılında Hogarty ve arkadaşlarının yüksek EE saptanmış 103 hasta ve yakınları ile yapmış oldukları kontrollu çalışmada aile tedavisi ve ilaç tedavisi, sosyal beceri eğitimi ve ilaç tedavisi, aile tedavisi, ilaç tedavisi ve sosyal beceri eğitimi üçü birlikte, ve sadece ilaç tedavisi rastgele seçilerek oluşturulan hasta gruplarına uygulanmış ve bu dört grupta nüks oranlarına bakılmıştır. 1 yıllık izlemede ilk grupta nüks oranı %19, ikinci grupta %20, üçüncü grupta %0 ve dördüncü grupta %41 bulunmuştur (Hogarty ve ark., 1986). Tablo I'de yapılan önemli çalışmaların bir dökümü verilmektedir.

Yapılan çalışmaların neredeyse tümüne yakını EE'nin nüksleri yordayıcılığını doğrular niteliktedir. Ancak farklı görüşler ileri süren çalışmalara da az sayıda da olsa rastlamak mümkündür. Örneğin 1984 yılında Kottgen ve arkadaşlarının, 1986 yılında MacMillan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarda elde edilen sonuçlar EE'nin nüksleri yordayıcılığının kabul edilen

evrensel nite ligine uymamaktadır (Bland 1989). Her iki çalışmada daha genç ve daha az kronik şizofren hastalarla yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmalara bir katkı da Parker ve arkadaşlarından gelmiştir (1988a, 1988b). Parker, Johnston ve Hayward, Parental Bonding Instrument (PBI) ve EE ile yaptıkları Çalışmalarda ne EE'nin ne de PBI ile ölçülen ana-baba stillerininin relapsları yordayamadığını görmüşlerdir. Çoklu varyans analizi ile yapılan istatistiki değerlendirmede relapsların daha çok hastaneye ilk yatışda yaşları daha genç olan hastalarda sık olduğu saptanmıştır (Parker ve ark., 1988).

TABLO-I

| | | | | | RELAPS ORANI | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | YÜKSEK EE | DÜŞÜK EE |
| YAZARLAR | YIL | YAPILAN YER | DENEK (n) | İZLEME SÜRESİ | % | % |
| Brown ve ark. | 1962 | Londra | 97 erkek | 1 yıl | 56 | 21 |
| Brown ve ark. | 1972 | Londra | 101 | 9 ay | 58 | 16 |
| Vaughn ve Leff | 1976 | Londra | 37 | 9 ay | 50 | 12 |
| Leff ve Vaughn | 1981 | Londra | 36 | 2 yıl | 62 | 20 |
| Vaughn ve ark. | 1984 | Los Angeles | 54 | 9 ay | 56 | 17 |
| Moline ve ark. | 1985 | Chicago | 24 | 1 yıl | 91 | 31 |
| Dulz ve Hand | 1986 | Hamburg | 46 | 9 ay | 58 | 65 |
| MacMillan ve ark. | 1986 | Londra | 67 | 2 yıl | 63 | 39 |
| Nuechterlein ve ark. | 1986 | Los Angeles | 26 | 1 yıl | 37 | 0 |
| Karno ve ark. | 1987 | S.California | 44 | 9 ay | 59 | 26 |
| Leff ve ark. | 1987 | Chandigarh | 76 | 1 yıl | 33 | 14 |
| Tarrier ve ark. | 1988 | Salford (İng) | 48 | 9 ay | 48 | 21 |
| Barrelet ve ark | 1990 | Geneva | 36 | 9 ay | 66 | 33 |

(Lız Kuipers ve Paul Bebbington, Psychological Medicine, 1988, 18:893-909)

Görüldügü gibi çesitli ülkelerde yapılan calısmalardan elde edilen sonuçlarla birlikte EE'nin nüksleri yordayıcılığının evrenselliği konusunda -zıt görüsler olsa da- neredeyse uluslararası bir konsensüs olusmuş durumdadır. Ayrıca degişik hasta gruplarında da sonuçlar psikiyatrik hastalıklarda EE'nin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Leff ve Vaughn'ın 1976, Hooley ve arkadaşlarının 1986 yılında yayınlamış oldukları çalışmalarda depresif hastalar için (Hooley ve ark., 1986), Miklowitz ve arkadaslarının 1988 yılında yayınlamıs oldukları calışmada Bipolar Bozukluklar için benzer sonuçlar alındıgı bildirilmiştir (Miklowitz ve ark., 1988). Gercekten ev ortamındaki duygusal atmosfer hastaları etkilemektedir. Yapılan psikofizyolojik temelli araştırmalarda da elde edilen sonuçlar yüksek ve düşük EE'li akrabaların hastalar üzerine etkileri konusunda cok net ve dolaysız kanıtlar sağlamaktadır (Sturgeon ve ark., 1981).

## EXPRESSED EMOTION

EE, ilk defa, teyp kaydı yapılmış yarı yapılandırılmış görüşmelerden (CFI) elde edilen bazı verilerin bileşik bir derecelemesi sonucu ortaya çıkmıştır. Bu teknik içinde EE'nin bazı özelliklerinin çok sıkı sorgulamayı gerektirdiği belirtilir. EE'nin değerlendirmesi ve derecelemesi sadece konuşmaların içeriğine dayanmaz konuşma hızı, sesin tonu-perdesi ve vurgulama gibi vokal özelliklerin de önemli olduğu kabul edilir. EE'nin operasyonel tanımları orjinal olarak dört alt skala altında incelenir. Hostility (Düşmancıl Oluş=DO) Critisizm (Eleştirici Oluş=EO), Emotional Overinvolvement (Aşırı İlgi-Koruma-Kollama-Müdahale=İKKM) Warmth-Pozitif Remarks (Sıcaklık-Olumlu İfadeler=SOİ) bu alt skalaları oluşturmaktadır. Çalışmaların hepsinde bu alt skalaların tümü kullanılmamaktadır. Kullanılan skalalar EE indeks'i olarak isimlendirilmektedir. Yordayıcılık söz konusu olduğunda en geçerli indeks EO ve İKKM indeksidir. Bazı yazarlar örneğin Koenigsberg ve Handley (1986), EO ve İKKM doğaları gereği bir birinden farklı şeyler olduklarını, EOI'nin büyük bir ihtimalle hastalık öncesi var olan kötü sosyal işlevselliklе ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Kuipers ve Bebbington 1988).

ELEŞTİREL OLUŞ (EO): Gerek içerik ve gerekse biçim olarak (vokal özellikleri) yakınların hastaya yönelttikleri eleş tirel olarak nitelenebilecek ifadelerin taplamıdır. Görüş-melerdeki bir ifadeye, sadece içeriği esas alınarak "kritik" diyebilmek için o ifadenin kuşku götürmez bir şekilde net ve kesin olarak suçlama, güceniklik, küskün-lük, onaylamama ya da sevimsiz bulma gibi bir ifadeyi içermesi gerekir. Psikiyatrik semptomları sorgularken, bir soruya gelen "Martin bütün hayatı boyunca sadece 3 gün çalışmıştır" gibi bir cevap örneğin eğer tonlamada bir eleştiri taşımıyorsa içerikde kritik olarak değerlendiri-lemez. Olumsuz duyguya neden olan kaynağın bizzat hastanın kendisinde olduğunun belirtilmesi en azından ima edilmesi gereklidir. Eğer hasta yakını hasta hakkında olumsuz bir duygu dile getiriyor fakat buna karşılık böyle bir duygu hissetmesinde biraz da kendi payının olduğunu belirtiyor-sa, örneğin "....böyle davrandığı zamanlar çok öfkeleni-yorum. Biraz benim de tahammülüm azaldı galiba....." gibi bir ifade kullanıyorsa bu EO olarak kabul edilemez. EO görüşme sırasında örneğin "Onun dik dik bakmasından nefret ediyorum", "Onun yaptığı birçok şey hoşuma gitmiyor, sigara içişi, odasındaki perdeler çok pis koku-yor; araba kullanışı, manyak gibi araba kullanıyor" "Bana yalan söylememiş olmasını tercih ederdim", "Onun bir işi

becerememesi beni öfkelendirir" gibi ifadeler sayılması ile hesaplanır.

DÜŞMANCIL OLUŞ (DO): EO duruma özgü iken düşmancıl oluş aile bireylerinden direkt olarak hastaya yönelen daha yaygın ve genelleşmiş bir negatif duygu ifadelemesi olarak tanımlanır. Başka bir deyişle DO, EO gibi hastanın sadece davranışlarına yönelik değil doğrudan doğruya hastanın kişiliğine yöneliktir. Örnek "....Şu yaptığına bir bakın ne kadar anlamsız. Zaten hep böyle saçmalar.....", "....her seferinde böyle yaparsın zaten. Seninle geçinmenin tek yolu senden uzak durmak...."

DO, 0 ile 3 arasında toplam 4 dereceli bir skalada değerlendirilir.

AŞIRI İLGI-KORUMA-KOLLAMA-MÜDAHALE (İKKM): Bu kavram hasta yakınlarının hasta olan aile bireyinin hastalığına abartılı emosyonel tepkiler vermesi ya da aşırı koruyucu kollayıcı, kısıtlayıcı, kontrol edici, dalıcı tutumlar takınmasını nitelemek için kullanılır. Görüşme sırasında EOI ifadelerin içeriği, sesin vokal özellikleri veya hastanın birden bire ağlaması, dili tutulması, çok ayrıntılı konuşması gibi davranış örnekleri göz önünde bulundurularak değerlendirilir. Örneğin "Gitiğim her yere onu da götürürüm böylece o evde yalnız kalmaz", "Ben ona her gece

ilaclarını almasını hatırlatırım", ".....ne...hastaneye mi yatacak... olamaz benim oğlum akıl hastanesine yatamaz....", "İnanın doktor bey, oğlum hasta oldu olalı sekiz yıldır tatil nedir bilmeyiz. Karı koca bir gün olsun onu yalnız bırakmadık. Diğer çocuklarımız evlendi biz artık bütün hayatımızı ona adadık." gibi ifadeler İKMM'yi işaret eden ifadelerdir. İKKM 0 ile 5 arasında toplam 6 dereceli bir skalada değerlendirilir.

SICAKLIK VE OLUMLU İFADELER (SOİ): Şizofreni'nin gidişi ve sonucu ile ilgili yapılan çalışmalarda çoğunlukla ilk üç skala kullanılmasına rağmen aile bireylerinin birbirlerine ve özellikle de hastaya karşı takındığı sıcak, anlayışlı tutum ve olumlu ifadelerinde gidişe etki eden önemli bir özellik olduğu bazı çalışmalarda bildirilmektedir. Anlayışın-sıcaklığın ve olumlu ifadelerin değerlendirilmesi görüşme sırasında hasta yakınlarının konuşurken uslupларına ve ses tonlarına bakarak, pozitif ifadelerin değerlendirilmesi ise iletilen mesajların içeriğine bakarak yapmak mümkündür. Anlayış-sıcaklık 0 ile 5 arasında toplam 6 dereceli bir skalada değerlendirilirken olumlu ifadelerin ölçümü bir görüşme süresi boyunca ifade edilen pozitif duyguların sayılması ile gerçekleşmektedir.

EE ölçümleri bu konuda bir ay süreyle eğitilmiş kişiler tarafından güvenilir bir şekilde yapılabilmekte-

dir. Bir ailede yüksek EE olduğunu söyleyebilmek için bu alanda yapılan çalışmalarda CFI sonucunda EO'nun 6 ya da daha fazla, DO'nun 1 ile 3 arasında, İKKM'nin 3 ile 5 arasında ölçülmesi gerekir.

Kritik noktaların yukarda bahsedilen değerleri Vaughn ve arkadaşlarının araştırmalarında kullandıkları değerlerdir (Vaughn ve ark., 1984) ve DO, EO, İKMM, SOİ'yi sergileyen ifadelerin prototipik kayıt örnekleri de yine Vaughn ve arkadaşlarının 1983 yılında basılmış olan EE'nin Derecelemesi Üzerine Notlar'ından (Vaughn ve ark., 1983) ve Magana'nın "5 Dakikalı Konuşma Örneklerinde EE'yi Kodlama Kitapcığı"ndan alınmıştır.

## EXPRESSED EMOTIONS VE ÖLÇME TEKNİKLERİ

EE'yi ölçmede kullanılan ilk araç Camberwell Family Interview'dir (CFI). 3 saatlik ve 1,5 saatlik iki formu vardır. CFI yarı yapılandırılmış bir aile görüşmesidir. Bugün yaklaşık 1,5 saat alan kısaltılmış formu daha sık olarak kullanılmaktadır. Bu CFI'ın 1,5 saat alan formunda hastaneye yatıştan önceki 3 aylık zaman dilimi içinde hastanın ev ortamında yaşanan şeyleri öğrenmek esas amaçtır. Hasta yakınlarından biriyle CFI çerçevesi içinde yapılan görüşmelerde en son epizod için rahatsızlığın hastada nasıl ortaya çıktığı ve nasıl gelişdiği soruşturulur. Bu rahatsızlık sürecinin aile yaşantısının bazı yönlerini ne şekilde etkilediği araştırılır. Görüşmeler sırasında görüşülen akrabaların davranışları gözlenir. Hikayelenen duygular veya o anda ortaya çıkan spontan duygusal ifadeler not edilir Bu görüşmelerin ses kayıtları yapılır Daha sonra bu ses kayıtları analize tabii tutulur (Vaughn ve ark., 1984). 1,5 saat alan bu kısa formun ses kayıtları üzerinde yapılan analiz deneyimli biri için bile 4-5 saat almaktadır (Jackson ve ark., 1990). Güvenilirliği iyi olan bu tekniğin uygulanabilmesi için yaklaşık 1 aylık bir eğitim gerekli görülmektedir. Bu değerlendirme yönteminde nüks oranları açısından yakınları ve/veya aileleri düşük ve yüksek EE'li

olarak ayıran EE 'kesme nokta' degerleri (Cutoff point) Berkowitz ve arkadaşları (1981) Falloon ve akadaşları (1982) ve Leff için İKKM skalasında skor olarak 3, Vaughn ve Leff için Critisizm'de kritik ifadelerin sayısı 6'dır. Brown ve arkadaşlarının 1972 yılında yapmış oldukları çalışmada ise EO için kesme noktası 7, İKMM için 4'dür (Magana ve ark, 1985).

İkinci araç akrabalardan belirli bir çerçevede elde edilen hasta hakkındaki kısa konuşma örnekleridir. En bilineni İlk kez 1969 yılında Gottschalk ve Gleser tarafından kullanılmış olan 5 Dakikalık Konuşma Örneğidir (5-Minutes Speech Sample, FMSS) (Jackson, 1990). Bu yöntem daha sonra bir parça degişikliğe uğratılmış ve kullanılmıştır . Bu FMSS yöntemi Wynne-Gift modifikasyonu olarak anılmaktadır (Jackson, 1990). Benzer yöntemi Magana ve arkadaşları da kullanmışlardır (1985, 1989). Bu yöntemde anahtar akraba konumundaki hasta yakınından belirli bir yönlendirme sonrasında hasta hakkında 5 dakika konuşması istenir. Bant kaydı yapılan bu 5 dakikalık konuşma örneği yada monolog CFI'da kullanılan kodlama ve dereceleme yönteminin analoğu bir yöntemle degerlendirilir. Bu yöntemle elde edilen sonuçların CFI'da elde edilen sonuçlarla oldukça uyumlu olduğu bildirilmektedir (Magana ve ark., 1985)

Üçüncü araç hasta ve hasta yakınlarından belirli bir çerçevede elde edilen konuşma örnekleridir. Bu yöntemde hasta ve yakını bir araya getirilir ve aile içindeki belirli iki sorunu tartışmaları istenir. Bu diyaloğun bant kaydı yapılır ve duygusal stil kodlama sistemi (affective style coding siystem) adı verilen bir sistemle değerlendirmesi yapılır (West ve ark., 1981; Strachan ve ark., 1989). . Hasta ve hasta yakınını bir araya getiren ve gerek ses ve gerekse görüntü kaydı yaparak benzer derecelemeleri kullanan başka yöntemler de vardır .

Dördüncü araç ise ölçeklerdir. Belirli sayıda itemden oluşan ölçeklerin hasta veya hasta yakınları tarafından cevaplanması istenir. Diğerler yöntemlere göre uygulanması çok daha kolay olan ve daha az zaman alan bir yöntemdir. Literatürde hasta ve yakınları arasındaki ilişkinin duygusal yönünü ve bazı özelliklerini araştırmak üzere kullanılan çeşitli ölçekler vardır (Baker ve ark., 1984; Cole ve ark., 1988) Ayrıca hastaya ve hastalığa (Greenman ve ark., 1989), medikasyona karşı tutumları saptamak (Mantonakis ve ark., 1985) için hazırlanmış çeşitli ölçeklere ve bunlarla yapılmış çalışmalara rastlamak mümkündür.

## 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Literatürde, şizofreni'de relapslar ve EE düzeyleri arasındaki ilişkiyi konu alan pekçok çalışma mevcuttur. Değişik toplumlarda yapılmış çalışmalarla birlikte, bu çalışmaların neredeyse tümüne yakın kısmında EE'nin relapsları yordayabildiği saptanmıştır. EE düzeyleri yüksek olan hasta grubunda relaps oranları yükselmektedir. Bu sonucun, EE düzeyleri ile hastalığın gidişi arasında tek yönlü etkileşimden daha çok karşılıklı bir etkileşim sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır. Başka bir deyişle hasta yakınlarının davranış, tutum ve tepkileri hastanın durumu ile karşılıklı etkileşim halindedir. İlaçlarla yapılan önleyici tedavilerin başarılı olup olmaması da hasta ve yakınları arasındaki bu etkileşimle çok yakından ilişkili gözükmektedir. İlaçlarla yapılan tedaviye ek başka yaklaşımlar gerekmektedir. Bu yaklaşımları belirlemede EE gibi bir göstergenin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Çalışmalarda EE'yi ölçmek üzere çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. En çok kullanılan yöntemler hasta yakınları ve/veya hasta ile yapılan görüşmelerin ses ve görüntü kayıtlarını kullanan yöntemlerdir. Ancak bu

yöntemlerin uzun zaman alıyor oluşu ve belirli bir eğitimi gerekli kılması kullanımlarını güçleştirmektedir. Bu çalışmada:

1) Hasta yakınlarına uygulanabilen bir ölçek denemesi,

2) Yabancı kaynaklı bir ölçeği Türkçeye uyarlama denemesi yapılmış

3) Bu ölçeklerin ileriye dönük bir çalışmada, kullanılabilir olduğunu göstermek için bu aşamada geçmişe dönük daha ekonomik bir araştırma deseni içinde işlevsellik düzeyini yordayıp yordamadığını araştırmak amaçlanmıştır.

## 3. ARAÇLAR VE YÖNTEM

### a) Örneklem

Bu çalışmada 2 örneklem grubu oluşturulmuştur. Birinci örneklem grubunda EE ölçeği ikinci örneklem grubunda LEE ölçeği kullanılmıştır. Örneklem grupları hem denekleri (Şizofren ve şizofren olmayan denekleri) hem de deneklerin yakınlarını içermektedir. Ölçekler ilk örneklem grubunda yakınlara, ikincisinde ise deneklere uygulanmıştır.

Birinci örneklem grubu: Toplam 46 denek ve bu deneklerin 46 yakınından oluşmaktadır. Denek grubunun oluşturulmasında, sadece hasta seçimi DSM III R kriterlerine bağlanmıştır; şizofren hastalar DSM III-R'a göre seçilmişlerdir.

Bu gruptaki, anne, baba eş kardeş ve çocuk konumunda bulunan, sırasıyla 20, 7, 14, 2 ve 3 kişiden toplam 46 yakına EE ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekteki itemler, yakınlar tarafından 27 şizofren, 19 şizofren olmayan denek göz önüne alınarak cevaplanmıştır. Tablo II'de EE ölçeği uygulanan yakınların bazı özellikleri verilmektedir.

TABLO-II

EE ÖLÇEGİ UYGULANAN YAKINLARIN, EGİTİM DÜZEYLERİ VE YAKINLIK DERECELERİNE GÖRE GURUPLARA DAGILIMI

| | YAKINLARIN EGİTİM DURUMU | | | | | anne n=20 | baba n=7 | eş n=14 | kardeş n=2 | çocuk ve di. n=3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OYD n=2 | IOM n=20 | OOM n=1 | LM n=9 | YOM n=14 | | | | | |
| szf. olmayan | | 6 | 1 | 4 | 8 | 7 | 1 | 7 | 2 | 2 |
| şizofren | 2 | 14 | | 5 | 6 | 13 | 6 | 7 | | 1 |

Yakınların yaşları 21-70 arasında değişmektedir. 46 yakının genelde yaş ortalaması 47.4±1.9 dur. Normallerin yakınlarının yaş ortalaması 43±3.4, şizofrenlerin yakınlarının yaş ortalaması ise 45.3±2.3 dür. Aradaki fark anlamsızdır (t=0.8, P=0.5) Eğitim düzeylerine göre dağılıma bakıldığında 20 yakının ilkokul düzeyinde bir yığılma gösterdiği dikkati çekmektedir.

Deneklerin yaş ortalaması ise 33.7±1.8 dir. Bu ortalama şizofren denekler için genelde 29.4±1.4, şizofren erkeklerde 29.7±1.9, kadınlarda 28.9±2.4 dür. Şizofren olmayan deneklerin yaş ortalaması ise 39.7±3.4 dür. Şizofren olanlarla olmayan deneklerin yaş ortalamaları arasında anlamlı fark vardır (t=3, P=0.004) Deneklerin cinsiyet, eğitim ve medeni duruma göre dağılımları Tablo-III'de verilmektedir.

TABLO-III

EE UYGULANAN GRUPTAKI DENEKLERİN CİNSİYET, EGİTİM VE MEDENİ DURUM GÖZ ÖNÜNE ALINDIGINDA GRUPLARA DAGILIMI

| n=46 DENEK GRUPLARI | CİNSİYET | | EGİTİM DÜZEYİ | | | | MEDENİ DU. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | erkek n=23 | kadın n=23 | İOM n=6 | OOM n=4 | LM n=17 | YOM n=19 | bekar n=24 | evli n=24 |
| TANI | | | | | | | | |
| şzf. olmayan | 6 | 13 | 4 | 1 | 3 | 11 | 5 | 14 |
| şizofren | 17 | 10 | 2 | 3 | 14 | 8 | 19 | 8 |

Buna göre deneklerin egitim durumları 19 kişi ile yüksek okul ve 17 kişi ile lise düzeyinde bir yıgılma göstermektedir. Bu örneklem grubundaki deneklerden şizofrenler için son 1 yıl içindeki belirlenen işlevsellik düzeyi İşlevselliğin Genel Degerlendirmesi Ölçegi (DSM III-R) ile derecelenmiştir. Bu işlem, anamnestik olarak elde edilen bilgiden hastaların, klinik açıdan son bir yıl içinde iyi ve kötü olarak belirlendiği dönemlerde bu ölçekten alabileceği puanların süre ağırlıklı ortalamaları alınarak yapılmıştır. Şizofren Erkeklerde 44.23±4.9, kadınlarda 48.9±6.8 bulunmuştur. Genelde ise ortalama 46.1±3.9 dur. Normal bir bireyin bu ölçekten alabileceği tavan puanın 100 olduğu düşünülürse bu puanların oldukça düşük bir eşlev düzeyine işaret ettiği görülmektedir. Şizofrenlerin hastalık sürelerinin alt sınırı 1 yıl üst sınırı 17 yıl olarak tespit edilmiştir. Bu sürelerin ortalaması 5.4±1.8 yıldır.

İkinci örneklem grubu: Toplam 111 denek ve bu deneklerin yakınlarından oluşmaktadır. Denek grubunun oluşturulmasında, sadece hasta seçimi DSM III R kriterlerine bağlanmıştır; şizofren hastalar DSM III-R'a göre seçilmişlerdir.

Bu gruptaki anne, baba, eş kardeş, çocuk/arkadaş konumunda olan 31, 14, 48, 10 ve 8 kişi olmak üzere toplam 111 yakın için 80 şizofren olmayan ve 31 şizofren deneğe LEE (Level of Expressed Emotion) ölçeği uygulanmıştır. Bu örneklem grubundaki deneklere ait özellikler Tablo IV'de verilmektedir.

TABLO-IV

GRUPLARA GÖRE CİNSİYET, EĞİTİM VE MEDENİ DURUMDAKİ DAĞILIM

| n=111 DENEK GRUPLARI | CİNSİYET | | EĞİTİM DÜZEYİ | | | | MEDENİ DU. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | erkek n=43 | kadın n=68 | İOM n=14 | DOM n=13 | LM n=33 | YOM n=51 | bekar n=56 | evli n=55 |
| TANI | | | | | | | | |
| şzf. olmayan | 24 | 56 | 13 | 10 | 21 | 36 | 36 | 44 |
| şizofren | 19 | 12 | 1 | 3 | 12 | 15 | 20 | 11 |

Bu tabloya göre 43'ü erkek, 68'i kadın olan deneklerin 56 sı evli 55'i bekardır. Eğitim durumların yüksek okul ve lise düzeyinde yığılma göstermektedir. Şizofren olmayan deneklerin yaş ortalaması 30±1 şizofrenlerin oluşturduğu alt grup içinde ise yaş ortalamaları erkeklerde 32.4±1.9,

kadınlarda 31.6±2.2 dür. Şizofrenlerin genelinde ise bu ortalama 32±1.4 bulunmuştur. Bu örneklem grubundaki deneklerden şizofrenler için son bir yıl içindeki işlevsellik düzeyi puan ortalamaları erkeklerde 46±6.4, kadınlarda 53.8±6.4 dür. LEE ölçeğinden alınan puan ortalamaları ise şizofren denekler için 25.8±1.9, şizofren olmayan denekler için 16.9±1.2 dir. Bu ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır. Hastaların hastalık süreleri 1-15 yıl arasında değişmektedir. Bu sürelerin ortalaması 5.2±2.1 dir.

Deneklerin LEE ölçeğini alırken göz önüne aldıkları yakınlarının yaşları 19-81 arasında değişmektedir. Şizofrenlerin yakınlarının yaş ortalaması ise 44.39±2.32, şizofren olmayan deneklerin yakınlarının yaş ortalaması 41±1.5 dur. Bu ortalamalar arasında fark bulunmamıştır (t=1.1, P=0.23). LEE ölçeği uygulanmış olan deneklerin yakınlarına ait bazı özellikler tablo V'de verilmektedir.

TABLO-V
YAKINLARIN AKRABALIK DERECELERI VE EGITIM DUZEYLERI GUZONUNE ALINDIGINDA DENEK GRUPLARINA DAGILIMLARI

| | YAKIN | | | | | YAKINLARIN EGITIM DUZEYI | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | anne n=31 | baba n=14 | eş n=48 | kardeş n=10 | çocuk arkadaş n=8 | OYD n=9 | IOM n=48 | OOM n=5 | LM n=15 | YOM n=34 |
| TANI | | | | | | | | | | |
| szf.olmayan | 19 | 7 | 38 | 8 | 8 | 6 | 30 | 4 | 11 | 26 |
| şizofren | 12 | 7 | 10 | 2 | | 3 | 18 | 1 | 4 | 5 |

Yakınların eğitim durumları, 48 kişi ile ilkokul ve 34 kişi ile yüksek okul düzeyinde yığılma göstermektedir.

b) Veri Toplama Araçları:

Bu çalışmada veri toplama araçları olarak iki ölçek, demografik özelliklere ve rahatsızlığa ait bilgileri almak üzere de bir soru formu kullanılmıştır. Ayrıca hastaların son bir yıl içindeki ortalama işlevsellik düzeyi derecelemesi için DSM III-R İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği kullanıldı (İGD). Ölçeklerden ilki, bu çalışma dahilinde geliştirilen ve yakınlara uygulanabilen "Expressed Emotion" (EE) ölçeği (Ek-I'de verilmektedir. İkincisi (Ek-II'de verilmektedir) Kanada'da Cole ve Kazarian tarafından 1988 geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan "Level of Expressed Emotion" ölçeğidir (LEE ölçeği) (Cole, 1988). Bu ölçeklerle ilgili bilgi Çalışma Süreci ve Bulgular kısmında ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

c) Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin analizi IBM PC+ için hazırlanmış "Statistical Package for Social Sciences (SPSS)" Programı ile yapılmıştır(Nie, 1986).

## 4.YÖNTEM VE ÇALIŞMA SÜRECİ

### I.EXPRESSED EMOTION (EE) ÖLÇEĞİ: BİR DENEME

Kişiler arası ilişkilerde, hasta yakınlarının, hastasını ve kendisini algılayışlarına dayanan bu ölçek ilişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu nitelemek ve ölçmek için EE kuram ve kavramlarından yola çıkarak hazırlanmıştır. En son formunda 41 item bulunmaktadır. "Eleştirici Oluş" (EO), "Düşmancıl Oluş" (DO), "Aşırı-İlgi-Koruyucu-kollayıcılık-müdahalecilik" (İKKM) olmak üzere kuramsal olarak 3 alt item grubuna sahiptir. Ölçekte olumlu tutumları ve hissedişleri betimleyen itemler olmasına karşın bunların cevapları ters olarak değerlendirmeye alındığından bu itemler EO ve DO grupları içine girmiştir. Bu ölçeği geliştirme çalışmalarının aşamaları aşağıda özetlenmiştir.

#### ITEM ÜRETİLMESİ

EE korelatlarını ve operasyonel tanımlarını bilen doktor ve psikolog 12 kişi item üretme sürecine katıldı. Ölçeğin son formundaki item sayısının (41) en az iki katı sayıda (Ferguson ve Takane 1989) üretilen yaklaşık 200 item EE literatürünü, kuram ve kavramlarını bilen

A.Ü.T.F Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalında çalışan 3'ü doktor 1'i psikolog 4 kişi tarafından değerlendirmeye alındı. EE korelatlarının operasyonel tanımlarına uymayan ve onları yansıtmayan itemlerle, belirsiz anlamları olan itemler elendi. 58 itemlik bir form elde edildi. Bu Form DO, EO, IKKM korelatları için yaklaşık 18'er item içermekteydi. İtemlerin hepsi, hayır, nadiren, bazen, çoğu zaman şeklindeki cevap formatına uygun biçimde hazırlandı.

ITEM SEÇIMI

58 itemden oluşan form 50 hasta yakınına uygulandı. Bu formun içi tutarlılığına bakıldı. İtemlerin ikiden fazla cevap seçeneğine sahip olmasından dolayı iç tutarlılığa Cronbach alfa yöntemi ile bakıldı. Güvenilirlik katsayısı 0.84 bulundu. Test-item korelasyonlarına bakılarak ikinci bir elemeye gidildi. Test-item korelasyon katsayısı (Product-moment) 0.20'in üzerinde olan yaklaşık 48 item bulundu. Cevapların bazan ve hayır seçenekleri üzerinde yığılma göstermeleri nedeniyle itemlerin dili doğru yanlış formatına uygun hale getirildi. En son form için item sayısı -özlerine sadık kalınarak- bazı değişikliklerle 41 iteme indirildi. Bu işlem son bir kez, tekrar eden ve yapıları uygun olmayan itemleri elemek için yapıldı. 41 sorudan 3., 8., 14., 28., 36., 38., 39., 40., ve 41. itemler ("Biz birbirimize

benziyoruz" gibi) cevapları ters olan olumlu itemlerdi. Diğer itemler 'D' işaretlendiğinde 1 puan alırken bu itemler 'Y' işaretlendiğinde 1 puan alacak şekilde seçilmişti. 41 itemden oluşan bu form 46 hasta ve denek yakınına uygulandı. İtemlerin cevapları doğru, yanlış şeklinde olduğu için iç tutarlılık Kuder Richardson-20 formülü ile araştırıldı. Güvenilirlik katsayısı 0.893 gibi yüksek bir değerde bulundu. İtemler arası korelasyonlara bakıldı. Temel bileşenler faktör analizine tabii tutuldu. Keiser normalleştirme ölçütüne göre 12 faktör elde edildi. Bu 12 faktörden ilk 2 faktör toplam varyansın %42.8'ine sahipti geri kalan 10 faktörün tek tek varyansa katkıları çok düşüktü. Bu yüzden 2 faktöre yüklenmeye bakıldı. "Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyorum ve öfkeleniyorum", "Ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor", "O olmasa bütün işler yoluna girecek", "O benim hayatımı yaşamama engel oluyor", "Onunla uyuşamıyoruz", "Onun varlığı beni deli ediyor", "Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum" gibi itemler bir faktör altında "Onunla ilgili herşeyi kendine özel şahsi meseleleri bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum", "Ona sık sık öğüt veriyorum", "Onun üstüne titrerim", "Onun herşeyiyle ilgilenmek bana zevk veriyor", "Ona en ufak birşey olacak diye endişeleniyorum", "Onun benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum" gibi itemler de ikinci faktör altında toplandı

(Ek III). İtem seçimi aşamasında düşmancıl ve eleştirel oluşu tartan sorular faktör 1'e, aşırı ilgi-koruyuculuk-kollayıcılık-müdahaleciliği tartan sorular ise faktör 2'ye yüklenme göstermişlerdir. Eleştirel ve düşmancıl oluşla 29 item, aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı-müdahaleci oluş ile 12 item korele gözükmektedir. İlk faktöre yüklenme gösteren 4 itemin (örneğin "Onun hasta olduğuna inanmıyorum") bu faktörle korelasyonları düşüktür. İkinci faktörle de düşük korelasyon gösteren 2 item vardır. Diğer itemlerin korelasyonları yaklaşık orta ve ortanın üzerinde gözükmektedir. EO ile DO'nun birleşmesi ile ortaya çıkan Eleştirici-Düşmancıl Oluş (EDO) ve Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik alt skalaları için Kuder Richardson-20 formülü ile yapılan analizler sonucunda güvenilirlik katsayıları sırası ile 0.92 ve 0.82 bulunmuştur. Ölçeğin bütünü ve alt skalalar için yapılan, şizofren olmayan deneklerin yakınlarının cevaplamasına uygun olmayan hastalıkla ilgil itemler güvenilirlik analizleri dışında tutulmuştur.

## II.EXPRESSED EMOTION DÜZEY (LEE) ÖLÇEĞİ

"Level of Expressed Emotion" (LEE) ölçeği hasta için önemli olan biri ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini derecelemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek EE kuramcılarının tanımladıkları kuramsal çatı temeline oturmaktadır. 60 itemden

oluşan skala'nın hasta yakınının hastaya karşı tutum ve tepki biçimlerini değerlendiren Intrusiveness (Dalıcılık-müdahalecilik=DM), Emotional Response (Duygusal Tepki=DT), Attitude Toward Illness (Hastalığa karşı tutum=HT) ve Tolerance/Expectations (Hoşgörü/Beklenti=HB) olmak üzere dört alt skalası vardır. Ölçek oldukça geniş çaplı bir psikometrik süreç içinde ele alınmış ve geliştirilmiştir. 85 normal, 18 şizofren deneğe uygulanmış güvenilirlik açısından Kuder-Richardson Formulü ile iç tutarlılığa bakılmış güvenilirlik katsayısı 0.95 bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirliği ise skalanın bütünü için 0.81 gibi yüksek bir değerde çıkmıştır. Aşırı koruyucu-kollayıcılığı, eleştirel tutumları, ve bakım eksikliğini ölçen kullanılan başka bir test (IRP, Influential Relationships Questionnaire) ile parelel uygulanarak geçerliliği araştırılmış ve bu iki skala arasındaki korelasyonun 0.86 olduğu bulunmuştur (Cole, Kazarian, 1988).

UYARLAMA ÇALIŞMASI: Yarı uyarlama çalışması denebilecek bu süreçte şu aşamalardan geçilmiştir. 60 itemden oluşan. Kanada'da Cole ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bu ölçekdeki itemler, İyi düzeyde İngilizce bilen ve konuya aşinalığı olan 5 kişiye verilmiş çevirileri yaptırılmıştır. Elde edilen çeviriler, EE kuram ve kavramlarına, operasyonel tanımlarına göre gözden

geçirilmiş, itemlerin Türkçe karşılıkları üzerinde karar kılınmıştır. Türkçeden tekrar İngilizceye çevirilerinde orjinali ile uyumlu görülen Türkçe itemler alınmış, uyumsuz itemler ise tekrar değerlendirilmiş, dahil oldukları alt skalaların tanımlarına uyumu da göz önü alarak en yakın Türkçe karşılıkları kabul edilmiştir.

Türkçe'ye çevirisi yapılan bu ölçek yazarlardan izin alınarak 31 şizofren hastaya ve (psikotik olmayan) 22 nevrotik hastaya ve 58 normal deneğe uygulanmıştır. Bu ölçeğin güvenilir olup olmadığını anlamak için iç tutarlılığına Kuder-Richardson 20 formülü ile bakılmış ve tüm skala için güvenilirlik 0.93 gibi oldukça yüksek bir değerde bulunmuştur. Dalıcılık-Müdahalecilik, Duygusal Tepki, Hastalığa Karşı Tutum, Hoşgörü/Beklenti alt skalaları için güvenilirlik sırasıyla 0.8, 0.8, 0.82, 0.83 gibi yüksek değerlerde bulunmuştur. Bu ölçeğin bütünü (LEETOP.), DM, DT, HT, HB alt skalaları, EE ölçeğinin bütünü (EETOP.) DO+EO, İKKM alt skalaları, işlev düzeyleri arasındaki korelasyonlar topluca EK-IV'de gösterilmiştir.

## III. BULGULAR

Araştırmanın 27'si şizofren yakını olmak üzere toplam 46 yakın ile çalışılan bu bölümünde yakınlara uygulanan EE ölçeklerinden alınan puan ortalamaları tanı gruplarına göre tablo VI'da verilmektedir.

TABLO-VI
TANI GRUPLARINA VE CINSIYETE GÖRE EE ÖLÇEĞINDEN ALINAN PUANLARIN ORTALAMALARI

| TANI GR. | ort. | St.H. | ERKEK ort. | ERKEK st.H. | KADIN ort. | KADIN st.H. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| şzf. olmy. | 12.16 | 1.87 | 14.34 | 3.52 | 9.88 | 2.00 |
| şizofrenl. | 17.26 | 1.67 | 18.12 | 1.91 | 15.88 | 3.23 |

Şizofrenlerin yakınlarının ve şizofren olmayan deneklerin yakınlarının almış oldukları puan ortalamaları sırasıyla 17.26+1.67 ve 12.16+1.87 dir; Bu iki ortalama arasında fark vardır. Bu fark istatistiki olarak anlamlıdır (t=2.1, p=0.042). Şizofren hastaların cinsiyetleri göz önüne alındığında ise puan ortalamaları erkekler için 18.21+1.91 (n=17), kadınlar için 15.8+3.23 (n=10) dir ve aradaki fark istatistiki olarak anlamsızdır (t=0.66, p=0.51). Şizofren olmayan denekler için cinsiyete göre puan ortalamalarının farkına sayı yetersiz olduğu için bakılmamıştır.

EE ölçeği uygulanan grupta erkek şizofrenler için işlevsellik düzeyi puan ortalaması 44.23+4.87 (n=17), kadın şizofrenler için 48.89+6.76 (n=10) dır. Bu iki ortalama arasında fark gözükmektedir ancak bu fark istatistik olarak anlamsızdır (t= 0.57,p=0.58).

Hasta yakınlarının EE ölçeğinden almış oldukları puanlarla, şizofren hastaların son bir yıl içindeki işlev düzeyleri arasında ilişki basit korelasyon yöntemi ile araştırılmıştır. Bu istatistik değerlendirmeye son bir yıl içinde ilaç kullanımında belirgin aksamaları olan ve hastalığın gidişine etki eden bir yaşam olayı bildiren 5 hasta alınmamıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda korelasyon katsayısı r=-.64 (P= .001) gibi ortanın üzerinde bir değerde saptanmıştır.

31'i şizofren hasta olmak üzere toplam 111 denek ve yakınları ile çalışılan, ikinci bölümde ise, deneklere uygulanan LEE ölçeklerinden alınan puan ortalamaları tanı gruplarına ve cinsiyete göre tablo VII'de verilmektedir.

TABLO-VII
TANI GRUPLARINA VE CINSIYETE GORE EE OLÇEGINDEN ALINAN PUANLARIN ORTALAMALARI

| TANI GR. | ort. | St.H. | ERKEK ort. | ERKEK st.H. | KADIN ort. | KADIN st.H. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| şzf. olmy. | 15.90 | 1.20 | 13.60 | 1.55 | 17.98 | 2.50 |
| şizofrenl. | 25.84 | 1.93 | 25.47 | 2.41 | 26.42 | 3.36 |

LEE ölçeğinden şizofrenlerin ve şizofren olmayan deneklerin almış oldukları puanların ortalamaları sırasıyla 25.84±1.93, 16.9±1.2 dir. Şizofrenlerle şizofren olmayanlar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (t=3.69, P=0).

LEE ölçeği uygulanan grupta erkek şizofrenler için işlevsellik düzeyi puan ortalaması (Normal bir kişi için 100 iken) 46.00±6.40 (n=19), kadın şizofrenler için 53.75±6.46 (n=12) dir. Bu iki ortalama arasında fark gözükmektedir ancak bu fark istatistik olarak anlamsızdır (t=0.8, p=0.43).

Hastaların LEE ölçeğinden almış oldukları puanlarla, şizofren hastaların son bir yıl içindeki işlev düzeyleri arasında ilişki basit korelasyon yöntemi ile araştırılmıştır. Bu istatistik değerlendirmeye son bir yıl içinde ilaç kullanımında belirgin aksamaları olan ve hastalığın gidişine etki eden bir yaşam olayı bildiren 13 hasta alınmamıştır. İstatistik değerlendirme sonucunda korelasyon katsayısı r=-.30 (P= .110, n=18) gibi düşük bir değerde bulunmuş ancak olasılık düzeyi vaka sayısının azlığına işaret etmektedir.

Tüm örneklemde şizofren grup içine giren deneklerin son bir yıl içindeki işlev düzeyleri erkeklerde 42.5±4.83, kadınlarda 53.7+5.7 dir. Bu ortalamalr arasındaki fark

istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (t=1.42, P=0.16).

Araştırmanın her iki bölümünde de amaçlar çerçevesi içinde kalınmaya çalışıldı ve iyi kontrol edilmediği düşünülen değişkenlerle (Medeni durum gibi) başka istatistik analiz yapılmadı.

## 5. TARTIŞMA

Daha önce de bahsedildiği gibi bu çalışma kişiler arası ilişkilerde algılanan EE düzeylerini değerlendirmek üzere ölçek geliştirme ve uyarlama denemeleri için yapıldı. Üzerinde çalışılan ölçeklerden her ikisi de klasik EE ölçme aracı CFI'ın esas aldığı EE kuramına, kavramlarına ve yapılarına dayanmaktadır. Ölçekler, popülasyonda bu kurama, kavramlarına ve yapılarına uygun düşen tutum, davranış, duygulanım modlarının itemlerde önceden tariflenmesi ile oluşturulmuştur. Beklenen şey tek bir bireyin bu modlarda kendi patternini yakalamasıdır. Bu yöntemin genelde ayırıcı en önemli özelliği, tutum, davranış ve duygulanımların bu itemler yolu ile kişilerin kendileri tarafından değerlendiriliyor oluşudur. Yani bireyin kendisini ve diğerlerini kişiler arasın planda algılayışı bu yöntemde önemlidir.

Yakınlara uygulanan EE ölçeği ile hastalara (deneklere) uygulanan LEE ölçeğinin geliştirme ve uyarlama çalışmaları Çalışma Süreci ve Bulgular kısmında verilmiştir. pilot bir çalışmada 50 hasta yakını ile yapılan çalışma sonucunda ortaya çıkan 41 itemlik EE ölçeği için 31 hasta

ve normal yakını ile çalışılmış güvenilirlik katsayısı 0.893 bulunmuştur. Bu ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığı olduğunu göstermektedir. Bu güvenilirlik düzeyi ve itemlerin tek tek hem testin bütünü ve hem de alt skalaları ile göstermiş oldukları korelasyonlara bakıldığında bu ölçeğin -ölçtüğü şeyin ne olduğu ve ne anlama geldiği söylenemese de- tutarlı olduğu ve ölçme yapabildiğini söylemek mümkündür. Ölçeklerin ölçtüğü şeyin ne olduğu ve ne anlama geldiğinin araştırılması için çeşitli yöntemler vardır. Bu araştırmada ortalama fonksiyonel düzey açısından geriye dönük bizce pratikte daha önemli olan yordayıcı geçerlilik araştırılmıştır. Literatürde EE'nin yordayıcılığı konusundaki tüm çalışmalarda aslında relapslar göz önüne alınmaktadır. Fonksiyonel düzeyi kullanan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada ise hastaların son bir yıl içindeki ortalama fonksiyon düzeyleri esas alınmıştır. Bu yolla, hasta ve yakınlarından geçmişe dönük bilgi alınırken relapsların belirlenmesindeki güçlüğü aşmak amaçlanmıştır. Ayrıca böyle bir yöntemin, daha ilerde bazı tedavilerin devreye sokulduğu yapılabilecek kontrollu ileriye dönük çalışmalarda, takiplerdeki kesitsel EE ve fonksiyon düzeyi korelasyonlarını izlemek açısından daha kullanışlı olacağı düşünülmüştür. Bunun için hastaların son bir yıl içindeki fonksiyon düzeyleri ile yakınlara uygulanan bu ölçeğin bütününden alınan puanlar arasındaki

korelasyona bakılmıştır. Bulunan deger r=-0.64 dür (n=22, p=0.001). Bu deger ortanın üstünde bir korelasyona işaret etmektedir. Ölçegin bütününden alınan puan arttıkça yakınların hastalarının fonksiyon düzeyleri düşmektedir.

LEE ölçegi için yapılan uyarlama çalışmasında ise ölçegin güvenilirligi orjinal çalışmadaki degere yakın 0.93 gibi bir degerde çıkmıştır. 111 hasta ve denekle yapılan istatistiki analiz sonucu bu ölçegin de iç tutarlılıgı olan ve birkaç itemin dışında test item korelasyonları iyi sonuç veren bir ölçek oldugu görülmüştür. Bu ölçegin de ölçme yapabildigini söylemek mümkündür. Bu ölçek için yapılan yordayıcı geçerlilik çalışmasında ise elde edilen deger r=-0.30 gibi bir degerdir. Ancak 18 hastanın katıldıgı bu istatistik degerlendirmede bu sonucun olasılık degeri uluslararasıkabul edilen anlamlılık P=0.05 düzeyinin üzerindedir (P=0.11). Bu, analize alınan hasta sayısının bu analiz için artırılması gerekliligine işaret etmektedir. Bu yüzden şimdilik bu ölçegin yordayıcılık açısından geçerli olup olmadıgını söylemek bu yöntemle mümkün degildir. Ancak EE ölçegi ile parelel olup olmadıgına her iki ölçegin uygulandıgı ikililerde (yakın-denek) bakıldıgında korelasyonun r=0.48 (n=22, p=0..1) gibi orta düzeyde oldugu görülmektedir. Bu aslında aynı şeyi ölçtügü düşünülen iki test için düşük sayılabilecek

bir korelasyondur. Ancak ölçeklerin, aynı şey için farklı kişilere (yakınlara ve hastalara) uygulanmış olduğu ve bu araştırmada iyi kontrol edilemeyen algılamayı bozan psikotik bir hastalık gibi bir değişkenin varlığı düşünüldüğünde yine de bu değerin iyi bir değer olduğu sonucuna varabiliriz. Bu sonuç bize, başka bir görüş açısından bakıldığında, hastaların hastalıklarına rağmen bu konuda yine de yakınları ile benzer algılamalara sahip olduğu fikrini de verebilir.

Çalışmada yapılan sadece birkaç istatistik değerlendirmede analize dahil olan denek ve hasta sayısı yeterli değildir. Bu durum korelasyonlarda P değerlerinin 0.05 in üzerinde çıkması ile belirlenmiştir. Bunun dışında bu ölçekler için, yapılanın bir standardizasyon çalışması olmadığı göz önüne alındığında ve bu çalışma kapsamiçiçinde düşünüldüğünde örneklem büyüklüğü yeterlidir. Ancak uygulamadaki gelenek, özellikle EE ölçeğinin uygulandığı örneklemin büyütülmesini gerektirebilir. Karşılaştırmalı bir çalışmada CFI ile (LEE ölçeğinin orjinali içinde yapılmadığı bildirilmektedir) yapı geçerliliğinin araştırılamamış oluşu ölçeklerin zayıf yanını oluşturmaktadır.

Bulgular kısmında da bahsedildiği üzere EE ölçeğinden şizofren yakınların almış oldukları puanların ortala-

ması (17.26) EE ölçeği uygulanan diğer yakınların puan ortalamasından (12.16) yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiki olarak anlamlıdır. LEE ölçeğinde de benzer bir sonuç alınmıştır. Bu ölçekle şizofren bireylerden elde edilen puanların ortalaması (25.84) ile normallerden elde edilen puanların ortalaması (15.82) arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum Vaughn ve Leff'in "Şizofrenik aile üyesinin patolojik davranışlarına karşı yakınlarda ortaya çıkan tutum ve tavırların ve başa çıkma tepkilerinin bir göstergesidir" şeklindeki EE tanımı ile uyumludur. Şizofrenlerin islev düzeylerinin düşük olması (42.5) büyük olasılıkla bu farklılığa katkıda bulunmaktadır. Şizofrenlerde cinsiyet göz önüne alındığında EE ölçeğinden alınan puanlarda fark vardır. Bu fark anlamlı olmasa da erkeklerin almış oldukları puanların ortalaması daha yüksektir. Bu sonuç da erkeklerin bir risk gurubu oluşturduğunu (Vaughn ve Leff, 1976b) ve yakınların toplumsal roller açısından erkeklerden daha fazla beklenti içinde olduklarına (Goldstein) işaret edebilir. Bu durum literatür bilgisi ile olduğu kadar aslında klinik gözlemlerimizle de uyumludur. Buna karşın LEE ölçeğinden elde edilen puanların ortalamasında böyle bir fark kadınlar lehinedir. Temkinli olarak kadınların bu konuda kişiler arası planda algılayışlarının daha farklı ve duyarlılıklarının daha fazla olduğu söylenebilir. Bu veri yaşam

olayları konusunda kliniğimizde psikiyatrik rahatsızlıklarda yapılan bir başka çalışmadaki kadınların akut stress yaratan yaşam olaylarını erkeklere göre daha fazla bildirmeleri sonucu ile de uyumlu gibi gözükmektedir (Berksun, 1991).

Günümüzde, şizofrenide relapsların önlenmesi için yapılan ilaç tedavilerinin önemi inkar edilemez. Ancak ilaç tedavilerinin de tek başlarına yeterli bir tedavi şekli olmadığı bilinmektedir. İlaç tedavilerine ek bazı müdahalelerin gerekliliği yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu alanda ev ortamındaki duygusal atmosferin düzeltilmesine dönük aile tedavileri ve eğitsel bazı yöntemler denenmekte ve iyi sonuçlar alınmaktadır (Berkowitz 1990;Hogarty,1986;Levene, 1990). Ülkemizde de bu alanda yürütülen bazı uygulamalar vardır. Kliniğimizdeki psikotik ailelerle yürütülen tedaviler buna en güzel örnektir. Ancak yine de önceden risk altında olan hastaların belirlenmesi, bu tedavilerin kontrollu ve daha sağlıklı yürümesi açısından önem kazanmaktadır. Bu risk gruplarını belirlemede EE düzeylerinin ölçülmesi bugün için sonderece önemli gözükmektedir. Bu alanda pratik ölçme araçlarına ihtiyaç vardır. Bu çalışma bu sebeple düzenlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda, araştırmaya konu olan her iki ölçeğin güvenilirlikleri, parelellikleri, ve geriye dönük yordayıcılıkları (özellikle EE ölçeği için) göz önüne alındığında bu ölçeklerin en azından bu

aşamada, ileride yapılabilecek prospektif bir izleme çalışmasında da iyi sonuç verebileceği düşünülmüştür.

EK-I

EE ÖLÇEGI

AdıSoyadı:.....Yaş:.....Eğitim:.....Meslek.....
Medeni hal:.....Hastaya yakınlığı:.....
Hastanın adı soyadı:..... Hastanın eğitimi.....
Hastanın Mesleği:.....Hastanın Medeni hali:.....
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 işaretleyin. Bunu yaparken son 1 yılınızı düşünün.

(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 meseelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.

(D) (Y) 6-Onun varlığı beni deli ediyor.

(D) (Y) 7-Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.

(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 herşeyiyle ben ilgilenirim.

(D) (Y) 13-Ona kırılıyor güceniyorum.

(D) (Y) 14-Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.

(D) (Y) 15-Onun üstüne titrerim.

(D) (Y) 16-Onunla birlikteyken başka birşeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor.

(D) (Y) 17-O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.

(D) (Y) 18-Dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum o hasta oldu diye.

(D) (Y) 19-Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.

(D) (Y) 20-Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.

(D) (Y) 21-Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.

(D) (Y) 22-Ona en ufak birşey olacak diye endişeleniyorum.

(D) (Y) 23-Onun herşeyiyle ben ilgileniyorum.

(D) (Y) 24-Ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor.

(D) (Y) 25-Huzursuz ve keyfsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum.

(D) (Y) 26-Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onunla sıkıntı çekiyorum.

(D) (Y) 27-Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.

(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 hiçbirşey 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) 15-Onun üstüne titrerim.

(D) (Y) 16-Onunla birlikteyken başka birşeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor.

(D) (Y) 17-O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.

(D) (Y) 18-Dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum o hasta oldu diye.

(D) (Y) 19-Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.

(D) (Y) 20-Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.

(D) (Y) 21-Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.

(D) (Y) 22-Ona en ufak birşey olacak diye endişeleniyorum.

(D) (Y) 23-Onun herşeyiyle ben ilgileniyorum.

(D) (Y) 24-Ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor.

(D) (Y) 25-Huzursuz ve keyfsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum.

(D) (Y) 26-Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması içinonunsıkıntıkazediyorum.

(D) (Y) 27-Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.

(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 hiçbirşey 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.

EK-II

LEE ÖLÇEGI

Adınız Soyadınız:.....Yakınınız :.....
Yaşınız :.....Yakınınızın yaşı:.....
Eğitiminiz :.....Eğitimi :.....
Medeni Haliniz :.....Mesleği :.....
Mesleğiniz :.....Birliktemi oturuluyor:.....
İlaç kullanımı :Düzenli() Kısmen düzenli() Düzenli değil()
Yaşam olayı :Var() Yok()

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler 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.

(D) (Y) 1-Bazan konuşmak istemezsem eğer, beni anlar (zorlamaz).

(D) (Y) 2-Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.

(D) (Y) 3-Benim kendime ait kontrolümü o yitirdiğimi söyler.

(D) (Y) 4-Beklentilerini doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.

(D) (Y) 5-Ben konuşurken müdahale etmez.

(D) (Y) 6-Benim sinirlerimi bozmaz.

(D) (Y) 7-İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.

(D) (Y) 8-Beklentilerini doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur.

(D) (Y) 9-Bana karşı aşırı bir koruyucu kollayıcılığı yoktur.

(D) (Y)10-Kendimı iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.

(D) (Y)11-Hasta veya keyfsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.

(D) (Y)12-Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.

(D) (Y)13-Herzaman müdahalecidir.

(D) (Y)14-Birşeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.

(D) (Y)15-Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan yardım aramam için cesaret verir.

(D) (Y)16-Ona birçok sorun yarattığımı düşünmez.

(D) (Y)17-Birşeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.

(D) (Y)18-İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.

(D) (Y)19-Keyfsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.

(D) (Y)20-Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.

(D) (Y)21-Yanımdan ayrılmamak sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.

(D) (Y)22-Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.

(D) (Y)23-Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.

(D) (Y)24-Keyfsiz-huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.

(D) (Y)25-Beni çaresizliğimve bunalımımla öylecebir kenarda bırakır.

(D) (Y)26-Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.

(D) (Y)27-Sorunlarımı ondan öc almak için yarattığımı söyler.

(D) (Y)28-Benim özelliklerimi (özelliklerimin sınırlarını), neyi becerip beceremiyeceğimi bilir.

(D) (Y)29-Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.

(D) (Y)30-Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.

(D) (Y)31-Hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.

(D) (Y)32-Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.

(D) (Y)33-Herzaman işlerime burnunu sokar.

(D) (Y)34-Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.

(D) (Y)35-Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.

(D) (Y)36-İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.

(D) (Y)37-Hakkımda herşeyi mutlaka öğrenmek ister.

(D) (Y)38-O Yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.

(D) (Y)39-İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.

(D) (Y)40-Birşeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.

(D) (Y)41-Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.

(D) (Y)42-Bana sebepsiz yere öfkelenir.

(D) (Y)43-Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.

(D) (Y)44-Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.

(D) (Y)45-Benimle [illegible] karşı.

(D) (Y)46-Zor (stress yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.

(D) (Y)47-Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumumu merak eder ve anlamak ister.

(D) (Y)48-Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.

(D) (Y)49-Hayatıma burnunu sokmaz.

(D) (Y)50-İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.

(D) (Y)51-Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.

(D) (Y)52-Benden çok fazla şey bekler.

(D) (Y)53-Şahsıma ait çok özel konularda cok soru sormaz.

(D) (Y)54-İşler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir.

(D) (Y)55-Kendimi iyi hissetmediğim zaman, O bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.

(D) (Y)56-Ben birşeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir..

(D) (Y)57-Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdan etmezsem huzursuz olur.

(D) (Y)58-İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.

(D) (Y)59-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir destek olur.

(D) (Y)60-Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.

EK-III

## EE ÖLÇEGİ İÇİN FAKTÖR YÜKLENMESİ

| | FAKTÖR 1 | FAKTÖR 2 |
|---|---|---|
| İTEM 1 | 0.49 | -0.30 |
| İTEM 2 | 0.13 | -0.89 |
| İTEM 3 | 0.68 | -0.02 |
| İTEM 4 | -0.17 | 0.50 |
| İTEM 5 | 0.13 | 0.61 |
| İTEM 6 | 0.63 | 0.11 |
| İTEM 7 | 0.23 | -0.81 |
| İTEM 8 | 0.63 | -0.35 |
| İTEM 9 | 0.08 | 0.56 |
| İTEM 10 | 0.72 | 0.08 |
| İTEM 11 | 0.67 | -0.16 |
| İTEM 12 | 0.09 | 0.72 |
| İTEM 13 | 0.69 | -0.00 |
| İTEM 14 | 0.74 | -0.04 |
| İTEM 15 | 0.03 | 0.47 |
| İTEM 16 | 0.22 | 0.46 |
| İTEM 17 | 0.73 | 0.09 |
| İTEM 18 | 0.21 | -0.79 |
| İTEM 19 | 0.69 | -0.39 |
| İTEM 20 | 0.48 | -0.04 |
| İTEM 21 | 0.15 | 0.22 |
| İTEM 22 | 0.08 | 0.60 |
| İTEM 23 | 0.19 | 0.67 |
| İTEM 24 | 0.66 | 0.14 |
| İTEM 25 | 0.54 | 0.05 |
| İTEM 26 | 0.36 | 0.31 |
| İTEM 27 | 0.19 | -0.82 |
| İTEM 28 | 0.54 | 0.24 |
| İTEM 29 | 0.48 | 0.03 |
| İTEM 30 | 0.85 | 0.02 |
| İTEM 31 | 0.15 | 0.45 |
| İTEM 32 | 0.50 | 0.24 |
| İTEM 33 | 0.75 | -0.12 |
| İTEM 34 | 0.79 | 0.14 |
| İTEM 35 | 0.51 | 0.21 |
| İTEM 36 | 0.05 | 0.13 |
| İTEM 37 | -0.32 | 0.41 |
| İTEM 38 | 0.37 | -0.37 |
| İTEM 39 | 0.71 | -0.05 |
| İTEM 40 | 0.19 | -0.84 |
| İTEM 41 | 0.54 | -0.35 |

## EK-IV

### HER İKİ ÖLÇEĞİN BÜTÜNÜ, ALT SKALALARI VE HASTALARIN İŞLEV DÜZEYLERİ ARASINDAKİ KORELASYONLA

| İŞLEV | EETOP. | LEETOP | DO+CO | İKKM | DM | DT | HT | HB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| İŞLEV | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | | | | | | | |
| EETOP. | -.6413<br>( 22)<br>P= .001 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | | | | | | |
| LEETOP. | -.3041<br>( 18)<br>P= .110 | .4840<br>( 22)<br>P= .011 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | | | | | |
| DO+CO | -.6036<br>( 22)<br>P= .001 | .9217<br>( 45)<br>P= .000 | .5185<br>( 22)<br>P= .007 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | | | | |
| İKKM | -.3568<br>( 22)<br>P= .052 | .5084<br>( 45)<br>P= .000 | .0429<br>( 22)<br>P= .425 | .1757<br>( 46)<br>P= .121 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | | | |
| DM | .0754<br>( 18)<br>P= .383 | -.0921<br>( 22)<br>P= .342 | .7281<br>( 111)<br>P= .000 | -.0482<br>( 22)<br>P= .416 | -.1277<br>( 22)<br>P= .286 | 1.0000<br>( 0)<br>P= .P= | | |
| DT | -.0188<br>( 18)<br>P= .471 | .4998<br>( 22)<br>P= .009 | .8699<br>( 111)<br>P= .000 | .4813<br>( 22)<br>P= .012 | .1725<br>( 22)<br>P= .221 | .4685<br>( 111)<br>P= .000 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . | |
| HT | -.5072<br>( 18)<br>P= .016 | .5199<br>( 22)<br>P= .007 | .8374<br>( 111)<br>P= .000 | .5862<br>( 22)<br>P= .002 | -.0232<br>( 22)<br>P= .459 | .4149<br>( 111)<br>P= .000 | .6539<br>( 111)<br>P= .000 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . |
| HB | -.5496<br>( 18)<br>P= .009 | .6164<br>( 22)<br>P= .001 | .9282<br>( 111)<br>P= .000 | .6359<br>( 22)<br>P= .001 | .1126<br>( 22)<br>P= .309 | .5458<br>( 111)<br>P= .000 | .8031<br>( 111)<br>P= .000 | .7715<br>( 111)<br>P= .000 | 1.0000<br>( 0)<br>P= . |

**Not: Gözlerde en üstte bulunan sayılar korelasyonları, ikinci sıradakiler analize giren denek sayılırını, üçüncü sıradakiler olasılıkları göstermektedir.**

## KAYNAKLAR

Andreasen N.C. (1985) Positive and Negative Schizophrenia: A Critical Evaluation. Schizophrenia Bulletin, 11:380-389

Arieti S.(1974) Interpretation of Schizophrenia. İkinci baskı, Basic Books Inc., New York.

Baker B., Helmes E., Kazarian S.S.(1984) Past and Present Perceived Attitudes of Schizophrenics in Relation to Rehospitalization. British Journal of Psychiatry, 144: 263-269

Barrelet L., Ferrero F., Szigethy L., Giddey c., Pellizer G.(1990) Expressed Emotion and First-Admission Schizophrenia. Nine-Month Follow-up in a French Cultural Environment. British Journal of Psychiatry, 156:357-362

Barrowclough C., Tarrier N., Watts S., Vaughn C., Bamrah J.S., Freeman H.L.(1987) Assessing the Functional Value of Relatives' Knowledge about Schizophrenia: A Preliminary Report. British Journal of Psychiatry 151:1-8

Barrowclough C., Tarrier N.(1984) 'Psychosocial' Interventions with Families and Their Effects on the Course of Schizophrenia: A Review. Psychological Medicine, 14:629-642

Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J.(1956) Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science, 1:251

Berksun O.B.(1991) Psikiyatrik Rahatsızlıklar ve Presipitan Faktör olarak Yaşam Olayları. Türk Psikiyatri Dergisi, 2(2):141-145

Berkowitz R., Shavit N., Leff J.P. (1990) Educating Relatives of Schizophrenic Patients. Soc Psychiatr. 25:216-220

Berkowitz R., Kuipers L., Eberlein-Fries R., Leff J.(1989) Lowering Expressed Emotion in Relatives of Schizophrenics. Goldstein M.J. (ed) New Developments in Interventions With Families of Schizophrenics Jossey-Bass, San Francisco

Bland R.(1989) Understanding Family Variables in Outcome Research in Schizophrenia. Australian and New Zealand J. Psychiatr. 23:396-402

Brooker C.(1990) Expressed Emotion and Psychosocial Intervention: A Review. Int. J. Nurs. Stud., 27:267-276

Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K.(1972) Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. British J Psychiatry, 121: 241-258

Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G.G(1958) The Post-Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients. Lancet, 2:685-689

Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K(1962) Influence of Family Life on the Course of

Schizophrenic Illness. British J Preventive Soc. Med., 16:55-68

Brown G.W., Rutter M.(1966) The Measurement of Family Activities and Relationships: Methodological study. Human Relations, 19:241-263

Carpenter W., Heinrichs D., Alphs L. (1985) Treatment of Negative Symptoms. Schizophrenia Bulletin, 11:440-452)

Cole J.D., Kazarian S.S.(1988) The Level of Expressed Emotion Scale: A New Measure of Expressed Emotion. Journal of Clinical Psychology 44(3):392-397

Falloon R.H., Boyd J.L., McGill C.N., Razani J., Moss H.B., Gilderman A.H.(1982) Family Management in Prevention of Execerbations of Schizophrenics: A Controlled Study. New England J Medicine 306:1437

Ferguson G.A., Takane Y.(1989) Statistical Analysis in Psychology and Education. Altıncı baskı. McGraw Hill Book Co., Singapore

Fromm-Reichmann, F.(1948) Notes on the Development of Treatment of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy. Psychiatry, 11:263-273

Gift T, Cole R., Wynne L.(1986) An Interpersonal Measure of Hostility Based on Speech Context. Psychiatry Research 6:87-93

Goldberg S.C.(1985) Negative and Deficit Symtoms Do Respond to Neuroleptics. Schizophrenia Bulletin, 11:453-456

Goldstein M.J.(1985) Family Factors that Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disordes: The Results of A Fifteen Year Prospective Longitudinal Study. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum No 319, 71:7-18

Greenman, D.A., Gunderson J.G., Canning D.(1989) Parents' Attitudes and Patients' Behavior: A Prospective Study. American J. Psychiatry, 146:226-230

Goldstein J.M., Kreisman D.(1988) Gender, Family Environment an Schizophrenia. Psychological Medicine, 18:861-872

Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javna C.D., Madonia M.J.(1986) Family Psychoeducation, Social Skills Training, and Maintenance Chemotherapy in the Aftercare Treatment of Schizophrenia: One-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and Expressed Emotion. Arch Gen Psychiatry 43:633-642

Hooley J.M.(1985) Expressed Emotion: A Review of the Critical Literature. Clinical Psychology Review, 5:119-139

Hooley J.M., Orley J., Teasdale J.D.(1986) Levels of Expressed Emotion and Relapse in Depressed Patients. British Journal of Psychiatry, 148:642-647

Jackson H.J., Smith N., McGorry P.(1990) Relationship Between Expressed Emotion and Family Burden in Psychotic Disorders: An Exploratory Study. Acta Psychiatr Scand, 82:243-249

Karno M., Jenkins, J.H., Selva A., Santana F., Telles C., Lopez S., Mintz J.() Expressed Emotion and Schizophrenic Outcome Among Mexican-American Families. Reprint

Kreisman D., Blumenthal R., Borenstein M., Woerner M., Kane J., Rifkin A., Reardon G.(1988) Family Attitudes and Patient Social Adjustment in a Longitudinal Study of Outpatient Schizophrenics Receiving Low-Dose Neuroloptics: The Family's View. Psychiatry, 51:3-13

Kuipers L.(1979) Expressed Emotion: A Review. British J Soc and Cli Psycho, 18:237-243

Kuipers L., Bebbington P.(1988) Expressed Emotion Research in Schizophrenia: Theoretical and Clinical Implications. Psychological Medicine, 18:893-909

Laing R.D., Esterson A.(1965) Sanity, Madness and the Family. Vol. 1, Families of Schizophrenics. New York: Basic Books

Leff J.P., Vaughn V.E.(1981) The role of maintenance therapy and relatives: Expressed Emotion in relaps of Schizophrenia: A Two year Follow-up , Br. J. Psychiatry 139: 102-104)

Lefley H.P. (1989) Family Burden and Family Stigma in Major Mental Illness. American Psychologist. 44(3):556-560

Lidz T.(1957a) The Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient: The Father. Psychiatry, 20:329

Lidz T., Cornelison A., Terry D., Fleck S.(1957b) Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patients: II. Marital Schism and Marital Skew. American Journal of Psychiatry 114:241

Magana A.B.(1989) Manual for Coding Expressed Emotion from the Five Minute Speech Sample

Magana A.B., Goldstein M.J., Karno M., Miklowitz D.J., Jenkins J., Falloon I.R.H.(1986) A Brief Method for Assessing Expressed Emotion in Relatives of Psychiatric Patients. Psychiatry Research, 17:203-212

Mantonakis J., Markidis M., Kontaxakis V., Liakos A.(1985) A Scale for Detestion of Negative Attitudes towards Medication among Relatives of Schizophrenic Patients. Acta Psyhiatr. Scand., 71:186-189

Malla A.K., Cortese 1., Shaw T.S., Ginsberg B.(1990) Life Events and Relapse in Schizophrenia; A one year prospective study. Soc. Psyhciatr. Epidemiol., 25:221-224

Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H., Synder K.S., Doane J.A.(1989) Expressed Emotion, Affective Style, Lithium Compliance and Relaps in Recent Onset Mania. Psychopharmacology Bullatin 120:628-632

Miklowitz D.J., Strachan A.M., Goldstein M.J., Doane J.A., Synder K.S., Hogarty G.E., Falloon I.R.(1986) Expressed Emotion and Communication Deviance in the Families of Schizophrenics. Journal of Abnormal Psychology, 95(1):60-66

Nie N.H.(1986) SPSS-X: Statistical Package for Social Sciences. New York, McFraw-Hill.

Parker G., Johnston P.(1987) Parenting and Schizophrenia: An Australian Study of Expressed Emotion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21:60-66

Parker G., Johnston P., Hayward L.(1988a) Parental "Expressed Emotion" as a Predictor of Schizophrenic Relaps. Arc Gen Psych. 45:806-812

Parker G., Hayward L., Johnston P.(1989) Factorial Validity of the EE Scales. Psychological Medicine, 19: 435-446

Parker G., Johnston P., Hayward L.(1988) Prediction of Schizophrenic Relapse Using the Parental Bonding Instrument. Australian and New Zealand Journal of Psychiatr., 22:283-292

Rutter M., Brown G.W(1966) The Reliability and Validity of Measures of Family Life and Relationships in Families Containing a Psychotic Patients. Social Psychiatry, 1:38-53

Strachan A.M., Feingold D., Goldstein M.J., Miklowitz D.J., Nuechterlein K.H.(1989) Is Expressed Emotion an Index of a Transactional Process? II. Patient's Coping Style. Family Process, 28:169-181

Sturgeon P., Kuipers L., Berkowitz R., Turpin G., Leff J.P.(1981) Psychophysiological Responses of Schizophrenic Patients to High and Low Expressed Emotion Relatives. Br J. Psychiatry, 138:40-45) .

Vaughn C.(1983) Camberwell Family Interview: Notes on the Rating of Expressed Emotion.

Vaughn C., Leff J.P.(1976a) The Measurement of Expressed Emotion in Families of Psychiatric Patients. British Journal of Soc and Clinical Psycho. 15:157-165

Vaughn C.E, Leff J.(1976b) The Influance of Family and Social Factors in the Cours of Psychiatric Illness: A Comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. Britis Journal of Psychiatry, 129:125-137

Vaughn C.E., Synder K.S., Jones S., Freeman W.B., Falloon R.H.(1984) Family Factors in Schizophrenic Relapse. Arch Gen Psychiatry 41:1169-1177

Vaughn C., Synder K., Jones S.(1981) Patterns of Emotional Response in Relating to Schizophrenic Patients. Schizophrenic Bulletin, 7:43-44

Vaughn C.E.(1989) Annotation: Expressed Emotion in Family Relationships. J. Child Psychol. Psychiat. 30(1):13-22

West, K.L., Goldstein, M.J, Rodnick, E.H. and Jones,J.E.(1981) Parental communication and affecive style: Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. Archives of General Psychiatry 38:679-685

Wing N.N, Menon D.K., Bedi H., Ghosh A., Kuipers L., Leff J., Korten A., Day R., Sartorius N., Ernberg G., Jablensky A.(1987) Expressed Emotion and Schizophrenia in North India: I Cross-Cultural Transfer of Ratings of Relatives' Expressed Emotion. British Journal of Psychiatry, 151:156-173

Wynne L.C., Singer M.T.(1963) Thought Disorder and Family Relations of Schizophrenics. I. A Research Strategy. II. AClassification of Forms of Thinking. Archives of General Psychiatry, 9:191-206

## KISALTMALAR

| | |
|---|---|
| CFI | :CAMBERWELL FAMILY İNTERVİEW |
| EE | :EXPRESSED EMOTION |
| DO | :DÜŞMANCIL OLUŞ |
| EO | :ELEŞTİREL OLUŞ |
| İKKM | :AŞIRI İLGİ-KORUYUCULUK-KOLLAYICILIK-MÜDAHALECİLİK |
| SOİ | :SICAKLIK-OLUMLU İFADELER |
| EE ÖLÇEGİ | :EXPRESSED EMOTION ÖLÇEGİ |
| DM | :DALICILIK-MÜDAHALECİLİK |
| DT | :DUYGUSAL TEPKİ |
| HT | :HASTALIGA TUTUM |
| HB | :HOŞGÖRÜ/BEKLENTİ |
| EDO | :EO+DO, ELEŞTİRİCİ VE DÜŞMANCIL OLUŞ |
| FMSS | :BEŞ DAKİKALIK KONUŞMA ÖRNEGİ |
| EETOP | :EE ÖLÇEGİNİN BÜTÜNÜNDEN ALINAN PUAN |
| LEETOP | :LEE ÖLÇEGİNİN BÜTÜNÜNDEN ALINAN PUAN |
| İŞLEV | :SON BİR YIL İÇİNDEKİ ORTALAMA İŞLEV DÜZEYİ |

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi