

Şizofreni Hasta Ailelerinde Duygu Dışa Vurumu

Muazzez Merve Yüksel

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği
muazzezmerve@yahoo.com

Şizofreni hastalığında aile ortamının etkisi konusundaki araştırmalar, stres yatkınlık modelinin ve diğer biyopsikososyal nedenlerin ortaya atılmasına kadar iki ana koldan ilerlemekteydi. Bunlardan ilki, hastalığın organik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını savunan "biyolojik model"; diğeri ise sadece çevresel ve sosyal faktörlerin önemini savunan "psikolojik model"di. Bateson, Lidz, Wynne ve Laing'in de içlerinde bulunduğu birçok araştırmacı, aile yapısının çeşitli örüntülerini tanımlamışlar, şizofreninin nedeni olarak aile içi etkileşimleri ve iletişimi öne sürmüşlerdir (Barrowclough ve Tarrier, 1992). Ruh sağlığı çalışanlarının da bu kurama ilgi göstermesi, aile üyeleri ile tedavi iş birliği sürecini sekteye uğratmış; zaten hastalık bakımı ile yüklü olan aileleri, bir de suçluluk duygusuyla baş başa bırakmıştır. Bugün ise, şizofreninin ortaya çıkmasında ailenin nedensel (*cause*) bir rol oynadığını öne süren kuramların yerini, ailenin tutum ve davranışlarının hastalığın seyri (*course*) üzerinde son derece etkili olduğunu savunan yaklaşımlar almıştır. İlk kez 1950lerde, ailenin, şizofreni hastalığının ortaya çıkmasındaki etiyolojik etkisi yerine, hastalığın gidişi ve tedavisindeki rolüne dikkat çekilmesinin ardından, Brown ve arkadaşları tarafından "duygu dışa vurumu" kavramının ortaya atılmasıyla, şizofrenide aile araştırmaları hızlanmıştır. Yapılan araştırmalarda, şizofreninin seyrinde aile ortamının etkisinin anlaşılması amacıyla duygu dışa vurumu, hastalığa atıf, hasta bireyle yüz yüze geçirilen zaman, aile içi iletişim ve etkileşim konuları çalışılmıştır. Bu yazıda duygu dışa vurumu kavramının tanımı ve boyutlarına, duygu dışa vurumu ölçme araçlarına, a-

tak ve duygu dışa vurumu arasındaki ilişki ile duygu dışa vurumu yüksek ve düşük olan aile özelliklerine değinilecektir.

Duygu Dışa Vurumu Kavramı ve Boyutları

Duygu dışa vurumu ile ilgili ilk çalışmalar 1950'li yıllarda Londra'daki Tıbbi Araştırmalar Merkezi, Sosyal Psikiyatri Ünitesi'nde tıbbi sosyolog George Brown ve arkadaşlarının taburcu edilen şizofreni hastalarını izlemeleriyle başlamaktadır (Barrowclough ve Tarrier, 1992). Hastane ortamında tedavi uyumu sağlanan ve düzenli ilaç kullanımına devam eden hastaların, taburcu olduktan, yani evlerine döndükten bir süre sonra yeniden atak geçirdikleri saptanmıştır. Oysa aile ile birlikte yaşamayan hastalarda aynı kötü gidiş gözlenmemiştir. Şizofrenide atak ve gidişe yönelik bu araştırma ve gözlemler, hastalığın gidişinde ev ortamının ve aile ile birlikte geçirilen sürenin önemine dikkat çekmeye başlamıştır. Ev ortamında atağa yol açan değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla hasta ve hasta yakınları ile bir dizi görüşmeler yapılmış ve hasta yakınları yüksek duygu dışa vurumu gösteren ve düşük duygu dışa vurumu gösterenler olarak ikiye ayrılmışlardır. Bir yıllık izleme sonunda ise yüksek duygu dışa vurumu gösteren ailelerin hastaları daha sık atak geçirdikleri, düşük duygu dışa vurumu gösteren ailelerde ise hastalık seyrinin iyi olduğu gözlenmiştir. Aile içi değişkenlerin ve ailelerdeki duygu dışa vurumu düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılandırılmış bir görüşme olan Camberwell Aile görüşmesi geliştirilmiştir (Hooley, 1985). Görüşme sırasında

hastanın en son hastane yatışı, hastalık belirtileri, aile bireyinin bu belirtilere ilişkin tutumu ve tavrı ile hastalığın aile içi ilişkileri nasıl etkilediği konuları ele alınmıştır. Görüşmede ses kayıt cihazı kullanılmıştır ve sonuçta, duygu dışı vurumu ile ilgili dört boyut ölçümlenmiştir; eleştiri boyutu, düşmanca tutum, aşırı koruma- kollama ile olumlu ve sevecen tutumdur.

Duygu dışı vurumunun eleştiri boyutu ailenin hastanın davranışlarına ve kişiliğine ilişkin olumsuz yorumlarda bulunmasını, ailenin hastanın yaptıklarından bir türlü memnun olmamasını ve ailenin hastayı onaylamayan davranışlarını içermektedir.

Düşmanca tutum boyutu ailenin sıklıkla hastayı eleştirmesini, ona karşı düşmanca tutum sergilemesini, ailenin hastayı sürekli olumsuz olarak değerlendirmesini; hastanın yaptığı tek bir davranışı eleştirmek yerine hastanın kişilik bütünlüğünü eleştirmesini içermektedir.

Aşırı koruma kollama boyutu ise ailenin abartılmış duygusal tepkilerini, ailenin hastayla bütünleşmesini, aşırı korumasını ve bakım vericinin kendini hastasına adanmasını içermektedir. Duygu dışı vurumunun bir başka boyutu olan olumlu ve sevecen tutum ailenin hastaya empati yapabilmesini, ailenin hastanın iyilik halini gözetmesini, ailenin hastanın yeteneklerinin farkında olmasını ve hastanın yapamadıklarına değil yapabildiklerine odaklanmasını içermektedir (Barrowclough ve Tarrier, 1992).

Duygu Dışa Vurumu Kavramının Ölçülmesi

Camberwell Aile Görüşmesi

Duygu dışı vurumunu ölçmede kullanılan ilk araç, üç saatlik ve 1,5 saatlik iki formu olan Camberwell Aile Görüşme-

sidir (Hooley, 1985). Görüşme hastanın olmadığı bir ortamda hasta ile en çok ilgilenen yakını (*key relative*) ile gerçekleştirilir. Anne baba görüşmeye ayrı ayrı alınır ve görüşmenin tamamı daha sonra çözümlenmek üzere ses kayıt cihazı ile kayda alınır. Görüşme soruları, hastalığın başlangıcına, hastanın hastane yatışı öncesindeki belirtilerin sıklığına ve şiddetine yöneliktir. Ayrıca hastanın belirtilerine karşı ailenin tutum ve tavrı, evdeki stres ve gerginlik durumları, hasta ile ailenin ilişkisi ve günlük yaşantıları sorgulanır.

Görüşmede duygu dışı vurumunun beş boyutu (eleştirel oluş, düşmanca tutum, aşırı koruma kollama, yakınlık ve olumlu ifadeler) değerlendirilir. Görüşme her ne kadar bu beş boyutu kapsasa da atakla ilişkili olan esas boyutlar eleştirel oluş, düşmanca tutum ve aşırı koruma kollama boyutlarıdır. Eğer aile bireyi, hastasına ilişkin 6 veya daha çok eleştiri bildirirse veya düşmanca tutum boyutunda, beşli Likert tipi bir çizelgede 3 veya üzeri skor alırsa veya aşırılığa kaçan bir koruma ve müdahale ile ilgili bildirimde bulunursa aile bireyinin yüksek duygu dışı vurumu gösterdiği düşünülür.

Yapılan çalışmalar Camberwell Aile Görüşmesinden alınan sonuçların şizofrenideki atak için son derece yordayıcı bir özelliğe sahip olduğunu belirtmektedir (Butzlaff ve Hooley, 1998). Öte yandan, şizofrenide atağı oldukça iyi yordayabilen bu görüşme formunun, pratik hayatta kullanımında zaman açısından bazı dezavantajları bulunmaktadır. Yaklaşık bir buçuk saat alan formun ses kayıtlarının çözümlenmesi deneyimli bir klinisyen için bile dört beş saat alabilmektedir (Jackson, 1990). Ayrıca bu uygulama yeterliliği içinde yaklaşık bir aylık (40-80 saat) bir eğitim süreci gerekmektedir.

Beş Dakikalık Konuşma Örneği (The Five Minute Speech Sample)

Beş Dakikalık Konuşma Örneği (Magan~a ve ark., 1986), hasta yakının sözü kesilmeksizin hastası hakkında beş dakika boyunca konuşmasının istendiği bir uygulamadır. Konuşma Camberwell Aile Görüşmesinde olduğu gibi daha sonra çözümlenmek üzere kaydedilir. Kaydedilen konuşma Caberwell Aile Görüşmesi'ndekine benzer bir kodlama ve derecelendirme yöntemiyle değerlendirilir. Bu yöntemle elde edilen sonuçların Camberwell Aile Görüşmesi ile elde edilen sonuçlarla oldukça uyumlu olduğu bildirilmektedir. Zaman kullanımı açısından (uygulama = 5 dakika; çözümlenme = 20 dakika) son derece avantajlı bir yöntemdir.

Duygu Dışa Vurumu Derecesi Ölçeği (Level of Expressed Emotion Scale)

Duygu Dışa Vurumu Derecesi Ölçeği (Cole ve Kazarian, 1988) ev içindeki duygusal atmosferin değerlendirildiği, "doğru-yanlış" formatında, 60 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin hastanın yaşantısına zorla girme, duygusal tepki, hastalığa karşı tutum, tolerans ve beklenti olmak üzere dört boyutu vardır. Bu ölçeğin hastanın en yakını olan aile bireyi ile ilişkisinin değerlendirildiği ve hasta tarafından doldurulan hasta formu ile ailenin hastayla olan ilişkisini değerlendirdiği hasta yakın formu bulunmaktadır. Zaman açısından avantajlı ve uygulanması pratik olan bir ölçektir.

Aile Tutumları Ölçeği (Family Attitude Scale)

Aile Tutumları Ölçeği (Kavanagh ve ark., 1997), Duygu Dışa Vurumu Derecesi Ölçeği'ne benzeyen 30 maddelik bir ölçektir. Bu ölçeğin de yine hasta ve hasta yakını formları bulunmaktadır. Ölçekte, "Onun burada olmamasını dilerdim.";

"Onun için yaptıklarımı anlar ve takdir eder."; "Onun yanında çıldırıyorum."; "Ona kendimi çok yakın hissediyorum." gibi maddeler ölçekte yer almaktadır.

Duygu Dışa Vurumu Ölçeği (Expressed Emotion Scale)

1992 yılında Berksun tarafından ailedeki duygu dışa vurumu boyutlarını ölçmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek 41 maddeden oluşur; düşmanlık ve eleştirel oluş ile aşırı koruma kollama alt boyutları vardır. Duygu Dışa Vurumu Ölçeği "doğru-yanlış" formatındadır. Hastaya asıl bakım veren aile bireyine (key relative) uygulanır (Berksun, 1992).

Ailedeki Duygu Dışa Vurumu ile Şizofrenideki Atak İlişkisi

Yapılan çalışmalar yüksek duygu dışa vurumu gözlenen ailelerin hastalarında, atak geçirme riskinin de yüksek olduğuna işaret etmektedir. Yirmi yedi çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında; hastane yatışının ardından geçen 9 ile 12 aylık zaman içerisinde, yüksek duygu dışa vurumu gösteren aileler ile birlikte yaşayan hastaların atak riskleri iki kat daha yüksek olarak saptanmıştır (Butzlaff ve Hooley, 1998).

Kuipers ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (Kuipers ve ark., 2006) hasta yakınlarının %36'sının yüksek duygu dışa vurumu gösterdiği; % 30'unun eleştirel tutum sergilediği; % 24'ünün hastalarına karşı aşırı koruyucu kollayıcı davrandığı ve % 13'ünün hastalarına düşmanca tutum ile yaklaştıkları saptanmıştır. Yüksek duygu dışa vurumu gösteren ailelerle bir arada yaşayan hastaların, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek, benlik saygıları düşük olarak bulunmuştur. Aile ortamındaki baskı ve stres, bir başka deyişle yüksek duygu dışa vurumu hastanın başa çıkamayacağı düzeyde olduğunda şizofrenide atak

ortaya çıkmaktadır. Özellikle duygu dışı vurumunun eleştirisi boyutu, hastaya hiçbir şeyi beceremediği, doğru yapamadığı duygusunu hissettirdiğinden, hasta kendini yetersiz ve çaresiz hissetmektedir ki bu durum hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (Lopez ve ark., 2004).

Bir başka deyişle, aileleri onları çok fazla eleştirdiğinde, aşırı kontrolcü davranışta veya çok fazla koruyup kolladığında hastalar stres altına girmekte ve bu durum da atak riskini artırmaktadır. (Holley ve Campbell, 2002)

Yüksek ve Düşük Duygu Dışa Vurumu Gösteren Ailelerin Özellikleri

Araştırmalar yüksek duygu dışı vurumu ve düşük duygu dışı vurumu gösteren ailelerin davranış örüntüleri ve kişilik özellikleri bakımından birbirlerinden farklılık gösterdiklerini ortaya koymuştur. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren aileler, hasta ile iletişimleri sırasında daha fazla eleştirici içeren cümle kurmakta ve genellikle hasta ile aynı fikirde olmamaktadırlar. Hastaları ile iletişimleri sırasında daha çok konuşmaktadırlar, hastalarının sözünü kesmektedirler veya onların cümlelerini tamamlama eğilimindedirler. Başa çıkma stratejilerini kullanmada iyi değildirler. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerle birlikte yaşayan hastaların, aile bireyleri ile iletişim kurmakta zorluk çektikleri ve bu durumun hastalarda sosyal strese neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yüksek duygu dışı vurumu gösteren aile bireylerinin kendilerinde de stres düzeylerinin yüksek olduğu ve düşük duygu dışı vurumu gösteren ailelere göre kendilerini daha fazla yük altında hissettikleri saptanmıştır (Tarrier, 2002).

Düşük duygu dışı vurumu gösteren aileler ise, hastanın davranışlarına daha uygun tepki vermektedirler. Daha esnek davranmaktadırlar, daha az dayatıcı ve

daha az koruyucu tavır sergilemektedirler (Simeoneau, 1998). Hastanın özel hayatına daha az müdahalede bulunmaktadırlar ve hastanın yalnız kalma hakkına saygı duymaktadırlar. Hastanın yaşadığı belirtilere inanmakta ve yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerin aksine, hastayı hastalığından ve hastalık belirtilerinden sorumlu tutmamaktadırlar. Hastalarına daha fazla toleranslı ve hoşgörülü davranmaktadırlar (Kavanagh, 1992).

Kaynaklar

- Barrowclough, C. ve Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioral model*. Chapman & Hall.
- Berksun, O. E. (1992). *Şizofrenide aile faktörü: Expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uygulama denemesi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Butzlaff, A. M., Hooley, J. M. ve Phil, D. (1998). A Meta-analysis expressed emotion and psychiatric relapse. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cole, J. D. ve Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *J. Clin. Psychol.*, 44, 392-97.
- Hooley, J. M. (1985). Expressed emotion: A review of the critical literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 119-139.
- Hooley, J. M. ve Campbell, C. (2002). Control and controllability: an examination of beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychol. Med.*, 32, 1091-1099.
- Jackson, H. J., Smith, N. ve McGorry, P. (1990) Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: An exploratory study. *Acta Psychiatrica Scand*, 82, 243-249.
- Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D. ve Piatkowska, O. (1997). The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatr. Res.*, 70, 185-195.
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., Hardy A. ve Gratey, P. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188, 173-179.
- Lopez, S. R., Hipke, K. N., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C. ve Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439.

Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J. ve Jenkins, J. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatr. Res.*, 17, 203-212.

Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J. ve Saleem, R. (1998). Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J. Abnorm. Psychol.*, 107, 497-507.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Ward, J., Donaldson, C. ve Burns, A., (2002). Expressed emotion and attributions in the carers of patients with Alzheimer's disease: The effect on carer burden. *J. Abnorm. Psychol.*, 11, 340-349.