

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARINDA DUYGU  
DIŞAVURUMUNUN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Hakan DUMAN**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. P. Sevda BIKMAZ**

**İstanbul - 2014**

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARINDA DUYGU  
DIŞAVURUMUNUN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Hakan DUMAN**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. P. Sevda BIKMAZ**

**İstanbul - 2014**



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	I
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	III
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	IV
<b>ÖZET</b> .....	V
<b>ABSTRACT</b> .....	VII
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1.Şizofreni.....	1
1.1.1. Şizofreni Tanımı.....	1
1.1.2. Şizofreninin Kısa Tarihçesi.....	1
1.1.3.Sıklık ve Yaygınlık.....	2
1.1.4. Komorbidite.....	2
1.1.5.Etiyoloji.....	3
1.1.5.1. Kalıtsal Faktörler.....	3
1.1.5.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar.....	4
1.1.5.3. Doğum Öncesi, Sırası ve Sonrasında Yaşanan Olayların Etkisi.....	5
1.1.5.4. Biyokimyasal Faktörler.....	5
1.1.5.5. Nörogelişimsel Faktörler.....	6
1.1.5.6. Nörodejenerasyon Kuramı.....	6
1.1.5.7. Bilişsel İşlevlerdeki Bozukluklar.....	6
1.1.5.8. Psikososyal Faktörler.....	7
1.1.6. Klinik Özellikler.....	7
1.1.6.1. Pozitif Belirtiler.....	8
1.1.6.2. Negatif Belirtiler.....	10
1.1.6.3. Diğer Belirtiler.....	10
1.1.7. DSM IV ve DSM 5' te Yer Alan Şizofreni Tanı Kriterleri .....	11
1.1.7.1. DSM IV' e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	11
1.1.7.2. DSM IV'te Yer Alan Şizofreni Alt Tipleri.....	13
1.1.7.3. DSM 5' e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	14
1.1.8. Gidiş ve Sonlanım.....	15
1.1.9. Şizofrenide İntihar ve Nüks.....	16
1.1.10. Şizofreni Tedavisi.....	17
1.1.10.1. Farmakolojik Tedavi.....	17
1.1.10.2. EKT (Elektro Konvülsif Tedavi).....	18
1.1.10.3. Psikososyal Tedavi Yaklaşımları.....	18
1.1.10.4. Psikoterapi.....	19
1.1.10.4.1. Psikodinamik Terapiler.....	19
1.1.10.4.2. Bilişsel-Davranışçı Terapiler.....	19

1.1.10.4.3. Aile Terapileri.....	20
1.2.Dışa Vuran Duygudurumu.....	21
1.2.1. Dışa Vuran Duygudurumunun Tanımı ve Boyutları.....	21
1.2.2. Dışa Vuran Duygudurumunun Ölçülmesi.....	23
1.2.2.1.Camberwell Family Interview (Camberwell Aile Görüşmesi) (CFI).....	23
1.2.2.2. The Five Minute Speech Sample (FMSS) (Beş Dakika Konuşma Örneği).....	23
1.2.2.3. Level of Expressed Emotion Scale (LEE)- Duygu Dışa vurumu Düzeyi Ölçeği.....	24
1.2.2.4. Family Attitude Scale (FAS) – Aile Tutum Ölçeği.....	24
1.2.2.5. Perceived Criticism (PC)-Algılanan Eleştiricilik.....	24
1.2.2.6. Munster Family Interview (MFI)- Munster Aile Görüşmesi.....	25
1.2.2.7. Dışa Vuran Duygudurumu Ölçeği(DDÖ).....	25
1.2.2.8. Algılanan Duygu Dışa vurumu Ölçeği(ADDÖ).....	25
1.2.3. Yüksek ve Düşük Dışa vuran Duygu Düzeyine Sahip Ailelerin Özellikleri.....	26
<b>2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE SORULARI.....</b>	<b>27</b>
2.1.Araştırmanın Amacı.....	27
2.2.Araştırma Hipotezleri.....	27
<b>3. YÖNTEM.....</b>	<b>30</b>
3.1. Örneklem .....	30
3.2.Veri Toplama Araçları.....	30
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu-SBF .....	30
3.2.2. Dışavuran Duygudurumu Ölçeği-(DDÖ).....	31
3.3. İşlem.....	32
3.4.Verilerin İstatiksel Analizi.....	32
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
4.1. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	33
4.2. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	37
4.3 Bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özellikleri ile dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	39
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
5.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireyin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Anahtar Akrabanın Dışa Vuran Duygu Durumunun Karşılaştırılması.....	42
5.2. Bakım Veren Aile Üyesinin Sosyodemografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumunun Karşılaştırılması.....	43
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>44</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>45</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>50</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>59</b>

## KISALTMALAR

<b>Akt.</b>	: Aktaran
<b>ark.</b>	: Arkadaşları
<b>DD.</b>	: Dışavuran duygu durumu Anadolu Lisesi
<b>Min.</b>	: Minimum
<b>Max.</b>	: Maximum
<b>N.</b>	: Kişi Sayısı
<b>Ort.</b>	: Ortalama
<b>s.</b>	: Sayfa
<b>Ss.</b>	: Standart Sapma

## TABLULAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
<b>Tablo 1:</b> Şizofreni tanısı almış bireyin anahtar akrabasının sosyodemografik özellikleri.....	33
<b>Tablo 2:</b> Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri.....	35
<b>Tablo 3:</b> Şizofreni tanısı almış bireyin bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre, duygudışavurumu ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 4:</b> Şizofreni tanısı almış bireyin diğer bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre, duygudışavurumu ölçeği toplam puanları.....	38
<b>Tablo 5:</b> Bakım veren aile üyesinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları.....	39
<b>Tablo 6:</b> Bakım veren aile üyesinin diğer bazı sosyodemografik özelliklerine göre, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları.....	40

# ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARINDA DUYGU DIŞAVURUMUNUN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı şizofreni tanısı almış hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin hasta yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri ile ilişkisini ortaya koymaktır. Bu çalışmada, şizofreni hasta ve hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, göç öyküsü, hastanın ilaç kullanım düzeni, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi, hasta yakınının hastalık hakkında bilgi düzeyi, hastaya yakınlık derecesi gibi değişkenlerle hasta yakınının Dışavuran Duygudurumu Ölçeği puanları arasındaki ilişkileri incelenmiştir.

Bu çalışma Ekim 2012-Mayıs 2014 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastahanesi Psikoz Araştırma Birimi'nde tedavileri devam eden 30 şizofreni tanısı almış hasta ve bu hastaların anahtar akraba konumundaki 30 yakınıyla yürütülmüştür. Veriler SPSS-WINDOWS 21 Paket Programı kullanımı ile çözümlenmiştir. Sonuçların yorumlanmasında  $p<0.5$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Araştırmanın sonucu şizofreni hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile hasta yakınının dışavuran duygudurumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hastanın intihar girişimi olup olmaması ile hasta yakınının dışavuran duygudurumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.  $p<0.5$  Hastanın intihar girişiminin bulunması hasta yakınında daha fazla eleştirel/düşmancıl ya da aşırı koruyucu/kollayıcı tutuma yol açtığı saptanmıştır. Hasta yakının eğitim seviyesi arttıkça hastaya karşı sergilediği eleştirel/düşmancıl ya da aşırı koruyucu/kollayıcı tutumda azalmaya yol açtığı saptanmıştır. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların yakınlarının dışavuran duygudurum düzeyleri üzerinde etkili bir değişken olduğu düşünülmektedir. Bu ilişki daha büyük bir örneklem seçilerek araştırılmalıdır. Şizofreni tanısı almış bireyin çalışıyor olmasının hasta yakınının dışı vuran duygudurum düzeyi üzerinde etkili bir değişken olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dışavuran duygudurumu, Şizofreni,

# THE ASSESSMENT OF EXPRESSED EMOTION LEVELS OF THE RELATIVES OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN RELATION TO CERTAIN VARIABLES

## SUMMARY

The aim of this study is to reveal the relationship between *the* schizophrenia diagnosed patients' *clinical and sociodemographic characteristics*, along with their *relatives' sociodemographic characteristics* and *expressed emotion levels of the relatives*. In the study, the relationship between the Expressed Emotion Measure scores of the patient relative and certain variables such as age, gender, education level, marital status, immigration history of schizophrenia patients and their relatives; drug use regime, the number of hospitalisation, suicide attempt of the patient; the relative's knowledge level of schizophrenia disorder and the degree of intimacy of the relative.

This study was conducted between October 2012 and May 2014 at the Psychosis Research Unit of Istanbul Medical School Hospital, with 30 schizophrenia diagnosed patients being in treatment at that time and their 30 key relatives. The data were analysed using SPSS-WINDOWS 21 program. For interpreting the results,  $p < 0.5$  was accepted.

According to the study results, no significant relationship was found between schizophrenia patients' and *relatives' sociodemographic characteristics* and the expressed emotion levels of the relatives. A significant relationship was found between suicide attempt of the patient and expressed emotion of the relative,  $p < 0.5$ .

It was determined that, suicide attempt of the patients made their relatives' attitude more critical/hostile or emotional over-involvement. Relative's higher level of education was found to relate with less critical/hostile or emotional over-involvement attitude towards the patient. Having a regular drug use regime was considered to be an effective variable for the *expressed emotion levels of the relatives*. This relationship should be searched by bigger sample size. Schizophrenia diagnosed patient's working was suggested as an effective variable for the *expressed emotion levels of their relatives*.

Keywords: Expressed emotion, schizophrenia

# GİRİŞ

## 1.1. Şizofreni

Aşağıdaki bölümlerde şizofreninin tanımı, tarihçesi, sıklık ve yaygınlığı, etiyojisi, klinik özellikleri, tanı kriterleri, gidiş-sonlanımı ve tedavisi ele alınmıştır.

### 1.1.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni bireyin, düşünce, davranış, algı, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat, dürtü denetimi, çevre ile olan etkileşim, duygusal ifadeler, motor davranış alanlarında belirtiler gösteren, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren psikotik bir hastalıktır (Ceylan ve Çetin, 2005).

Şizofreninin temel özelliği kişiliğin bütününde ve kişiliği oluşturan öğelerde dağınıklık, düzensizlik ve parçalanma olmasıdır. Hastanın düşünce ve konuşmasında duygularını ifadesinde, yüz ifadesinde, davranışlarında, yürüyüşünde ve insan ilişkilerinde tuhaflık, düzensizlik ve dağınıklık vardır (Kültür ve ark., 2007).

### 1.1.2. Şizofreninin Kısa Tarihçesi

Şizofreni benzeri belirtiler gösteren ruh hastalıklarının eski Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna tabi eski Yunan hekimlerinin yazılarında tanımlandığı bildirilmektedir. Orta Çağ boyunca Avrupa’da şeytana tutulmuş olarak tanımlanan ruh hastalarının büyük bir çoğunluğu şizofreni hastalarıydı. 17. yüzyılda Willis’in, 18. yüzyılda Pinel’in şizofreniyi az çok tanımladıklarına dair yazılar mevcuttur. 18. yüzyılın başlarında İngiltere’de John Haslam ve George Man tarafından isim vermeden tanımlanan, gençlik çağında başlayan içe kapanma ve düşünce bozukluğuyla giden içkökenli bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir. Morel 1860 yılında “*Démence précoce*”(erken bunama) tanımını kullanmış, Hecker 1871’de “*hebefreni*”yi ve Kahlbaum “*katatoni*”yi tanımlamıştır. 1896’da ise Emil Kraepelin bu iki hastalık tipine *basit ve paranoid* tipleri ekleyerek hepsini “*Dementia praecox*” tanımını kullanmıştır. Kraepelin’nin tanımına göre hastalığın erken başlangıçlı olması ve bunama ile gitmesi gerekiyordu. Bleuler ise Kraepelin’den farklı olarak hastalığın mutlaka erken başlangıçlı olmayabileceği üzerinde durmuş ve hastalığın gidişatının bunama ile sonuçlansının zorunlu olmadığını göstermiş ve demantia praecox terimi yerine hastanın ruhsal hayatındaki yarılmaya önem vererek “schizophrenia” yani zihin yarılması terimini önermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni kavramı 20. yüzyılın ilk yarısına kadar Amerika'da genişletilmiştir. 20. yüzyılın ortalarında Kurt Schneider, şizofreni tanımlamalarında fenomenolojik kavramların kullanılmasını önermiştir. APA, DSM ve Dünya Sağlık Örgütü ICD sınıflandırmalarında bu belirtilere önem verilmektedir. 1980 yılında DSM III'ün basılmasıyla birlikte ruhsal işlevselliğe ilişkin kuramlar ve kanıtlanmış etiyolojik varsayımlara dayandırılan çalışmalardan oldukça farklı şizofreni tanımları ortaya çıkmıştır.

### **1.1.3. Sıklık ve Yaygınlık**

Şizofrenide yaşam boyu hastalanma riski 15 – 45 yaş sınırları arasında % 1 dolayındadır. Kadın ve erkeklerde hastalığın sıklığı, ve yaygınlığı bakımından önemli bir fark görülmemekte ancak kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı daha geç olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi gidiş göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Hastalığın başlangıcı erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığındadır. Kadınlarda görülme sıklığı 40-45 yaş aralığında menapoz öncesinde ikinci bir zirve yapmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Ülkemizde yapılan bir araştırmada şizofreninin başlangıç yaşı erkeklerde 18.8, kadınlarda 21.1 olmak üzere ortalama 19.9 olarak bulunmuştur (Üçok ve ark., 2004).

Şizofreni çocukluk çağına da başlayabilir. Çocukluk dönemindeki psikotik belirtiler ileri dönemdeki şizofreni riskini arttırmaktadır. Şizofreni her toplumda ve her sosyoekonomik sınıftan olan bireyler arasında görülebilen bir hastalıktır. Yaygınlık oranları bakımından toplumlar ve araştırmalar arasında büyük farklılıklar vardır. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre Avrupa ve Asya'da ki sıklık oranı % 0.85'tir. Dünyada yılda 1.5 – 3 milyon şizofreni hastasının bulunduğu bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

### **1.1.4. Komorbidite**

Depresif belirtiler şizofreniye eşlik edebilmektedir. Şizofreni daha çok heterojen bir bozukluk olarak görüldüğü için şizofreni hastalarındaki depresyon da heterojen olabilir. Biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin tam anlamıyla değerlendirilmesi gerekmektedir (Sevinçok, 1998).

Şizofrenide madde kullanım bozukluğu sık görülen bir durumdur. Madde kullanan şizofreni hastaları benzer özellikleri gösterirler. Ergenlik çağında

davranışsal sorunları vardır, erken yaşlarda madde kullanımı başlar, erişkin yaşantıda bir çok psikososyal sorunla karşılaşılır (Coşkunol, 2000).

OKB'nin şizofreninin prodromal dönemini ya da bir biçimini oluşturduğu öne sürülmüştür. Şizofreni tanılı hastalarda %1-15 oranında obsesif kompulsif semptom saptanmıştır. OKB gibi başlayan olguların %10'u ise şizofreniye dönüşmüştür. Şizofreni tanılı hastalarda obsesif kompulsif semptomların kötü prognoza işaret ettiği düşünülmektedir (Karamustafalıoğlu, 2001).

Kişilik bozukluklarından A kümesinde bulunan üç kişilik bozukluğu; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarıyla şizofreninin ilişkisi araştırmalarla gösterilmeye çalışılmıştır. Katılsal olarak bağlı oldukları görüşü ileri sürülmektedir. Elde edilen verilerle ilişki saptanmıştır (Davison ve Neale, 2011).

### **1.1.5. Etiyoloji**

Şizofreni hastalığının etiyolojisinde genetik faktörler en önemli role sahip olmakla birlikte çevresel etkenler belirtilerin ortaya çıkışını etkilemektedir (Van Os ve Marcelis, 1998). Normal popülasyonda % 1 olarak bildirilen şizofreni yaygınlığı birinci derece akrabalarında şizofreni tanısı olan kişilerde artmaktadır. Yapılan kontrollü çalışmalarda şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında 1.4 ile 16.2 arasında değişen risk oranları bulunmuştur. Yakın akrabalık ve hasta akraba sayısının fazlalığı hastalanma riskini arttırmaktadır. Anne ve babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski % 12.5- 13.8 arasında iken her ikisinin hasta olması durumunda bu risk % 35-46 dir. Eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde % 31-78, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde ise %12-28' tir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreninin ortaya çıkmasında; genetik faktörler, çevresel faktörler, doğum öncesinde ve doğum esnasında travma (obstetrik komplikasyonlar), viral enfeksiyonlar, madde kullanımı, psikososyal ve sosyoekonomik stres faktörleri rol oynar.

#### **1.1.5.1. Kalıtsal Faktörler**

Şimdiye kadar toplanan bütün veriler şizofrenide kalıtsal faktörlerin önemli olduğunu göstermektedir. Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları bu araştırmalara zemin oluşturur. Bu çalışmalarla ayrıca çevresel faktörlerin şizofreniye olan etkisi de değerlendirilmiş olur

**Aile Çalışmaları:** Şizofreni hastalarının akrabaları daha yüksek risk taşımaktadırlar ve risk akrabalık ilişkisi arttıkça yükselmektedir. Erken doğum yapan kadınların olduğu ailelerde bu risk artmaktadır. Böylece aile çalışmalarıyla toplanan

veriler şizofreniye yatkınlığın kalıtsal yolla geçişini desteklemiştir. Ancak şizofreni hastalarının akrabaları yalnızca genleri değil yaşantıları da paylaşmaktadır (Davison ve Neale, 2011). Hem anne hem babası hasta olan çocuklarda şizofreni ortaya çıkma riski yaklaşık %45 oranındadır (Arkonaç, 1996).

**İkiz Çalışmaları:** Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir, ancak bu oranın %100'den daha düşük olması önemlidir. Çünkü şizofreni tamamen kalıtsal geçişe bağlı olsaydı, kalıtsal olarak eş özellikleri taşıyan diğer ikizler de aynı yazgıyı paylaşırlar ya da birlikte yetiştirilen ikizler için ortak kalıtsal etkenler yerine ortak çevresel faktörler hastalanma oranlarını açıklayabilirdi (Davison ve Neale, 2011). Çalışmalar tek yumurta ikizlerinde şizofreninin ortaya çıkma riskinin %30-80, çift yumurta ikizlerinde %6-18 oranında olduğunu göstermektedir (Arkonaç, 1996).

**Evlad Edinme Çalışmaları:** Şizofreni tanılı ana-babaların çocuklarının bebeklikten itibaren evlat edinen ana babalar tarafından yetiştirilmesini inceleyen araştırmalar, olası ortak çevresel faktörleri dışlayarak şizofrenide genlerin rolüyle ilgili daha ikna edici bilgiler sağlamaktadır. Şizofreni tanılı anne-babadan, doğumdan sonra ayrılmış ve şizofreni tanısı olmayan bir aile tarafından evlat edinilen çocuklar arasında şizofreni gelişme riski ile şizofreni tanılı anne-babalar tarafından yetiştirilen çocuklar arasında görülen şizofreni gelişme riski arasında fazla bir farklılık yoktur (Davison ve Neale, 2011).

#### **1.1.5.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar**

Çalışmalar tutarlı olarak şizofrenlerin beyinlerinde anomalilerin olduğunu göstermektedir. En tutarlı bulgular yapısal sorunların amigdala ve hipokampus gibi temporal-limbik alanlarda, ve prefrontal kortekste olduğunu göstermektedir (Davison ve Neale, 2011).

BBT ve MRI görüntüleme tekniklerinin saptadığı yapı bozukluklarının işlevsel bir bozuklukla birlikte olduğu varsayılmaktadır (Arkonaç, 1996). CT ve MRI çalışmalarından elde edilen bilgiler bazı şizofreni hastalarının özellikle de erkeklerin beyinde yıkım ya da atrofiyi düşündüren, ventriküllerde genişleme ve limbik yapılarında hacim azalması olduğunu göstermiştir. PET araştırmalarında, şizofreni hastalarının prefrontal kortekste düşük metabolik oranlar gösterdikleri bulunmuştur (Davison ve Neale, 2011). Soyutlama, sözel akıcılık, kavramsallaştırma bozuklukları gibi negatif, eksiklik belirtileri frontal lob işlev bozukluğuyla ilişkilidir. Sanrılar, varsanılar gibi belirtiler temporal limbik sisteme bağlanmıştır. Yani şizofreni tanılı

hastaların frontal loblarında faaliyet azalması görülmektedir. Şizofreni hastalarının nöropsikolojik testlerdeki diğer psikotik olan hastalara oranla başarısız olması frontal lob faaliyetinin azalmış olduğunun bir göstergesi sayılabilir (Arkonaç, 1996).

### **1.1.5.3. Doğum Öncesi, Sırası ve Sonrasında Yaşanan Olayların Etkisi**

Annenin bir viral epidemi sırasında, hamileliğinin altıncı ayında viral bir enfeksiyona maruz kalması gelişmekte olan fetüsün beynini olumsuz etkiler ve bu sebeple gelecekte şizofreni gelişme riskini arttır (Arkonaç, 1996). Başka bir araştırmada hamileliğin ikinci üç ayında virüse maruz kalanlarda, diğer üç aylık dönemlerde virüse maruz kalanlara kıyasla çok daha yüksek şizofreni oranı bulunmuştur (Davison ve Neale, 2011). Mevsime bağlı özellik taşıyan bir çevresel etmen şizofreni indiansının bazı aylarda artmasına yol açmaktadır. Postmortem incelemelerde gliosis göstermeyen yapı bozukluklarının tutarlı bir şekilde saptanmış olması, hasarın uterus içinde olduğunu düşündürmektedir. Doğum sırasında belirlenen bazı minor fizik anomalilerin şizofrenide artmış olması, viral bulaşmanın şizofreni hastalığının oluşumunda payı olduğu varsayımını desteklemektedir (Arkonaç, 1996).

Doğum komplikasyonlarının şizofreni riskini arttırdığı bilinmektedir ancak bu artış düşük bir orandadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

### **1.1.5.4. Biyokimyasal Faktörler**

Şizofrenide kalıtsal faktörlerin rolünün gösterilmesi biyokimyasal etkenlerin araştırılması gereğini düşündürmüştür, çünkü kalıtım biyolojik ve kimyasal süreçlerle etkisini gösterir. Antipsikotik ilaçların kullanılması ve bununla ilgili yapılan araştırmalar bu konuyu aydınlatmaktadır. Antipsikotik ilaçlar, şizofreninin bazı semptomlarının sağaltımında etkilidir bu nedenle hastalıkla bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Dopamin: Psikotik sürecin pozitif boyutunun başlıca psikotik belirtilerin oluşumunda aşırı dopaminerjik faaliyetin ve negatif boyutundaki başlıca belirtilerin oluşumunda da DA azlığının rol oynadığını düşündüren farmakolojik bulgular vardır (Arkonaç, 1996).

Şizofreninin bir nörotarmitter olan dopaminle ilişkili olduğu kuramı büyük çapta şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların etki yolu üstündeki bilgilere dayanmaktadır. Şizofreninin dopamin yollarındaki aşırı aktivitenin sonucu olduğu görüşü yaygın kabul görmektedir. Amfetaminler paranoid şizofreniye benzer bir

durum ortaya çıkarabilir ve şizofreni belirtilerini alevlendirirler. Bu veriler dopamin kuramına dolaylı bir destek sağlamaktadır (Davison ve Neale, 2011).

#### **1.1.5.5. Nörogelişimsel Faktörler**

Nörogelişimsel bozukluk beynin “algı”, “bilişsel işlevler”, “düşünce” ve “duygulanım” gibi neredeyse tüm fonksiyonlarında sorun yaratarak karmaşık bir tablo ortaya çıkarır (Uzbay, 2009). Şizofreni, nöral gelişimin erken bir evresinde, büyük olasılıkla doğumdan önce oluşan bir anormalliğin sonucudur. Bu anormallik, bulunduğu bölgenin olgunlaşmış optimal bir derecede işlev yapması gerekinceye kadar tamamen veya hastalık öncesi uyumun iyi olmadığı bireylerdeki gibi kısmen sessiz kalmaktadır (Arkonaç, 1996).

Hamileliğin ikinci üç ayında, bir viral bulaşma nöral bir bozulmaya yol açmaktadır. Beyin gelişmesinde hücre göçü sırasında düzen bozulması, göç eden hücrelerin yerleşmelerini, sıralanmalarını bozmaktadır. Araştırma sonuçları; şizofreninin bir beyin yapı ve işlev bozukluğu olduğunu göstermektedir. Bazı araştırmalar , gelişim bozukluklarının kadınlarda daha çok olduğunu belirtmektedir (Arkonaç, 1996).

#### **1.1.5.6. Nörodejenerasyon Kuramı**

Nörodejeneratif kuram, gelişimsel evrelerde herhangi bir sorun olmaksızın, sonradan nöronal dejenerasyon sonucunda hastalığın ortaya çıktığı görüşünü ileri sürmektedir. Hastalığın seyri sırasında nöron fonksiyonlarında progresif kayba yol açan, bir nörodejeneratif sürecin devam ettiğini iddia eder (Gürsu ve ark., 1999).

Buna kurama göre genç erişkin dönemde klinik semptomatoloji başlayıncaya kadar birçok olguda ya beyin gelişiminin normal olduğu ya da sonradan gelişen metabolik, enfeksiyöz veya dejeneratif hastalıklar nedeniyle hasara uğrayan beynin işlevlerindeki bozulmalar sonucunda şizofreninin ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (Gürsu ve ark., 1999).

#### **1.1.5.7. Bilişsel İşlevlerdeki Bozukluklar**

Şizofreni hastaları bilişsel işlevleri ölçen testlerin çoğunda normal bireylere oranla ileri derecede ve hastalıklarının her döneminde başarısızdırlar. Dikkat, hafıza ve soyutlama konuları bunlardan en önemlileridir. Bu işlevlerin bozulmuş olması şizofreninin temel bir özelliği olup bu bozukluklar hastalık belirmeden önce de vardır (Arkonaç, 1996).

Bu eksiklikler ne kendiliğinden ortadan kalkmakta ne de yeterli bir tedaviyle değiştirilememektedir. Bilişsel işlev eksiklikleri, diğer bulgularla beraber şizofreninin bir beyin hastalığı olduğuna ilişkin bilgilere katkıda bulunur. Şizofrenide bilgi işleme ve bilişsel işlev bozuklukları bakımından durağan bir eksiklik görüldüğünden sürecin bir bunama değil durağan bir ensefalopati olduğu söylenebilir (Arkonaç, 1996).

#### **1.1.5.8. Psikososyal Faktörler**

**Sosyal Sınıf:** Şizofreni tanısı düşük sosyal sınıf üyelerine daha sıklıkla verilmektedir. Bu durum kısmen düşük sınıfta yaşamının stresine, kısmen de hastalığın şizofreni hastalarının sınıf atlamasına engel olmasına bağlanmaktadır (Davison ve Neale, 2011).

**Aile:** Şizofreni hastalarının aile yaşamında belirsiz iletişim ve çatışmalar bulunur ve muhtemelen bozukluğu artırır. Ailede görülen duygu dışı vurumu düzeyinin nüksü belirlemede önemli olduğu gösterilmiştir (Davison ve Neale, 2011).

**Toplumsal:** Toplumsal dağılım içinde yalnız kalmak, toplumdaki kopmak, yeni ortam ve koşullara uyum sağlamak, kültürüne uyma zorunda kalmak şizofreniyi oluşturabilmektedir (Arkonaç, 1996).

Bu sebepler şizofreniyeye yapısal bir ön eğilimi olan kişilerde hastalığın gidişine ve tedavisine olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir.

#### **1.1.6. Klinik Özellikler**

Şizofreni hastalarının premorbid özellikleri incelendiğinde bu kişilerin sessiz, içe dönük, edilgen oldukları ve şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri görülür. Okul performanslarındaki düşüklük ya da ergenlikte ortaya çıkan akut obsesif kompulsif davranışlar ya da prodromal belirtiler hastalığın başlangıcının belirtisi olabilir. Kabul edilebilir bir açıklaması olmaksızın arkadaş ilişkilerindeki bozulmalar, huy değişiklikleri, konuşma miktarı ve içeriğindeki bozulma parapsikoloji ve mistik konularla aşırı meşguliyet, alınganlıkta artış, bedensel yakınmalar, sosyal işlevsellikte bozulma prodromal belirtiler arasında sayılabilir (Üçok, 2005; Erol, 2005).

Şizofreni tanılı hastaların tipik bir genel görünümü yoktur ancak uzun süredir hasta olanlarda bakımsızlık, özbakımda azalma, dağınıklık dikkat çeker. Hastaların çoğunda topluma karşı ilgisizlik ve içe kapanma gözlenir. Bazı hastalarda bu ilgisizlik ve içe kapanma odasından, yatağından çıkmama ve hareketsiz yatma boyutlarına varabilir. Hastaların donuk ve vurdumduymaz görünümü vardır ve bu

sebeple toplumdan daha da fazla soyutlanırlar. Bazı hastalar beklenmedik saldırgan davranışlarda bulunabilir, bazı hastalarda da nedensiz gülmeler gözlenebilir. Hastaların kültürel kalıpların dışında alışılmadık bir görünüşleri olabilir. Ancak akut şizofrenisi olan bazı hastalarda dış görünüm ve davranış tamamen normaldir (Erol, 2005).

Şizofreniye özgül düşünce ve algı bozuklukları , bilişsel bozukluklar ve hareket bozuklukları, iletişim bozuklukları, avolüsyon ve apati gibi negatif belirtiler tipik klinik görünümlerdir (Tandon, 2009).

Gerçeği değerlendirmedeki bozulma, sanrılar, varsanılar şizofreninin pozitif semptomları arasındadır. Sıklıkla görülen perseküsyon sanrıları ve referans sanrılarının yanısıra Schneiderian birincil belirtiler olarak adlandırılan kontrol edilme, düşünce sokulması, düşünce çekilmesi ve düşünce yayılması sanrıları da geleneksel olarak şizofreni ile bağlantılıdır. Kendi arasında konuşan, hastaya emir veren seslerin yanında tehdit edici ya da suçlayıcı içerikli sesler de duyulabilir. Uygunsuz duygudurum ve bizar içerik şizofreni tanısını düşündüren diğer klinik bulgulardır (Crow, 1980; Keshavan, 2008).

Şizofrenide görülen negatif semptomlar avolüsyon ve apati, sosyal işlevsellikte azalma, aloji, anhedoni, abuli gibi sorunları kapsar. Şizofreniyle ilişkili nöroleptik ilaç kullanımı, depresyon, çevresel uyaran azlığı gibi ikincil faktörlere bağlı semptomlarla şizofreninin negatif semptomlarının ayrımı önemlidir. Negatif belirtilerin varlığı hastalığın kötü klinik gidişatı ile ilişkilidir (Crow, 1980; Keshavan, 2008; Andreasen, 1982).

#### **1.1.6.1. Pozitif Belirtiler**

Pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, konuşmada düzensizlik ve dezorganize davranışları kapsar.

#### **Sanrılar**

Şizofrenide düşünce içeriği bozuklukları arasında en belirgin olanı sanrılardır. Aslında temeli olmayan gerçeklikle ilgili yanlış inanışlar (Morris, 2002), düşünce içeriğinde anormalliklerdir (Davison ve Neale, 2011). Bireyin sosyal, kültürel ve eğitimsel altyapısı ile uygunsuz olan ve tersine veriler olmasına karşın mantıklı tartışma ile kolaylıkla sarsılmayan yanlış inanışlardır (Şahin, 1999).

Sanrılar aşağıdaki biçimlerde ortaya çıkabilir.

Hastanın dışsal bir şeyden gelen bedensel duyumlara istemeden pasif olarak maruz kalması.

Hastanın sahip olmadığı düşüncelerin dıştaki biri tarafından aklına yerleştirilmesi.

Hastanın düşünceleri yayınlanır, böylece başkaları onlardan haberdar olur.

Hastanın düşünceleri başkaları tarafından beklenmedik bir zamanda aniden çalınır.

Bazı hastalar, duygularının dışsal bir güç tarafından kontrol edildiğini deneyimleyebilirler.

Bazı hastalar davranışlarının dışsal bir güç tarafından yönlendirildiğine inanırlar.

Bazı hastalar, belirli bir şekilde davranmalarını sağlayan itkilerin dışsal bir güç tarafından dayatıldığına inanırlar (Davison ve Neale, 2011).

### **Varsanılar**

Dışsal bir uyarım olmamasına rağmen ortaya çıkan duyuşal yaşantılardır (Morris, 2002). Şizofreni hastalarında görülebilen algılama bozuklukları varsanılar ve yanılsamalardır. Varsanı, gerçekte olmayan bir nesnenin sanki varmış gibi algılanmasıdır. Yanılsamalar ise gerçekte var olan bir nesnenin daha farklı ve biçim değiştirmiş olarak algılanmasıdır (Şahin, 1999). İşitsel varsanılar oldukça sık görülürken görsel varsanılar daha az sıklıkla görülürler.

Varsanılar aşağıdaki biçimlerde ortaya çıkabilirler.

Bazı hastalar kendi düşüncelerinin başkaları tarafından seslendirildiğini söylemektedir.

Diğer hastalar tartışan sesler duyduklarını öne sürmektedirler.

Diğer bazı hastalar ise kendi davranışları hakkında yorum yapan sesler duyarlar (Davison ve Neale, 2011).

Koku, tat ve dokunma varsanıları da şizofrenide görülebilmektedir (Şahin, 1999).

### **Konuşmada Düzensizlik**

Şizofreni hastaları düşünce ve konuşmanın organizasyonundaki sorunlar nedeniyle anlaşılamayan tarzda konuşabilirler (Davison ve Neale, 2011). Hastanın çağrışımları bozulur ve bunun sonucu olarak konuşmanın normal akışı kaybolur (Şahin, 1999). Dezorganize konuşmada, hasta temel bir tema ya da fikir çevresinde konuşuyor olsa da düşünce parçacıkları birbirine bağlı değildir (Davison ve Neale, 2011).

Hasta araya girilemeyecek kadar hızlı konuşuyor olabilir. Bir konu üzerinde konuşmayı sürdürürken çok hızlı bir şekilde başka bir konuya geçebilir ve konular anlamsız bir biçimde ardı ardına sıralanabilir. Anlaşılması güç, karmakarışık bir konuşma örüntüsü olabilir. Hastanın seçtiği kelimeler anlamlarına göre değil de ses benzerliğine ve kafiyelere göre seçilmektedir. Hasta belli bir konu üzerinde

konusurken dikkati kolaylıkla dağılabilir ve dikkat konuyla ilgisi olmayan, çevredeki bir başka nesneye kayabilir. Hasta daha önceden kullanılmamış ve anlamı belirsiz yeni kelimeler üretebilir. Konuşma kendi akışı içinde ilerlerken birdenbire kesilebilir, hasta bir süre bekledikten sonra kaldığı noktayı unuttuğunu söyleyebilir. Konuşma sırasında belli konular ya da kelimeleri sık sık tekrar etme eğilimi olabilir. Konuşma içindeki mantıksal bağlantılar kaybolmuştur (Şahin, 1999).

#### **1.1.6.2. Negatif Belirtiler**

Avolisyon, aloji, anhedoni, duygularda küntleşme gibi davranışsal sorunlardan oluşur.

##### **Avolisyon**

Enerjinin olmaması ve genellikle günlük faaliyetlere ilgisizlik olarak tanımlanır (Davison ve Neale, 2011). Şizofreni hastalarında genellikle bir isteksizlik ve enerji kaybı vardır (Şahin, 1999). Hastalar kişisel bakımlarını aksatırlar. İşte, okulda ya da ev işlerinde sebat göstermekte güçlük çekerler ve zamanlarının çoğunu hiçbir şey yapmadan geçirirler (Davison ve Neale, 2011).

##### **Aloji**

Düşünce ve konuşma fakirliğidir. Konuşma fakirliğinde konuşmanın miktarı çok azalmıştır. Konuşmanın içeriğinin azalmasında konuşma miktarı yeterlidir ancak konuşma çok az bilgi içerir, belirlisiz ve tekrarlayıcıdır (Davison ve Neale, 2011).

##### **Anhedoni**

Haz alma yaşantısının yokluğudur. Boş zaman aktivitelerine karşı ilgi azlığı, başkalarıyla yakın ilişki kuramama ve cinselliğe ilgi duymama şeklinde kendini gösterir (Davison ve Neale, 2011).

##### **Duygulanım Küntlüğü**

Hemen hemen hiçbir uyarıcı hastada duygusal bir tepkiye yol açmaz (Davison ve Neale, 2011), hastalarda acı, üzüntü, sevinç, keder gibi duygusal tepkileri yansıtmayan bir yüz ifadesi bulunur (Şahin, 1999). Hastalar kendilerine hitap edildiği zaman düz ve tonlaması olmayan bir sesle cevap verirler (Davison ve Neale, 2011).

#### **1.1.6.3. Diğer Belirtiler**

Bu başlık altında şizofreninin pozitif ve negatif belirti şemasına uymayan belirtiler yer almaktadır.

##### **Katatonik Motor Davranışlar**

**Stereotipi:** Amaca yönelik olmayan fiziksel hareket veya konuşmanın tekdüze olarak tekrarlanması şeklinde tanımlanabilir.

**Mannerizm;** Amaca yönelik motor eylemin olağan olmayan bir biçimde yinelenmesi veya bir postürün olağandışı bir biçimde sürdürülmesidir.

**Posturing;** Bedenin olağan olmayan bir tarzda biçim alması ve uygunsuz ya da acayip bir postürün istemli olarak genellikle uzun bir süre korunmasıdır.

**Balmumu esnekliği;** Hastanın vücudu garip bir postür verilerek hareket ettirildiğinde postür devam eder ve postür bozulmaya çalışıldığında balmumunun esnekliğine benzer plastik bir direnç ile karşılaşılır.

**Katalepsi;** Sürekli olarak devam ettirilen hareketsiz bir pozisyonun genel terimidir. Balmumu esnekliği ile eşzamanlı olarak kullanılmaktadır (Şahinler ve Özmen, 1977).

### **Uygunsuz Affekt**

Bazı hastalarda “uygunsuz affekt” olarak ifade edilen, hastanın duygulanımı ile uyumlu olmayan bir yüz ifadesi bulunabilir. Hasta, üzücü bir olaydan söz ederken gülümseyerek anlatabilir. Yine yersiz, anlamsız, tuhaf gülme ve ağlamalar olabilir (Şahin, 1999). Şizofreni hastaları görünürde bir neden olmaksızın bir duygusal durumdan öbürüne çabucak geçebilirler (Davison ve Neale, 2011).

### **1.1.7. DSM IV ve DSM 5’ te Yer Alan Şizofreni Tanı Kriterleri**

Şizofreni belirtilerinin heterojen olması sebebiyle bozukluk DSM IV’ te çeşitli alt tiplere ayrılmışken; şizofreni tanı kriterleri ve alt tipleri açısından DSM 5’te bir takım değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler; şizofreninin A ölçülerinde bazı değişiklikleri kapsamaktadır. B-F ölçütleri ise DSM IV’ teki içeriklerini korumuştur. DSM IV’te A ölçütünde bulunan belirtilerden az ikisinin bulunması istenmekte iken DSM 5’te bu belirtilerden birinin bulunması yeterli sayılmıştır. Schneideryen belirtilere tanınan ayrıcalık kaldırılarak tek bir Schneider belirtinin diğer iki belirtiyeye eş sayılması durumu değişmiştir. Şizofreninin alt tipleri olan hebefrenik, paranoid, katatonik, farklılaşmamış ve rezidüel tipler DSM 5’ ten kaldırılmış ancak katatoni şizofreni ve diğer bütün psikotik bozukluklarda yer alan tüm klinik tablolarla ek bir tanımlayıcı olarak yer almıştır. Bu değişikliğin nedeni olarak alttiplerin az kullanılması ve bu alttiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem açısından zayıf yanlarının bulunması gösterilmiştir (Şar, 2010).

#### **1.1.7.1. DSM-IV’ e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri**

A. Özgül belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- (1) hezeyanlar (sanrılar)
- (2) halüsinasyonlar (varsanılar)
- (3) dezorganize (karmaşık) konuşma (örn. Çağrışımlarda dağınıklık (sık sık konu dışı sapmalar gösterme) ya da enkoherans
- (4) ileri derecede darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranış
- (5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşmamazlık) ya da avolisyon

**Not:** Hezeyanlar şaşılması (bizar) ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerinde sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütlerinden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli bir kısmında, bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffektif Bozukluğun ya da Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif-evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi hastalığın dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar görülürse Şizofreni ek tanısı konabilir.

#### **1.1.7.2. DSM IV'te Yer Alan Şizofreni Alt Tipleri**

Değerlendirme sırasında önde gelen semptomlarla tanımlanırlar.

##### **Paranoid Tip**

A. Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitme halüsinasyonlarının olması.

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Darmadağın (dezorganize) konuşma, darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt.

##### **Darmadağın (Dezorganize) Tip**

A. Aşağıdakilerin hepsi belirgindir:

1. darmadağın (dezorganize) konuşma
2. darmadağın (dezorganize) davranış
3. donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

##### **Kasılakalmış (Katatonik) Tip**

1. Katalepsi (balmumu esnekliğide içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik

2. Aşırı devinsel etkinlik (motor aktivite) (açıkça amaçsız ve dışa uyaranlardan etkilenmeyen)

3. Aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid(katı) postürü sürdürme) ya da mutizm

4. Postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması

5. Ekolali ya da ekropraksi

##### **Farklılaşmamış Tip**

A tanı ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

### **Ardakalan (Rezidüel) Tip**

A. Belirgin hezeyanlar, halüsinasyonlar, darmadağın (dezorganize) konuşma ve ileri derecede darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranışın olmaması.

B. Negatif semptomların ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örn. Acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.

#### **1.1.7.3. DSM 5'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri**

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve arta kalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön yada arta kalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve arta kalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

**E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn.kötüye kullanabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**F.** Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık ( başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

### **1.1.8. Gidiş ve Sonlanım**

Şizofreninin ilk belirtileri genellikle premorbid semptomlar olmaktadır. Ancak premorbid semptomların önemi sadece geriye dönük tanımlandığında anlaşılır. Bu semptomlar özellikle ergenlikte başlar ve günler veya aylar içerisinde bunları prodromal semptomların gelişimi takip eder. Açık psikotik semptomların başlangıcı genellikle, yüksek öğrenim için taşınmak, madde kötüye kullanımı ya da bir yakının ölümü gibi çevresel veya sosyal bir değişimin etkisiyle olur. Prodromal belirtiler açık psikotik belirtilerin başlamasından bir yıl veya daha uzun süre varlıklarını gösterirler (Kaplan ve Sadock, 2004).

Hastalar ve yakınları için beklenmedik ve genellikle ürkütücü olan ilk psikotik ataktan (Üçok, 2005) sonra hastalar aşamalı bir düzelme dönemine girerler. Bu dönemi nispeten normal işlevlerin yürütüldüğü uzun bir dönem takip eder. Buna karşın, hastalar genellikle yeni bir episod geçirirler ve hastalığın genel gidişatı tanı konduktan sonraki ilk beş yıl içerisinde şekillenir. Şizofreninin klasik seyri alevlenme ve remisyonlar şeklinde dalgalanmalar yapar. Bazı durumlarda psikotik bir epizodu klinik olarak gözlenebilen postpsikotik depresyon izler ve şizofreni hastalarının strese duyarlılığı genellikle yaşam boyu devam eder. Pozitif semptomların şiddeti zamanla azalırken hastalarda sosyal yıkıma sebep olan negatif veya defisit semptomlar hastalık kronikleştikçe şiddetini artırır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Şizofreni için; başlangıç yaşının geç olması, kadın olmak, evli olmak, kırsal alanda yaşıyor olmak, akut başlangıç, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması, psikososyal desteğin bulunması, ailede duygu dışı vurumunun düşük olması, doğum komplikasyonlarının olmaması, şiddet öyküsünün olmaması, yapısal beyin anomalisinin olmaması, obsesyon/kompulsiyonların olmaması, nörolojik bulguların olmaması, hastalığın pozitif belirtilerle ortaya çıkması, aktif dönemin kısa olması, duygudurum belirtilerinin varlığı, paranoid alttip, hastalık öncesi uyumun iyi olması gibi bulgu ve özellikler iyi gidişatla ilişkiliyken; başlangıç yaşının erken olması,

erkek olmak, bekar olmak, kentsel alanda yaşıyor olmak, sinsi başlangıç, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, psikososyal desteğin bulunmaması, ailede duygu dışı vurumunun yüksek olması, doğum komplikasyonlarının olması, şiddet öyküsünün olması, yapısal beyin anomalisinin olması, obsesyon/kompulsiyonların olması, nörolojik bulguların olması, hastalığın negatif belirtilerle ortaya çıkması, aktif dönemin uzun olması, duygudurum belirtilerinin olmaması, paranoid olmayan alttip, hastalık öncesi uyumun kötü olması gibi bulgu ve özellikler ise kötü gidişatla ilişkilidir (Erol, 2005).

DSM sisteminde şizofreni hastaları için seyir ve gidişatı belirlemek amacı ile (hastalığın aktif evre semptomlarının ortaya çıkışından itibaren en az bir yıl geçtikten sonra gelinen noktada) şu sınıflama önerilmektedir:

1. Epizodlar arasında rezidüel semptomlar gösteren epizodik seyir.
2. Epizodlar arasında rezidüel semptomlar olmadan epizodik seyir.
3. Süreğen seyir
4. Geçirilmiş tek epizod kısmi remisyon.
5. Geçirilmiş tek epizod tam remisyon.
6. Diğer ya da belirlenmemiş seyir özellikli (APA, 2001).

#### **Şizofreni İçin Boylamsal Gidişin Sınıflandırılması**

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bu bozukluk ancak bir yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütüyle çelişmemeleri durumunda kullanılmak üzere tasarlanmıştır.

**İlk dönem, o sırada akut dönemde:** Bu bozukluğun tanımlayıcı tanısal belirti ve zaman ölçütünü karşılayan ilk ortaya çıkışıdır. Akut dönem, belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren:** Tam olmayan bir yatışma, önceki dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bu bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca bir bölümünün tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

**İlk dönem, o sırada tam bir yatışma gösteren:** Tam bir yatışma, önceki dönemden sonra bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin kalmadığı zaman dilimidir.

**Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde:** En az iki dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az bir kez depresme)

**Çoğul dönemler, o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren**

**Çoğul dönemler, o sırada tam bir yatışma gösteren**

**Sürekli :**Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin büyük bir kesiminde bulunur ve bu süreçte eşikaltı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır (DSM 5).

#### **1.1.9. Şizofrenide İntihar ve Nüks**

Şizofrenide psikiyatrik olmayan diğer tıbbi bozuklukların görülme olasılığı ve ölüm tehlikesi riski yüksektir. Şizofreni hastalarının yaklaşık %10'u canına kıymaktadır. Şizofreni hastaları genellikle daha erken ölmektedirler. Bu erken ölüm, sadece %8-10 arasındaki intihar oranıyla veya kazaların yol açtığı ölümlerle açıklanamaz. Enfeksiyon ve dolaşım sistemi hastalıkları şizofreni hastalarının ömrünü 10 yıl kadar kısaltmaktadır (Arkonaç, 1996).

Duygusal sorunların varlığında ve psikotik semptomların sürekli olarak devam ettiği durumlarda, nüks riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Uzun süreli ilaç kullanımı nüks riskini azaltmaktadır. Ancak, düzenli ilaç kullanımına karşın iki yıl içinde %25, 5 yıl içinde ise %40-60 oranında nüks oluşabilmektedir (Sungur ve Yalnız, 1999).

#### **1.1.10. Şizofreni Tedavisi**

Şizofreni tedavisinde öncelikli olarak doktor ve hasta arasında kurulacak ilişki üzerinde durmak ve hastanın güvenini kazanarak işbirliğini azaltabilecek bilişsel bozukluklar, dezorganizasyon, ve sosyal destek azlığı gibi faktörleri değerlendirmek gerekmektedir (Yağcıoğlu, 2005).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı Şizofreni için Tedavi Kılavuzu'nda şizofreni tedavisi üç dönemde ele alınmaktadır. Bu dönemler: psikotik belirtilerin alevlenmesi ile başlayan ve yatışmasıyla son bulan akut dönem. Akut dönemi takip eden ve aylarca sürebilen düzelmeye görüldüğü ancak bu düzelmeye çeşitli stresörler veya ilaç değişiklikleriyle kolayca bozulabildiği yatışma dönemi. Son olarak da idame tedavisinin yapıldığı stabil dönemdir (Akt. Yağcıoğlu, 2005).

Şizofreni tedavisinde akut dönemde olmak üzere tedavinin her aşamasında antipsikotik ilaç kullanımı hem psikotik belirtileri yatıştırmaya hem de alevlenmeleri engelleme için birincil seçenektir (Yıldız, 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

##### **1.1.10.1. Farmakolojik Tedavi**

Şizofreni hastalarının tedavisinde gerekli olan en önemli tedavi yaklaşımı ilaçla tedavidir. Diğer tedavi yöntemleri kullanılsa da ilaç kullanımı tedavinin vazgeçilmezidir. İlaç tedavisi hastanın semptomlarının yatışmasını, azalmasını mümkün kılar. Farmakolojik tedavinin etkisi diğer tedavi yaklaşımlarıyla birlikte

kullanıldığında artmaktadır. Şizofreni süregelen bir hastalık olduğu için ilaçların sürekli ve düzenli bir şekilde alınması gerekmektedir.

Antipsikotik ilaçlar, iki ana grup halinde değerlendirilebilir. Birinci grup, geleneksel antipsikotik ilaçlardır. İkinci grup yeni antipsikotik ilaçlardır. Geleneksel antipsikotik ilaçların ortak özelliği, merkezi sinir sisteminde dopamin D2 reseptörlerini bloke etmeleri ve ekstrapiramidal yan etkilerinin olmasıdır. Yeni antipsikotik ilaçlar ise, etki düzenekleri açısından farklılıklar taşırlar. Dopamin reseptörleri üzerinde seçici etki gösterebilirler ve diğer nörotransmitterler üzerinde daha belirgin etkiye sahiptirler (Soygür, 1999).

Antipsikotik ilaçlar aynı zamanda nöroleptik olarak da bilinmektedir. Bunun sebebi yararlı etkilerinin olmasının yanı sıra, nörolojik bozuklukların davranışsal belirtilerine benzer yan etkilere yol açabilmeleridir. Antipsikotik ilaçların en sık kullanılanlarından biri fenotiazinlerdir (Davison ve Neale, 2011).

İlaçlar şizofreninin pozitif belirtilerini azaltarak hastaların hastaneden çıkmalarını olanaklı kılmakla beraber, bu durum iyileşme olarak kabul edilmemesi gereken bir durumdur. Lityum, antidepresanlar ya da bezodiazepolinler de şizofreni tedavisinde kullanılmaktadır. Antidepresanlar psikotik dönem sonrası depresyona giren şizofreni hastaları için kullanılabilirler (Davison ve Neale, 2011).

İlaçların bu hastalık üzerinde olumlu etkileri kadar yan etkileri de olmaktadır. Bunlara rağmen ilaç tedavisi şizofreni hastalarının tedavisinde vazgeçilmez ve birinci basamak tedavidir.

#### **1.1.10.2. EKT (Elektro Konvülsif Tedavi)**

Elektrokonvülsif tedavi, beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak yaygın konvülsiyonlar oluşturma esasına dayanan psikiyatrik bir sağaltım yöntemidir. EKT sonrası baş ağrısı, yönelim bozukluğu, bellek bozuklukları, kas ağrıları, bulantı, gibi yan etkiler sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Bu yan etkiler arasında en sık olarak baş ağrısı, yönelim bozukluğu ve bellek bozuklukları gözlenmektedir (Okay ve ark., 2008).

#### **1.1.10.3. Psikososyal Tedavi Yaklaşımları**

İlaç tedavisinin bir çok hastada kesin bir iyileşme sağlayamaması, ilaçların negatif semptomlar üzerinde yeterince etkili olmaması, düzenli ilaç tedavisine rağmen hastalıkta nükslerin olması, ilaçların bazı ağır yan etkilerinin olması sebebiyle hastalarca ilaç kullanımının red edilmesi gibi sebeplerden dolayı şizofrenide ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmayacağı, ilaç tedavisinin yanında

psikososyal yaklaşımların önemli olduğu vurgulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Son zamanlarda şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde psikososyal yaklaşımların önemini vurgulayan yayınlar artmaktadır. Bu çalışmalardan biri Sevi ve Sütçü (2012) tarafından yürütülen, şizofreni tedavisinde standart ilaç kullanımına ek olarak sürdürülen psikososyal müdahalelerin etkinliğini gösteren çalışmadır.

#### **1.1.10.4. Psikoterapi**

İlaç tedavisine ek olarak çeşitli terapi yaklaşımları şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılmaktadır.

##### **1.1.10.4.1. Psikodinamik Terapiler**

Şizofreninin nevrozların gelişiminde rol alan fiksasyonlara göre daha erken dönemde oluşan gelişimsel fiksasyonlardan kaynaklandığını ileri süren Sigmund Freud ve Karl Abraham psikozların da diğer psikopatolojiler gibi çatışma-savunma modeli çerçevesinde anlaşılabilirliğini öne sürmüşlerdir. Ancak psikozda çatışmalar daha yoğundur ve ilkel savunma mekanizmaları devreye girmektedir. Ego işlevleri geçmişteki çatışmalarla ilişkili olarak ödipal dönem öncesine gerilemiştir (Ceylan ve Çetin, 2005).

Psikodinamik yaklaşıma göre şizofreni erken çocukluk dönemindeki iletişime bir dönüşü yansıtmaktadır. Kişilerarası isteklerin doğurduğu aşırı stresle baş edemeyen kırılmalı ego gerilemektedir. Terapide hastanın yetişkin iletişimini öğrenmesi ve şimdiki problemlerde geçmişin rolüne dair içgörü kazanması amaçlanmaktadır. Hastayla çok yavaş ve tehdit edici olmayan bir güven ilişkisininin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu tarz terapiler kendi başına bazı şizofren hastaların ele alamayacağı kadar yoğun olabilir. Temelde hastaya içgörü kazandırmayı hedefler (Davison ve Neale, 2011).

##### **1.1.10.4.2. Bilişsel-Davranışçı Terapiler**

Bilişsel-davranışçı terapilerin temeli stres-yatkınlık modeli üzerine kurulmuştur. Böyle bir model hastalığın başlangıcı ve devamı yönünden "de-katastrofik" bir yaklaşımı simgelemektedir. Yani hastayı tedavi edilmez bir deli olarak ele almak yerine yaşamının bazı noktalarında belirli stres etkenleriyle karşılaşınca tepki olarak hastalık semptomları gösteren bir kişi olarak görmektedir. Böyle bir model gerek hasta gerekse terapistin hastalığa daha iyimser, daha umutla bakabilmeleri ve terapötik kilitlenmeden kurtulmaları için son derece önemlidir (Sungur ve Yalnız, 1999).

Öğrenme temelli tedavi programlarının şizofreni hastalarında daha iyi işlevsellik düzeyine kavuşmasında etkili oldukları ruh sağlığı çalışanları tarafından kabul edilmektedir. Ancak davranış tedavisi şizofreni hastalığını iyileştirme düzeyinde etkili değildir. Davranışsal müdahaleler iletişim kurma, pasiflik, itaat ve hastalığın bazı olumsuz göstergeleri üzerinde etkili olmaktadır. Yaygın olarak kullanılan yöntemler token(marka) programlarıdır (Davison ve Neale, 2011).

Sungur ve ark. (2008)'nin yürüttüğü bilişsel davranışçı tekniklerin yoğun olarak kullanıldığı ve standart tedavinin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada ise deney grubundaki sosyal ve klinik iyileşmenin kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, nüks, intihar düşüncesi ve girişimleri bakımından karşılaştırıldıklarında deney grubunun lehine anlamlı bir azalma olduğu ve hastaya bakım verenlerin yükünü azaltmada yine deney grubunun lehine anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür.

Şizofreni tedavisinde kullanılan bilişsel-davranışçı terapilerin bireysel psikoterapi ve grup terapisi şeklinde uygulandıkları görülmektedir. Bu teknikler incelendiğinde ise psikoeğitim, başa çıkma teknikleri, problem çözme teknikleri, bakımveren(ailenin eğitimi) gibi yöntemlerin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir.

Son olarak batıda şizofreni ve diğer psikotik belirtilerin tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi uygulamaları giderek artmasına rağmen, ülkemizde bu bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı terapi uygulamaları yaygın olarak kullanılmamaktadır (Mortan ve ark., 2011).

#### **1.1.10.4.3. Aile Terapisi**

Aile odaklı tedaviler, hastanın hastaneden çıktıktan sonra ev ortamında yaşadıkları stresi azaltmayı amaçlar. Ailedeki düşmanlık, aşırı ilgilenme ve eleştirel yaklaşımın azaltılması bu programlarda amaçlanır. Aile hastalık hakkında gerçekçi bir şekilde bilgilendirilir. Aile bireylerine hastaların evin içinde ve dışında uyumlarını arttıracak duygu dışavurumunu azaltan sosyal becerileri öğretmek önemlidir. Araştırmalar aile terapisi gören hastaların diğer hastalara oranla daha iyiye gittiğini göstermiş bunun nedeninin ilaçları daha düzenli alma olasılığına bağlanmıştır. İzolasyonu azaltmak amaçlı benzer sorunları gösteren kişileri ve ailelerini bir araya getirmek önemlidir (Davison ve Neale, 2011).

Psikotik hastaların genellikle tedavinin gereklerini yerine getirme konusunda isteksiz olmaları nedeniyle hastanın bakımını üstlenen aile bireylerinin hastalık

konusunda bilgilendirilmesi tedaviye uyumu artırabilir (Söylemezoğlu ve Cansever 1999).

Duman ve ark.(2007)'nin yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlere uygulanan psikoeğitimin hastaların ilaç ve kontrol randevularına uymaları, nüks, ve bakım verenlerin duygu ifadesine etkisi incelenmiş ve psikoeğitim alan gruptaki hastaların ilaç ve kontrol randevularına uyumlarının daha yüksek olduğu ancak nüks açısından her iki grupta da anlamlı bir fark olmadığı, bakım verenlerin duygu ifadeleri arasındaki farkın da anlamsız olduğu bulunmuştur.

## **1.2. Dışavuran Duygudurumu**

### **1.2.1. Dışavuran Duygudurumunun Tanımı ve Boyutları**

Duygu dışavurumu, ilaç tedavisine iyi yanıt veren şizofreni hastalarının evlerine döndükten kısa bir süre sonra neden hastalıklarının nüks ettiğini anlamak ve hasta yakınlarının hastalara yönelik duygusal tepkilerini ve aile ortamının duygusal iklimini tanımlamak için geliştirilmiş bir kavramdır (Lobban ve ark., 2006).

Aile ortamının şizofreni üzerindeki etkisinin incelenmesi George Brown ve arkadaşlarının Londra'da MRC Sosyal Psikiyatri Servisinde dışa vuran duygudurumu üzerinde çalışmalarıyla başlamıştır. Brown ve arkadaşları büyük psikiyatri kurumlarından taburcu olan şizofreni hastalarının akibetleriyle ilgilenmeye başlamışlardır. Ve taburcu sonrası ailelerinin yanına dönerek onlarla yaşayan hastaların tek başlarına veya başka ortamlarda yaşayan hastalara kıyasla daha fazla nüks yaşadıklarını ve hastaneye yatışlarının daha fazla olduğunu görmüşlerdir. Bu da ev ortamının bu etkiden sorumlu olabileceğini düşündürmüştür. Böylelikle dışa vuran duygudurumu üzerinde çalışmalar popülerlik kazanmıştır(Akt. Berksun, 1992).

Brown, Carstair ve Topping'in 1958'de duygu dışavurumu alanında ilk çalışmayı üçte ikisi şizofren olan 229 hasta ile yürütmüşlerdir. Bu çalışmada hastaların toplum içinde başarılı veya başarısız oluşları ile taburcu olduktan sonra yaşadıkları ortamlardaki insanların yaşam biçimi ile her nasıl oluyorsa bir ilişki olduğu keşfedilmiştir. Taburcu olduktan sonra pansiyonlarda veya evlerinde kardeşleriyle yaşayan hastalar büyük kurumlarda veya aileleriyle yaşayanlardan daha iyi bir gidiş gösterdikleri bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları oldukça önemli olmasına rağmen araştırmanın retrospektif olması ve örneklemin heterojen olması sebebiyle Brown ve ark. 1959 yılında hastaların yaşadıkları ortamlarda hastalığın gidişatını etkileyen özelliklerin daha ayrıntılı ve özgün bir desenle araştırıldığı prospektif bir çalışma yapmışlardır. 1962 de yayınlanan bu çalışma 129 erkek

şizofreni hastası ve onların anahtar akrabaları ile taburcudan iki hafta sonra ve bir yıl sonra görüşülmüştür. Bu görüşmeler sırasında hem hastaların hem de akrabalarının ifade ettiği duygular (DD), düşmanlık ve baskın oluş açısından değerlendirilmiştir ve akrabalar yüksek DD gösteren ve göstermeyen olarak kategorize edilmiştir. Görüşmelerden bir yıl sonra yüksek DD gösteren akrabalarla yaşayan hastaların düşük DD gösteren akrabalarıyla yaşayan hastalardan daha fazla nüks riski taşıdıkları bulunmuştur. Yakınları yüksek DD gösteren gruptaki hastaların nüks oranı %56, yakınları düşük DD gösteren gruptaki hastaların nüks oranı ise % 21 olarak bulunmuştur (Aktaran Berksun, 1992).

Dışa vuran duygu durumunun nüksle ilişkili bulunan üç boyutu vardır. Bunlar eleştiricilik, düşmanlık, aşırı duygusal ilgidir.

Eleştiricilik hastaların davranışları ve özellikleri hakkında; tatminsizliğin ifade edilmesi, onaylamama ya da kızgınlık duyma, hastanın belirli davranışlarının red edilmesi gibi olumsuz yorumlar yapmayı içeren bir bileşendir. Eleştiricilik ayrıca hastalara onlarda stres yaratan negatif geribildirimler vermeyi de içerir (Barrowclough ve Tarrier, 1992).

Düşmanlık hastanın genel olarak reddedilmesi veya hastaya karşı genel bir eleştiricilik ifadesidir. Hastanın problemleri, yaptığı veya yapamadığı şeyler bakımından eleştirilmesinden veya çok hastanın kendisine yönelik olumsuz değerlendirmelerden oluşur. Düşmanlık hastanın davranışlarının belirli bir yönünden tatminsizlik duyulmasından çok hasta hakkında ciddiye yaygın bir negatif tutum olarak düşünülebilir (Barrowclough ve Tarrier, 1992).

Aşırı duygusal ilgi hasta yakınlarının bir dizi farklı davranışlarını içermesi sebebiyle belkide en karmaşık boyuttur. Bu davranışlar; abartılı duygusal tepki verme, özveri ve aşırı hoşgörülü davranma, hastanın hastalığıyla aşırı derecede uğraşma, duygusal sıkıntı ve hastayı aşırı derecede kontrol altında tutma girişimi olarak kategorize edilebilir. Kendini adama ve aşırı hoşgörülü davranışlar hasta yakınlarının hastaya bakmak için kendi ihtiyaçlarını feda etmesi gibi davranışları içerir. Aşırı koruyuculuk aşırı duygusal ilgi boyutunun bir başka özelliğidir. Duygusal sıkıntı hastanın hastalığı düşünülmesi zaman son derece üzüntülü olmak ve sürekli ağlamak gibi abartılı duygusal tepkileri içerir. Hastanın hastalığıyla aşırı uğraşma ise hastayla yüksek düzeyde özdeşim kurma, başka konular hakkında konuşmama veya hastalıkla ilgili en ufak detayları uzunca anlatma gibi davranışları kapsar (Barrowclough ve Tarrier, 1992).

Dışa vuran duygudurumunu ölçen ölçeklerden alınan puanlara göre hasta yakınları yüksek DD'li veya düşük DD'li olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada kullanılan "Dışa vuran Duygudurum Ölçeği" nin standart bir kesme nokatası bulunmadığından ortalamasının üstünde puan alan hasta yakınları yüksek DD'li ve ortalamasının altında puan alan hasta yakınları düşük DD'li olarak değerlendirilmiştir.

## **1.2.2. Dışavuran Duygudurumunun Ölçülmesi**

### **1.2.2.1 Camberwell Family Interview (Camberwell Aile Görüşmesi) (CFI)**

Duygu dışavurumunu ölçmenin en iyi standardı Camberwell Aile Görüşmesi(CFI) olarak bilinen bir yarı yapılandırılmış görüşmedir (Leff ve Vaughn, 1985). Görüşmeler genellikle hasta hastaneye yatırıldığında hastanın anahtar akrabası (ebeveynleri ya da eş) ile yapılır. Ebeveynlerle ayrı ayrı görüşülür ve bu görüşmeler daha sonra kodlanmak üzere kaydedilir.

İyi bir şekilde uygulandığında, CFI resmi bir görüşmeden çok hastanın akrabalarıyla sohbet gibidir. Sorular hastalığının başlangıcına ve hastalığın ilk aylarında ya da hastalığın şiddetlenme aşamasında hastanın akrabalarının kolayca gözlemleyebildiği semptomlara yöneliktir sorulardır. Ayrıca evdeki gerilim seviyesi, çabuk öfkelenme, hastaların rutin ev işlerine katılımı, ve hastalarla birlikte birçok aile üyesinin günlük alışkanlıkları tartışılır. Görüşmenin ortalama uzunluk süresi 1 ve 2 saat arasındadır. CFI beş alanda derecelendirme yapmak için kullanılır. Bunlar eleştiri, düşmanlık, aşırı duygusal ilgi, samimiyet, pozitif düşüncedir. Derecelendirme beş ölçekte yapılmasına rağmen, hastalığın nüks etmesiyle alakalı bulunan alt ölçekler eleştiri, düşmanlık ve aşırı duygusal ilgidir (Yüksel, 2008).

Literatürde CFI ile ölçülen duygu dışavurumunun öngörü geçerliliği olduğu açıkça görülmektedir. Duygu dışa vurum düzeyleri yüksek olarak sınıflandırılmış akrabalar, duygu dışa vurum düzeyleri düşük olarak sınıflandırılmış akrabalarla kıyaslandığında bu grup hastaya daha olumsuz şekilde davranır. Ayrıca CFI ile ölçülen duygu dışa vurumunun hastaların hastalıklarının nüksetmesini öngörme düzeyi kültürler arası çalışmalarda da yüksek olarak bulunmuştur (Bhugra ve McKenzie, 2003).

Bütün bu olumlu taraflarının rağmen CFI'nin; 40 - 80 saat arasında süren pahalı ve zor bir eğitim almış uzmanlar tarafından uygulanabilmesi, CFI'nin uygulamasının 1-2 saat sürmesi ve kodlamasının 2-3 saat sürmesi bu ölçeğin duygu dışa vurumunu ölçmek için yaygın bir şekilde kullanılmasını kısıtlar.

### **1.2.2.2 The Five Minute Speech Sample (FMSS) (Beş Dakika Konuşma Örneği)**

FMSS, aile üyelerinin hasta hakkındaki kendi duygu ve düşüncelerini 5 dakika boyunca kesintisiz olarak anlattıkları bir değerlendirme aracıdır. (Magana ve ark., 1986). Konuşma kaydedilir ve duygu dışı vurumunun eleştiricilik ve aşırı duygusal ilgi boyutları için kodlanır. FMSS'de düşmanlık ve samimiyet boyutları yoktur. FMSS'de aşırı duygusal ilgi boyutunu ölçmek için akrabalarının hasta hakkındaki pozitif yorumlarının sıklığına bakılır.

FMSS'nin yapılması ve kodlanması CFI'den oldukça kısa sürmektedir. FMSS'de bir veya daha fazla eleştirel ifade, ilişkiler hakkındaki olumsuz yorumlar ya da görüşmenin başlangıcındaki eleştirel bir durum yüksek eleştiriciliği gösterirken; aşırı övgü ya da hastaya karşı aşırı sevgi, ağlama, ve fedakarlık ise aşırı duygusal ilgi boyutunun göstergeleridir.

### **1.2.2.3 Level of Expressed Emotion Scale (LEE)- Duygu Dışa vurumu Düzeyi Ölçeği**

LEE (Cole ve Kazarian, 1988) kişinin duygusal çevresinde kendisi için önemli olan ilişkilerinin değerlendirildiği 60 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. LEE ölçeğindeki maddeler duygu dışı vurumunu temel alır. Ölçeğin müdahalecilik, duygusal tepki, hastalığa karşı tutum ve tolerans olmak üzere dört alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek maddeleri doğru-yanlış formatında değerlendirilir ve bu dört ölçekten alınan puanlar hesaplanarak duygu dışı vurumu için toplam bir puan elde edilir.

### **1.2.2.4 Family Attitude Scale (FAS) – Aile Tutum Ölçeği**

FAS duygu dışı vurumunu ölçen 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Kavanagh ve ark., 1997). FAS hem hastanın akrabaları hem de hastalar tarafından yanıtlanabilen bir ölçektir. Ölçek maddelerin bazı örnekleri şöyledir; "keşke o burada olmasaydı", "o onun için yaptığım şeyi takdir eder", "o benim tavsiyelerimi gözardı eder", "kendimi ona çok yakın hissediyorum".

### **1.2.2.5 Perceived Criticism (PC)-Algılanan Eleştiricilik**

Duygu dışı vurumunun bütün alternatif ölçümlerinin en kolayı PC ölçümüdür. Hooley ve Teasdale (1989) hastalara akrabaları hakkındaki eleştirel düşüncelerini 10'lu Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlamalarını istediler. Ek olarak, hastaların akrabalarının onlar hakkındaki düşüncelerinin ne olduğunu hastalardan aynı şekilde puanlamalarını istediler. Son olarak, üzgünlük oranını ölçmek için sorular genişletildi.

Bu sorular şöyledir; “Akrabaların seni eleştirdiği zaman , seni bu durum nasıl üzüyor ya da sen akrabalarını eleştirdiğinde, akrabaların bu duruma nasıl üzüyorlar?” Bu maddeler hasatların akrabaları tarafından da cevaplanabilmektedir.

Hastalardan alınan PC değerlendirmelerinin hasta yakınlarından alınan değerlendirmelerden daha geçerli olmaları dikkat çekicidir (Thompson ve ark, 1995).

#### **1.2.2.6 Munster Family Interview (MFI)- Munster Aile Görüşmesi**

MFI, hasta da dahil bütün aile bireylerine uygulanır. Görüşme boyunca ailenin duygusal atmosferi değerlendirilir. Görüşmede doğal hasta-akraba etkileşimi ev ortamında gözlemlenir. Görüşme beş boyut üzerinden değerlendirilir. Bu boyutların dört tanesi DD boyutları olarak bilinen; eleştiricilik, düşmanlık, aşırı duygusal ilgi ve samimiyettir. Beşincisi, boyun eğme-çekilme, Buchkremer, Monking, Lewandowski, ve Wittgen tarafından eklenmiştir. Bu boyutlar akrabalarının hastaya karşı ilgisiz ve umursamaz davranışlarını gösterir.(Akt. Stricker ve ark., 1997).

#### **1.2.2.7 Dışa Vuran Duygudurumu Ölçeği(DDÖ)**

Bu çalışmada kullanılan Dışavuran Duygudurum Ölçeği, hasta yakınının kendisini ve hastayı nasıl algıladığını değerlendirmek amacıyla Berksun tarafından (1992) geliştirilmiş olan ölçek doğru- yanlış olarak yanıtlanan 41 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin iki boyutu vardır. Ölçeğin 29 maddesi Eleştirel/Düşmancıl Oluş(EDO) ve 12 maddesi Aşırı Duygusal Düşkünlüğü(ADD) göstermektedir. Eleştirel/Düşmancıl Oluş örnek olarak; “Ondan ah bir kurtulsam diye düşünüyorum” ve “Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum”, Aşırı Duygusal Düşkünlüğe örnek olarak ise; “Aklım fikrim hep onda ondan başka bir şey düşünemiyorum” ve “O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor” maddeleri verilebilir. Ölçek 1-0 arasında derecelendirilmekte ve 3, 8, 14, 28, 30, 36, 39 ve 41 nolu maddeler “yanlış” cevabı işaretlendiğinde 1 puan alırken geriye kalan maddeler “doğru” cevabı işaretlendiğinde 1 puan almaktadır. Ölçekte EDO puanı 0-29 arasında derecelendirilerken ADD puanı 0-12 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ise 0-41 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek Dışavuran Duygudurumu düzeyini göstermektedir.

#### **1.2.2.8 Algılanan Duygu Dışa vurumu Ölçeği(ADDÖ)**

Alkan (2006) Duygu Dışa vurumu Ölçeğini, hastalar tarafından algılanan duygu dışa vurumunu ölçmek amacıyla dönüştürerek Algılanan Duygu Dışa vurumu Ölçeği

geliştirmiştir. Aynı çalışmada Alkan, hemodiyaliz hastalarının algıladıkları duygu dışı vurum düzeylerini ölçmüştür. Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan duygu dışı vurumu düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. ADDÖ'nün DDÖ gibi Eleştiricilik/Düşmanlık ve Aşırı Duygusal İlgililik olmak üzere iki boyutu vardır.

### **1.2.3 Yüksek ve Düşük Dışa vuran Duygu Düzeyine Sahip Ailelerin Özellikleri**

Duygu dışı vurumları açısından yüksek ve düşük DD gösteren aileler farklı özelliklere, davranışlara ve aile etkileşimlerin kalıplarına sahiptirler. Yüksek DD gösteren aileler; çok konuşup, az dinlerler, aşırı müdahaleci ve suçlayıcıdır, tepkileri abartılıdır, hastanın rol yaptığından şüphe ederler, bu ortamlarda yaşayan hastaların da yaşam olaylarıyla tek başına başa çıkma becerileri zayıftır. Düşük DD gösteren aileler ise; daha toleranslı, yardımsever, ilgili, duyarlı, kabullenici, serinkanlı özellikler gösterirler (Kavanagh, 1992; Cansever, 1994).

Yüksek DD gösteren aileler kendi yaşamları için daha fazla iç kontrol odağına sahiptirler ve yaşam sorunlarının üstesinden gelme konusunda aktif rol oynarlar. Düşük DD gösteren aileler ise daha kaderciler ve kabullenicilerdir. (Hooley, 1998). Yüksek DD gösteren ailelerde müsamaha yoktur (Doherity ve ark., 1998). Nadiren hastalarla hemfikirdirler, düşük düzeyde bir kabullenme davranışı gösterirler, hastayla etkileşimleri boyunca yalnız hasta için değil kendileri içinde eleştirel yorumlar yaparlar (Hooley, 1985; Miklowitz ve ark., 1995).

Yüksek DD gösteren aileler düşük DD gösteren ailelere kıyasla daha fazla yük aldıklarını ve daha fazla stres yaşadıklarını hissederler (Barrowclough ve Parle 1997; Scazufca ve Kuipers, 1996; Tarrier ve ark., 2002).

Düşük DD gösteren aileler, yüksek DD gösteren ailelere kıyasla daha rahat davranırlar ve daha az zorlayıcıdır. Daha da fazlası, daha az koruyucu olmaya eğilimlidirler ve hastaların özeline saygılılardır (Kavanagh, 1992).

Yüksek DD gösteren aileler, düşük DD gösteren ailelere kıyasla daha müdahalecidirler ve daha yüksek beklentiye sahiptirler. Düşük DD gösteren aileler, hastanın rahatsızlığı gerçek olarak algılarlar ve hastayı bu semptomlarından sorumlu tutmazlar (Kazarian ve ark., 1990).

## 2. AMAÇ VE ARAŞTIRMA SORULARI

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı; şizofreni hastalarının demografik ve klinik özellikleri ve hasta yakınlarının demografik özelliklerinin hastaların anahtar akrabalarının dışı vuran duygudurum düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Hastalık süresi, yaş, cinsiyet, göç öyküsü, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, ilaç kullanım düzeni, hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri gibi değişkenlerin hasta yakınlarının dışı vuran duygudurumlarıyla ilişkisi olarak araştırılacaktır.

Bu amaç doğrultusunda şizofreni tanısı almış hastaların anahtar akrabalarının dışı vuran duygudurum düzeyleri incelenecek ve aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır.

1. Şizofreni hasta yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri ile ailede göç hikayesinin olup olmaması arasında ilişki var mıdır?
2. Şizofreni hasta yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri ile hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
3. Şizofreni hastalarının hastane yatış sayıları ile hasta yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın amaçlarından biri de Sosyodemografik Bilgi Formu aracılığı ile elde edilen cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, çalışma durumu, ailede fiziksel rahatsızlığı olan bir bireyin olup olmaması, ailede ruhsal bozukluğu olan başka bir bireyin olup olmaması , intihar girişiminin olup olmaması, son tedavi görülen kurumdaki tedavi süresi, ilaç kullanım düzeni gibi veriler ile şizofreni hasta yakınlarının dışı vuran duygudurumları arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

### 2.2. Araştırma Hipotezleri

Şizofreni hasta yakınlarından oluşturulmuş örneklem grubu için aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

Hipotez 1: Ailede göç hikayesinin olup olmaması ile şizofreni hasta yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 2: Şizofreni hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri ile dışı vuran duygudurum düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 3: Şizofreni hastalarının hastane yatış sayıları ile hasta yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmaya alınan deneklerden elde edilen demografik verilere dayanan aşağıdaki araştırma sorularının yanıtları aranacaktır.

Hipotez 4: Şizofreni hasta yakınlarının cinsiyeti ile dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 5: Şizofreni hastalarının cinsiyeti ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 6: Şizofreni hasta yakınlarının yaşı ile dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 7: Şizofreni hastalarının yaşı ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 8: Şizofreni hasta yakınlarının eğitim seviyesi ile dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 9: Şizofreni hastalarının eğitim seviyesi ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 10: Şizofreni hasta yakınlarının medeni durumu ile dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 11: Şizofreni hastalarının medeni durumu ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 12: Şizofreni hasta yakınlarının çalışma durumu ile dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 13: Şizofreni hastalarının çalışma durumu ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 14: Şizofreni hastalarının hastalık süresi ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 15: Şizofreni hastalarının intihar girişimi olup olmaması ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 16: Şizofreni hastalarının ilaç kullanım düzenleri ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 17: Şizofreni hastalarının en son tedavi gördükleri kurumdaki tedavi süresi ile yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 28: Şizofreni hastalarının ailelerinde fiziksel rahatsızlığı olan aile bireylerinin bulunup bulunmaması ile yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotez 19: Şizofreni hastalarının kendileri dışında ailelerinde ruhsal bozukluğu olan aile bireylerinin bulunup bulunmaması ile yakınlarının dışı vuran duygudurum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

## 3.YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanmasında izlenen yol ve verilerin çözümlenmesinde kullanılan istatistiksel teknikler açıklanmıştır.

### 3.1. Örneklem

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Araştırmalar Birimi'nde izlenmekte olan 30 şizofreni hastası ve bu hastaların birinci derece yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolaylıkla bulunabileni örnekleme tekniği ile ulaşılmıştır.

Örneklem; şizofreni tanısı almış hastalar ile bu hastaların kendileriyle en az 1 yıldır birlikte yaşıyor olan, 18 yaşından büyük, testleri cevaplamasına engel olabilecek fiziksel veya mental bir bozukluğa sahip olmayan hasta için önemli olan 'anahtar akraba' rolündeki ebeveyn, eş, çocuk, kardeş gibi birinci dereceden bir aile yakınlarından oluşturulmuştur.

Örneklem grubunu oluşturan hastalar ve hasta yakınları için bir üst yaş sınırı düşünülmemiştir. Her bir hasta için birden fazla hasta yakınının, hatta hastanın birlikte yaşadığı tüm aile bireylerinin Dışavuran Duygudurumu açısından değerlendirilmesi yöntem bilimsel açıdan en doğru yol olsa da hastaların çoğunun kliniğe 'anahtar akraba' olan aile üyesiyle veya tek olarak gelmeleri ve bir kısım hastanın il dışında yaşıyor olması nedeniyle bir aile bireyinin çalışmaya alınması yeterli kabul edilmiştir.

### 3.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu ve Dışavurun Duygudurum Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

#### 3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu-SBF

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından kendilerine ve hastalarına yönelik bilgileri toplamaya yönelik Sosyodemografik Bilgi Formunu doldurmaları istenmiştir. Bu formda bütün katılımcıların yaş, cinsiyet, göç öyküsü, eğitim seviyesi, çalışma durumu, ve gelir düzeyi, yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yer, ailelerinde fiziksel ve ruhsal bir rahatsızlığı olan bireylerin bulunup bulunmadığı gibi bilgileri toplanmıştır.

Ayrıca hasta yakınlarından; hastayla birlikte geçirdikleri süre, hastalık hakkında bilgi düzeyleri, hastalığın başlangıcından günümüze kadar geçen süre, hastalarının hastane yatış durumu, intihar girişimi, tedavi görmekte olduğu kurumdaki takip ve tedavi süresi, ilaç kullanım düzeni, hastalık tanısının ne zaman konduğuna ilişkin bilgiler alınmıştır. (SBF için bkz. Ek1).

### **3.2.2. Dışavuran Duygudurumu Ölçeği-DDÖ**

Dışavuran Duygudurum Ölçeği, hasta yakınının kendisini ve hastayı nasıl algıladığını değerlendirmek amacıyla Berksun tarafından (1992) geliştirilmiş olan ölçek doğru- yanlış olarak yanıtlanan 41 maddeden oluşmaktadır.

Yüksel tarafından(2008) yürütülen çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Eleştirel/Düşmanlık Oluşu boyutu için 0.82, Aşırı Duygusal Düşkünlük boyutu için 0.85 ve bütün ölçek için 0.82 olarak bulunmuştur(Yüksel, 2008). Diğer bir çalışmada ise (Çetin ve Ark. 2013) ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin iki boyutu vardır. Ölçeğin 29 maddesi Eleştirel/Düşmanlık Oluş(EDO) ve 12 maddesi Aşırı Duygusal Düşkünlüğü(ADD) göstermektedir. Eleştirel/Düşmanlık Oluşu örnek olarak; “Ondan ah bir kurtulsam diye düşünüyorum” ve “Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum”, Aşırı Duygusal Düşkünlüğe örnek olarak ise; “Aklım fikrim hep onda ondan başka bir şey düşünemiyorum” ve “O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor” maddeleri verilebilir. Ölçek 1-0 arasında derecelendirilmekte ve 3, 8, 14, 28, 30, 36, 39 ve 41 nolu maddeler “yanlış” cevabı işaretlendiğinde 1 puan alırken geriye kalan maddeler “doğru” cevabı işaretlendiğinde 1 puan almaktadır. Ölçekte EDO puanı 0-29 arasında derecelendirilerken ADD puanı 0-12 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ise 0-41 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek Dışavuran Duygudurumu düzeyini göstermektedir.

Ölçek maddeleri hazırlanırken, çalışmanın uygulandığı örneklem grubunun toplumsal ve kültürel özelliklerinin dikkate alınmış olması ölçeğin güçlü yanlarından (Berksun 1992).

Ölçeğin duygu ifadesi düzeyinin belirlenmesi için standart bir kesim noktası bulunmadığından hasta yakınlarının aldıkları puanların ortalaması kesim noktası olarak kabul edilmiştir. (Duman ve Ark. 2013). (DDÖ için bkz. Ek2)

### **3.3.İşlem**

Araştırma için veriler Ekim 2012-Mayıs 2014 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastahanesi Psikoz Araştırma Birimi'nde tedavileri devam eden hasta ve hasta yakınlarından elde edilmiştir. Hasta yakınlarına kendileri ve hastaları hakkında sorular içeren Sosyodemografik Bilgi Formu ve DDÖ sırasıyla verilmiştir. Hasta yakınları görüşme odasına alınarak formlar doldurtulmuştur.

### **3.4.Verilerin İstatistiksel Analizi**

Elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır.

Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

Ekim 2012-Mayıs 2014 tarihleri arasında şizofreni tanısı almış bir bireyin anahtar akrabası olan 30 aile üyesi ile yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş verilerin normal dağılım göstermediği bulunmuştur. Elde edilen bulgular 3 grup altında incelenmiştir;

1. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

2. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması

3. Bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özellikleri ile dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması

**4.1. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.**

**Tablo 1. Şizofreni tanısı almış bireyin anahtar akrabasının sosyodemografik özellikleri**

Özellikler(n=30)	Sayı	%
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
Annesi	15	50,0
Babası	5	16,7
Eşi	3	10,0
Kardeşi	6	20,0
Çocuğu	1	3,3
<b>Yaş</b>		
Minimum 21-Maksimum 80	30	51.87
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	19	63,3
Erkek	11	36,7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okuma-Yazma Bilmiyor	1	3,3
Okuma-Yazma Biliyor	2	6,7
İlkokul Mezunu	13	43,3
Ortaokul Mezunu	4	13,3
Lise Mezunu	3	10,0

Yüksekokul Mezunu	3	10,0
Üniversite Ve Üstü	4	13,3
<b>Medeni Durumu</b>		
Bekar	4	13,3
Evli	23	76,6
Dul (boşanmış)	2	6,7
Dul (eşi ölmüş)	1	3,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	8	26,7
Çalışmıyor	22	73,3
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	25	83,3
Yok	5	16,7
<b>Yaşanılan Bölge</b>		
Büyükşehir	22	73,3
Şehir	3	10,0
İlçe/Kasaba	4	13,3
Köy	1	3,3
<b>Göç Öyküsü</b>		
Var	15	50,0
Yok	15	50,0
<b>Eşlik Eden Fiziksel Hastalık</b>		
Var	6	20,7
Yok	23	79,3
<b>Eşlik Eden Ruhsal Hastalık</b>		
Var	6	20,0
Yok	24	80,0
<b>Hastalık Hakkındaki Bilgi Düzeyi</b>		
Hiç Yeterli Değil	5	17,9
Ne Yeterli Ne Yetersiz	13	46,4
Tamamen Yeterli	10	35,7

Tablo 1’de çalışmaya katılan anahtar akrabasının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 51.87 olduğu, %63.3’ünün kadın, %43.3’ünün ilköğretim düzeyinde, %76.6’sının evli, %73.3’ünün çalışmadığı, %50.0’sinin şizofreni tanısı almış bireyin annesi olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan anahtar akrabasının hastalık hakkındaki bilgi düzeyi incelendiğinde % 17.9’u bilgi düzeyini yetersiz, %46.4’ü ne yeterli ne yetersiz, %35,7’si ise tamamen yeterli olarak tanımlamıştır. Araştırmaya katılan hasta ailelerinde %50 oranında hayatlarının bir döneminde en az bir göç öyküsü bulunmaktadır.

**Tablo 2. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri**

<b>Özellikler(n=30)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
Minimum 18- Maksimum 53	28	32.14
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	13	43,3
Erkek	17	56,7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okuma-yazma biliyor	2	6,7
İlkokul mezunu	5	16,7
Ortaokul mezunu	4	13,3
Lise mezunu	8	26,7
Yüksekokul mezunu	6	20,0
Üniversite ve üstü	5	16,7
<b>Medeni Durumu</b>		
Bekar	26	86,7
Evli	4	13,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	5	16,7
Çalışmıyor	25	83,3
<b>İlaç Kullanım Düzeni</b>		
Düzenli	24	80,0
Düzensiz	6	20,0

<b>Hastaneye Yatışı</b>		
Var	17	56,7
Yok	13	43,3
<b>İntihar Girişimi</b>		
Var	9	30,0
Yok	21	70,0
<b>Başvurulan Tedavi Kurumu Sayısı</b>		
1 kurum	9	30
2-3 kurum	15	50
3 ve daha çok kurum	6	20
<b>Şu an Tedavi Görülen Kurumdaki Takip ve Tedavi Süresi</b>		
1 yıldan az	7	23,3
1-5 yıl arası	10	33,3
5 yıldan çok	13	43,3
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	10	66,7
Yok	20	33,3
<b>Engelli-Bakım Maaşı</b>		
Var	2	6,7
Yok	28	93,3

Tablo 2’de çalışmaya katılan şizofreni tanısı almış bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 32.14 olduğu, %56.7’sinin erkek, %26.7’sinin eğitim seviyesi lise düzeyinde, %16.7’sinineğitim seviyesi üniversite ve üstü düzeyinde, %86.7’sinin bekar, %83.3’ ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %80’inin düzenli ilaç kullandığı, %56,7’sinin en az bir defa hastane yatışının olduğu, %30’unun en az bir defa intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir.

4.2. Şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile bakım veren aile üyesinin dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Tablo 3. Şizofreni tanısı almış bireyin bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre, duygudışavurumu ölçeği toplam puanları

Sosyodemografik Özellikler	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	13	14.62	190	99	0.629
Erkek	17	16.18	275		
<b>Medeni Durum</b>					
Bekar	26	14.83	385.5	34.5	0.284
Evli	4	19.88	79.5		
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	5	22.1	110.5	29.5	0.065
Çalışmıyor	25	14.18	354.5		
<b>İntihar Girişimi</b>					
Var	9	20.44	184	50	0.043
Yok	21	13.38	281		
<b>İlaç Kullanım Düzeni</b>					
Oldukça Düzenli	16	12.88	206	70	0.08
Düzensiz	14	18.5	259		

**Mann Whitney U-Testi**

Tablo 3.'te çalışmaya katılan şizofreni tanısı almış bireyin bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile anahtar akrabasının, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Şizofreni tanısı almış bireyin intihar girişiminin olup olmaması ile anahtar akrabasının dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında, intihar girişimi değişkeni ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Şizofreni tanısı almış bireyin ilaç kullanım düzeni ile hasta yakının dışavuran duygudurumu düzeyi arasından anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur (p=0.065). Hastanın çalışma durumu ile hasta yakının dışavuran duygudurumu düzeyi arasında anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur (p=0.08).

Şizofreni tanısı almış bireyin cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, ilaç kullanım düzeni ile anahtar akrabasının, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; verilen bu değişkenler ile ölçek puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 3.).

**Tablo 4. Şizofreni tanısı almış bireyin diğer bazı sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre, duygudışavurumu ölçeği toplam puanları**

Sosyodemografik Özellikler	N	Sıra Ort.	SD	$\chi^2$	P
<b>Yaş</b>					
24 ve altı	7	17.21	2	1.084	0.582
27-38 arası	15	13.83			
42 ve üstü	8	17.13			
<b>Öğrenim Durumu</b>					
İlkokul mezunu ve altı	7	16.57	2	0.947	0.623
Orta Ö.ve lise mezunu	12	16.75			
Yüksek Okul. ve Üniv. Mezunu	11	13.45			
<b>Hastaneye Yatış</b>					
0	12	14.04	2	0.978	0.613
1-5	13	17.31			
5'den fazla	5	14.30			
<b>Hastalık Süresi</b>					
1 yıldan az	5	14	2	2.91	0.233
1-3 yıl	5	21.6			
3 yıldan fazla	20	14.35			
<b>Hasta Takip Süresi</b>					
1 yıldan az	7	13.64	2	0.497	0.780
1-5 yıl	10	15.45			
5 yıldan fazla	13	16.54			

*Kruskal-Wallis Testi*

Tablo 4.'te çalışmaya katılan şizofreni tanısı almış bireyin bazı sosyodemografik ve klinik özellikleri ile anahtar akrabasının, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır.

Şizofreni tanısı almış bireyin yaşı , öğrenim durumu, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ile anahtar akrabasının, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; verilen bu değişkenler ile ölçek puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.).

#### 4.3. Bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özellikleri ile dışa vuran duygu durum ölçek puanlarının karşılaştırılması.

**Tablo 5. Bakım veren aile üyesinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları**

Sosyodemografik Özellikler	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	11	14.92	285.5	93.5	0.635
Erkek	19	16.5	181.5		
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	23	16.96	390	47	0.099
Diğer	7	10.71	75		
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	8	16.63	133	79	0.672
Çalışmıyor	22	15.09	332		
<b>Göç Öyküsü</b>					
Var	15	17.3	295.5	85.5	0.261
Yok	15	13.7	205.5		
<b>Ailede Ruhsal Hastalık</b>					
Var	9	14.89	134	89	0.962
Yok	20	15.05	301		

<b>Ailede Fiziksel Hastalık</b>					
Var	6	15.17	91	68	0.957
Yok	23	14.96	344		

***Mann Whitney U-Testi***

Tablo 5'te çalışmaya katılan anahtar akrabasının bazı sosyodemografik özellikleri ile dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Anahtar akrabasının cinsiyeti, çalışma durumu , göç öyküsü ile dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında; verilen bu değişkenler ile ölçek puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) Anahtar akrabasının medeni durumu ile dışavuran duygudurumu düzeyi arasında ise anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur. ( $p=0.09$ ) (Tablo 5.)

**Tablo 6. Bakım veren aile üyesinin diğer bazı sosyodemografik özelliklerine göre, dışa vuran duygu durum ölçeği toplam puanları**

<b>Sosyodemografik Özellikler</b>	<b>N</b>	<b>Sıra Ort.</b>	<b>SD</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>P</b>
<b>Yaş</b>					
32 ve altı	3	12.33	2	0.535	0.765
40-55	17	15.44			
58 ve üstü	10	16.55			
<b>Öğrenim Durumu</b>					
İlkokul mezunu ve altı	16	19.88	2	8.835	0.012
Orta Ö.ve lise mezunu	7	9.21			
Yüksek Okul. ve Üniv. Mezunu	7	11.79			
<b>Bilgi Düzeyi</b>					
Hiç yeterli değil	5	17	2	0.577	0.749
Ne yeterli ne yetersiz	13	13.81			
Tamamen yeterli	10	14.15			

***Kruskal-Wallis Testi***

Tablo 6'da çalışmaya katılan anahtar akrabasının bazı sosyodemografik özellikleri ile dışa vuran duygu durum leđi toplam puanları karşılaştırılmıştır. Anahatar akrabasının öğrenim durumu ile dışavuran duygudurumu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ( $p=0.012$ ). Anahtar akrabasının yaşı ve hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ile dışa vuran duygu durum leđi toplam puanları karşılaştırıldığında; verilen bu değişkenler ile ölçek puanları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 6.)

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde “Bulgular” bölümünde sunulan tabloların literatür bilgileri ile karşılaştırılmaları ve yorumları iki başlık altında sınıflandırılarak verilmiştir.

### 5.1. Şizofreni Tanısı Almış Bireyin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile Anahtar Akrabanın Dışa Vuran Duygu Durumunun Karşılaştırılması

Şizofreni tanısı almış hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorlukları ve bu zorluklarla ilgili ilişkili olan etmenleri açıklama amacıyla yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011). Dışa vuran duygu durumu üzerine etkisi olabileceği düşünülen, şizofreni tanısı almış bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ve hasta yakınının sosyodemografik özellikleri ile ilgili tartışmalar bu bölümde sunulmuştur.

Bu çalışmada; şizofreni tanısı almış bireyin cinsiyetine göre, hasta yakınının dışa vuran duygu durumu karşılaştırıldığında, cinsiyet dışa vuran duygu durumu üzerinde etkili olmayan bir değişken olarak belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur.

Meneghelli ve arkadaşlarının (2011), şizofreni hastalarında hastalık süresinin ve şiddetinin, ailenin dışa vuran duygu durumunun üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada, hastanın cinsiyetinin ailenin dışa vuran duygu durumu üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Bachmann ve arkadaşlarının (2006), şizofreni hastalarına bakım veren akrabalarının dışa vuran duygu durumunu inceledikleri çalışmada, cinsiyetin hasta yakınlarının dışa vuran duygu durumu düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir.

Çetin, (2011)'in şizofreni hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ile bakım yükü ve dışavuran duygudurumunu incelediği çalışmada ise şizofreni tanısı almış bireyin cinsiyetinin, bakım veren aile üyesinin dışa vuran duygu durumunu etkilediği bulunmuştur.

Bu çalışmada önemli bir sonuç olarak; çalışmaya katılan şizofreni tanısı almış bireyin intihar girişiminin bulunup bulunmamasının hasta yakınının dışa vuran duygudurumu üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur.(p=0.043) İntihar girişimi olan hastaların hasta yakınlarının dışa vuran duygudurum düzeyi daha yüksektir. Hastanın cinsiyetinin, yaşının, medeni durumunun, öğrenim durumunun, çalışma

durumunun, ve hastaneye yatma sıklığının, hasta yakınının dışa vuran duygu durumu düzeyi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.( $p>0.05$ ) (Tablo 3., 4)

Hastanın çalışma durumu ve ilaç kullanım düzeni ile hasta yakının dışavuran duygudurumu düzeyleri arasında anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur.

## **5.2. Bakım Veren Aile Üyesinin Sosyodemografik Özellikleri ile Bakım Verme Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumunun Karşılaştırılması**

Bu çalışmada da; hasta yakınının bazı sosyodemografik özelliklerinin dışa vuran duygudurumu ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Hasta yakınının medeni durumu ile dışavuran duygudurumu düzeyi arasında anlamlıya yakın bir ilişki vardır ( $p=0.09$ ). Çetin (2011)'nin yürüttüğü çalışmada hasta yakınının medeni durumunun, dışa vuran duygu durumunu etkilediği; evli olan aile üyesinin dışa vuran duygu durumunun, evli olmayan aile üyesine göre daha yüksek olduğu (daha fazla eleştirel/düşmancıl, koruyucu/kollayıcı tutumlarının olduğu) bulunmuştur. Bu çalışma için bu sonuç çalışmaya alınan katılımcı sayısının azlığı ile ilişkili görülebilir.

Hasta yakınının yaşı ve cinsiyeti ile dışa vuran duygu durumunu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0$ ). (Tablo 5., 6.). Literatürde şizofreni hastasına bakım veren aile üyesinin yaşının, cinsiyetinin ve hastaya yakınlık durumunun bakım yükü üzerinde etkili değişkenler olduğu; bakım veren aile üyesinin yaşı arttıkça, daha fazla güçlük yaşadığı, kadınların erkeklere göre bakımda daha fazla yer aldıkları ve daha çok bakım yükü yaşadıkları, bakım veren kadınlarında çoğunluğunun hastanın annesi ya da kız kardeşi olduğu bildirilmiştir (Chein ve ark. 2007, Arslantaş ve Adana, 2011).

Bu çalışmada önemli bir sonuç olarak; hasta yakının öğrenim durumu ile dışa vuran duygu durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.( $p=0.012$ ). Çetin'in çalışmasında hasta yakınının eğitim seviyesi ile dışa vuran duygudurum seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Çetin, 2011).

Ailede göç öyküsünün, fiziksel-psikolojik hastalık öyküsünün varlığının, şizofreninin etiolojisi ile ilişkili olduğunun bilinmesi sebebiyle dışa vuran duygudurumu düzeyi ile ilişkisi incelenmiş ancak ailede göç öyküsünün, fiziksel veya psikolojik hastalık öyküsünün varlığı ile hasta yakının dışavuran duygudurum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0$ ).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Bu çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların intihar girişimlerinin bulunup bulunmaması ile hasta yakınının dışavurun duygu durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastanın intihar girişiminin bulunması hasta yakınında daha fazla eleştirel/düşmancıl ya da aşırı koruyucu/kollayıcı tutuma yol açtığı saptanmıştır.

2. Hasta yakınının eğitim seviyesi arttıkça hastaya karşı sergilediği eleştirel/düşmancıl ya da aşırı koruyucu/kollayıcı tutumda azalmaya yol açtığı saptanmıştır.

3. İlaçlarını düzenli kullanan hastaların yakınlarının dışavuran duygudurum düzeyleri üzerinde etkili bir değişken olduğu düşünülmektedir. Bu ilişki daha büyük bir örneklem seçilerek araştırılmalıdır.

4. Şizofreni tanısı almış bireyin çalışıyor olmasının hasta yakınının dışavuran duygudurum düzeyi üzerinde etkili bir değişken olduğu düşünülmektedir. Bu ilişki daha büyük bir örnekleme olan bir araştırmayla yeniden incelenmelidir.

5. Hasta yakınının medeni durumu ile dışavuran duygudurumu düzeyi arasında literatürle uyumlu anlamlıya yakın bir ilişki bulgulanmıştır.

6. Şizofreni tanısı almış bireyin cinsiyetinin, yaşının, öğrenim durumunun, medeni durumunun, hastalık süresinin ve hastaneye yatış sıklığının dışavuran duygu durumu üzerinde etkili değişkenler olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular literatürle uyumludur.

7. Hasta yakınının yaşının, cinsiyetinin, çalışma durumunun, hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin, ailede fiziksel- psikolojik hastalık öyküsünün varlığının, ailede göç öyküsünün varlığının dışavuran duygu durumu üzerinde etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir.

## 7. KAYNAKLAR

Alkan, Ö.Y. (2006). *The relationship of expressed emotion and psychosocial variables with the quality of life of haemodialysis patients: an analysis within the conservation of resources model*. Ortadoğu Teknik Üniversitesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi

Altınyazar, V. ve Yüksel, N. (2011). Şizofrenide Kombinasyon Tedavileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 373.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV\_TR)*, E. Köroğlu (Çev.)

Andreasen N. C. (1983). Negative Syptoms in Schizophrenia. Definition and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 39. 784-88.

Arkonaç, O. (1996). Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri. İstanbul: *Nobel Tıp Kitabevleri*.

Arslandaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251- 277.

Bachmann, S. ve ark. (2006). Perceived Criticism İn Schizophrenia: A Comparasion Of İnstruments For The Assesment Of The Patients Perspective and İts Relation To Relatives Expressed Emotion. *Psychiatry Research*. 142, 167-175.

Barrowclough, C. ve Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 171, 26-30.

Barrowclough, C. ve Tarrrier, N. (1992). Families of schizophrenic patients. London: Chapman & Hall.

Berksun O.E. (1992). *Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarılama Denemesi*. Uzmanlık tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Bhugra D. ve McKenzie K.(2003). Expressed emotion across cultures. *Adv in Psych Treatment* 9,342-348.

Cansever, A., (1994). *Ailenin Duygu Dışa Vurumunun Şizofrenik Bozukluğun Seyri Üzerine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, GATA Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, Ankara 48.

Ceylan, M.E., Çetin, M. (2005). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 1.C., 3. Bsk., İstanbul: *Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.*

Chien, W.T, Chan. S.W. ve Morrissey, J. (2007). The Perceived Burden Among Chinese Family Caregivers of People With Schizophrenia, *Journal of Clinical Nursing*. 16, 1151–1161.

Cole J. D. ve Kazarian S. S. (1988). The level of expressed emotion scale:a new measure of expressed emotion. *J. Clin. Psychol.* 44, 392-397.

Coşkunol, H. (2000). Şizofreni ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Şizofreni Dizisi*. 37.

Crow T.J. (1980) Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 155, 26-31.

Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. (2003), Current Diagnosis & Treatment In Psychiatry.” çeviri editörleri: Birsöz S, ve Karaman T. 1. baskı. *Güneş kitabevi*. Ankara, 261–265.

Çetin N. (2011). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Ankara

Çetin N. ve Ark. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 14, 19-26.

Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2011). *Anormal Psikolojisi*. İ. Dağ (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Docherty, N.M., Cutting. L.P. ve Bers, S.A. (1998). Expressed emotion and differentiation of self in the relatives of stable schizophrenia outpatients . *Psychiatry* 61:269–78

Duman Z.Ç ve Ark. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Duygu İfadelerini Belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin Karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 50, 301-305.

Duman, Z.Ç., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M.K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine ‘bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı’ uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* Sayı: 8, 91-101.

Erol A. (2005). Şizofrenide Klinik Özellikler. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 1, 12, 35-43.

Gürsu, H. A. ve ark. (1999). Şizofreni Etyolojisinde Nörogelişimsel Hipotez. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 99-103

- Hooley, J.M. (1985). Expressed emotion: A Review of the Clinical Literature. *Clin. Psycho. Rev.* 5, 119-139.
- Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and locus of control. *Journal of Mental Disorders.* 186, 374-37.
- Hooley, J.M. ve Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism, *Journal of Abnormal Psychology.* 98,3,229-235.
- Kaplan ve Sadock. Klinik Psikiyatri (Synopsis of Psychiatry). Ninth Edition. (2005). Çeviri editörü: Hamdullah Aydın., 2. baskı. *Güneş kitabevi.* İstanbul. 134–154
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (2004). Klinik Psikiyatri, Abay, E.,(Çev.), İstanbul: *Nobel Tıp Kitabevleri* .
- Karamustafalıoğlu O. ve Karamustafalıoğlu N. (2001). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Komorbid Durumlar. *Psikiyatri Dünyası.* 63-66.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry,* 160, 601-620.
- Kavanagh, D.J. ve ark. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatr. Res.* 70, 185-195.
- Kazarian S.S. ve ark. (1990). Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *J. Clin Psychol.* 46, 306-309
- Keshavan M.S., Tandon R., Boutros N., Nasrallah H.A. (2008). Schizophrenia just the facts. What we know in 2008. Part 3: *Schizophrenia Research.* 106, 89-107.
- Kültür S, Mete L, Erol A, Güleç C, Köroğlu E (Eds). Psikiyatri temel kitabı. Şizofreni, 2. Baskı, *Hekimler Yayın Birliği,* Ankara, 2007; 184-226
- Leff J. ve Vaughn C. (1985). Expressed emotion in families. New York: Guildford
- Lobban, F., Barrowclough, C., ve Jones S. (2006). Does expressed emotion need to be understood within a more systemic framework? An examination of discrepancies in appraisals between patients diagnosed with schizophrenia and their relatives adults with serious mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 50-55.
- Magana, A. B. ve ark. (1986). A Brief Method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatr. Res.* 17, 203-212.
- Meneghelli, A. ve ark. (2011). Expressed Emotion İn First-Episode Schizophrenia and İn Ultra High-Risk Patients: Results From The Programa 2000 (Milan, Italy), *Psychiatry Research*

Miklowitz D.J., Goldstein, M.J. ve Neuchterlein K.H. (1995). Verbal interactions in the families of schizophrenics and bipolar affective patients. *J. Abnormal Psychology* 104, 268-276.

Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak*. H. B. Ayvaşık ve M. Sayıl (Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Mortan, O., Sütçü, S.T., Köse, G. G. (2011). İşitsel Halüsinasyonlarla Başa Çıkmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Grup Müdahalesinin Etkililiği: Bir Pilot Çalışma. *Türk Psikiyatri dergisi* Cilt: 22 Sayı: 1, 26-34.

Okay, T., Şengül, C., Gülünay, A., Şengül, B. C., Erken, D. ve Dilbaz, N. (2008). Elektro Konvulsif Terapi Öncesi Naproksen Sodyum Uygulamasının Tedavi Memnuniyeti ve Baş Ağrısı Yan Etkisi Üzerine Kısa Dönemdeki Etkinliği: Bir Ön Çalışma *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 41.Psikiyatri Dergisi. 14, 19-26.

Scazufca, M. ve Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 168:580–87

Sevi, O.M., Sütçü, S.T. (2012). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi-Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. Cilt: 23,Sayı: 3, 206-218.

Sevinçok, L. (1998). Şizofrenide Depresyon. *Şizofreni Dizisi*. 46-53.

Soygür, H. (1999). Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Dünyası*. 83-90.

Söylemezoğlu, Ü., Cansever,A. (1999). Şizofreni Tedavisinde Psikososyal Yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası*, Sayı :3, 96-103.

Stricker, K., Monking, H.S., ve Buchkremer, G. (1997). Family interaction and the course of the schizophrenic illness. *Psychophology*, 30, 282,290

Sungur, M. Z. ve Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*. 162.

Sungur, M.Z. ve Ark. (2008). Şizofrenide optimal tedavi: randomize kontrollü, uzunlamasına bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* Sayı : 9, 27-32.

Şahin, M. V. (1999). Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı. *Psikiyatri Dünyası*. 72-74.

Şahinler, D. ve Özmen, E. (1977). Katatoni: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*. 6.

Tandon R., Nasrallah H.A., Keshavan M.S. (2009). Schizophrenia, just the facts 4. Clinical Features anda conceptualization. *Schizophrenia Research*. 110, 1-23.

Tarrier N., ve ark. (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: the effect on carer burden. *J. Abnormal Psychol*. 11, 340-349

Thompson, M. C. Ve ark. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155–167.

Uzbay, T. (2009). Şizofreni Tedavisinde Yeni Farmakolojik Yaklaşımlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 176.

Üçok, A. (2005). Şizofrenide İlk Episod. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 1, 12, 1-5.

Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine Genel bir Bakış: "Batı Cephesinde Yeni bir Şey Yok" mu? *Klinik Psikiyatri*. 196-208.

Van Os J. ve Marcelis M. (1998). The ecogenetics of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 32. 127-35.

Yağcıoğlu A. E. A. (2005). Şizofreni Tedavisi ve Antipsikotik İlaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 1, 12, 49-57.

Yavuz, R. (2008). Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *Sted*. 52-53.

Yıldız M. (2010). Şizofrenide Bilişsel İyileştirim. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 3, 2, 85-90.

Yüksek, M. M., (2008): *The Effects of Brief Psychoeducation Program on The Perceived Expressed Emotion Levels of The Outpatient Schizophrenic Patients and Expressed Emotion Levels and Burn Out Levels of Their Key Relatives*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.Ortadoğu Teknik Üniversitesi.

## 8. EKLER

### EK 1: Sosyodemografik Bilgi Formu(SBF)

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

KATILIMCI NO.....

TARİH:.....

1. ADINIZ-SOYADINIZ.....
2. HASTAYA YAKINLIK DERECEİNİZ:  
 Annesi  Babası  Eşi  Kardeşi  Çocuğu  
Diğer .....
3. YAŞINIZ: .....
4. CİNSİYETİNİZ  
 Kadın  Erkek  Diğer
5. MEDENİ DURUMUNUZ  
 Bekar  
 Evli  
 Dul (Boşanmış)  
 Dul (Eşi ölmüş)  
 Ayrı yaşıyor
6. AYLIK ORTALAMA GELİRİNİZ?.....
7. SİZİNLE YAŞAYAN EV HALKİNİN TOPLAM ORTALAMA GELİRİ?.....
8. KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ?.....
9. EVİNİZ KAÇ ODALI?.....
10. EVDE HASTANIZIN KENDİNE AİT ODASI VAR MI?  
Evet  
Hayır



Hayır

19. HASTANIZLA HAFTADA ORTALAMA KAÇ SAAT BİRLİKTESİNİZ?  
.....

20. HER HANGİ BİR PSİKOLOJİK RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ?

Evet .....

Hayır

21. AİLENİZDE DİYABET, ÜLSER, KALP RAHATSIZLIĞI, ROMATİZMAL HASTALIK....GİBİ FİZİKSEL BİR RAHATSIZLIĞI OLAN BİREYLER VAR MI?

Evet .....

Hayır

22. AİLENİZDE BAŞKA PSİKOLOJİK RAHATSIZLIĞI OLAN BİREYLER VAR MI?

Evet (Kim?)..... Tanı?.....

Hayır

23. AİLENİZDE FİZİKSEL RAHATSIZLIĞI OLAN BİREYLER VAR MI?

Evet (Kim?).....

Tanı?.....

.....Tanı?.....

Hayır

24. AİLENİZDE TIBBİ BİR NEDENLE AÇIKLANAMAYAN BAŞ AĞRISI, SIRT, BEL, KARIN AĞRILARI OLAN BİREYLER VAR MI?

Evet

(Kim?).....(Ne?).....

Hayır

25. YAKININIZIN HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ DÜZEĞİNİZ NE KADARDIR?

Hiç yeterli değil

Ne yeterli ne yetersiz

Tamamen yeterli

26. SİZCE YAKININIZIN HASTALIĞI TEDAVİ EDİLEBİLİR BİR HASTALIK MIDIR?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

27. SİZCE YAKININIZIN HASTALIĞININ OLUŞUMUNDA AİLEVI ETMENLER ROL OYNAR MI?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

28. SİZCE YAKININIZIN HASTALIĞINA SAHİP HASTALAR KENDİLERİNİ İYİ HİSSETTİKLERİ DÖNEMLERDE, İLAÇ TEDAVİSİNİ BIRAKABİLİRLER Mİ?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

29. YAKININIZIN HASTALIĞININ TANISI KAN TESTLERİ VE BEYİN GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE KONULUR.

Evet

Hayır

Bilmiyorum

30. YAKININIZIN HASTALIĞINA SAHİP HASTALARININ SOSYAL HAYATA KATILIMI MÜMKÜN OLDUĞUNCA KISITLANMALIDIR.

Evet

Hayır

Bilmiyorum

31. SİZCE YAKININIZIN HASTALIĞININ OLUŞUMUNDA GENETİK FAKTÖRLER ROL OYNAR MI?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

32. YAKININIZIN HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE TIBBİ TEDAVİDEN ÖNCE YA DA TEDAVİNİN YETERLİ OLMADIĞI DURUMLARDA HACI-HOCAYA GÖTÜRME, OKUTMA, ÜFLETME, KOCA KARI İLAÇLARI...GİBİ ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİ DENENMELİ MİDİR?

Evet

Hayır

Bilmiyorum

**HASTANIZIN:**

1. DOĞUM TARİHİ : ...../...../19....

2. CİNSİYETİ:

Kadın     Erkek     Diğer

3. MEDENİ DURUMU

Bekar

Evli

Dul ( Boşanmış)

Dul (Eşi ölmüş)

Ayrı yaşıyor

4. EĞİTİM DURUMU

Okuma - yazma bilmiyor

Okuma-yazma biliyor

İlkokul mezunu

Orta okul mezunu

Lise mezunu

Yüksek okul mezunu

Üniversite ve üstü

5. HASTANIZIN ALDIĞI TOPLAM EĞİTİM (YIL OLARAK).....

6. HASTANIZ ŞU ANDA ÇALIŞIYOR MU?

Evet

Hayır

7. HASTANIZ EN SON NE ZAMAN VE NE KADAR SÜRE BİR İŞTE ÇALIŞMIŞTIR?

.....

8. HASTANIZIN SOSYAL GÜVENCİSİ VAR MI?

Evet (Lütfen belirtiniz).....

Hayır

9. HASTANIZ ENGELLİ MAAŞI ALIYOR MU?

Evet (Lütfen belirtiniz).....

Hayır

10. HASTANIZ KİMLERLE YAŞIYOR? .....

11. HASTANIZIN TANISI NEDİR?.....

BU TANIYA KATILYOR MUSUNUZ?

Evet

Hayır

12. HASTANIZIN BELİRTİLERİ İLK NE ZAMAN BAŞLADI?.....

13. HASTANIZA İLK KEZ HANGİ TARİHTE TANI KONDU?

.....

14. EŞLİK EDEN BAŞKA BİR PSİKİYATRİK HASTALIĞI VAR MI?

Evet .....

Hayır

15. BİLİNEREN FİZİKSEL BİR HASTALIĞI VAR MI?

Evet .....

Hayır

16. HASTANIZIN DAHA ÖNCE HASTANE YATIŞI OLDU MU?

Evet (Kaç kez).....

Hayır

17. HASTANIZIN İNTİHAR GİRİŞİMİ OLDU MU?

Evet (Kaç kez).....

Hayır

18. DOKTORUN ÖNERDİĞİ ŞEKİLDE DÜZENLİ İLAÇ KULLANIMINA 10 TAM PUAN VERİRSEK, HASTANIZIN İLAÇ KULLANIM DÜZENİNE 1-10 PUAN ARASINDA KAÇ PUAN VERİRSİNİZ?

.....

19. HASTANIZ TANISI KONDUĞUNDAN BUGÜNE KADAR TAKİP VE TEDAVİ AMACIYLA KAÇ AYRI TEDAVİ KURUMUNA BAŞVURDU?

.....

20. HASTANIZ SON OLARAK TEDAVİ GÖRMEKTE OLDUĞU KURUMDA NE KADAR SÜREDİR TAKİP VE TEDAVİSİNE DEVAM ETMEKTEDİR?

.....(Yıl).....(Ay)

## EK 2: Dışavuran Duygudurum Ölçeği(DDÖ)

### DIŞAVURAN DUYGUDURUM ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin . Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

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 üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile 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 her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D) (Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)

24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)
28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)
31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D) (Y)

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hakan DUMAN  
Uyruđu : T.C.  
Doğum Yeri : Antakya  
Doğum Tarihi : 06/04/1985  
Medeni Hali : Bekar  
Adresi : İhlamurdere Cad. Behcet Necatigil Sk. No:11/2  
Beşiktaş/İstanbul  
İletişim : dumanhakan@yandex.com

### EĞİTİM

2012-2014 Haliç Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans  
2002-2007 İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü